



Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Rue du Bugnon 4
1005 Lausanne



Promotion et implantation efficaces du Plan de Crise Conjoint

Projet ProPCC

Rapport final d'évaluation

Mandant du projet : Réseaux Santé Vaud

Statut et nature du rapport : Rapport final d'évaluation (auto-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 :



Sponsor principal :



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Partenaires :



Département de psychiatrie



Santé mentale
et psychiatrie





REMERCIEMENTS

Aux Réseaux Santé Vaud (RSHL, RSLC, RSNB, RSRL), en tant que porteurs du consortium d'acteurs et mandants du projet ProPCC, pour leur soutien, les relais d'information et la promotion dans leurs réseaux respectifs, la coordination et la mise à disposition des salles pour les formations PCC en présentiel.

À Promotion Santé Suisse pour le financement accordé dans le cadre du soutien de projets PDS, et plus particulièrement à Raphaël Trémeaud, pour son accompagnement et ses précieux conseils dans le cadre du suivi et de la promotion du projet, à Béatrice Annaheim et Peter Stettler pour leur soutien au processus d'évaluation.

Aux institutions employeuses des membres de l'équipe projet qui ont déployé les ressources humaines et financières nécessaires à la conduite et à la prolongation du projet : le CHUV, la HEdS La Source, la HEIG-VD et le RSRL.

À la Direction Générale de la Santé (DGS) du canton de Vaud, en particulier à Mmes Tania Larequi, Noémie Hainard, Aurélie Giger et Catherine Hoenger pour leur soutien au projet dans des moments stratégiques.

À Antoine Rochat, Ingénieur HES en Informatique logicielle et Collaborateur R&D HES & Basile Vu, Ingénieur HES en Informatique logicielle et Assistant HES académique de la HEIG-VD qui ont contribué au développement et aux tests de la plateforme web PCC et de l'application mobile PCC.

À Axel Waser, personne concernée pour ses talents d'improvisation dans le cadre du patient simulé de la formation e-learning PCC.

À Aurélien Kollbrunner, Ingénieur HES des médias - Spécialiste Web & Solutions Cloud et Guy Stotzer, Administrateur des Technologies de l'Enseignement. Spécialiste de Simulation en Soins – CHSOS, HEdS La source.

À l'association de L'Îlot, et plus particulièrement à Anne Leroy pour son investissement dans les formations et la promotion du PCC auprès des proches.

À l'association Re-Pairs, et plus particulièrement à Caroline Suter, Gilles Rouvenaz et Susana Ramos Almeida pour leurs riches apports, contributions et partages d'expériences dans tous les axes du projet en tant que pairs praticiens en santé mentale, les meilleurs ambassadeurs du projet.

Au GRAAP-Fondation, pour ses conseils et propositions pertinentes lors des processus consultatifs et participatifs dans diverses phases du projet.

À Plates-Bandes communication, et aux ateliers de réhabilitation du DP-CHUV pour l'impression des flyers et la mise sous pli des envois.

À Federico Cathieni, responsable de recherche au Centre universitaire de médecine générale et santé publique. Département Epidémiologie et Systèmes de santé (DESS) – Secteur Système et services de santé. ESOPE - Enquêtes de Satisfaction et d'Opinion des Patients et des Employés pour sa contribution au sondage et à l'analyse statistique des résultats.

Au Dr Bernard Davy et à Mme Manuela Hirep de l'unité psychiatrique de la Clinique La Lignière pour la mise à disposition de salles de formation permettant d'accueillir les participants dans de bonnes conditions malgré les contraintes liées à la COVID.

À Stéphane Morandi DP-CHUV & DGS et Jérôme Favrod, HEdS La Source pour respectivement les direction et co-direction des travaux de master en science infirmière de l'IUFRS de Maude Bertusi & Pascale Ferrari, de même qu'à Philippe Golay, DP-CHUV pour son précieux soutien statistique.

À Antoine Bonvin de l'OFSP pour l'intérêt porté au projet, ses questions et conseils lors des séances périodiques d'évaluation.

À Benjamin Bugnon de l'association CARA, pour ses conseils et son appui en matière d'interopérabilité entre la plateforme web PCC et le DEP.

À nos fidèles partenaires internationaux et en particulier au Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive de Lyon, à Psycom, à La Revue Santé Mentale, à la Faculté des sciences infirmières de



l'Université de Montréal qui ont relayé et/ou publié les informations et la promotion du projet, notamment du flyer d'information en santé publique, du site internet et de la formation e-learning, et à l'ALASS pour avoir offert à deux reprises une place privilégiée aux communications ProPCC lors de ses congrès de Montréal et de Locarno.

Aux membres du comité de pilotage : Sophie Ley remplacée par Catherine Hoenger, DGS ; Anouchka Roman, DGCS ; Marie Israël, GRAAP-Fondation ; Anne Leroy, L'Îlot ; Bruno Deschamps, DP-CHUV ; Romaine David, Fondation de Nant ; Tina Antonini remplacée par Igor Gjordjevski, AVASAD ; Daniel Ducraux, RFSM ; Mathilde Chinet, RSRL ; Laura Elena Raileanu, HEIG-VD ; et à Jocelyne Balet, pour la prise de PV et l'appui à l'organisation.

Aux membres du comité scientifique : Eric Masseret, DGS ; Stéphane Morandi, DP-CHUV & DGS ; Florence Nater, CORAASP ; Javier Bartolomei, HUG ; Iannis McCluskey, Re-Pairs

Et enfin, un grand merci à toutes les directions des institutions ayant participé au processus d'implantation et en particulier à l'engagement et la motivation de leurs collaborateurs et usagers sans qui ce projet n'aurait pu pleinement se déployer.



ABREVIATIONS

ALASS	Association latine pour l'analyse des systèmes de santé
AVASAD	Association vaudoise des soins à domicile
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CEFOR	Centre de formation du CHUV
CER	Commission d'éthique de la recherche sur l'être humain
CMS	Centre médico-social
DA	Directives anticipées
DCISA	Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie
DEP	Dossier électronique du patient
DGS	Direction générale de la santé
DP-CHUV	Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois
EPSM	Etablissement psycho-social médicalisé
ESE	Etablissement socio-éducatif
GRAAP	Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique
HEdS La Source	Institut et Haute Ecole de la Santé La Source
HEE	Health, Engineering & Economics Group de la HEIG-VD
HEIG-VD	Haute Ecole d'Ingénierie et de gestion du canton de Vaud
HES-SO	Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale
LER SMP	Laboratoire d'enseignement et de recherche santé mentale et psychiatrie de La Source
N ou n	Nombre
OFS	Office fédéral de la statistique
OSAD	Organisation de soins à domicile
PAFA	Placement à fins d'assistance
PCC	Plan de crise conjoint
PCO	Service de psychiatrie communautaire du DP-CHUV
PDS	Prévention dans le domaine des soins
PGE	Service de psychiatrie générale du DP-CHUV
PPSM	Pair praticien en santé mentale
ProPCC	Promotion et implantation efficiente du plan de crise conjoint
PSS	Promotion Santé Suisse
RSHL	Réseau Santé Haut Léman
RSLC	Réseau Santé La Côte
RSNB	Réseau Santé Nord Broye
RSRL	Réseau Santé Région Lausanne
RSVD	Réseaux Santé Vaud
SVM	Société Vaudoise de Médecine
SWOT	Outil d'analyse en termes de Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités) and Threats (menaces)
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UNIL	Université de Lausanne



TABLE DES MATIERES

1	Résumé exécutif	1
2	Introduction	2
2.1	Situation initiale, besoin d'agir et bénéfices attendus	2
2.2	Objectifs du projet.....	2
2.3	Objet de l'évaluation	3
3	Méthodologie et objets de l'évaluation	4
4	Résultats	5
4.1	Mise en œuvre du projet en termes d'outputs	6
4.1.1	<i>Flyer d'information en santé publique sur le PCC</i>	6
4.1.2	<i>Posters PCC</i>	6
4.1.3	<i>Site internet PCC</i>	6
4.1.4	<i>Séances d'information sur le PCC</i>	6
4.1.5	<i>Valorisation</i>	7
4.1.6	<i>Implantation institutionnelle du PCC</i>	7
4.1.7	<i>Formations au PCC</i>	8
4.1.8	<i>Plateforme web PCC</i>	8
4.1.9	<i>Application mobile</i>	8
4.2	Mise en œuvre du projet en termes d'outcomes multiplicateurs	9
4.2.1	<i>Médecins</i>	9
4.2.2	<i>Thérapeutes</i>	9
4.2.3	<i>Usagers</i>	9
4.2.4	<i>Institutions à mission psychiatrique</i>	9
4.2.5	<i>Proches</i>	10
4.3	Mise en œuvre du projet en termes de processus	10
4.3.1	<i>Facteurs favorables à la mise en œuvre du projet</i>	11
4.3.2	<i>Effets de la pandémie sur le projet</i>	11
4.3.3	<i>Facteurs défavorables à la mise en œuvre du projet</i>	11
4.3.4	<i>Réponses aux obstacles</i>	12
4.4	Evaluation des formations en e-learning	12
4.5	Evaluation des formations en présentiel.....	12
4.6	Changements de comportement chez les professionnels et intégration des bonnes pratiques	13
4.7	Engagement des professionnels et des usagers dans la démarche PCC et génération de PCC	15
4.8	Impact à moyen terme de l'implantation du PCC sur les taux et modes de réhospitalisations à 30 jours et à 9 mois	16
5	Discussion	17
6	Conclusion	20
7	Recommandations	20
7.1	Renforcement et consolidation de la culture commune du PCC et du partenariat en santé	20
7.2	Développement des processus et outils favorisant les bonnes pratiques en matière de PCC	21
8	Bibliographie	22
9	Annexes	24



1 Résumé exécutif

Le projet ProPCC (Promotion et implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint) a été mis en œuvre entre janvier 2019 et juin 2021. Il a produit des effets dans tous les contextes de soins en lien avec la santé mentale, à savoir à l'hôpital, en ambulatoire et dans les équipes mobiles, dans les soins à domicile, en hébergement à mission psychiatrique adulte et dans les résidentiels d'addictologie, mais aussi auprès de tous les acteurs concernés, soit les professionnels, les usagers et leurs proches. Le plan de crise conjoint, en tant que mesure anticipée en santé mentale et outil de soutien à l'autogestion des troubles psychiques est aujourd'hui mieux connu et plus largement pratiqué dans le canton de Vaud. Divers impacts sur le système de santé ont même pu être mesurés grâce à deux travaux de master en science infirmière : les patients au bénéfice d'un PCC à la sortie de l'hôpital sont statistiquement moins réadmis à 30 jours que ceux qui n'en ont pas (4% versus 18%, $p=.026$). Les patients avec un PCC réadmis après 9 mois le sont plus souvent en volontaire contrairement à ceux qui n'en ont pas, ces derniers étant plus souvent réadmis sous contrainte (8% versus 50%, $p=.034$). Bien que les stratégies de coping anticipées par les usagers dans leur PCC soient nombreuses, la recherche de soutien d'un professionnel de référence est la seule stratégie directement associée à ces résultats.

Mandaté par les Réseaux de santé vaudois (RSVD) et porté par un consortium d'acteurs du champ de la santé mentale, le but du projet ProPCC est la promotion et l'implantation efficiente du plan de crise conjoint sur le canton de Vaud. Co-construit avec des usagers, voire avec des proches si souhaité, il vise à la fois l'amélioration de la qualité de vie des usagers et, indirectement celle de leurs proches, ainsi qu'un changement de culture professionnelle. L'implantation du PCC devrait renforcer la culture du partenariat au sein du réseau socio-sanitaire et l'intégration des usagers dans les espaces décisionnels. Le recours privilégié aux soins dans la communauté grâce au PCC devrait contribuer au désengorgement des urgences et de l'hôpital et contribuer à une diminution des coûts de la santé.

Le concept du projet comporte cinq volets d'objectifs opérationnels et mesures spécifiques destinés à aux groupes cibles définis (institutions à mission psychiatrique, médecins, thérapeutes, adultes souffrant de troubles psychiques et leurs proches) :

1. Interfaces à l'intérieur du domaine de soins et avec la collectivité : Promouvoir et informer les publics concernés au sujet de l'outil PCC et des bonnes pratiques.
2. Collaboration, interprofessionnalité : Mettre en œuvre un processus d'implantation institutionnelle impliquant les équipes pluridisciplinaires sur mesure pour intégrer le PCC et les bonnes pratiques.
3. Autogestion des maladies psychiques et problèmes d'addiction : Générer la rédaction de PCC par l'engagement des professionnels et des usagers dans la démarche PCC.
4. Formation continue : Concevoir et dispenser des formations interprofessionnelles en formats e-learning individuel et présentiel en groupe, en collaboration avec des pairs et des proches.
5. Nouvelles technologies : Développer, promouvoir et implanter une plateforme web sécurisée et une application mobile.

Ces 5 axes ont tous été coconstruits et mis en œuvre en collaboration avec des pairs et des proches.

L'évaluation du projet porte à la fois sur les résultats et effets attendus (évaluation sommative), et sur les apprentissages tirés de sa mise en œuvre (évaluation formative). Elle se concentre essentiellement sur les éléments pour lesquels les indicateurs d'outcomes ou d'impact mettent en valeur les effets attendus¹ par le projet.

Pour y parvenir, la récolte de données s'est effectuée par des moyens variés et complémentaires en plus du monitoring du projet comme le recours à un sondage en ligne, à des questionnaires sociodémographiques et cliniques, à des SWOT ou encore aux statistiques OFS des hôpitaux vaudois. Les données ont été analysées avec des méthodes mixtes. Deux travaux de master en science infirmière sont venus compléter le dispositif.

Entièrement conçu et déployé en partenariat avec pairs praticiens et proches, le projet ProPCC se termine sur un bilan positif : 7500 flyers, 250 posters, 5 publications, 4 articles de presse, 29 présentations en congrès ou lors de manifestations spécifiques et la création d'un site internet ont permis de toucher plus de 24'000 professionnels, usagers et proches confondus, avec comme effet une augmentation significative de la connaissance de l'outil ($p<.001$). Ces mesures ont été complétées par une formation en e-learning, suivie par 1'299 professionnels et une formation en présentiel destinée aux 128 champions du changement issus des 21 terrains participants au processus d'implantation. L'évaluation des formations est excellente. Elles ont contribué à l'augmentation de la prévalence du PCC sur le terrain ($p<.004$) et de l'encouragement des structures à l'utiliser ($p<.003$) de façon significative. Plus de 740 PCC ont été récoltés dans les institutions participantes. Seul le déploiement des nouvelles technologies n'a pu se réaliser en raison de la pandémie de la COVID-19, une phase test en institution étant indispensable au préalable.

¹ Voir à ce sujet le modèle d'effets au chapitre 3 Méthodologie



2 Introduction

2.1 Situation initiale, besoin d'agir et bénéfices attendus

En Suisse, la prévalence à vie des troubles psychiques est d'environ 17 %, mais seul 5% des personnes reçoit des soins (1). L'accessibilité aux soins de santé mentale est un enjeu de santé publique majeur car les coûts humains, sociaux et économiques attribuables aux troubles mentaux sont très élevés (2). Parmi les barrières à l'accessibilité figurent notamment les coûts, la complexité et l'organisation fragmentée des systèmes socio-sanitaires (3). Dans le canton de Vaud, jusqu'à 24 % de la population fait état de troubles psychiques moyens à sévères (4). Le taux de placements à fin d'assistance (PAFA) y est aussi l'un des plus élevés du pays (5). Il concerne une personne hospitalisée sur trois. Or la contrainte peut entraîner des réactions traumatiques éloignant les personnes des soins ainsi qu'une évolution plus défavorable de la maladie (6,7). De plus, la contrainte est contraire à la convention de l'ONU relative aux droits des handicapés, ratifiée en 2012 par la Suisse. Cette convention exige de toujours respecter les droits, la volonté et les préférences des personnes (8).

Les directives anticipées (DA) répondent en partie à cette problématique en contribuant à maintenir un certain contrôle par l'usager sur son traitement en cas d'incapacité. Malgré ces avantages et devant le constat d'une faible prévalence d'élaboration, de nouvelles formes de déclarations anticipées ont vu le jour (8). Le plan de crise conjoint (PCC) (Annexe 1) en est l'une des plus abouties et des mieux étudiées. Le PCC se distingue des DA en ce sens qu'il implique de façon conjointe au minimum un usager et un professionnel et soutient un processus de décision partagée considéré aujourd'hui comme un impératif éthique majeur (9). Le PCC peut aussi être élaboré dans des formes plus précoces des troubles, amorcé en cas de déni et appliqué en amont d'une éventuelle perte de discernement (10). Il est donc aussi à considérer comme un outil de prévention de rechute.

Né des mouvements de self-help et d'advocacy, le PCC est encore peu connu malgré les nombreux impacts positifs étudiés : meilleur contrôle de soi et des troubles (11), renforcement de l'alliance thérapeutique (12), meilleure utilisation des ressources (13), tendance à la diminution des coûts (14) et diminution des réhospitalisations sous contrainte pour des patients atteints de troubles psychotiques et bipolaires (15,16).

Le PCC favorise la gestion autonome de la santé psychique des usagers. Le rôle de chacun des acteurs (usager, proche, professionnel), négocié en amont d'une éventuelle péjoration, facilite la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle et renforce la coordination tout au long du dispositif de prise en charge (10). La consultation du PCC (y compris en autogestion) prévient l'aggravation des troubles et les réhospitalisations, améliorant ainsi la qualité de vie des usagers, tout en respectant leurs préférences. Selon la littérature, le PCC et les directives anticipées sont à l'heure actuelle les seules interventions ayant un impact clinique et statistique significatifs sur la diminution des hospitalisations contraintes (15,16).

Au vu des effets positifs attribuables au PCC, les bénéfices attendus de l'implantation efficiente du PCC pour les usagers sont le respect de leurs choix et de leurs préférences, un renforcement du contrôle sur leur vie et en particulier sur leur santé mentale, une meilleure gestion des troubles, une prévention de leur péjoration et donc, potentiellement une meilleure qualité de vie. En termes de coûts humains et économiques, le PCC diminue le recours à l'urgence et aux réhospitalisations sous contrainte. Il permet de prendre en considération les proches et de prévenir et/ou diminuer leur épuisement. Pour les professionnels, une diminution du recours à la contrainte est un bénéfice non négligeable. Par la reconnaissance des compétences et expertises réciproques, une relation davantage focalisée sur l'humain devient possible et améliore la relation thérapeutique. Une meilleure continuité et coordination des soins est attendue, ceux-ci étant davantage intégrés.

Ce projet s'appuie sur les recommandations émises à l'issue d'une étude exploratoire sur les pratiques et les contenus des PCC conduite entre 2016 et 2017 dans le canton de Vaud afin de mieux comprendre les obstacles à l'implantation de l'outil (10). En effet, le recours au PCC a été davantage le fruit de quelques professionnels et/ou institutions qu'un outil proposé de façon systématique malgré les incitations dans ce sens des instances de politiques sanitaires. Cette étude a confirmé certaines plus-values attribuées au PCC et fait émerger le besoin d'information, de formation, ainsi que la nécessité de mettre des moyens pour accompagner son implantation sur le terrain de façon coordonnée et concertée. En outre, faciliter l'accès au PCC s'est révélé être un élément déterminant pour son application en cas de besoin.

2.2 Objectifs du projet

Les objectifs du projet se regroupent autour de quatre axes principaux que sont l'information et la promotion du PCC, la formation au PCC, l'accompagnement de son implantation institutionnelle sur mesure et le développement



d'une plateforme web pour en faciliter l'accès en cas de crise ou d'urgence et ce, dans l'attente du futur dossier électronique patient (DEP).

Ces objectifs ont été déployés en sous-objectifs opérationnels et ordonnés dans le tableau ci-dessous selon les cinq critères exigés pour l'obtention d'un financement par Promotion santé suisse (PSS) dans le cadre de la prévention dans le domaine des soins (PDS).

1. Interfaces à l'intérieur du domaine des soins et entre le domaine des soins, la santé publique et la collectivité (« communauté »)	
Promotion du PCC	Les différents groupes cibles du projet ont reçu le matériel promotionnel et les informations concernant le PCC.
Promotion des bonnes pratiques PCC	Les groupes cibles connaissent l'existence du PCC et en ont compris la finalité, à 6 et 12 mois après la distribution du matériel promotionnel.
2. Collaboration, interprofessionnalité, multi professionnalité	
Implantation institutionnelle du PCC	La démarche PCC est intégrée au fonctionnement des institutions partenaires 1 an après la signature du contrat.
Implantation et intégration des bonnes pratiques PCC	Les professionnels appliquent les bonnes pratiques PCC à partir du moment où ils ont été formés.
3. Autogestion des maladies chroniques, des problèmes d'addiction et/ou des maladies psychiques	
Génération/rédaction de PCC	Usagers et professionnels, voire proches s'engagent dans une démarche PCC d'ici à fin 2020.
4. Formation initiale, continue et post graduée des professionnels de la santé	
Conception de la formation e-learning au PCC	La formation est conçue en partenariat avec les proches et les usagers et disponible en ligne d'ici mai 2019.
Conception de la formation en présentiel	La formation est conçue en partenariat avec les proches et les usagers et se focalise sur la posture partenariale et le processus de décision partagée.
Formation des professionnels au PCC	Les groupes cibles de professionnels suivent la formation en e-learning et ceux des institutions partenaires, la formation pratique d'ici à fin 2020.
5. Nouvelles technologies (en particulier dans le domaine des données/résultats, eHealth et mHealth)	
Développement d'une plateforme web sécurisée et d'une application mobile « user friendly »	Plateforme et application sont sécurisées, compatibles avec le futur DEP, disponibles et fonctionnelles fin janvier 2020.
Promotion de la plateforme PCC	Les utilisateurs sont informés de l'existence et du fonctionnement de la plateforme d'ici à juillet 2020.
Déploiement de la plateforme web sécurisée et de l'application mobile "user friendly"	Plateforme et application mobile sont déployées et fonctionnelles d'ici au 01.07.2020.

2.3 Objet de l'évaluation

L'évaluation du projet ProPCC porte sur les résultats détaillés en termes d'outputs, d'outcomes multiplicateurs et d'outcomes usagers et proches, de mesures déployées, de même que sur les leçons apprises durant sa mise en œuvre, les difficultés et obstacles rencontrés et la manière dont l'équipe de projet a pu y faire face. Les résultats de deux travaux de master en science infirmière, effectués au sein de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) de la faculté de médecine et biologie de l'Université de Lausanne, viennent compléter les données du projet en termes d'impacts à moyen terme. Un chapitre sera consacré aux forces et limites du processus d'évaluation.

Plus concrètement, l'évaluation va répondre aux questions suivantes :

- Quelles ont été les mesures déployées par le projet ?
- Quels sont les acteurs touchés par le projet ?
- Qui sont les multiplicateurs dans le cadre de ce projet ?
- Qui sont les bénéficiaires des PCC ? Qui au contraire les refuse ?
- Quelle est l'apport des formations en termes de satisfaction, de progression des connaissances et des compétences ?
- Comment et en quoi les connaissances et les comportements des professionnels ont évolué durant le projet ?
- Les comportements des professionnels démontrent-ils le respect et le transfert des bonnes pratiques sur le terrain ?
- Combien de PCC ont été rédigés, appliqués et révisés ?
- Quels sont les bénéfices des PCC pour les différents acteurs, en particulier pour les usagers ?



3 Méthodologie et objets de l'évaluation

L'évaluation repose sur un modèle d'effet (Annexe 2) fondé sur une chaîne d'effets directs et indirects résultant des mesures mises en œuvre dans le cadre d'un projet (17). Ces mesures doivent par exemple favoriser l'acquisition de connaissances ou des changements de comportement parmi les groupes cibles. Le modèle d'effets du projet « ProPCC » élaboré au départ du projet décrit ces liens et résultats recherchés en détail dans le tableau de l'Annexe 1.

Pour évaluer les effets du projet, nous avons recouru à des méthodes mixtes, aussi bien pour la récolte des données que pour leur analyse. Enfin, deux travaux de master en science infirmière ont permis d'en évaluer l'impact à moyen terme.

Concrètement, afin de mesurer la connaissance et les pratiques du PCC, ainsi que l'effet des mesures de promotion, de formation et d'implantation du projet sur leur évolution, un sondage en ligne, sous forme de questionnaire auto-administré (Annexe 3), a été envoyé aux directions d'institutions à mission psychiatrique adulte du canton de Vaud en leur demandant de le relayer auprès de leurs collaborateurs. Le sondage a également été envoyé aux cabinets des médecins généralistes et psychiatres. Ce sondage a été administré à deux reprises, soit entre août et septembre 2019 (T1) et entre mars et avril 2021 (T2) afin de permettre des analyses comparatives.

La formation e-learning a fait l'objet d'une auto-évaluation envoyée au participant à l'issue de cette dernière sur la satisfaction de la formation, sur le niveau perçu des compétences pour accompagner la démarche PCC et sur l'évolution du niveau de connaissance avant et après la formation. Intégrée au site internet conçu dans le cadre du projet (www.plandecriseconjoint.ch), l'inscription à la formation a permis de relever le profil professionnel des participants.

La formation en présentiel a fait l'objet d'une auto-évaluation au moyen d'un questionnaire papier par les participants à l'issue de cette dernière. Elle a porté sur la satisfaction de la formation, le niveau perçu des compétences et des connaissances pour accompagner la démarche PCC. Le fruit des groupes de travail interdisciplinaires au sein de la formation sur l'identification des obstacles à l'implantation du PCC et sur les leviers à mobiliser pour les contourner a été compilé dans un tableau sur Word et fait l'objet d'une analyse thématique.

Le site internet susmentionné a également permis de récolter des statistiques sur son utilisation par les visiteurs.

Le monitoring continu du projet par l'équipe projet avec les terrains participants à l'implantation institutionnelle, a permis de récolter tant des données quantitatives pour chaque mesure déployée à l'aide de tableaux Excel que des données qualitatives avec la méthode du SWOT² lors des séances de bilan afin de pouvoir comparer les valeurs atteintes et les valeurs ciblées dans le modèle d'effets et pouvoir en fournir des explications. Les professionnels des terrains participants ont été invités à faire des copies des PCC rédigés ou révisés et à remplir des questionnaires sociodémographiques et cliniques (CSSRI-EU adapté (18) et HoNOS (19) ; Annexe 4) des usagers concernés, de même que de ceux qui auraient refusé la démarche.

Une analyse qualitative des contenus d'un échantillon aléatoire des PCC récoltés a été effectuée à l'aide de la grille qualité adaptée de Ruschlewska et al., 2014 (20) (Annexe 5). Déjà utilisée dans le cadre de l'étude exploratoire à l'origine du projet ProPCC (10), elle a permis une comparaison des scores de qualité avant et après le projet, soit une mesure indirecte de l'effet des formations.

Les deux travaux de master ont porté sur un échantillon de 50 PCC récoltés au sein d'un hôpital ayant formé tout son personnel de première ligne durant le projet. Le premier, avec une approche quantitative, a porté sur l'effet du PCC élaboré en prévision de la sortie de l'hôpital sur les taux et modes de réadmissions à 30 jours et à 9 mois (21). Le second, avec une approche mixte, a analysé l'association entre les stratégies de coping anticipées par les usagers dans leur PCC élaboré en prévision de la sortie de l'hôpital et les taux et modes de réadmissions à 30 jours et à 9 mois (22). Pour mener à bien ces travaux, les données des statistiques des hôpitaux du canton de Vaud ont également été récoltées via les *data managers* concernés.

Toutes les données recueillies durant le projet ont été anonymisées. Les PCC et les statistiques des hôpitaux sont considérés comme des données de routine par la Commission d'éthique du canton de Vaud. Aucun contact direct n'ayant eu lieu entre l'équipe de projet et les usagers, le projet entrait de ce fait dans l'amendement au protocole d'évaluation du virage ambulatoire n°2016-00768.

Le tableau à la page suivante offre une synthèse visuelle de la méthode d'évaluation. Il met en lien les objets sur lesquels porte ce rapport d'évaluation et les méthodes de récolte des données et d'analyse utilisées pour chacun d'eux, ainsi que les groupes cibles visés.

² Le SWOT est l'acronyme anglais d'un outil d'analyse de projet composé de quatre dimensions : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités) and Threats (menaces).



Objets de l'évaluation	Groupes cibles	Méthodes de récolte des données	Analyse
1. Mise en œuvre du projet en termes d'outputs	Thérapeutes Médecins Institutions Usagers Proches	Monitoring du projet selon le modèle d'effets, tableaux Excel	Comparaison par indicateur entre les valeurs cibles et les valeurs atteintes.
2. Mise en œuvre du projet en termes d'outcomes multiplicateurs	Thérapeutes Médecins Institutions Usagers Proches	Monitoring du projet selon le modèle d'effets, tableaux Excel Co-évaluation équipe de projet et institution accompagnée (SWOT)	Comparaison par indicateur, entre les valeurs cibles et atteintes. Processus itératif d'amélioration
3. Mise en œuvre du projet en termes de processus	Equipe projet Institutions	Monitoring du projet selon le modèle d'effets, tableaux Excel Co-évaluation équipe de projet et institution accompagnée (SWOT)	Processus itératif d'amélioration
4. Evaluation des formations en e-learning	Thérapeutes Médecins Institutions Usagers Proches	Questionnaire sociodémographique, de satisfaction, niveau de compétences auto-évalué et progression du niveau des connaissances autoévaluées	Statistiques descriptives et comparatives* pré-post formation
5. Evaluation des formations en présentiel	Thérapeutes Médecins Institutions	Questionnaire sociodémographique et de satisfaction, niveau de connaissance et compétences auto-évalué	Statistiques descriptives*
6. Changements de comportement des professionnels et intégration des bonnes pratiques	Médecins Thérapeutes Institutions	Sondage en ligne	Statistiques descriptives et comparatives* T1-T2
		Questionnaire qualité des contenus PCC à partir de la récolte rétrospective des données (échantillon aléatoire, N=143/609)	Analyse qualitative des contenus** de PCC récoltés et statistiques comparatives* des scores avec ceux de l'étude exploratoire (10)
7. Engagement des professionnels, des usagers et des proches dans la démarche PCC	Usagers Thérapeutes Médecins Proches Institutions	Récolte de données des copies de PCC des terrains participant à l'implantation Questionnaire CSSRI-EU adapté Questionnaire HoNOS	Statistiques descriptives et comparatives*
8. Impact à moyen terme de l'implantation du PCC sur les taux et modes de réhospitalisations à 30 jours et à 9 mois post-hospitalisation et stratégies de coping associées	Usagers Thérapeutes Médecins Proches	Récolte des copies de PCC anonymisées par les terrains Données OFS des hôpitaux du canton de Vaud Questionnaire qualité des contenus PCC (échantillon aléatoire, N=143/606)	Statistiques descriptives et inférentielles* Analyse de contenu**

* Les statistiques descriptives, comparatives et inférentielles ont été conduites au moyen du logiciel IBM SPSS Statistics 25

** Les analyses de contenu ont été réalisées avec l'aide du logiciel NVivo 12

4 Résultats

Cette partie est structurée selon les huit objets de l'évaluation cités dans le tableau précédent, soit 1. La mise en œuvre du projet en termes d'outputs ; 2. La mise en œuvre du projet en termes d'outcomes multiplicateurs ; 3. La mise en œuvre du projet en termes de processus ; 4. L'évaluation des formations e-learning ; 5. L'évaluation des formations en présentiel ; 6. Le changement de comportement chez les professionnels ; 7. L'engagement des professionnels, des usagers et des proches dans la démarche PCC ; et 8. L'impact à moyen terme de l'implantation du PCC.



4.1 Mise en œuvre du projet en termes d'outputs

En ce qui concerne la **promotion du PCC et la promotion des bonnes pratiques**, les mesures prévues étaient complémentaires et prévoyaient un grand nombre de prestations ainsi que la production de matériel promotionnel. Les valeurs réalisées ont toutes atteint, voire dépassé les valeurs cibles.

4.1.1 Flyer d'information en santé publique sur le PCC

Valeur cible 4'000 / Valeur réelle 7'500

Le flyer d'information en santé publique sur le PCC (Annexe 6) est un guide synthétique et vulgarisé des bonnes pratiques en matière de PCC. Il a été élaboré en partenariat entre professionnels, pairs et proches. La démarche PCC a été adaptée à la réalité de Suisse romande dans le sens qu'elle n'implique pas, comme décrit dans la littérature scientifique, l'intervention d'un médiateur entre l'utilisateur et le professionnel pour accompagner sa rédaction. En effet, les pairs praticiens en santé mentale y sont encore peu nombreux et à l'heure actuelle, seul une minorité d'entre eux sont engagés sur les terrains cliniques. Au vu de l'impératif à faire évoluer les pratiques professionnelles dans le sens d'un réel partenariat reconnaissant la capacité d'autodétermination et l'équivalence des expertises en présence (expertise par expérience et expertise professionnelle), le choix a été fait de travailler avec la juriste de Pro Mente Sana, association de défense des droits des personnes souffrant de troubles psychiques, à des étapes et principes de base à respecter afin de garantir un processus de décision partagée. Éléments centraux à la démarche PCC, leur respect vise à limiter l'influence potentielle des professionnels sur les valeurs et préférences en termes de soins et de traitement de l'utilisateur ainsi qu'à protéger les intérêts et les droits de « la partie faible au contrat », expression chère à l'association. Dans un souci de cohérence, ces aspects sont repris tant dans le e-learning que dans la formation en présentiel. Ce flyer est volontairement destiné à un public cible large, soit autant aux usagers qu'à leurs proches ou encore aux professionnels du champ de sa santé mentale, tous potentiellement conjointement engagés dans une démarche PCC. Les contenus du flyer ont été soumis à un processus de relecture impliquant les associations d'utilisateurs et de proches afin de s'assurer de sa bonne compréhension. Validé par la Direction générale de la santé du canton, il a été élaboré en collaboration étroite avec des graphistes et respecte la charte graphique des Réseaux santé Vaud. Afin de répondre à la réalité sur le terrain, son contenu a été revisité et soumis une seconde fois au processus de validation par la DGS entre la première et la seconde réimpression afin d'intégrer les personnes souffrant d'une problématique d'addiction. Le flyer est imprimé dans les ateliers de réhabilitation psychiatrique du service de psychiatrie communautaire et sa réédition a été financée par la DGS qui en assurera la pérennisation. Un communiqué de presse a été conjointement rédigé entre les Réseaux santé Vaud et la DGS pour lancer le flyer. Il a été relayé dans la presse par le 24Heures et dans Heidi news, sur santépsy.ch et sur les réseaux sociaux aussi bien en Suisse qu'à l'international.

4.1.2 Posters PCC

Valeur cible 100 / Valeur réelle 250

Le poster PCC (Annexe 7) a été élaboré à partir des contenus du flyer d'information en santé publique avec la même charte graphique. S'il s'adresse théoriquement aux mêmes publics que le flyer, il est prioritairement destiné à promouvoir le PCC auprès des usagers et de leurs proches au sein des services et institutions de santé mentale.

4.1.3 Site internet PCC

Pas de valeur cible de visiteurs définie au préalable / Valeur réelle 24'178

Le site internet www.plandecriseconjoint.ch a été conçu en collaboration avec les techniciens de l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source qui l'héberge. Ils en assurent la maintenance et la révision depuis sa mise en service le 7 septembre 2019. Régulièrement mis à jour, ce site regroupe des informations, des articles et permet de télécharger gratuitement de la documentation. La formation e-learning y est intégrée. Une foire aux questions avec celles les plus fréquemment rencontrées sur le terrain y sera prochainement intégrée. Une adresse électronique info@plandecriseconjoint.ch permet à l'équipe de projet de répondre aux éventuelles questions ou précisions des visiteurs. A ce jour, elles sont principalement le fait d'utilisateurs et de proches qui demandent des conseils ou une orientation.

4.1.4 Séances d'information sur le PCC

Valeur cible 20 / Valeur réelle 54

Le nombre de séances d'information prévues a été largement dépassé, malgré le fait que celles planifiées pour toucher un large public dans les associations d'utilisateurs comme le GRAAP-Fondation ou de proches comme celle de l'Îlot n'ont pu avoir lieu en raison de la COVID-19. Une séance de lancement du projet ProPCC a été organisée début 2019 au niveau cantonal pour les institutions à mission psychiatriques adultes du canton à l'occasion du vernissage de la publication de l'étude exploratoire préimplantatoire avec la participation de la DGS et de Promotion



santé suisse. Les 21 terrains participants au processus d'implantation sur mesure ont été recrutés à cette occasion sur un mode volontaire. Au sein de ces terrains, 28 séances d'information se sont déroulées avec leurs directions élargies. Ce nombre élevé s'explique par le tournus des membres de la direction de certaines institutions pendant la durée du projet. A cela s'ajoutent 13 séances d'information pour les équipes de projet à l'interne. Ces séances ont la plupart du temps été co-animées par la cheffe de projet et la paire praticienne de l'équipe projet. En hébergement (EPSM et ESE), 8 séances d'information ont été organisées pour les usagers, en présence des collaborateurs. A cette occasion, l'un des pairs praticiens, co-animateur des formations en présentiel partageait sa propre expérience du PCC. Cette formule s'est avérée être un puissant levier de changement en termes d'intérêt et d'engagement des usagers. Trois autres institutions du canton ont demandé à avoir une présentation du projet et du PCC. Une plateforme psychiatrique et addictologique a été organisée par les 4 réseaux de santé du canton de Vaud ce qui a permis de largement diffuser et promouvoir le PCC auprès de leurs membres. Afin de quand-même diffuser des informations sur le PCC auprès des proches, très sollicités dans cette période de pandémie, l'Ilot et une institution partenaire ont co-organisé un webinar sur le PCC qu'il est possible de visionner (<https://bit.ly/28-septembre-replay>), ainsi qu'une rencontre sur la contrainte, organisée sur un mode hybride ; des flyers ont été distribués lors de visites individuelles. Une présentation était prévue lors d'une plateforme addiction réunissant les professionnels du DCISA et les directions d'institutions concernées. Elle sera vraisemblablement reportée fin 2021 en raison de la COVID.

4.1.5 Valorisation

Valeur cible des newsletters 2000 / Valeur réelle > 2000

Le RSRL a diffusé les informations sur le PCC et le projet dans sa newsletter de juillet 2020 (adressée à plus de 1'500 destinataires, dont 700 médecins) et La Source dans sa Lettre R&D de juin 2019. Deux articles scientifiques sur le PCC sont parus en 2019 et en 2021 et 3 articles professionnels sur le PCC et le projet ont été publiés dans la Revue Santé mentale en 2020, et un webinar a été organisé par un partenaire de terrain lors des Journées internationales de la Schizophrénie 2021. Enfin, l'équipe a présenté le projet et son avancement à différents stades avec 29 communications orales dont certaines à l'occasion de congrès nationaux et internationaux (voire la liste des valorisations, Annexe 8). Divers articles scientifiques et professionnels sont prévus ciblant autant les résultats du projet que son processus.

4.1.6 Implantation institutionnelle du PCC

Valeur cible 16 / Valeur réelle 21

Davantage de terrains qu'initialement planifiés ont été accompagnés dans leur démarche d'implantation. D'abord expérimental, cet accompagnement s'est progressivement professionnalisé en s'appuyant sur le modèle du i-Parhis, un modèle d'implantation des bonnes pratiques éprouvé et validé dans le domaine de la santé (Annexe 9). Conformément à ce dernier, la cheffe de projet et la PPSM y ont joué le rôle de facilitatrices. Les terrains étaient invités à créer un groupe de projet interne et à identifier des « champions du changement » dans le but d'être des référents de proximité pour les autres collaborateurs. Cette méthode facilite le transfert des bonnes pratiques dans la clinique car l'accompagnement se fait sur mesure en tenant compte des spécificités contextuelles. L'implantation a ainsi plus de chance de se pérenniser étant donné qu'elle repose sur des ressources internes.

Tous les terrains accompagnés ont intégré la démarche PCC dans leur fonctionnement en élaborant des procédures internes à ce sujet, en visible le PCC dans les dossiers patients, en formant leurs collaborateurs au e-learning et leurs « champions du changement » au présentiel. La majorité d'entre eux a inscrit les formations soit dans la formation continue, soit dans la formation des nouveaux collaborateurs. Enfin, 3 hôpitaux du canton ont intégré le PCC dans le livret d'accueil remis aux patients à leur admission et le PCC est également promu sur la page de leur site internet destinée aux patients et à leurs proches. Le modèle du i-Parhis implique cependant non seulement une présence importante des facilitateurs sur le terrain, mais aussi de grandes capacités d'adaptation et de la flexibilité. Le nombre de séances avec les équipes de projet de terrain a été de 83 (130 heures), auxquelles il faut ajouter 8 séances d'analyse de pratique (12.5 heures) et 33 de bilan (49.5 heures) en plus des séances d'informations à l'interne (cf paragraphe précédent) avec les directions (n=28 et 40.5 heures), les équipes de projet (n=13 et 16 heures) et les usagers, quand faisable (n=8 et 13 heures). En moyenne cela représente 8 séances et 12.5 heures d'accompagnement en binôme par terrain. L'accompagnement en présence ayant en effet été conduit en binôme paire-professionnelle en raison des enjeux centraux autour du partenariat dans la démarche PCC, le décompte des heures par séance sur le terrain est donc à doubler. Les outputs attendus de cet accompagnement sont réalisés à 100 %, avec 21 équipes de projet internes nommées, 21 plans de formation adoptés (équipes de projets internes et champions du changement formés, formation intégrée dans la formation interne aux institutions), 21 évaluations du processus d'implantation. En termes d'intégration de la démarche PCC au fonctionnement des institutions, les bilans qualitatifs des terrains (analyses SWOT) montrent que le PCC est présent dans les discussions cliniques et qu'un changement de pratique est amorcé. 53% des sondés estiment que le PCC est souvent pratiqué contre 39% au départ (p=.003). La perception de l'encouragement à en rédiger a



augmenté de 58,5% à 72,2 % ($p=0.01$). Cela reste fragile : les PCC sont le plus souvent rédigés à l'initiative des équipes projet, rarement partagés avec le réseau des usagers et les médecins l'ont encore peu investi.

4.1.7 Formations au PCC

Valeur cible formation e-learning 200 / Valeur réelle 1'299

Valeur cible formation en présentiel 100 / Valeur réelle 128

La formation en e-learning et la formation en présentiel ont été développées et dispensées en collaboration avec des pairs et des proches. Un patient faisant de l'improvisation a même participé à des entretiens simulés pour le e-learning. Le descriptif du dispositif de formation complet, conçu afin de favoriser l'intégration des connaissances et l'acquisition de compétences en vue d'un transfert dans la pratique se trouve à l'Annexe 10. En termes de planification, le e-learning a été mis en ligne environ 4 mois plus tard que prévu en raison de la forte demande pour l'accompagnement institutionnel dès le lancement du projet des terrains. La priorité a été donnée aux premières prises de contact afin de ne pas perdre leur motivation à participer. Le e-learning est gratuit, moyennant une inscription en ligne via la création d'un compte, ce qui permet de saisir des données sur le profil des participants. 18 formations en présentiel se déroulant sur deux demi-journées à distance l'une de l'autre, afin de permettre de pratiquer entre-deux ont été dispensées pour 148 participants avec une moyenne de 8 participants, dont 7, soit 5% étaient issus d'institutions non-participantes au projet. 20 d'entre eux n'auront finalement pu suivre que la moitié de la formation, principalement en raison de maladie, maternité, congé, vacances ou départ de l'institution. Dispensée volontairement au sein des quatre réseaux en mixant les participants selon le type d'institution d'appartenance et selon leur profil professionnel, elle vise à créer une réelle culture de réseau autour du PCC. Plus de la moitié des formations ont dû être déplacées, certaines à plusieurs reprises en raison de la pandémie de la COVID-19, rendant leur organisation et leur coordination d'autant plus complexes et chronophages. Même si cette mixité n'a pas toujours été rendue possible, elles ont toutes réuni au moins deux disciplines et deux institutions différentes. De plus, toutes les institutions ne sont pas entrées dans le processus d'implantation au même rythme. Enfin, les deux formations délivrent une attestation nominative. La reconnaissance de crédits de formation continue n'a pu se faire durant le projet en raison des contraintes temporelles évoquées. Le e-learning restera disponible et accessible gratuitement au-delà de la durée financée du projet. Le présentiel sera vraisemblablement repris par le centre de formation continue du CHUV (CEFOP) et subventionné par la DGS, mais avec l'obligation de le dispenser au sein des quatre réseaux.

4.1.8 Plateforme web PCC

Une plateforme web sécurisée a été développée comme prévu selon un processus participatif avec des professionnels, des usagers et des proches par l'équipe du groupe Health, Engineering & Economics (HEE) du département des technologies de l'information et de la communication (TIC) de la Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du canton de Vaud (HEIG-VD). Elle a été testée par l'équipe projet et adaptée selon les critiques émises. Afin d'offrir un soutien aux usagers dans la rédaction de leur PCC via la future plateforme, des informations à but pédagogique sous forme de menu déroulant y ont été intégrées, de même que des vidéos animation sur le PCC, le processus de crise et la décision partagée. Depuis début 2020, la phase de test sur le terrain a dû être reportée à plusieurs reprises en raison de la COVID-19, une présentation et une prise en main de la plateforme a finalement pu se dérouler au printemps 2021 auprès d'une vingtaine de professionnels de 2 institutions sur la base de vignettes cliniques fictives avec un écho positif. Les retours des utilisateurs ont été pris en compte et pour la plupart intégrés à la plateforme. La plateforme doit à présent pouvoir être testée dans d'autres milieux, et plus en profondeur dans le cadre d'un projet pilote à organiser dans une ou plusieurs institutions et avec des patients. Son hébergement sera transféré au RSRL à l'issue de cette étape.

4.1.9 Application mobile

Une application mobile pour les usagers a été développée par l'équipe d'ingénieurs, mais celle-ci n'a pas pu être présentée ni testée vu la difficulté de réunir des acteurs du terrain pendant cette période COVID. Son déploiement définitif et sa promotion n'est pas d'actualité tant que des tests pilotes en situation réelle de la plateforme n'auront pu se dérouler sur le terrain avec des professionnels, des usagers et des proches. L'application mobile, contrairement à la plateforme web sera essentiellement destinée à la consultation du PCC par l'utilisateur. Des fonctions permettant un lien direct vers les numéros de téléphones des personnes à contacter en cas de crise y sont par exemple intégrées.

Un film d'aide à la prise en main de la plateforme et de l'application mobile devra être conçu et diffusé. Un accompagnement sur le terrain sera néanmoins indispensable pour leur déploiement. Les résultats du projet ProPCC ont déjà mis en évidence la complexité de l'appropriation de l'outil PCC, complexité à laquelle vient s'ajouter pour certaines personnes la prise en main des outils numériques, ainsi que la disponibilité et l'accessibilité parfois limitée à ces derniers. Le monitoring des PCC via ces deux supports s'avèreront cependant un précieux



atout d'évaluation de l'application et de la consultation des PCC, soit des répercussions du PCC à moyen terme. Un projet de recherche pourrait être envisagé en parallèle afin d'en optimiser ses fonctionnalités.

4.2 Mise en œuvre du projet en termes d'outcomes multiplicateurs

Ce chapitre décrit les outcomes multiplicateurs, soit principalement les professionnels et les proches, ainsi que les outcomes usagers. Il présente le nombre et le type de professionnels et d'institutions, le nombre de proches et enfin, le nombre et le type d'usagers touchés en fonction des valeurs cibles prédéfinies et les valeurs réelles. Les principaux écarts pour les groupes cibles et les settings concernés sont justifiés.

4.2.1 Médecins

Valeur cible 100 / Valeur réelle 1'602

Si les médecins ont été majoritairement touchés par les mesures promotionnelles qui ont dépassé les valeurs cible prédéfinies principalement grâce à l'envoi du Flyer PCC aux 1'477 médecins généralistes et psychiatres du canton. 100 médecins assistants ont été sensibilisés au PCC dans leur formation post-graduée en psychiatrie ; une centaine d'autres dans le cadre des jeudis de la vaudoise, soit la formation continue organisée par la SVM. Seul 67 d'entre eux se sont formés au e-learning (dont 21 qui exercent à l'étranger et 4 qui sont en formation bachelor) et 2 au présentiel. A noter que les 48 médecins exerçant dans le canton qui se sont formés au e-learning n'ont pas été comptabilisés en sus car on ne peut les discriminer de ceux qui ont reçu le matériel promotionnel.

4.2.2 Thérapeutes

Valeur cible 320 / Valeur réelle 1178

Les thérapeutes ont été touchés par les mesures promotionnelles via leur envoi aux institutions à mission psychiatrique adulte du canton. Ne pouvant estimer leur nombre, la valeur réelle comprend ceux qui ont suivi le e-learning, parmi lesquels figurent les 126 thérapeutes qui ont été formés en présentiel (le e-learning étant un prérequis). Les écarts positifs sont dus au succès du e-learning qui a été suivi à l'international, ce qui n'avait pas été anticipé. Parmi les 1299 à l'avoir suivie, 686 sont des infirmiers, 236 sont de profession paramédicale, 182 sont issus du domaine socio-éducatif, 66 sont psychologues, 34 d'autres professions (ex : accompagnants spirituels), et 19 pairs praticiens en santé mentale (PPSM).

4.2.3 Usagers

Valeur cible 650 / Valeur réelle 797

Les usagers concernés par le projet sont des adultes souffrant de troubles psychiques et/ou addictologiques âgés entre 18 et 65 ans. Des expériences concernant des adolescents et des personnes de plus de 65 ans ont été rapportées à l'équipe projet, mais sont pour l'heure marginales. L'extension de l'indication du PCC à ces catégories d'usagers est souhaitée par certains professionnels et pourrait faire l'objet d'une extension de la population cible du projet à l'avenir, sachant que les processus démentiels et troubles cognitifs sont des contre-indications. Tout comme les thérapeutes, les valeurs réelles n'incluent pas le nombre d'usagers touchés par la promotion du PCC car il n'est pas possible de l'estimer directement. Elles ne comprennent donc que le nombre d'usagers pour lesquels les professionnels des terrains participant à l'implantation du PCC ont récolté des données. Les PCC récoltés sont au nombre de 740. Les questionnaires socio-démographiques et cliniques de 57 usagers ayant refusé d'entrer dans la démarche PCC ont été récoltés. Pour rappel, le PCC ne peut être imposée car serait contraire à ces principes de base.

Etant donné que la récolte de données s'est limitée aux terrains participants à l'implantation et n'a pas été rigoureuse (aucun moyen supplémentaire n'ayant été alloué à cette tâche au sein des institutions durant le projet), il peut être conclu que ce chiffre est sous-estimé (y compris les refus de PCC). Le sondage vient confirmer cette hypothèse puisque qu'il démontre une augmentation de la prévalence des PCC également dans les institutions n'ayant pas participé à l'implantation. Par ailleurs 3 usagers se sont formés au e-learning. Les PPSM ayant un double rôle, pourraient également être attribués à ce public cible. A noter que dès la pose des posters dans les institutions, les usagers sont également devenus des multiplicateurs, demandant à leur propre initiative de faire un PCC. Le sondage corrobore ce constat puisque certains professionnels ont répondu avoir découvert le PCC par l'intermédiaire de patients. Il en va d'ailleurs de même pour les proches.

4.2.4 Institutions à mission psychiatrique

Valeur cible 16 / Valeur réelle 70

La valeur ciblée de 16 visait le processus d'accompagnement de l'implantation sur mesure. En l'occurrence 21 terrains ont été accompagnés. Pour des questions de faisabilité, les institutions de grandes tailles ont été accompagnées par service, chaque service comptant alors comme un terrain cible du projet. Voici leur répartition



par setting : 3 hôpitaux psychiatriques et leurs services ambulatoires (n=6) ; 1 hôpital psychiatrique avec 3 services hospitaliers et 4 services ambulatoires (n=7) ; 5 EPSM (2 de la même Fondation, n=4) ; 3 ESE (2 de la même Fondation, n=2) ; 4 OSAD (3 de la même Fondation, n=2). Ces terrains se répartissent géographiquement comme suit : 2 EPSM, 1 hôpital, 1 ambulatoire, 1 ESE, 1 OSAD au RSNB (nord) ; 3 services hôpital, 4 ambulatoires, 2 EPSM, 1 ESE au RSRL (centre) ; 1 hôpital, 1 ambulatoire au RSLC (ouest) ; 1 hôpital, 1 ambulatoire au RSHL (est) ; 1 OSAD transverse. Beaucoup plus d'institutions vaudoises (en tout 62) ont été touchées par les mesures promotionnelles. A ce chiffre, il faut ajouter 8 institutions extra-cantoniales dont sont issues des professionnels qui ont participé au e-learning ainsi que d'autres au niveau international mais pour lesquels nous manquons de données. Quelques professionnels d'une clinique et de deux EPSM vaudois ont aussi participé aux formations en présentiel. Des settings de formation professionnelle (HES et Universités) l'ont également suivie, ce qui n'était pas prévu, mais permet d'assurer en partie la relève. Le sondage en ligne vient confirmer que des institutions vaudoises hors projet ont développé ou renforcé la pratique du PCC. Enfin, seuls les milieux hospitaliers et d'hébergement ont testé la plateforme web en raison de la COVID.

4.2.5 Proches

Valeur cible 100 / Valeur réelle 127

La valeur réelle est issue du nombre de personnes ayant suivi le webinaire de l'Îlot. Le flyer PCC n'a pas pu être présenté dans des séances en présentiel (annulées pour cause de pandémie) mais a été distribué de manière individualisée par les bénévoles effectuant des visites à domicile. 6 proches ont suivi la formation en e-learning (mais font peut-être partie des 127 ayant suivi le webinaire). Si seul 2% des PCC récoltés sont corédigés et co-signés par des proches, le travail de master sur les stratégies de coping (22) met en évidence qu'ils sont nommés comme personne ressource à mobiliser en cas de besoin dans 94% des PCC, avec une moyenne de 2,6 proches par PCC.

Enfin, en termes d'outcomes multiplicateurs et usagers, le site internet a été visité par 24'178 personnes différentes, que nous ne pouvons pas différencier par groupe cible. Ces données ne comprennent pas les répercussions des articles de presse tout public, ni de ceux parus dans les revues professionnelles ou encore des présentations faites dans les congrès et autres manifestations professionnelles.

4.3 Mise en œuvre du projet en termes de processus

En termes de périmètre, le PCC vise principalement la psychoéducation et la prévention de rechute des troubles psychiques mais aussi addictologiques. De plus, les facteurs déclencheurs d'une crise psychique, voire d'une rechute dans la consommation sont étroitement liés à un niveau de stress élevé. De nombreuses stratégies de coping sont en effet nommées de façon anticipée par les patients et leurs référents dans leur PCC afin d'en minimiser les conséquences et prévenir une décompensation psychique (22). Les besoins du terrain étant bien présents, les facteurs de risque alcoolisme et consommation de drogues illégales ont donc été pris en compte, élargissant ainsi quelque peu le périmètre du projet. Cet élargissement du périmètre du projet aux troubles addictologiques a occasionné certains délais pour obtenir la validation des produits de communication par les instances cantonales, qui nécessitaient de se coordonner. Le PCC étant faisable pour tout type de profil sociodémographique, il peut potentiellement diminuer le cercle vicieux d'une évolution négative des troubles des personnes vulnérables sur le plan socio-économique. Il ne cible cependant pas directement ce facteur de risque, qui n'est dès lors pas retenu.

Au niveau du phasage, la promotion de l'outil devait avoir lieu avant la dispense des formations, mais au vu du retard pris dans la validation et la production du flyer PCC et du poster ainsi que des nombreuses demandes des terrains motivés pour débiter l'accompagnement, les formations ont été dispensées avant que la phase de promotion de l'outil n'ait pu avoir lieu. Cette inversion s'est finalement avérée positive car si les groupes cibles avaient été informés via le matériel avant d'être formés au PCC, ils se seraient probablement retrouvés dans la situation inconfortable de ne pas se sentir suffisamment compétents et à même de le mettre en pratique.

Le retard pris sur le matériel promotionnel (flyers et posters) lors de la première année a été rattrapé. Bien que les flyers n'aient pu être mis en libre circulation en raison de la COVID, ils ont été diffusés par les professionnels. Pour ces mêmes raisons, leur présentation et diffusion au sein du GRAAP n'a pu se faire à large échelle. La diffusion au sein du groupe cible des proches n'aura pu se faire qu'au travers de webinaires et directement par des bénévoles de l'Îlot. Ce sont donc les multiplicateurs qui ont pris le relais de l'équipe projet. Les formations en présentiel ont aussi subi la pandémie et ont dû être reportées à plusieurs reprises, mais ont finalement pu être menées à bien grâce à la prolongation de projet accordée jusqu'à fin juin 2021. En revanche, malgré cela, la phase test de la plateforme et sa diffusion à large échelle n'ont pu être réalisées en institution comme prévu en raison de la charge de travail et des limitations d'interventions sur le terrain pendant la pandémie.



4.3.1 Facteurs favorables à la mise en œuvre du projet

La professionnalisation de l'accompagnement du changement sur le terrain grâce à l'appropriation du modèle du i-Parihs par l'équipe projet a consolidé le dispositif. Une attention accrue a été portée à la réalité contextuelle des institutions, de même qu'à l'engagement de champions du changement sur le terrain. Cela a favorisé l'appropriation du projet et le déploiement du PCC et permis de poser les jalons pour un ancrage durable dans les pratiques cliniques. A ce titre, l'adaptabilité, la flexibilité, la disponibilité et la réactivité de l'équipe projet ont été des atouts majeurs. La complémentarité des compétences et des savoirs au sein de l'équipe projet, identifiée comme « ambassadrice » du partenariat, a favorisé la collaboration, les échanges constructifs et le transfert de bonnes pratiques sur le terrain. L'implication de PPSM et de proches dans tous les objectifs et axes du projet a été une claire plus-value, facilitant la motivation et l'engagement dans la démarche PCC. Ce partenariat, recommandé au niveau international, a permis de mutualiser les expertises et expériences acquises. Il s'est avéré être un puissant levier d'amélioration des pratiques. La médiatisation et la reprise politique de la problématique de la contrainte dans le canton de Vaud, le lancement du projet avec la participation de la DGS et de PSS, de même que le communiqué de presse de la DGS et des RSVD ont joué un rôle dans l'engagement proactif des professionnels et des institutions. Leur participation volontaire au processus d'implantation a été un moteur pour faire évoluer les pratiques cliniques et a fait un effet boule de neige. L'accompagnement des terrains selon un modèle structuré et validé avec une approche mixte, *top-down* et *bottom-up*, a donné cohérence et robustesse au projet et l'a rendu reproductible dans d'autres contextes.

4.3.2 Effets de la pandémie sur le projet

Une analyse SWOT des influences de la COVID a été faite après la première vague. Elle a permis à l'équipe projet de mettre en évidence les freins mais aussi les leviers en lien avec cette période et de formuler une demande de prolongation du projet de 6 mois afin de pouvoir terminer les activités prévues.

<p>Strengths</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion proactive du projet • Objectifs et priorités adaptés • Les institutions continuent à faire des PCC • Plus de formations en ligne suivies (aussi à l'international) • Identifications de nouveaux besoins spécifiques des terrains (PCC et mesures pénales, PCC et familles, PCC et handicap mental) 	<p>Weaknesses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipe de projet en difficulté : une PPSM en quarantaine, une proche fragile et confinée en France, un patient partenaire impliqué dans le développement de la plateforme décédé • Report des formations à 2021 • Surcharge de l'équipe de projet par moment
<p>Opportunities</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'anticipation en santé mentale accentuée • Moment opportun pour faire des PCC • Les PCC continuent à se faire dans les petites structures • Demandes de nouvelles institutions 	<p>Threats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incertitude quant au retour à la normale • Moindre disponibilité des partenaires • Afflux des demandes en soins psychiques • Culture partenariale et d'anticipation mise à mal par la gestion des urgences • Equipe de projet d'un hôpital dissoute

4.3.3 Facteurs défavorables à la mise en œuvre du projet

L'accompagnement institutionnel et les formations ont permis de rendre visible la complexité de la démarche PCC et le défi que représente l'engagement des usagers qui sont dans le déni ou en refus de soins. Cela a parfois fait émerger la fragilité des compétences relationnelles et d'évaluation clinique. Les enjeux liés au changement de posture professionnelle dans le sens du partenariat et de la décision partagée ont révélé des « gaps » entre la pratique souhaitée et la réalité. L'implication plutôt passive du corps médical a contribué au maintien d'une certaine ambivalence face aux plus-values du PCC. La COVID a nécessité un redéploiement des ressources et des formations ainsi que de la créativité de l'équipe de projet pour le maintenir dynamique sur le terrain malgré la surcharge des professionnels. Même si la phase test de la plateforme a dû être reportée, elle a permis de mettre en évidence le stress engendré par l'introduction du PCC qui nécessite pour tous les acteurs de sortir de sa zone de confort.

Le tournus du personnel a freiné l'implantation du PCC lorsque les champions du changement étaient concernés. Sinon, cela a plutôt favorisé sa diffusion dans de nouvelles structures. Les directions de deux grosses structures ont changé durant le projet, ce qui a nécessité la multiplication de séances pour maintenir leurs engagements. L'inertie et la résistance au changement ont été plus importantes dans les structures de grande taille avec un impact négatif sur la connaissance des procédures et recommandations à l'interne malgré diverses communications. Dans celles-ci cependant, là où l'intégration de la démarche PCC a été forte, l'engagement des collaborateurs a été plus



systématique en milieu hospitalier qu'en ambulatoire où chaque professionnel est plus autonome et où le temps imparti pour les usagers est plus limité. En outre, leurs besoins et préoccupations urgentes laissent souvent peu d'espace pour aborder le PCC. L'espacement de l'accompagnement et des formations en présentiel en raison de la COVID a freiné le passage à l'action. La pandémie a aussi amené de nouveaux usagers créant une surcharge pour des équipes parfois déjà épuisées et non renforcées, contrairement aux services de soins intensifs somatiques. Elle a aussi révélé la fragilité des PPSM engagés dans le projet.

4.3.4 Réponses aux obstacles

La réactivité et la disponibilité de l'équipe de projet pour soutenir les institutions participantes, avec notamment des analyses des problèmes et obstacles identifiés à la suite des bilans, la recherche commune de solutions, le partage d'expériences, les analyses de pratique et les supervisions proposées parfois en ligne en raison de la COVID ont permis d'y faire face. Une analyse SWOT minutieuse et continue des obstacles lors des bilans bisannuels avec les partenaires de terrain a permis à l'équipe de projet d'ajuster le tir et de trouver des solutions sur mesure avec les personnes concernées. L'approche pédagogique socioconstructiviste de la formation en présentiel a sans nul doute facilité la mutualisation des leviers pour favoriser l'implantation du PCC sur le terrain. Privilégier l'intégration du PCC dans les services volontaires, intéressés et motivés plutôt que de vouloir convaincre les réticents a fait bouler de neige. La concurrence en termes d'appropriation du projet et de formations des collaborateurs entre les hôpitaux a été un levier. L'augmentation du nombre de champions du changement au sein de chaque unité dans l'une des plus grandes institutions, et pas seulement au niveau d'un service, a favorisé le passage à l'action. Impliquer plus activement les médecins reste un défi, mais la reconnaissance de crédits de formation en cours peut en être une. La modification du représentant de la DGS dans le COPIL, mieux ciblé, a favorisé la reprise et continuité de certains outputs comme la réimpression des flyers. Le projet a obtenu l'accord de PSS pour une prolongation de 6 mois, et la collaboration active entre les RSVD, la DGS et les institutions partenaires du projet a permis l'obtention d'un fonds supplémentaire pour prolonger le financement du projet sur 2021.

4.4 Evaluation des formations en e-learning

La formation e-learning a été mise en ligne à mi-septembre 2019. Au 30 juin 2021, on comptait 1299 personnes formées, dont 75% en Suisse. Concernant le profil des participants, 44 professions différentes ont été identifiées. Bien que ce nombre élevé soit en partie dû aux différentes terminologies utilisées selon les régions ou pays des répondants, cela démontre que le PCC est un outil pluridisciplinaire. La profession la plus représentée est celle des infirmiers-ères avec 67 % des répondants. Les personnes formées en Suisse (n=976) sont composées à 75% de professionnels des institutions participant au projet d'implantation.

La formation a été évaluée par 350 participants, soit un peu plus du quart des personnes ayant suivi la formation (27%, n=350). Ses résultats démontrent la satisfaction des participants qui répondent à plus de 50% être tout à fait d'accord et à plus de 40% être d'accord avec tous les items évalués. L'indice de satisfaction ciblé à 6/10 est donc largement dépassé. En résumé, elle est jugée utile, pertinente et intéressante. La progression des connaissances montre un niveau de connaissance du PCC autoévalué avant et après la formation e-learning statistiquement significative ($p < .001$). Le niveau jugé *nul* au départ par 21,4% est de 0% après la formation, celui de *partiel* passe de 57,1% à 2%, celui estimé comme *bon* de 19,4% à 75,1% et celui d'*excellent* a progressé de 2% à 22%. À la fin de la formation, la quasi-totalité des participants se sentent capables de mettre en pratique la démarche PCC et recommandent la formation. Les détails de l'évaluation du e-learning se trouve en Annexe 11.

4.5 Evaluation des formations en présentiel

Le profil des participants (n=128, les 20 n'ayant fait que la moitié n'ont pas été inclus) indique une majorité de femmes (73%), une répartition entre différentes professions avec 74% d'infirmier-ères, 10% de maîtres socio-professionnels, 6% de psychologues, 5% d'éducateurs 2% de psychiatres, 2 % d'ergothérapeutes et 1% de maître socio-professionnels. Selon les groupes cibles du projet, la formation a ainsi touché 98% de thérapeutes (n=124), 2% de médecins (n=2) et 2% sont de profession inconnue. Selon les settings du projet, 30% des participants travaillent dans un contexte d'hébergement, 29% au sein du milieu hospitalier, 24% sont issus de l'ambulatoire/équipes mobiles et 17% des soins à domicile.

L'évaluation (Annexe 12) démontre la satisfaction des participants sur tous les items évalués (pertinence, intérêt, atteinte des objectifs, activités favorisant l'apprentissage). Les compétences acquises, estimées via l'auto-évaluation de la capacité à pratiquer le PCC sont importantes. 98% se disent plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec cela. Plus du 90% recommanderaient la formation.

Les attentes des participants (n=128) étaient de pouvoir expérimenter et s'approprier le PCC en vue du transfert sur le terrain, d'être capable d'adapter la démarche PCC à la singularité de chaque contexte de soin, de partager des expériences avec des professionnels d'autres structures et de s'exercer à la posture partenariale et à la décision partagée. Un travail de groupe a porté sur les obstacles identifiés à l'implantation du PCC et aux leviers



identifiés pour la favoriser. Un tableau détaillé se trouve dans l'annexe de l'évaluation des formations (Annexe 12). Ces obstacles diffèrent selon qu'ils concernent les professionnels, les usagers ou les institutions.

Pour les professionnels, les principaux obstacles nommés sont le manque de compétences pour la démarche PCC (n=45), la méconnaissance et méfiance envers l'outil (n=33), le fait que le PCC soit un outil non-prioritaire et la surcharge ou le manque de temps (n=21 pour chacun des deux). Selon le point de vue des participants quant aux obstacles attribuables aux institutions, les principaux sont la méconnaissance et la méfiance envers l'outil (n=39), la surcharge et le manque de temps (n=33) et l'absence de protocole intra et interinstitutionnel (n=26).

Enfin, les obstacles identifiés du côté des usagers sont la symptomatologie aiguë, le déni des troubles ou encore les difficultés d'engagement (n=28), le manque de compétences (limites intellectuelles, troubles cognitifs, problèmes de langues) (n=26), et le fait que le PCC soit outil confrontant et anxiogène (n=21). Pour les professionnels, les principaux leviers à actionner seraient les formations pratiques, les formations continues et les supervisions (n=55), l'intégration et l'adaptation de la démarche à la clinique du quotidien (n=50) ou encore la formation e-learning (n=44).

Les leviers imaginés au sein des institutions sont l'intégration du PCC dans les protocoles institutionnels et dans la démarche qualité (n=55), le fait d'informer sur le PCC, de montrer ses plus-values et lui donner du sens (n=40) et enfin, l'intégration et adaptation de la démarche à la clinique du quotidien (n=36).

Enfin, ceux imaginés pour favoriser l'engagement des usagers dans la démarche PCC sont selon les professionnels, l'intégration et adaptation de la démarche à la clinique du quotidien (n=90), le renforcement de la décision partagée, de l'alliance thérapeutique et du partenariat (n=43) et en troisième position, le recours aux techniques de l'entretien motivationnel (n= 27).

4.6 Changements de comportement chez les professionnels et intégration des bonnes pratiques

L'implantation du PCC est étroitement liée à un changement de culture nécessaire auprès de tous les publics visés. Ce changement de culture, lié aux valeurs et principes du modèle du rétablissement en santé mentale, ne peut se faire que sur la durée, par la sensibilisation, la formation et la pratique des professionnels. Le PCC implique cependant un changement d'attitude et de posture de chacune des parties concernées et pas seulement de la part des professionnels, soit aussi de la part des usagers, voire de leurs proches s'ils sont impliqués, dans le sens du partenariat. En effet, qui dit décision partagée, dit reconnaissance des expertises en présence, mais également responsabilités partagées qui nécessite un engagement actif de chacun des acteurs. Dans cette partie, les résultats se concentrent sur le changement attendu au niveau des professionnels car ils sont considérés dans le modèle d'évaluation comme les principaux multiplicateurs en termes d'effet. Les résultats concernant toutes les parties seront abordés dans la partie suivante consacrée à l'engagement des différentes parties dans la démarche PCC.

Le changement de comportement des professionnels a notamment été évalué au travers du sondage (Annexe 3) électronique auto-administré adressé aux professionnels du champ de la santé mentale et du domaine des addictions en T1 (août-septembre 2019) et T2 (mars-avril 2021). Tous les settings visés par le projet ont été touchés, soit les contextes hospitalo-ambulatoire/équipes mobiles, hébergement (EPSM), résidentiel addictologique (ESE), soins à domicile et cabinets indépendants. Le sondage a été volontairement largement diffusé, soit dans les 62 institutions à mission psychiatrique adulte et aux 1477 cabinets de psychiatres et généralistes du canton de Vaud. Les résultats concernent donc autant les 21 terrains issus des institutions participant au projet ProPCC qui ont bénéficié de l'accompagnement par l'équipe de projet pour l'implantation du PCC en interne, et donc des formations e-learning et en présentiel, que les institutions non-participantes qui regroupent toutes les autres. Cela a permis d'évaluer et de comparer l'effet des différentes mesures : D'un côté celui du matériel promotionnel et de l'autre, celui de l'accompagnement institutionnel et des formations.

Le profil des répondants au T1 (n=443 avec une répartition entre institutions participantes (n=130) / non participantes (n=313)) et au T2 (n=428 avec une répartition entre institutions participantes (n=124) / non participantes (n=304)) est très comparable. Plus de 65 % des répondants sont des femmes ; le taux d'activité est compris entre 70 et 100% pour plus de 75% des répondants ; la proportion de cadres se situe aux alentours de 30% ; et la classe d'âge majoritaire est un peu plus élevée au T1 qu'au T2 (36-45 ans versus 26-35 ans). Cette différence dans le profil des répondants explique sans doute que le nombre d'années d'activité en santé mentale est également plus bas au T2 (0-5 ans) pour 30% des répondants, alors qu'il se situe à 11-20 ans pour plus du 32% des répondants au T1. Au niveau de la répartition des professions, les infirmiers représentent près de 55% des répondants. Les médecins arrivent en deuxième position avec 20% de répondants au T1 et 25% au T2. Les professionnels du domaine socio-éducatif arrivent en troisième position avec 15% de répondants au T1 puis 10% au T2. Suivent les autres professionnels du paramédical et les psychologues. Par contexte, les répondants représentent dans près de 50% des cas l'hospitalo-ambulatoire, puis les soins à domicile (avec un taux de réponse



plus élevé au T1 (25%) qu'au T2 (17%), les cabinets indépendants (15% de taux de réponse moyen) et l'hébergement avec 7% en T1 et 15% en T2.

Le niveau de connaissance du PCC 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 ($p < 0,18$). Le niveau de connaissance du PCC a augmenté auprès de toutes les catégories professionnelles, bien que de façon non significative, sauf pour les infirmiers (assez bonnes connaissances : de 44,0% à 55,7% ; très bonnes connaissances : de 20,2% à 32,2% ; $p < 0.01$).

Ce sont le site internet (de 4,4% à 9,3% ; $p < 0.00$), la plateforme web (1,2% à 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 dans l'évolution des connaissances 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 comme diffusion de l'information PCC, 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. Ils 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 PCC, la littérature et les séances d'information (probablement à la suite de la plateforme « Santé mentale et addictions » organisé par les RSVD sur le sujet) comme moyen de prise de connaissance de l'outil.

La fréquence de rencontre du PCC dans la pratique est, de façon générale, en augmentation de façon significative (souvent : de 35,4 à 46,3 % ; $p < 0.004$). En comparant les terrains participants et les non-participants, on note une augmentation significative de la fréquence de rencontre des PCC dans les institutions participantes (souvent : de 39,3 à 53 % ; $p < 0.003$) et une légère augmentation non significative dans les institutions non participantes (souvent : de 26,2 à 29,8 % ; $p = 0.53$).

L'évolution dans l'encouragement des structures à utiliser le PCC a progressé durant le projet. 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 ($p = 0.01$). En comparant les terrains participants et les non-participants, on note une 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 au processus d'implantation et 11,8% ne savent pas. Moins d'un tiers mentionne la présence de procédures internes alors que cela a été travaillé partout. L'augmentation dans les institutions non participantes est peu significative ; les taux passent de 32,3% à 45,2% ($p = 0.05$), chez celles-ci toujours, le taux de « non » baisse de 42,3% à 29,0% ($p = 0.05$).

La perception du PCC et l'évolution dans la compréhension de la finalité du PCC : À T1 comme à T2, plus de 80% des répondants considèrent le PCC comme un outil de partenariat et 80% estiment qu'il peut diminuer les coûts de prises en charge. Plus de 90% reconnaissent le PCC comme un outil de décision partagée et d'autodétermination qui augmente la connaissance de soi et l'empowerment des patients, favorise la continuité des soins et l'alliance thérapeutique, permet un meilleur contrôle de soi et des troubles ainsi que l'anticipation des crises, ou encore une meilleure utilisation des ressources. Les perceptions sont en revanche très partagées en ce qui concerne l'impact des PCC sur la diminution des réhospitalisations sous contrainte et elles évoluent peu au long du projet. Seules les perceptions concernant l'alliance thérapeutique, le contrôle de soi et des troubles évoluent de façon significative et positive entre T1 et T2 ($p =$ respectivement .003, .002). On relève donc un effet moindre du projet sur les perceptions positives du PCC.

Au sujet des obstacles au PCC : À T1 une majorité estimait que les professionnels n'étaient pas assez formés, à T2 cette proportion s'inverse de façon significative (taux cumulés des réponses assez d'accord et tout-à-fait d'accord à T1 de 61,5% contre 40,2 % à T2, $p = 0.001$). La perception du manque de temps comme obstacle à l'implantation du PCC est présente chez un peu plus d'un tiers des répondants (taux cumulés moyens de 36.9% ; elle est plus importante dans les structures ayant participé au projet que dans les autres. Cette perception évolue de façon significative dans ces settings dans le sens que cet obstacle devient plus important (taux cumulés des réponses assez d'accord et tout-à-fait d'accord à T1 de 21,4% contre 50,2% à T2, $p = 0.001$). Les participants à la formation en présentiel disent avoir réalisé la complexité et l'ampleur de la démarche PCC seulement après l'avoir testé en pratique. Plusieurs disent que le travail de psychoéducation que permet le PCC faisait déjà partie de leur activité et qu'elle en a été renforcée. Elle prend dorénavant un sens différent avec une implication et une responsabilisation plus importante des usagers ce qui demande un engagement et un soutien importants. Toutes



institutions confondues, 71% des répondants considèrent que la démarche PCC est difficile à expliquer aux usagers à T1. Ce score diminue à T2 de façon significative (58,1%, $p=.001$). Une minorité (taux cumulés moyen de 13%) estime que les usagers sont réticents à reparler de la crise. Ce taux diminue entre T1 et T2 de 30,7% à 23,1% et ce, de façon significative ($p=.008$). Les professionnels des institutions participantes sont plus nombreux que les autres à percevoir la non-adhésion des patients au PCC comme un obstacle (41,3% contre 39,6 %). Bien que la proportion de professionnels des institutions participantes n'étant pas du tout d'accord avec le fait que les institutions n'adhèrent pas au PCC ait augmenté entre T1 et T2 (41% versus 51,1%), plus d'un quart (21,1%) expriment le ressenti que c'est encore le cas. Parmi les institutions ne participant pas au projet, les répondants sont plus nombreux à percevoir comme un obstacle le fait que les professionnels n'adhèrent pas au PCC que dans celles qui y participent (taux moyens respectivement de 15,8% versus 12%). Dans ce dernier cas, les réponses évoluent en faveur d'une meilleure adhésion avec le temps, mais non significative, les taux des collaborateurs n'étant pas du tout d'accord passe de 38,1% à T1 à 46,8% T2 ($p=.10$). Il reste un peu plus d'un quart qui participe à l'implantation qui reste d'accord avec le fait que les professionnels n'adhèrent pas (21,5%). Plus de la moitié des professionnels participant au projet estiment que les patients ne sont pas suffisamment informés, mais ce taux diminue entre T1 et T2 de façon significative (71,6% versus 56,7%, $p=.001$), vraisemblablement lié au matériel promotionnel. La majorité des répondants (68,1%, moyenne des taux cumulés) estime que la démarche PCC n'est pas difficile à expliquer aux usagers et il n'y a que peu de différence entre les groupes et dans le temps.

Analyse qualitative des contenus PCC : La qualité des contenus PCC est essentielle pour assurer que les préférences des usagers soient compréhensibles et applicables par des professionnels ne les connaissant pas. L'évolution significative des scores de qualité de ces contenus démontre l'intégration de bonnes pratiques en matière de PCC, comme la rédaction du PCC à la 1ère personne afin de favoriser son appropriation par l'utilisateur. 22% des PCC le sont entièrement et 47% partiellement alors que ce n'était presque jamais le cas dans l'étude exploratoire pré-implantatoire. Globalement la qualité de rédaction des PCC est élevée et s'est significativement améliorée (score moyen de 29 contre 19/33 dans l'étude exploratoire, $p<.001$), fruit vraisemblable des formations.

4.7 Engagement des professionnels et des usagers dans la démarche PCC et génération de PCC

Valeur cible 200 / Valeur réelle 609

Les données socio-démographiques et cliniques récoltées par les professionnels des terrains participants concernent 666 usagers. 609 se sont engagés dans une démarche PCC et 57 l'ont refusée. Ainsi 91% des patients à qui un PCC a été proposé l'ont accepté. Parmi eux, 569 ont rédigé et validé leur PCC et 28 d'entre eux ont procédé à sa révision et 40 ont débuté la démarche. Le nombre réel de patients engagés dans une démarche PCC est probablement plus élevé car il ne comprend pas les PCC qui auraient été élaborés dans d'autres institutions, ce qui est le cas, à en croire les résultats du sondage. 7% ($n=42$) des PCC sont co-signés par un médecin et 2% ($n=11$) cosignés par un proche, la grande majorité étant corédigée avec un thérapeute, le plus souvent un infirmier.

Le profil des usagers avec un PCC ($n=609$) montre que le PCC est faisable et indiqué pour une large frange des personnes souffrant de troubles psychiques. Avec un âge moyen de 39 ans, presque autant d'hommes que de femmes (54%) en ont rédigé, la grande majorité sont de nationalité suisse (72%). 59% d'entre eux sont célibataires, 20% en couple et 21% séparés, veufs ou célibataires. 60% d'entre eux habitent en ménage privé, 17% en hébergement institutionnel, 1% est sans domicile fixe (à noter qu'il y a beaucoup de données manquantes sur cette variable). 42% sont au bénéfice d'une rente AI, 23% sont insérés dans le monde du travail, 19% sont au chômage ou au bénéfice d'un revenu d'insertion. Enfin 10% est en formation. Un tiers a suivi un apprentissage (31%), 18% une scolarité obligatoire, 15% une Haute école ou l'université, 9% ont une maturité et 3% n'a aucune formation. Au moment de la rédaction du PCC, 68% sont dans un suivi, hébergé ou hospitalisé sur un mode volontaire, 26% en PAFA médical, 4% en PAFA civil, moins de 2% sous le joug d'un article pénal et 1% sous mandat d'expertise. 68% n'a aucun représentant légal, 29% est sous curatelle et 2% ont nommé un représentant thérapeutique. Les principaux troubles psychiques sont représentés avec la répartition suivante : 37% des usagers avec PCC souffrent de troubles de l'humeur, 31% de troubles psychotiques, 12% de troubles de la personnalité, 10% d'un abus de substances, 7% de troubles anxieux et 1% d'un handicap mental. Les usagers ayant refusé de rédiger un PCC pour lesquels les données sont disponibles ($n=57$) sont plus souvent des hommes, avec un faible niveau d'éducation. Ils vivent davantage seuls 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. Le détail de leur profil et la comparaison des deux populations se trouvent dans le tableau de l'Annexe 13. Leur engagement dans une démarche PCC est particulièrement défiant.

Les principales raisons des refus de PCC par les usagers, selon les professionnels, sont (plusieurs réponses possibles) que : le PCC n'avait pas de sens ($n=25$), les usagers sont dans le déni de leurs troubles ($n=19$), ils sont



très méfiants (n=12), le processus est trop anxiogène (n=12), ou encore que les usagers ne sont pas suffisamment stabilisés (n=10).

Si l'engagement des professionnels dans la démarche PCC est indéniable, comme le démontre les valeurs réelles, il est le plus souvent le fruit des membres de l'équipe projet interne à l'institution ou de ses champions du changement. La formation y joue un rôle prépondérant, les bilans de terrain mettant en évidence leur importance pour oser se lancer. Elle n'est cependant pas un gage du transfert dans la pratique si l'on considère l'écart entre le nombre de professionnels formés dans le canton (n=743) et le nombre de PCC récoltés (609). Si l'implantation institutionnelle a globalement bien pris, bien qu'elle soit très différente selon les institutions, les bilans des équipes de projet mettent en évidence une augmentation de la rédaction des PCC à l'interne, mais ces derniers ne sont encore que rarement le résultat d'un travail de réseau. Enfin, les médecins, s'ils manifestent le plus souvent leur intérêt pour le PCC, se sont peu activement engagés dans la démarche ce qui pourrait avoir un impact négatif sur le devenir de ce dernier. En effet, en cas d'urgence, ce sont les médecins qui sont les intervenants les plus souvent amenés à devoir appliquer le PCC. S'ils n'en tiennent pas compte, le risque est grand que les usagers perdent définitivement la confiance dans les professionnels et le système de santé. Bien que peu nombreux, les témoignages dans ce sens nous ont malheureusement été rapportés. L'implication du corps médical et son soutien plus actif est indispensable pour la pérennisation du projet.

4.8 Impact à moyen terme de l'implantation du PCC sur les taux et modes de réhospitalisations à 30 jours et à 9 mois

Initialement, le concept d'évaluation du projet ProPCC se limitait aux outputs et outcomes du projet et ne comprenait pas de mesure d'impact. Si l'utilisation du PCC fait maintenant partie de l'offre en soins dans la majorité des 21 institutions accompagnées, elle reste principalement l'apanage des professionnels déjà convaincus. Celle-ci ne sera mesurable en tant que telle dans le canton de Vaud qu'à moyen terme.

Néanmoins, des données sont aujourd'hui disponibles concernant l'impact à moyen terme sur les réhospitalisations grâce à deux travaux de Master en science infirmière, dont nous livrons ci-après les résumés et principaux résultats.

Celui de Maude Bertusi, infirmière clinicienne spécialisée au SPANO du DP-CHUV visait la mesure de l'effet du PCC sur les taux et modes de réadmission à 30 j et 9 mois (21). Les analyses ont porté sur 50 patients avec PCC rédigé à la sortie d'un hôpital du canton qui a formé tout son personnel de première ligne au PCC dès le départ du projet ProPCC. Le recrutement a eu lieu entre le 1^{er} septembre 2019 et le 31 mai 2020 et les réadmissions ont été mesurées jusqu'au 28 février 2021. Cet échantillon a été comparé avec un groupe témoin (n=50), apparié sur les variables du sexe, de l'âge et du diagnostic. Il n'y a aucune différence entre les deux sur l'ensemble des variables sociodémographiques et cliniques. Afin de discuter de la généralisation des résultats au niveau cantonal, ces données ont également été comparées sur la population entière des patients sortis du même hôpital sans PCC sur la durée du projet (n=740). Une seule différence significative ressort sur la variable de la présence d'une curatelle ou pas (p=.028), le groupe sans PCC étant plus souvent sous curatelle. L'importante différence de taille d'échantillon entre ces deux groupes (50 contre 740) pourrait expliquer cette différence. Les résultats du groupe avec PCC peuvent donc être considérés comme généralisables au niveau cantonal et même au niveau national, le profil des patients étant similaire, sauf sur la dimension des modes d'admission sous contrainte plus élevée dans le groupe avec PCC. Ce taux de PAFA est représentatif de la population vaudoise hospitalisée sous contrainte, étant donné qu'elle touche un patient sur trois (5). Concrètement, le profil des patients avec PCC est presque paritaire en termes de sexe (52% d'hommes), a une moyenne d'âge de 39 ans et vit majoritairement en ménage privé, seul ou à plusieurs (80%). Tous les niveaux d'éducation sont représentés. 32% a fait un apprentissage, 22% une Haute école ou l'université, 18% une scolarité obligatoire et 4% est sans formation. 34% d'entre eux sont insérés dans le monde du travail, 32% sont au revenu minimum d'insertion ou au chômage et 20 % bénéficient de l'assurance invalidité.

Les résultats montrent que le groupe de patients avec PCC est significativement moins réhospitalisé à 30 jours que celui sans PCC (4% vs 18%, p=.026). Vu le faible taux et la répartition égale entre les modes de réadmission dans le groupe avec PCC (n=1 en volontaire, n=1 en PAFA), la comparaison des modes d'admission n'a pas de sens. Il n'y a aucune différence de taux de réadmission entre les groupes avec et sans PCC à 9 mois (n=12, soit 24% dans chaque groupe, p=.727). Le groupe avec PCC est en revanche statistiquement significativement moins réhospitalisé sous contrainte à 9 mois que celui sans PCC (n=1 (8%) vs n=6 (50%), p=.034).

En conclusion, la rédaction du PCC en prévision de la sortie de l'hôpital est non seulement faisable, mais aussi pertinente afin de sécuriser cette période. Le PCC contribue également à la diminution des réadmissions sous contrainte pour tout type de patients et pas seulement ceux avec un diagnostic de psychose ou de troubles bipolaires, ainsi que pour tout niveau d'éducation, malgré sa complexité. L'absence de culture commune autour du PCC dans toute la chaîne de soins pourrait expliquer l'absence de différence des taux de réadmissions à 9 mois. En effet, dans ce secteur psychiatrique spécifique, aucune autre institution, ni aucun ambulatoire n'a participé à l'implantation institutionnelle du PCC. Or ce sont les professionnels dans la communauté qui sont responsables de maintenir le PCC vivant et de l'appliquer dès les premiers signes avant-coureurs de la crise. Garder le PCC vivant



sur la durée reste un défi majeur également identifié dans la littérature internationale (23). La réadmission des personnes souffrant de troubles psychiques n'est pas forcément négative. Cependant, ce qui est réjouissant, c'est le respect des préférences des patients quant à une admission volontaire en dernier recours plutôt qu'une hospitalisation contrainte comme cela avait été démontré dans l'analyse des contenus PCC de l'étude pré-implantatoire (10).

Quant au travail de Master de Pascale Ferrari, infirmière clinicienne spécialisée au PCO (DP-CHUV) et maître d'enseignement à la HEdS La Source, l'objectif était d'explorer les relations entre les stratégies de coping issues des PCC sur les taux et mode de réadmission à 30 jours et à 9 mois (22). Il a porté sur la même population cible de 50 patients et s'est déroulé sur la même période.

Les résultats de l'analyse qualitative des stratégies de coping contenues dans les PCC a mis en évidence six catégories de stratégies : La *recherche de soutien des professionnels* et la *recherche de soutien des proches*, toutes deux présentes dans 94% des PCC, les *activités ressourçantes* dans 66% des PCC, dans 30% des PCC les usagers ont nommé le *recours à une médication ou à l'automédication*, ainsi que des *stratégies de retrait ou réduction des risques* et, enfin, des *stratégies cognitives* dans 20% d'entre eux. Les analyses quantitatives montrent que la présence d'un soutien professionnel est la seule stratégie associée au taux et mode de réadmission. Le soutien professionnel diminue les réadmissions à 30 jours et est un facteur protecteur des réadmissions sous contrainte à 9 mois. Bien que les stratégies de coping anticipées soient nombreuses, elles ne sont pas spécifiques aux troubles. Ceci témoigne potentiellement de la limite des compétences soignantes et/ou de la persistance de la prédominance du curatif sur le préventif et le promotionnel dans les soins et le système socio-sanitaire. L'absence d'association entre la recherche de soutien des proches et les taux et mode de réadmission, alors que le nombre de ces derniers nommés comme personne ressource est de plus de deux par patient, pourrait s'expliquer par leur fardeau émotionnel qui, s'il n'est pas contenu, peut avoir des conséquences négatives sur l'évolution des troubles du proche malade (24).

5 Discussion

Les résultats de cette étude sont très nombreux et permettent de répondre aux questions d'évaluation préalablement identifiées. Ces questions sont reprises ici, en intégrant les principaux résultats et défis qui restent à relever.

Quelles ont été les mesures déployées par le projet ?

Toutes les mesures initialement prévues dans les axes **promotion du PCC et des bonnes pratiques, formation, implantation et développement d'une plateforme web et application mobile PCC** ont pu être mises en œuvre comme prévu. Les mesures promotionnelles ont été nombreuses : flyer, poster, newsletters, articles de presse, articles professionnels, webinaires, congrès, présentations directes dans les institutions. La diversité de ces mesures a sans doute permis de toucher un public cible plus large et plus nombreux qu'initialement prévu. Le déploiement et la promotion de la plateforme web PCC ont en revanche dû être reportées au vu de l'impossibilité de leur prise en main par les professionnels de terrains sur-occupés durant la pandémie de COVID ainsi qu'en raison des restrictions d'accès à ces derniers pendant ces périodes. L'implantation de la plateforme PCC reste un défi car elle nécessite d'abord de maîtriser la démarche PCC avant que celle-ci ne puisse être appréhendée à sa juste valeur. Complexe, l'appropriation du PCC mobilise déjà de nombreuses compétences cliniques et relationnelles. Le suivi de l'e-learning par plusieurs étudiants des HES devrait permettre d'assurer un bout la relève. Par ailleurs, l'arrivée de jeunes professionnels à l'aise avec les nouvelles technologies devrait à terme faciliter l'implantation de la plateforme. Un autre enjeu à prendre en considération est l'absence ou l'indisponibilité de matériel informatique selon les terrains.

Quels sont les acteurs touchés par le projet ?

Pour tous les groupes cibles, les valeurs réelles dépassent les valeurs cibles : **Médecins** (1602/100), **thérapeutes** (1178/320), **usagers** (797/650), **proches** (127/100), **institutions à mission psychiatriques** (70/16). Les écarts positifs concernant les médecins sont dus à l'envoi du flyer d'information en santé publique sur le PCC aux 1477 généralistes et psychiatres installés du canton de Vaud, auxquels ont été additionnés les 100 médecins assistants sensibilisés au PCC dans leur formation post-graduée, ainsi que le 21 formés au e-learning à l'étranger. 46 médecins du canton se sont aussi formés au e-learning mais n'ont pas été comptabilisés en plus, tout comme les 2 seuls à avoir suivi le présentiel, car on ne peut les discriminer de ceux qui ont reçu le matériel promotionnel. Les écarts positifs concernant les thérapeutes sont attribuables au nombre important de ces derniers à s'être formés au e-learning. Les 126 qui ont suivi le présentiel devaient avoir suivi le e-learning en prérequis. Ils n'ont donc pas été comptés en sus. La récolte de données des institutions participantes permet de conclure qu'au moins 797 usagers ont été touchés (740 ont rédigé un PCC, 57 l'ont refusé). Au moins 127 proches ont été touchés via le webinaire et la conférence coorganisés par l'Îlot et la Fondation de Nant. 21 terrains ont été accompagnés pour l'implantation institutionnelle, mais en tout 62 institutions cantonales ont reçu le matériel promotionnel. A celles-ci peuvent être ajoutées les institutions extra-cantonales, auxquelles sont rattachés des professionnels ayant suivi la formation e-



learning. Plus nombreuses encore sont celles à l'étranger, mais en l'absence de données exhaustives, elles n'ont pas été comptabilisées. Enfin, 24'178 visiteurs ont consulté le site internet sans que l'on puisse dire si ce sont des professionnels, des usagers ou des proches... ou les trois. Nous ignorons également combien de flyers ont été remis directement aux usagers par les professionnels et aux proches par les bénévoles dans le cadre de leurs visites à domicile. Ni les lecteurs des articles publiés, ni les participants aux congrès n'ont été considérés, les valeurs réelles des groupes cibles sont donc sous-estimées.

Qui sont les multiplicateurs dans le cadre de ce projet ?

Les professionnels, dont la progression des connaissances quant à l'existence, l'usage et les bénéfices du PCC a pu être démontrées, et ce, de manière d'autant plus significative dans **les institutions** participantes au projet et donc accompagnées dans leur démarche d'implantation. La récolte de PCC rédigés démontre que **les usagers** sont largement engagés dans la démarche. A noter que, dès la pose des posters dans les institutions, les usagers sont également devenus des multiplicateurs, demandant à leur propre initiative de faire un PCC. Le sondage corrobore ce constat puisque certains professionnels ont répondu avoir découvert le PCC par l'intermédiaire de patients.

Qui sont les bénéficiaires des PCC ? Qui au contraire les refuse ?

Les **usagers** concernés par le projet sont des **adultes souffrant de troubles psychiques et/ou addictologiques âgés entre 18 et 65 ans**. Des expériences concernant des adolescents et des personnes de plus de 65 ans ont été rapportées à l'équipe projet mais sont pour l'heure marginales. L'extension de l'indication du PCC à ces catégories d'usagers est souhaitée par certains professionnels et pourrait faire l'objet d'une extension de la population cible du projet à l'avenir, sachant que les processus démentiels et troubles cognitifs sont des contre-indications. Les PCC récoltés sont au nombre de 740.

57 usagers ont refusé d'entrer dans la démarche PCC qui ne peut être imposée car serait contraire à ces principes de base. Les principales raisons des refus de PCC par les usagers selon les professionnels sont que le PCC n'a pas de sens (n=25), que les usagers sont dans le déni de leurs troubles (n=19), qu'ils sont très méfiants (n=12), que le processus est trop anxiogène (n=12), ou encore que les usagers ne sont pas suffisamment stabilisés (n=10). Le profil des usagers ayant bénéficié d'un PCC et de ceux l'ayant refusé sont détaillés au chapitre 4.7

Quelle est l'apport des formations en termes de satisfaction, de progression des connaissances et des compétences ?

La **satisfaction** des participants à la formation e-learning s'avère très bonne. En résumé, elle est jugée utile, pertinente et intéressante. La **progression des connaissances** montre un niveau de connaissance du PCC autoévalué avant et après la formation e-learning statistiquement significative ($p < .001$). Le niveau jugé nul au départ par 21,4% et de 0% après la formation, celui de partiel passe de 57,1% à 2%, celui estimé comme bon de 19,4% à 75,1% et celui d'excellent a progressé de 2% à 22%. À la fin de la formation, la quasi-totalité des participants se sent capable de mettre en pratique la démarche PCC et recommande la formation.

L'évaluation de la formation en présentiel démontre la satisfaction des participants sur tous les items évalués (pertinence, intérêt, atteinte des objectifs, activités favorisant l'apprentissage). Les **compétences acquises**, estimées via l'auto-évaluation de la capacité à pratiquer le PCC sont importantes. 98% se disent plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec cela. Plus du 90% recommanderaient la formation.

Comment et en quoi les connaissances et les comportements des professionnels ont évolué durant le projet ?

Le sondage qui est le principal outil de mesure de l'évolution des connaissances et comportements a été volontairement largement diffusé, soit dans les 62 institutions à mission psychiatrique adulte et aux 1477 cabinets de psychiatres et généralistes du canton de Vaud. Les résultats concernent autant les 21 terrains issus des institutions participant au projet ProPCC qui ont bénéficié de l'accompagnement par l'équipe de projet pour l'implantation du PCC en interne et donc des formations e-learning et en présentiel, que les institutions non-participantes, qui regroupent toutes les autres. Cela a permis d'évaluer et de comparer l'effet des différentes mesures. D'un côté, celui du matériel promotionnel, et de l'autre, celui de l'accompagnement institutionnel et des formations.

Le **niveau de connaissance du PCC** 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 ($p < 0.18$). Le niveau de connaissance du PCC a augmenté auprès de toutes les catégories professionnelles, bien que de façon non significative, sauf pour les infirmiers (assez bonnes connaissances : de 44,0% à 55,7% ; très bonnes connaissances : de 20,2% à 32,2% ; $p < 0.01$).

En termes **d'intégration de la démarche PCC** au fonctionnement des institutions, les bilans qualitatifs des terrains (analyses SWOT) montrent que le PCC est présent dans les discussions cliniques et qu'un changement de pratique est amorcé. 53% des sondés estiment que le PCC est souvent pratiqué contre 39% au départ ($p = .003$). La



perception de l'encouragement à en rédiger a augmenté de 58,5% à 72,2 % (p=0.01). Mais cela reste fragile : les PCC sont le plus souvent rédigés à l'initiative des équipes projet, rarement partagés avec le réseau des usagers et les médecins l'ont encore peu investi.

Les comportements des professionnels démontrent-ils le respect et le transfert des bonnes pratiques sur le terrain ?

Les résultats du sondage montrent un **effet de l'intervention sur la dynamique institutionnelle**, mais elle ne va pas de soi pour autant, ce que viennent confirmer les bilans de terrain. Il demeure important que toutes les strates institutionnelles soient activement impliquées et pas seulement les professionnels de terrain. En outre, les informations sur les **procédures** en vigueur ne sont pas toujours connues. De plus, l'écart entre le nombre de personnes formées (1299) et de PCC rédigés (n=740) reste grand. Le nombre de PCC récoltés et **l'amélioration de la qualité de la rédaction** de leurs contenus démontrent l'intégration des bonnes pratiques, tout comme le **respect des préférences** émises dans les PCC en termes de réadmissions sur un mode volontaire plutôt que sous contrainte. Etant donné que l'application et la révision des PCC se fait sur la durée, il n'a été que peu possible d'évaluer ces dimensions. Enfin, le **partage du PCC au sein du réseau socio-sanitaire est encore embryonnaire**. La majorité des PCC a été corédigée avec un thérapeute, 8% (n=42) sont co-signés par un médecin et 2% (n=11) par un proche. Les proches se disent rassurés par le cadre qu'offre le PCC, lorsqu'ils sont impliqués comme partenaires. Ils sont en revanche nombreux à être nommés comme ressource dans les PCC. Plusieurs déplorent le fait de n'être pas considérés, parfois en raison du refus de leur proche malade. Les PCC sont encore trop souvent appliqués lorsque la crise est dépassée et pas toujours respectés. Les médecins étant sur-représentés dans la communauté par rapport aux autres thérapeutes, **le transfert des bonnes pratiques en termes d'application et révision de PCC en est encore à ses balbutiements et reste fragile**. Cependant, de nombreux retours d'équipe de projet ont permis de mettre en évidence divers bénéfices à l'usage du PCC, comme la gestion de la crise en hébergement ou dans la communauté, plutôt qu'à l'hôpital. Pour d'autres au contraire, l'hospitalisation a été nécessaire, mais les usagers l'ont appréhendée beaucoup plus sereinement, rassurés que leurs préférences seraient prises en considération. Parfois l'hospitalisation a été raccourcie car les attentes d'emblée respectées. Malheureusement certains usagers ont aussi relaté le fait que leur réseau de soins n'était pas intéressé par le PCC ou encore que leur PCC n'avait pas été consulté alors qu'il était accessible. **Une analyse plus systématique du monitoring des PCC, de son application et de ses effets serait à envisager sur la durée dans le cadre d'une étude à moyen, long terme**. Mais sa faisabilité reste complexe.

Combien de PCC ont été rédigés, appliqués et révisés ?

Les données récoltées par les professionnels des terrains participants concernent **666 usagers. 609 se sont engagés dans une démarche PCC et 57 l'ont refusée**. Parmi eux, 569 ont rédigé et validé leur PCC, 28 d'entre eux ont procédé à sa révision et 40 ont débuté la démarche. Le nombre réel de patients engagés dans une démarche PCC est probablement plus élevé car il ne comprend pas les PCC qui auraient été élaborés dans d'autres institutions, ce qui est le cas à en croire les résultats du sondage. Là où la récolte de données n'a pas été systématique, une centaine d'autres PCC ont été signalés (**n PCC total =740**). Selon le sondage, des terrains ne participant pas à l'implantation le pratiquent aussi. La révision reste rare (n=28) alors qu'elle est essentielle afin que les contenus PCC restent en phase avec l'évolution de la situation clinique et environnementale des usagers.

Quels sont les bénéfices des PCC pour les différents acteurs, en particulier pour les usagers ?

La démarche a mis en évidence certaines plus-values du PCC de façon plus évidente, comme **l'amélioration de l'alliance thérapeutique et l'anticipation des crises** identifiées dans le sondage (Annexe 3). Toutes deux sont bénéfiques, autant pour les usagers que pour les professionnels. La relation thérapeutique est plus horizontale, mais reste personne dépendante. D'autres bénéfices comme **la connaissance de soi et de ses troubles** mise en évidence dans le sondage (Annexe 3), **la diminution des réadmissions précoces et de la contrainte** comme démontré dans le travail de master de Bertusi (21) contribuent à une **meilleure qualité de vie** pour les usagers. Globalement ces derniers sont davantage responsabilisés dans leur santé, le PCC contribuant à leur **empowerment** et d'une certaine manière à leur **rétablissement**. Cette évolution reste un défi pour tous les acteurs et nécessite un ajustement permanent, des compétences de part et d'autre, ainsi que de la motivation. Enfin, selon les données récoltées lors des formations en présentiel, la démarche PCC demeure chronophage et émotionnellement chargée, impliquant un engagement important de chacun. A terme, il y a de fortes chances qu'elle permette de gagner du temps et de réduire les coûts de la santé, tant financiers que sociaux et humains si l'on se réfère à la littérature (14).

Limites des méthodes d'évaluation : La récolte de données s'est faite avec une rigueur variable en fonction des terrains et des méthodes, ce qui constitue en soi une limite. Celle-ci se retourne en force du fait que les résultats se recourent. Concernant le sondage, l'envoi des invitations à répondre au sondage n'était pas effectué directement aux personnes éligibles pour l'enquête, mais à des responsables d'institutions avec prière de faire suivre à leur collaboratrices et collaborateurs concerné.e.s ; de ce fait le nombre exact d'éligibles est inconnu. Il est donc impossible de calculer le taux de participation ou encore de mesurer fidèlement l'évolution du changement de comportement. Toutefois, le nombre de réponses complètes enregistrées en 2021 (n=428) est très proche de celui de 2019 (n=443). Ainsi, si les institutions sollicitées pour ce sondage n'ont pas subi de grandes variations en



termes d'effectifs concernés entre les deux années d'enquête, il est raisonnable de supposer une participation similaire.

Force de l'évaluation du projet : La pluralité et la richesse des données et variables récoltées ont servi le projet en permettant de conclure à des résultats robustes qui se renforcent l'un l'autre.

6 Conclusion

Les mesures déployées dans le cadre du projet ProPCC ont été nombreuses, variées et complémentaires. La promotion, les formations et l'accompagnement de l'implantation institutionnel, déployés en parallèle ont sans aucun doute contribué à l'intégration des bonnes pratiques dans la clinique du quotidien et au changement de comportement des professionnels en particulier, mais également des usagers et dans une moindre mesure de leurs proches. Bien que la plateforme web et l'application mobile n'aient pas encore pu être déployées en raison de la pandémie de la COVID-19, leurs développements et tests auprès de l'équipe projet et d'une vingtaine de professionnels auront non seulement permis certains ajustements pour faciliter leur prise en main, mais aussi d'identifier les défis à venir pour leur implantation concrète et durable. Interopérables avec le futur dossier électronique patient, il ne fait aucun doute que ces nouvelles technologies permettront d'accompagner le virage du e-health et faciliteront le monitoring et l'accessibilité du plan de crise conjoint. A l'image des nombreux outputs, la récolte des données a été plurielle et conduite auprès de plusieurs groupes cibles et settings. Ciblant tant les niveaux individuels qu'organisationnels et institutionnels, elle a permis une évaluation systémique des effets et impacts du projet. Favorisant la triangulation, les méthodes mixtes et diverses de récolte de données et d'analyses ont contribué à la robustesse des résultats obtenus.

Globalement, le projet a eu un effet significatif au niveau cantonal sur la connaissance et la pratique du PCC grâce aux actions de promotion et à la formation e-learning. Concrètement, le niveau de connaissance du PCC, l'encouragement à son utilisation et sa prévalence se sont améliorés. Ces effets sont particulièrement significatifs dans les institutions participantes grâce à l'accompagnement du processus d'implantation. Le recours à un modèle d'implantation structuré et validé dans le domaine de la santé aura favorisé le transfert des bonnes pratiques sur le terrain. La quantité de PCC récoltés et la qualité de leurs contenus viennent le confirmer. Enfin, le PCC est faisable et pertinent pour toutes les personnes adultes souffrant de troubles psychiques à l'exception de celles qui seraient atteintes d'une démence ou présenterait des troubles cognitifs majeurs. Son indication mérite donc d'être élargie. L'engagement des patients particulièrement vulnérables dans la démarche PCC demeure cependant un défi majeur nécessitant le renforcement des compétences relationnelles, en particulier les techniques de l'entretien motivationnel. Enfin, le PCC est efficace pour diminuer les réadmissions précoces et les réadmissions sous contrainte à 9 mois. Si la recherche de soutien par un professionnel est la seule stratégie à y être associée, et de façon positive, il y a lieu de travailler à l'intégration des proches à la démarche, ainsi que de développer des compétences spécifiques à l'autogestion des troubles psychiques. L'engagement de tous les professionnels au sein du réseau socio-sanitaire est nécessaire et essentiel à la pérennisation du PCC qui reste fragile. Le travail en réseau autour du PCC en est à ses balbutiements et les médecins sont encore peu engagés. Les efforts de promotion et de formation doivent se poursuivre et s'accompagner d'analyses de pratique ou de supervisions cliniques afin que le PCC soit intégré et reconnu comme un soin standard incontournable. Il s'avère en effet que la démarche PCC est complexe et mobilise de nombreuses compétences de savoir-être et de savoir-faire. En outre, elle vient bousculer les attitudes professionnelles et exige une redéfinition des rôles et postures de chacun des acteurs, ce qui prend du temps. Le PCC nécessite en effet la reconnaissance de l'autodétermination des usagers, l'équivalence des expertises professionnelles et acquises par l'expérience et repose sur une démarche partenariale et un processus de décision partagée. Il doit être appréhendé tant comme un outil de prévention de rechute et de gestion de crise, que de promotion de la santé mentale et des auto-soins. Au vu des résultats probants et convaincants malgré les nombreux obstacles à surmonter dans la pratique, l'implantation du PCC mériterait d'être étendue à d'autres contextes et régions et testée auprès d'autres populations cibles comme les personnes âgées et les adolescents.

7 Recommandations

7.1 Renforcement et consolidation de la culture commune du PCC et du partenariat en santé

- **Assurer la mixité professionnelle et institutionnelle au sein des sessions de formation en présentiel** malgré les difficultés de coordination et d'organisation. Leur dispense doit être assurée en trinôme (professionnel, pair et proche), même si cela engendre des coûts supplémentaires. Ces deux conditions s'avèrent être une formule gagnante pour faire évoluer les postures professionnelles et la culture de réseau autour du PCC.
- **Intégrer le PCC dans les développements de politiques sanitaires en lien avec l'anticipation en santé, l'autodétermination des patients et la promotion de l'autogestion.** Pour le canton de Vaud, le



PCC devrait être intégré au projet « Réponse à l'urgence ». Les réseaux (RSVD) sont maîtres d'ouvrage du projet ProPCC et se voient actuellement confier la conduite de ce projet, une opportunité est à saisir quant à l'articulation entre les objectifs et outils communs.

- **Améliorer le niveau de connaissance et de pratique du PCC chez les médecins** : Malgré un envoi ciblé du flyer d'information en santé publique aux généralistes et aux psychiatres, ils sont 22% à dire ne pas connaître le PCC. La formation continue (15,2%) est le moyen de connaissance le plus fréquemment nommé par eux, ce qui montre qu'un contact direct semble plus efficace qu'un envoi documentaire. Les usagers, ainsi que leurs proches sont une source d'information importante pour les médecins (4,7%).
- **Travailler à la reconnaissance des crédits de formation** et proposer de brèves mises à jour dans le cadre des formations continues, en particulier pour attirer les médecins.
- Inscrire une formation courte dans le cursus de **formation continue pour les non spécialistes** de la psychiatrie.
- **Accompagner le transfert et l'intégration des bonnes pratiques en interdisciplinarité** sur la durée au moyen de supervision et/ou analyses de pratique.

7.2 Développement des processus et outils favorisant les bonnes pratiques en matière de PCC

- **Coordonner la pérennisation** à différents niveaux (canton, institutions, formation etc.) et obtenir les ressources humaines et financières pour le faire. Les résultats montrent en effet de meilleurs résultats lorsque les mesures promotionnelles, de formation et d'accompagnement de l'implantation au niveau institutionnel sont combinées.
- **Etendre l'implantation** sur Vaud en recrutant de nouveaux terrains et initier la démarche dans autres cantons romands (ou répondre aux demandes déjà formulées par certains d'entre eux) ainsi qu'à de nouvelles populations, en particulier aux personnes âgées et aux adolescents. Allouer des fonds permettant une récolte des données rigoureuse, un monitoring étroit de la démarche PCC et à plus long terme, y intégrer des variables économiques.
- **Inscrire la démarche PCC dans les procédures institutionnelles et dans les processus qualité**. Un partage d'information et des outils open source sont mis à disposition et peuvent être utilisés (en mentionnant leur source). Document PCC, modèle de processus d'implantation, mise à jour du site PCC, documents de promotion et formation e-learning.
- **S'appuyer sur le cadre de référence national de la promotion de l'autogestion en santé pour positionner le PCC comme un outil favorisant l'autogestion**. Identifier les stratégies de coping efficaces spécifiquement adaptées aux troubles psychiques, les promouvoir et développer l'offre de formation en la matière.
- **Respecter les contenus des PCC** est indispensable pour diminuer les réhospitalisations sous contrainte, les réadmissions précoces et améliorer la qualité des soins. Mettre sur pied des dispositifs de contrôle (ANQ, médiation cantonale, ...)
- **Coordonner la formation au PCC en présentiel de manière centralisée tout en assurant son ancrage régional**. Pour le canton de Vaud, la coordination sera assurée par le CEFOR, centre de formation continue reconnu et l'ancrage assuré par les Réseaux Santé Vaud qui, en plus d'être impliqués dans la promotion du PCC, mettront des salles à disposition afin de favoriser les interactions entre professionnels et institutions d'une même région.
- **Diffuser et promouvoir la plateforme web** sécurisée et l'application mobile en assurant un accompagnement dans les milieux professionnels. Un film d'animation sera utile pour aider les utilisateurs à prendre l'outil en main.
- **Assurer l'interopérabilité de la plateforme web PCC** avec le DEP.
- **Développer une formation de formateurs** au PCC et à la plateforme afin d'en assurer la pérennisation.



8 Bibliographie

1. Schuler D, Tuch A, Buscher N, Camenzind P. La santé psychique en Suisse. Monitoring 2020. Obsan, Neuchâtel; 2000.
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655-79. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
3. Huber, M., Stanciole, A., Wahlbeck, K., Tamsma, N., Torres, F., Jelfs, E., & Bremner, J. (2008). Quality in and equality of access to healthcare services. European Commission. Study report.
4. Pahud, O. Zuffrey, J. Rapport de base sur la santé pour le canton de Vaud. Exploitations standardisées des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017 et d'autres bases de données (Obsan Rapport 12/2019). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
5. Schuler D, Tuch A, Peter C. Placements en établissement psychiatriques à des fins d'assistance. *Obsan Bull*. 2018;(2).
6. Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):939-44. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.04.012
7. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00491
8. Penzenstadler L, Khazaal Y. La convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées: Implications cliniques sur la contrainte. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2019; DOI: 10.4414/sanp.2019.03005
9. Drake RE, Deegan PE, Rapp C. The promise of shared decision making in mental health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. US: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services and Department of Rehabilitation Counseling, Sargent College of Health and Rehabilitation Services, Boston University; 2010;34(1):7-13. DOI: 10.2975/34.1.2010.7.13
10. Ferrari P, Lequin P, Milovan M, Suter C, Golay P, Besse C, et al. Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement. Pratiques et contenus du plan de crise conjoint en santé mentale. Publication n°11. RSRL, Lausanne; 2018.
11. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013;381(9878):1634-41. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60105
12. Bartolomei J, Bardet Blochet A, Ortiz N, Etter M, Etter JF, Rey-Bellet P. Le plan de crise conjoint : familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*. 2012 ; 163 (2) : 58-64.
13. Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon B-J, et al. Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. *Scott JG*, directeur. *PLoS ONE*. 2014;9(3):e91882. DOI: 10.1371/journal.pone.0091888
14. Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7571):729. DOI: 10.1136/bmj.38929.653704.5
15. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(7):657-64. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0501
16. Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych open*. 2019;5(4):e53. DOI: 10.1192/bjo.2019.28
17. Fassler, S. ; Studer, S. (2018). Evaluation des effets des interventions. Guide pour des projets dans les domaines de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique. Document de travail 46. Berne et Lausanne : Promotion Sante Suisse
18. Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaité L, van Wijngarden B. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory—European Version: Development of an instrument for international research. *EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. *Br J Psychiatry Suppl*. 2000;39:s28–s33.
19. Wing, J. K., Curtis, R. H. & Beevor, A. S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Trainers' Guide*. London: Royal College of Psychiatrists.
20. Ruchlewska A, Mulder CL, Van der Waal R, Kamperman A, Van der Gaag M. Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT. *Adm Policy Mental Health*. 2014;41(2):220-227.
21. 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.
22. 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.

23. Williams T, Smith G, Lumbus A. Evaluating the introduction of joint crisis plans into routine clinical practice in four community mental health services. *Australas psychiatr : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2014;22. DOI: 10.1177/1039856214546172
24. Tempier R, Balbuena L, Lepnurm M, Craig TKJ. Perceived emotional support in remission: results from an 18-month follow-up of patients with early episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(12):1897-904. DOI: 10.1007/s00127-013-0701-3



9 Annexes

Annexe 1	Plan de crise conjoint
Annexe 2	Modèle d'effets
Annexe 3	Questionnaire du sondage
Annexe 4	Questionnaires sociodémographiques et cliniques (CSSRI-EU adapté et HoNOS)
Annexe 5	Grille qualité adaptée de Ruschlewska et al. 2014
Annexe 6	Flyer PCC
Annexe 7	Poster PCC
Annexe 8	Liste des communications ProPCC
Annexe 9	Modèle i-Parhis d'implantation des bonnes pratiques
Annexe 10	Descriptif du dispositif de formation
Annexe 11	Evaluation du e-learning
Annexe 12	Evaluation des formations en présentiel
Annexe 13	Bilan du sondage PCC
Annexe 14	Profil des usagers avec et sans PCC