



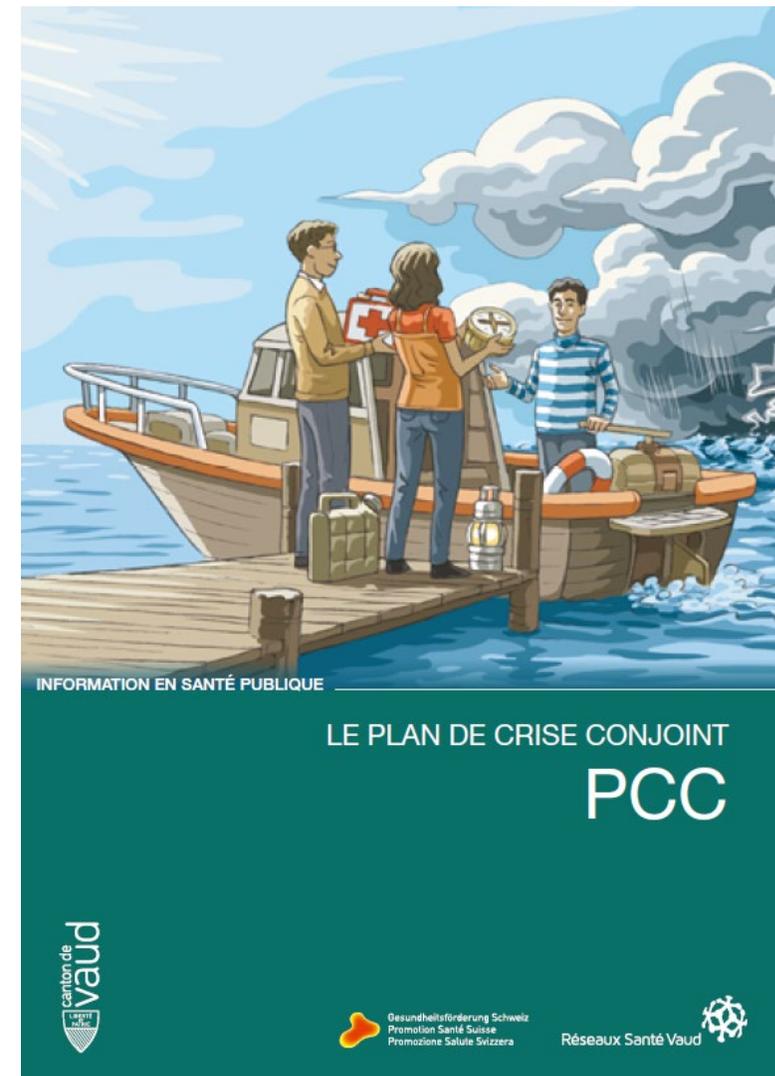
Gesundheitsförderung Schweiz
 Promotion Santé Suisse
 Promozione Salute Svizzera



Réseaux Santé Vaud

L'implantation du plan de crise conjoint dans le canton de Vaud

Résultats et perspectives



Accueil

Jacques Chapuis

*Directeur de l'Institut et
Haute Ecole de la Santé
La Source*



Réseaux Santé Vaud



Introduction

Philippe Anhorn, DBA

Directeur du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL)



Résultats Projet ProPCC

- Equipe de projet :

Mathilde Chinet, RSRL

Pascale Ferrari, HEdS La Source & DP-CHUV

Caroline Suter, HEdS La Source

Laura Elena Raileanu HEIG-VD

Fabien Dutoit HEIG-VD

- Travaux de Master IUFERS:

Maude Bertusi, DP-CHUV

Pascale Ferrari HEdS La Source & DP-CHUV



« Un partenariat entre moi et mon réseau de soutien »

Plan de Crise Conjoint de

Nom : Prénom : Date de naissance :

Téléphone : Adresse :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lieu et date :

Rôles & signatures :



Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial

Graham Thornicroft, Simone Farrelly, George Szukier, Max Birchwood, Waqas Waheed, Clare Flach, Barbara Barrett, Sarah Byford, Claire Henderson, Kim Sutherby, Helen Lester, Diana Rose, Graham Dunn, Morven Leese, Max Marshall

Summary

Lancet 2013; 381: 1634-41

Background The CRIMSON (CRisis plan IMpact: Subjective and Objective coercion and eNgageMent) study is an

Le plan de crise conjoint: familles, patients et soignants ensemble face à la crise

Javier Bartolomei¹, Anne Bardet Blochet², Nadia Ortiz³, Manuela Etter⁴, Jean-François Etter⁵, Philippe Rey-Bellet⁶

¹ Service de psychiatrie générale, Département de santé mentale et de psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

² Institut de psychiatrie et de psychologie, Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse.

OPEN ACCESS Freely available online



Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial

Asia Ruchlewska^{1*}, Andre I. Wierdsma¹, Astrid M. Kamperman¹, Mark van der Gaag^{3,4}, Renee Smulders⁵, Bert-Jan Roosenboom^{1,2}, Cornelis L. Mulder^{1,2}

¹ Epidemiological and Social Psychiatric Research Institute, Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands. ² BavoEuropoort, Centre for Mental Health Care, Rotterdam, The Netherlands. ³ Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands. ⁴ VU University and EMGO Institute for Health and Care Research, Amsterdam, The Netherlands. ⁵ Landelijk Crisiskaart (OIGGZ Informatie en ondersteuningspunt, Utrecht, The Netherlands

Cite this article as: BMJ, doi:10.1136/bmj.38929.653704.55 (published 16 August 2006)

Research



Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial

Chris Flood, Sarah Byford, Claire Henderson, Morven Leese, Graham Thornicroft, Kim Sutherby, George Szukier

Research

Original Investigation | META-ANALYSIS

Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions A Systematic Review and Meta-analysis

Mark H. de Jong, MD; Astrid M. Kamperman, PhD; Margreet Oorschot, PhD; Stefan Priebe, FRCPsych; Wichor Bramer, BSc; Roland van de Sande, PhD; Arthur R. Van Gool, PhD; Cornelis L. Mulder, PhD

BMJ Open 2019; 5, e53. 1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2019-021928

Review

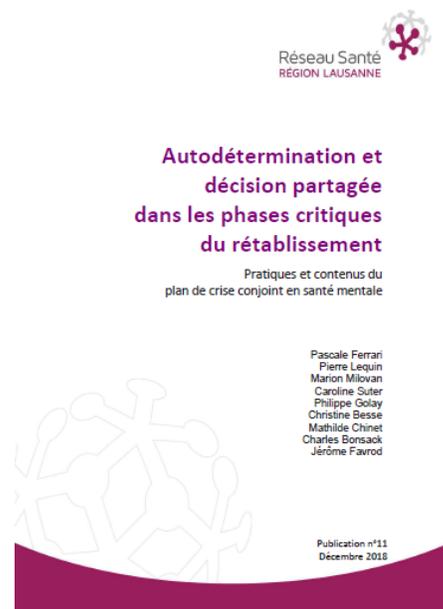
Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses

Emma Molyneux*, Amelia Turner*, Bridget Candy, Sabine Landau, Sonia Johnson and Brynmor Lloyd-Evans

Les impacts du PCC

- Meilleur contrôle de soi et des troubles psychiques (Thornicroft et al., 2013)
- Renforcement de l'alliance thérapeutique (Bartolomei et al., 2012)
- Meilleure utilisation des ressources (Ruchlewska et al., 2014)
- Tendence à la diminution des coûts de prise en charge (Flood et al., 2006)
- Les PCC réduisent les hospitalisations sous contrainte de 25% (de Jong et al., 2016; Molyneaux et al., 2019)

Origine du projet ProPCC



2015 PCC peu connu, peu utilisé malgré les recommandations d'implantation au niveau cantonal (Vd)

2017 Etude PCPCC

Etude exploratoire des pratiques et contenus des PCC
→ Identifier les obstacles

2019-2021 Projet ProPCC



Promotion

Vous souffrez d'un trouble psychique ou d'une addiction ?
 Intéressé par le PCC ? Parlez-en avec votre médecin ou votre aidant(e) de confiance. Vous trouverez toutes les informations nécessaires, ainsi qu'un PCC-échantillon téléchargeable prêt à l'emploi sur le site Internet.

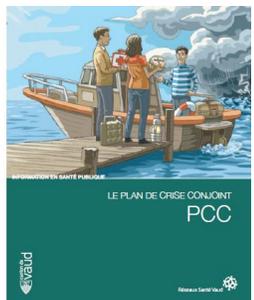
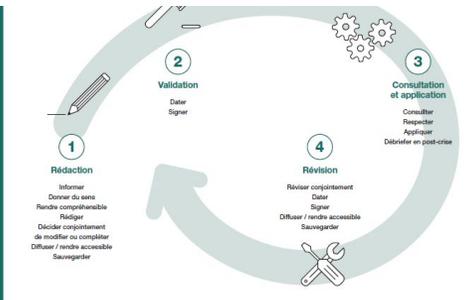
Vous êtes une professionnelle du champ de la santé mentale ?
 Des renseignements utiles ainsi que des formations pour intégrer le PCC dans votre pratique professionnelle sont disponibles sur le site Internet.

www.plandecriseconjoint.ch

LE PLAN DE CRISE CONJOINT

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

La rédaction d'un PCC est une démarche volontaire. Le PCC fait appel à la capacité d'autoévaluation des personnes souffrant de troubles psychiques. Le PCC repose sur un processus de décision partagé.



MODE D'EMPLOI

Rédiger
 La rédaction d'un PCC peut être proposée et initiée par l'utilisateur comme par les professionnels et à la fois. Dans un premier temps, l'utilisateur rempli seul le formulaire avec ses propres mots et à la première personne du singulier. Dans un second temps, ce contenu doit être discuté au minimum avec une professionnelle, puis complété, voire modifié selon un processus de décision partagée. Chaque personne ressource pausent y être consultée par l'utilisateur.

Valider
 La signature des personnes impliquées dans la rédaction du PCC signifie que chacun(e) consent à son contenu et valide le fait qu'il a été rédigé selon un processus de décision partagée. En cas de désaccord majeur, ce dernier doit être réglé dans le document.

Réviser
 La révision du PCC est préconisée à la suite d'une crise en cas de changement majeur et au moins tous les six mois pour garantir que le contenu est toujours applicable avec la situation clinique et contextuelle de l'utilisateur.

Consulter et appliquer
 Le PCC peut être consulté et appliqué de manière autonome par l'utilisateur en cas de crise. Il faut ainsi clarifier qui est chargé de le transmettre. Les professionnels ont la responsabilité de le sauvegarder et le discuter selon les directives institutionnelles en vigueur.

Informé et compris
 L'utilisateur doit être informé et motivé à mener une réflexion sur l'usage d'un document PCC avec de l'engager. L'utilisateur professionnel s'assure que l'utilisateur a compris l'importance des rubriques du PCC et donne, si nécessaire, des informations complémentaires.



Les 4 axes du projet ProPCC

Formations

Plan de Crise Conjoint

Accueil S'informe Se former Compte Se déconnecter

Pourquoi une formation e-learning au PCC ?

Bien que le PCC soit un outil facile à comprendre, il implique un processus complexe qui nécessite d'être appréhendé à sa juste valeur afin ne pas le dénaturer. En outre, accompagner la rédaction d'un PCC mobilise de nombreuses compétences spécifiques ainsi que le respect de la philosophie qui le sous-tend, soit le rétablissement en santé mentale, le partenariat et le processus de décision partagée.

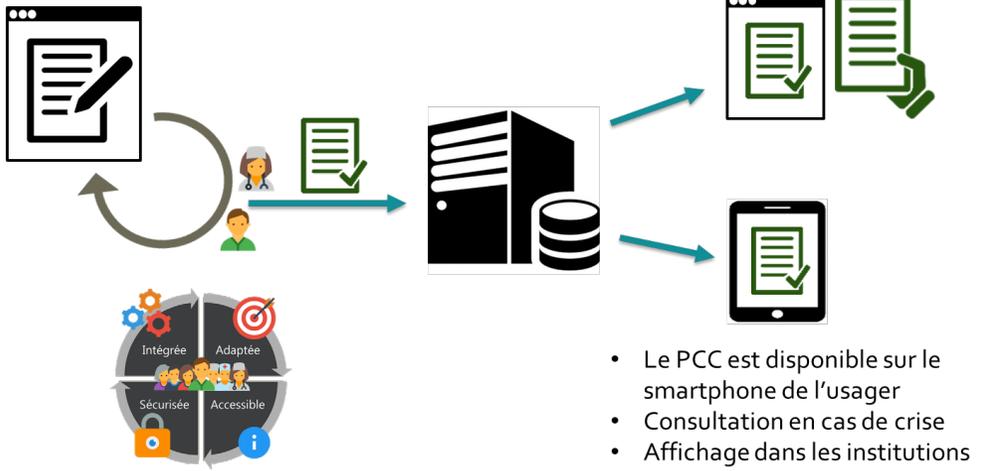
Objectif de la formation

Contenus

- Module introductif : Approfondir ses connaissances sur le PCC
 - Introduire le PCC
 - Se familiariser avec la démarche PCC
- Module de base : S'approprier le PCC en vue de sa mise en pratique
 - Thème 1 : Présenter le PCC
 - Thème 2 : Accompagner la rédaction d'un PCC
 - Thème 3 : Réviser un PCC
- Module d'approfondissement (à venir) : Elaborer un PCC en situation de crise

www.plandecriseconjoint.ch

Plateforme web PCC



- Consultation du PCC par personnes ressources id
- Fonction « bris de glace »
- Le PCC est disponible sur le smartphone de l'utilisateur
- Consultation en cas de crise
- Affichage dans les institutions d'urgence

Accompagnement institutionnel



- Objectifs // formations + calendrier
- Procédures et directives institutionnelles
- Processus qualité
- Objectifs // Elaboration de PCC par les professionnels et les usagers
- Plan de communication
- Convention de collaboration
- Suivi et monitoring
- Supervision/soutien in situ si besoin
- Evaluation des objectifs et du processus

Méthodes d'évaluation du projet ProPCC

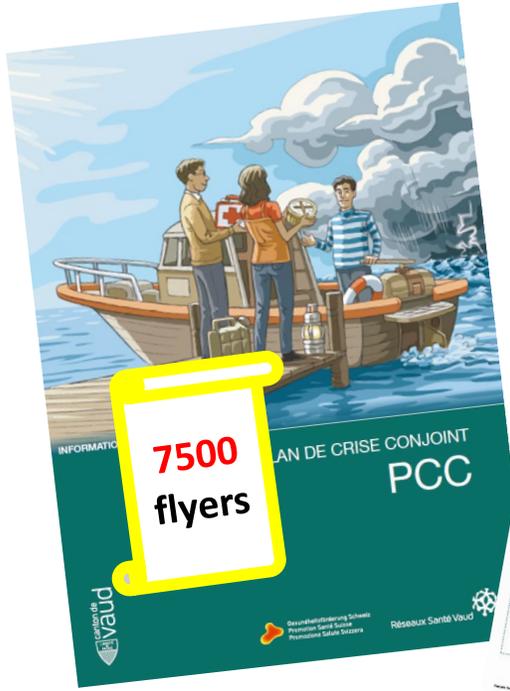
- **Sondage** en ligne à T1 (août-sept 2019, n=443) et T2 (mars-avril 2021, n=428) sur les connaissances et pratiques du PCC (analyse par la cellule Esope Unisanté)
- Données d'utilisation du **site internet** www.plandecriseconjoint.ch (n=24178) et **profil des participants au e-learning** (n=1299)
- Evaluation des **formations PCC** : satisfaction et niveaux de connaissances (e-learning n=350) et compétences (présentiel n=128) auto-reportés
- **Monitoring du projet**: outputs sur les 4 axes, outcomes multiplicateurs, processus (COPIL; Comité scientifique; bilans SWOT avec terrains)

Méthodes d'évaluation des effets du projet sur les usagers

CER Vd: Protocole n° 2016-00768

- **Questionnaires socio-démographiques et cliniques** (CSSRI-EU + HONOS) des usagers ayant accepté un **PCC** et copie de ce dernier (n=609) ou **raison des refus** si refus de s'engager dans la démarche PCC (n=57) → terrains participants
- Analyse **qualité des contenus PCC** d'un échantillon aléatoire de PCC (n=143) et comparaison avec les résultats de l'étude PCPCC → terrains participants
- Mesure des effets du PCC sur les **taux et modes de réadmission à 30 jours et 9 mois** et des **stratégies de coping associées** au moyen de 2 travaux de master IUFRS (n=50) → 1 hôpital psychiatrique + stat OFS des 4 hôpitaux

Résultats Axe 1. Promotion du PCC



Qu'est-ce que le plan de crise conjoint (PCC) ?

heidi.news

Vaud met en place des directives anticipées en cas d'urgence psychiatrique

par Lorène Mesot

Améliorer la gestion des crises

sont pas toujours pris au sérieux.

«Cet outil n'est pas encore très connu»

Pascale Ferrari

Source et infirmière en psychiatrie (CHUV). Les professionnels ne savent pas où ils sont stockés et ne les trouvent pas toujours au moment où ils en ont besoin.»

«Ca me rassurerait»



The Joint Crisis Plan: A Powerful Tool to Promote Mental Health

DOSSIER DIRECTIVES ANTICIPÉES EN PSYCHIATRIE

DIRECTIVES ANTICIPÉES EN PSYCHIATRIE DOSSIER

Pierre Lequin^{1*}, Pascale Ferrari^{1,2}, Caroline Suter², Marion Milovan², Benedetta Silva¹, Philippe Golay¹, Charles Bonsack¹ and Jérôme Fa

¹ Department of Psychiatry, University Hospital Centre, Lausanne, Switzerland, ² La Source, So University of Applied Sciences and Arts of Western Switzerland, Lausanne, Switzerland

Purpose: The Joint Crisis Plan (JCP) has received growing in research settings. JCP is a type of psychiatric advance statement to recognize early signs of crisis and how to manage crises. The p study, to our knowledge the first to be conducted on this topic in context and to include inpatients, was to describe the content of JCP perceived by patients and the providers.

Methods: The study used an exploratory, mixed, sequential m were retrospectively collected in several clinical contexts (hospital, and sheltered accommodation). Based on their analyses, we cond interviews including some rating scales on the perception of the v and providers in these settings. For the qualitative analyses, cc conducted with a hybrid approach using NVivo 12 software. Dat and discussed with a third researcher until agreement was reach

Results: One hundred eighty-four JCPs were collected ret semi-structured interviews were conducted with 12 patients a relatives could be included in the research process. The content of l relevant and indicated that patients had good knowledge of them Improvements in the quality of the therapeutic relationship, respect and wishes, and a greater sense of control of their illness were re perceived as a very useful tool by patients and providers. Conceal lack of staff training, difficulties with the shared decision-making p availability of the JCPs when needed were reported.

Conclusion: The study highlights that JCPs may be used with p a large variety of psychiatric disorders in different care settings.] as very useful by both patients and providers. The promising support the promotion of the wide use of JCPs with patients w crises. It is important to continue to research JCPs through impac family members.

Keywords: mental health, joint crisis plan, shared decision making, recovery, ther management

« Mon Plan de crise conjoint en pratique »

Concrètement, élaborer un Plan de crise conjoint (PCC) se fait en 4 étapes : la rédaction, la validation, la consultation ou l'application, et finalement la révision. Eclairage clinique à partir notamment de l'expérience de Gilles, médiateur de santé pair.

Pour favoriser le développement pérenne de soins fondés sur les valeurs du rétablissement, les formations soignantes doivent impliquer, de façon systématique, à toutes les étapes de leur conception à leur évaluation, les médiateurs de santé pairs (dénommés en Suisse Pairs praticiens en santé mentale [PPSM], soit des pairs ayant suivi une formation) (1, 2, 3). Or, alors que le canton de Vaud entend déployer dans ses établissements le Plan de crise conjoint (PCJ) (forme récente et validée de déclarations anticipées), le manque de formation des soignants à cet outil a été identifié comme un obstacle majeur (4).

Dans ce contexte, nous avons cherché à élaborer une formation au PCC avec des médiateurs de santé pairs et des proches. Cependant, trouver un pair qui ait personnellement expérimenté le PCC sous différentes formes dans son parcours de rétablissement n'allait pas de soi. C'est le cas de Gilles, donnavant impliqué dans ladite formation, et dont l'expérience vient enrichir le présent article, au même titre que des

verbatims issus de l'étude des contenus et pratiques du Plan de crise conjoint (étude PCPC, voir l'article de P. Ferrari, p. 52). Pour rappel, et afin de contextualiser les quelques chiffres cités ici, l'étude a considéré 184 PCC.

LA DÉMARCHÉ PCC

Bien que la pratique de PCC ait jusque-là relevé d'initiatives individuelles, une démarche relativement homogène en quatre étapes a pu être identifiée : rédaction, validation, consultation ou application, et finalement révision.

Ces étapes, leurs spécificités et les rôles attendus des usagers et des professionnels, voire des proches, viendront structurer cet article. Mais avant de s'y plonger, rappelons les principes et valeurs qui sous-tendent le PCC. Il s'inscrit dans un processus de décision partagée, qui présuppose de reconnaître la complémentarité de l'expertise de chacun des acteurs impliqués, qu'elle soit professionnelle ou acquise par expérience. Il s'agit pour les patients et les professionnels de partager les meilleures connaissances existantes au moment

OPEN ACCESS

Edited by:
Hector Wing Hong Tsang,
Hong Kong Polytechnic University,
Hong Kong

Reviewed by:
Johannes Hamann,
Technical University of
Munich, Germany
Francoise Louise Dark,
Metro South Addiction and Mental
Health Services, Australia

***Correspondence:**
Pierre Lequin
Pierre.Lequin@chuv.ch

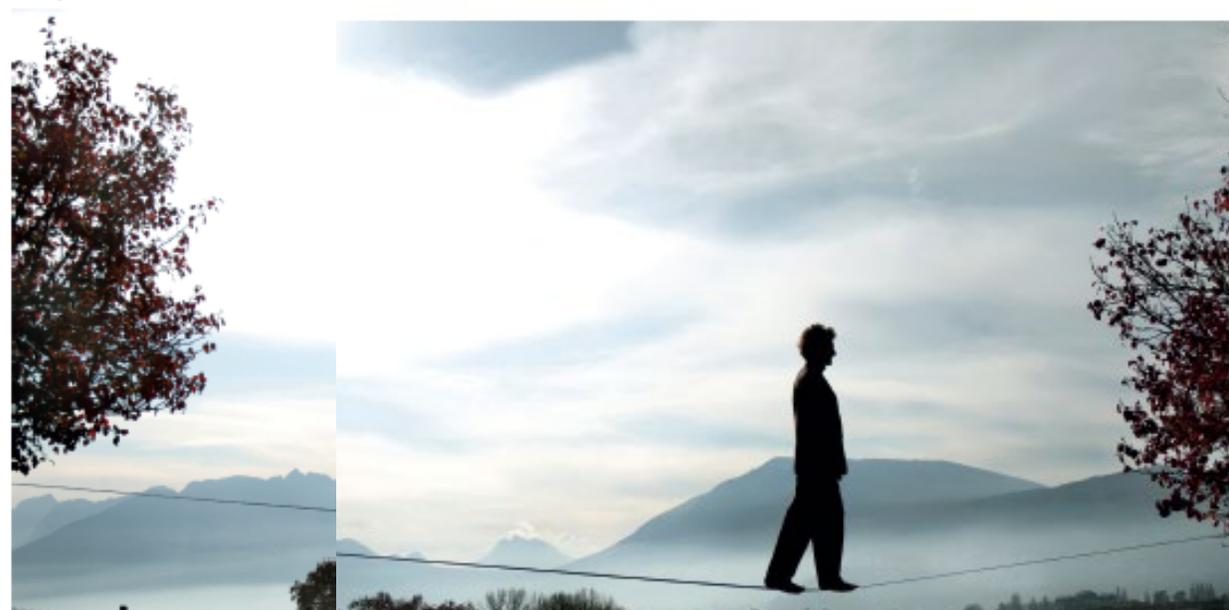
Specialty section:
This article was submitted to
Social Psychiatry and Psychiatric
Rehabilitation,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Received: 26 October 2020

Accepted: 09 February 2021

Published: 19 March 2021

Citation:
Lequin P, Ferrari P, Suter C,
Milovan M, Basso C, Silva B, Golay P,
Bonsack C and Favrod J (2021) The
Joint Crisis Plan: A Powerful Tool to
Promote Mental Health.
Front. Psychiatry 12:621436.
doi: 10.3389/fpsy.2021.621436



Résultats Axe 1. Promotion du PCC



Session 34

23.08.19

Liens entre professionnels et patients acteurs de leur santé, vers une culture du partenariat

Le plan de crise conjoint comme levier à la décision partagée en santé mentale

Illustration au travers du **Projet ProPCC** (Promotion et implantation efficiente de **Plan de Crise Conjoint**)

C. Suter, M. Chinet & P. Ferrari

ELSA
La Source.
Institut et Haute
Ecole de la Santé



Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE



Centre hospitalier
universitaire vaudois



Caroline Suter
Paire praticienne en santé mentale
& Assistante de recherche
c.suter-sturm@ecolelasource.ch



Pascale Ferrari
Infirmière clinicienne spécialisée
& Maître d'enseignement
pascale.ferrari@chuv.ch
p.ferrari@ecolelasource.ch



Anne Leroy
Proche
& Co-fondatrice de l'îlot
anne.leroy@ilot.org

JOURNÉE LATINE DE L'EXCELLENCE EN SANTÉ
PATIENTS PARTENAIRES ET SÉCURITÉ

Quand pairs, proches et professionnels
s'allient pour faire changer les Pratiques:

L'exemple de l'implantation du plan de crise
conjoint dans le canton de Vaud



Axe 2 Formations: E-learning

- **E-learning:** 1299 personnes formées (69% infirmiers; 14% socio-éducatifs; 5% médecins)
- **Satisfaction :** Excellente
- **Progression du niveau de connaissances du PCC:** *Bon* de 19,4% à 75,1%, *Excellent* de 2% à 22%; $p < .001$
- **Sentiment de compétence à pratiquer le PCC:** 63% *plutôt d'accord* & 33% *tout-à-fait d'accord*
- 96% recommanderaient le e-learning



Axe 2: Formation présentiel

- **Présentiel:** 128 professionnels formés (74% *infirmiers*; 19% *socio-éducatif*; 2% *Médecins*); 18 sessions de formation (126h *co-animées à 3*)
- **Satisfaction :** Excellente
- **Sentiment de compétence à pratiquer le PCC:** 49% *plutôt d'accord* & 49% *tout-à-fait d'accord*
- 99% **recommanderaient** le présentiel





Axe 3: Implantation institutionnelle

- Accompagnement à partir du **modèle d'implantation du i-Parihs**
- **Accompagnement direct sur le terrain: binôme professionnel-pair praticien (rôle de facilitateur)**
- **21 terrains accompagnés:**
 - 21 équipes de projets interdisciplinaires
 - 128 champions du changement formés
 - Moyenne de 4,4 séances en présentiel sur le terrain pour 12,6h

DEBATE

Open Access



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

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

Abstract

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

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

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

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

Background

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

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

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

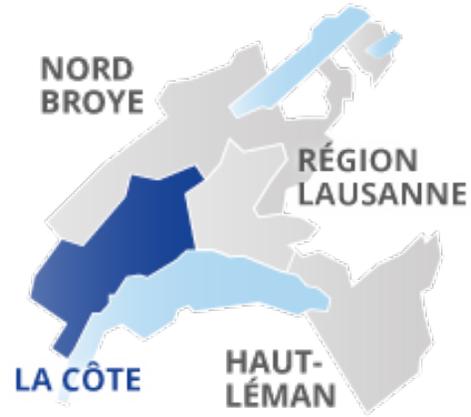
* Correspondence: gillan.harvey@adelaide.edu.au

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

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



Axe 3: Implantation institutionnelle

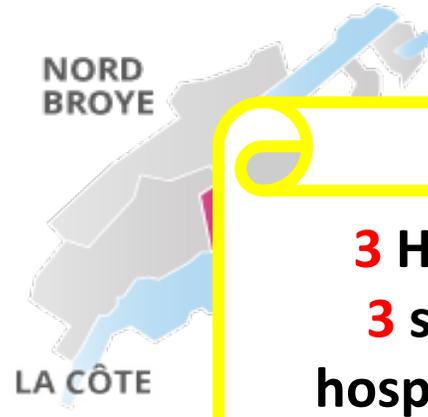


DP-CHUV SPANO

- Hosp.
- Ambul

Foyer de l'Envol

Clinique La Lignière



EPSM Le F

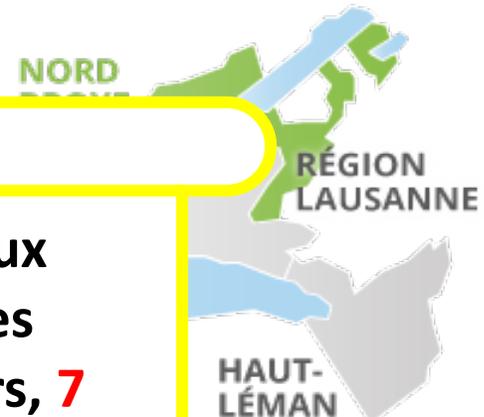
ESE Les O

EPSM Duc

DP-CHUV

- PGE
- PCC
- SM
- SPL
- SUPEA

3 Hôpitaux
3 services hospitaliers, 7 ambulatoires
4 EPSM
2 ESE
2 OSAD
740 PCC rédigés récoltés



+ ETTEX

ré
ombière
tion Saphir

le
ANO

- Ambul

EPSM Bru



Fondation de Nant

- Hosp
- Ambul.

Champfleuri

Transverse: AVASAD, USE, FVA

Axe 3: Implantation institutionnelle



93 séances pour 264,5h de présence en binôme prof/PPSM avec les:
Directions
Equipes de projet du terrain
Collaborateurs
Usagers



Département de psychiatrie

Direction
Direction

Recommandations concernant le Plan de Crise Conjoint (PCC)

1. OBJET

Ce
la r
de l



PROCEDURE CONCERNANT LE PLAN DE CRISE CO

OBJET

Ce documen
Crise Conjoi



Recommandations concernant le Plan de C

Axe 4: Plateforme web et application mobile

Laura Elena Raileanu

- *Professeur HEIG-VD HEE*

Fabien Dutoit

- *Ingénieur EPFL, Chargé Ra&D HES*

Antoine Rochat

- *Ingénieur HES en Informatique logicielle*
- *Collaborateur Ra&D HES*

Basile Vu

- *Ingénieur HES en Informatique logicielle*
- *Assistant HES académique*



HEIG^{VD} | HEE
Health,
Engineering
and Economics

Implantation du PCC
Résultats et perspectives

23.11.2021

Laura Elena Raileanu, Fabien Dutoit
Health, Engineering & Economics (HEE)





Axe 4: Plateforme web et application mobile

- Développement terminé début 2020, en **lien étroit avec l'équipe du projet** mais aussi en **avec l'association Cara et le groupe Cybersanté du Canton** pour avancer sur l'intégration avec le DEP / l'identité numérique, et selon un **processus consultatif auprès d'usagers, de proches et de professionnels**.
- L'implication de professionnels et d'usagers n'a pas pu se faire à cause de la Covid avant le printemps 2021.
- Organisation de trois **séances de tests** avec des professionnels en milieu hospitalier
 - Première prise en main autour de plusieurs scénarios prédéfinis
 - Bon accueil, plateforme jugée relativement aisée à prendre en main
 - Quelques points d'amélioration ont été identifiés et modifiés directement sur la plateforme

Axe 4: Plateforme web

PLATEFORME
PLAN DE CRISE C

ACCUEIL VERSION DE TRAVAIL VERSIONS VALIDÉES CELINE.HUET

PCC de Céline Huet

ENREGISTRER

APERÇU DES DROITS

Une nouvelle version validée du PCC a été créée. Si vous le souhaitez, vous pouvez gérer qui a accès à cette dernière en vous basant sur les accès de la version validée précédente. Dans le cas contraire, vous pouvez simplement fermer cette fenêtre.

- La colonne de gauche et droite représentent respectivement les droits sur la nouvelle version et ceux sur la version validée précédente. Par souci de clarté, si vous n'apparaissez ci-dessous (bien entendu, vos droits ne seront pas affectés).
- En cliquant sur < à gauche du nom de la personne dans la colonne de droite, vous pouvez modifier la nouvelle version.
- En cliquant sur ✕ à droite du nom de la personne dans la colonne de gauche, vous pouvez supprimer l'accès de la nouvelle version.

Nouvelle version validée	Dernière version validée
Gilles Perez	Gilles Perez ✕
	Christine Blanchard
	René Weiss
	Théodore Dumas

Appliquer ces droits à la version de travail

FERMER CONFIRMER

Le Plan de Crise Conjoint

Plan de Crise Conjoint

Nom: Huet Prénom: Céline Date de naissance: 12.04.1972

Mon plan de crise conjoint a été établi avec (noms et rôles des différents partenaires)

Relation	Nom de famille	Prénom	Téléphone	E-mail
Docteur-e	Guyon	Richard	+24 123 12 12	
Famille	Huet	Marc		
Famille	Guichard	Paulette	+24 321 12 12	

Mes difficultés ou problèmes psychiques

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Suspendisse quis risus non lacus faucibus tempor hendrerit in magna. Phasellus mollis accumsan nisi, ultrices condimentum magna porta quis. In vitae massa tellus. Sed tincidunt ultricies pulvinar. Aenean id dolor nec ex rutrum sodales. Cras tristique mollis erat quis laoreet.

Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas. Maecenas et sodales tortor, dapibus feugiat purus. Donec tortor risus, iaculis nec augue dignissim, laoreet elementum ligula. Sed facilisis nisi nec lorem vestibulum fermentum. Pellentesque lobortis facilisis odio, nec sagittis ipsum posuere vel. Nulla eu volutpat neque, eget condimentum lectus. Ut dignissim velit id augue ullamcorper suscipit. Fusce molestie nisl odio, eu suscipit nisl sodales id.

Qu'est-ce qui peut m'amener à une situation qui me dépasse et me mette en crise ?

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Suspendisse quis risus non lacus faucibus tempor hendrerit in magna. Phasellus mollis accumsan nisi, ultrices condimentum magna porta quis. In vitae massa tellus. Sed tincidunt ultricies pulvinar. Aenean id dolor nec ex rutrum sodales. Cras tristique mollis erat quis laoreet.

- Cras tristique mollis erat quis laoreet.
- Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas.

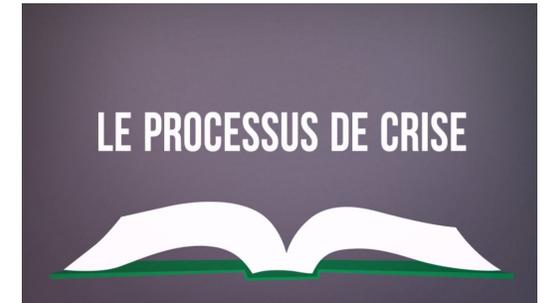
Qu'est-ce qui peut m'amener à une situation qui me dépasse et me mette en crise ?

ipsum dolor sit amet, consectetur turpis :

- Cras tristique mollis erat quis laoreet
- Pellentesque habitant morbi et purus
- et malesuada fake app turpis

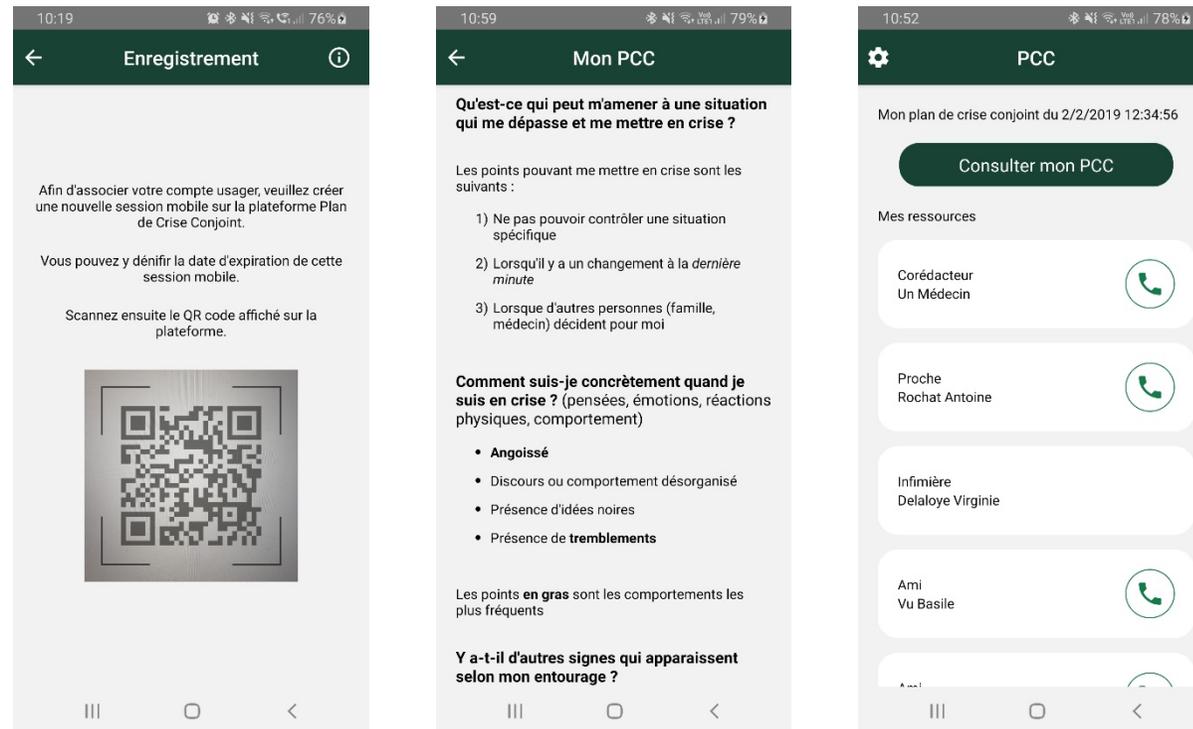
Maecenas et sodales tortor, dapibus feugiat purus. Donec tortor risus, iaculis nec ex rutrum

PDF



Axe 4: Application mobile

- Première version réalisée, multiplateformes (Android et iOS)



- Procédure d'association de l'application avec son compte sur la plateforme à l'aide de codes QR, synchronisation automatique des données
- Consultation du PCC et des ressources



Evolution du niveau de connaissance du PCC et de ses effets (Sondage T1 - T2, scores globaux)

- **Amélioration du niveau de connaissance** du PCC (*bon*: de 54% à 72%; $p < 0.01$)
- La perception des effets du PCC a globalement peu évolué et de façon non significative, sauf ceux de favoriser:
 - **L'alliance thérapeutique** ($p = 0.003$)
 - **Le contrôle de soi et des troubles** ($p = 0.02$)
 - **L'anticipation des crises** ($p = 0.1$).
- A T2 45% des participants ne reconnaissent pas que le PCC permet de **diminuer les réadmissions sous contrainte**



Evolution des pratiques du PCC (Sondage T1-T2, scores globaux)

Augmentation significative de:

- La **fréquence de rencontre** des PCC dans la pratique de façon significative (*souvent*: de 35 à 46 %; $p < 0,004$)
- L'**encouragement des structures à recourir** au PCC (de 59 % à 72 %; $p = 0.01$)
- La **proportion d'utilisateurs** à avoir un PCC : (*moins de 10%* passe de 45 % à 33; *entre 25% et 50%* de 13% à 23%; *plus de 50%* de 7 à 12%; ($p = < 0.01$).

Lorsque l'on compare le niveau de connaissance et de pratique du PCC entre institutions participantes et non participantes, les résultats montrent une évolution plus importante et de façon statistiquement significative uniquement dans les institutions participantes.



Récolte de PCC avec questionnaires sociodémographiques et cliniques (n=609 + 57)

91% de PCC acceptés (n= 609)

- PCC faisable, acceptable et pertinent
 - Pour tout type de troubles psychiques à l'exception des démences et des troubles cognitifs majeurs
 - Pour des personnes ayant un faible niveau d'éducation malgré la complexité de la démarche
 - Pour des patients ayant des antécédents de contrainte

9% de PCC refusés (n= 57)

- Les patients ayant refusé un PCC (n=57) se démarquent par leur profil socio-démographique et la sévérité de leurs troubles
- Les raisons de refus du PCC les plus fréquemment relevées:
 - Absence de sens perçu
 - Dénier des troubles
 - Méfiance
 - Côté anxiogène de la démarche PCC

Récolte de PCC avec questionnaires sociodémographiques et cliniques (n=609)

- 7% des PCC (n= 42) sont co-signés par un médecin
- 2% des PCC (n=11) sont co-signés par un proche
- En termes de **qualité des contenus**, l'échantillon aléatoire des PCC récoltés (n=143) présente un score de qualité moyen élevé (29/33 contre 19/33 lors de l'étude pré-implantatoire, p.001)
- 22% des PCC sont entièrement rédigés à la première personne et 47% le sont partiellement

Bilan des terrains

Malgré un bilan globalement positif, l'implantation du PCC reste fragile:

Les PCC sont le plus souvent élaborés avec les champions du changement

Les PCC sont encore peu partagés avec le réseau extérieur

Les médecins sont peu engagés dans la démarche PCC, voire parfois la refusent

Le PCC est parfois « instrumentalisé »

Les PCC sont appliqués tardivement

Les procédures internes sont peu connues → problème de stockage et d'accessibilité

L'engagement des patients des structures à bas seuil est particulièrement défiant

Le PCC permet aux professionnels de mieux connaître les usagers et aux usagers de mieux se connaître

Le PCC facilite le contact avec les proches mais la COVID a limité les contacts avec ces derniers et donc leur implication dans le PCC

Le PCC a parfois permis de:

Gérer des crises sans recourir à l'hospitalisation

Diminuer les durées d'hospitalisation

D'appréhender l'hôpital de façon positive



Résultats master M. Bertusi

Direction: Dr Morandi; co-direction Prof Favrod; CER Vd: Protocole n° 2016-00768

Objectif: Mesurer l'effet du PCC sur les ré-hospitalisations à 30 j et 9 mois

50 patients avec PCC rédigé à la sortie d'un hôpital ayant formé tout son personnel de 1^{ère} ligne au PCC; comparaison avec un groupe contrôle sans PCC (même profil sociodémographique et clinique) et avec le groupe des patients sortis sans PCC

Résultats:

A 30 jours:

- Le groupe avec PCC est significativement moins réhospitalisé (4% vs 18%, $p=.026$)
- La comparaison des modes d'admission n'a pas de sens car répartition égale dans le groupe avec PCC

A 9 mois:

- Aucune différence entre les groupes dans le taux de patients réadmis à 9 mois (24% pour chacun, $p=.727$)
- Le groupe avec PCC est significativement moins réhospitalisé sous contrainte à 9 mois (8% vs 50%, $p=.034$)



Résultats master M. Bertusi

- La rédaction de PCC à l'hôpital est non seulement faisable, mais aussi pertinente afin de sécuriser la période de sortie
- Le PCC contribue à la diminution des réadmissions sous contrainte pour tout type de patients
- Une culture commune autour du PCC dans toute la chaîne de soins est indispensable pour en assurer les effets à court, moyen et long terme
- Garder le PCC vivant sur la durée reste un défi majeur

Résultats master P. Ferrari

Direction: Dr Morandi; co-direction Prof Favrod; CER Vd: Protocole n° 2016-00768

Objectif: 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

50 patients avec PCC rédigé à la sortie d'un hôpital ayant formé tout son personnel de 1^{ère} ligne au PCC





Résultats master P. Ferrari

- Les stratégies de coping identifiées dans les PCC sont nombreuses
- La démarche PCC favorise l'identification d'un réseau de soutien de façon proactive
- La présence d'un soutien professionnel est la seule stratégie associée au taux et mode de réadmission:
 - Il diminue les réadmissions à 30 jours
 - Il est un facteur protecteur des réadmissions sous contrainte à 9 mois
- Hypothèses de compréhension:
 - Les stratégies de coping ne sont pas spécifiques aux troubles ce qui peut expliquer l'absence d'association avec les taux et mode de réadmission → Les compétences soignantes doivent être améliorées afin d'apprendre de nouvelles compétences aux usagers
 - Le PCC n'est pas encore appréhendé comme un outil favorisant l'autogestion des troubles et n'est appliqué que tardivement

Conclusions du projet ProPCC

- Les mesures déployées dans le cadre du projet ProPCC ont été nombreuses, **variées et complémentaires**, de même que l'ont été les méthodes de récolte de données et d'analyses. **Le partenariat professionnel-pairs et proche est un puissant levier du changement.** Ce dispositif a sans aucun doute contribué aux résultats positifs et à leur robustesse.
- **Les actions de promotion et de formation ont eu un effet systémique sur la connaissance et la pratique du PCC.** L'ajout de l'accompagnement du processus d'implantation institutionnel sur mesure rend le dispositif encore plus efficace et probablement plus durable.
- **Le PCC est faisable, acceptable et pertinent pour un large spectre de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et/ou d'addiction.** L'engagement des plus vulnérables dans la démarche demeure un défi majeur.

Conclusions du projet ProPCC

- Le PCC rédigé en prévision de la sortie de l'hôpital est **efficace pour diminuer les réadmissions précoces et les réadmissions sous contrainte à 9 mois**
- Le **soutien des professionnels** identifiés de façon proactive dans les PCC en prévision de la sortie d'hôpital est un **facteur protecteur des réadmissions précoces et des réadmissions sous contrainte**
- **L'engagement de tous les professionnels** au sein du réseau socio-sanitaire et en particulier des médecins est nécessaire et essentiel à la pérennisation du PCC qui reste fragile.
- **La démarche PCC est une démarche exigeante et complexe** qui implique pour chacun des acteurs de **sortir de sa zone de confort**. Elle fait appel à de nombreuses **compétences professionnelles** (écoute active, entretien motivationnel, partenariat, décision partagée, éducation à la santé, ...) → nécessité de pérenniser la formation continue.

Recommandations

Renforcer et consolider la culture commune du PCC et du partenariat en santé

- Formations de proximité au PCC en présentiel et mixité des participants
- Intégration du PCC dans les politiques sanitaires (anticipation en santé , autodétermination, promotion de l'autogestion)
- Sensibiliser les médecins à l'importance de leur engagement dans la démarche PCC (article RMS, accréditation des formations, ...)
- Accompagner le transfert et l'intégration des connaissances sur la durée grâce aux supervisions et analyses de pratique

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

- Coordonner la pérennisation des axes du projet
- Etendre son implantation
- Inscrire la démarche PCC dans les processus qualité des institutions
- Coordonner la formation de manière centralisée tout en assurant un ancrage régional
- Respecter les contenus PCC
- Diffuser et promouvoir la plateforme web PCC et l'application mobile
- Développer une formation de formateurs au PCC

Concrètement...

- Poursuivre le e-learning gratuit et accessible pour tous
- Pérenniser:
 - Le matériel promotionnel et sa diffusion (soutien de la DGS)
 - Les formations PCC en présentiel (CEFOR CHUV?), accessibles à tous les professionnels du canton de Vaud (subventionnement de la DGS)
- Elargissement du projet ProPCC (à de nouvelles institutions, à de nouveaux cantons & à de nouvelles populations cibles (psychiatrie de l'âge avancé, pédopsychiatrie (adolescents), handicap mental,...) & Etude multicentrique
- Phase pilote d'implantation de la plateforme web auprès d' 1-2 institutions avec implication des usagers et test de l'application mobile par ces derniers, puis déploiement à large échelle



Recherche de fonds/partenariats

Témoignage

Samira Azlag-Cadet

*Responsable
d'accompagnement*

OSAD/Apparts/UATp Le Quai

Maxime Solfin

Infirmier

OSAD Fondation Saphir



Regard de la DGS

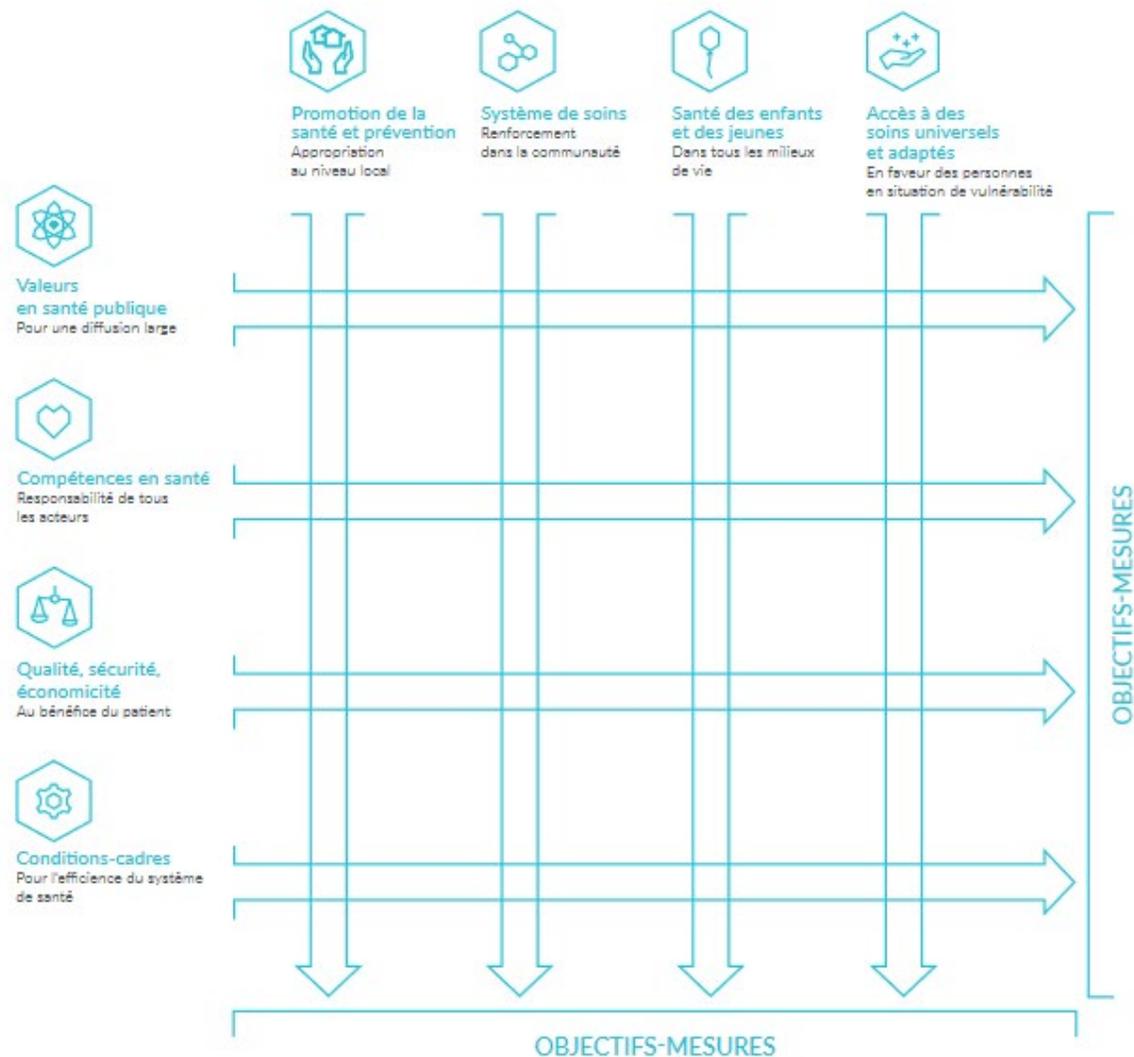
Catherine Hoenger

Chargée de mission Soins palliatifs et santé mentale

Direction Santé Communautaire

Direction Générale de la Santé

Huit champs d'action

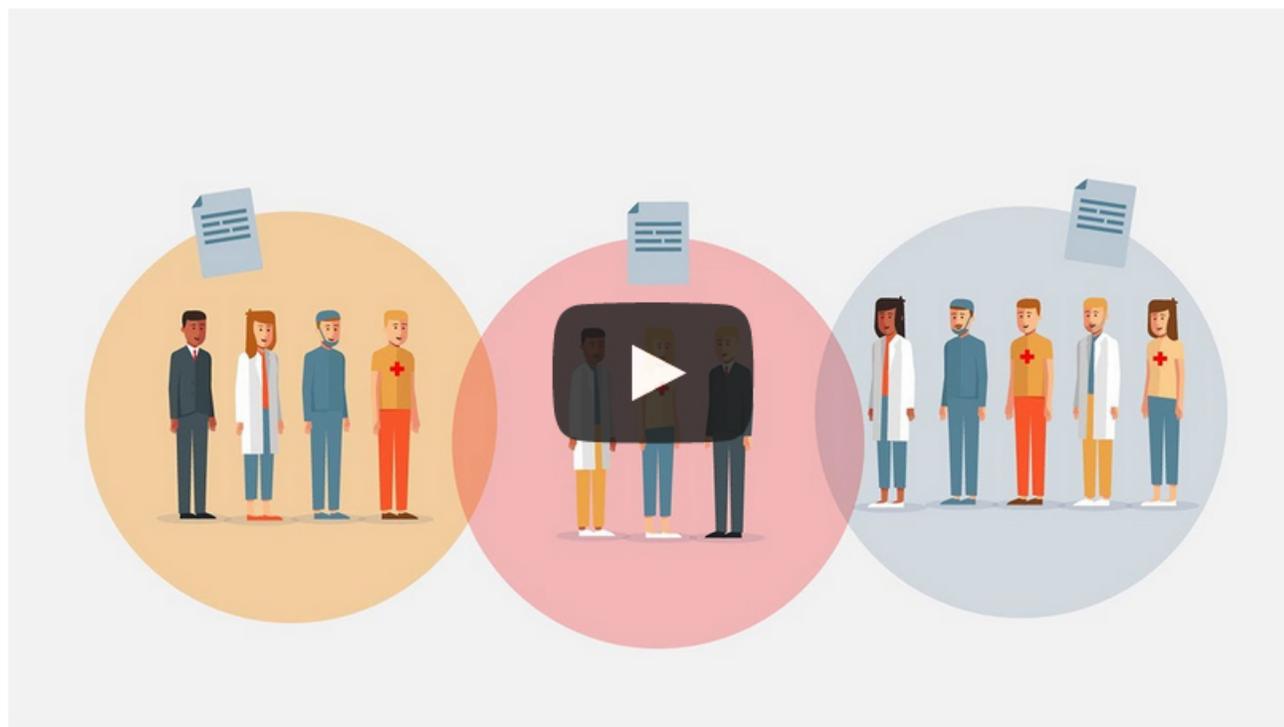


Bilan et perspectives

Raphaël Trémeaud

Responsable de projets prévention dans le domaine des soins

Promotion Santé Suisse



Le soutien de projets PDS soutient des interventions innovantes et des multiplications dans les thèmes prioritaires des maladies non transmissibles (MNT), des addictions et des maladies psychiques. À partir du 17 septembre 2021 jusqu'au 21 janvier 2022, vous pouvez soumettre vos projets sous la forme d'une esquisse de projet.



- Aux **mandants** et **financeurs** du projet
- Aux **employeurs des membres de l'équipe projet**
- Aux **partenaires** du projet (RSVD; HEdS La Source, HEIG-VD; Dp-CHUV; Re-pairs, L'Îlot; GRAAP Fondation; DGS; DGCS; CORAASP; AVASAD; FDN; HUG; RFSM)
- Aux membres du **comité de pilotage** du projet (Sophie Ley remplacée par Catherine Hoenger, DGS; Anouchka Roman, DGCS; Marie Israël, GRAAP Fondation; Anne Leroy Lîlot; 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 & à Joceylne Balet puis Sébastien Rime, secrétaires pour la prise de PV et 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 (au départ du projet))
- Aux **directions des institutions participantes, à leurs collaborateurs et à leurs usagers**