



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada

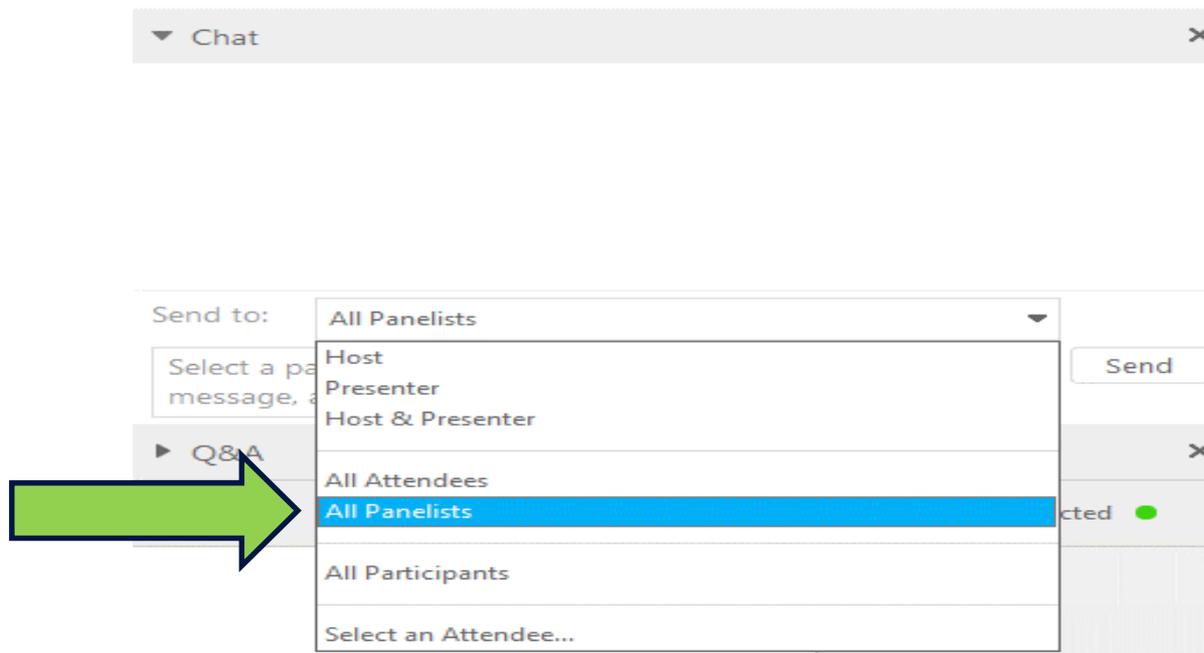
# Introduction à la planification centrée sur la personne

#mhccHopeLives

 @MHCC\_  /theMHCC  /Mental Health Commission of Canada  
 @theMHCC  /1MHCC



**Important!** Transmettez vos questions et commentaires au moyen de l'option « All Panelists »

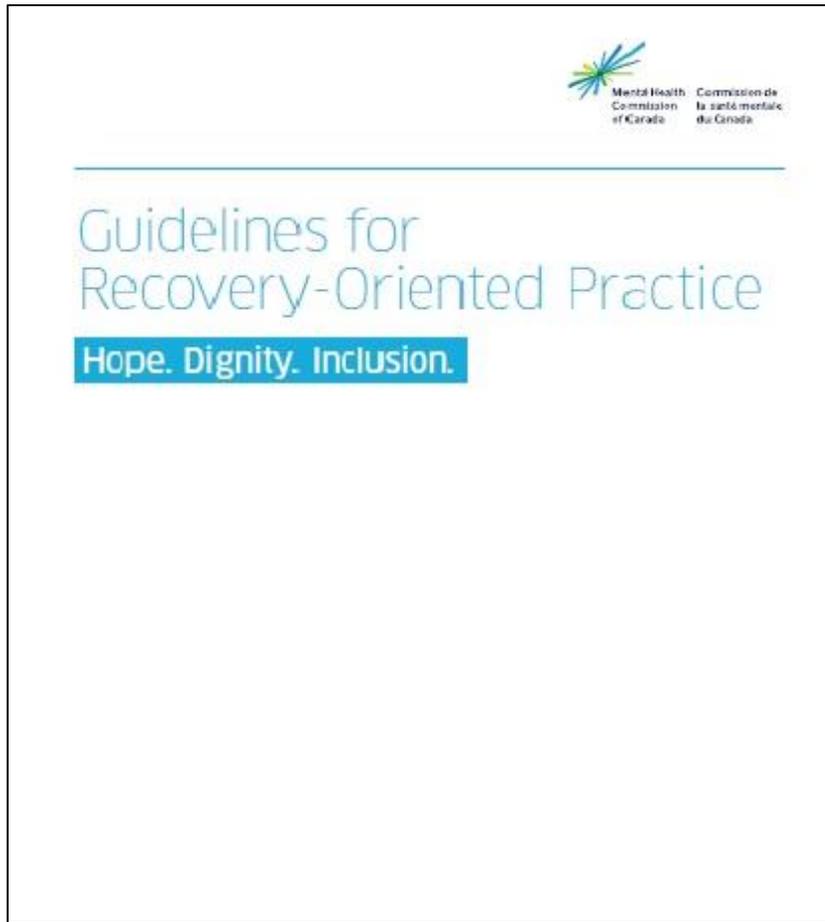


# Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada



Le *Guide de référence* a été publié en juin 2015 dans le but de fournir un document complet pour aider à comprendre les pratiques axées sur le rétablissement et pour promouvoir l'application uniforme des principes du rétablissement au Canada.

# Six dimensions de la pratique axée sur le rétablissement

1. Instaurer une culture et un langage empreints d'espoir
2. Le rétablissement est une affaire personnelle
3. Le rétablissement se produit dans le contexte de la vie
4. Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada
5. Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis
6. Le rétablissement passe par la transformation des services et des systèmes

# Présentatrice

---



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada



La D<sup>re</sup> Janis Tondora est professeure  
adjointe au Département de  
psychiatrie de l'École de médecine  
de l'Université Yale

# *De la théorie à la pratique :* Introduction à la planification centrée sur la personne



D<sup>re</sup> Janis Tondora  
professeure adjointe  
Département de psychiatrie  
École de médecine de l'Université Yale

# Présentations et contexte

Yale School of Medicine

home | contact us

Enter keywords  Search

First  
you leap,  
then  
you grow  
wings.



yale  
program  
for  
recovery  
and  
community  
health

About PRCH | People | Research & Evaluation | Training & Consultation | Tools | Contact Us

Yale Program for Recovery  
and Community Health  
Erector Square, Bldg. One  
319 Peck Street  
New Haven, CT 06513

Business Office:  
203-764-7594  
203-764-7582  
203-764-7595

## The Yale Program for Recovery and Community Health (PRCH)

The Yale Program for Recovery and Community Health, located at [Erector Square](#) in [New Haven, CT](#), does collaborative research, evaluation, education, training, policy development, and consultation. We work to transform behavioral health programs, agencies, and systems to be culturally responsive and re-oriented to facilitating the recovery and social inclusion of the individuals, families, and communities they serve.

We seek to promote the recovery, self-determination, and inclusion of people experiencing psychiatric disability, addiction, and discrimination through focusing on their strengths and the valuable contributions they have to make to their communities.

[Directions to our offices](#)

### VISIT US:

[The Parachute Factory](#)  
exhibit, *Out of House and  
Home*, through 2/2010.  
[Directions to our offices](#)

### JOIN:

Recovery Network listserv  
[subscribe](#)

Parachute Factory listserv  
[subscribe](#)

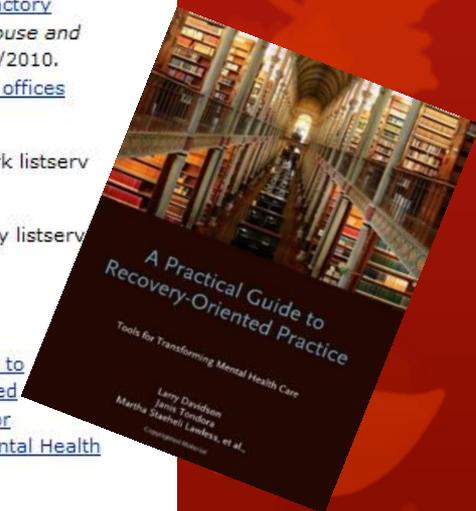
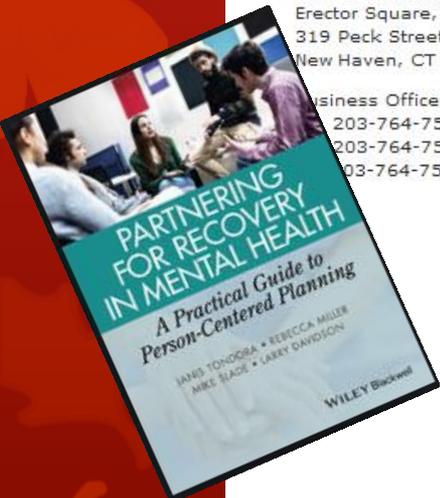
### LEARN:

New Book:

[A Practical Guide to  
Recovery-Oriented  
Practice: Tools for  
Transforming Mental Health  
Care](#)

New Resource:

[Getting in the Driver's Seat  
of Your Treatment: A  
Toolkit for Person Centered  
Care \(.pdf\)](#)

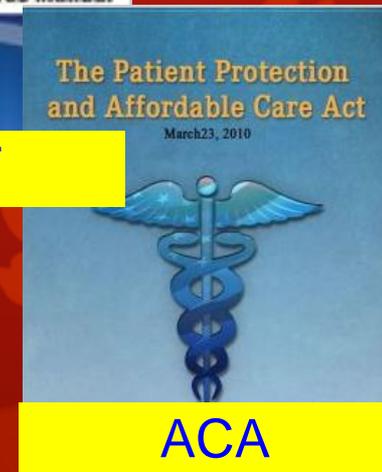
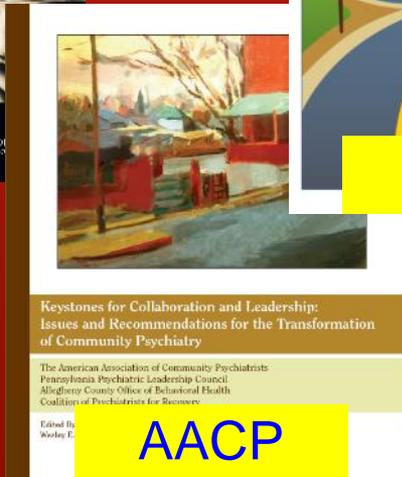
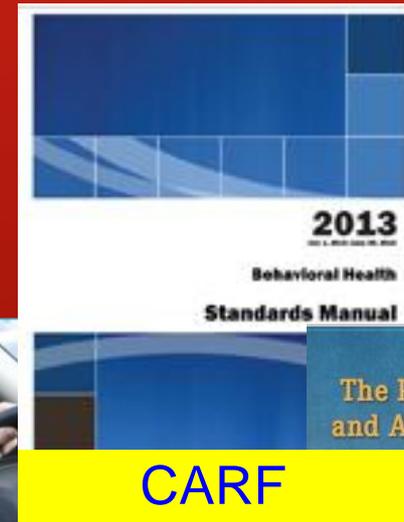
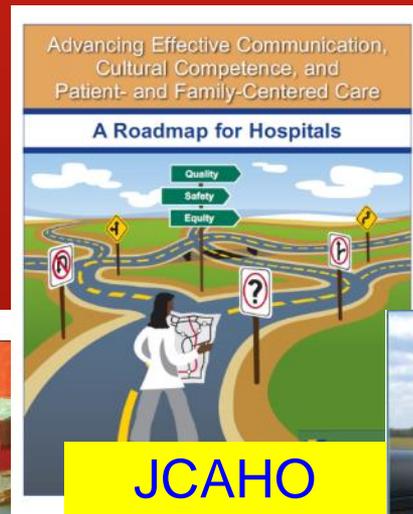
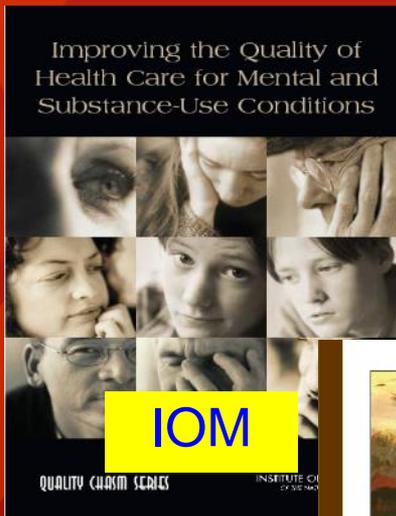


Ensemble, nous y ARRIVERONS 😊



La planification centrée sur la personne :  
C'est l'idée de qui...??

# La planification centrée sur la personne : C'est l'idée de qui...?? La perspective des États-Unis



# La perspective canadienne



---

## Guidelines for Recovery-Oriented Practice

Hope. Dignity. Inclusion.

- *Privilégier la personne avant tout et préconiser une approche holistique*
- *Préconiser l'autonomie et l'autodétermination*
- *Mettre l'accent sur les forces et la responsabilité individuelle*
- *Reconnaître la valeur de la famille, des amis et de la collectivité*
- *Soutenir l'inclusion sociale*
- *Combattre la stigmatisation et la discrimination*
- *Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada*

# La voix LA PLUS importante...

- Vous me dites tout le temps que c'est moi qui vais *prendre le volant*, mais la moitié du temps, je ne suis même pas dans l'auto!
- La PCP me donne *la chance de parler*, de dire ce que je veux et ce dont j'ai besoin pour réussir mon rétablissement...
- *Mon pasteur y a participé* et ça a fait toute la différence. Il me connaît mieux que personne et il avait d'excellentes idées pour moi.
- Je travaillais à mon rétablissement depuis des années. Et finalement, j'ai commencé à avoir l'impression que je travaillais aussi à *ma VIE!*
- Quand j'ai mon mot à dire dans mon propre plan, je me sens *responsable de l'intégrer* à mon rétablissement.

# Mais d'un autre côté...

## Préoccupations que la PCP soulève souvent



1. Si on s'en remet à eux, les gens vont faire les MAUVAIS choix.
2. Les payeurs ne vont pas nous laisser faire; le règlement l'interdit.
3. Les formulaires/les gabarits/les dossiers de santé électronique n'ont pas les cases qu'il faut.
4. Les clients ne sont pas intéressés/motivés.
5. Ça dévalue l'expertise clinique; ça outrepassé les lignes de démarcation professionnelles.
6. C'est bon pour le club social, pas pour des soins de santé cliniques ou médicaux de base.
7. Pas le temps/charge de travail trop lourde/on en a vu assez, des nouvelles initiatives.
8. Mes patients sont trop malades/déficients.
9. Ça ne se concilie pas avec la pratique fondée sur des éléments probants.
10. On n'a pas déjà les soins axés sur le rétablissement? Ce n'est pas la même chose?

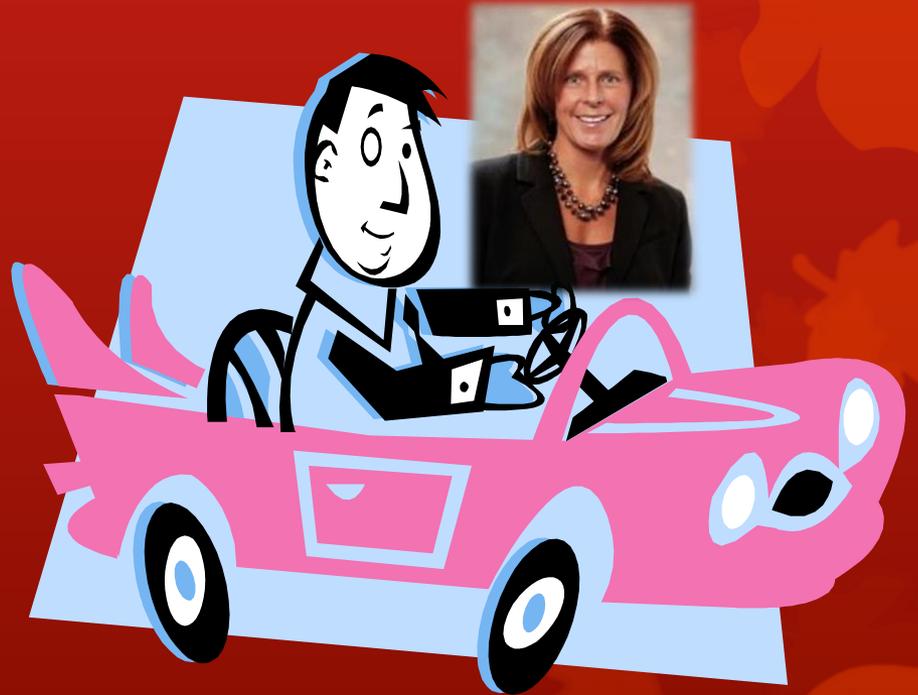
# Travailler en partenariat avec les gens pour qu'ils puissent aller là où ils le souhaitent

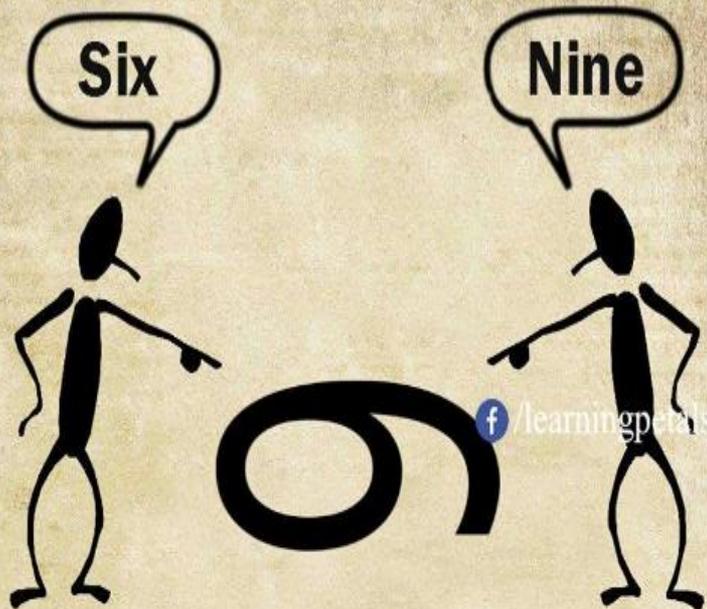
- La PCP s'inspire d'un modèle de PARTENARIAT...
- Elle respecte le droit de la personne d'être au volant, tout en reconnaissant le rôle important des co-pilotes professionnels et des aidants naturels



# Travailler en partenariat avec les gens pour qu'ils puissent aller là où ils le souhaitent

- La PCP s'inspire d'un modèle de PARTENARIAT...
- Elle respecte le droit de la personne d'être au volant, tout en reconnaissant le rôle important des co-pilotes professionnels et des aidants naturels





Just because you're right  
doesn't mean i'm wrong, you  
just haven't seen life from my  
position.

fb/learningpetals

Travailler en  
partenariat ne signifie  
que vous serez  
toujours D'ACCORD,  
mais cela exige respect  
mutuel et  
compréhension  
mutuelle.

# Y a-t-il des gens qui sont « trop malades » pour participer à la PCP?

## • Perception

- Certains patients sont peut-être trop malades pour participer à ce genre de partenariat; ils n'ont pas de buts; ils n'ont pas le sens des réalités; ils sont à l'aise dans le « système », ne sont pas motivés.



## • Réalité

- Il faut leur transmettre un message d'espoir et leur donner la conviction que leur vie peut changer, ou leur montrer comment les soins axés sur le rétablissement fonctionnent, leur donner de la formation/des outils.
- Il faut faire une évaluation et planifier le stade du changement.
- Il faut faire preuve de créativité dans notre façon d'écouter et de solliciter des préférences.

# La PCP : Est-ce que ce n'est pas déjà ce qu'on fait?

- Dans l'expérience des patients
- quand nous faisons le point sur les pratiques de planification actuelles
- et dans le plan de rétablissement écrit lui-même...

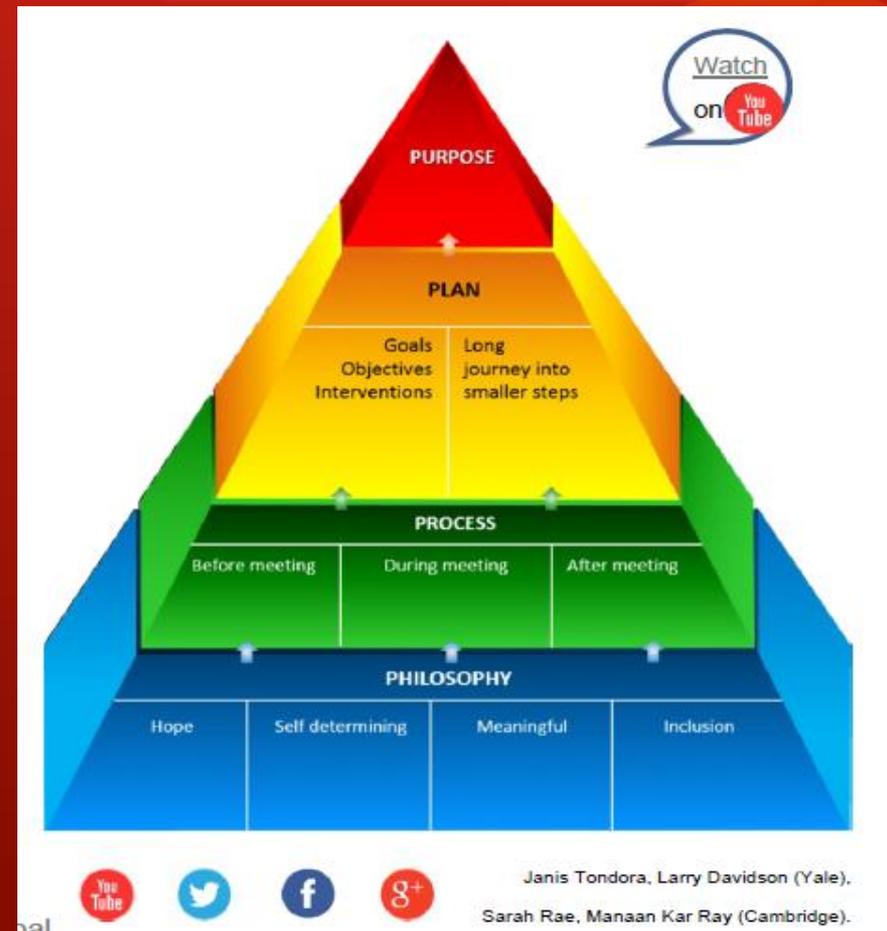
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree nor disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	DK I don't know
	1	2	3	4	5	DK
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Questionnaire sur les soins centrés sur la personne de Tondora et Miller, 2009  
<http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/PCCQprovider.pdf>  
<http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/PCCQperson.pdf>

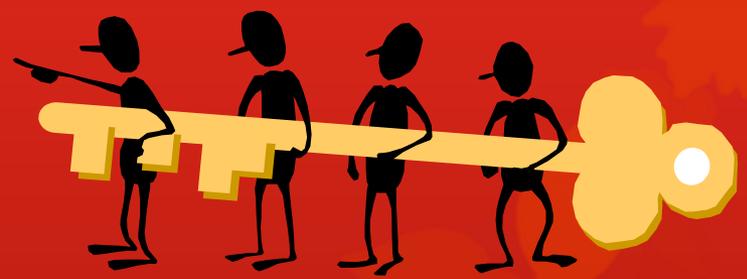
# Les quatre « P » de la PCP

- La **pratique** de la PCP ne peut venir que d'une **culture** qui apprécie à leur juste valeur le rétablissement, l'autodétermination et l'inclusion dans la collectivité.
- On peut changer ce que les gens « font »... mais nous avons aussi besoin de changer ce qu'ils ressentent et ce qu'ils pensent.
- \*Les quatre « P » essentiels :
  - La philosophie – les valeurs de base
  - Le processus – de nouvelles façons de forger des partenariats
  - Le plan – une feuille de route concrète
  - Le point de mire – des résultats significatifs

Un aperçu récent de la PCP en santé comportementale a été diffusé sur le Web : <https://youtu.be/luNYB9Prnk0>  
Tondora et Davidson (YALE) et  
Rae et Kar Ray (CAMBRIDGE)



# Pratiques clés du processus de la PCP



- La personne est **partenaire** de toutes les activités/réunions de planification; préavis (la personne est au centre).
- La personne exerce un contrôle raisonnable sur les **aspects logistiques** (p. ex. horaires, invités, etc.).
- La personne se voit offrir une **copie écrite**.
- **Éducation/préparation** au sujet du processus et de ce à quoi s'attendre.
- Transformation **de la structure/des rôles** lors des réunions de planification.
- Tirer profit du **rôle des pairs** quand c'est possible.
- Approche **basée sur les points forts** tant dans la perspective du langage que dans celle de l'évaluation/de la planification.

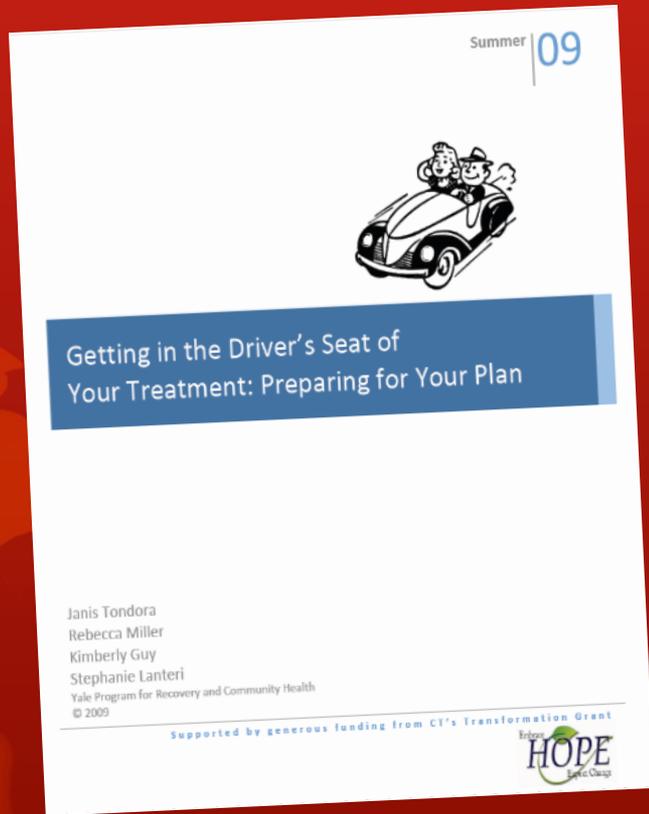
# La façon de s'exprimer compte et donne le ton

- Au cours des 18 derniers mois, la patiente a pris ses médicaments et a suivi son traitement, de sorte qu'elle est cliniquement stable et qu'elle n'a pas eu à être hospitalisée. Toutefois, elle ne s'est pas présentée à ses deux derniers rendez-vous et l'équipe soupçonne qu'elle a cessé de prendre ses médicaments. Aujourd'hui, une équipe mobile de crise l'a amenée pour une évaluation parce qu'elle ne s'était pas présentée à la clinique de Clozaril pour son bilan sanguin.

# La façon de s'exprimer compte et donne le ton

- Au cours des 18 derniers mois, la patiente a pris ses médicaments et a suivi son traitement, de sorte qu'elle est cliniquement stable et qu'elle n'a pas eu à être hospitalisée. Toutefois, elle ne s'est pas présentée à ses deux derniers rendez-vous et l'équipe soupçonne qu'elle a cessé de prendre ses médicaments. Aujourd'hui, une équipe mobile de crise l'a amenée pour une évaluation parce qu'elle ne s'était pas présentée à la clinique de Clozaril pour son bilan sanguin.
- Au cours des 18 derniers mois, Sandra a travaillé avec son médecin pour trouver des médicaments qui seraient vraiment efficaces pour elle. Elle a participé aux activités de la clinique et du club social. Sandra et son équipe ont l'impression qu'elle va vraiment mieux, par exemple elle a repris le travail, elle fréquente ses amis et elle a un nouvel appartement qui lui plaît. Des gens s'inquiètent parce qu'elle a raté plusieurs activités, y compris un rendez-vous pour un bilan sanguin qu'elle avait à la clinique de Clozaril aujourd'hui. L'équipe mobile d'intervention s'est rendue chez elle pour lui demander si le personnel clinique pouvait faire quelque chose pour l'aider.

# Activation et responsabilisation de la PERSONNE dans la PCP



- L'invitation à devenir partenaire et à partager les décisions ne sera peut-être pas suffisante en soi.
- Offrir sensibilisation et soutien pour préparer les personnes à participer à titre de partenaires à part égale
  - Cours de conduite automobile et règlement routier ☺
- Trousse d'outils à l'intention des personnes qui veulent prendre le volant (en anglais)
  - Yale Program for Recovery and Community Health, © 2009

• <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/PCPtoolkit.pdf>

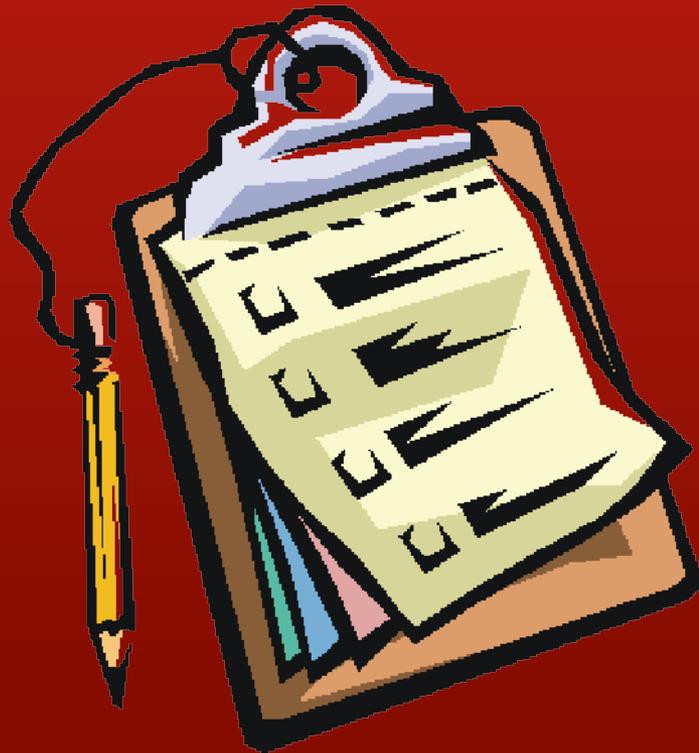
# Pratiques clés du processus de la PCP



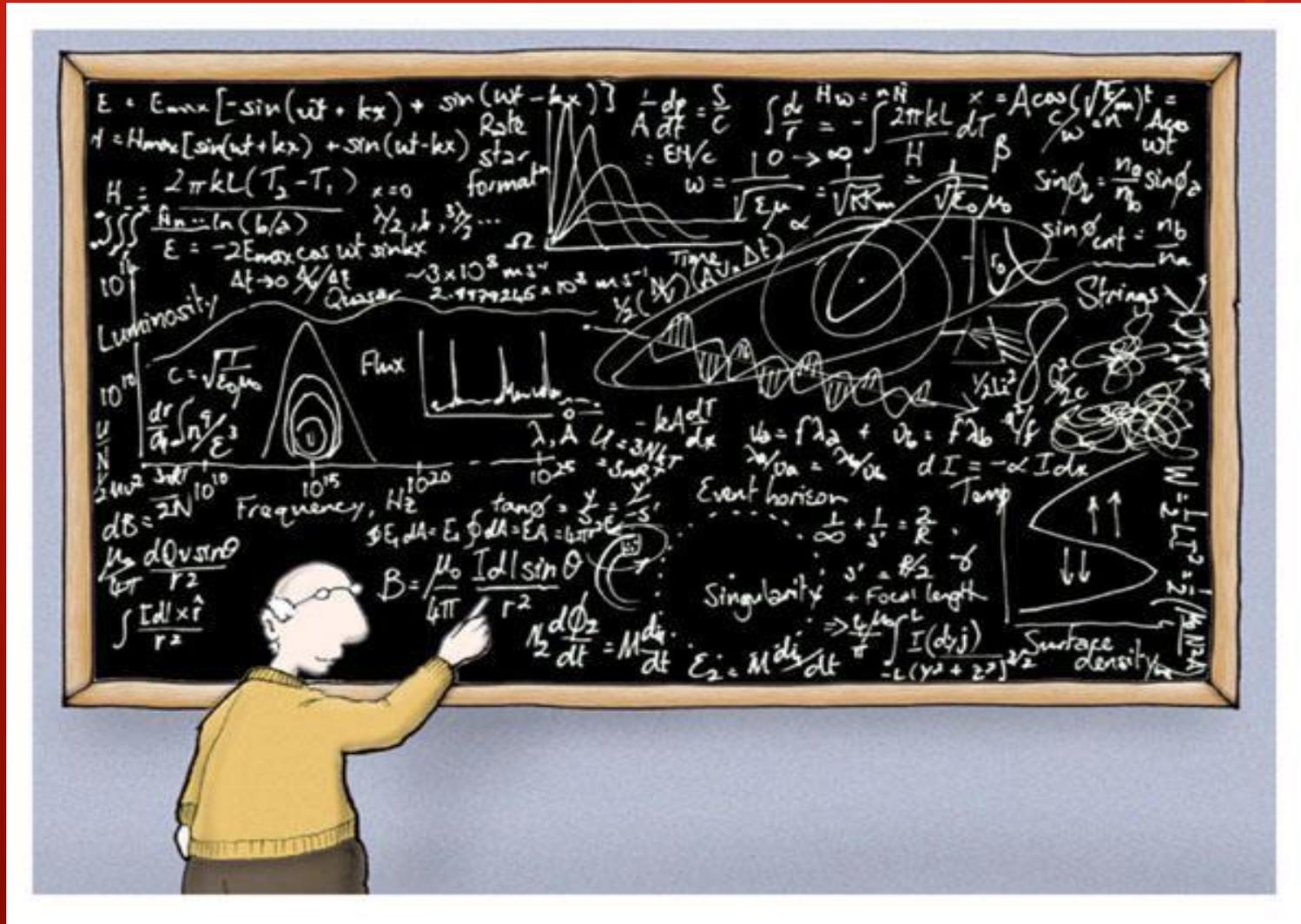
- Reconnaître l'éventail des personnes qui contribuent au processus de planification (p. ex. les pairs, les aidants naturels).
- Comprendre/soutenir des droits comme le droit à l'autodétermination.
- Valoriser l'inclusion dans la collectivité/la vie communautaire – « pendant que » et non pas « après ».
- Rehausser les évaluations dans quatre domaines de premier plan :
  - les points forts/les intérêts (en prêtant attention à la FAÇON DE S'EXPRIMER), les préférences culturelles et les conséquences pour le traitement, le stade de changement/de préparation;
  - conclure par un sommaire intégré/une formulation qui ne se limitent pas aux seules données!

# Le défi de la documentation :

Comment pouvons-nous inclure suffisamment d'information pour créer un profil individualisé et complet de la personne qui répond AÜSSI aux exigences de la réglementation/aux exigences financières?



... sans nous retrouver avec des plans si détaillés que personne ne les utilise?



... et en créant un équilibre l'esprit des soins centrés sur la personne et la rigueur nécessaire dans la documentation clinique?



**Réglementation**  
**Paperasse administrative**  
**obligatoire**  
**Nécessité médicale**  
**Conformité**

**Soins axés sur la**  
**collaboration**  
**Centrés sur la personne**  
**Faisant appel aux points**  
**forts**  
**Transparence**

# Vue d'ensemble des éléments de la PCP

## **OBJECTIF**

tel que la personne le définit; elle se dirige vers un but, ne se contente pas d'éliminer des choses

Points forts/atouts à exploiter

Obstacles/besoins déterminés  
qui font obstacle

## **Objectif à court terme**

### **SMART**

(spécifique, mesurable, réalisable, réaliste, limité dans le temps)

## **Interventions/Méthodes/Actions**

- Services professionnels/« facturables »
- Services cliniques et réadaptation
- Mesures prises par la personne en rétablissement
- Rôle/actions des aidants naturels

# But du traitement c. but centré sur la personne/son rôle dans la vie

- Se concentre sur les moyens d'atteindre/de maintenir la stabilité clinique; est axé sur les symptômes et la maladie.
- Est défini par le praticien et exprimé dans les mots du praticien; terminologie clinique.
- **Exemple : Le participant verra une réduction de ses hallucinations auditives et d'autres symptômes de psychose.**

- Se concentre sur un élément à améliorer : emploi, scolarité, logement autonome, participation à des loisirs significatifs, etc.
- Est défini par la personne et dans ses propres mots (avec des clarifications de la part du praticien s'il y a lieu).
- **Exemple : Je veux un emploi de gestionnaire de bureau.**

# Objectifs à court terme :

## À quoi servent-ils?

- Diviser les grands buts en étapes gérables.
- « Prouver » que le but se rapproche; servir de marqueurs pour évaluer les progrès.
- Transmettre un message d'espoir : nous croyons que les choses peuvent s'améliorer et qu'elles vont s'améliorer!



# Exemple d'objectif

**But : « Je veux recommencer à participer aux activités de mon église et diriger des groupes d'étude de la bible. »**

# Exemple d'objectif

**But : « Je veux recommencer à participer aux activités de mon église et diriger des groupes d'étude de la bible. »**

- **Anxiété, peur et détresse** qui augmentent quand la patiente parle à son pasteur ou retourne à l'église – « La façon dont j'ai été traitée m'a embarrassée et mise en colère. J'ai de la difficulté à y retourner. »

# Exemple d'objectif

**But : « Je veux recommencer à participer aux activités de mon église et diriger des groupes d'études de la bible. »**

- **Anxiété, peur et détresse** qui augmentent quand la patiente parle à son pasteur ou retourne à l'église – « La façon dont j'ai été traitée m'a embarrassée et mise en colère. J'ai de la difficulté à y retourner. »

## **Objectif :**

- Jill sera capable de **mieux gérer son anxiété** et son **évitement des interactions sociales**, comme le montrera sa **participation à un service religieux à son église** d'ici deux mois.

# Interventions/Services



- **Mesures prises** par le personnel, la personne en rétablissement, la famille, les pairs, d'autres aidants naturels.
- Propres à un objectif.
- Respectent les choix et les préférences en matière de rétablissement; propres au stade de changement/de rétablissement.
- **Les services professionnels/facturables doivent décrire** la nécessité médicale :
  - **QUI** va dispenser le service, c'est-à-dire nom et titre de poste
  - **QUOI** : nom du service, par exemple groupe de santé et de bien-être
  - **QUAND** : HORAIRE du service, par exemple jour(s) et heure
  - **POURQUOI** : L'OBJET/LE BUT individualisés du service
- Les mesures autodéterminées et les mesures prises par les aidants naturels sont aussi incluses!

# L'histoire de M. Gonzalez

Originaire de Porto Rico, M. Gonzalez a 31 ans, il est marié et il vit avec le trouble bipolaire et une dépendance concomitante à l'alcool, qu'il consomme souvent pour gérer des symptômes qui lui causent de la détresse. Au cours d'un épisode récent de manie aiguë, M. Gonzalez avait des disputes de plus en plus explosives avec son épouse en présence de ses deux jeunes fils. Il lui est arrivé une fois de pousser sa femme à l'autre bout de la pièce et elle a appelé la police. Quand les policiers sont arrivés, M. Gonzalez était en colère et il ne voulait pas coopérer. Mais il a fini par se calmer et M<sup>me</sup> Gonzalez a accepté de ne pas porter plainte, mais à condition que son mari quitte la maison et qu'il voit son médecin le lendemain matin.

# L'histoire de M. Gonzalez (suite)

M<sup>me</sup> Gonzalez a participé activement au traitement et au rétablissement de son mari et elle envisagerait une réconciliation. Elle lui a cependant fait comprendre clairement qu'il ne pourrait pas revenir à la maison ni voir ses fils tant qu'il ne serait pas capable de se contrôler. Au Centre communautaire de santé mentale le lendemain matin, M. Gonzalez a dit au médecin à plusieurs reprises que l'amour qu'il éprouve pour sa famille et sa foi en Dieu sont les seules choses qui le soutiennent quand il traverse une mauvaise passe et il ne sait pas comment il pourrait s'en passer. Mais plus que tout, il veut retrouver sa famille et être un bon modèle de comportement pour ses fils. Il a l'impression que la seule personne qui le comprend est le pair spécialisé du Centre, avec qui il entretient une relation étroite.

# Aperçu : Un plan traditionnel

- **But(s) :**

- *Atteindre et maintenir la stabilité clinique; réduire les comportements d'agression; respecter la médication; devenir abstinent.*

- **Objectif(s) :**

- Le patient assistera à toutes les séances de groupe prévues dans le programme; le patient rencontrera le psychiatre et prendra tous les médicaments qui lui sont prescrits; le patient suivra un programme de gestion de la colère; le patient montrera qu'il comprend mieux ses symptômes cliniques; le patient reconnaîtra que les substances exacerbent son comportement agressif.

- **Services(s) :**

- La psychiatre dispensera des services de gestion de la colère; le travailleur social lui offrira des séances de groupe en gestion de la colère; le personnel infirmier supervisera la prise de médicaments; le psychologue lui dispensera une thérapie individuelle.

# Excusez-moi, mais...

**Je vous rapporte VOS buts. Vous les aviez oubliés dans MON plan de rétablissement!**



- Prendre ses médicaments
- Cesser de boire
- Réduire son comportement agressif
- Mieux se comprendre

## Objectif de rétablissement :

*Je veux retrouver ma famille.*

*Je veux que mes enfants n'aient plus jamais peur de moi.*

### Points forts à exploiter

Père dévoué; bien déterminé à changer; son épouse le soutient; sa foi catholique et la prière sont une source de force/de réconfort; rapport positif avec le pair spécialisé du Centre; intelligent.

### Obstacle à surmonter

Des symptômes de manie aiguë l'ont amené à se montrer violent à la maison; n'a pas de stratégie d'adaptation pour gérer la détresse que lui causent ses symptômes; sa consommation abusive d'alcool aggrave ses problèmes comportementaux et les conflits au sein de la famille.

## Exemple d'objectif à court terme

D'ici un mois, M. Gonzalez utilisera les stratégies d'adaptation qu'il aura apprises pour rendre au moins **deux visites réussies** à sa femme et à ses enfants dont M<sup>me</sup> Gonzalez parlera pendant les séances de thérapie familiale.

## Services et autres actions

- Le médecin du Centre **gèrera la médication de M. Gonzalez** pour réduire son irritabilité et ses épisodes de manie aiguë (une fois par mois).
- Le psychologue offrira une **thérapie familiale** pour discuter des attentes de M<sup>me</sup> Gonzalez et de ce qu'elle ressent à l'idée d'une éventuelle réconciliation (aux deux semaines).
- La spécialiste en réadaptation offrira chaque semaine **de la formation en communication et en techniques d'adaptation** pour donner à M. Gonzalez des outils qui l'aideront à réussir ses visites à sa femme et à ses enfants.
- **Plan d'action de rétablissement/de bien-être** (séance de groupe hebdomadaire) avec le pair spécialisé pour favoriser son bien-être quotidien au moyen de stratégies autodéterminées.
- **Le chapelain du Centre** lui montrera à utiliser sa foi/la prière quotidienne comme stratégie d'adaptation positive pour gérer sa détresse.

# Qu'est-ce que VOUS en pensez?

## L'histoire de Gerry

Gerry dit qu'il se sent très seul. Il assistait aux festivals de jazz en ville autrefois et il se faisait des connaissances, mais aujourd'hui, il se sent comme un « zombie ». Il ne sort du foyer de groupe que pour aller au Centre. Il se demande si c'est à cause de ses médicaments... Il aimerait avoir une petite amie, mais il admet qu'il est « terrifié » à l'idée de sortir et de rencontrer des femmes – ça fait bien dix ans qu'il n'a pas eu de rendez-vous amoureux avec qui que ce soit. Il ne saurait même plus comment faire... Pour l'instant, il est incapable de prendre l'autobus et il a peur de sortir parce qu'il éprouve souvent de la confusion ou craint que d'autres personnes essaient de lui faire du mal.

Parmi les buts ci-dessous, lequel est le meilleur pour la PCP de Gerry?

1. Je ne veux pas me sentir comme un « zombie ».
2. Gerry sera mieux en mesure de gérer les symptômes de sa paranoïa.
3. Je veux une petite amie.
4. Gerry va volontairement s'intégrer au groupe d'acquisition de compétences sociales.
5. Je veux juste être heureux.

# La PCP de Gerry

**But : Je veux une petite amie... quelqu'un avec qui partager ma vie.**

## **Points forts**

- Gerry est déterminé à réduire son isolement social; il a un frère qui le soutient; il y a des activités qui l'intéressaient dans la collectivité autrefois (la musique, les restaurants chinois); il est apprécié par ses pairs; il a le sens de l'humour.

## **Obstacles/besoins évalués/problèmes**

- Ses pensées intrusives/sa paranoïa augmentent dans des situations sociales; des symptômes négatifs peut-être attribuables à sa schizophrénie et/ou aux effets secondaires de ses médicaments se sont traduits par une fatigue intense/un manque de motivation; il devient facilement confus/il est désorganisé; il a besoin d'acquérir des compétences pour prendre les transports en commun/accroître sa mobilité dans la collectivité, d'apprendre des stratégies de gestion de ses symptômes/d'adaptation, d'améliorer ses aptitudes en matière de communication et ses aptitudes sociales, de soigner son apparence.

## **Objectif**

- Gerry utilisera à bon escient les stratégies d'adaptation qu'il a apprises pour gérer les symptômes qui lui causent de la détresse afin de prendre part à au moins une activité sociale qui lui plaît chaque semaine pendant les trois prochains mois.

# Services et soutiens

- Jane Roe, coordonnatrice des services cliniques, donnera des séances de TCC de 45 minutes deux fois par mois pendant les trois prochains mois pour renforcer la capacité de Gerry de faire face aux symptômes qui lui causent de la détresse dans des situations sociales (techniques d'arrêt de la pensée, de distraction, de respiration profonde, de visualisation, etc.).
- Le Dr X fera la gestion des médicaments, deux séances de 30 minutes par mois pendant les trois prochains mois pour évaluer les effets thérapeutiques et les effets secondaires possibles afin de réduire la fatigue et d'optimiser le fonctionnement.
- John Smith, pair coordonnateur, l'aidera à devenir indépendant en lui montrant comment se débrouiller dans les transports en commun une heure par semaine pendant quatre semaines (p. ex. trouver les circuits d'autobus les plus directs, pratiquer ses compétences d'adaptation, jeux de rôle au cas où Gerry éprouverait de la confusion/se perdrait, etc.).
- Jim, le frère de Gerry, l'accompagnera à des activités sociales chaque semaine au cours des trois prochains mois.
- Gerry tiendra un registre quotidien des effets secondaires de ses médicaments au cours des deux prochains mois pendant que ses médicaments sont évalués et rajustés.

# On PEUT tisser le fil doré de la nécessité médicale dans la PCP

## But

- But autodéterminé par la personne/dans ses propres mots
- Tableau d'ensemble/rôle dans la vie

## Objectif

- Sert à **surmonter les obstacles en matière de santé mentale** qui empêchent d'atteindre le but :
- Est axé sur **les symptômes/déficiences fonctionnelles** à la suite du diagnostic
- Reflète un **changement** dans le comportement/le statut/le niveau de fonctionnement; **au-delà du maintien**

## Services

- Services professionnels/payants pour aider la personne à atteindre l'objectif en question
  - Conseil : Lisez le plan de bas en haut pour vous assurer que l'intervention est directement reliée à l'objectif qui précède
  - Conseil : Notez QUI dispense QUEL service, QUAND (fréquence, durée, intensité) et **POURQUOI (but individualisé/intention par rapport à l'objectif visé)**
- Aidants naturels/soutiens autodéterminés pour aider la personne à atteindre l'objectif en question

# Le message à retenir

- On peut faire preuve de créativité pour mettre en balance les approches centrées sur la personne et la nécessité médicale/les règlements de façon à progresser dans le partenariat avec les personnes en rétablissement.
- **Nous pouvons créer un plan qui honore la personne tout en permettant de tenir le dossier médical à jour!**
- En d'autres termes : la PCP, c'est une approche rigoureuse!



# Exemples d'outils à l'appui de la mise en œuvre de la PCP



# Exemple d'outil d'observation d'une réunion de PCP

## Person Centered Approach Assessment Toolkit Team Meeting Assessment Guide

As part of the Person Centered Approach assessment, assessors observe a team meeting to look for information regarding the interactions between staff and the individual and the planning process. Below are the specific areas for which the assessor will be reviewing. Scoring includes indicating whether a particular aspect was not present (0) during the meeting, somewhat present (1), present (2), not applicable (N/A), or not able to be scored (888).

	0	1	2	N/A
	Not Present	Somewhat Present	Strong Presence	
<b>TONE AND RELATIONSHIP</b>				
Interactions between providers, person served and others is warm and respectful				
Individual is addressed directly				
Common, understandable language is used – not unnecessary medical or clinical words				
Individual appears to feel comfortable raising concerns				
<b>GOALS</b>				
Team members developed the recovery plan in partnership with the individual				
Individual determined in what life areas planning would occur				
Stated goals are those of the individual in his/her own words				
Recommended programming (inpatient) was discussed and purpose explained with individual				
Individual's goals are respected even if they differ from the goals recommended by providers				
Goals are about having a meaningful life in the community (home, job/community contribution...)				

- La qualité du plan dépend de la qualité du PROCESSUS/de la RELATION sur lesquels il se base!

À quoi ressemble une réunion de planification centrée sur la personne?

# Exemple d'outil d'audit d'un plan centré sur la personne

Person-Centered Recovery Planning Indicators: Documentation Quality			
Item #	Documentation Indicator	Yes	No
1	The assessment (can include a biopsychosocial assessment/ assessment update/narrative summary /comprehensive psychiatric rehabilitation assessment, interpretive summary, etc.) includes the person's strengths. Strengths include, but are not limited to: environmental strengths, positive previous treatment experiences, interests/ hobbies, abilities and accomplishments, unique individual attributes, recovery resources/assets.		
2	The plan/plan update actively incorporates the person's identified strengths into the goals, objectives, or interventions. .		
3	The narrative/interpretive summary includes the following required elements: 1. Strengths, interests, and current and/or desired life roles and priorities. 2. Any interfering perpetuating factors, e.g., trauma history, co-occurring medical or substance use disorders, etc. These are the barriers that get in the way of the person achieving their goal on their own. 3. Individual's stage of change/stage of recovery (Stage of readiness for any relevant behavior change that could help them move towards their goal) 4. Available natural supports or community resources 5. Cultural factors and any impact on treatment 6. A clinical hypothesis/understanding/core theme re: what drives the individual's experience of illness and recovery -the "why" question		
4	The plan/plan update is developed collaboratively and there is evidence of direct input from the person, e.g., includes quotes from the individual and/or statements such as "Jose stated..."		
5	The goal statements on the plan/plan update are about having a meaningful life in the community, not only symptom reduction or compliance. Ideally, the goal reflects something "higher" – a valued community/life role that they want to obtain, and are in the individual's own words. The goal statements may not have a time frame.		
6	The plan/plan update includes interventions of all professional clinical/rehab services and goes beyond those interventions to note at least one self-directed action step and at least one action step by natural supporters, as available. (Note: These are typically identified within the assessment process and build upon the person's strengths.)		
7	The plan/plan update uses "person-first" language (i.e., a <i>person living with schizophrenia</i> NOT a <i>schizophrenic</i> ) and/or the individual's name throughout the document.		
8	There is evidence in the record that the person was offered a copy of their plan. (Note: This may be found in a progress note following the planning meeting or directly on the plan itself.)		
9	<b>Objectives</b> meet the <b>SMART</b> criteria. They are written <u>simply</u> (understandable to the person), are <u>measurable</u> (they happened or not, "as evidenced by..."), are <u>achievable, realistic and time limited</u> .		
10	The target dates of short-term objectives on the plan/plan update are individualized rather than all objectives defaulting to a standard update cycle, e.g., every 90 days.		
11	The plan/plan update describes attempts to help the person to connect with chosen activities in the community rather than relying on social supports coming solely from behavioral health agencies. (This is usually found in the interventions)		
12	Interventions meet the criteria of the 5 W's: <b>what</b> (billable service), <b>when</b> (frequency), <b>where</b> (location), <b>why</b> (purpose and intent) of the service and <b>who</b> is providing the service. Interventions do NOT reflect ONLY participation (i.e. Jose will attend individual therapy.....)		

Documentation du plan centré sur la personne : à quoi ça ressemble?

# N'oubliez pas le point de vue de la PERSONNE dans la PCP!

## Questionnaire sur la PCP de l'Université de Yale et du Department of Mental Health & Addiction Services du Connecticut

Please indicate the degree to which you agree or disagree with the following statements about your experiences of care or treatment planning.

The scale ranges from 1 for strongly disagree to 5 for strongly agree, with the following options in between. It also is possible to check DK if you feel you do not know how to rate a specific item.

**1 Strongly disagree**     **2 Somewhat disagree**     **3 Neither agree nor disagree**     **4 Somewhat agree**     **5 Strongly agree**     **DK I don't know**

		1	2	3	4	5	DK
1.	My provider reminds me that I can bring my family, friends, or other supportive people to my treatment planning meetings.						
2.	I get a copy of the treatment plan to keep.						
3.	My goals are written in my own words in the plan.						
4.	My treatment plan is written so that I can understand it. Words that I don't understand are explained to me.						
5.	I was able to include healing practices based on my culture in the plan.						
6.	I can invite other providers, like my vocational or housing specialist, to the meeting if I want.						
7.	My strengths and talents are talked about in my plan.						
8.	In my plan, I can see how I'll use my strengths to work on my goals.						
9.	In my plan, there are next steps for me and my provider to work on.						
10.	Those areas of my life that I want to work on (like health, social relationships, getting a job, housing, and spirituality) are talked about and included in my plan if I want them.						
11.	My treatment team really understood how I explained what was going on for me, based on how I see it in my culture.						
12.	The goals in my plan are important to me.						
13.	I feel like when my provider and I work on a treatment plan, we work together as a team.						
14.	I decide how the meeting is run and what we'll talk about during my treatment planning meeting.						
15.	In my plan, my provider refers to me as "a person with" a mental health issue and does not define me by a label, e.g., "a schizophrenic" or "a bipolar."						
16.	Cultural factors (such as my spiritual beliefs and my cultural views) are considered in my plan.						

## Échelle d'examen de la PCP de la New York Association of Psychiatric Rehabilitation Services, Inc.

*We Want to Know: Tell us about your experience in treatment/recovery planning...*

As part of a broader effort in \_\_\_\_\_, our agency is working hard to re-design our services so that they are consumer-centered, and driven by the needs and preferences of the people we serve. One important part of this effort is thinking about how we go about the process of treatment planning – sometimes also called service planning or recovery planning. We would like to hear from you about your experiences planning with your team, and would appreciate your feedback on the items listed below.

Person-Centered Planning Indicators: Person In Recovery Perspective				
Item #	RESPONSE	Yes	No	I Don't Know
A1	My provider reminds me that I can bring my family, friends, or other supportive people to my treatment planning meetings.			
A2	My plan has goals (hopes and dreams) that are important to me and they are about more than just symptom management. My plan focuses on things like making friends, getting a job, and pursuing new interests			
A3	My provider asked me about parts of my culture (such as my spiritual beliefs and my cultural views) that she or he did not understand to make the treatment/service/recovery plan better for me.			
A4	I am offered education about personal wellness, advanced directives, personalized relapse prevention plans, and Wellness Recovery Action Planning (WRAP) as part of my planning meeting.			
A5	I have the opportunity to work with a Peer Specialist/Coach if I want help getting ready for my planning meeting.			
A6	I am offered a copy of my plan to review and keep.			
A7	Staff support me in making my own decisions/choices to take risks/try new things (e.g., work, hobbies, relationships, a new apartment) instead of delaying/waiting until my symptoms are better.			

# Outils et ressources



- **CT Department of Mental Health and Addiction Services**

- <http://www.ct.gov/dmhas/cwp/view.asp?q=456036>

- **New York Office of Mental Health, page des ressources sur la PCP**

- [https://www.omh.ny.gov/omhweb/pros/Person\\_Centered\\_Workbook/](https://www.omh.ny.gov/omhweb/pros/Person_Centered_Workbook/)

- **New York Care Coordination Program**

- <http://www.carecoordination.org/transformation-initiatives.aspx>

- **ViaHope of Texas**

- <http://www.viahope.org/programs/person-centered-recovery-planning-implementation/>

- **Getting in the Driver's Seat of Your Treatment and Your Life: Preparing for Your Plan (en anglais et en espagnol)**

- <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/PCPtoolkit.pdf>

- **Tondora et Miller. Person-Centered Care Questionnaire, 2009.**

- <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/PCCQprovider.pdf>

- **Adams et Grieder. *Treatment Planning for Person-Centered Care, Second Edition: Shared Decision Making for Whole Health (Practical Resources for the Mental Health Professional)*, 2<sup>e</sup> édition, 2014.**

- <http://www.amazon.com/Treatment-Planning-Person-Centered-Second-Edition/dp/0123944481>

- **Tondora, J., C. Mathai, D. Grieder et L. Davidson. *When the rubber hits the road*, 2014. Tiré de *Best Practices in Psychiatric Rehabilitation*, 2<sup>e</sup> édition, Psychiatric Rehabilitation Association, 2013.**

- [http://www.amazon.com/Practices-Psychiatric-Rehabilitation-Patricia-Nemec/dp/0615962653/ref=sr\\_1\\_sc\\_1?ie=UTF8&qid=1460118992&sr=8-1-spell&keywords=best+practice+in+psychiatric+rehabilittion](http://www.amazon.com/Practices-Psychiatric-Rehabilitation-Patricia-Nemec/dp/0615962653/ref=sr_1_sc_1?ie=UTF8&qid=1460118992&sr=8-1-spell&keywords=best+practice+in+psychiatric+rehabilittion)

- **Tondora, Miller, Slade et Davidson. *Partnering for Recovery in Mental Health: A Practical Guide to Person-Centered Planning*, 2014.**

- [http://www.amazon.com/Partnering-Recovery-Mental-Health-Person-Centered/dp/1118388577/ref=sr\\_1\\_1?ie=UTF8&qid=1459255392&sr=8-1&keywords=partnering+for+recovery+in+mental+health](http://www.amazon.com/Partnering-Recovery-Mental-Health-Person-Centered/dp/1118388577/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1459255392&sr=8-1&keywords=partnering+for+recovery+in+mental+health)

Questions?





Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada

# Prochain webinaire sur la pratique axée sur le rétablissement

**Date :** le jeudi 17 novembre 2016 de 13 h à 14 h 30,  
heure de l'Est

Pour regarder à nouveau ce webinaire ou le transmettre à quelqu'un, visitez le site  
<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/retablissement>





Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada

# Merci!

**Karla Thorpe**, directrice, Prévention et promotion  
kthorpe@commissionsantementale.ca

**D<sup>re</sup> Janis Tondora**, professeure adjointe au  
Département de psychiatrie de l'École de  
médecine de l'Université Yale

**Laura Mullaly**, coordonnatrice de programme  
lmullaly@commissionsantementale.ca

#mhcchopelives

 @MHCC\_

 /theMHCC

 @theMHCC

 /1MHCC

 /Mental Health Commission of Canada