HAL
open science

Mise en place d'un protocole de directives anticipées incitatives en psychiatrie en France

Léa Leclerc

To cite this version:

Léa Leclerc. Mise en place d'un protocole de directives anticipées incitatives en psychiatrie en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02389958

HAL Id: dumas-02389958

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02389958v1

Submitted on 2 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Mise en place d'un protocole de directives anticipées incitatives en psychiatrie en France

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Octobre 2019

Par Madame Léa LECLERC

Née le 11 juin 1990 à Chenove (21)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	**Président**
Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	**Assesseur**
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	**Directeur**
Madame le Docteur PONTIER Magali	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Mise en place d'un protocole de directives anticipées incitatives en psychiatrie en France

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Octobre 2019

Par Madame Léa LECLERC

Née le 11 juin 1990 à Chenove (21)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	**Président**
Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	**Assesseur**
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	**Directeur**
Madame le Docteur PONTIER Magali	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine :** Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique :** Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation :** Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières :** Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI
Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain

MM FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990
MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991
MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992
MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994
MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995
MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997
MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998
MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999
MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000
MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001
MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002
MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003
M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004
M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005
M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006
M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007
M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom
BOUBLI Léon
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (disponibilité)
AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RESSEGUIER Noémie
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)
BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Naudin, qui me fait l'honneur d'accepter de présider mon jury. Je le remercie pour ses encouragements et ses conseils tout au long de mon internat, sa gentillesse, sa disponibilité et pour l'opportunité qu'il m'offre de travailler au sein de son équipe.

A Monsieur le Professeur Auquier qui a accepté de siéger dans mon jury et qui m'a accueillie dans son unité de recherche et au sein de son enseignement de master 2, me permettant ainsi de me former à la recherche et de réaliser plusieurs travaux passionnants.

A Monsieur le Docteur Cermolacce, pour son soutien et sa bienveillance tout au long de ce travail et de mon internat. C'est une grande joie pour moi de travailler à ses côtés.

A Madame le Docteur Tinland pour la confiance qu'elle m'a accordé dans ce projet, pour m'avoir initiée et formée à la recherche et pour son aide précieuse dans la réalisation de ce travail de thèse.

A Madame le Docteur Pontier, pour son soutien, sa bonne humeur, son écoute, sa bienveillance et son amitié sincère.

A l'équipe de recherche du laboratoire de Santé Publique du Pr Auquier pour leurs conseils avisés. Je pense particulièrement à Sandrine et Mohamed que je remercie pour leur aide dans la réalisation de mes travaux.

A toutes les équipes qui ont croisé mon chemin et qui m'ont permis d'être la jeune psychiatre que je suis aujourd'hui. Pour certaines, il s'agit de véritables familles de cœur.

A tous mes co-internes qui m'ont accompagné dans ma formation et pour leur soutien. Je pense tout particulièrement à Karine, Chloé et Camille que la psychiatrie a mis sur mon chemin.

Aux tout nouveaux, Pauline, Sarah, Morgan et Cyprien qui m'ont entendu râler pendant plusieurs semaines, merci pour votre aide, vos conseils et votre soutien.

A la nouvelle famille marseillaise qui s'est formée, et je pense particulièrement à Barbara, Garance et Raphaëlle qui ont toujours été présentes. Merci pour tous ces moments partagés et votre écoute, vos rires et les potins. Ça ne serait pas pareil sans vous

A Maëlys pour sa gentillesse et sa douceur, et qui m'a supporté pendant la dernière ligne droite.

A Babouche qui m'a dissuadé de faire de la pneumologie et accompagné tout au long de mon parcours et qui profite des jours heureux avec ses amis.

A Paupau avec qui j'ai traversé toutes ces années de médecine et partagé tant de moments. Nous voilà toutes deux Docteurs, de nouvelles aventures vont commencer ! Merci de m'avoir soutenu au cours de cette dernière ligne droite. Faut pas couper.

A Sisi pour son poulet coco et l'agence matrimoniale.

A Anne, Lucie et Marine pour les fous rires, les voyages, le soutien et qui me font l'immense joie d'être toutes trois présentes à Marseille pour ce grand jour.

Aux anciens toujours présents et qui le seront encore, Anne-Sophie, Manon, Matthieu et Josselin. Merci pour votre amitié durant toutes ces années et votre présence aujourd'hui.

A ma famille adorée et un peu folle, qui constitue une grande source de réconfort et de soutien depuis toujours. Tant de bons moments et d'amour dans cette famille unique. Merci de me faire le plaisir d'être au rendez-vous ce soir.

A mon papa, qui aurait sans doute été très heureux de mon accomplissement personnel et professionnel.

A ma maman et Arnaud pour leur amour indéfectible, leurs conseils et leur soutien sans faille, les mots rassurants, leur présence, et qui me permettent d'avancer sereinement tous les jours. C'est à vous que je dédie cette thèse.

Je tiens également à remercier chaleureusement ceux qui n'ont pu être là aujourd'hui et qui contribuent à mon bonheur. Je pense à vous. PGR.

SOMMAIRE

I. Introduction 2
A. Contexte 2
B. Les Directives Anticipées en Psychiatrie : définition et généralités 4
C. Les objectifs des DAP : apports de la littérature 8
a. Objectifs quantitatifs des DAP 8
b. Objectifs qualitatifs des DAP 11
D. Objectifs de l'étude. 12
II. Méthodologie 13
A. Type d'étude 13
B. Déroulement 13
C. Population d'étude 14
i. Critères d'inclusion 14
ii. Critères de non inclusion et d'exclusion 14
iii. Randomisation et taille de l'échantillon 14
D. La démarche participative et les médiateurs de santé pairs et création de l'outil DAiP 15
E. Critères de jugement 16
F. Analyse statistique 18
III. Résultats attendus 19
IV. Discussion 20
V. Article soumis à la littérature. 23
Liste des abréviations 36
BIBLIOGRAPHIE 37
ANNEXE 44

I. Introduction

A. Contexte

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques peuvent connaître des fluctuations de leur capacité de discernement (1). En cas d'incompétence décisionnelle et de nécessité de soins psychiatriques, le recours aux soins sous contrainte est rendu possible et organisé par la loi du 5 juillet 2011 dans le but de prévenir tout préjudice (2). Lorsque la contrainte est utilisée, le principe de bienveillance l'emporte sur le principe d'autonomie dans l'équilibre éthique du clinicien. Alors qu'un nombre croissant d'études soulignent l'importance de l'autonomie et de l'autodétermination dans le processus de rétablissement des troubles psychiatriques sévères, d'autres études montrent l'impact nocif des soins sous contrainte pour le patient (3,4). Ces deux éléments de preuve apportent de nombreux dilemmes éthiques, qui ne se traduisent pas par une diminution de ce type de mesures. Dans plusieurs pays occidentaux, le taux d'hospitalisations psychiatriques sous contrainte tend à augmenter, passant de 42% en Belgique à 25% aux Pays-Bas (5). En France, cette augmentation a atteint 15 % entre 2012 et 2015 (6).

Les troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie, les troubles schizoaffectifs et les troubles bipolaires de type 1 sont pourvoyeurs de plus de la moitié des hospitalisations sous contrainte, la schizophrénie étant la pathologie la plus représentée (7)(8).

Toute forme de pratiques coercitives est difficilement compatible avec les soins en santé mentale fondés sur les droits de l'homme, et la réduction de la coercition est un défi mondial qui exige des actions urgentes (9). Ces chiffres incitent les pouvoirs publiques à rechercher de nouveaux outils afin de diminuer le nombre d'hospitalisations et de ré hospitalisations (10), d'améliorer l'autonomisation des patients et de soutenir la promotion du rétablissement en santé mentale, en mettant en place des stratégies préventives des rechutes (11).

Les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) constituent un outil thérapeutique préventif innovant, déjà largement utilisé dans la pratique courante psychiatrique dans plusieurs pays anglo saxons, européens et en Inde. En France, seules quelques équipes pionnières à Lille et à Villeurbanne les utilisent, sous différentes formes. Les DAP permettent de réintroduire le pouvoir décisionnel du patient au cœur du soin et de préserver son autonomie lors des décompensations. Plusieurs études d'efficacité sur les DAP ont montré des résultats significatifs tant sur le plan qualitatif que quantitatif, permettant notamment de réduire le

nombre d'hospitalisations libres et sans consentement, d'augmenter l'empowerment et d'améliorer l'alliance thérapeutique. Ces études placent ainsi les directives anticipées comme un dispositif de prévention précoce des rechutes (12–19).

Malgré ces études, la littérature actuelle est encore mince sur les DAP et sur leurs effets sur le parcours de soin (20). Notre protocole permettra d'étoffer les connaissances et de confirmer ou d'infirmer certaines hypothèses théoriques ou résultats d'autres essais. Le modèle choisi pour la mise en place du protocole en France est basé sur le travail de thèse du Dr Pontier (21), qui a montré l'intérêt du dispositif sur 6 patients sur le plan qualitatif, par l'amélioration de l'alliance thérapeutique, des connaissances des usagers sur leur état de santé. Cette étude pilote a ouvert la voie à une dynamique de recherche action participative, avec les médiateurs de santé pairs du CoFoR (Centre de Formation au Rétablissement) qui ont optimisés l'outil DAP initial pour le transformer en DAiP (Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie).

Notre protocole de recherche sur les DAiP, mise en place en janvier 2019, a pour objectifs de corréler les données de la littérature dans le contexte français, sur une cohorte de grande taille et multicentrique de patients souffrants de troubles psychiatriques sévères. L'innovation de cette étude est portée par la participation des médiateurs de santé pairs dans l'aide à la rédaction des DAP, selon le souhait du patient, ainsi que par la démarche collaborative du programme entre acteurs des soins, chercheurs et usagers.

Cette étude, orientée autour du rétablissement, constitue un véritable projet de société par le partage d'expertise entre les patients souffrant d'une maladie mentale, compétant par l'expérience de leur propre vécu de la maladie et aux équipes de soins en psychiatrie, détenteurs des connaissances théoriques. Elle s'ancre dans les objectifs actuels des politiques de santé mentale.

B. Les Directives Anticipées en Psychiatrie : définition et généralités

La notion de directives anticipées apparait dans la loi Leonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des patients (22), et concerne initialement la prise en charge des patients en fin de vie. Aujourd'hui, ce dispositif tend à s'étendre pour toutes les formes d'incompétences décisionnelles dans les pays anglo saxons, notamment en psychiatrie. Les DAP s'intègrent dans la pratique courante psychiatrique dans certains pays anglo saxons (Etats Unis, Canada, Australie, Nouvelle Zélande) européens (Suisse, Allemagne et Hollande) et en Inde (23). Szasz est l'un des premiers à développer le concept de directives anticipées, basé sur l'auto-détermination. Il explique que chaque personne peut décider de ses soins, et que les patients psychiatriques, via un « psychiatric will » ou « souhait psychiatrique » peuvent décider à l'avance de leur prise en charge en cas de décompensation (24).

En pratique, il s'agit d'un document écrit, consultable et modifiable à tout moment sous forme d'un livret. Les DAP sont rédigées par les patients dont les capacités de discernement ne sont pas altérées, avec la présence ou non d'un médiateur, dans l'éventualité d'une incapacité décisionnelle concernant sa future prise en charge. Elles sont l'expression libre et éclairée de la volonté du malade. Leur but est de respecter les souhaits du patient dans le cas où il ne pourrait plus les communiquer. Il s'agit d'un dispositif orienté sur le rétablissement, l'amélioration de l'autonomie du patient et de son auto détermination.

Le terme DAP est général. En psychiatrie, il en existe plusieurs types, qui diffèrent par la présence ou non d'un facilitateur, leur contenu et en fonction du cadre juridique. Ils ont tous en commun les préférences concernant le traitement (25–28). Les termes "crisis planning", "advance directives", "advance statements" peuvent être retrouvés dans la littérature pour désigner les DAP dans le contexte de la psychiatrie (19,26,29).

Parmi ces termes généraux, des formes plus spécifiques existent (détaillées plus loin), telles que les « crisis card », les « treatment plan », « ulysse directive » le contrat d'Ulysse, le « Wellness Recovery Action Plan » (WRAP), le « Joint Crisis Plan » (JCP), « care plan », « advance care plan », « advance decision-making » (13,14,30–33).

Les DAP les plus intensives contiennent généralement (34) :

- Le type de trouble psychique
- La désignation d'une ou plusieurs personnes de confiance
- Les personnes à contacter ou non en cas de crise
- Le traitement actuel
- Les antécédents
- Les traitements acceptés lors des crises et ceux à éviter, en précisant les alternatives possibles
- Les prodromes de la crise
- La conduite à tenir en cas de mise en danger
- Le choix des structures d'accueil du patient
- Des renseignements sociaux

Les Psychiatric advances directives », les « PADs » sont sous forme d'un document écrit, rédigé par le patient seul. Il reprend les souhaits concernant son futur traitement, les préférences générales dans ses soins et la désignation d'une personne de confiance. Ces directives anticipées sont surtout centrées sur le traitement des patients (30).

Une forme de PADs sont les « facilited psychiatric advance directives », qui sont des PADs rédigés à l'aide d'un travailleur social ou d'un éducateur de santé. Le patient peut également faire appel à son psychiatre dans l'aide à la rédaction.

Le Joint Crisis Plan (JCP), développé en Grand Bretagne, se déroule en plusieurs étapes. Un médiateur, qui ne fait pas partie de l'équipe médicale, rencontre le patient lors d'un premier entretien pour débuter la rédaction des DAP. Lors de cette rencontre, le médiateur explique au patient les thèmes qui seront abordés lors de la rédaction du document. Un second entretien permettra la rédaction du JCP finalisé en présence du patient, du médiateur et d'un membre de l'équipe de soin du patient. Le patient est encouragé à venir accompagné d'un membre de sa famille, d'un ami ou d'un avocat ou toutes autres personne qu'il jugera utile. Le rôle du médiateur est d'aider à formuler avec le patient des directives applicables dans les situations de crises et d'animer les échanges entre tous les participants. Le JCP est alors validé (30,31). Si aucun accord n'est établi, alors il s'agit d'une « crisis card », qui est l'expression simple des souhaits du patients (14).Il s'agit d'un protocole de recherche qui n'est pas encore utilisé dans la pratique courante psychiatrique.

Le « Treatment Plan » est centré sur le traitement des patients, largement utilisé en routine au Royaume-Uni. Il peut également contenir un plan d'action anticipé en cas de rechutes ou de crises. Le « treatment plan » est signé par le patient, qui conserve une copie (30).

Les « Ulysse directive », le « contrat d'Ulysse », sont des formes de directives anticipées employées au Pays-Bas et aux Etats- Unis. Il s'agit de directives utilisées seulement pour accepter à l'avance une hospitalisation et/ou un traitement (32,35,36). Elle peut avoir une valeur contraignante si elle est signée par deux médecins ou par un médecin et un psychologue agrée, qui atteste des capacités de discernement du patient au moment de la rédaction (37).

Le Wellness Recovery Action Plan, le « WRAP® » crée par Mary Ellen Copeland (38), usagère des services de santé mentale, est basé sur un approche de gestion autonome des troubles mentaux et de rétablissement. Le patient va décrire ce qui lui permet de rester bien psychiquement, puis les événements qui pourraient conduire à l'apparition et l'aggravation des symptômes. Ce plan permet aux patients d'identifier les facteurs de rechutes et de stabilisation de leur trouble psychique. Le WRAP® est rédigé par le patient lui-même sans intervention de facilitateur. Il comprend également la désignation d'une personne de confiance (30,39,40). Le WRAP® est reconnu par la United States Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA).

Le patient peut choisir de remettre ses DAP à son psychiatre traitant, aux personnes de confiance ou à toutes personnes de son choix. Ce dispositif constitue un support pour les équipes soignantes dans l'aide à la prise en charge des patients, pour prendre des décisions, notamment dans le cadre de l'urgence, lorsque le discernement est altéré. Les usagers peuvent modifier ou annuler leurs directives à tout moment.

Sur le plan médico-légal, les DAP ne sont pas opposables à la décision médicale en France. En Suisse, ou le cadre de jurisprudence est plus strict, le médecin peut s'écarter des directives s'il juge qu'elles ne correspondent plus à la volonté de la personne ou qu'elles ne sont pas applicables. En cas d'altération du discernement, le médecin doit rechercher si le patient a rédigé ses directives anticipées et les honorer, ou rechercher une personne de confiance désignée. Toutes les informations concernant la rédaction des directives, leur application et leurs bénéfices sont accessibles en libre distribution par les associations de patients (41,42).

La question du discernement est centrale dans le choix du moment de la rédaction des DAP, et dans la prise en charge psychiatrique. Pour le conseil d'éthique clinique des hôpitaux universitaires de Genève, la capacité de discernement est défini par « la capacité d'un individu

à comprendre une situation donnée et les choix qui s'offrent à lui dans cette situation, à évaluer les conséquences de chacun de ces choix, ainsi qu'à finalement décider pour lequel d'entre eux opter » (43). En 2004, l'équipe de Srebnik et Appelbaum a testé sur 80 sujets un outil d'évaluation de la capacité de discernement spécifique pour remplir des DAP, la CAT-PAD (The Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives). Cette échelle comporte trois dimensions : compréhension, appréciation et raisonnement. Dans ses résultats, l'équipe ne recommande pas l'utilisation de l'échelle systématiquement, seulement en cas de doute. Ils suggèrent que la capacité de discernement doit être évaluée par axes (44). Aucune étude ultérieure n'a évalué les propriétés psychométriques de la CAT-PAD, et il n'existe pas à l'heure actuelle pas de recommandation. D'autres modèles sont utilisés dans les études, dont l'un développé par Appelbaum et Grisso (45), applicable en psychiatrie et qui prévoit une capacité de discernement en fonction de quatre variables :

- Exprimer un choix
- Comprendre les informations
- Apprécier la situation et ses conséquences
- Utiliser les informations de façon rationnelle.

Dans notre protocole, le discernement est mesuré par l'échelle MacCAT-CR (Outil d'évaluation des compétences MacArthur pour la recherche clinique). Il s'agit d'une échelle d'évaluation semi-structurée qui évalue la capacité décisionnelle à des fins de recherche clinique. Quatre composantes de la capacité décisionnelle sont évaluées : la compréhension, l'appréciation, le raisonnement et le choix. Le MacCAT-CR présente de bonnes qualités psychométriques (46).

C. Les objectifs des DAP : apports de la littérature

Les données de littérature sont encore très pauvres en ce qui concerne les DAP. Seulement cinq essais contrôlés randomisés ont été réalisés à ce jour avec pour critère de jugement principal la diminution des hospitalisations sous contrainte. Les DAP ont des objectifs à la fois qualitatifs et quantitatifs.

a. Objectifs quantitatifs des DAP

Sur le plan quantitatif, les objectifs des DAP sont de diminuer les hospitalisations et ré hospitalisations en psychiatrie, leur durée, notamment sous contrainte.

En France, les troubles psychiatriques représentent 417 000 patients hospitalisés, 2.1 millions de patients ambulatoires, soit 21.1 millions d'actes en 2018, selon le Ministère chargé de la Santé, avec une durée des séjours nettement supérieures aux autres pathologies chroniques. On dénombre également plus de 81 000 hospitalisations sous contrainte (chiffres 2017) (47). Selon l'Assurance Maladie, le cout estimé des dépenses de santé des hospitalisations tous types confondus est évalué en 2016 à 19,8 milliards d'euros (soit 14% des dépenses de santé), soit le 2ème poste de dépenses du régime général après les hospitalisations ponctuelles (48).

Il est démontré dans la littérature que les mesures coercitives peuvent être traumatisantes pour les patients avec le développement de Syndrome de stress Post-Traumatique (SSPT) (3,4,49) et que les ré hospitalisations sont fréquentes (50)(20). Les placements d'office peuvent également avoir un effet négatif sur le rétablissement, notamment en renforçant la stigmatisation (51). En France, les mesures de contrainte concernent principalement les patients atteints de troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie, les troubles schizoaffectifs et les troubles bipolaires, la schizophrénie étant la pathologie la plus représentée (8).

Les interventions préventives visant à réduire les hospitalisations sous contrainte font partie des objectifs prioritaires des politiques de santé mentale en France, mais il n'existe pas de données probantes permettant de démontrer quelle intervention est la plus efficace. Néanmoins, parmi les interventions, les DAP semblent être les plus prometteuses.

Une première étude menée par l'équipe d'Henderson C and Al montre que l'utilisation des DAP sous forme du JCP permettait une réduction significative du nombre d'hospitalisation sous

contrainte, avec 27% d'hospitalisations dans le groupe témoin contre 13% dans le groupe expérimental (16).

En revanche, l'équipe de Papageorgiou and Al ne retrouve pas de différence significative entre les taux de réadmission des patients sous contrainte entre le groupe témoin et contrôle lors d'un essai randomisé réalisé en 2002 sur 156 patients (15). Ces résultats non significatifs sont expliqués par les auteurs par l'absence d'un facilitateur dans l'aide à la rédaction des DAP, et que la méthode employée n'était pas suffisante. Dans cette étude, une brochure était remise au patient qui remplissait les DAP en toute autonomie, sans encadrement médical ou avec un médiateur.

Une autre étude portée par l'équipe Thornicroft utilisant le JCP ne retrouve pas de résultat significatif sur la réduction des hospitalisations sous contrainte (17).

L'équipe de Ruchlewska and al a inclue 212 patients dans un essai randomisé contrôlé. L'un des groupes remplissait des DAP avec l'aide d'un défenseur des droits des patients et un autre groupe avec un clinicien. Ils ne trouvèrent pas d'effet significatif des directives anticipées sur le nombre d'hospitalisations sous contrainte ou libres, ni sur le nombre de consultations aux urgences (19).

Le dernier essai randomisé réalisé en 2018 par l'équipe de Lay and al retrouve une diminution significative des hospitalisations sous contrainte, avec 28% d'hospitalisation sous contrainte dans le groupe d'intervention contre 43% dans le groupe contrôle. Les DAP se présentaient sous forme d'un « crisis plan ». L'intervention associait également des mesures de psychoéducation et de suivi intensif (18).

Une méta analyse réalisée en 2016 compare l'efficacité des interventions de prévention des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie, dont les directives anticipées. Elle met en évidence une réduction significative de 23% des hospitalisations sous contrainte dans les essais randomisés contrôles testant l'efficacité des DAP (RR, 0,77 ; IC à 95 %, 0,60 à 0,98 ; I2 = 2,2 %) (n = 1102) parmi les autres interventions préventives tel que les ordonnances de traitement obligatoires, les actions d'amélioration de l'alliance thérapeutique et les traitement psycho éducatifs. L'étude inclue les études réalisées par Papageorgiou, Henderson, Thornicroft et Ruchlewska sus cités (29).

Une méta-analyse plus récente de 2019 met à jour les informations en intégrant l'essai randomisé de l'équipe de Lay and al dans ses analyses, et retrouve une réduction des hospitalisations sous contrainte avec les DAP à hauteur de 25% de réduction en comparaison à la prise en charge habituelle (RR = 0,75 (95% CI 0,61-0,93 ; p= 0,008)) (26).

Nous retrouvons également dans la littérature que la mise en place d'un facilitateur permet d'améliorer l'achèvement des documents et l'alliance thérapeutique (13,52) et notamment lorsqu'il s'agit d'un facilitateur défenseur des droits du patient qui n'est pas le clinicien (19). D'autres auteurs retrouvent que la majorité des patients souhaite être soutenu dans la rédaction de leur directives et avoir un rôle plus actif dans leur prise de décision concernant leurs soins psychiatriques (53,54).

La méta analyse de Cochrane Collaboration de 2009 incluant les essais d'Henderson and Al et de Papageorgiou and Al ne permet pas de formuler des recommandations thérapeutiques mais indique que les formes de DAP incluant un facilitateur sont prometteuses (55).

b. Objectifs qualitatifs des DAP

Sur le plan qualitatif, plusieurs études mettent en évidence des résultats intéressants sur l'alliance thérapeutique, l'insight, l'empowerment, l'autonomie et la perception de la contrainte chez les usagers des soins.

Il s'agit d'un outil qui offre la possibilité à l'usager d'exprimer de façon libre sa volonté et ses souhaits sur sa prise en charge, en conservant son pouvoir décisionnel et son autonomie (12–14). En remplissant les directives, le patient, le médiateur et tout acteur des soins consacrent un temps à s'entretenir notamment autour de la décompensation psychiatrique, des prodromes de la crise, des traitements, de la contrainte aux soins, des personnes de confiance. L'usager est impliqué dans sa prise en charge en planifiant ses soins, en imaginant et discutant des scénarios possibles et aux alternatives possibles. En partageant ses DAP, les usagers ouvrent le dialogue de façon précise sur le moment de la crise et de la décompensation. Il s'agit pour certains auteurs d'un « partage d'expertise » entre usager du soin, qui présentent un vécu expérientiel de la maladie mentale, avec le psychiatre et l'équipe soignante, détenteurs du savoir théorique (56). L'alliance thérapeutique est alors valorisée ainsi que l'auto détermination des patients. Cette collaboration améliorerait également l'adhésion aux soins (12).

Les DAP étant des documents écrits, consultables à tout moment et modifiables, ils servent de véritables outils thérapeutiques avancés et de prévention précoce des rechutes. D'une part, leur rédaction permettent d'améliorer la connaissance de soi et de sa pathologie, par l'appropriation de ses troubles et leur compréhension, et améliore ainsi l'insight. D'autre part, le patient et les personnes de confiance peuvent s'y référer en cas de besoin, et prévenir les rechutes avant une décompensation plus importante (14,52,57–59).

Certaines études suggèrent également que la mise en place des DAP réduirait la perception de contrainte liée aux soins par les patients (60).

La littérature récente fait état d'une volonté des psychiatres d'utiliser les DAP dans leur pratique. Dans une étude Allemande publiée en 2018, 80,7% des 396 psychiatres interrogés se disent favorables à l'implantation des DAP (61).

D. Objectifs de l'étude.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité du dispositif sur la réduction des hospitalisations sous contrainte des DAiP en comparaison d'un suivi habituel pour des patients souffrant de schizophrénie, de troubles bipolaires, de troubles schizoaffectifs après 12 mois d'intervention.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Évaluer l'effet de l'intervention sur le nombre et la durée des hospitalisations libres et sous contrainte.
- Évaluer l'efficacité des DAiP sur l'alliance thérapeutique, l'empowerment, le rétablissement, la gravité clinique, l'insight et la qualité de vie.
- Évaluer le coût de l'intervention et les coûts médicaux évités.

II. Méthodologie

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude interventionnelle multicentrique, randomisée, comparative, prospective d'évaluation de l'impact sur le parcours de soins d'un programme de rédaction accompagnée de DAiP pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. Deux groupes seront comparés : un groupe de sujets bénéficiant de la rédaction des DAiP et un groupe de sujets comparatif, bénéficiant d'un suivi psychiatrique classique sans rédaction des DAiP. L'étude se déroule sur une période de 12 mois, avec 12 mois de recrutement et 12 mois de suivi, à partir de janvier 2019, dans les sites de Marseille, Lyon et Paris. En parallèle, une étude qualitative sera conduite afin de déterminer les trajectoires de rétablissement des individus, les dynamiques institutionnelles et les pratiques professionnelles des pairs-aidants.

B. Déroulement

Les patients inclus dans l'étude font partie de la file active des médecins investigateurs. Dans un premier temps, les DAiP sont présentées par le psychiatre à son patient qui lui délivre une notice d'information reprenant les objectifs du programme. Un entretien avec un enquêteur de la recherche est ensuite organisé. Lors de cette rencontre, l'enquêteur explique au patient le déroulement de la recherche et répond aux possibles interrogations. Le consentement libre et éclairé est ensuite signé. Les patients sont randomisés à la suite du recrutement, en ouvert. Après l'inclusion, l'enquêteur rencontre les patients à 6 mois puis à 12 mois.

Les patients du bras « DAiP » sont incités à remplir et modifier leur DAiP avec l'aide d'un travailleur de santé pair. Ils ont bien sûr la possibilité de les remplir seul ou avec la personne de leur choix. Les patients sont également incités à identifier une personne de confiance et à leur partager ce document, ainsi qu'à leur psychiatre. En cas d'hospitalisation, le patient pourra remettre ce document aux soignants afin d'adapter la prise en charge selon ses directives. Les soignants n'ont pas l'obligation légale de suivre les directives si elles ne sont pas applicables au contexte thérapeutique. Le nombre de rencontres avec les médiateurs de santé pairs dans l'aide à la rédaction des DAiP est décidé selon les souhaits du patient. Les patients inclus dans le bras comparatif « suivi habituel » seront suivis de façon classique par leur psychiatre traitant.

C. Population d'étude

i. Critères d'inclusion

Sont inclus dans l'étude les patients âgés de plus de 18 ans, ayant un diagnostic de schizophrénie, de trouble bipolaire de type 1 ou de trouble schizoaffectif définis par le DSM-IV, bénéficiant d'un suivi par un psychiatre traitant investigateur, ayant été hospitalisés sous contrainte au moins 1 fois au cours des 12 mois précédant l'inclusion, en situation de compétence décisionnelle définie par le questionnaire MacCAT-CR, capable de lire, d'écrire, affilié à un régime de protection sociale.

ii. Critères de non inclusion et d'exclusion

Ne sont pas inclus dans l'étude les patients participant à une autre étude au moment de l'inclusion, en situation d'incompétence décisionnelle, incapable de lire et d'écrire, non affilié à un régime de protection sociale, sous tutelle. Les patients mineurs et refusant de participer à l'étude n'ont pas été inclus. Sont exclus les patients retirant leur consentement au cours de l'étude.

iii. Randomisation et taille de l'échantillon

La randomisation est une randomisation équilibrée avec un ratio 1:1 par bloc de 10 patients, stratifiée par site, avec une liste par site réalisée sous le logiciel R en amont de l'étude. La randomisation est informatisée au moyen d'un logiciel sécurisé dédié, Redcap. La taille de l'échantillon a été calculée pour obtenir 85 % de puissance, pour détecter une différence de 33 % du taux d'hospitalisation sous contrainte lors du suivi de 12 mois entre les deux groupes (26), avec un point de référence de 42,6 % (62). Avec une valeur p significative de 0,05, ces calculs ont montré qu'un total de 324 personnes est nécessaire ; ce qui permet d'inclure un potentiel de 10 % des personnes perdues de vue et de 10 % des personnes non affectées, un total de 400 personnes devra être inclus. Selon le nombre de psychiatres impliqués et la file d'attente active de chacun, le nombre par site est de 150 à Lyon, 100 à Paris et 150 à Marseille. Compte tenu du potentiel d'inclusion de chaque centre participant, la durée d'inclusion est prévue sur une période de 12 mois. La période de participation prévue pour les personnes incluses est de 12 mois.

D. La démarche participative et les médiateurs de santé pairs et création de l'outil DAiP

Née dans les années 1990 dans les services de santé mentale nord-américains, les pairs-aidants sont des usagers des soins psychiatriques, qui connaissent les troubles par leur vécu expérientiel. Ils sont formés pour apporter leur aide aux autres usagers (63,64). L'étude pilote du travail de thèse du Dr Pontier en 2015 a permis de tester la faisabilité d'une première version du protocole de DAP sur 6 patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, s'inspirant du modèle du JCP. L'intérêt de la démarche, tant pour les usagers des soins que pour les équipes soignantes, a été mise en avant dans les résultats de l'étude. Le Dr Pontier a choisi l'intervention d'un facilitateur qui ne faisait pas partie de l'équipe soignante dans l'aide à la rédaction des DAP, afin d'aider les patients à comprendre l'outil et à s'exprimer librement (21). A la suite de cette étude, les médiateurs de santé pairs de Marseille de plusieurs collectifs se sont penchés sur cet outil, en le modifiant, le remaniant, et en le partageant autours d'eux. Ces échanges et l'expérimentation du dispositif au sein de ces collectifs ont permis l'élaboration de la version définitive des DAiP de notre protocole. La nécessité de la mise en place d'une aide à la rédaction par des médiateurs pairs en dehors de l'institution a également été soulignée. La rédaction des DAiP va également faire partie de la formation au sein du Centre de Formation au Rétablissement (CoFoR), afin de permettre une uniformité de l'intervention.

Tout au long du programme, des chercheurs, médecins investigateurs et travailleurs de santé pairs travaillent ensemble dans une démarche collaborative. Cette collaboration vise d'une part à garantir la participation effective des patients du bras expérimental sur le plan individuel par la rédaction des DAiP, par la valorisation du pouvoir décisionnel, du pouvoir d'agir, mais aussi sur le plan collectif par le recueil des opinions et des propositions des usagers. D'autre part, cette alliance multidisciplinaire et ces échanges visent à formuler des recommandations, à améliorer le dispositif de mise en place des DAiP et ainsi mieux définir les conditions d'application du programme pour *in fine*, une généralisation dans la pratique clinique courante.

Les médiateurs de santé pairs occupent une place prédominante dans la mise en place du programme. Ils accompagnent les patients dans la rédaction de leur DAiP, leur modification et leur application, et sont des intermédiaires privilégiés entre les équipes soignantes et les usagers des soins.

E. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de l'étude est le nombre d'hospitalisations sous contrainte sur une période de 12 mois. Ces données sont recueillies à partir des questionnaires remis aux patients et aux médecins, croisées avec les données du PMSI.

Les critères de jugements secondaires regroupent plusieurs volets.

- Le volet relatif au champ sanitaire évalue les caractéristiques socio-démographiques des patients inclus, le recours aux soins et le ratio coût efficacité.
- L'alliance thérapeutique est évaluée par le questionnaire 4 Point Alliance Self Report (4PAS), échelle française validée qui a montré de bonnes caractéristiques psychométriques. Cette échelle d'auto-évaluation permet de décrire deux dimensions (empathie vécue et psychoéducation) et un score global. Plus le score est élevé, plus l'alliance thérapeutique est forte (65).
- Le rétablissement en santé mentale est défini par le fait de vivre une vie aussi satisfaisante que possible avec des symptômes psychiques. Dans notre étude, il est mesuré sous forme d'un auto questionnaire, le Recovery Assessment Scale (RAS) explorant 5 dimensions : la confiance en soi, la capacité à demander de l'aide, les objectifs de vie, la confiance en autrui, l'absence de contrôle par les symptômes (66,67).
- Le nombre de rechutes à un an sera mesuré par l'échelle d'Impression Globale Clinique (ICG), largement utilisée dans les essais cliniques. Elle permet de mesurer également la sévérité des troubles et leur amélioration globale du patient (68).
- La conscience des troubles, évaluée par l'échelle Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder (SUMD) est l'un des outils les plus répandu pour mesurer ce paramètre et présente une bonne fiabilité. Elle comporte neuf éléments décrivant trois dimensions: la conscience des troubles et la nécessité d'un traitement, la conscience des symptômes positifs et la conscience des symptômes négatifs (69).
- Il inclut également les indicateurs de vécu du patient tel que l'empowerment mesuré par l'Empowerment Scale (70), qui sera validée en français au cours de l'étude.
- La qualité de vie sera mesurée par l'échelle Subjective Quality of Life dans sa version courte (SQOL18), qui comprend 18 items décrivant huit dimensions : bien-être psychologique, estime de soi, relations familiales, relations avec les amis, résilience, bien-être physique, autonomie et vie sentimentale. Les dimensions et le score de l'indice

vont de 0, indiquant la qualité de vie la plus basse, à 100, la qualité de vie la plus élevée (69,71).

- La satisfaction des usagers du programme, de leurs aidants et des soignants impliqués sera mesurée par l'échelle Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8), qui est la plus employée dans les services de santé mentale. La fourchette va de 8 à 32, les scores les plus élevés indiquant une plus grande satisfaction. La satisfaction des personnes de confiance et des soignants impliqués est également évaluée par une adaptation du CSQ-8 (72).
- La gravité des symptômes psychiques sera évaluée à l'aide du Colorado Symptom Index Modifié (MCSI), auto questionnaire de 14 items qui présente une excellente fiabilité et validité et permet d'évaluer à quelle fréquence, au cours du dernier mois, une personne a éprouvé divers symptômes de santé mentale, dont la solitude, la dépression, l'anxiété et la paranoïa. Un score élevé indique une plus grande probabilité de problèmes de santé mentale. (73).
- La précarité sera mesurée par le score EPICES. Plus le score est élevé, plus la précarité de la personne est grande, avec un cut-off à 30,7 qui définit l'état de précarité (74).

Une évaluation des critères de structure et de processus sera également réalisée.

Sur le plan qualitatif, les trajectoires de vie des personnes, les dynamiques institutionnelles mises en place autour des DAiP, les représentations des usagers, des soignants et des aidants, les possibilités de propagation du programme ainsi que les aspects éthiques et juridiques seront mises en perspectives.

F. Analyse statistique

Le traitement des données sera réalisé à partir du logiciel SPSS version 20.0 sous Windows par le statisticien de l'Unité d'Aide Méthodologique à la Recherche Clinique, en conformité avec les Bonnes Pratiques épidémiologiques. Le rapport final sera rédigé selon les recommandations CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials). L'analyse statistique principale portera sur la population en intention de traiter. Une analyse secondaire sera réalisée en population per protocole. Dans un premier temps une analyse descriptive portant sur l'ensemble de l'échantillon sera réalisée en déterminant les effectifs, proportion et intervalle de confiance pour les variables qualitatives, moyenne, médiane et écart type pour les variables quantitatives.

Le critère de jugement principal défini par le nombre d'hospitalisations sous contrainte sur une période de 12 mois sera comparé entre les deux groupes à l'aide du test T de Student. Les critères de jugements secondaires seront comparés dans les deux groupes selon les tests Anova ou de Kruskall-Wallis pour les variables quantitatives et le test Khi-2 pour les variables qualitatives. Les critères reposant sur les échelles de mesures seront calculés en fonction des algorithmes de scorage fournis par les concepteurs de ces échelles. Une attention particulière sera portée sur les facteurs de confusion connus ou suspectés (âge, genre), et seront pris en compte dans l'analyse par méthode de stratification. La proportion et les motifs des perdus de vue seront détaillés et comparés dans les deux groupes. Une analyse coût efficacité du programme sera également réalisée.

III. Résultats attendus.

Notre étude dont les objectifs sont à la fois quantitatifs et qualitatifs va permettre d'apporter des connaissances supplémentaires sur les DAP, leur efficacité, leur utilité, les conditions de mise en place, leur acceptation et leur accessibilité dans une optique de généralisation du programme en France dans la pratique courante psychiatrique.

Sur le plan quantitatif, nous attendons une diminution du nombre d'hospitalisation sous contrainte et du total d'hospitalisations, de ré hospitalisations et de la durée des séjours.

Sur le plan qualitatif, le dispositif vise à placer l'usager au cœur du dispositif de soin, centré sur le rétablissement, par l'amélioration de l'empowerment et du pouvoir décisionnel, de l'insight, de la qualité de vie et de l'alliance thérapeutique. La validation de l'échelle de Rogers « l'Empowerment Scale » (70) en français fait partie également des objectifs de cette étude, et fera l'objet de la rédaction d'un article.

Nous attendons de la démarche participative une meilleure vision des bénéfices attendus du programme sur le plan individuel mais aussi des bénéfices inattendus au niveau des dynamiques systémiques et relationnelles, qui sont recueillis tout au long du programme, de sa mise en place jusqu'à son application. Les usagers, les chercheurs, médecins investigateurs et travailleurs de santé pairs sont amenés à donner leur avis, à proposer des modifications au programme pour le rendre plus accessible ou applicable.

IV. Discussion

Dans cette étude, nous examinons l'efficacité d'un nouveau protocole de DAP, les DAiP, sur la réduction des hospitalisations sous contrainte et d'autres hypothèses qualitatives comme l'amélioration de l'autonomie, de l'empowerment, du rétablissement, de l'alliance thérapeutique et de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux sévères. Le groupe d'intervention est comparé à un groupe de suivi psychiatrique habituel. L'innovation de cette étude est l'implication de médiateurs de santé pairs comme facilitateur dans l'aide à la rédaction des DAiP.

Si l'on considère la littérature concernant les DAP, seulement cinq essais contrôlés randomisés dont le critère de jugement principal est la diminution des hospitalisations sous contrainte ont été menés. Les résultats de ces études sont contradictoires, avec une efficacité démontrée du dispositif avec l'équipe de Henderson et de Lay (16,18), et non significative dans les autres essais (13,15,19).

Trois méta analyses ont été réalisées incluant les DAP.

La méta analyse de Cochrane de 2009 intègre l'ensemble des essais concernant les DAP, mais ne peut conclure sur des recommandations (55).

Deux d'entre elles se concentrent sur les mesures préventives des contraintes aux soins, incluant seulement les essais qui ont pour critère de jugement principal la diminution des hospitalisations sous contrainte. Elles retrouvent une diminution significative des hospitalisations sous contrainte allant de 23 à 25% (26,29). La nécessité d'apporter de nouvelles données à la recherche sur les DAP est pertinente.

Notre protocole comporte plusieurs points forts.

Les DAiP sont une forme intensive de DAP, avec la proposition systématique de soutien à la rédaction par un pair. Ils constituent de véritables conseillers en soins, et aident les patients à comprendre le dispositif DAiP, son application, les enjeux, et à faciliter sa réalisation. Nous supposons que la participation des pairs engendrera moins de pression à la rédaction des documents chez les patients qu'avec d'autres professionnels. L'intégration des pairs-aidants dans le protocole constitue un challenge malgré les avantages identifiés par les études (63,75). En France le mouvement psychiatrique de rétablissement est encore limité, bien qu'en croissance (76), et il n'existe que 50 pairs-aidants dans les équipes de santé mentale sur

l'ensemble du territoire français. Cette nouvelle tâche spécifique devrait améliorer l'intégration des pairs sans entrer dans une concurrence avec d'autres type de professionnels. Il s'agit à notre connaissance du premier essai contrôlé randomisé au monde qui propose des DAP facilitées par des pairs-aidants.

Le nombre de centres inclus et de psychiatres investigateurs reflètent la diversité des pratiques psychiatriques en France. Trente-cinq psychiatres ont collaboré dans l'étude, au sein de 7 hôpitaux, dans 3 villes différentes. La collecte de leurs opinions au terme de l'étude fournira également des informations sur l'acceptabilité et l'application des outils dans la pratique actuelle.

La dimension participative de l'étude, à la fois avec une co-construction préalable de l'outil DAiP avec un collectif d'usagers et avec le rôle central des pairs-aidants est également un point fort de cette étude. L'approche qualitative est également particulièrement intéressante pour compléter l'approche quantitative, la contrainte étant fortement influencée par les configurations des services et la culture des professionnels de santé. La combinaison des méthodes et leur triangulation tout au long du processus de recherche permet de mieux comprendre les conditions dans lesquelles les DAiP peuvent être déployées dans un contexte législatif non contraignant.

Néanmoins, plusieurs limites apparaissent dans ce modèle.

Le calcul de la taille de l'échantillon a été effectué avec une forte attente de réduction des hospitalisations, sur la base des résultats de l'étude d'Henderson, qui a montré des résultats significatifs (16), et dans l'hypothèse que toutes les personnes incluses remplissent et utilisent le document. Cette confiance s'est enracinée dans l'utilisation préliminaire de l'outil à Marseille, avec des volontaires inscrits dans un groupe de soutien par les médiateurs pairs, suivis par des psychiatres axés sur le rétablissement. L'application de l'outil dans le cadre habituel pourrait être plus difficile que prévu et affecter l'intensité et l'efficacité du dispositif DAiP.

L'échantillon n'est également pas représentatif de l'ensemble de la population générale des usagers des soins psychiatriques, mais concerne néanmoins les troubles sévères pourvoyeurs de plus de la moitié des hospitalisations sous contrainte (77).

A ce jour, nous avons peu de perspectives sur les difficultés possibles de mise en place de notre dispositif dans le système de soin. La question de l'accessibilité et de la diffusion des DAiP est centrale, et concerne plusieurs niveaux, tant organisationnel qu'individuel (78). Les difficultés d'accès au document en cas de crise ou pendant le suivi, les demandes inappropriées, le manque de communication entre les acteurs de soins, le manque de formation de l'équipe, le conflit d'intérêt potentiel entre le médecin et le patient sont des barrières fréquemment soulevées dans la littérature (79–81).

La question de la prise de décision anticipée est liée à la question du discernement en santé mentale et à la capacité décisionnelle. Cette question est sensible dans cette étude puisque la gravité des symptômes, les hospitalisations sous contrainte et le refus de traitement sont les facteurs de risque les plus importants d'incapacité décisionnelle (82). Dans notre étude, l'évaluation des capacités de discernement est mesurée par la MacCAT-CR, afin de détecter les altérations des capacités décisionnelles des patients à un temps précis, l'inclusion. La fluctuation des capacités de discernement au cours du temps des troubles psychiatriques peut être un frein à l'élaboration des DAiP dans cette population sensible et nous intéresse particulièrement. Elle sera également évaluée lors d'entretiens semi-structurés et de groupes de discussion.

V. Article soumis à la littérature.

Psychiatric Advance Directives supported by peer-workers for people living with schizophrenia, bipolar I disorders, or schizoaffective disorders: Study protocol for randomized controlled trial

Abstract

BACKGROUND: Compulsory hospitalization is rising despite serious ethical concerns. Among measures to reduce compulsory admissions, Psychiatric Advance Directives (PAD) are the most promising, with a greater effectiveness of intensive and facilitated PAD. The aim of the study is to experiment an intensive form of Psychiatric Advance Directives with facilitation by a peer-worker.

METHODS: A mixed method research with a multicentre randomized controlled trial and qualitative approach is conducted from January 2019 to January 2021 with intent-to-treat analysis. **Setting:** Seven hospitals in three French cities: Lyon, Marseille, and Paris. Research assistants are meeting each participant at baseline, 6 months and 12 months after inclusion for face-to-face interviews. **Participants:** 400 persons with a DSM-V diagnosis of bipolar I disorder (BP1), schizophrenia (SCZ), or schizoaffective disorders (SCZaff), having compulsory admissions since less than 12 months, being able to consent (Mc-CAT-), being more than 18 years old, and able to understand French. **Interventions:** The experimental group (i-PAD-pw) (expected n=200) is invited to fill a document describing its crisis plan and its wills in case of loss of mental capacity. Persons meet a peer-worker specially formed to help with. They are invited to nominate a reliable person, and to share the document with this person, and his psychiatrist. The Usual Care (UC) group (expected n=200) is followed as usual. **Main outcomes and measures**: The primary outcome is the rate of compulsory hospitalization admissions during the follow-up of 12 months. Secondary outcomes include therapeutic alliance (4-PAS), empowerment (ES), recovery (RAS), quality of life (S-QoL18), mental health symptoms (MCSI), awareness of disorders (SUMD), severity of disease (ICG), satisfaction (CSQ8), and overall costs.

DISCUSSION: Implication of peer-workers in PAD and in provision of care, potential barriers of shared-decision making, methodological issues of evaluating complex intervention, policy-based evidence making, and importance of the qualitative evaluation of the context in constraint research are discussed.

TRIAL REGISTRATION ClinicalTrials.gov identifier: **NCT03630822 -KEY WORDS** Facilitated Psychiatric Advances Directives, Peer Workers, Compulsory Care, Advance Decision Making, Shared Decision Making.

Background

Persons with mental illness can experience fluctuations in mental state, with more or less alteration of mental capacity (1). In case of decisional incompetence and need for care, the use of forced care is made possible and organized by law with the objective to prevent harm (2). When compulsion is used, the principle of benevolence prevails over the principle of autonomy in the ethical balance of the clinician. However, on the one hand, a growing number of studies show the importance of autonomy and self-determination in the recovery from severe mental disorders, and on the other hand, a growing number of studies show the harmful impact of forced care on the patient (3,4). These two bodies of evidence complicate the assessment of the weight of each ethical argument and bring many dilemmas, but do not translate into a decrease in this type of measures (+15% in France between 2012 and 2015)(6).

Research in the field of coercion is complex and raises several methodological questions; nevertheless recent meta-analysis identified several robust studies on interventions to reduce compulsory hospitalizations for persons with severe mental illness. Among four sub-groups (advance statements, community treatment orders, compliance enhancement, and integrated treatment), advance statement was the most promising intervention, showing statistically significant and clinically relevant reduction in compulsory admissions in adult psychiatric patients (29).

Advance statement, or advance directive is a general term containing person's preferences, wishes, beliefs and values regarding their future care in the event of loss capacity, initially used in end-of-life context. They also enable the appointment of a “nominated person”, the reliable person.

In psychiatry, the person writes advance statement when having his/her complete mental capacity in the event of loss of decision-making capacity. Several types are available, different from the presence or not of a facilitator, their content and the legal framework (25–28). Terms “advance statements”; “advances directives” and “crisis planning” are gathered under the term of Psychiatric Advance directives (PADs) (19,26,29). Among these general terms, specific forms existed such as crisis cards, treatment plans, Ulysse Directives, joint crisis plan (JCP), facilitated psychiatric advance directives, care plan, advance care plan, advance decision-making, or even the wellness recovery action plan (WRAP) (13,14,30,32,33,35,38,83). PAD’s have all in common treatment preferences, but can include designation of the reliable person, diagnosis, and more or less detailed crisis plan (34). In some forms, the psychiatrist, the trusted person and the person themselves must sign the document. Sharing conditions also differ according to the socio-cultural context.

Considering current literature on the effects of PADs on reducing compulsory admissions as primary outcome, five RCTs of high methodological quality were conducted, using different models of PADs. Two of them used JCP, a specific form of PADs using a mental health care professional as a facilitator

(16,17). One trial used an intensive crisis planning with a crisis card (18). Another used special type of crisis card, drafted with a clinician or a patient advocate (19). Finally, one trial used advance directive without facilitator (15). The most recent meta-analysis including these 5 articles shows a 25% reduction in compulsory admissions for patients receiving PADs compared to usual care (risk ratio 0.75, 95% CI 0.61–0.93, $P = 0.008$) (Molyneaux et al. 2019).

Futhermore, secondary outcomes of PADs show an improvement of empowerment and self-determination, awareness, comprehension and appropriation of symptoms and partnership (12–14,16,19,52,57–59,81). In addition to that, using facilitated PADs would make them more likely to be valid and effective, particularly when the facilitator is not a clinician (13,19,52) which is consistent with the conclusions of the meta-analyses on the greater effectiveness of intensive and facilitated PAD's. Studies suggests that most participants request writing assistance to create PADs and a more active and collaborative role about their psychiatric care (53,54).

In France advance directives were created by the law of April 22, 2005 mainly used to end-of-life healthcare (22). PADs are only used at the margin, by few pioneering teams such as Lille or Villeurbanne, and in different forms.

This is the case in Marseille, where a collective defending the rights of persons living with mental health problems has embraced an advance directive document used in a preliminary study in Marseille, based on JCP model. From there, the collective has developed a peer-work practice around facilitation of PADs. Introduced in the 1990s in North American mental healthcare services, peer-workers have lived mental health challenges and are trained to support others (84). They have a central role in promotion of recovery and recovery-oriented practices (63,64)(Repper, 2011 or Davidson, 2012). These Marseille PADs supported by peer-worker have been tested and improved by collective's members and psychiatric care users, leading to a final version used in the study protocol and called i-PAD-pw (appendix x).

At our knowledge, no form of PADs with a peer-worker as facilitator to fill out the document has ever been evaluated. Moreover, no study on PADs has ever been carried out in the French context.

In order to evaluate this intervention, a multicentre, randomized controlled study was designated to assess the impact of an intensive form of Psychiatric Advances Directives with the support of a peer-worker (i-PAD-pw) in comparison with a classical follow-up by a psychiatrist (Usual Care - UC), on the rate of compulsory hospitalization admissions during the follow-up of 12 months.

Methods

Design and population

The research will use a mixed methods design. A multicenter, open-label randomized controlled, two-parallel group pragmatic study is employed to evaluate the effectiveness of i-PAD-pw. In parallel, a qualitative study is conducted to document the recovery trajectories of individuals, institutional dynamics, and professional practices of peer-workers of i-PAD-pw.

Subjects are referred from their psychiatrists, the recruiting being performed in seven hospitals across three main cities in France: three hospitals in Marseille (APHM, CHS Edouard Toulouse, CHS Valvert), two hospitals in Lyon (CHS Le Vinatier, St Jean de Dieu) and two hospitals in Paris (GHU and CHS Aubervilliers). Trained research assistants check eligibility criteria, describe the study, respond to any questions the candidates may have and obtain written informed consent. Participants are then randomly assigned to either the intensive Psychiatric Advance Directives with the support of a peer-worker (Group 1) or Treatment-as-Usual (Group 2). The 1:1 randomization is stratified by centre and a computer-generated randomization list is created using a permuted block-design. The methodologist has generated the allocation sequence, psychiatrists and research assistants enrol participants, and research assistants assign participants to interventions using the computer.

Trained research assistants will collect quantitative data during face-to-face interviews at different points in time between inclusion and 12-month follow-up.

Inclusion and exclusion criteria

The inclusion criteria are as follows: over 18 years of age; having a diagnosis of schizophrenia or bipolar I disorder or schizoaffective disorders according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V) criteria; having been compulsory hospitalized in the past 12 months; having decisional capacity assessed by psychiatrist with the help of a tool describing the four component abilities of a decisional capacity standard: understanding, appreciation, reasoning, and choice, specifically developed from the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR)(46); being covered by French government health insurance; and speaking French. Exclusion criteria include the following: being considered unable to provide informed consent and being under guardianship.

Interventions

- Experimental Group: intensive Psychiatric Advance Directives with the support of a peer-worker (i-PAD-pw). Each person assigned to the experimental group is invited to fill a document describing his

crisis plan and his wills in case of being unable to consent[1], and to meet a peer-worker specially formed to help with. He is invited to share the document with his "reliable person", and his psychiatrist. The meeting around the document between the peer-worker and the participant takes place as soon as the latter decides to do so, and the support offered lasts as long as necessary. Peer workers are recruited specifically for this study, and trained together from the protocol, on the one hand to ensure both compliance with the protocol and consistency of practice, and on the other hand to better define this new practice (what time is needed, what are the obstacles and facilitators). Regular exchanges are organised between them, and with the entire research team, via web conferences, and regular meetings.
- Control Group: Usual Care (UC). Persons assigned to the control group are followed as usual by his psychiatrist.

Participant time line

3 visits are planned with research assistants: inclusion and baseline interview (M0), 6 months interview (M6) and 12 months (M12) interview (see figure 1).

Research assistant invite participants from the experimental group to meet the peer-worker as soon as they are included, by proposing an immediate phone call to arrange an appointment. All contact information is provided.

Outcome measures

Primary outcome

The primary outcome is the rate of compulsory hospitalization admissions at 12-months of follow up, from local medical databases, crosschecked and completed with declarative data, in particular for hospitalizations in other places (non-local).

Secondary outcomes

- The number of inpatient days is measured both from local administrative databases and self-reported data.
- Quality of life is assessed using the Subjective Quality-of-Life scale (S-QoL 18 scale), which comprises 18 items describing eight dimensions: psychological well-being, self esteem, family relationships, relationships with friends, resilience, physical well-being, autonomy, and sentimental life (71). Dimensions and index score range from 0, indicating the lowest quality of life, to 100, the highest quality of life.

[1] The document (appendice x) contains the name and contact of the reliable person of the participant, the name of the persons to be contacted or not in case of crisis, the triggering signs and what helps or does not help at this stage, the procedure to be followed in the event of a danger, what helps in case of a crisis and what does not, the treatments and others things accepted during crises and those to be avoided, and the choice of patient care facilities. *Objections, values, and principles can be stipulated in the documents.*

- Recovery is assessed using the Recovery Assessment Scale (RAS), which measures various aspects of recovery from the perspective of the consumer, with a particular emphasis of hope and self-determination (67,85). This self-administrated instrument comprises 24 items, exploring five domains: personal confidence and hope, willingness to ask for help, goal and success orientation, reliance on others, and not being dominated by symptoms. A higher score indicates better recovery.
- Mental health symptomatology is assessed using the Modified Colorado Symptom Index (MCSI) (73). This 14-items tool evaluate how often in the past month an individual has experienced a variety of mental health symptoms, including loneliness, depression, anxiety, and paranoia. Higher score indicate a greater likelihood of mental health problems.
- Empowerment is assessed using Empowerment Scale (ES) (70) which is a specific tool for the domain of mental health. It comprises five dimensions: self-esteem, optimism, power, activism, and right anger. Higher scores are related with higher empowerment.
- Overall severity is assessed using Clinical Global Impression (CGI), where the psychiatrist rate one scale from 1 (healthy, not ill) to 7 (severely ill) (68) at M0 and M12.
- Awareness of disorders is assessed by the psychiatrist at M0 and M12, using the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder (SUMD), with nine items describing three dimensions: awareness of trouble and of the need of a treatment, awareness of positive symptoms, awareness of negative symptoms (86,87).
- Therapeutic alliance is assessed using the 4-Point ordinal Alliance Scale (4-PAS) (65). This self-rating scale allows describing two dimensions (empathy experienced and psychoeducation) and a global score. Higher scores indicate higher therapeutic alliance.
- Satisfaction of program users is evaluated using the CSQ-8, which is the most used questionnaire for mental health services (72). The range is from 8 to 32, with higher scores indicates higher satisfaction. Satisfaction of their caregivers (reliable person) and of caregivers involved (psychiatrists) is assessed using an adaptation of the CSQ-8 too.
- Direct and indirect costs are measured during the 12-month follow-up period. Direct costs comprise the costs related to medical/health services, that is hospital days, emergency department visits, and outpatient visits, and indirect costs mainly related to loss of productivity. Several source of data will be used: local medical databases (Department of medical information from each centre); medical records; structured interviews with participants, as well as the standardized Short Form-Health and Labor

questionnaire (SF-H&L) (88). The SF-H&L measures productivity losses caused by health problems in general: absenteeism from paid work, production losses without absenteeism from paid work and hindrance in the performance of paid and unpaid work.

- Cost-utility ratio
- Deprivation is assessed at baseline using the EPICES score (Evaluation of Deprivation and Inequalities in Health Examination Centres). This composite index commonly used to measure the social and material dimensions of deprivation (74). The11-items version has been validated on a large cohort (89). EPICES score is related to all causes of death, most of the specific causes of death and to premature and avoidable deaths. The higher the score, the more deprived the person is. Authors defined a cutoff value of 30.7 for the threshold to define deprivation.
- Somatic and addictive comorbidity is assessed at baseline by the psychiatrist.

The following parameters are also recorded by research assistants using ad hoc questionnaires elaborated by the steering committee: subjective experience of constraint, gender, age, education level, nationality, social minimums, wages, employment status, and housing conditions.

Processes measures to evaluate allocation, such as whether or not participants have completed the i-PAD-pw document, shared them and to whom, met with the peer-worker, and the time spent with the peer-worker are also recorded in both groups at 6 and 12 months.

Sample size

Sample size was calculated to obtain 85% power, to detect a 33% difference in the rate of compulsory hospitalization admissions during the follow-up of 12 months between the two groups (26), with a reference point of 42.6% (62). With a significant P-value of 0.05, these calculations showed that a total of 324 individuals is required; allowing a potential 10% of persons being lost to follow-up, and 10% of persons not allocated, a total of 400 will need to be included. Depending of the number of involved psychiatrists, and the active queue of each one, the number per site is 150 in Lyon, 100 in Paris and 150 in Marseille. Considering the potential of inclusion of each participating center, the inclusion duration is planned over a 12 months period. The expected period of participation for the included individuals is 12 months.

Statistical analysis

The data will be summarized using the mean, median, standard deviation and range of quantitative data and frequencies for categorical data. The analyses of the primary and secondary criteria will be performed on the intent-to-treat population (that is, comparison of persons in the group to which they were originally randomly assigned). In addition, complementary per protocol analyses will be performed (that is comparison of persons who completed the intervention originally allocated).

Comparisons between the two groups for each outcome will be performed using Student's t-tests or Mann-Whitney-Wilcoxon tests for quantitative variables, and chi-square or Fisher's exact tests for frequencies. Non-parametric tests will be used for data that is not normally distributed. Multivariate analyses will be performed primarily using negative binomial regression models for the number of compulsory hospitalization and a gamma distribution for the number of inpatient days, adjusting for the lengths of follow-up. Multiple imputations techniques for missing data will be discussed. Explanatory variables will be selected among those for which the P-value is less or equal to 0.20 in univariate analysis, and described in the literature as being associated with compulsory hospitalizations. The results will be presented in the form of standardized beta coefficients.

Statistical significance is defined as $P < 0.05$. Statistical analyses will be performed using SPSS Statistics for Windows, Version 20.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA).

Cost utility analysis

Health benefits and healthcare costs related to interventions targeted to prevent persons with severe mental illness from compulsory hospitalization admissions represent should be addressed in order to inform decision makers, psychiatrists, judges, and relatives of their efficiency (7,16). Balancing patient safety with health-related quality of life, hospital length-of-stay (LOS) and associated costs is critically important. The aim of the economic analysis is therefore to investigate whether intensive Psychiatric Advance Directives with the support of a peer-worker would result in significant improved health-related quality of life and healthcare savings as against treatment as usual.

To quantify from a societal perspective the efficiency of i-PAD_pw, we propose to calculate the incremental cost-utility ratio (ICUR) of the intervention compared to the Usual Care. The measure for capturing incremental benefits will be the quality-adjusted life years (QALYs), which is particularly relevant here since an expected reduction in compulsory hospitalization rate associated with enhance autonomy and self-determination would have rapid positive impacts on the patient's QoL. The time horizon will be 12 months after the randomisation.

QALYs will be determined by multiplying life years gained by a value of the utility associated to the health states experienced (corresponding to patient's quality of life) during the period under

consideration. Preference-based utility scores will be calculated using the EuroQol Five-levels (EQ-5D-3L) questionnaire. This questionnaire is a validated questionnaire that assesses a participant's health status through 5 dimensions (mobility, personal care, routine occupations, pain and discomfort, and anxiety and depression) (90).

All healthcare resources will be observed, quantified and valorised over the period between baseline and the end of the RCT follow-up. These healthcare costs will consist of resource use for PAD intervention (including professional time and training), inpatient resources (including compulsory and non-compulsory hospitalisations), outpatient and home care, and pharmacy claims over the 12-month follow-up period. Cost resources will be valued using data from the National Healthcare system and hospital Databases, databases for medical and paramedical acts, National official list prices for drugs and registers of pharmaceutical specialties. Indirect costs will be estimated but not valorised as recommended by the French Health Authority (HAS 2011)(91).

Sensitivity analysis will be carried out to test the robustness of the results. One-way and multivariable sensitivity analysis and tornado analysis will be performed to identify thresholds for factors influencing cost-effectiveness. Probabilistic sensitivity analyses, using the non-parametric bootstrap method, will be carried out to generate mean expected ICERs and to determine whether uncertainty or variation in the data used affect the ICERs (92). In addition, cost-effectiveness acceptability curves were constructed to represent decision uncertainty surrounding cost-effectiveness estimates (93).

Qualitative analysis

The qualitative evaluation of the i-PAD-pw programme is conducted by a sociologist of work and health among three groups of stakeholders: users, health professionals and institutional stakeholders. It aims to understand, from a recovery perspective, the effects of the program on these different actors. Interviews, focus groups and observation are the tools of the evaluation process. This evaluation process is combined with a participatory approach. The various stakeholders are invited to participate in the reflection on the implementation of the programme and its generalization.

Discussion

Article 12 UNCRP clearly highlights the risk of "undue influence" and the need of protection in supported decision-making, to fully respect rights, wills and preferences. Indeed, coercion in psychiatry includes of course compulsion but also pressures, persuasion, interpersonal leverage, inducement and threats ("if you refuse the medication, you will return to hospital")(94). Classical healthcare professionals or family can easily influence choices, more or less significantly, and more or less voluntary (95,96). By employing peer-workers with own lived experience to support the drafting of PADs, we assume that the risk of putting pressure on the person during this exercise is lower with someone who has personally suffered from coercion and has personally experienced the importance of

personal choice and responsibility in recovery (West, 2009), as literature on support with decision-making emphasizes (Davidson, 2015).

Another issue of decision-making is linked to evaluation of mental capacity, or decision-making capacity. This question is sensitive in this study because psychosis and involuntary admission were showed as the strongest risk factors for decision-making incapacity. However, literature shows that mental capacity can be reliably assessed, even if no gold standard existed yet (97), and in our study, the evaluation of competence by a psychiatrist with the help of MacCAT-CR is an inclusion criterion. Beyond the baseline assessment, this question of decision-making competence is a particular interest for us and will be asked in semi-structured interviews and focus groups.

I-PAD-pw intervention is therefore based on the integration of peer-workers in the provision of mental healthcare, which remains challenging (98) despite the consistent benefits identified by studies(99). In France, where recovery movement and peer-workers remain embryonic, although growing (100), this specific new task should improve the integration of peer-workers due to non-competition with other types of professionals.

Potentials barriers of PAD's have been described at several levels: system-level, agency-level, individual-level barriers (78), and include attitude of physician, people's engagement, lack of access to the document in a crisis or during the follow up, inappropriate request, lack of communication between care actors, lack of team's training, or potential conflict of interest between the physician and the person (79) (101) (81). The recruitment of a trained peer-worker dedicated to this mission could overcome a number of this obstacle. But shared-decision making is described as a process of enabling clients to participate actively and meaningfully in their treatment. This requires accessible information and choices and integration of care, and therefore the full cooperation of healthcare professionals.

The experimental intervention belongs to "complex interventions" (Nicaise, 2013) i.e. interventions that involve a number of separate but interacting components that are likely to be important to the success of the intervention. Evaluation of complex intervention raises methodological questions. In our study, we address this challenge by collecting data on processes, and by deploying a significant qualitative research to investigate and describe practices.

Qualitative approach is also particularly interesting to complement quantitative approach because constraint is highly influenced by service configurations and culture of healthcare professionals. The combination of methods and their triangulation throughout the research process ensures a more detailed understanding of the conditions under which i-PAD-pw can be deployed in a non-binding legislative context.

From a public policy perspective, this type of research will assess the potential for generalizability. Indeed, the choice of the experimental design was guided by the search for the highest level of

evidence in order to influence the political level (evidence-based policy making), but RCT's have many blind spots that can be enlightened by a qualitative approach.

The question arises of the need to conduct such research when this type of intervention would not basically require scientific evidence to be implemented. Moreover, it is a public policy in several countries, as in England (Mental Health Act) or in India (Indian Mental Healthcare Act). This underlines the position of this topic at the crossroads of human rights, science and justice.

Strengths of our protocol include firstly the number of included centre and the number of psychiatrists (at least 40) from several backgrounds, reflecting the diversity of practices in France; secondly the qualitative research both to explore the context that is highly relevant in research on coercion and to provide data on the acceptability and application of the tools in current practice; thirdly the involvement of users at several levels of the study: conception of the document, construction of the protocol, steering committee, and peer-worker support for participants from experimental group.

Limits of the study include firstly the lack of blinding, which only concerns the primary outcome for participants; secondly the implementation in large hospitals in large cities, which may not be representative of smaller hospitals in smaller cities; thirdly the representativeness of the sample, with the inclusion of 3 types of diagnosis, but representing half of in-patient psychiatric treatment in France; and finally the sample size calculation that has been done with high expectation in hospitalization reduction. This confidence was rooted on the one hand in the literature, that report best results for the most intensive form of PADs, and on the other hand in the results of the preliminary implementation in Marseille. However, this one enrolled volunteers from a peer-support group, followed by recovery-oriented psychiatrists, and the transfer in usual setting could be more challenging than expected.

Research on constraint and interventions to reduce constraint is highly contextual, influenced by different service configurations, different mental health laws, different social policies, and culture. More research on PADs in different contexts and cultures is therefore needed.

Conclusions

Reducing coercion in mental healthcare requires urgent community mobilization. Psychiatric Advance Directives with support of a peer-worker could contribute to the necessary cultural change that is needed to enhance autonomy and self-determination, as international (UNCRPD) and local (défenseur des droits) human right bodies strongly advocate.

List of abbreviation:

PAD: Psychiatric Advance Directive – i-PAD-pw: Intensive Psychiatric Advance Directive with support of a peer-worker

UC: Usual Care - TAU : treatment as usual

JCP : Joint Crisis Plan

BP1 : bipolar I disorder

SCZ : schizophrenia

SCZaff : schizoaffective disorders

RCTs : randomised controlled trials

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MacCAT-CR : MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research

S-QoL 18 scale : Subjective Quality-of-Life scale

RAS : Recovery Assessment Scale

MCSI : Modified Colorado Symptom Index

ES : Empowerment Scale

ICG : Clinical Global Impression

SUMD : Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder

4-PAS : 4-Point ordinal Alliance Scale

CSQ-8 : Consumer Satisfaction Questionnaire

SF-H&L : Short Form-Health and Labor questionnaire

EPICES : Evaluation of Deprivation and Inequalities in Health Examination Centres

LOS : hospital length-of-stay

QALYs : quality-adjusted life years

ICUR : Incremental Cost-Utility Ratio

QoL : Quality Of Life

EQ-5D-3L : EuroQol Five-levels

ICER : Incremental Cost-Effectiveness Ratio

UNCRPD : UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Figure 1: Schedule of enrolment, interventions and assessment. SPIRIT diagram of DAiP Study

	STUDY PERIOD				
	Enrolment	**Allocation**	**Post-allocation**		**Close-out**
TIMEPOINT	**0**	**0**	***From T0***	**M6**	**M12**
ENROLMENT:					
Eligibility screen	X				
Informed consent	X				
Allocation		X			
INTERVENTIONS:					
i-PAD-pw and usual care		♦——	——	——	——♦
Usual care		♦——	——	——	——♦
ASSESSMENTS:					
BY THE PSYCHIATRIST:					
Diagnosis	X				
Decision making competence (MacCAT-CR)	X				
Comorbidity	X				
ICG	X				X
SUMD	X				X
Satisfaction with i-PAS-pw					X
BY THE PARTICIPANT:					
- Baseline variables:					
Socio-demographic data		X			
EPICE score		X			
- Outcome variables:					
Health care resource use		X		X	X
Recovery (RAS)		X		X	X
Empowerment (ES)		X		X	X
Quality of life (SQoL-18)		X		X	X
Symptoms (MCSI)		X		X	X
Therapeutic alliance (4-PAS)		X		X	X
Direct and indirect costs questionnaire		X			
SF-H&L		X			
Subjective experience of constraint				X	
Satisfaction: CSQ-8					X
Processes indicators				X	X
LOCAL ADMINISTRATIVE DATABASES REQUESTS					X

Liste des abréviations

DAiP : Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie.

DAP : Directives Anticipées en Psychiatrie.

PADs : Psychiatric advance directives

ES : Empowerment Scale

JCP : Joint Crisis Plan

BIBLIOGRAPHIE

1. Srebnik DS, La Fond JQ. Advance directives for mental health treatment. Psychiatr Serv. juill 1999;50(7):919-25.

2. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juillet, 2011.

3. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. Psychiatr Serv. sept 2005;56(9):1123-33.

4. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijälä A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. J Nerv Ment Dis. juin 1999;187(6):343-52.

5. Schoevaerts K, Bruffaerts R, Mulder CL, Vandenberghe J. [An increase of compulsory admissions in Belgium and the Netherlands: an epidemiological exploration]. Tijdschr Psychiatr. 2013;55(1):45-55.

6. Coldefy M, Fernandez R. « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 ». Irdes, Questions d'économie de la santé. 2017;22.

7. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry. févr 2004;184:163-8.

8. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale Magali Coldefy, Clément Nestrigue (Irdes) [Internet]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf

9. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. Epidemiol Psychiatr Sci. 9 juill 2019;1-8.

10. Conference ministerielle europeenne de l'OMS sur la sante mentale, éditeur. Sante mentale: relever les defis, trouver des solutions: rapport. Copenhague: Organisation mondiale de la sante; 2006.

11. Haute Autorité de Santé - Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

12. Atkinson JM, Garner HC, Gilmour WH. Models of advance directives in mental health care: stakeholder views. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. août 2004;39(8):673-80.

13. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, et al. Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. Am J Psychiatry. nov 2006;163(11):1943-51.

14. Sutherby K, Szmukler GI, Halpern A, Alexander M, Thornicroft G, Johnson C, et al. A study of « crisis cards » in a community psychiatric service. Acta Psychiatr Scand. juill 1999;100(1):56-61.

15. Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. Randomised controlled trial. Br J Psychiatry. déc 2002;181:513-9.

16. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. BMJ. 17 juill 2004;329(7458):136.

17. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: clinical outcomes. Lancet. 2013;381:1634–1641.

18. Lay B, Kawohl W, Rössler W. Outcomes of a psycho-education and monitoring programme to prevent compulsory admission to psychiatric inpatient care: a randomised controlled trial. Psychol Med. 2018;48(5):849-60.

19. Ruchlewska A, Mulder CL, Waal R van der, Kamperman A, Gaag M van der. Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT. Adm Policy Ment Health. 2014;41(2):220-7.

20. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 17 2017;3:CD004408.

21. Pontier M. Expérimentation d'un protocole de directives anticipées en psychiatrie. [Thèse d'exercice : Médecine. DES de psychiatrie]. Aix-Marseille; 2016.

22. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.

23. Legigan C. Les directives anticipées en psychiatrie: une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018;

24. Szasz TS. The psychiatric will: A new mechanism for protecting persons against « psychosis » and psychiatry. American Psychologist. 1982;37(7):762-70.

25. Gowda GS, Noorthoorn EO, Lepping P, Kumar CN, Nanjegowda RB, Math SB. Factors influencing advance directives among psychiatric inpatients in India. Int J Law Psychiatry. févr 2018;56:17-26.

26. 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 [Internet]. 13 juin 2019;5(4). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6582216/

27. Srebnik D, Brodoff L. Implementing psychiatric advance directives: service provider issues and answers. J Behav Health Serv Res. sept 2003;30(3):253-68.

28. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. Psychiatr Serv. mai 2005;56(5):592-8.

29. 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. 1 juill 2016;73(7):657-64.

30. Henderson C, Swanson J, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. Psychiatric Services. 2008;59(1):63–71.

31. Henderson C, Lee R, Herman D, Dragatsi D. From psychiatric advance directives to the joint crisis plan. Psychiatr Serv. oct 2009;60(10):1390-1.

32. Cuca R. Ulysses in Minnesota: First Steps Toward a Self-Binding Psychiatric Advance Directive Statute. Cornell Law Review. 1 sept 1993;78(6):1152.

33. Owen GS, Gergel T, Stephenson LA, Hussain O, Rifkin L, Keene AR. Advance decision-making in mental health - Suggestions for legal reform in England and Wales. Int J Law Psychiatry. juin 2019;64:162-77.

34. Maître E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al. [Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints]. Encephale. sept 2013;39(4):244-51.

35. Daverio A, Piazzi G, Saya A. [Ulysses contract in psychiatry]. Riv Psichiatr. déc 2017;52(6):220-5.

36. Gil R. « Pacte d'Ulysse l'autonomie à l'épreuve des directives anticipées » [Internet]. Tour Véhicules Electriques. Disponible sur: https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/

37. Hysick Y. « Ulysses clause » allows agents to direct treatment during psychiatric emergency [Internet]. tribunedigital-dailypress. Disponible sur: http://articles.dailypress.com/2013-06-10/health/dp-nws-mental-health-advance-0610-20130610_1_mental-health-plan-advance-directive-health-care

38. Copeland M. « Wellness Recovery Action Plan. », Dummerston, VT: Peach Press; 1997. [Internet]. MentalHealthRecovery. 2015. Disponible sur: http://mentalhealthrecovery.com/info-center/mental-illness-self-management-through-wellness-recovery-action-planning/

39. Pratt R, MacGregor A, Reid S, Given L. Experience of Wellness Recovery Action Planning in Self-Help and Mutual Support Groups for People with Lived Experience of Mental Health Difficulties. ScientificWorldJournal [Internet]. 9 janv 2013. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556886/

40. Copeland Center for Wellness and Recovery [Internet]. Copeland Center for Wellness and Recovery. Disponible sur: https://copelandcenter.com/

41. « Directives anticipées en santé mentale dans le canton de Fribourg. Comment les créer ? Comment les appliquer ? ». Association Fribourgeoise Action et Accompagnement Psychiatrique (AFAAP). 2012; Disponible sur: https://www.fr.ch/dsas/files/pdf76/directives_anticipees_f.pdf

42. Hatam S. « Directives anticipées, prévoir une incapacité de discernement, rédiger les directives anticipées ». , Genève, Pro mente Sana Suisse Romande [Internet]. 2007; Disponible sur: http://www.promentesana.org/upload/application/342-bdirectivesanticipes2014.pdf

43. Bollondi C, de Chambrier L, Crombeke G, Hensler M, Manghi R, Mirabaud M. Capacité de discernement et autonomie du patient, une préoccupation centrale dans le soin au patient. :11.

44. Srebnik D, Appelbaum PS, Russo J. Assessing competence to complete psychiatric advance directives with the competence assessment tool for psychiatric advance directives. Compr Psychiatry. août 2004;45(4):239-45.

45. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 22 déc 1988;319(25):1635-8.

46. Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. Law Hum Behav. avr 1995;19(2):105-26.

47. Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation

48. ameli.fr - Cartographie des pathologies et des dépenses [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php

49. Mohr WK, Mahon MM, Noone MJ. A restraint on restraints: the need to reconsider the use of restrictive interventions. Arch Psychiatr Nurs. avr 1998;12(2):95-106.

50. Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. Lancet. 11 mai 2013;381(9878):1627-33.

51. Xu Z, Lay B, Oexle N, Drack T, Bleiker M, Lengler S, et al. Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study. Epidemiology and Psychiatric Sciences. août 2019;28(4):458-65.

52. Elbogen EB, Van Dorn R, Swanson JW, Swartz MS, Ferron J, Wagner HR, et al. Effectively implementing psychiatric advance directives to promote self-determination of treatment among people with mental illness. Psychol Public Policy Law [Internet]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3816514/

53. Peto T, Srebnik D, Zick E, Russo J. Support Needed to Create Psychiatric Advance Directives. Administration and Policy in Mental Health. mai 2003;31(5):409-19.

54. Adams JR, Drake RE, Wolford GL. Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. Psychiatr Serv. sept 2007;58(9):1219-21.

55. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 21 janv 2009;(1):CD005963.

56. Gross R. Les enjeux des directives anticipées en psychiatrie. Février 2011;

57. Widdershoven G, Berghmans R. Advance directives in psychiatric care: a narrative approach. J Med Ethics. avr 2001;27(2):92-7.

58. Scheyett AM, Kim MM, Swanson JW, Swartz MS. Psychiatric advance directives: a tool for consumer empowerment and recovery. Psychiatr Rehabil J. 2007;31(1):70-5.

59. Backlar P, McFarland BH, Swanson JW, Mahler J. Consumer, provider, and informal caregiver opinions on psychiatric advance directives. Adm Policy Ment Health. juill 2001;28(6):427-41.

60. La Fond JQ, Srebnik D. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. Int J Law Psychiatry. déc 2002;25(6):537-55.

61. Gieselmann A, Simon A, Vollmann J, Schöne-Seifert B. Psychiatrists' views on different types of advance statements in mental health care in Germany. Int J Soc Psychiatry. 29 oct 2018;20764018808328.

62. Plancke L, Amariei A, Flament C, Dumesnil C. La réhospitalisation en psychiatrie. Facteurs individuels, facteurs organisationnels. Sante Publique. 2017;Vol. 29(6):829-36.

63. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. J Ment Health. août 2011;20(4):392-411.

64. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. World Psychiatry. juin 2012;11(2):123-8.

65. Misdrahi D, Verdoux H, Lançon C, Bayle F. The 4-Point ordinal Alliance Self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health. Compr Psychiatry. avr 2009;50(2):181-5.

66. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. Schizophr Bull. 2004;30(4):1035-41.

67. Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a psychological construct. Community Ment Health J. juin 1999;35(3):231-9.

68. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rev. 1976. Rockville, Md: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs; 1976. 603 p.

69. Michel P, Baumstarck K, Auquier P, Amador X, Dumas R, Fernandez J, et al. Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. BMC Psychiatry. 22 sept 2013;13:229.

70. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. Psychiatr Serv. août 1997;48(8):1042-7.

71. Auquier P, Simeoni MC, Sapin C, Reine G, Aghababian V, Cramer J, et al. Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. Schizophr Res. 1 sept 2003;63(1-2):137-49.

72. Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Eval Program Plann. 1982;5(3):233-7.

73. Conrad KJ, Yagelka JR, Matters MD, Rich AR, Williams V, Buchanan M. Reliability and validity of a modified Colorado Symptom Index in a national homeless sample. Ment Health Serv Res. sept 2001;3(3):141-53.

74. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. Eur J Public Health. août 2015;25(4):604-9.

75. Jaeger M, Hoff P. Recovery: conceptual and ethical aspects. Curr Opin Psychiatry. nov 2012;25(6):497-502.

76. Gardien. L'accompagnement et le soutien par les pairs - Eve Gardien - Livres. Broché. 2017.

77. Coldefy M, Fernandes S, D et. Lapalus. « les soins sans consentement en psychiatrie: bilan aprés quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet. In 2011. Disponible sur: http://www.irdes.fr/recherche/2017/questions-d-economie-de-la-sante.html

78. Zelle H, Kemp K, Bonnie RJ. Advance directives in mental health care: evidence, challenges and promise. World Psychiatry. oct 2015;14(3):278-80.

79. Juliá-Sanchis R, García-Sanjuan S, Zaragoza-Martí MF, Cabañero-Martínez MJ. Advance healthcare directives in mental health: A qualitative analysis from a Spanish healthcare professional's viewpoint. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing [Internet]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12539

80. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson RC, Birchwood M, et al. Waheed W, Szmukler G, Thornicroft G. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. In 2014. p. 1609–17.

81. Van Dorn RA, Swartz MS, Elbogen EB, Swanson JW, Kim M, Ferron J, et al. Clinicians' attitudes regarding barriers to the implementation of psychiatric advance directives. Adm Policy Ment Health. juill 2006;33(4):449-60.

82. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. Br J Psychiatry. oct 2007;191:291-7.

83. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. mai 2009;44(5):369-76.

84. pubmeddev, al DL et. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22654945/

85. Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. Community Ment Health J. déc 2004;40(6):513-23.

86. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry. oct 1994;51(10):826-36.

87. Paillot C, Ingrand P, Millet B, Amador X-F, Senon J-L, Olié J-P, et al. [French translation and validation of the Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) in patients with schizophrenics]. Encephale. déc 2010;36(6):472-7.

88. van Roijen L, Essink-Bot ML, Koopmanschap MA, Bonsel G, Rutten FF. Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire. Int J Technol Assess Health Care. 1996;12(3):405-15.

89. Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH. 1 janv 2006;14.

90. Brooks R. EuroQol: the current state of play. Health Policy. juill 1996;37(1):53-72.

91. Choices in Methods for Economic Evaluation [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499251/en/choices-in-methods-for-economic-evaluation

92. Briggs AH. Statistical approaches to handling uncertainty in health economic evaluation. Eur J Gastroenterol Hepatol. juin 2004;16(6):551-61.

93. Fenwick E, Claxton K, Sculpher M. Representing uncertainty: the role of cost-effectiveness acceptability curves. Health Econ. déc 2001;10(8):779-87.

94. Szmukler PG, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. Journal of Mental Health. 1 janv 2008;17(3):233-44.

95. Pescosolido BA, Gardner CB, Lubell KM. How people get into mental health services: stories of choice, coercion and « muddling through » from « first-timers ». Soc Sci Med. janv 1998;46(2):275-86.

96. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. Psychiatr Serv. mai 2011;62(5):465-70.

97. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. Br J Psychiatry. oct 2007;191:291-7.

98. Jaeger M, Hoff P. Recovery: conceptual and ethical aspects. Current Opinion in Psychiatry. nov 2012;25(6):497-502.

99. pubmeddev, T RJ and C. A review of the literature on peer support in mental health services. - Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21770786

100. Gardien E. L'accompagnement et le soutien par les pairs. Presses Universitaires de Grenoble; 2017. 216 p.

101. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. Health Expect. avr 2016;19(2):448-58.

ANNEXE

Annexe : le livret DAiP

Directives anticipées incitatives en Psychiatrie

Personne concernée et personne(s) de confiance

Je soussigné(e), ...

né(e) le ...../...../..... à .....

désigne comme personnes de confiance, en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles :

	Nom	Contact (n° de mobile)	Nature du lien	Rôle
Personne de confiance n°1				
Personne de confiance n°2				
Personne à prévenir n°1				
Personne à prévenir n°2				

Ajouter le cas échéant d'autres personnes de confiance/à prévenir sur papier libre, signé, joint au présent document.

Afin de faire valoir les directives anticipées ci-rédigées, avec mon consentement lors de sa rédaction. Etant entendu que les directives anticipées incitatives en psychiatrie n'ont pas de valeur contraignante pour les proches et les soignants.

Fait le...../...../..... à seul(e) ou avec/en présence de (Nom, prénom des témoins).....

Nom(s) et signatures des personnes de confiance :

.....

.....

IMPORTANT : Je suis capable de décider sauf quand (présentez les situations, « états », signes indiquant que vous devez laisser quelqu'un décider pour vous/que vous préférez « passer le relais à une personne de confiance) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signes avant-coureurs amenant à la crise (à remplir)

1 –

2 –

3 –

4 –

Nouveaux signes (« mise à jour ») :

_____
_____
_____
_____

Ce qui m'aide (à mettre en lien avec les signes avant-coureurs) :

1 –

2 –

3 –

4 –

Ce qui ne m'aide pas (à mettre en lien avec les signes avant-coureurs) :

1 –

2 –

3 –

4 –

Signaux de fin de crise, quand ça va mieux

1 –

2 –

3 –

4 –

En cas de mise en danger (auto ou hétéro agressivité)

A faire :

-
-
-

A ne pas faire :

-
-
-

En cas de crise :	
Ce qui m'aide :	**Ce qui ne m'aide pas :**

Traitements ou soins qui m'aident/ne m'aident pas

Les traitements qui m'aident, qui peuvent être utilisés

(Relatif à article 1111.4 du Code de la Santé Publique sur le choix du traitement)

Traitement/Soin	Posologie	Usage/effet	Remarque

Les traitements qui ne m'aident pas, qui ne doivent pas être utilisés

Traitement/soin	Posologie	Usage/effet	Remarque

Je souhaite être conduit dans un lieu de soin : **OUI** □ **NON** □

Lieux de soin (hôpitaux, cliniques, services, etc.) où je veux être pris(e) en soin :

- -
- -
- -

Remarques :……

……

……

……

Lieux où je refuse d'être pris(e) en soin :

- -
- -
- -

Remarques
:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si je refuse tout lieu de soin :

Détailler la solution envisagée : où je préfère aller ; Avec qui ? Ce qu'il faut faire, etc.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Par qui je souhaite/par qui je refuse d'être accompagné

Personnel médical

(relatif à l'article 6,R.4127-6 du code de la santé publique sur le choix du médecin)

Par qui je veux être accompagné(e) :

-
-
-

Par qui je refuse d'être accompagné(e) :

-
-
-

Personnel paramédical (infirmiers etc.), médiateurs, travailleurs sociaux, etc. :

Par qui je veux être accompagné(e) :

-
-

Par qui je refuse d'être accompagné(e) :

-
-

•

•

Autres remarques personnelles, choses à savoir, notes…

……
…

……
…

……
…

……
…

……
…

……

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Résumé:

Contexte : Les hospitalisations sous contrainte sont en hausse malgré de sérieuses préoccupations d'ordre éthique. Parmi les mesures visant à réduire les admissions sous contrainte, les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) sont les plus prometteuses, notamment les formes intensives et facilitées.

Objectifs : Mettre en place une forme intensive de Directives Anticipées Psychiatriques (DAP), les Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie (DAiP), avec une aide à la rédaction par des travailleurs de santé pairs.

Méthodologie : De janvier 2019 à janvier 2021, une étude associant un essai contrôlé randomisé multicentrique et une approche qualitative est menée avec analyse en intention de traiter. Déroulement : Sept hôpitaux dans trois villes françaises : Lyon, Marseille et Paris. Les assistants de recherche rencontrent chaque participant à l'inclusion, 6 mois et 12 mois après l'inclusion pour des entrevues. Participants : 400 personnes avec un diagnostic DSM-V de trouble bipolaire I, de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs, ayant été admis sous contrainte aux soins depuis moins de 12 mois, étant capables de consentir (Mc-CAT-CR), ayant plus de 18 ans, et pouvant comprendre le français. Interventions : Le groupe expérimental (DAiP) (attendu n=200) est invité à remplir un document décrivant son plan de crise et ses volontés en cas de perte de capacité mentale. Les personnes rencontrent un pair spécialement formé pour les aider. Ils sont invités à nommer une personne de confiance et à partager le document avec cette personne et son psychiatre. Le groupe soins habituels (n=200 prévu) est suivi sans modification. Critères de jugement : Le critère je jugement principal est le taux d'hospitalisation sous contrainte au cours du suivi de 12 mois. Les critères secondaires comprennent l'alliance thérapeutique (4-PAS), l''empowerment (ES), le rétablissement (RAS), la qualité de vie (S-QoL18), les symptômes de santé mentale (MCSI), l'insight (SUMD), la gravité de la maladie (ICG), la satisfaction (CSQ8) et les coûts généraux.

Discussion : L'implication des pairs aidants, les potentielles barrières de la mise en place des DAiP, les questions méthodologiques et l'importance de l'évaluation qualitative seront discutés.

Mots clefs : directives anticipées en psychiatrie, pairs aidants, hospitalisations sous contrainte