

Faire vivre le Plan de crise conjoint

Le Plan de crise conjoint, qui permet au patient de définir avec un soignant ses préférences de soins, est à considérer comme une forme de processus de décision partagée innovante entre patients et professionnels, soutenant activement le rétablissement.

Dans une vision contemporaine de l'accompagnement en santé mentale, une approche partenariale intégrant les patients et les proches s'impose aujourd'hui comme un impératif éthique majeur (1). L'expertise de chacun est reconnue et prise en considération dans une réelle perspective horizontale (2). Cette dynamique partenariale ne va cependant pas toujours de soi en pratique, tant la mobilisation d'anciennes

références à la chronicité et au paternalisme est tenace. Que ce soit au niveau politique pour inspirer la planification sanitaire, dans la recherche ou encore dans les soins, cette approche rencontre encore de nombreux obstacles du côté des soignants mais aussi, dans une moindre mesure, du côté des patients (1, 3).

PARTAGER LA DÉCISION

La recherche montre que les personnes souffrant de troubles psychiatriques expriment davantage de volonté à participer à un processus de décision partagée qu'en soins somatiques (4). Les domaines dans lesquels ces usagers demandent à participer en priorité sont ceux qui concernent la médication et les hospitalisations (5). Bien qu'une évolution favorable soit globalement constatée, les personnes déplorent la persistance de la directivité des professionnels, en particulier dans les domaines cités (6, 7). Pourtant, contrairement aux idées reçues, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères sont capables de faire des choix éclairés et de prendre des décisions rationnelles dans la majorité des cas, pour autant qu'elles aient pu accéder à des informations objectives et diversifiées (8).

LES DÉCLARATIONS ANTICIPÉES

Pour remédier aux situations temporaires d'incapacité de discernement, par exemple lors d'un épisode psychotique aigu, les directives anticipées (DA)

peuvent s'avérer d'une grande utilité (9). Au-delà des aspects pratiques, elles s'inscrivent aujourd'hui dans certains pays, et notamment en Suisse (voir encadré), dans les droits légaux des patients (voir aussi l'article d'A. Tinland, p. 26). Ce sont des documents rédigés de façon anticipée, qui précisent les préférences d'un patient en termes de soins et de traitements en cas de perte de capacité de discernement avec incapacité consécutive à effectuer des choix de manière éclairée, qu'elle soit liée à une pathologie physique et/ou psychique, ou encore aux situations de fin de vie (10, 11).

En psychiatrie, les DA contribuent à maintenir une forme de contrôle par l'usager de son traitement en cas d'incapacité (12), à soutenir le processus d'*empowerment* et potentiellement à diminuer son sentiment de contrainte (13). Malgré leurs avantages et devant le constat d'une faible prévalence d'élaboration, des formes différentes de déclarations anticipées ont récemment vu le jour (14). Le Plan de crise conjoint (PCC) en est l'une des formes les plus abouties et les mieux étudiées (15). Tout comme les DA, il permet d'inscrire l'appropriation de la santé par le patient dans une perspective temporelle, en anticipant la survenue d'une crise ultérieure, c'est-à-dire en amont d'une éventuelle perte de discernement (16). Le PCC peut donc également être compris et utilisé comme un outil de prévention de la rechute. Comme son nom l'indique, et contrairement aux DA,

Pascal FERRARI^{*1,2}
Anouchka ROMAN^{**3}
Mathilde CHINET^{****4}
Caroline SUTER^{*****5}
Stéphane MORANDI^{*****1,5}

*Infirmière spécialiste clinique et Maître d'enseignement, **Infirmière, responsable du Pôle de psychiatrie et d'addictions, ***Sociologue, responsable de projets, ****Païre praticienne en santé mentale, *****Médecin adjoint¹ et Médecin cantonal adjoint⁵

1– Service de psychiatrie communautaire, Dpt de psychiatrie du CHU vaudois.

2– Laboratoire d'enseignement et de recherche santé mentale et psychiatrie, Institut et Haute École de Santé La Source, HES-SO, Lausanne.

3– Direction générale de la cohésion sociale, Dir. de l'accompagnement et de l'hébergement, Etat de Vaud.

4– Réseau Santé Région Lausanne.

5– Direction générale de la santé, Etat de Vaud.



le PCC implique systématiquement au minimum un usager et un professionnel lors de son élaboration (15). Le rôle de chacun des partenaires que le patient souhaite impliquer à l'avenir, proches et/ou professionnels, doit nécessairement être négocié au préalable entre les parties. Un autre intérêt du PCC est qu'il peut être rédigé dans des phases précoces de la maladie. Reconnaître une certaine forme de souffrance ou de mal-être ou encore ne plus vouloir subir de la contrainte après un épisode vécu comme traumatique et/ou humiliant peuvent être des motivations suffisantes à son élaboration (17). Le PCC est donc à considérer comme une forme de processus de décision partagée innovante entre patients et professionnels, soutenant activement le rétablissement (18).

ORIGINES

Historiquement, le PCC est apparu dans les années 1990 au Royaume-Uni pour répondre à la demande des usagers des services de santé mentale souhaitant voir leurs intérêts reconnus dans leur processus d'accompagnement (19). Son origine est cependant plus ancienne et attribuable au mouvement de *self-help* (que l'on pourrait traduire par auto-aide ou développement personnel) et d'*advocacy* des patients dans les années 1980. C'est en effet dans un contexte plus global de revendication des droits que sont nées les *crisis cards* (« cartes de crise ») qui contenaient, outre les coordonnées des patients, celles de leurs « avocats » à contacter en cas d'urgence afin que ces derniers puissent défendre les droits et intérêts de leurs clients (20).

LES IMPACTS DU PCC

La littérature met en évidence que le recours au PCC favorise un meilleur contrôle de soi et de sa maladie (21). Ce type de mesures sont aujourd'hui essentielles dans une perspective de rétablissement car elles prennent en compte l'expérience personnelle des usagers (22). Le PCC améliore l'alliance thérapeutique, et ce tant du point de vue des soignants que des patients (23). Il permet également une meilleure utilisation des ressources médico-sociales (24), le rôle de chaque partenaire potentiellement impliqué étant identifié en amont. Il n'est donc pas surprenant que les études concluent à une tendance à la diminution des coûts de prise en charge, en particulier pour des minorités ethniques dont l'accès

aux soins est souvent plus difficile (25). Les premières études pilotes semblaient également promettre une diminution des ré-hospitalisations et/ou des ré-hospitalisations sous contrainte (26). Les études randomisées subséquentes, ciblant principalement les personnes souffrant de troubles psychotiques, bipolaires et de la personnalité avec des antécédents de contrainte, n'ont pas permis de confirmer ces hypothèses (21, 24, 27). Cependant, ce n'est pas tant l'outil PCC qui est remis en cause par ces études, mais bien plus les barrières à son implantation (7). Si le PCC se heurte à des obstacles organisationnels et des résistances lors de son introduction, c'est qu'il implique des changements de pratique conséquents. Il nécessite en effet de redistribuer les rôles et le pouvoir en modifiant l'équilibre relationnel jusque-là éprouvé et maîtrisé par les professionnels. Ces aspects induisent des biais importants pouvant potentiellement impacter les résultats de recherche comparative (20). Plus récemment, dans une revue de littérature systématique et une méta-analyse comparant diverses interventions visant à diminuer les admissions sous contrainte, De Jong et al. (2016) ont conclu que les déclarations anticipées (DA ou PCC) sont les seules interventions ayant un impact cliniquement et statistiquement significatif avec une réduction de près de 23 % des admissions sans consentement (28). Cependant, et de façon générale, le contexte d'introduction d'un outil comme le PCC doit être pris en considération et s'accompagner de formations et de mesures organisationnelles pour augmenter son efficacité et l'adhésion des professionnels (7, 20).

CONTEXTE

L'introduction du PCC dans la pratique clinique et l'évaluation de ses impacts est un défi important en Suisse, car le taux de soins sous contrainte est, selon les données disponibles, relativement élevé en comparaison internationale (29). Par ailleurs, les données de l'Observatoire sanitaire suisse ont également permis de mettre en évidence que le canton de Vaud est le plus prescriptif en matière d'hospitalisation sous contrainte au niveau national (30). Une étude locale a également révélé une difficulté à promouvoir le principe d'autodétermination des usagers nécessitant un hébergement institutionnel, augmentant ainsi la perception de la contrainte par

ces derniers (16). Cependant, bien que l'implantation du PCC ait été recommandée localement dans certains services hospitaliers au sein de la filière psychiatrique cantonale et dans divers programmes de soins depuis 2015, force a été de constater que le recours à cet outil était le fait d'initiatives éparses et individuelles. Les barrières à l'implantation de processus de décisions partagées permettant d'opérationnaliser le PCC sont encore nombreuses et plusieurs études recommandent le développement de recherches permettant de mieux comprendre et appréhender ces obstacles (5, 17).

ÉTUDE DES PRATIQUES ET CONTENUS DU PCC

Dans ce contexte, une étude a été menée en 2017, visant spécifiquement l'exploration des pratiques et des contenus du PCC (étude PCPCC) dans différents lieux et programmes de soins psychiatriques du canton de Vaud (hospitaliers, ambulatoires, institutionnels et à domicile) à l'aide d'une méthodologie mixte. L'étude a été approuvée par la Commission d'éthique de la recherche du canton de Vaud et financée conjointement par l'Unité de recherche du domaine santé des Hautes Écoles spécialisées de la Suisse occidentale, le Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) et les Services de psychiatrie communautaire et générale du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois. Les PCC, ainsi que les données sociodémographiques des bénéficiaires, ont été collectés rétrospectivement sur dossier après identification des terrains concernés par les organisations cadres. Ainsi, 184 PCC ont pu être récoltés auprès de onze institutions différentes et deux programmes de soins spécifiques. Pour compléter ces données et explorer davantage les pratiques du PCC, des entretiens semi-structurés ont été conduits individuellement avec 12 professionnels et 12 usagers recrutés dans ces divers contextes selon un critère d'échantillonnage à variation maximale (31). Les participants ont également été invités à évaluer sur des échelles de 0 à 10 l'utilité et la pertinence du PCC, leur satisfaction envers l'outil, et la prise en considération de l'avis de l'utilisateur. Les contenus des PCC, ceux des entretiens, enregistrés et entièrement retranscrits, ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenus inductive et déductive au

Le Plan de crise conjoint dans le cadre légal suisse

Le Plan de crise conjoint ne s'inscrit pas explicitement dans les textes de loi fédéraux et cantonaux suisses. En revanche, les Directives anticipées, quand elles existent, sont contraignantes pour les soignants, dès lors qu'elles respectent le cadre légal.

La Constitution fédérale suisse (1) garantit à tout être humain le droit à la liberté personnelle, à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement (art. 10). Toute restriction à ces droits doit être fondée sur une base légale (cas de danger sérieux, direct et imminent) (art. 36).

Aucun soin ne peut donc être donné sans le consentement libre et éclairé d'un patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur (art. 26 de la loi sur la santé publique vaudoise, 2). Le Code civil suisse (CC) (3) précise que toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement (art. 16). Cela ne signifie toutefois pas que remplir un de ces critères ôte forcément à la personne concernée sa capacité de discernement. Cette dernière s'apprécie de cas en cas.

Des directives anticipées opposables

Le CC prévoit également qu'une personne capable de discernement peut déterminer dans des directives anticipées (DA) les traitements médicaux auxquels elle consent ou non et choisir un représentant dans le domaine médical (représentant thérapeutique) qui pourra décider en son nom en cas de perte de capacité de discernement (art. 370).

En cas d'urgence, le médecin administre les soins conformément à la volonté présumée et aux intérêts de la personne incapable de discernement (art. 379). En cas de danger grave menaçant la vie ou l'intégrité de la personne ou afin de faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire, l'institution peut prévoir des mesures limitant la liberté de mouvement, si d'autres mesures moins rigoureuses ont échoué ou semblent insuffisantes (art. 383). S'agissant des troubles psychiques, le CC prévoit qu'une personne peut être placée sans son consentement dans une institution appropriée si, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière (art. 426). On relèvera aussi qu'une personne entrée de son plein gré en raison de troubles psychiques peut être retenue pour une durée de trois jours, si elle met en danger sa vie ou son intégrité corporelle, ou celles d'autrui (art. 427). La personne concernée peut faire appel à une personne de confiance qui l'assistera tout au long du placement à des fins d'assistance ou du maintien dans l'institution contre son gré

(art. 432). Cette personne n'est pas obligatoirement le représentant thérapeutique. Le médecin établit un plan de traitement écrit avec la personne sous mesure et, le cas échéant, sa personne de confiance (art. 433). La personne placée doit être informée de tous les éléments essentiels du traitement médical envisagé.

Lorsque la personne concernée n'a pas sa capacité de discernement et que le défaut de traitement met gravement en péril sa santé, la vie ou l'intégrité d'autrui, les soins prévus dans le plan de traitement peuvent être appliqués sans son consentement de la personne concernée (art. 434). Si elles existent, les DA doivent alors être prises en compte. En cas d'urgence et si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige, les soins médicaux indispensables peuvent être administrés selon la volonté présumée de la personne concernée (art. 435). À la sortie de l'institution, s'il existe un risque de récurrence, le médecin essaie de prévoir avec le patient quelle sera la prise en charge lors d'un nouveau placement (art. 436). Des mesures ambulatoires (traitements ambulatoires contraints) peuvent être mises en place à la sortie de l'institution, selon les dispositions légales cantonales (art. 437).

Et le Plan de crise conjoint ?

Le plan de crise conjoint (PCC) ne figure pas explicitement dans les textes de loi fédéraux et cantonaux suisses. Le focus a plutôt été mis sur les DA qui ne s'appliquent qu'en cas de perte de capacité de discernement de la personne. Elles sont contraignantes pour les soignants à partir du moment où elles s'inscrivent dans le cadre légal et compte tenu des circonstances matérielles permettant de les mettre en œuvre.

Lors d'un placement à des fins d'assistance, le PCC peut aider la personne concernée et le médecin à élaborer le plan de traitement. Au terme du séjour, il peut également faciliter l'élaboration de la prise en charge en cas de nouveau placement. Certains juristes considèrent le PCC comme des DA facilitées. Cependant, l'association Pro Mente Sana (4) relève que le PCC, du fait qu'il est rédigé en collaboration avec des soignants, ne représente pas une déclaration unilatérale de volonté, mais un engagement contractuel entre personne concernée et soignants. Si des DA sont élaborées par la suite, en cas de perte de capacité de discernement, celles-ci primeront sur le PCC.

1- <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>

2- <https://www.lexfind.ch/fe/fr/tol/20836/fr>

3- <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>

moyen du logiciel NVivo. Ces analyses ont fait l'objet d'un double codage et d'une triangulation jusqu'à l'obtention d'une bonne fidélité inter-juges. Les résultats ont été soumis à un comité d'experts comprenant également un pair praticien en santé mentale. Ils ont fait l'objet d'une présentation orale au niveau cantonal et d'une publication du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) (32).

FAISABILITÉ

De façon générale, cette étude met en évidence la faisabilité du PCC dans tous les contextes de soins et pour tout type de diagnostic, à l'exclusion des troubles cognitifs majeurs et des processus démentiels. Ces données viennent ainsi compléter les connaissances scientifiques existantes sur le PCC, jusqu'ici principalement introduit et étudié en

ambulatoire et essentiellement auprès de personnes souffrant de troubles psychotiques, bipolaires et borderline ayant des antécédents de contrainte. En outre, le niveau socio-économique de notre échantillon met en évidence que les PCC sont faisables avec toutes les catégories de la population, moyennant probablement un accompagnement différencié selon les compétences des usagers. Malgré la

prédominance de Suisses dans l'échantillon, une dizaine de PCC récoltés ont été rédigés en deux langues, ce qui dénote d'une appropriation possible pour une population migrante, bien que la présence d'un interprète semble indispensable. Avec des scores moyens de 8 sur 10, le PCC est jugé utile et pertinent tant par les usagers que par les professionnels. D'une part il permet d'informer l'utilisateur et ses proches sur la maladie et favorise l'alliance thérapeutique et, d'autre part, c'est un outil rassurant, qui diminue le sentiment d'urgence. En raison de la richesse de ses contenus, il favorise des transmissions individualisées, la continuité et la coordination des soins. En termes de satisfaction, l'écart des scores entre usagers et professionnels est notoire, les premiers l'évaluant à 9 sur 10, alors que les seconds l'évaluent à 6,5 sur 10. La satisfaction élevée des usagers est en adéquation avec leur perception des plus-values de l'outil : ils relèvent l'importance du PCC dans l'autogestion de leurs troubles au quotidien, et dans sa capacité à faire entendre leurs volontés et préférences en termes de soins et de traitements. A contrario, les professionnels ont relevé davantage de limites, comme l'absence d'informations et de formations à l'outil ainsi que de directives et procédures claires en ce qui concerne sa sauvegarde, sa transmission, sa diffusion et son accessibilité en cas de besoin. Leur niveau de satisfaction le plus bas concerne en particulier l'application du PCC en situation de crise. Cette dernière met en lumière des zones de tension déjà identifiées dans la littérature, à savoir la question de la primauté de l'expertise du soignant lorsqu'il s'agit de décider des soins et des traitements. Mentionnons également que les alternatives lors de soins et traitements à éviter n'ont que peu été renseignées dans les PCC analysés, ce qui fera d'ailleurs l'objet d'une recommandation spécifique.

LE SUPPORT

L'étude a révélé l'existence de sept supports différents de PCC en circulation. Tous soulignent la prédominance de la perspective professionnelle sur celle des usagers. En effet, tous sont centrés sur les institutions de soins et en comportent le logo, certains sont prescriptifs du contenu et d'autres ne contiennent pas les rubriques de préférences en termes de soins et de traitements en cas de

crise, soit l'essence même du PCC. L'analyse des données a permis de proposer un support unique et transverse, sans logo, qui puisse suivre l'utilisateur dans sa trajectoire de soins et son parcours de rétablissement. Les rubriques ont été simplifiées selon les propositions d'amélioration des usagers et rédigées à la première personne du singulier afin d'en faciliter l'appropriation (Ex : Comment suis-je concrètement quand je suis en crise?). La fréquence de remplissage et la qualité des informations individualisées des différentes rubriques des PCC existants mettent en avant la plus-value d'avoir un support prédéfini plutôt qu'un menu déroulant à choix comme c'est le plus souvent proposé dans la littérature.

LES CONTENUS

Les rubriques les plus fréquemment renseignées sont celles qui portent sur la connaissance de soi et de la maladie. Elles démontrent l'expertise des usagers et l'importance du travail de psychoéducation entrepris. Il est également intéressant de constater que les stratégies de gestion de crise et de prévention de la rechute identifiées sont nombreuses et pertinentes alors que les usagers disent avoir de la peine à le faire. Le réseau de soutien, profane ou professionnel, est bien identifié, mais mérite d'être davantage précisé afin d'être aisément mobilisable en cas de crise. Un peu plus de 90 % des usagers ont mentionné des préférences en termes de soins et de traitements.

La qualité de ces contenus mérite cependant d'être améliorée, notamment lors de refus ciblé de soins et de traitements. En documenter les raisons, comme le fait d'évoquer des effets secondaires spécifiques par exemple, permettrait certainement une meilleure prise en considération par les professionnels en cas de crise. Les alternatives sont également peu documentées. Par ailleurs, leur analyse révèle la prédominance de l'hospitalo-centrisme et la méconnaissance des ressources du réseau socio-sanitaire. Enfin, sur la totalité des 184 PCC, seuls deux mentionnent un refus de toute médication et l'un de ces deux un refus d'hospitalisation, cette dernière étant le plus souvent évoquée en dernier recours et sur un mode volontaire. Ces aspects sont essentiels car ils viennent corroborer les résultats de la littérature internationale soulignant la pertinence des souhaits des usagers et leur adéquation

avec les pratiques cliniques recommandées. Enfin, en termes de contenus, la date d'élaboration est peu indiquée, ce qui pose le problème d'identifier la dernière version du PCC. De même, il manque souvent les signatures des personnes impliquées ce qui pose la question de leur engagement. Les études mettent en évidence la nécessité de stimuler les cliniciens à aller au bout de la démarche et à maintenir le PCC vivant sur la durée (12, 23, 32).

PROMOTION ET DIFFUSION

Au vu du taux élevé d'hospitalisations sous contrainte dans le canton de Vaud, mais également des nombreux avantages qu'offre le PCC en termes d'*empowerment*, sa promotion et sa diffusion s'avèrent être des enjeux importants. Cette étude a permis l'élaboration de recommandations pour la pratique et conduit au « Projet de promotion et implantation efficiente du plan de crise conjoint dans le canton de Vaud » (ProPCC), principalement financé par Promotion santé Suisse, et actuellement déployé dans le canton jusqu'à fin 2020. Ce dernier prend en considération le contexte local, répond aux obstacles identifiés et comprend quatre axes prioritaires :

- la promotion du PCC et des bonnes pratiques (flyer d'information en santé publique en cours de finalisation; site internet : www.plandecriseconjoint.ch);
- la formation au PCC, conceptualisée et dispensée en collaboration avec des pairs praticiens en santé mentale et des proches (*e-learning* gratuit, centré sur les connaissances et compétences de base pour intégrer le PCC dans sa pratique, accessible moyennant la création d'un compte sur le site internet susmentionné; formation en présentiel au sein des réseaux de soins du canton afin de développer une culture commune autour de la décision partagée et du PCC - axée sur des jeux de rôles);
- l'accompagnement sur mesure de l'implantation institutionnelle du PCC;
- le développement d'une plateforme web et d'une application mobile PCC afin d'en favoriser l'accessibilité en cas de besoin, compatible avec le futur dossier électronique patient (DEP).

CONCLUSION

Le Plan de crise conjoint (PCC) est une forme récente et validée de déclarations anticipées qui permet aux usagers et aux professionnels de partager leurs expertises au service du rétablissement. Il rend ainsi

possible l'autodétermination des usagers. Le PCC permet aussi de concrétiser une forme d'anticipation dans le domaine de la santé, mais surtout, et à plusieurs niveaux, contribue à instaurer de nouveaux liens entre les acteurs et, progressivement, une culture du partenariat : au niveau clinique entre un usager et son soignant, à un niveau plus « méta » entre les établissements et les représentants des patients/les pairs et enfin au niveau de santé publique, comme c'est le cas actuellement avec le projet ProPCC dans les institutions vaudoises.

Le PCC implique pour tous les acteurs un changement de posture, qu'il convient d'accompagner pour favoriser un réel ancrage dans les pratiques cliniques.

- 1– Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P et Paul D. Let the revolution begin. Patients can improve healthcare; it's time to take partnership seriously. *BMJ*. 2013;346:f2614 doi :10.1136/bmj.f2614
- 2– Drake RE et Deegan PE. Shared decision making is an ethical imperative. *Psychiatr Serv*. 2009;60(8):1007.
- 3– Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. (2006). Rapport de la Conférence ministérielle de l'OMS Europe.
- 4– Adams J, Drake RE, Woolford GL. Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2007;58:1219-21.
- 5– Drake RE, Deegan P, Rapp C. The promise of shared decision making in mental health. *Psychiatr Rehab Journ*. 2010;34(1):7-13.
- 6– Ridley J & Hunter S. Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health Act 2003. *Health Soc Care Community*. 2013; 21(5):509-518.
- 7– Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood D, Marshall M, Waheed W, Henderson C, Szmuckler G, Thornicroft G. Barriers to shared decision making in mental health care : qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*. 2015;19:448-458.
- 8– Carpenter W, Gold JM, Lahti AC, Queern Ca, Conley RR,

- Bartko JJ, et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:533-38.
- 9– Swanson J, Swarts M, Ferron J, Elbogen E et Van Dorn R. Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities : prevalence demand, and correlates. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34:43-57.
- 10– Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;1: Cd005963.
- 11– Maître E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden M, Le Galudec M et al. Advanced directives in psychiatry : A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints. *L'Encéphale*. 2013;39(4): 244-251.
- 12– Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby, Szmuckler G. Views of service users and providers on joint crisis plans : single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(5): 369-376.
- 13– La Fond JQ et Srebnik D. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *Int J Law Psychiatry*. 2002;25(6):537-55.
- 14– Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M, Machado A, Penzentsadler L et Molodynski. Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Front Public Health*. 2014;2: 37.
- 15– Henderson C, Swanson JW, Szmuckler G, Thornicroft G et Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv*. 2008;59(1):63-71.
- 16– Ferrari P, Robert A, Golay P, McCormick M, Bangerter G, Gobet P, et al. Se rétablir d'un trouble psychiatrique : favoriser la transition vers l'hébergement au sortir de l'hôpital psychiatrique. 2015. Les publications du RSRL, n° 10.
- 17– Ferrari P, Lequin P, Milovan M, Suter C, Golay P, Besse C, et al. Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement. 2018. Les publications du RSRL, n° 11. Cette publication est téléchargeable sous : www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2018/12/publication_11-pcc.pdf
- 18– Tansella M, Thornicroft G et Lemp H. Lessons from community mental health to drive implementation in healthcare systems for people with long-term conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:4714-28.
- 19– Sutherby K, Szmuckler G, Halpern A, Alexander M, Thornicroft G, Johnson C, et al. A study of crisis cards in a community psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:56-61.
- 20– Sutherby K et Szmuckler G. Crisis cards and self-help crisis initiatives. *Psychiatr Bulletin*. 1998;22(1):4-7.

- 21– Thornicroft G, Farelly S, Szmuckler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. (2013). Clinical outcomes of joint crisis plan to reduce compulsory treatment for people with psychosis : a randomised trial. *The Lancet*. 381 :1634-41.
- 22– Slade M. What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them : a systematic review. *Aust NZ J Psychiatry*. 2002;36:743-753.
- 23– Bartolomei J, Bardet Blochet A, Ortiz N, Etter M, Etter J-F, Rey-Bellet P. Le plan de crise conjoint : familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *Sanp*. 2012;163(2):58-64.
- 24– Ruchlewski A, Wierdesma AL, Kamperman AM, Van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, et al. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits : a randomised controlled trial. *PLOS ONE*. 9(3):e91882.
- 25– Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmuckler G. Joint crisis plans for people with psychosis : economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7571):729.
- 26– Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmuckler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry : single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2004;329(7458):136.
- 27– Borschmann R, Barrett B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, et al. Joint crisis plans for people with borderline disorder : Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2013;202:357-64.
- 28– 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):65764.
- 29– Salize HJ, Dressing H, et Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients Legislation and practice in EU-member states. Final report. 2002. European commission-Health and consumer protection directorate-general, Mannheim.
- 30– Obsan. Placements en établissement psychiatrique à fin d'assistance. *Obsan Bulletin* 02.2018. Neuchâtel. Suisse
- 31– Punch K. Introduction to social research : quantitative and qualitative approaches. 2^{ed}. Thousand Oaks, Etats-Unis : Sage publications; 2005
- 32– Ruchlewski 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 Pol Mental Health*. 2014; 41(2):220-227.

Résumé : Pour pallier les situations temporaires d'incapacité de discernement, par exemple lors d'un épisode psychotique aigu, les déclarations anticipées élaborées par un usager en fonction de ses propres besoins peuvent s'avérer d'une grande utilité. Dans le canton de Vaud, qui par ailleurs a un taux relativement élevé de soins sous contrainte, le choix d'implanter le Plan de crise conjoint (PCC) a été préconisé. Ce document implique systématiquement au minimum un usager et un professionnel lors de son élaboration, ce qui en fait un outil d'échange, facilitant la prise de décision partagée. Une étude s'est intéressée précisément aux pratiques et contenus du PCC, afin de dégager des pistes pour une meilleure diffusion et implantation.

Mots-clés : Autonomisation – Décision partagée – Directive anticipée en psychiatrie – Partenariat – Plan de crise conjoint – Relation soignant soigné – Rétablissement.