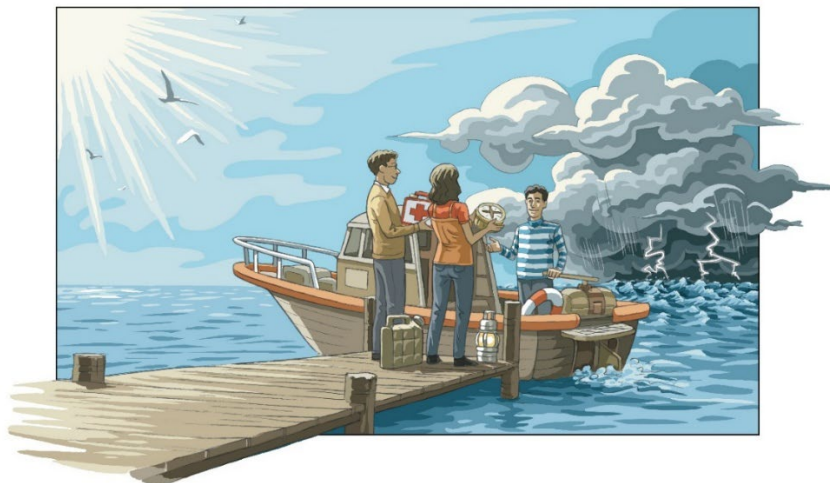




*Guide pour l'implantation du*  
**« Plan de Crise Conjoint » (PCC)**  
*dans les institutions à mission*  
*psychiatrique*



**Pascale Ferrari**, maître d'enseignement A, Haute Ecole de la Santé La Source et Infirmière Clinicienne Spécialisée au Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

**Patrick Martino**, Collaborateur Scientifique, Haute Ecole de la Santé La Source

**Caroline Suter**, Paire Praticienne en Santé Mentale

Ce guide a été réalisé à la Haute Ecole de Santé de La Source à Lausanne, avec le soutien financier de Promotion Santé Suisse. La rédaction a été inspirée par le guide pour l'implantation de l'outil « mon GPS » (1).



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera

  
**La Source.**  
Institut et Haute  
Ecole de la Santé

  
Santé mentale  
et psychiatrie



**Centre hospitalier  
universitaire vaudois**

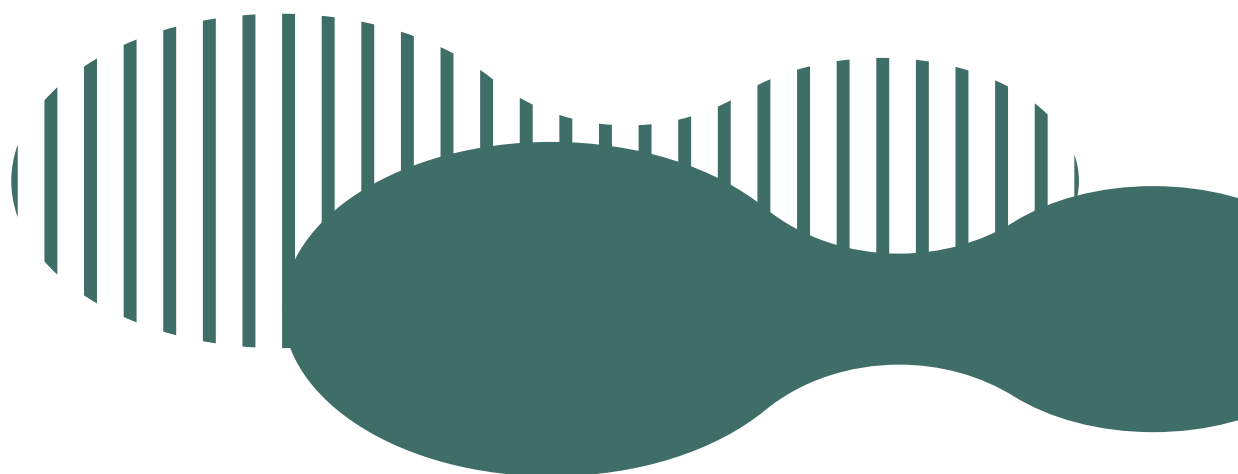
## **Pour citer ce guide :**

*P. Ferrari, P. Martino, C. Suter (2025). Guide pour l'implantation du « Plan de Crise Conjoint » (PCC) dans les institutions à mission psychiatrique. Ed : Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne.*



# Table des matières

<i>Pourquoi ce guide ?</i> .....	4
<i>Etat de l'art concernant le PCC</i> .....	6
<i>Les bases d'une implantation réussie</i> .....	7
<i>FAQ</i> .....	13
<i>Pour aller plus loin</i> .....	16
<i>Références</i> .....	17



# Pourquoi ce guide ?

Le plan de crise conjoint (PCC) est un outil de droit des usager.ère.s de la psychiatrie qui vise le renforcement de leur autonomie, ainsi que la prévention et une meilleure gestion des crises. Il contribue également à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en santé mentale. Le PCC repose sur une démarche collaborative entre la personne concernée, les professionnel·les et, si souhaité, les proches. Son efficacité est démontrée : il réduit les hospitalisations sous contrainte, améliore l'alliance thérapeutique et favorise le rétablissement (2–5).

Mais pour que ces bénéfices se concrétisent, encore faut-il que le PCC soit bien implanté.

## **Une implantation rigoureuse, c'est essentiel**

Ce guide a été conçu pour vous accompagner pas à pas dans l'implantation du PCC. Il s'appuie sur un modèle d'implantation éprouvé (le modèle i-PARIHS (6), présenté plus loin) qui montre que la réussite d'un projet dépend:

- de la clarté de l'outil (le PCC),
- de l'implication des personnes concernées (les bénéficiaires),
- du contexte dans lequel on agit (l'institution et le réseau socio-sanitaire),
- de la qualité de l'accompagnement (la facilitation).

Une implantation bien pensée, adaptée à votre terrain, permet de réduire les résistances, de mobiliser les équipes et de garantir une utilisation durable et éthique du PCC.

## Réduire l'écart entre la théorie et la pratique

De nombreuses études internationales montrent que les plans de crise comme le PCC sont efficaces. Pourtant, ils restent encore très peu utilisés dans les pratiques courantes.

Comme le rappellent Lasalvia et al. (7), ce fossé est dû à plusieurs facteurs : manque de formation, complexité juridique, manque de temps et de ressources humaines, méconnaissance de l'outil, etc.

Ce guide vise justement à **réduire ce fossé**, en vous donnant des repères concrets issus des sciences de l'implantation, des conseils pratiques et des outils pour passer de l'intention à l'action.

Les sciences de l'implantation proposent des méthodes spécifiques et efficaces de gestion de projet pour favoriser le transfert de résultats issus de la recherche dans la pratique (8).

## En résumé

**Ce guide est là pour vous aider à :**

- Comprendre ce qu'est le PCC et pourquoi il est utile
- Adapter son implantation à votre service, votre équipe, vos usager·ères
- Faire du PCC un outil concret, vivant et utile pour toutes et tous

# Etat de l'art du PCC

Les plans de crise sont recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé (9) et le *National Institute for Health and Care Excellence* (10) et reconnus par la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU (11).

S'il en existe plusieurs formes, le PCC a la spécificité d'être né à l'initiative des usager·ères (12). Contrairement aux directives anticipées, peu utilisées en psychiatrie en raison de leur complexité (13,14), le plan de crise conjoint repose sur un **processus de décision partagée entre la personne concernée, un·e professionnel·le et, si souhaité, un·e proche**. Il est activé dès les premiers signes de crise et comprend des éléments concrets tels que les signes précurseurs, les stratégies de coping, les préférences de soins, et les dispositions pratiques (15). Validé scientifiquement, il **renforce l'alliance thérapeutique** (2-4), **favorise l'autogestion** (16), **améliore les indicateurs de rétablissement et d'empowerment** (17,18), **réduit les hospitalisations sous contrainte** (5), et **diminue les coûts tout en améliorant la qualité de vie** (19).

Apprécié pour son caractère collaboratif, le PCC a été implanté avec succès dans le canton de Vaud depuis 2019 (20), démontrant sa faisabilité pour tout type de diagnostic et de contexte de soins ou d'accompagnement, et ce, indépendamment du niveau d'éducation. Il contribue à la continuité des soins, au décloisonnement interprofessionnel, et à la promotion de la santé mentale (21), faisant de **son déploiement un enjeu éthique majeur**, notamment en Suisse où les taux d'admission sous contrainte restent élevés (22).

# Les bases d'une implantation réussie

## Introduction au modèle i-PARIHS

Le modèle du **i-PARIHS** (*Integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) est un cadre conceptuel reconnu pour guider l'implantation d'innovations dans les services de santé (6).

Il repose sur l'idée que la réussite de l'implantation d'une innovation dépend de l'interaction entre quatre éléments clés :

- **Innovation (I)** : Ce qui doit être implanté.
- **Récepteurs (R)** : Les personnes concernées par l'innovation.
- **Contexte (C)** : L'environnement dans lequel son implantation a lieu.
- **Facilitation (Fac)** : Le processus actif qui permet d'intégrer l'innovation dans les pratiques professionnelles au quotidien.

La formule du succès de ce modèle est la suivante :

$$SI = Fac^n (I + R + C)$$

*(Successful Implementation = Facilitation appliquée à l'Innovation, aux Récepteurs et au Contexte)*

## Application du modèle au Plan de Crise Conjoint (PCC)

### Innovation :

Le PCC est une innovation en santé mentale qui se distingue par son approche collaborative et anticipative. Il intègre :

- Des **signes précurseurs** de crise.
- Des **stratégies de coping** personnalisées.
- Des **préférences de soins** exprimées par la personne concernée.
- Des **dispositions pratiques** pour la gestion de la crise.

Malgré son efficacité scientifiquement démontrée, il reste peu utilisé notamment en raison du changement de posture professionnelle qu'il implique (23) : de curatif au préventif, du paternalisme au partenariat, et de l'hospitalo-centrisme à la communauté. C'est pourquoi le PCC doit être considéré comme **une innovation sociétale**.

### **Récepteurs : Destinataires de l'innovation**

Les « récepteurs » du modèle i-PARIHS incluent :

- **Usager·ères** : au cœur du processus, co-auteur·es et propriétaires du PCC.
- **Proches** : partenaires potentiels dans sa co-construction et ressources mobilisables dès les premiers signes de crise.
- **Professionnel·les de santé et/ou du social** : facilitateurs, équipe interprofessionnelle, cadres institutionnels.

Leurs connaissances, leurs attitudes (qui découlent de leurs croyances), leurs compétences, leur engagement et leur motivation sont des facteurs déterminants pour la réussite de l'intégration de l'outil dans leurs pratiques professionnelles.

### **Contexte : Environnement d'implantation de l'innovation**

Le contexte se décline en plusieurs niveaux :

- **Local** : unité clinique, équipe de soins, culture de service.
- **Organisationnel** : politiques institutionnelles, soutien à toutes les strates de l'institution, ressources disponibles.
- **Système de santé** : cadre légal, incitations, normes professionnelles.

En Suisse, le PCC s'inscrit dans un contexte marqué par des enjeux éthiques forts de recherche d'alternative à la contrainte, une volonté croissante de renforcer l'anticipation et la prévention dans les soins, de promouvoir l'autogestion et la santé mentale collaborative.

### **Le rôle clé du facilitateur dans l'implantation du PCC**

Dans le modèle i-PARIHS, le **facilitateur.trice** est la ou les personnes (idéalement un professionnel dont le leadership est reconnu en binôme avec un pair) qui accompagne l'équipe de projet interprofessionnelle interne à l'institution lors de l'implantation. Son rôle est central : il ou elle est le moteur du changement.

## **Ce que fait un·e facilitateur·rice du PCC**

- **Prépare le terrain** : identifie les freins et les leviers des destinataires, de l'établissement et du réseau
- **Sensibilise** : informe les professionnel·les, les usager·ères et les proches sur le PCC
- **Accompagne** : identifie les champions du changement, soutient les équipes dans la mise en œuvre concrète de l'implantation après avoir formalisé des objectifs sur mesure (information et promotion, formation, supervision, niveau de changement, ...)

## **Freins et leviers :**

### **Au niveau des personnes concernées (usager·ères, proches, professionnel·les)**

#### **Freins fréquents :**

- Les usager·ères ne connaissent pas le PCC ou doutent de son utilité.
- Ils craignent que leurs souhaits ne soient pas respectés en cas de crise.
- La rédaction est perçue comme complexe, voire anxiogène.
- Les professionnel·les manquent de formation ou doutent de la capacité des usager·ères à anticiper.
- Certains craignent que le PCC entre en conflit avec les recommandations cliniques.
- Les proches sont peu impliqués ou mal informés.

#### **Leviers à mobiliser :**

- Fournir une information claire, accessible et rassurante.
- Proposer un accompagnement à la rédaction, idéalement par un binôme pair/professionnel.
- Valoriser les témoignages positifs et les effets concrets du PCC.
- Former les professionnel·les au PCC, à la décision partagée, à l'écoute active et au rétablissement.
- Sensibiliser les proches à leur rôle possible dans le processus et les usager·ère.s de la plus-value de leur intégration.

- Créer un climat de confiance, sans pression, où la démarche PCC reste volontaire.

## Au niveau institutionnel

### Freins fréquents :

- Absence de cadre clair ou de soutien explicite de la direction.
- Manque de procédures, de protocoles.
- Manque de ressources.
- Difficulté d'accès au PCC en cas de crise.
- Risque de confusion entre différents outils ou formats.
- Résistances internes liées à la culture professionnelle ou aux habitudes.

### Leviers à mobiliser :

- Obtenir un mandat clair de la direction et constituer une équipe de projet légitimée.
- Élaborer des procédures simples : information, rédaction, archivage, consultation, révision.
- Intégrer le PCC dans le dossier patient avec une alerte visible.
- Identifier des « champions du changement » dans chaque équipe.
- **Organiser des cycles de formations** en ligne (e-learning PCC gratuit, et en présentiel (formation PCC en contexte).
- Communiquer régulièrement sur les avancées du projet.

## Au niveau du système

### Freins fréquents :

- Statut juridique flou du PCC générant des craintes ou des malentendus.
- Fragmentation des soins entre institutions, services et secteurs.
- Stigmatisation persistante des troubles psychiques.
- Manque de soutien politique ou de financement dédié.

### Leviers à mobiliser :

- Clarifier le rôle du PCC comme outil clinique et éthique, même sans valeur légale.
- Favoriser la coordination interprofessionnelle, interinstitutionnelle et la continuité des soins.
- S'appuyer sur les politiques de santé mentale orientées rétablissement.
- Mobiliser les acteurs locaux (associations, pairs, proches) autour d'un projet commun.
- Intégrer le PCC dans les plans de soins, les formations et les démarches qualité.

Au niveau systémique, il est important de rappeler que le **PCC va suivre ses utilisateurs tout au long de leur parcours de rétablissement**, à travers différents contextes et institutions. Il est donc fondamental de promouvoir le PCC au sein de tout le réseau socio-sanitaire local afin d'en garantir la fluidité d'utilisation.

# FAQ

## **1. Qu'est-ce qu'un-e facilitateur-riche du PCC ?**

Un-e facilitateur-riche est une personne (professionnel·le, pair, ou binôme) qui accompagne les équipes dans l'implantation du PCC. Son rôle est de créer les conditions favorables à l'adoption de l'outil, en tenant compte du contexte, des personnes concernées et des ressources disponibles.

## **2. Pourquoi le rôle de facilitateur-riche est-il si important ?**

Parce que le PCC implique un changement de posture professionnelle. Le·la facilitateur·trice aide à faire le lien entre la théorie et la pratique, à lever les résistances, à soutenir les équipes et à garantir une mise en œuvre adaptée et durable. Il est garant du respect du modèle d'implantation et reste vigilant quant aux principes et valeurs-clés liés à la démarche PCC. Son rôle requiert donc une expertise aux deux niveaux. En revanche, il s'appuiera sur l'expertise des professionnels.le.s et leur connaissance de l'institution

## **3. Quelles sont les compétences clés d'un-e facilitateur-riche ?**

- Connaissance du PCC et de ses fondements
- Capacité à explorer proactivement les freins et les leviers
- Capacité à animer des groupes
- Compétences en gestion de projet et accompagnement du changement
- Sens de l'adaptation et du travail interdisciplinaire
- Compétences pédagogiques

#### **4. Qu'est ce qu'un Champion du Changement ?**

Un champion du changement est une personne qui croit en une idée de changement et qui promeut activement celle-ci au sein de son équipe. Il joue un rôle clé en servant de **pont entre le facilitateur et les collègues du terrain**, en expliquant le « pourquoi » du changement, en soutenant les collègues et en aidant à surmonter les résistances.

#### **5. À quel moment proposer un PCC ?**

Idéalement à distance d'une crise, dans un moment d'apaisement. L'important est de respecter le rythme de la personne et de ne pas imposer la démarche qui peut débuter dans un contexte et se finaliser dans un autre. La rédaction d'un Plan de Crise Conjoint (PCC) est indiquée dans plusieurs situations cliniques spécifiques. Elle peut s'avérer pertinente à la suite d'une mesure ou d'un vécu de contrainte, d'une crise, d'une rechute, ou encore d'un épisode d'auto- ou d'hétéro-agressivité. Elle est également recommandée en présence de préférences exprimées concernant les soins et traitements, notamment lorsqu'il existe des antécédents d'effets secondaires liés à certains traitements spécifiques. Un PCC peut aussi être envisagé lors d'un changement de traitement médicamenteux, qu'il s'agisse d'une diminution, d'un arrêt ou de l'introduction d'une nouvelle molécule. Par ailleurs, il constitue un outil précieux dans les situations complexes ou instables nécessitant la coordination de plusieurs professionnel-le-s. Enfin, la rédaction d'un PCC est particulièrement utile en prévision d'une transition, qu'il s'agisse d'un changement de lieu de soins ou de thérapeute.

#### **6. Qui peut accompagner la rédaction d'un PCC ?**

Tout professionnel avec des compétences et connaissances dans le domaine de la santé mentale, idéalement formé à minima au e-learning PCC (accessible gratuitement ici : <https://plandecriseconjoint.ch/se->

[former-au-pcc/](#)), un pair, un proche, ou une combinaison des deux. Le choix de la configuration de l'accompagnement devrait être laissé à la personne concernée. En revanche, il est préconisé de respecter tant que faire se peut certaines étapes afin d'éviter une trop grande influence des professionnels.le.s dans ses contenus : L'usager·ère remplit son PCC d'abord seul·e, à la première personne du singulier et avec ses propres mots. Ensuite, le contenu est discuté au minimum avec le/la professionnel·le avant d'être complété, voire modifié, selon un processus de décision partagée.

## **7. Où et comment archiver un PCC ?**

Le document original est propriété de l'usager·ère. Une copie du PCC peut être intégrée au dossier patient, avec une alerte visible. Il doit être facilement accessible en cas de besoin, notamment en situation de crise. L'usager·ère doit être informé·e de l'endroit où il est stocké et de ses droits.

## **8. Faut-il mettre à jour le PCC ?**

Oui. Il est recommandé de le relire et de le mettre à jour régulièrement, notamment après une crise ou un changement de situation, mais au minimum tous les 6 mois. Cela permet de garder un document vivant et pertinent car adapté à l'évolution de la situation de la personne concernée et de son réseau de soutien.

## **9. Et si les professionnel·les ne sont pas convaincu·es ?**

Il est utile de proposer **des formations**, de partager des données probantes, des témoignages, et de créer des espaces de discussion. Le changement de posture prend du temps : le rôle du facilitateur est d'accompagner ce processus sans jugement.

## Pour aller plus loin

### **Site Internet du PCC :**

<https://plandecriseconjoint.ch/>



### **Documents utiles (Support PCC, Flyers, ...) :**

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

### **Formations : E-learning et formation présentielle :**

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

# Références :

1. PRISM, PSYCOM. Guide pour l'implantation de l'outil « mon GPS » dans les services de soins et d'accompagnement en psychiatrie [Internet]. 2023. Disponible sur: [https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/04/PSYCOM\\_GPS\\_GUIDE-DIMPLANTATION\\_WEB\\_VF.pdf](https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/04/PSYCOM_GPS_GUIDE-DIMPLANTATION_WEB_VF.pdf)
2. 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. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2012;163(2):58.
3. Ferrari, P. AFC. Place et rôle des proches dans les mesures anticipées en psychiatrie. *PAGES ROMANDES HandicapS Société.* 2025;1.
4. Ruchlewska A, Kamperman AM, Wierdsma AI, van der Gaag M, Mulder CL. Determinants of Completion and Use of Psychiatric Advance Statements in Mental Health Care in the Netherlands. *Psychiatr Serv.* 2016;67(8):858-63.
5. 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.* juill 2019;5(4):e53.
6. Harvey G, Kitson A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci.* 2015;11(1):33.
7. Lasalvia A, Patuzzo S, Braun E, Henderson C. Advance statements in mental healthcare: time to close the evidence to practice gap. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023;32:e68.
8. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol.* déc 2015;3(1):32.
9. OMS. Cadre de l'OMS Pour Assurer la Participation Significative des Personnes Vivant Avec des Maladies Non Transmissibles et des Problèmes de Santé Mentale et Neurologiques. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2023. 1 p.
10. NICE. Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence. 2022.
11. Penzenstadler L, Khazaal Y. La convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées: Implications cliniques sur la contrainte. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother* [Internet]. 15 févr 2019 [cité 29 avr 2025]; Disponible sur: <https://triggered.stanford.clockss.org/ServeContent?url=https%3A%2F%2Femhsmmp2025.clockss.org%2Femhsmmp%2Fsanp%2F170%2F01%2F03005%2Findex.html>

12. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szukler G. Views of service users and providers on joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;44(5):369.
13. Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M, Machado A, Penzenstadler L, Molodynski A. Psychiatric Advance Directives, a Possible Way to Overcome Coercion and Promote Empowerment. *Front Public Health* [Internet]. 29 avr 2014 [cité 1 juill 2025];2. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2014.00037/abstract>
14. Hotzy F, Cattapan K, Orosz A, Dietrich B, Steinegger B, Jaeger M, et al. Psychiatric advance directives in Switzerland: Knowledge and attitudes in patients compared to professionals and usage in clinical practice. *Int J Law Psychiatry.* 2020;68:101514.
15. Ferrari P, Lequin P, Milovan M, Suter C, Golay P, Besse C, et al. Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement. Réseau Santé Région Lausanne; 2018. Report No.: 11.
16. Thornicroft G, Farrelly S, Szukler 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;
17. Cassivi C, Sergerie-Richard S, Saint-Pierre B, Goulet M. Crisis plans in mental health: A scoping review. *Int J Ment Health Nurs.* oct 2023;32(5):1259-73.
18. Tinland A, Loubière S, Mougeot F, Jouet E, Pontier M, Baumstarck K, et al. Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(8):752-9.
19. Loubière S, Loundou A, Auquier P, Tinland A. Psychiatric advance directives facilitated by peer workers among people with mental illness: Economic evaluation of a randomized controlled trial (DAiP study). *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023;32:e27.
20. Stettler P, Trémeaud R, Chinet M, Ferrari P. ProPCC – Promotion et implantation efficiente du plan de crise conjoint. Enseignements tirés de la phase pilote et de l'auto-évaluation 2019-2021. Berne: Promotion Santé Suisse; 2022. Report No.: 70.
21. Lequin P, Ferrari P, Suter C, Milovan M, Besse C, Silva B, et al. The Joint Crisis Plan: A Powerful Tool to Promote Mental Health. *Front Psychiatry.* 19 mars 2021;12:621436.
22. Schuler D, Tuch A, Peter C. La santé psychique en Suisse. Monitoring 2020 (Obsan Rapport 15/2020). Neuchâtel Obs Suisse Santé. 2020;
23. Lonsdale N, Webber M. Practitioner opinions of crisis plans within early intervention in psychosis services: A mixed methods study. *Health Soc Care Community.* 2021;29(6):1936-47.