



Etude PCPCC: remerciements

Comité de pilotage

M. Chinnet (RSRL), A. Roman (SASH-filière cantonale), V. Dénériaz (CCICP), T. Brutto-Koller (OSAD couronne lausannoise), R. Philippoz (PGE), S. El-Ghanami (PGE), S. Morandi (PCO)

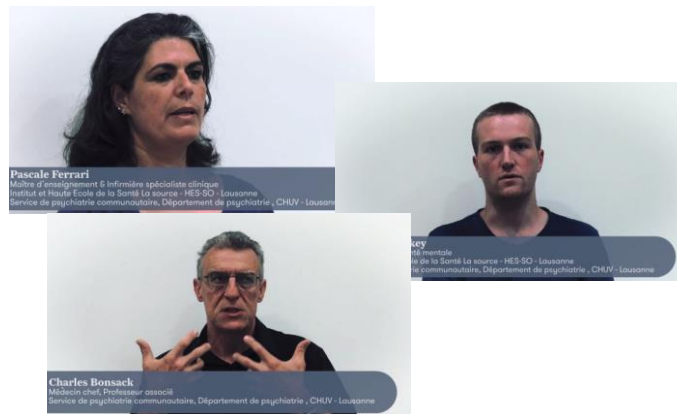
Comité scientifique

J. Favrod, (LER SMP HEdS La Source); C. Bonsack (PCO, DP-CHUV); P. Conus (PGE, DP-CHUV); M. Hansford (Fondation du Levant, Obs psy +); M. Israël (GRAAP); J. Dubouchet puis A. Zinder (ProMenteSana); A. Leroy (L'Îlot); I. McCluskey (Re-Pairs); C. Mock (GRAAP), S. Ley (AVASAD)

H. Beuchat, V. Détry, L. Benvenuti (stagiaires psychologue en Master) & **J. Balet** (secrétaire RSRL) **pour leur participation aux retranscriptions & B. Silva** (assistante de recherche PCO, DP-CHUV) **pour son soutien à l'utilisation des logiciels qualitatifs**

Partenaires terrain & Participants aux entretiens

Qu'est-ce qu'un plan de crise conjoint?

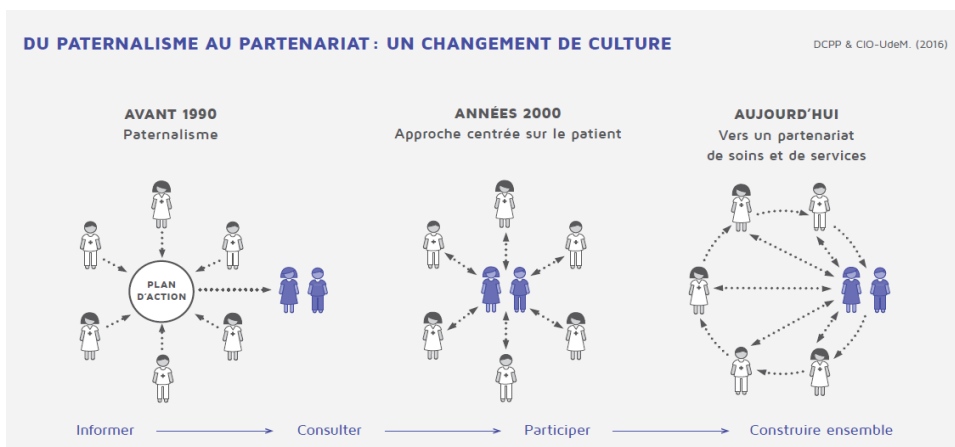


aud

https://vod.infomaniak.com/redirect/hauteecoledelasantlasourc_1_vod/pcc-38518/mp4-226/2016_pcc-trailer_v2.mp4

L'évolution des soins

- Pratiques centrées sur le rétablissement recommandées internationalement (Thornicroft & Tansella, 2014; Atterbury, 2014)



- Le PCC est une forme récente de décision partagée validée qui soutient le processus de rétablissement (Khazaal, et al., 2014)

Les impacts du PCC

- Tendance à la diminution des ré-hospitalisations et des ré-hospitalisations sous contrainte, résultats controversés (Henderson et al, 2004; Barrett, et al., 2013; Thornicroft, et al., 2013; Ruchlewska et al., 2014)
- Tendance à la diminution des coûts de prise en charge (Flood et al., 2006)
- Meilleure utilisation des ressources (Ruchlewska et al., 2014)
- Meilleur contrôle de soi et des troubles psychiques (Thornicroft et al., 2013)
- Renforcement de l'alliance thérapeutique (Bartolomei et al., 2012)
- Diminution de la contrainte perçue (Lay et al., 2015)



Les enjeux de l'implantation du PCC

D'une part...

- L'implantation du partenariat et du processus de décision partagée est aujourd'hui un impératif éthique majeur (Drake et al., 2010; Richards et al., 2013; Thornicroft & Tansella, 2014)
- Mais persistance de la culture du paternalisme et de la directivité selon la perception des usagers (Ridley et al., 2013; Farelly et al., 2015)

D'autre part...

- En comparaison internationale, la Suisse a un taux de placement sous contrainte relativement élevé (Salize et al., 2002)
- Vaud figure parmi les cantons les plus prescriptifs en matière de «PLAFA» (Assises cantonales vaudoises, 2015)



Problématique

Malgré les recommandations d'implantation dans la filière psychiatrique et malgré les données probantes issues de la littérature:

- Le PCC **peine à être implanté** sur le territoire
- Le PCC est encore **peu connu et diffusé**. Il est à l'heure actuelle davantage le fait d'**initiatives éparées et individuelles**
- Le PCC, tel qu'il est aujourd'hui, reste davantage **« orienté institution de soins »** que réel **outil d'empowerment des usagers** au service de **sa trajectoire de soins**



Etude PCPCC: Objectifs & Méthodologie

- Explorer qualitativement et quantitativement la pratique du PCC dans divers milieux et programmes de soins du canton de Vaud
- Méthodologie mixte, recours à Nvivo & SPSS

Contenus

- **Décrire et analyser les contenus** : thématiques, fréquences et qualité des informations
- **Identifier les variables qui influencent** les contenus
- Rétrospectif sur dossier, N = 184

Pratiques

- **Décrire l'intervention**
- Identifier l'utilité et la pertinence perçues, les plus-values, les limites et la faisabilité
- Entretiens semi-structurés (questions ouvertes) et questionnaires (questions fermées et/ou contenant des EVA), N = 24



Echantillonnage

Echantillonnage à variation maximale (Duschene & Haegel, 2009):

- Appui sur les institutions, le réseau associatif, les programmes d'action publique pour identifier les terrains participants et les participants aux entretiens...
- Critères d'inclusion pour la récolte retrospective des données:
 - Pratiquer le PCC depuis un certain temps et en avoir une masse critique suffisante ou souhaiter introduire le PCC dans son établissement/ programme → nb estimé possible de PCC sur la durée de l'étude
 - **N total estimé = 190**
- Critères d'inclusion pour les entretiens:
 - Au minimum avoir élaboré un PCC, idéalement l'avoir appliqué et révisé
 - **N total estimé = 30**

→ **NON EXHAUSTIF = limite principale de l'étude**

Recrutement RDD et entretiens

Terrains participants :

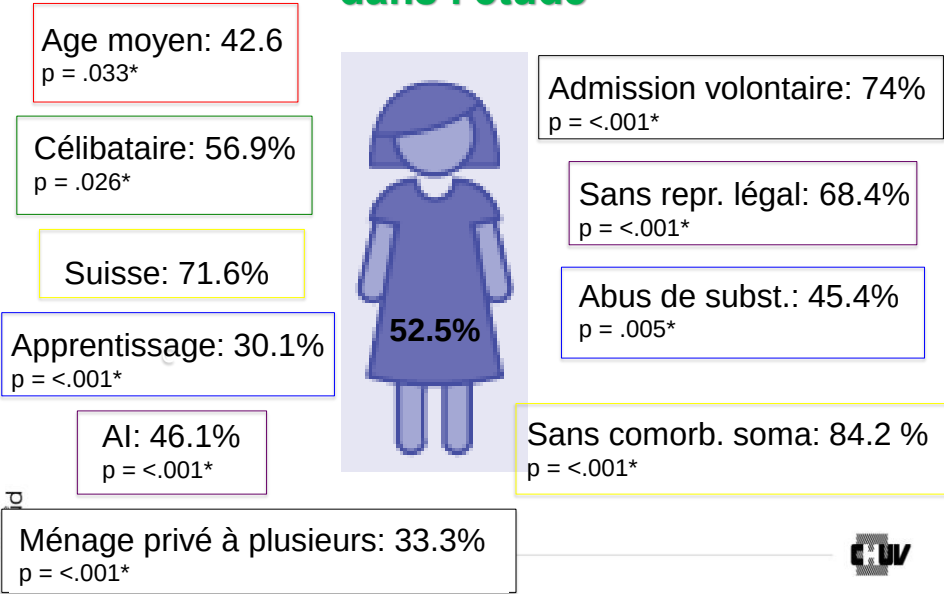
- **Hôpital: N = 100/100;** 5 profs; 1 usager, 0 proche
 - 1 service hospitalier, secteur centre
 - 1 programme de transition, secteur centre

→ **Directives internes d'implantation systématique du PCC**
- **Ambulatoire: N = 29/40;** 3 profs, 6 usagers, 0 proche
 - 1 programme de soutien à l'emploi, secteur centre
 - 3 OSAD couronne lausannoise

→ **Souhait d'implanter le PCC**
- **Hébergement: N = 55/50,** 4 profs, 5 usagers, 0 proche
 - 3 EPSM maintien et réhabilitation, secteur nord et centre
 - 2 EPSM réduction des risques et engagement
 - 1 EPSM court et moyen séjour, secteur est
 - 1 structure hors filière, secteur centre

→ **Souhait d'implanter le PCC**

Profil des usagers avec un PCC inclus dans l'étude



Rubriques des PCC inclus dans l'étude	Présence (N)
Sujet	184
Suivi actuel	155
Facteurs déclencheurs	176
Manifestations	184
Stratégies	184
Personnes ressources	184
TTT de préférence en cas de crise	184
TTT à éviter en cas de crise	151
Préservation de l'environnement	155
Date	172
Signature patient	172
Signature autre	144

Rubriques des PCC inclus dans l'étude	Présence (N)	Fréquence ajustée %
Sujet	184	63.6%
Suivi actuel	155	91.6%
Facteurs déclencheurs	176	94.8%
Manifestations	184	98.9%
Stratégies	184	96.7%
Personnes ressources	184	94.0%
TTT de préférence en cas de crise	184	90.7%
TTT à éviter en cas de crise	151	72.1%
Préservation de l'environnement	155	69.7%
Date	172	44.1%
Signature patient	172	45.9%
Signature autre	144	42.4%

Fréquence de contenus spécifiques

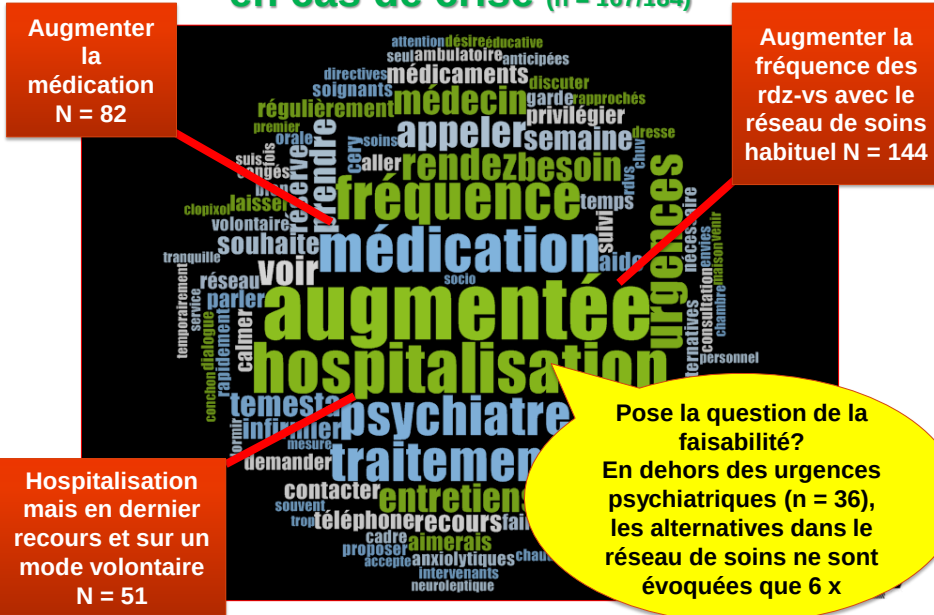
Stratégies: 5.2/pers

- 88.7% activités, 60% relations, 40% médication ou soins, 20.3% gestion des émotions, 6.2% recours aux substances

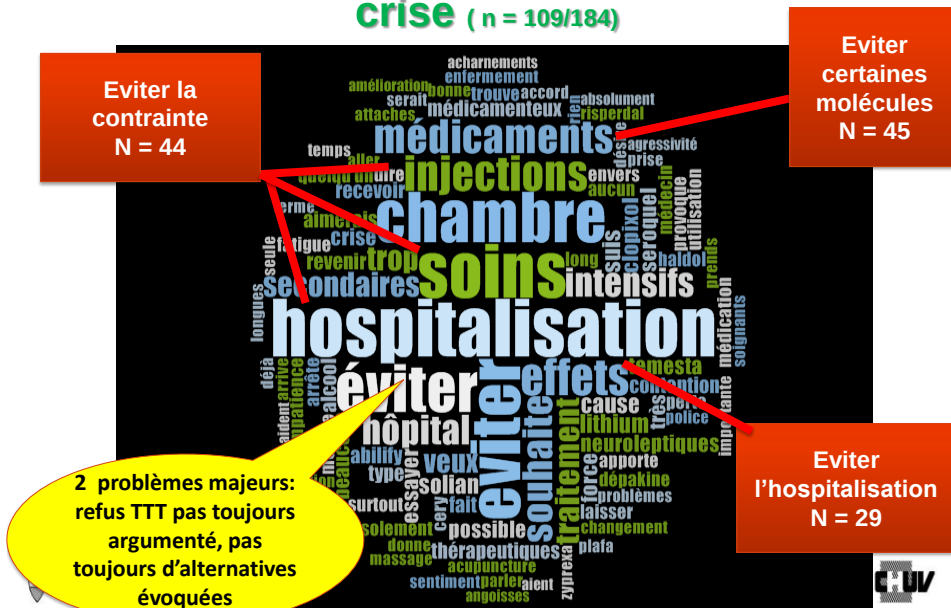
Personnes ressources: 5.2/pers.

- 2.9 proches/pers. et 3 professionnels/pers.

Soins et traitements de préférence en cas de crise (n = 167/184)



Soins et traitements à éviter en cas de crise (n = 109/184)



Verbatims soins et traitements à éviter en cas de crise

« La chambre de soins intensifs avec injections de neuroleptiques serait la pire des choses vu que je perçois ce traitement comme de la torture ».

«Contention (attaches ou chambre de soins intensifs) qui me procurent beaucoup d'angoisses. J'aimerais bénéficier en premier recours d'injection en cas d'agitation».

« Je souhaite éviter l'intervention de la police dans la mesure du possible, car je trouve cela très humiliant et violent ».

« Etre hospitalisé sans mon accord, je ne voudrais plus revivre ça. Il faudrait me parler avant de m'hospitaliser sans mon accord. Me dire ce qu'on veut faire de moi ».



Verbatims soins et traitements à éviter en cas de crise: traitements

« Comme traitement le clopixol me convient, mais je souhaite le prendre à court terme et reprendre ma médication habituelle le plus rapidement possible ».

« Le Solian ne convient pas au long terme, mais ok pour la crise ».

« Je souhaite éviter de me retrouver apathique en raison de prises de neuroleptiques à hautes doses ».

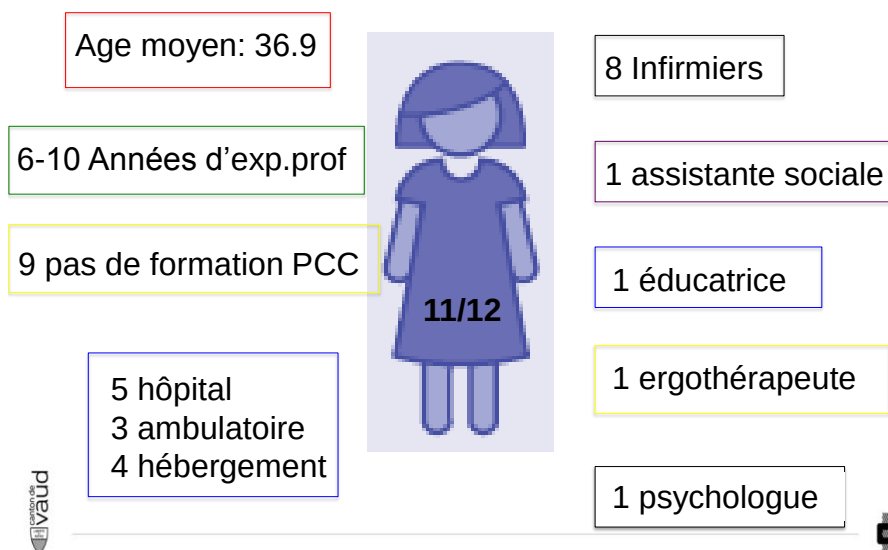


Variables influençant les contenus des PCC

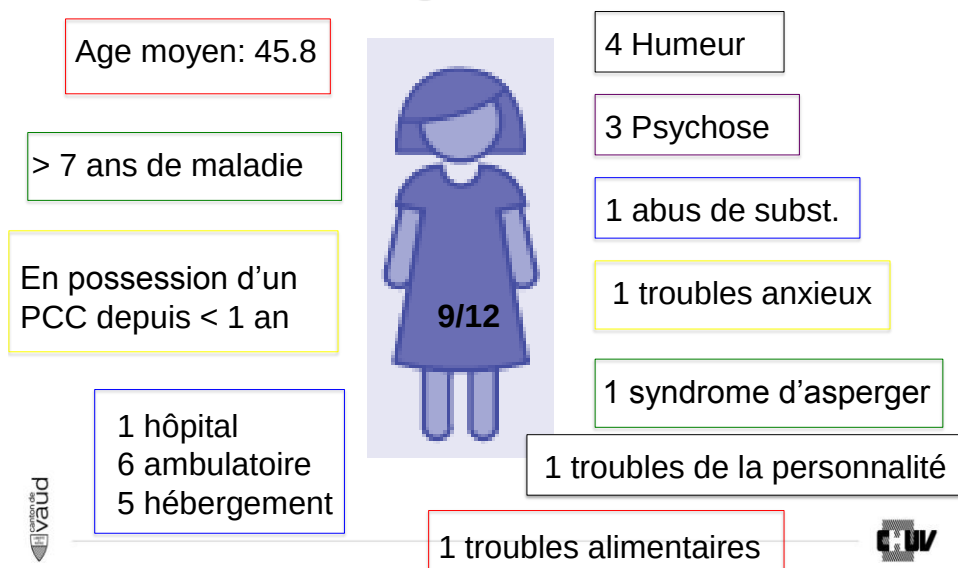
- Le sexe et le diagnostic influencent les types de soins et traitements de préférences et à éviter, les personnes ressources et les stratégies
- Le statut marital influence les personnes ressources



Profil des participants aux entretiens: professionnels N = 12



Profil des participants aux entretiens: usagers N = 12



Utilité perçue des PCC

- Score global d'utilité perçue du PCC pour soi, pour les usagers, pour les soignants et pour les proches:
 - 8/ 10 usagers et prof. confondus
 - Les profs. estiment l'utilité pour les usagers plus basse que ces derniers pour eux-mêmes (7.9 vs 8.3)

→ Important car est susceptible d'influencer l'engagement des profs dans la pratique du PCC

- Les usagers estiment l'utilité pour les proches plus basse que ne le font les profs. (7 vs 9)

→ Peut en partie expliquer la réticence émise par les usagers à inclure les proches pour l'élaboration du PCC

Satisfaction envers le PCC

De façon générale les usagers sont davantage satisfaits de leur expérience pratique du PCC que les profs:

- **Satisfaction quant à l'élaboration du PCC:** U: 9.0/P: 6.9
- **Satisfaction quant à l'application du PCC:** U: 8.9/ P:5.0
- **Satisfaction quant à la révision du PCC:** U:9.0/ P. 7.7

→ Met en évidence les **potentielles zones de tension, notamment lors de l'application, en particulier en milieu hospitalier**

→ Décalage pour l'application entre perception des professionnels et le vécu des usagers.

Satisfaction envers le PCC

De façon générale les usagers sont davantage satisfaits de leur expérience pratique du PCC que les profs:

- **Satisfaction quant à l'élaboration du PCC:** U: 9.0/P: 6.9
- **Satisfaction quant à l'application du PCC:** U: 8.9/ P:5.0
- **Satisfaction quant à la révision du PCC:** U:9.0/ P. 7.7

→ Met en évidence les **potentielles zones de tension, notamment lors de l'application, en particulier en milieu hospitalier**

→ Décalage pour l'application entre perception des professionnels et le vécu des usagers.

P « Pour nous, c'est vrai qu'on ne réutilise pas beaucoup les PCC déjà faits dès l'admission, du coup je n'ai pas grand-chose à dire là-dessus ... c'est dommage en fait. »

U « Alors j'ai appliqué le plan de crise à l'établissement comme si j'étais hospitalisée, je me suis mise ne cadre étage comme si j'étais en chambre de soins, mais ici... »

U « Non, ils ne l'ont pas appliqué, mais par contre moi j'ai demandé par exemple à être vue plus souvent, à être suivie à plus haute fréquence. Oui ça a pu se faire, pour éviter justement l'hospitalisation »

Prise en considération de l'avis des usagers dans la pratique du PCC

- De façon générale, les scores sont plutôt bons, > 7.6
 - Les usagers cotent systématiquement plus haut que les professionnels
 - L'écart est particulièrement flagrant lors de l'application (U: 8.4/P: 6.7) et lors de la considération du choix de l'utilisateur lors des TTT de préférence et/ou à éviter (U: 8.8/ P: 6.4)
- Met en évidence les **potentielles zones de tension lorsqu'il s'agit de décisions qui impliquent la médication**, domaine dans lequel les pros sont plus enclins à se considérer comme les seuls détenteurs d'expertise

Pratique du PCC

- **Temps estimé d'élaboration d'un PCC: > 60 min. (14/24)**
- **chronophage, peut être un obstacle selon le contexte, en particulier à l'hôpital**
- **Tout type de proche** peut le pratiquer: 13x non avec une nette différence entre usagers et professionnels, les usagers étant nettement en faveur du non
- **Peut expliquer leur réticence à le faire en collaboration avec les proches et la difficulté à inclure des proches dans l'étude**

Pratique du PCC

- **Tout type de soignant** peut le pratiquer: 18x oui, condition = connaissances en santé mentale et compétences d'écoute et relationnelles
- **Tout type de patient** peut le pratiquer: avis partagé 12x oui et 12x non, mais répartition des propositions inversée entre usagers et proches (U 7x oui; P 5 x oui)



Pratique du PCC

- **Meilleur endroit** pour faire un PCC n = 23: 15x c'est égal, même répartition entre les 2 groupes (réponses possibles: hôpital, ambulatoire, domicile, hébergement)
- **Plaide en faveur de la nécessité d'une culture commune dans le réseau socio-sanitaire**
- **Meilleur moment** pour faire un PCC n= 24: 11x en post-crise avec majorité des 2 groupes favorables à cette proposition. La répartition n'est cependant pas si tranchée (période de stabilité 8x, c'est égal 5x)
- **Plaide en faveur d'une élaboration à l'hôpital et de sa finalisation à l'extérieur dans le contexte de sortie**



Pratique institutionnelle du PCC

- Présence d'une directive institutionnelle: 6x oui, 6x non/12
- Processus d'implantation n = 12: majorité de non 7x/12; les 5x oui nuancent leur score en évoquant non pas une formation, mais une information/sensibilisation
- Fréquence estimée d'élaboration de PCC dans l'institution: toutes les réponses proposées, question difficile selon les profs interviewés

→ **Nécessité d'une communication claire et d'un processus d'implantation au sein des institutions lors d'introduction de nouvelles pratiques**

Plus values PCC

Usagers

Côté rassurant

Outil concret, pragmatique

Favorise l'alliance thérapeutique

Outil de psychoéducation : mieux se connaître, mieux connaître la maladie

Outil de communication et transmission

Outil permettant de faire se faire entendre et faire valider ses choix

Outil permettant d'éviter les réhospitalisations

Outil permettant de diminuer la contrainte

Professionnels

Côté rassurant

Outil d'aide concret, avec ligne directrice

Favorise l'alliance thérapeutique

Outil de psychoéducation : meilleure connaissance du patient

Outil de transmission et continuité des soins

Outil permettant de respecter/ faire respecter la volonté des usagers

Levier permettant d'aborder la maladie, et les traitements et de confronter les différents points de vue

Outil structuré et synthétique (avantage sur les DA)

Plus values PCC

Pour les proches (selon les usagers et les professionnels)

Côté rassurant : savoir comment agir et vers qui se tourner en cas de besoin

Outil permettant une meilleure connaissance du réseau du proche malade

Retours positifs des proches



Limites du PCC

Usagers

Outil pouvant être confrontant et anxiogène

Difficile à élaborer si les symptômes sont trop envahissants et ne permettent pas la réflexion

Difficile d'entrer dans une démarche PCC s'il ne fait pas sens pour l'utilisateur

Difficile à utiliser si absence de volonté de s'engager dans la démarche

Difficile à élaborer sans accompagnement en cas d'un faible niveau d'éducation → besoin d'explications +++

Nécessite une relation de confiance avec le professionnel, ne peut être élaboré au 1^{er} contact

Professionnels

Outil pouvant être anxiogène

Difficile à élaborer en présence de symptômes trop aigus, notamment troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire

Difficile d'entrer dans une démarche PCC s'il ne fait pas sens et ce tant pour l'utilisateur que pour le soignant

Difficile à utiliser en cas d'anosognosie

Pas adapté pour des usagers :

- sous l'effet de substances
- avec d'importantes limitations cognitives
- dans le cadre de problématique de handicap mental
- en cas de difficultés d'élaboration

Pas pertinent si l'utilisateur n'est pas en crise ou ne l'a pas été depuis longtemps

Limites du PCC

Usagers

N'est pas légal contrairement aux DA

Professionnels

Difficile à appliquer :

- accessibilité limitée ou peu claire voire perte du PCC
- manque de continuité interinstitutionnelle et dans le processus PCC (nécessité d'être plus transparent quant à son existence et à sa diffusion)
- méconnaissance de l'outil
- absence de systématique dans le fait de demander s'il existe un PCC ou pas (idem pour les DA) → entraîne des répétitions, peut provoquer une lassitude des usagers
- oubli du PCC par les usagers eux-mêmes
- respect du contenu PCC pas garanti
- difficultés de collaboration avec l'hôpital

▼

Améliorations proposées pratique PCC

- Nécessité d'expliquer l'outil → intégrer une notice explicative au document
- Recourir au PCC de façon plus systématique
- Clarifier les processus de sauvegarde, de diffusion et transmission
- Contextualiser le PCC en fonction de la situation spécifique de l'usager, si nécessaire donner des exemples de contenus concrets afin d'aider à la rédaction des items facteurs déclencheurs, manifestations et stratégies
- Identifier des personnes ressources ou référents PCC dans les unités et les institutions pour en garantir l'implantation

Recommandations: 1. l'élaboration du PCC

- Préalable indispensable = **appropriation de l'outil par le soignant** (connaissances, intégration dans la clinique du quotidien) → **Formation et processus d'implantation**
- **Informations claires et objectives sur l'outil à donner au patient** (**plus values, limites et différence avec DA**)
- **Contextualisation** et sens de faire un PCC dans une situation spécifique donnée



Recommandations: 1. l'élaboration du PCC (suite)

- **Présentation formelle de l'outil** avec passage en revue des rubriques afin de vérifier la bonne **compréhension** de l'usager + information et normalisation de l'aspect anxiogène possible
- **Démonstration** : *P « Au début je le présentais tout de suite, j'arrivais tout de suite en entretien, avec le document et puis j'ai vu que ça ne se passait pas toujours bien. Du coup, maintenant j'en parle avant, souvent je travaille les sujets sans documents pendant plusieurs entretiens et puis à la toute fin j'amène le document et puis on le remplit ensemble »*

Personnes devraient se
pour finaliser le PCC
et du sens et de la
e et convenir de
(ager)

Recommandations:

1. l'élaboration du PCC (suite)

- **Présentation formelle de l'outil** avec passage en revue des rubriques afin de vérifier la bonne **compréhension** de l'utilisateur + information et normalisation de l'aspect anxiogène possible
- Demander à l'utilisateur si **d'autres personnes devraient se joindre au prochain rendez-vous pour finaliser le PCC** et si oui, lesquelles? Discuter brièvement du **sens et de la faisabilité** en tenant compte du contexte et **convenir de qui fait quoi** (impliquer un maximum l'utilisateur)

Recommandations:

1. l'élaboration du PCC (suite)

- **Fixer une rencontre pour la finalisation du PCC**
- **Rédaction du PCC par l'utilisateur seul** dans un 1^{er} temps
→ permet de limiter l'influence du soignant et d'engager l'utilisateur dans son processus de rétablissement
- **Discussion, voire confrontation** des contenus avec le professionnel de référence et éventuellement les autres personnes concernées identifiées au préalable → **Processus de décision partagée**

Recommandations:

1. l'élaboration du PCC (suite)

- Fixer une rencontre pour la finalisation du PCC
- Rédaction du PCC par l'usager seul dans un 1^{er} temps
→ permet de limiter l'influence du soignant et d'engager l'usager dans son processus d'élaboration

P «Après je dirais qu'on fait ça sur 2-3 entretiens infirmiers ou on fait ensemble. Parfois je donne au patient avant le 1^{er} entretien pour qu'il réfléchisse comment c'est élaboré, parfois il remplit quelque chose, je dirais aussi que je laisse le patient comment lui, avec ses mots, il a envie de l'utiliser pour la suite»

... contenus avec le ... les autres ... au préalable →



Recommandations:

1. l'élaboration du PCC (suite)

- Finalisation du PCC (attention, cette phase existe même s'il n'est pas complet!)
→ Importance de la clarté et précisions des informations
→ Le PCC est un outil évolutif, mais à chaque étape il importe qu'usagers et professionnels (voire autres pers.) **datent le document et le signent tous deux.**
- Il importe d'insister sur les alternatives possibles en cas de refus de TTT ou de soins spécifiques afin que les soignants aient également des repères facilitant le respect des souhaits de l'usager.



Recommandations:

1. l'élaboration du PCC (suite)

- **Sauvegarde du PCC:** remettre **systématiquement l'original à l'utilisateur, l'archiver dans son dossier** (papier ou électronique selon le lieu) et l'en **informer** → **facilite son accessibilité en cas de besoin.**
- **Diffusion du PCC:** discuter de la transmission du PCC: à qui dans le réseau de soutien?, par qui? et pour quelles bonnes raisons? → **la diffusion du PCC doit respecter les principes du secret professionnel, cette question doit donc être abordée en toute transparence et notifiée sur le PCC. Les « portes d'entrée » dans le système socio-sanitaire devraient en être informées (urgences psychiatriques, garde, ...**

Recommandations:

2. L'application du PCC

- Le PCC est à considérer par les professionnels d'abord comme un **outil d'empowerment et d'autogestion** de la crise dès les premiers signes avant-coureurs et non uniquement comme un outil de gestion de l'urgence
- L'enjeu majeur afin de permettre l'application et le respect du PCC est de **pouvoir y accéder facilement.** → **Systématisation de la recherche de l'existence** d'un PCC auprès de l'utilisateur et/ou de son réseau de soutien ainsi que **l'information du lieu de stockage** dans l'institution.

Recommandations: 2. L'application du PCC

- **Tout le personnel soignant d'une institution, corps médical compris** s'il y en a, devrait être **informé et formé au PCC** afin d'en garantir la meilleure application possible, en particulier dans les **services d'urgence** et **d'admissions**.
- Les directives institutionnelles comprenant l'élaboration des PCC doivent également comprendre des **directives quant à l'application du PCC** ainsi qu'un **processus qualité**



Recommandations 3. La révision du PCC

- La révision du PCC devrait se faire systématiquement au décours d'une nouvelle crise, lors de transitions de soins ou de lieux de soins
- En cas de stabilisation et/ou en l'absence de nouvelle crise, il est recommandé de réviser le PCC au moins une fois tous les six mois



Recommandations cantonales

- Une **culture commune centrée sur le rétablissement** (respect du principe d'autodétermination, partenariat) et des **directives transverses** devraient être élaborées au niveau cantonal pour les diverses institutions afin de **garantir le respect du PCC dans la perspective de trajectoire de soins de l'utilisateur**

→ Défi majeur = accessibilité au PCC → projet d'application informatique compatible DEP

→ Un seul et unique PCC



Améliorations proposées rubriques PCC

- 8x Rien à changer

Sur le fonds:

Items trop difficiles :

« Quels soins vous aident lorsque vous allez bien ? »

« Préservation de l'environnement »

Items redondants :

« Quels sont les manifestations **selon vous** et votre entourage ? »

Item estimé trop centré sur l'hôpital

« Description de la situation qui a motivé le suivi »

Sur la forme:



Laisser davantage de place pour certaines rubriques, mais le document final ne doit pas excéder une page A4



Améliorations proposées du nom PCC

- Rien à changer pour 1/3 des participants aux entretiens
- Le terme **crise** est trop dur, ne fait pas rétablissement (5x par des professionnels), mais pas de proposition
- Le terme **conjoint** est confusionnant (7x usagers et professionnels)
 - 3x pas de proposition
 - 2x *plan de crise*
 - 1x *plan de crise commun*
 - 1x *plan de crise célibataire*
 - 1x *gestion de la crise*



Présentation du PCC V8

« Un partenariat entre moi et mon réseau de soutien »

En cas de besoin, à qui puis-je demander de l'aide ? (nom, nature du lien et té)

Plan de Crise Conjoint

Nom : Prénom : Date de naissance :

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

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

1. Quels sont les soins que je souhaite recevoir ?

2. Quels sont les soins que je souhaite éviter ?

3. Quelles seraient alors les alternatives possibles ?

Mes difficultés ou problèmes psychiques :

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

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

Dans une situation de crise, quelles sont les démarches concrètes à faire ou à déléguer pour préserver mes intérêts et mon quotidien? (courrier, paiements, garde d'enfants, animaux, domicile, travail,...)

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

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

Lieu et date :

Que pourrais-je faire concrètement pour gérer cette situation difficile?

Rôles & signatures :





Contacts: p.ferrari@ecolelasource.ch
pierre.lequin@chuv.ch



Définition du PCC

- **Plan d'action anticipé** pour prévenir et gérer une crise, **élaboré conjointement** entre l'utilisateur, les professionnels, voire les proches
- Le PCC définit **les modalités d'interventions pratiques** en cas de crise, les soins et traitements souhaités et ceux à éviter
- **Forme récente de processus de décision partagée**, le rôle de chacun étant négocié en amont de la crise à partir des expériences passées
- Soutient le **processus de rétablissement**

