

Université du Québec en Outaouais

L'évaluation de la pré-implantation d'un nouveau plan de crise établi conjointement par des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et des équipes d'intervenants

Par

Alex Drolet-Dostaler

Département de psychoéducation et de psychologie, 3^e cycle

Essai doctoral présenté aux professeurs et membres du comité d'évaluation
Annie Bérubé, Carl Bouchard et Line LeBlanc (Université du Québec en Outaouais)

Daniel Ambrosini (Université McMaster)

Dans le cadre du cours

PSY9218 Essai : rédaction, dépôt et diffusion

Juillet 2016

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	3
Description et contexte historique et légal des directives anticipées (DAs)	10
Types de DAs.....	15
DAs classiques.....	16
DAs négociées	22
Science de l'implantation et cadre théorique.....	27
Méthodologie.....	31
Participants et recrutement.....	32
Collecte de données.....	36
Analyses.....	39
Résultats.....	44
Résultats quantitatifs.....	46
Contexte organisationnel.....	47
Caractéristiques des adoptants.....	48
Attributs de l'innovation.....	50
Compatibilité.....	50
Avantage relatif.....	52
Complexité.....	52
Diffusion de l'information et décision d'implantation.....	55
Résultats qualitatifs : comparaison entre parties prenantes.....	56
Contexte organisationnel et caractéristiques des adoptants.....	56
Compatibilité.....	60
Avantage relatif.....	71
Complexité.....	78
Réinvention.....	85
Décision d'implantation.....	92
Résultats qualitatifs : expériences et schèmes des usagers.....	93
Discussion.....	103
Objectif 1 : Déterminer, pour chaque partie prenante, dans quelle mesure le contexte organisationnel est propice à l'innovation.....	103
Objectif 2 : Déterminer dans quelle mesure chaque partie prenante présente des caractéristiques individuelles favorables à l'innovation.....	105
Objectif 3 : Déterminer dans quelle mesure les attributs du plan de crise conjoint (PCC) sont perçus positivement par chacune des parties prenantes.....	106

Compatibilité.....	106
Avantage relatif.....	110
Complexité.....	112
Objectif 4 : Déterminer la volonté de chaque partie prenante de passer ou non à l'étape d'implantation et des modifications à apporter au PCC le cas échéant.....	114
Données émergent du discours des usagers.....	116
Limites de l'étude.....	118
Implications et pistes futures.....	120
Conclusion.....	125
Références.....	126
Annexe A. Étapes de rédaction du PCC.....	145
Annexe B. Prototype du PCC.....	146
Annexe C. Guide d'entrevue avec les usagers.....	150
Annexe D. Guide d'entrevue avec les professionnels.....	151
Annexe E. Questionnaire.....	152
Annexe F. Grilles de codage.....	162
Annexe G. Structure de la section des résultats et rappel du cadre théorique.....	167
Annexe H. Prototype du PCC modifié.....	168

Liste des tableaux et des figures

Figure 1. Types de DAs et modèles théoriques associés.....	16
Figure 2. Procédure de planification, de recrutement et de collecte de données.....	35
Figure 3. Liens entre le profil clinique des personnes qui font l'objet de mesures restrictives et les schèmes entretenus à l'égard de l'intervention de crise.....	94
Tableau 1. Données sociodémographiques des professionnels.....	45
Tableau 2. Cohérence interne du questionnaire.....	47
Tableau 3. Propension organisationnelle à l'innovation.....	48
Tableau 4. Propension individuelle à l'innovation et au PCC.....	49
Tableau 5. Compatibilité du PCC avec les valeurs, les croyances et les besoins.....	50
Tableau 6. Compatibilité du PCC avec les expériences passées.....	51
Tableau 7. Avantages du PCC relativement à la pratique courante.....	53
Tableau 8. Obstacles à l'utilisation du PCC.....	53
Tableau 9. Facilitateurs à l'utilisation du PCC.....	55
Tableau 10. Diffusion de l'information et décision d'implantation.....	56
Tableau 11. Propension individuelle et organisationnelle à l'innovation (<i>qualitatif</i>).....	57
Tableau 12. Compatibilité du PCC avec les valeurs, les croyances, les besoins et les expériences passées (<i>qualitatif</i>).....	61
Tableau 13. Avantages du PCC relativement à la pratique courante (<i>qualitatif</i>).....	72
Tableau 14. Complexité du PCC (obstacles et facilitateurs à l'utilisation) (<i>qualitatif</i>).....	79
Tableau 15. Réinvention du PCC (<i>qualitatif</i>).....	86

Résumé

Depuis plusieurs décennies, la valeur de l'autonomie s'impose lors de la prestation de services en santé mentale, notamment par la recherche explicite du consentement libre et éclairé. Cependant, des mesures jugées restrictives, comme l'hospitalisation involontaire, sont encore souvent utilisées auprès de personnes avec des troubles mentaux graves (TMGs) en contexte d'urgence psychiatrique. Pour améliorer cette situation problématique, le Plan de Crise Conjoint (PCC), une pratique clinique innovatrice développée en Angleterre, propose d'entamer une discussion de groupe réunissant les personnes aux prises avec des TMGs, leur équipe traitante et un facilitateur dans une optique d'anticipation des crises. Le PCC a été jugé prometteur pour réduire le recours aux interventions coercitives et a été démontré efficace pour améliorer l'alliance thérapeutique. Malgré les effets positifs escomptés, cette pratique n'a pas, à notre connaissance, été implantée et évaluée au Québec. De manière conséquente, la présente étude vise à évaluer la phase pré-implantation de cette nouvelle pratique, en examinant les facteurs individuels et organisationnels, ainsi que les caractéristiques propres au PCC, susceptibles de révéler si les conditions sont réunies pour passer à la phase d'implantation proprement dite. Il s'agit d'une étude de cas unique menée au sein du système d'urgence psychiatrique en Outaouais, qui permettra de soutenir la prise d'une décision collective, à l'aide d'une approche mixte. Cinq parties prenantes totalisant 42 participants ont été sollicitées, soit des personnes ayant des TMGs, des cliniciens de suivi dans la communauté, des membres du personnel d'urgence en milieu hospitalier, des gestionnaires et des représentants d'organismes communautaires. En se basant sur la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003), des entrevues individuelles et de groupe ont été conduites et un questionnaire a été administré. Une analyse de contenu et des analyses statistiques descriptives ont été effectuées respectivement pour le qualitatif et le quantitatif.

Les résultats obtenus pointent en faveur de l'adoption du PCC par les différentes parties prenantes et fournissent des renseignements essentiels pour planifier la prochaine étape, la phase de l'implantation. Plus précisément, le contexte organisationnel interne apparaît propice à l'innovation, mais le contexte politique externe semble moins favorable. Les futurs adoptants présentent des caractéristiques professionnelles associées à l'innovation ainsi que des habiletés cliniques nécessaires à l'utilisation du PCC. Celui-ci est perçu compatible avec les valeurs, les expériences et les besoins des répondants, comme le respect de l'autonomie, la planification de la rechute et la réduction de l'hospitalisation involontaire. Il représente plusieurs avantages comparativement à la pratique actuelle, autant pour la clientèle que pour les professionnels, par exemple une gestion plus efficace et bienveillante des situations de crise et une meilleure concertation entre partenaires du réseau. Peu de risques à l'utilisation ont été identifiés. Certaines composantes du PCC sont jugées plus simples, notamment la rédaction du plan avec l'utilisateur, alors que d'autres sont jugées plus complexes, telles que l'application en situation de crise, la mise à jour des informations et la communication interprofessionnelle. Les suggestions émises par les parties prenantes ont contribué à adapter le PCC au contexte dans lequel il sera implanté. À la lumière du discours des usagers, des liens sont également proposés entre les expériences que ceux-ci vivent en contexte de crise et les perceptions qu'ils entretiennent à l'égard des mesures restrictives. La présente étude illustre comment répondre aux enjeux méthodologiques reconnus en science de l'implantation, soit l'utilisation d'une théorie, l'adaptation rigoureuse des instruments de mesure et le recours à une approche mixte. Elle contribue à l'avancement des connaissances scientifiques par rapport à la pré-implantation de nouvelles pratiques, tout en appuyant le développement des services d'urgence psychiatrique au Québec. Des recommandations aux niveaux théorique, méthodologique et pratique sont finalement émises.

Introduction

Depuis plusieurs décennies, la valeur de l'autonomie s'impose dans les pays occidentaux et influence la prestation de services en santé mentale. L'autonomie, une des quatre principales valeurs bioéthiques reconnues (Beauchamp & Childress, 1989), a été définie par de nombreux auteurs et de différentes manières, mais implique généralement qu'une personne agisse et choisisse de façon libre et volontaire conformément à ses propres aspirations, en l'absence de sources de contrôle externe. Selon Bruce et Paxton (2002), l'autonomie constitue l'un des premiers principes éthiques à examiner lors de l'évaluation de la qualité des services en santé mentale. Notons que beaucoup de discussions concernant la promotion de l'autonomie rejoignent celles entourant le mouvement récent du pouvoir d'agir de l'usager (*empowerment*) (Zimmerman, 2000), préconisé par le modèle de rétablissement (*recovery model*) (Anthony, 1993). Dans un contexte de réadaptation psychiatrique, le respect de l'autonomie se manifeste particulièrement par la recherche du consentement libre et éclairé. Dit simplement, le fait de donner l'opportunité à un individu de faire un choix pour lui-même constitue un élément permettant de rehausser son autonomie (Haas, 1991).

La recherche du consentement a pris énormément d'ampleur dans les dernières décennies et consiste aujourd'hui en une procédure déontologique qui s'appuie sur le code civil et qui est incontournable lors de la prestation de services de santé. Les experts dans le domaine distinguent quatre grandes dimensions du consentement (Annas, 1992) : la divulgation de l'information nécessaire à la prise de décision, la compréhension de celle-ci relativement à son propre bien-être, le caractère entièrement volontaire du choix et la compétence décisionnelle au moment du consentement. Cela dit, bien qu'il y ait consensus sur les éléments qui devraient entourer le processus d'obtention du consentement, plusieurs professionnels manifestent encore, par

exemple, de la confusion à l'égard de l'information à fournir ou de la résistance face à l'idée de remettre une partie du pouvoir entre les mains des patients (Haas, 1991; Curtis & Hodge, 1995). Pour un clinicien, le fait de laisser plus de place à l'individu dans la prise de décision peut impliquer que son expertise soit questionnée, ce qu'il juge parfois avantageux d'éviter par souci du bon déroulement du traitement. En effet, la valeur de bienveillance vient souvent complexifier la réflexion éthique entourant le consentement.

Puisque la majorité des interventions médicales et psychosociales visent, directement ou indirectement, à augmenter l'autonomie de la personne, on devrait considérer l'obtention du consentement non seulement comme un pré-requis au traitement, mais également comme une de ses composantes (Haas, 1991). Cependant, dans la pratique, il semble que l'aspect déontologique du consentement soit davantage accentué que l'esprit éthique. Autrement dit, on le considérerait davantage comme une obligation professionnelle ou une procédure clinique indispensable, que comme une opportunité de faire participer activement les usagers dans leur traitement, où la nature libre et éclairée du consentement prendrait tout son sens (Manning & Gaul, 1997). Ceci est d'autant plus vrai dans les situations de crise où le processus d'obtention du consentement est exceptionnellement différé, comme lors d'urgences psychiatriques et/ou avec des personnes manifestant une inaptitude décisionnelle. Le danger que peut représenter une situation de crise peut rendre légitime l'utilisation de mesures allant à l'encontre de la volonté de la personne.

L'hospitalisation involontaire, l'isolement ainsi que la contention physique et chimique figurent parmi les mesures d'urgence considérées restrictives ou coercitives qui suscitent de plus en plus la controverse puisqu'elles vont à l'encontre du principe éthique d'autonomie (Anthony, 1993; Henwood, 2008) et contreviennent aux droits civiques. Au début du 19^e siècle, les personnes aux prises avec des troubles mentaux étaient hospitalisées uniquement sur la base du

fait qu'elles étaient «malades» (Levenson, 1986). Cependant, vers le milieu du 20^e siècle, le souci pour la protection des droits de la personne a pris de l'ampleur et, en conséquence, la pratique de l'hospitalisation involontaire fut limitée aux contextes de dangerosité imminente pour soi ou pour autrui, ou de désorganisation sévère limitant un individu à prendre soin de lui-même. Bien que ces critères soient relativement restrictifs, la nature coercitive de l'hospitalisation demeure préoccupante, que celle-ci soit involontaire ou dite volontaire. Il en va de même pour l'isolement et la contention, ces pratiques pouvant affecter sévèrement le bien-être physique et psychologique des patients et des cliniciens (Fisher, 1994). En ce sens, des recommandations internationales ont été formulées afin d'améliorer et de standardiser le recours aux mesures restrictives d'urgence lorsqu'elles doivent être utilisées (Fiorillo et al., 2011). Des efforts doivent également être mobilisés pour éviter ces pratiques lorsque possible.

Cependant, Dallaire, McCubbin, Morin et Cohen (2000) argumentent que le stigmatisme associant maladie mentale et violence complique grandement les décisions entourant la gestion du risque, qui semble souvent se confondre avec un effort de contrôle social. En effet, la notion de dangerosité viendrait cristalliser la relation entre les réalités institutionnelles de la psychiatrie et de la justice. Or, de nombreux auteurs ont démontré que l'association entre les troubles mentaux et le risque de violence ne se manifeste qu'en présence d'autres facteurs importants, notamment la comorbidité avec un trouble d'abus de substances (Fazel et al., 2009; Hiday, 1997; Pinard & Pagani, 2000; Steadman et al., 1998; Swanson, Borum, Swartz, & Hiday, 1999; Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990), ce facteur de risque étant déjà associé à un plus haut taux de violence au sein de la population en général. De plus, Dallaire et ses collègues (2000) proposent que les définitions mêmes de maladie mentale et de violence ne sont conceptuellement pas si distinctes, ce qui complexifie significativement la pratique de l'estimation du risque en

contexte de crise. Il a d'ailleurs été démontré que les prédictions cliniques de violence sont souvent erronées (Gardner, Lidz, Mulvey, & Shaw, 1996), notamment en raison d'une tendance générale à surestimer les probabilités de comportements dangereux (Hughes, 1996).

Bien que l'objectif de réduire l'hospitalisation involontaire soit largement partagé dans les pays occidentaux, il faut reconnaître aussi qu'il existe une certaine tension, d'une part, entre la psychiatrie dont le but ultime est de traiter (motif spécifique utilitariste) et, d'autre part, le droit et la philosophie qui visent le respect des droits de la personne (position générale déontologique) (Chodoff, 1984). Or, les décisions d'hospitalisation sont basées sur le jugement des professionnels de la santé mentale, ce qui peut induire un biais en faveur du traitement (Henwood, 2008). Bien qu'une personne doive être traitée à priori comme si elle est entièrement autonome à moins de preuve du contraire, il arrive que des professionnels agissent différemment, en réduisant la liberté de l'individu mais avec de bonnes intentions, ce qui va dans le sens du paternalisme médical (Beauchamp & Childress, 1989; Chodoff, 1984). Par contre, la plupart des pays se sont dotés de cadres légaux pour que la pratique de l'hospitalisation involontaire soit la moins arbitraire possible.

Au Québec, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001) est la loi d'exception qui permet l'évaluation psychiatrique et/ou la garde en établissement de ces personnes. Plusieurs rapports ont été publiés sur les difficultés de son application (Action Autonomie, 2005; Cardinal & Mercier, 2004; Comité de la santé mentale du Québec [CSMQ], 2001; Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2011; Otero, Landreville, Morin, & Thomas, 2005; Protecteur du citoyen, 2011). Elles ont trait notamment à l'estimation du danger associé à l'état mental et au respect des droits de la personne sous garde (Association des groupes d'intervention en défense des droits en

santé mentale du Québec [AGIDD-SMQ], 2009), ceci pouvant résulter en des interventions coercitives qui auraient pu être évitées. Effectivement, bien que les décisions de garde, dans la plupart des pays, soient généralement basées sur le critère de danger, le besoin de traitement est souvent invoqué (Appelbaum, 1997; Clément, 2001; de Stefano & Ducci, 2008). Bref, la revendication du respect tangible et authentique de l'autonomie par l'entremise de la recherche du consentement est considérée comme une avenue prometteuse pour viser la réduction des pratiques jugées restrictives dans les milieux de soins en santé mentale.

Afin de bien concilier les aspects cliniques et légaux qui sous-tendent la décision d'hospitaliser une personne contre son gré, la recherche du consentement libre et éclairé doit être adaptée aux caractéristiques des personnes nécessitant des soins en contexte d'urgence psychiatrique. Il est reconnu que celles-ci forment un groupe relativement homogène et qu'il est possible de les reconnaître dès leur arrivée à l'urgence sur la base de leurs caractéristiques cliniques (Bindman & Thornicroft, 2008). En effet, les personnes qui font l'objet de la majorité des hospitalisations involontaires présentent des troubles mentaux graves (TMGs), c'est-à-dire de type psychotique ou avec une composante affective grave (Ramsay, Roche, & O'Donoghue, 2013; LeBlanc, 2014). Des taux élevés d'utilisation de l'isolement et de la contention ont également été observés auprès de personnes ayant un diagnostic relatif à la schizophrénie (Keski-Valkama et al., 2010). Il importe de spécifier néanmoins que toutes les personnes avec des TMGs ne sont pas nécessairement à risque d'hospitalisation sans le consentement, puisque le diagnostic en soi ne consiste pas en un facteur de risque indépendant, à l'inverse de certains patterns symptomatiques (Montemagni, Frieri, Villari, & Rocca, 2012).

Ce profil clinique correspond à un type de crise distinct, soit de nature psychopathologique plutôt que psychosociale, en raison de la vulnérabilité psychiatrique et sociale des personnes avec

des TMGs (Aimé, LeBlanc, Séguin, Brisebois, & Girard, 2013; Ball, Links, Strike, & Boydell, 2005). La crise psychopathologique, de nature plus médicale, se définit par une résurgence des symptômes psychiatriques et un état de désorganisation important. Étant donné cette vulnérabilité sous-jacente et des mécanismes de *coping* souvent fragiles, les personnes avec des TMGs font face à un risque élevé de situations de crise récurrentes, de passage à l'acte (*acting out* autoagressif ou hétéroagressif) et, par le fait même, d'hospitalisations répétitives (communément appelé le «syndrome de la porte tournante» en psychiatrie) (Haywood et al., 1995). En ce sens, il y a un consensus évident dans la littérature par rapport à la corrélation positive entre l'historique d'hospitalisations et le risque d'être hospitalisé à nouveau (voir Klinkenberg & Calsyn, 1996; Song, Biegel, & Johnsen, 1998).

Dans le but de réduire le taux d'hospitalisation des personnes avec des TMGs, des initiatives ont été mises en place, comme le traitement intensif en communauté (*assertive community treatment*) et les programmes de prévention de la rechute. Bien que ces deux types d'interventions aient été démontrées efficaces pour réduire le taux d'hospitalisation (respectivement, voir McLaughlin, 2013 et Mueser et al., 2002), elles ne peuvent être offertes à l'ensemble des personnes avec des TMGs, ni contribuer à prévenir toutes les rechutes. D'une part, plusieurs décisions d'hospitalisation sans le consentement semblent être expliquées en partie par le manque d'accessibilité à des ressources moins restrictives, comme un service d'intervention de crise mobile ou un centre d'hébergement temporaire (McGarvey, Leon-Verdin, Wanchek et Bonnie, 2013). D'autre part, les variables cliniques comme le risque de danger pour soi-même ou pour autrui, la sévérité de la crise, ainsi que des problèmes de consommation expliquent une plus grande part de la variance (44 %), ce qui implique qu'on ne peut pas seulement miser sur l'offre de services pour prévenir l'hospitalisation. De plus, l'efficacité du traitement intensif en

communauté par rapport au taux d'épisodes de violence (Walsh et al., 2001a), ainsi que par rapport au risque de suicide et au comportement suicidaire (Marks et al., 1994; Walsh et al., 2001b), n'a pas été démontrée. Ceci porte à croire que le recours à des interventions restrictives demeure probable dans ces situations représentant un risque de dangerosité.

Des équipes de professionnels spécialisés en intervention d'urgence parviennent dans certains cas à désamorcer la crise de manière pacifique et satisfaisante pour la clientèle, mais plusieurs obstacles à leurs opérations ont été identifiés et les données empiriques relatives à leur efficacité sont non convergentes (Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012). Lorsqu'un individu présente un besoin de traitement continu ou est à risque de danger et ne consent pas à recevoir des services, les cliniciens peuvent également recourir à des ordonnances de traitement en communauté (*community treatment orders* ou *involuntary outpatient commitment*). Il s'agit d'une méthode jugée moins restrictive que l'hospitalisation, mais son efficacité reste encore à déterminer (Kisely, Campbell, & Preston, 2011) et certains considèrent que des formes de coercition, bien que moins évidentes, y sont tout de même associées (Swartz & Monahan, 2001). Des techniques d'intervention alternatives à l'isolement et à la contention ont aussi été suggérées par plusieurs professionnels et usagers, impliquant par exemple des changements sur le plan législatif, l'embauche de personnel spécialisé, du monitoring systématique et une réorganisation des installations en milieu d'urgence (Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Kontio et al., 2012). Néanmoins, l'intervention en contexte de crise psychiatrique demeure très complexe et l'implantation de stratégies innovatrices dans ce domaine semble encore au stade préliminaire. Somme toute, plusieurs personnes avec des TMGs vivent des périodes de désorganisation importante, qui impliquent parfois un risque imminent de dangerosité pour soi-même ou autrui, donc le recours à l'hospitalisation ou aux mesures coercitives d'urgence peut être jugé nécessaire.

Afin de préserver l'autonomie des individus qui nécessitent des soins lors d'urgence psychiatrique, leur consentement devrait être obtenu à chaque prise de décision liée au contexte de dangerosité : l'évaluation, l'hospitalisation et tout traitement visant à rétablir l'état mental. Cependant, plusieurs chercheurs ont démontré que les personnes avec des TMGs manifestent fréquemment une compétence décisionnelle insuffisante pour donner un consentement libre et éclairé au moment de l'urgence (voir Okai et al., 2007), ce qui interfère avec leur droit à l'autonomie et au refus de traitement. En effet, en situation de crise, de faibles niveaux d'insight et de fonctionnement global sont des facteurs associés à la décision d'hospitalisation involontaire (Braitman et al., 2011). D'autant plus que la recherche du consentement pendant la phase aigüe de la crise représente un défi substantiel pour les professionnels dans les urgences (MSSS, 2011). Ainsi, il faut miser sur le *timing* pour assurer la validité du consentement (Manning & Gaul, 1997), c'est pourquoi le processus de son obtention devrait être effectué dans une optique de «préparation» à la prochaine crise, lorsque l'état mental de l'individu lui permet de faire des choix éclairés. C'est ce qu'on appelle les «directives anticipées» (DAs) en psychiatrie (*advance statements*). De cette manière, l'autonomie de l'individu est préservée, le besoin de traitement est répondu et la pratique de la psychiatrie en contexte d'urgence devient plus éthiquement acceptable. Les différents modèles de DAs et les données relatives à leur efficacité et leur implantation seront détaillés dans la section qui suit.

Description et contexte historique et légal des DAs

Les DAs sont des documents qui permettent aux personnes avec des TMGs d'énoncer leurs préférences en matière de traitement dans l'éventualité d'une rechute (Backlar, Asmann, Joondeph, & Smith, 1994), précisément en période d'inaptitude à consentir à l'hospitalisation, à l'évaluation ou aux interventions psychiatriques. Autrement dit, les usagers sont invités à

exprimer, lors d'une période de rationalité, la manière dont ils voudraient être traités en situation de crise. Les DAs visent ainsi, dans une perspective éthique, à donner plus de pouvoir et de contrôle aux personnes avec des TMGs sur leur traitement et, dans une perspective clinique, à améliorer la relation entre les patients, les membres de leur entourage et leurs équipes traitantes, dans le but finalement de réduire le recours aux interventions coercitives (Joshi, 2003; Kim et al., 2007; Sherman, 1995; Srebnik et al., 2005; Sutherby et al., 1999; Swanson, Tepper, Backlar, & Swartz, 2000; Williams & Rigby, 2004).

Les DAs prennent racine dans le «testament psychiatrique» (*Psychiatric Will*), conçu par Thomas Szasz (1982), qui s'inspire originalement des DAs utilisées pour des décisions de traitement médical en fin de vie, soit reliées à la mort ou en situation de maladie envahissante sans potentiel de rétablissement. Des auteurs ont soutenu que les DAs seraient particulièrement appropriées pour les personnes avec des TMGs, étant donné la nature épisodique des situations d'urgence psychiatrique dans lesquelles elles sont impliquées, souvent caractérisées par une alternance de périodes d'aptitude et d'inaptitude. Les expériences antérieures d'hospitalisation les aident ainsi à déterminer les meilleurs moyens pour gérer et prévenir l'exacerbation de leurs symptômes psychiatriques (Halpern & Szmukler, 1997; Swanson, Swartz, Ferron et al., 2006; Williams & Rigby, 2004). Les DAs ont été pensées, en fait, comme une solution potentielle au dilemme éthique opposant bienveillance et autonomie explicité précédemment, c'est-à-dire comme moyen de concilier le besoin de traitement et le respect de la volonté individuelle (Szasz, 1982). En d'autres mots, la DA agissait à titre de «contrat» entre l'usager et le futur professionnel traitant pour déterminer des soins à donner en période d'inaptitude.

Les DAs détiennent quatre fonctions principales (Swartz, Swanson, Van Dorn, Elbogen, & Shumway, 2006) : la prescription (préférences de traitement), la proscription (refus de

traitement), la désignation d'un «décideur substitut» (*surrogate decision-maker*) ainsi que l'irrévocabilité d'une décision. Les préférences et les refus de traitement peuvent concerner la médication (le plus fréquent), l'hospitalisation, des traitements spécifiques (par exemple, la thérapie par électrochocs) ou les interventions de gestion de crise effectuées par le personnel médical (Srebnik et al., 2005). Il devrait aussi y être indiqué les circonstances dans lesquelles ces choix doivent être invoqués (Hobbs, 2007; Williams & Rigby, 2004). La désignation d'un décideur substitut est la fonction des DAs la plus utilisée aux États-Unis. L'individu nommé légalement (*Durable Powers of Attorney*) prend les décisions médicales à la place de l'utilisateur en crise, en priorisant les intérêts de celui-ci en tout temps. La dernière fonction des DAs consiste en l'irrévocabilité d'une décision (*Ulysses' directive*), c'est-à-dire le choix d'une personne de demander que sa DA soit respectée même dans l'éventualité où elle manifesterait un refus ou de la résistance en situation de crise. Cette pratique pose toutefois certains problèmes éthiques, car tel que souligné dans le *Mental Health Act 1983* en Angleterre (Department of Health, 2008), il importe de considérer les demandes actuelles du patient, même en période d'inaptitude et même si une DA a été rédigée préalablement. Finalement, les DAs ont également une fonction informative, puisqu'elles incluent des données comme l'historique médical du patient, les traitements en cours, les signes précurseurs de rechute, le rôle souhaité des membres de l'entourage en période d'instabilité psychiatrique et les arrangements nécessaires concernant les responsabilités civiles (Srebnik et al., 2005; Sutherby & Szmukler, 1998).

De façon générale, il semble que l'ensemble des pays ayant implanté les DAs aient entrepris des démarches officielles pour soutenir leur utilisation, comme les États-Unis, l'Écosse, le Royaume-Uni, l'Angleterre, les Pays de Galles, l'Allemagne, l'Autriche, la Suisse, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande (voir Henderson, Swanson, Szmukler, Thornicroft, & Zinkler, 2008), même s'il

n'est pas toujours clair en quoi cela consiste en réalité (Hobbs, 2007; Weston & Lawson, 1997). On comprend toutefois que lors d'un moment d'inaptitude décisionnelle d'une personne avec un TMG, les cliniciens sont tenus de respecter les préférences inscrites dans sa DA, mais sous deux conditions : d'une part, en autant que les demandes soient conformes avec les pratiques cliniques courantes et, d'autre part, seulement si la personne ne fait pas l'objet d'une obligation de traitement de la cour. En effet, un médecin détient la discrétion d'ignorer les demandes contenues dans une DA s'il les juge déraisonnables et la loi lui octroie immunité le cas échéant, s'il a agi avec bienveillance et conformément aux standards qui régissent sa pratique (Swanson, Van McCrary et al., 2006). Il est toutefois attendu du professionnel qu'il documente les raisons pour lesquelles il prend la décision de ne pas respecter une part ou l'entièreté du contenu d'une DA (Department of Health, 2008) et qu'il tente tout de même d'honorer le plus de demandes possibles. De plus, la loi sur l'hospitalisation sans le consentement (*civil commitment law* ou *Mental Health Act*) a priorité sur toute DA. Il importe enfin de préciser que l'obligation légale des cliniciens à respecter, dans la mesure du possible, le contenu d'une DA fait référence aux refus de traitement (proscription) et à la désignation d'un décideur substitut, tandis que les préférences de traitement (prescription) n'obligent en rien les cliniciens (Halpern & Szmukler, 1997; Williams & Rigby, 2004). En revanche, l'obligation légale en lien avec l'irrévocabilité d'une décision (*Ulysses' directive*) demeure ambiguë puisqu'il s'agit d'une option controversée aux plans clinique et éthique tel que discuté précédemment. Ainsi, elle semble davantage répondre à des fins de gestion en contexte de crise que de favoriser le respect du consentement.

Au Canada, il n'existe actuellement aucune législation qui encadre l'utilisation de DAs pour les personnes avec des TMGs (Ambrosini & Crocker, 2009). Dans certaines provinces, il y a toutefois des procédures qui permettent de nommer un représentant légal ou de documenter des

préférences en matière de traitement, mais uniquement dans un contexte médical (Dunbrack, 2006). Par exemple, le *Code civil du Québec* reconnaît depuis 1991 le mandat en cas d'incapacité comme mesure de protection d'un majeur inapte (MSSS, 1999). Cela permet à ce dernier, qui est en possession de toutes ses facultés décisionnelles, de nommer une personne, le mandataire, qui s'occupera des finances et des biens de l'individu dans l'éventualité où celui-ci perdrait son aptitude à le faire. En Ontario, la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* prévoit une procédure similaire, soit la procuration en matière de soins de la personne. Notons cependant que ces procédures n'abordent pas les questions relatives aux soins de santé mentale reçus en situation de crise. Somme toute, une revue de la jurisprudence canadienne effectuée par Ambrosini et Crocker (2007) a permis de constater que les DAs seraient effectivement compatibles avec la législation actuelle en santé mentale et donc pourraient être implantées.

Le processus d'utilisation d'une DA peut être conçu en trois grandes étapes (Nicaise, Lorant & Dubois, 2013) : le choix d'un modèle, la rédaction du document et le recours en période de rechute. Généralement, le processus de création d'une DA est entamé après l'hospitalisation (idéalement la première) d'une personne avec un TMG afin de planifier la manière de prévenir ou de gérer une prochaine rechute possible. La personne doit déterminer le format de DA qui lui convient, mais surtout en fonction de ce qui est disponible dans son milieu de soins. De l'information à ce sujet devrait lui être fournie afin de faciliter son choix (Henderson et al., 2008). Une fois le document rédigé, il doit être conservé dans le dossier médical du patient et, pour faciliter son accès au moment d'une crise, des copies devraient être distribuées à tous les membres de son réseau formel et informel pour lesquels il consent (Kim et al., 2007; Srebnik & Russo, 2008; Williams & Rigby, 2004). Le recours à la DA doit se faire strictement lorsque la personne perd l'aptitude à consentir : avant cela, le consentement au moment même de

l'intervention doit être sollicité. Le contenu doit finalement faire l'objet de révisions régulières afin de l'adapter aux besoins, valeurs et intérêts actuels du patient (Atkinson & Garner, 2002; Williams & Rigby, 2004), d'autant plus que la DA peut être révoquée en tout temps.

Types de DAs

La terminologie utilisée par les différents auteurs pour discuter des DAs est parfois incohérente, ce qui peut compliquer l'analyse critique des écrits. Par exemple, le terme *advance directive* était originalement utilisé pour désigner les refus spécifiques de traitement, à la lumière du principe selon lequel tout adulte compétent a le droit de refuser un traitement médical (Hobbs, 2007; Williams & Rigby, 2004). Or, dans leur typologie, Henderson et al. (2008) le décrivent comme un document légal, contrairement à d'autres formes de DA, sans faire référence à son contenu. En plus, depuis les dernières années, le terme *psychiatric advance directive* est employé de façon plus large pour désigner différents types de DA. Pour les fins du présent essai, il sera employé comme un type de DA ayant un statut légal. Il semble enfin y avoir consensus sur le terme générique *advance statement* pour décrire une variété d'aspirations à l'égard de traitements futurs, soit les quatre fonctions des DAs décrites précédemment.

Les types de DAs visant principalement la planification de la gestion de crise peuvent être conceptualisés en deux grandes catégories : les DAs classiques et les DAs négociées (voir Figure 1). Les DAs classiques, incluant les «cartes de crise» (*crisis cards* ou CCs), les *psychiatric advance directives* (PADs) et la version facilitée des *psychiatric advance directives* (f-PADs), s'inscrivent dans le modèle du choix de l'utilisateur, ce qui concorde avec l'objectif initial de promotion de l'autonomie. Les CCs et les PADs sont des documents rédigés par l'utilisateur seulement, qui peut consulter un avocat au besoin, tandis que les f-PADs impliquent que

l'individu soit assisté dans la rédaction de diverses manières possibles. Dans les deux cas, le processus s'effectue sans l'accord obligatoire de l'équipe traitante. En contrepartie, les DAs négociées, comme l'«entente anticipée» (*advance agreement*) et le «plan de crise conjoint» (*joint crisis plan* ou PCC), relèvent plutôt d'un processus de décision partagée, ce qui rejoint davantage l'aspect de l'alliance thérapeutique favorisé par les DAs (Henderson et al., 2009). Les DAs négociées impliquent une collaboration directe des membres de l'équipe traitante. Chaque type de DA sera détaillé dans la section qui suit.

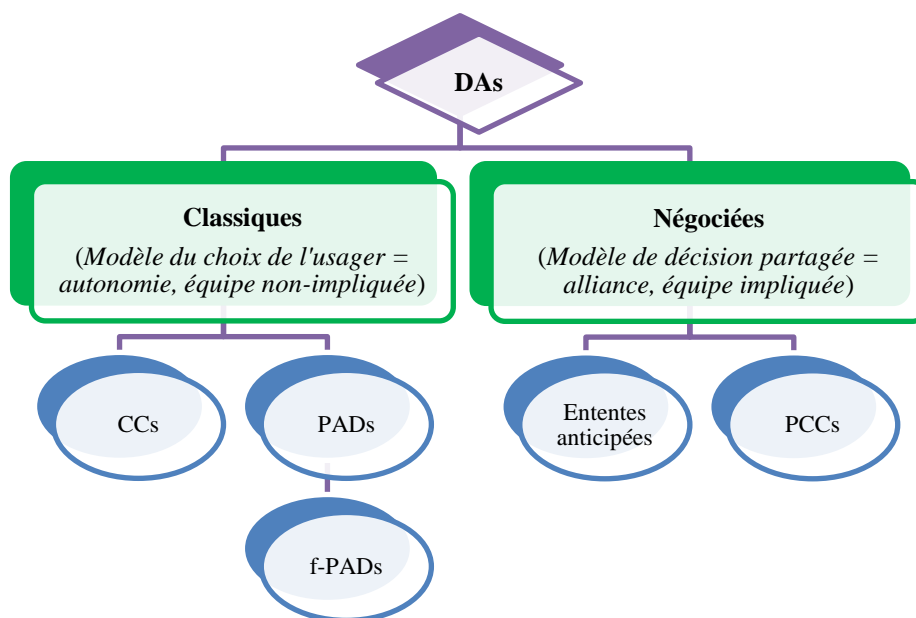


Figure 1. Types de DAs et modèles théoriques associés.

DAs classiques. La première DA, une carte de crise (CC), fut développée par la *International Self-Advocacy Alliance* au Royaume-Uni et lancée officiellement par un groupe d'utilisateurs, *Survivors Speak Out*, en 1989 (Sutherby & Szmukler, 1998). Son objectif était initialement de permettre aux personnes avec des TMGs de nommer une personne à contacter en cas d'urgence qui agirait à titre de soutien moral ou de défense légale, ainsi que d'assurer une meilleure communication entre les professionnels. L'utilisateur pouvait également ajouter les

informations qu'il jugeait pertinentes, comme les soins préférés en période d'instabilité psychiatrique, et il transportait sa carte avec lui en tout temps. Certaines personnes se sont toutefois plaintes que les professionnels aidaient de plus en plus les patients à rédiger les CCs, ce qui avait comme conséquence possible d'inciter ces derniers à y inclure du contenu possiblement dommageable (Weston & Lawson, 1997). Des préoccupations ont aussi été soulevées quant à l'aspect stigmatisant de conserver une telle carte sur soi, par exemple si le public ou les services policiers s'en servent pour identifier les personnes «potentiellement dangereuses». Pour ces raisons, le groupe *Survivors Speak Out* a retiré plusieurs cartes des services. Les CCs n'avaient pas de statut légal, mais la réponse gouvernementale fut d'encourager cette initiative et de considérer une démarche pour l'officialiser (Department of Health, 1993). Selon les données disponibles, l'efficacité des CCs n'a pas fait l'objet d'études empiriques. Leur implantation a toutefois été examinée récemment par van der Ham, Voskes, van Kempen, Broerse et Widdershoven (2013) aux Pays-Bas et divers obstacles ont été soulevés en lien avec les connaissances et la résistance des professionnels, ainsi qu'avec le niveau d'insight des patients.

Les PADs et leur version facilitée (f-PADs) sont les types de DA les plus discutés dans la littérature à ce jour. Ils consistent en une «version légale» et plus exhaustive des CCs et ont été implantés au milieu des années 1990 aux États-Unis d'abord et en Europe ensuite (Halpern & Szmukler, 1997; Williams & Rigby, 2004). Le contenu des PADs peut faire appel aux fonctions de prescription, de proscription et de désignation d'un décideur substitut, et il consiste souvent en une combinaison de plusieurs fonctions (Srebnik et al., 2005; Swanson, Swartz, Elbogen et al., 2006). La recension des écrits de Nicaise et al. (2013) a permis de constater que la plupart des études publiées sur les PADs portent sur l'opinion des différents acteurs à leur égard, sur leur utilité et leurs limites envisagées, ainsi que sur leur contenu, tandis que très peu portent sur leur

utilisation en période de crise et leurs bénéfices réels. Notons qu'un nombre important d'études confondent les PADs et les f-PADs en raison de leur contenu et leurs objectifs similaires. Pour cette raison, la section suivante combinera les résultats d'études d'efficacité et d'opinion portant sur l'un ou l'autre type de DA classique (le terme générique PAD sera employé), sauf une partie qui spécifiera le contexte dans lequel s'est développé le f-PAD et ses avantages relativement au PAD.

L'intérêt des personnes avec des TMGs de créer un PAD varie entre 53 % (Srebnik, Russo, Sage, Peto, & Zick, 2003) et 84 % (O'Donoghue et al., 2010). Par l'entremise du PAD, elles aspirent à éviter les traitements involontaires, à obtenir des soins conformément à leurs besoins et à gagner un plus grand contrôle sur leur traitement (Swanson et al., 2003). En revanche, certains usagers mentionnent avoir de la difficulté à comprendre pleinement le fonctionnement des documents, être sceptiques à l'égard de leur efficacité réelle, ne pas savoir qui nommer comme décideur substitut et considérer fort complexe la procédure administrative de légalisation des PADs (Backlar, McFarland, Swanson, & Mahler, 2001; Swanson et al., 2003). Du côté des cliniciens, bien qu'ils favorisent généralement l'autonomie des usagers, plusieurs sont réticents à l'égard du fonctionnement des PADs, particulièrement les psychiatres (Van Dorn et al., 2006). Ils ont surtout la préoccupation que les demandes des usagers soient irréalistes et qu'elles interfèrent avec la gestion de crise (Atkinson, Garner, & Gilmour, 2004; Srebnik & Brodoff, 2003). Même devant un PAD hypothétique jugé valide, presque la moitié (47 %) des psychiatres interviewés ont affirmé qu'ils ne le respecteraient pas s'il contient des refus de traitement (Swanson, Van McCrary, Swartz, Van Dorn, & Elbogen, 2007). Il semble également que plusieurs cliniciens soient favorables à l'idée que leurs patients utilisent les PADs seulement dans l'optique que ceux-ci se sentent davantage en contrôle de leur traitement et non pour viser une

réduction des interventions involontaires (Swanson et al., 2003). D'autant plus qu'un bon plan de traitement, selon eux, inclut une discussion avec les usagers au sujet de l'intervention en situation de crise, donc les PADs ne devraient pas être nécessaires (Atkinson, Garner, Stuart, & Patrick, 2003).

Au Canada, Ambrosini, Crocker, Perreault et Israël (2008) ont sondé les opinions de 193 professionnels en santé mentale et en droit du Québec et de l'Ontario. Il semble y avoir quelques divergences entre les points de vue des avocats et ceux des psychiatres et des psychologues sur certaines modalités des PADs, mais cela n'est pas surprenant considérant les difficultés de conciliation des objectifs du droit et de la médecine expliquées précédemment. Or, les principaux avantages et inconvénients des documents ont été relevés par les deux groupes. La grande majorité des professionnels ont manifesté un intérêt pour en connaître davantage sur le fonctionnement des PADs, mais seulement la moitié se sont dits volontaires pour les mettre en pratique. Gray, Shone et Liddle (2008) expliquent que la planification anticipée en psychiatrie est probablement sous-utilisée au Canada en raison d'un manque de connaissances et de motivation de la part des professionnels en santé mentale à son égard. Une autre étude récente menée par Ambrosini, Crocker et Latimer (2012) a permis de conclure que les personnes avec des TMGs au Québec préféreraient les PADs au mandat en cas d'inaptitude, mais une combinaison des deux procédures serait préférable.

Plusieurs usagers, après avoir rédigé un PAD, rapportent un sentiment rehaussé de pouvoir et de contrôle sur leur traitement, se sentent davantage outillés pour éviter et gérer les rechutes et se disent plus satisfaits à l'égard des divers services reçus (Amering et al., 2005; Backlar et al., 2001; Kim et al., 2007; Srebnik, 2004; Swanson, Swartz, Elbogen et al., 2006). Or, plusieurs obstacles (réels et potentiels) à l'implantation des PADs ont été soulevés jusqu'à

présent. Des cliniciens nomment par exemple un manque d'accès aux documents en période de crise et des bris de communication entre les professionnels de différents départements ou institutions (Van Dorn et al., 2006). Ils réfléchissent aussi à des complications cliniques si les individus, au moment de la crise, expriment des besoins divergents de ce qui avait été décidé préalablement (Atkinson et al., 2003; Swanson, Van McCrary et al., 2006). Finalement, les professionnels détenant peu de connaissances sur le contexte législatif de l'utilisation des PADs sont moins enclins à y recourir (Elbogen et al., 2006). Ces obstacles expliquent probablement pourquoi les documents sont consultés dans seulement 20 % des situations de crise selon l'étude de Srebnik et Russo (2008).

Outre l'étape du recours aux PADs en contexte d'urgence, même le taux de complétion des documents est demeuré relativement faible (Sherman, 1995), soit entre 4 et 13 % des usagers de services en santé mentale selon les études de Swanson et al. (2003) et de Swanson, Swartz, Ferron et al. (2006) menées aux États-Unis. En effet, des études ont démontré que 80 % des usagers ont besoin d'aide pour rédiger leur PAD (Peto et al., 2004) et qu'entre 66 et 77 % en rédigeraient une si on leur offrait l'opportunité et l'assistance pour le faire (Swanson et al., 2003; Swanson, Swartz, Ferron et al., 2006). C'est dans ce contexte que plusieurs manières d'accompagner les usagers dans la complétion de leur document ont été mises en place (les f-PADs), mais toujours sans la collaboration de l'équipe traitante. Les outils développés comprennent notamment un programme informatique (Sherman, 1998), des carnets structurés contenant des espaces à remplir (Papageorgiou, King, Janmohamed, Davidson, & Dawson, 2002), des séances de formation sur les PADs (Amering et al., 2005) ainsi que des professionnels formés pour encadrer la rédaction (Elbogen et al., 2007; Swanson, Swartz, Elbogen et al., 2006). Un essai clinique randomisé a permis d'associer les f-PADs à une augmentation significative du

taux de complétion de documents comparativement aux PADs classiques (Swanson, Swartz, Elbogen et al., 2006), tandis qu'un autre n'a relevé aucune différence significative sur le taux d'hospitalisations involontaires en comparaison avec le traitement habituel (Papageorgiou et al., 2002).

Malgré les bénéfices potentiels des PADs et des f-PADs, des limites importantes sont associées à leur statut légal et au fait qu'ils soient rédigés sans la collaboration obligatoire de l'équipe traitante. En premier lieu, tel que mentionné précédemment, le clinicien traitant a la discrétion de ne pas honorer certaines demandes qu'il juge inappropriées selon le contexte clinique. Ainsi, comme le résumant Swanson, Van McCrary et al. (2006), il est question de «laisser le médecin décider si l'individu peut décider» (traduction libre, p. 392), ce qui ne semble pas prioriser le consentement des patients. Il est possible même que certains cliniciens, dont l'intervention serait restreinte par des refus spécifiques, songent à faire appel à un ordre de la cour pour hospitaliser l'individu et donc s'assurer qu'il reçoive les traitements que l'équipe juge adéquats (Atkinson & Garner, 2002; Department of Health, 2008). Bien que justifiée par la bienveillance, cette pratique est fort ironique, car les DAs ont pour objectif principal de réduire le recours aux interventions coercitives (Swanson, Swartz, Ferron et al., 2006).

En second lieu, plusieurs professionnels croient que les usagers seront suffisamment outillés pour rédiger une DA dans la mesure où ils le font conjointement avec leur équipe traitante, ce qui fait référence à la question de compétence décisionnelle. En effet, des cliniciens peuvent se demander si les demandes contenues dans une DA reflètent réellement les besoins et intérêts de la personne, surtout considérant la nature épisodique des crises vécues par les personnes avec des TMGs et les déficits cognitifs potentiellement associés. La participation de l'équipe traitante dans la création de la DA pourrait justement être bénéfique pour l'individu qui

ne se souvient pas complètement de sa dernière rechute, qui ressent de l'anxiété à l'idée d'en discuter, qui a de la difficulté à exprimer sa volonté clairement ou qui ne comprend pas pleinement le rôle et les limites des DAs (Amering et al., 2005; Williams & Rigby, 2004). Bref, le processus de création d'une DA devrait inclure tous les acteurs concernés : les usagers, qui rédigent, et les cliniciens, qui mettent en pratique.

DAs négociées. En 1995, un projet pilote a été lancé par la *National Health Service Executive* au Royaume-Uni pour évaluer la faisabilité d'un type de CC, soit le Plan de crise conjoint (PCC), auprès de 42 adultes aux prises avec des TMGs (Sutherby et al., 1999; Sutherby & Szmukler, 1998). Le format du PCC a été développé à la suite de plusieurs consultations auprès de groupes de patients, dans le contexte de la *Care Programme Approach*, qui encadre la prestation de services en santé mentale en Angleterre. Par l'entremise d'une discussion détaillée avec leur équipe traitante (voir les étapes en Annexe A), les usagers choisissaient l'information à inclure dans leur plan selon un «menu» d'options préétablies, divisé en quatre sections : coordonnées, plan de traitement actuel, plan de gestion de crise et aide pratique en cas de rechute. La rencontre se passait également en présence d'un facilitateur indépendant (rôle adopté par un des chercheurs pour les fins de l'étude), qui s'assurait que le PCC contienne le produit d'une négociation équitable entre l'utilisateur et les cliniciens et qu'il soit inclut intégralement dans le plan de traitement. Si le consensus était impossible à atteindre, le document était appelé une CC et non un PCC. L'individu distribuait des copies de son plan aux personnes de son choix et le transportait avec lui en tout temps dans un format de poche. Les résultats de l'étude se sont montrés prometteurs : des 37 usagers ayant participé à l'entrevue de suivi un mois après l'intervention, 78 % ont affirmé se sentir plus impliqués dans leur plan de traitement, et des 19 cliniciens, 90 % recommanderaient le PCC à d'autres équipes. À la mesure de suivi de 12 mois,

26 usagers avaient vécu une situation de crise et les plans de 73 % d'entre eux ont été consultés, et 74 % des plans consultés ont été jugés utiles. Finalement, le taux d'hospitalisation a été réduit de 30 % à la suite de l'intervention.

Quelques études sur l'efficacité du PCC ont été publiées après celle de Sutherby et al. (1999), mais les connaissances acquises demeurent au stade embryonnaire, d'autant plus qu'il consiste encore en une pratique en développement et non une pratique courante. Un essai clinique randomisé effectué par Henderson et al. (2004) auprès de 160 adultes avec des TMGs en Angleterre a démontré que le PCC est associé à une diminution significative du taux de transport et d'hospitalisation involontaires. Les participants du groupe expérimental ($N = 65$) ont présenté aussi moins d'épisodes de violence et d'automutilation. Des questionnaires ont été remplis par 45 d'entre eux à la mesure post-test : 96 % ont affirmé que le contenu du plan reflétait absolument ou probablement leur volonté, 71 % ont mentionné se sentir davantage en contrôle de leur TMG et 90 % recommanderaient le PCC à autrui (de même pour 85 % des cliniciens à la mesure de suivi 15 mois après l'intervention) (Henderson et al., 2009).

Cela dit, d'autres études n'ont pas été en mesure de se prononcer sur l'efficacité du PCC. Un essai randomisé effectué par Thornicroft et al. (2013) auprès de 569 personnes ayant un trouble psychotique n'a relevé aucun effet significatif du PCC sur le recours aux interventions coercitives, bien qu'une amélioration significative de l'alliance thérapeutique ait été constatée. Les auteurs avancent que le PCC est une pratique innovatrice qui contribue à remettre en question les fondements de la *Care Programme Approach*, et que plusieurs cliniciens de l'étude ne semblent pas avoir été suffisamment formés à distinguer le PCC de la pratique courante. Or, l'adhésion de ceux-ci aux principes et aux objectifs du PCC serait incontournable pour en assurer l'efficacité. Farrelly et al. (2015) ont mené des entrevues auprès de ces cliniciens afin de mettre

en lumière les obstacles à la prise de décision partagée dans ce contexte. Ceux-ci incluent notamment le fait que les cliniciens ne percevaient pas l'avantage du PCC relativement à la pratique courante ou qu'ils ne reconnaissaient pas l'importance de modifier le rapport patient-professionnel pour la négociation du PCC. Les cliniciens se disaient également préoccupés par rapport à la pertinence des choix des usagers et à la latitude dont disposent les équipes d'intervention de crise à répondre à ces demandes.

D'autres études pilotes ont été conduites aux États-Unis (Henderson, Lee, Herman, & Dragatsi, 2009), en Australie (Williams, Smith, & Lumbus, 2014) et en Allemagne (Grätz, & Brieger, 2012) en lien avec l'implantation du PCC au sein de différents services en santé mentale. L'ensemble des résultats démontrent qu'il s'agit d'une pratique favorisant l'auto-détermination des usagers et la prise de décision partagée, mais son utilisation serait très peu systématique, tant au niveau de la rédaction que du recours au document en contexte de crise. Les auteurs confirment la nécessité d'identifier des moyens efficaces pour introduire cette nouvelle pratique dans les milieux de soins et pour en évaluer l'incidence.

Pour ce qui est de l'autre forme de DA négociée, soit les ententes anticipées, celles-ci diffèrent du PCC dans la mesure où elles n'impliquent pas de facilitateur. Il semble que la littérature contienne très peu de données à leur sujet actuellement. Une seule étude d'implantation d'ententes anticipées a été conduite en Australie par Wauchope et al. (2011) et les résultats sont similaires à ceux d'études portant sur le PCC en termes de bénéfices escomptés (pouvoir d'agir et alliance thérapeutique). Le processus de négociation a été jugé satisfaisant pour 96 % des participants (13 usagers et 12 cliniciens) et certains obstacles ont été soulevés, comme des difficultés d'introspection chez les usagers et le fait que les options de traitement en situation de crise soient relativement limitées.

Assurément, le PCC présente plusieurs avantages comparativement aux autres types de DAs. D'abord, il permet à l'utilisateur de bénéficier de la rétroaction directe de son équipe traitante dans le but de prévenir et de gérer les rechutes éventuelles le plus efficacement possible, ce qui est conforme avec le modèle de décision partagée (Charles, Gafni, & Whelan, 1997). Évidemment, ceci augmente les chances que la DA soit non seulement accessible en situation de crise, mais que son contenu soit respecté (Atkinson, 2004; Swanson, Tepper, Backlar, & Swartz, 2000). D'ailleurs, l'étude qualitative de Farrelly et al. (2014) a démontré que, lors de la création des PCCs, les patients effectuent des demandes cliniquement acceptables et valables, tant au niveau de la manière dont l'intervention de crise devrait être rendue qu'au niveau des mesures spécifiques à privilégier ou à éviter. Ensuite, le fait que le PCC n'aie aucune obligation légale permet de réduire les questionnements éthiques associés, par exemple, aux situations où les médecins ignorent les refus de traitement inscrits dans une DA. Certains auteurs craignent que les individus soient forcés implicitement à inclure dans leur plan des éléments qui ne leur conviennent pas réellement (Swanson et al., 2000), comme manifesté par le groupe *Survivors Speak Out* dans les années 1990. Toutefois, la présence du facilitateur indépendant sert justement à éviter la coercition et, dans l'étude de Henderson et al. (2009), 95 % des participants interviewés ont affirmé n'avoir ressenti absolument ou probablement aucune pression lors des rencontres. L'utilisateur est également invité à être accompagné d'une personne de confiance tout au long du processus. Enfin, la participation d'un professionnel indépendant dans la création des PCCs implique des coûts supplémentaires, ce qui peut constituer un obstacle à leur implantation. Or, Flood et al. (2006) ont démontré qu'il y a plus de 78 % de probabilités que le PCC soit plus rentable que les services standards en raison de la réduction du taux d'hospitalisation.

Bref, le PCC a pour objectif, comme l'ensemble des DAs, de promouvoir l'autonomie de l'utilisateur par l'entremise du consentement anticipé et de réduire les conséquences négatives des rechutes psychiatriques, mais il s'inscrit également dans le cadre théorique de l'alliance thérapeutique et de l'organisation des services (Nicaise et al., 2013). Autrement dit, le processus de négociation qui sous-tend le PCC permet à l'individu d'avoir davantage de contrôle sur son plan de traitement (autonomie), de participer activement à la prise de décision (alliance thérapeutique) et d'assurer que tous les membres de son équipe soient au courant du rôle qu'ils doivent jouer en contexte de crise (partenariat). Le PCC vise surtout à ce qu'un consensus soit obtenu entre les usagers et les professionnels, afin que le recours aux interventions involontaires soit diminué, puisque les priorités de traitement en contexte de crise peuvent différer significativement d'un groupe à l'autre (de Haan et al., 2001). En ce sens, à la suite d'une recension des écrits qualitatifs sur les DAs, Maître et al. (2013) concluent que le PCC semble la pratique de consentement anticipé la plus prometteuse grâce au dialogue qu'il mobilise entre les acteurs concernés, ainsi qu'aux bénéfices thérapeutiques associés au principe de négociation comme tel, au-delà du contenu de la discussion.

Tel que conclu par Thornicroft et al. (2013) et par Farrelly et al. (2015), il est possible qu'une limite importante de leur étude sur l'efficacité du PCC consiste en l'absence d'une étape préparatoire visant à évaluer l'attitude des cliniciens à l'égard de cette nouvelle pratique. La prédisposition du milieu organisationnel et des professionnels à l'implantation du PCC serait effectivement un prérequis à son adoption et à son utilisation en contexte réel, alors qu'aucune étude ne s'est penchée sur cette variable jusqu'à présent. Dans le même sens, ayant constaté des différences importantes dans le taux de complétion de PCCs à chaque site d'implantation, Williams, Smith et Lumbus (2014) insistent sur l'importance de considérer le contexte et la

culture de chaque secteur au sein duquel une nouvelle pratique est introduite. Maître et al. (2013) reconnaissent que malgré les bénéfices potentiels du PCC, «il reste à résoudre des problèmes en termes d'organisation du système de soins pour que les équipes puissent investir du temps et des budgets pour leur formation à l'utilisation des directives, et de plus amples recherches sont nécessaires en vue de leur utilisation pratique» (p. 250).

Science de l'implantation et cadre théorique

La science de l'implantation a été définie comme étant l'étude des méthodes permettant de promouvoir l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique clinique dans le but d'améliorer l'efficacité et l'effectivité des programmes (Eccles & Mittman, 2006). Il s'agit d'un domaine de recherche qui prend de plus en plus d'ampleur au sein de la communauté scientifique (Damschroder et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008; Tansella & Thornicroft, 2009). Bien que la mise en pratique d'une innovation comporte plusieurs étapes indispensables, il semble que la littérature sur le sujet se soit surtout penchée sur la phase d'implantation comme telle et comporte moins de données sur la phase d'exploration/adoption (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011). Pourtant, la décision d'un organisme d'implanter ou non une nouvelle pratique, et dans quelles circonstances, représente un processus très complexe et fournit des informations essentielles pour orienter l'étape d'implantation (Fixsen et al., 2005). C'est pourquoi il est pertinent d'évaluer l'intention d'adopter de façon exhaustive et indépendamment des autres phases de l'implantation (Wisdom, Chor, Hoagwood, & Horwitz, 2013).

Dans le domaine de l'implantation, la littérature comporte un nombre élevé de cadres conceptuels destinés à soutenir l'introduction de nouvelles pratiques sur le terrain ainsi que l'évaluation scientifique de ce processus. Par exemple, Tabak et al. (2012) ont répertorié 61

différents modèles et des exemples de leur utilisation afin de guider les chercheurs dans le choix et l'application d'un modèle approprié. Cependant, on remarque un recoupement important entre les construits proposés ainsi qu'une terminologie vaste et souvent incohérente. La taxonomie récemment proposée par Nilsen (2015) met toutefois en lumière le fait que les chercheurs semblent s'entendre sur les principales influences à considérer dans l'évaluation d'implantation. Celles-ci proviennent essentiellement des grandes théories classiques du changement comme la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003), et ce, spécialement en contexte de pré-implantation (Proctor et al., 2011) et dans les systèmes de soins de santé (Greenhalgh et al., 2004). Cette théorie offre également un avantage méthodologique important, soit l'accès à un instrument de mesure en français dont les propriétés psychométriques ont été validées (voir la section Méthodologie), ce qui est encore peu commun dans le domaine innovant de la science de l'implantation (Lewis et al., 2015).

La théorie de Rogers (2003) a émergé dans les années 1960 suite à une série de recherches sur la diffusion d'innovations conduites au sein de diverses disciplines, notamment la sociologie, l'anthropologie et le marketing, et elle a été continuellement raffinée dans les décennies suivantes. Elle porte essentiellement sur le processus de communication d'une innovation par l'entremise de certains canaux de diffusion, à travers le temps et au sein des membres d'un système social donné. En effet, le partage d'informations portant sur une idée perçue nouvelle par les acteurs permet d'arriver à une compréhension mutuelle et de réduire le degré d'incertitude associée à une situation où un choix existe parmi plusieurs alternatives. Autrement dit, la théorie de la diffusion de l'innovation renseigne sur chaque étape du processus de prise de décision vis-à-vis de l'innovation, soit la connaissance, la persuasion, la décision, l'implantation et la confirmation.

Premièrement, cinq attributs de l'innovation ont été identifiés comme faisant l'objet d'une évaluation de la part des adoptants potentiels. Il s'agit de l'avantage relatif de la pratique courante, la compatibilité avec les besoins, les croyances et les expériences des membres du système social, la complexité perçue de l'utilisation, la possibilité de mettre l'innovation à l'essai et l'observabilité des résultats. Ces caractéristiques, surtout les trois premières, influencent et expliquent largement le taux d'adoption. La possibilité de «réinventer» l'innovation, c'est-à-dire de l'adapter au contexte où elle pourrait être implantée, constitue une autre source d'influence à considérer. Deuxièmement, il existe une typologie d'adoptants en fonction de la propension individuelle à l'innovation (*individual innovativeness*) : les innovateurs, les adoptants précoces, la majorité précoce, la majorité tardive et les réfractaires. Les particularités de chaque profil incluent des données sociodémographiques, des traits de personnalité et certaines habitudes de communication. Troisièmement, Rogers propose une série de variables à étudier pour déterminer dans quelle mesure une organisation est favorable à l'innovation (*organizational innovativeness*), comme la complexité structurelle, la disponibilité des ressources et l'ouverture aux informations provenant de l'extérieur. Finalement, l'opinion des adoptants potentiels à l'égard des «agents de changement», c'est-à-dire les personnes qui diffusent l'information concernant l'innovation, peut également influencer le taux d'adoption.

À la lumière de cette théorie, l'objectif général de la présente étude consiste à examiner les facteurs individuels et organisationnels, ainsi que les caractéristiques propres au PCC, pouvant mener ou non à l'implantation de cette pratique innovante dans le système d'urgence psychiatrique en Outaouais et ultérieurement au Québec. À notre connaissance, il s'agit de la première étude d'une forme négociée du consentement anticipé menée au Canada. Les objectifs spécifiques sont de déterminer dans quelle mesure, pour chaque partie prenante : le contexte

organisationnel est propice à l'innovation en général; les personnes susceptibles d'adopter le PCC présentent des caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et personnelles favorables à l'innovation; et les attributs du PCC (compatibilité, avantage relatif, complexité et mise à l'essai) sont perçus positivement par les futurs adoptants. Le dernier objectif spécifique est de déterminer la volonté des différentes parties prenantes de passer ou non à l'étape d'implantation et, le cas échéant, les modifications à apporter au PCC (réinvention).

Méthodologie

La présente recherche se veut évaluative puisqu'elle vise à porter un jugement sur une intervention dans le but d'aider à la prise de décision (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Pineault, 1993). En raison du caractère innovateur du PCC dans le contexte québécois, des problèmes éthiques et cliniques qu'il cherche à résoudre (difficultés d'obtention du consentement et interventions coercitives en situation d'urgence psychiatrique) ainsi que de l'ampleur du cadre théorique sous-tendant la diffusion d'une innovation en milieu organisationnel (Rogers, 2003), la pré-implantation du PCC s'avère un processus assurément très complexe. Pour ces raisons, le devis de recherche employé consiste en une étude de cas unique, le cas étant l'implantation hypothétique du PCC au sein de l'organisation des services d'urgence psychiatrique en Outaouais. En effet, l'étude de cas permet de procéder à une analyse descriptive en profondeur d'un processus ou d'une organisation visant à en comprendre le contexte, l'expérience subjective des participants et les dynamiques propres à la situation (Preskill & Russ-Eft, 2005).

Il est bien connu que la force de l'étude de cas est sa validité interne, tandis qu'une de ses limites principales consiste en la généralisation des résultats. Autrement dit, il s'agit d'un devis qui permet surtout de comprendre comment différentes variables s'inter-influencent dans un contexte particulier pour produire des résultats donnés, et moins comment ces résultats s'appliquent à différents milieux (Balbach, 1999). Dans le cadre de la présente étude où le programme examiné est unique, où il serait prématuré d'évaluer son efficacité, où les résultats sont imprévisibles, où les données scientifiques antérieures sont mitigées et où l'évaluation de la pré-implantation consiste en une étape préalable à l'implantation (s'il y a lieu), l'étude de cas est amplement justifiée. D'autant plus qu'en obtenant une compréhension en profondeur de la perception des diverses parties prenantes, nous avons été en mesure de proposer des liens entre

les concepts générés et la littérature actuelle, afin d'introduire une théorie préliminaire de la pré-implantation du PCC et ainsi contribuer à renforcer la validité externe de l'étude (Yin, 2013).

Malgré les limites généralement associées à l'étude de cas, il s'agit d'un devis de recherche qui comporte de nombreux avantages. D'une part, le type de savoir généré par l'étude de cas, concret et dépendant du contexte plutôt que général et indépendant du contexte, est non seulement nécessaire à l'apprentissage et à la compréhension de concepts complexes, mais il fait partie intégrante du savoir rattaché aux sciences humaines et sociales (Flyvbjerg, 2006). Le cumul de cas se trouve au cœur de toutes formes d'expertises et permet de développer une vision nuancée des théories universelles. En ce sens, l'étude de la pré-implantation du PCC en Outaouais permet de relier les différents facteurs influençant l'adoption d'une nouvelle pratique aux particularités du milieu, ce qui contribue à préciser davantage les postulats de la science de l'implantation, comme ceux de la théorie de Rogers (2003). D'autre part, la compréhension en profondeur des causes et des conséquences de problèmes donnés s'avère parfois bien plus importante que la description des symptômes et leur fréquence (Flyvbjerg, 2006). Un échantillonnage aléatoire, visant la représentativité, permet difficilement ce genre d'analyse, surtout dans le domaine de l'évaluation de l'implantation de pratiques basées sur des données probantes. En effet, dans le contexte de la présente étude, l'opinion de certaines personnes clés du réseau offre une perspective indispensable sur les différents obstacles et éléments facilitateurs de l'implantation éventuelle du PCC au sein d'un système spécifique et complexe, ce qu'une enquête à grande échelle ou un devis expérimental ne permettrait pas.

Participants et recrutement

Un premier contact a été établi avec des personnes clés du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) et du réseau communautaire lors de la planification de

l'étude. Ceci a permis de valider sa faisabilité et l'intérêt du milieu à y participer, d'ajuster les paramètres méthodologiques en fonction des réalités du système de services de crise à ce jour ainsi que de s'assurer que toutes les parties prenantes du projet de recherche soient convenablement représentées. Deux certificats éthiques ont été obtenus, soit l'un du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et l'autre du Comité d'éthique de la recherche du CISSSO. Au total, quatre groupes de répondants ont été sollicités.

En premier lieu, nous avons recruté des personnes avec des TMGs ($n = 5$)¹ qui bénéficient au moment de l'étude de services en santé mentale. Trois d'entre elles proviennent du milieu institutionnel, soit du Programme de suivi intensif de l'Hôpital Pierre-Janet (HPJ) qui met de l'avant une équipe interdisciplinaire offrant des services psychiatriques et de réadaptation aux personnes ayant des TMGs. Les deux autres usagers participant proviennent du milieu communautaire, soit du Centre Inter-Section et de La Maison Réalité, des organismes à but non lucratif offrant des services de soutien et de réinsertion sociale aux personnes vivant avec des difficultés de santé mentale d'ordre plus général. Un ancien usager de services a également accepté d'agir à titre de participant pilote pour valider la procédure de collecte de données. De manière générale, il semble que la perspective de la clientèle dans la littérature portant sur l'adoption de nouvelles pratiques soit souvent sous-représentée, ce qui peut constituer un obstacle important à l'implantation (Wisdom et al., 2013). De manière conséquente, il nous a semblé important de considérer l'opinion de cette partie prenante au processus décisionnel.

L'échantillon des usagers a été constitué de manière non aléatoire afin de s'assurer de sa pertinence en lien avec la question de recherche, d'une variété sur le plan du diagnostic et du profil sociodémographique ainsi que du respect des normes éthiques de la recherche auprès de

personnes vulnérables. Ainsi, ont été inclus les clients qui détiennent au moins une expérience avec des méthodes restrictives d'urgence psychiatrique dans les derniers deux ans et ont été exclus ceux qui présentent une déficience intellectuelle moyenne ou sévère et qui sont sous ordonnance de traitement et/ou sous régime de protection pour majeurs inaptes. Les clients les plus susceptibles de répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été identifiés par leur intervenant pivot lors d'une rencontre d'équipe, lequel a effectué la sollicitation initiale à l'aide d'un texte de recrutement préétabli. Les clients intéressés à participer à l'étude ont été mis en communication avec les chercheuses et le formulaire de consentement leur a été présenté lors de la collecte de données. Précisons que le contenu du formulaire de consentement a été légèrement adapté pour faciliter la compréhension des clients.

En deuxième lieu, nous avons fait appel à des gestionnaires de différents secteurs du CISSSO rattachés à la Direction de la santé mentale et des services psychosociaux (DSMSP; $n = 12$). En troisième lieu, nous avons sollicité une variété de cliniciens du même réseau, donc des professionnels œuvrant directement auprès de la clientèle et qui ne détiennent pas un rôle de gestion, spécifiquement le personnel d'urgence en milieu hospitalier ($n = 4$), l'équipe du Programme de suivi intensif de l'HPJ ($n = 6$) ainsi que des intervenants du Centre d'Aide 24/7 ($n = 10$). Celui-ci consiste en un organisme à but non lucratif offrant des services d'accueil, de soutien et d'accompagnement aux personnes en situation de crise. En dernier lieu, nous avons fait appel aux représentants du Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO) ($n = 5$), soit une concertation visant à soutenir et promouvoir le développement des organismes à but non lucratif œuvrant auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de leurs proches. La participation de ces professionnels avait pour

¹ Un sixième client a été exclu de l'étude en raison d'un état d'agitation au moment de la collecte de données.

but d'évaluer l'intérêt et l'aptitude des intervenants communautaires à occuper la fonction de facilitateurs dans la création des PCCs, grâce à leur neutralité vis-à-vis du réseau et à leurs connaissances en matière de santé mentale.

Pour l'ensemble des professionnels (gestionnaires, cliniciens, intervenants et directeurs communautaires), aucun critère d'exclusion n'a été désigné. Encore une fois, l'échantillon a été constitué de manière non aléatoire afin de s'assurer que chaque partie prenante de la pré-implantation du PCC soit adéquatement représentée. Les chercheuses ont communiqué directement avec la personne responsable de chaque unité, qui a diffusé l'information sur l'étude au sein de son équipe et qui a ensuite aidé à la planification d'une rencontre pour la collecte de données auprès des professionnels intéressés à participer. Le formulaire de consentement leur a été transmis par messagerie électronique. La nature entièrement volontaire de la participation à la recherche a été accentuée auprès des personnes ayant collaboré au recrutement pour éviter d'induire une forme de pression aux participants potentiels. La figure 2 présente la séquence des étapes de la procédure et illustre la répartition des participants (N total = 42).

2013	2014		2015	
Validation de l'étude au sein du réseau				
	Approbation éthique (UQO et CISSSO)	Clientèle (Indiv., $n = 5$)		
		DSMSP (Groupe, $n = 12$)	HPJ (Groupe, $n = 5$) (Indiv., $n = 1$)	ROCSMO (Groupe, $n = 5$)
		Centre d'Aide 24/7 (Groupe, $n = 10$)	Urgence (hôpital) (Indiv., $n = 4$)	

Figure 2. Procédure de planification, de recrutement et de collecte de données.

Voir la section suivante pour l'explication concernant les modalités de collecte individuelle et en groupe.

Collecte de données

Historiquement, l'étude de cas a été associée à la méthode qualitative, mais les chercheurs reconnaissent aujourd'hui qu'elle peut s'appuyer à la fois sur des données qualitatives et quantitatives. D'ailleurs, dans la science de l'implantation de programmes, les méthodes mixtes de collecte de données sont de plus en plus utilisées (Palinkas et al., 2011). Les méthodes qualitatives permettent effectivement d'approfondir la compréhension des facteurs influençant l'implantation de nouvelles pratiques, et les méthodes quantitatives fournissent plutôt une étendue de données sur le même sujet. Cette combinaison permet de pallier aux limites de l'une ou de l'autre méthode employée uniquement, en réponse à la grande complexité des problèmes auxquels s'attardent les chercheurs en sciences humaines et de la santé (Creswell, 2009). Ainsi, les méthodes d'évaluation utilisées dans la présente étude incluent des entrevues individuelles, des groupes de discussion ainsi qu'un questionnaire. Pour faciliter la compréhension des répondants de l'objet sous étude, soit le PCC, un prototype de plan de crise a été développé en s'appuyant sur le contenu proposé par Sutherby et al. (1999; voir Annexe B).

Les clients ayant accepté de participer à l'étude ont été convoqués à une entrevue individuelle semi-structurée d'environ 45 minutes à l'endroit de leur choix. Les questions ont porté principalement sur les expériences et les besoins en matière de gestion de la crise psychiatrique, ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels pour le client d'utiliser une pratique comme le PCC (voir Annexe C). Les questions ont été formulées en s'inspirant des entrevues conduites par Henderson et al. (2009) et par Ambrosini, Crocker et Latimer (2012) auprès de personnes avec des TMGs vis-à-vis de l'utilisation de PCCs et de PADs respectivement. Le format individuel a été priorisé pour des questions de confidentialité et de faisabilité, considérant la nature délicate des informations sollicitées. Un participant a choisi

d'être accompagné par son intervenante au moment de l'entrevue. Une attention particulière était accordée sur la compréhension des clients quant aux objectifs de l'étude, précisément sur le fait que l'implantation du PCC soit entièrement hypothétique pour le moment et qu'il n'est pas question de discréditer la pratique courante en matière d'intervention de crise. Ces entrevues, avec le consentement des participants, ont fait l'objet d'un enregistrement audio.

Quant aux professionnels, tous sauf cinq ont participé à un groupe de discussion d'environ deux heures, incluant entre cinq et douze personnes. Un intervenant du Programme de suivi intensif de l'HPJ et les quatre membres du personnel d'urgence ont été rencontrés individuellement (durée de 30 à 60 minutes) pour des questions d'horaire. Toutes les rencontres ont fait l'objet d'un enregistrement audio. Les participants ont été regroupés selon la fonction occupée (gestion vs. intervention de crise vs. suivi en communauté vs. facilitation) dans le but de comparer les points de vue et ainsi illustrer les préoccupations et les aspirations des diverses parties prenantes relativement à la pré-implantation du PCC. L'avantage avec le groupe de discussion consiste en l'interaction entre les participants qu'il suscite, ce qui a généralement pour conséquences d'entraîner une réflexion collective, où les points de vue des uns stimulent ceux des autres, et de produire des données qui reflètent avec précision les intérêts et l'expérience d'un groupe particulier (Kitzinger, 1995). Les entrevues ont porté majoritairement sur l'opinion à l'égard du PCC, les obstacles anticipés à son implantation éventuelle, ainsi que les principales recommandations qui en ressortent (voir Annexe D). Les questions sont tirées d'un guide basé sur la théorie de la diffusion de l'innovation, développé dans le but de faciliter la prise de décision entourant l'implantation de nouvelles pratiques à la lumière des données probantes (Brach et al., 2008). Les questions ont été légèrement adaptées pour les entrevues individuelles.

Après avoir été informés sur la pratique du PCC et avant de participer à la discussion en groupe, les professionnels ont également rempli un questionnaire d'une durée d'environ 20 minutes². Cet ordre logique a été pensé afin que les participants émettent une opinion personnelle sur le PCC avant de prendre connaissance de la position de leurs collègues. Il s'agit d'un questionnaire développé par Guilbert et al. (2011) dans le cadre d'une étude portant sur les déterminants de la pratique infirmière en contraception hormonale au Québec, essentiellement basé sur la théorie de la diffusion de l'innovation de Rogers (2003). En s'appuyant sur la littérature scientifique, nous l'avons adapté à l'objet de l'étude, soit le PCC, et aux répondants, soit les cliniciens et les gestionnaires en santé mentale (voir Annexe E). Nous avons également retiré les sections sur les réseaux de communication, sur le degré d'utilisation et sur les effets observables puisque la pratique sous étude n'a pas été diffusée ni implantée encore. Ainsi, le questionnaire vise essentiellement à évaluer la perception du répondant quant aux trois principaux attributs de l'innovation (la compatibilité, l'avantage relatif et la complexité), quant à ses caractéristiques professionnelles liées à l'innovation et quant à la structure interne de son organisation. Au niveau des caractéristiques individuelles, des énoncés mesurant la présence d'habiletés cliniques liées au PCC ont été ajoutés. Au niveau organisationnel, des déterminants liés à la culture, en termes de réceptivité au changement (Greenhalgh et al., 2004) et de climat social (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011), ont aussi été insérés. Les concepts de réinvention, de mise à l'essai et d'adoption, ainsi que l'opinion à l'égard des agents de changement, y sont sommairement évalués.

² Les professionnels ayant été rencontrés individuellement n'ont pas rempli le questionnaire, sauf une personne qui a accepté de le compléter après l'entrevue et de le retourner par courrier.

Deux sections entières ont été ajoutées pour compléter l'instrument de mesure, soit une partie sur les données sociodémographiques et une autre partie sur le degré de conscientisation des répondants à l'égard du problème ayant mené au développement du PCC, inspirée du questionnaire *Awareness & Concern* à 12 items de Steckler et al. (1992). En théorie, il s'agit d'un concept distinct de celui de compatibilité proposé par Rogers, mais on constate que les items mesurent essentiellement les besoins et les valeurs du répondant quant aux problèmes à l'origine de l'innovation. Ainsi, aux fins de la présente étude, les questions sur la conscientisation sont intégrées au concept de compatibilité. Tous les items sont évalués à l'aide d'une échelle de type Likert à cinq niveaux («totalement en désaccord» à «totalement d'accord») plutôt que dix comme dans le questionnaire original, afin de pallier à un petit nombre de répondants ($n = 33$). L'outil de Guilbert et al. (2011) présente initialement une très bonne cohérence interne (alpha de Cronbach moyen ≈ 0.81). En raison des changements apportés au questionnaire, une première version a été testée de façon informelle auprès de trois professionnels en santé mentale qui n'ont pas participé à l'étude. Les suggestions pour l'amélioration de l'outil ont été intégrées et les alphas de Cronbach ont été recalculés. Finalement, tous les participants ont été remerciés pour leur contribution et informés qu'un rapport sommaire des résultats leur sera remis à la fin de l'étude.

Analyses

Les données recueillies dans le questionnaire ont fait l'objet d'analyses descriptives et de fréquences à l'aide du logiciel SPSS, afin de présenter un portrait général de la perception des acteurs à l'égard des variables de la théorie de la diffusion de l'innovation mesurées. L'alpha de Cronbach pour chaque construit a été calculé et les commentaires facultatifs rédigés à la fin du questionnaire ont été traités avec l'ensemble des données qualitatives. Les données recueillies lors des entrevues ont été retranscrites, anonymisées et importées dans le logiciel d'analyse NVivo 10.

Une analyse générale de contenu a été effectuée selon la méthode proposée par Miles, Huberman et Saldaña (2014). Ce type d'analyse permet de dégager les notions explicites et implicites d'un texte en confrontant le contenu à un cadre de référence donné. La séquence des étapes est présentée ci-dessous et correspond au processus dynamique d'analyse qualitative tel que décrit par Yin (2010) : compiler (préparation des données), désassembler (premier cycle de codage), rassembler (deuxième cycle de codage), interpréter et conclure.

D'abord, deux listes de codes ont été créées, l'une pour les entrevues avec la clientèle et l'autre pour les entrevues avec les professionnels, présentant les différents construits et sous-construits de la théorie de la diffusion de l'innovation. Au fil du premier cycle de codage, des codes spécifiques aux DAs ont été inclus pour l'analyse des entretiens avec la clientèle, puisque la première partie de ceux-ci a porté principalement sur les expériences personnelles en lien avec les diverses méthodes d'intervention de crise, sans évaluer directement l'opinion à l'égard des attributs de l'innovation. Il s'agit de codes représentant le profil des usagers susceptibles d'utiliser le PCC, les expériences reflétant le rationnel derrière le développement de cette nouvelle pratique ainsi que des exemples hypothétiques de son utilisation. Ont été ajoutés également des codes représentant les différents schèmes qu'entretiennent les usagers à l'égard de l'intervention de crise. Ainsi, bien qu'une approche initialement déductive ait été choisie, des concepts ont aussi émergé durant l'analyse selon une logique inductive. Les grilles de codage ont été continuellement retravaillées afin de développer des catégories permettant de représenter l'ensemble des données de manière juste et cohérente. Les codes permettent également de relever des données contradictoires dans la mesure où chaque construit théorique peut se manifester en faveur ou en défaveur de l'adoption de l'innovation.

Pour assurer la validité du processus d'analyse, les entretiens ont été entièrement codés par les deux chercheuses, puis comparés ligne par ligne. Chaque passage discordant a fait l'objet d'une discussion visant à éclairer la nature du désaccord, à réviser la définition des codes au besoin et à arriver à une compréhension commune du contenu. Barbour (2008) décrit bien l'importance de la co-construction du sens dans un tel processus d'analyse qualitative mettant de l'avant une équipe de codeurs. Les motifs justifiant chaque décision analytique ont été documentés dans un journal de bord. De plus, les grilles de codage ont été bonifiées selon les recommandations de MacQueen, McLellan, Kay et Milstein (1998) visant à uniformiser les techniques d'analyses des codeurs et ainsi rehausser «l'accord inter-juges». Les codes finaux et leurs définitions sont présentés en Annexe F.

Ensuite, le deuxième cycle de codage tel que proposé par Miles, Huberman et Saldaña (2014) permet de faire émerger des patterns au sein des éléments du discours regroupés par les codes. À cette fin, un tableau synthèse des résultats du premier cycle de codage a été créé pour chacune des cinq parties prenantes, soit les usagers, les cliniciens du Programme de suivi intensif, le personnel d'urgence en milieu hospitalier, les gestionnaires de la DSMSP et les membres du milieu communautaire³. Ce dernier groupe intègre les intervenants du Centre d'Aide 24/7 et les représentants du ROCSMO, puisque le contenu des entrevues était très similaire, que les discussions sont allées au-delà du rôle présumé de facilitation pour le ROCSMO et que les deux organisations proviennent du milieu communautaire. La conception des tableaux synthèses a permis, d'une part, de valider le premier cycle de codage en s'assurant d'une cohérence au sein des éléments du discours regroupés par un même code (analyse inverse). Le contenu a été recodé au besoin. D'autre part, les tableaux synthèses ont mis en lumière les thèmes ou «patterns»

correspondants aux différentes variables de la théorie de la diffusion de l'innovation. Par exemple, une fois que tous les énoncés représentant un obstacle à l'implantation ont été regroupés (concept de complexité), des catégories ont été développées afin de spécifier à quoi ces obstacles font surtout référence, et ce, dans le but de favoriser la comparaison entre les acteurs.

Conséquemment, l'étape de l'interprétation des données a été effectuée à l'aide de matrices ordonnées par rôles et divisées par concepts (Miles, Huberman & Saldaña, 2014), qui correspondent dans notre cas respectivement aux cinq parties prenantes et aux variables théoriques de Rogers. Ce type de matrice permet d'exposer une synthèse de l'information pertinente pour répondre aux questions de recherche et différencier les points de vue selon la fonction occupée. En revanche, les éléments du discours des usagers qui ne s'inscrivaient pas dans le cadre de la théorie de la diffusion de l'innovation ont été interprétés de façon schématique en s'inspirant du réseau d'événements et d'états (*Event-State Network*) proposé par les mêmes auteurs. Ce type de graphique permettra dans notre cas d'illustrer les liens entre les caractéristiques du profil des usagers, les expériences de mesures restrictives vécues ainsi que les schèmes entretenus à l'égard de l'intervention de crise.

Tel qu'abordé précédemment, le recours à une méthode mixte permet d'enrichir la compréhension des variables étudiées et il importe de spécifier de quelle manière les deux types de données seront conjuguées à l'étape d'analyse. Par exemple, la triangulation des données, c'est-à-dire la comparaison des résultats de différentes sources afin de consolider les conclusions, est une manière prometteuse de rehausser la validité d'une étude de cas (Yin, 2013). Cependant, il semble que la définition et les fondements épistémologiques de la triangulation ne fassent pas

³ À des fins de confidentialité, les tableaux synthèses, présentant les données spécifiques de chaque répondant, ne seront pas divulgués dans le présent essai.

consensus dans la littérature scientifique, c'est pourquoi Moran-Ellis et al. (2006) proposent plutôt de parler d'intégration des données. Dans le contexte de la présente étude, les données du questionnaire, soit des réponses à des questions de type «quoi» et «dans quelle mesure», permettent surtout de fournir un point de vue complémentaire aux données des entretiens, qui mettent l'accent plutôt sur des interrogations de l'ordre du «comment» et du «pourquoi».

Afin de bien encadrer l'intégration des données qualitatives et quantitatives, Creswell (2009) recommande de spécifier quatre paramètres : la séquence de collecte, le poids à accorder à chaque type, la technique de combinaison et l'influence d'un cadre théorique. Dans notre cas, les données ont été collectées de façon pratiquement concomitante, ce qui signifie que le traitement d'un type de données n'est pas influencé par les résultats obtenus avec l'autre type de données. En termes de poids, les données quantitatives et qualitatives seront considérées équitablement dans l'analyse. Puisque les données qualitatives consistent tout de même en la banque de données principale de l'étude, la technique de combinaison choisie est l'«enchâssement» (*embedding*), où les données statistiques jouent un rôle de soutien pour les questions de recherche ne pouvant être répondues par les données obtenues dans les entretiens. En dernier lieu, les deux méthodes de collecte sont significativement influencées par le même cadre théorique, tel qu'amplement détaillé précédemment. En fonction de ces paramètres et des recommandations de Creswell (2009), nous présenterons les résultats quantitatifs et qualitatifs de façon séquentielle, puis nous les comparerons et intégrerons lors de la discussion.

Résultats

Les usagers qui ont participé à l'étude incluent quatre hommes et une femme et ont une moyenne d'âge de 43.6 ans. Deux personnes sont sans emploi, l'une a un emploi à temps plein, l'une est en formation et la dernière est à la retraite. Au-delà de leurs équipes principales de suivi (Programme de suivi intensif de l'HPJ, Centre Inter-Section et La Maison Réalité), les usagers fréquentent des organisations communautaires comme les Alcooliques Anonymes, le Gîte Ami⁴, la Soupière de l'Amitié⁵ et le Centre d'Aide 24/7, ainsi que des services institutionnels comme les CLSC et le Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais. Les usagers ont mentionné vivre avec des problématiques comme la schizophrénie, la bipolarité, la paranoïa, la «psychose», les hallucinations auditives, les idées suicidaires, l'anxiété, la toxicomanie et l'alcoolisme. Tous ont rapporté avoir vécu plusieurs hospitalisations psychiatriques et expériences d'interventions restrictives comme la contention physique et chimique, l'isolement et la garde en établissement.

Les données sociodémographiques concernant les professionnels sont présentées au Tableau 1. Parmi les 33 professionnels qui ont complété le questionnaire, environ un sur trois (36.4 %) avait déjà entendu parler du PCC avant sa participation à l'étude, de même qu'un peu moins de la moitié (42.4 %) pour les DAs en général. Ceux-ci ont pris connaissance du PCC et/ou des DAs par l'entremise d'une activité de formation ($n = 4$), d'un article scientifique ($n = 2$), d'une rencontre d'équipe ($n = 2$), d'une rencontre avec un chercheur ($n = 2$), d'un collègue ou d'un supérieur ($n = 1$) et d'un stage ($n = 1$). Deux professionnels (6.1 %) ont indiqué avoir déjà utilisé le PCC dans leur pratique et environ le tiers des professionnels (36.4 %) ont indiqué avoir déjà utilisé une forme de DA.

⁴ Centre d'hébergement temporaire pour personnes vivant des difficultés liées à l'exclusion sociale et à l'itinérance.

⁵ Centre de jour offrant des services de soupe populaire, de banque alimentaire et de prévention auprès des familles.

Tableau 1

Données sociodémographiques des professionnels

Variables	n	%
Sexe^a		
Femme	26	70.3
Homme	11	29.7
Profession^a		
Infirmier	7	18.9
Psychoéducateur	5	13.5
Technicien en éducation spécialisée ou en travail social	5	13.5
Criminologue	3	8.1
Travailleur social	2	5.4
Ergothérapeute	2	5.4
Gestionnaire	2	5.4
Intervenant de crise	2	5.4
Psychiatre	2	5.4
Autre ^b	4	10.8
Non-spécifié	3	8.1
Âge		
18 à 29 ans	5	15.2
30 à 39 ans	8	24.2
40 à 49 ans	8	24.2
50 à 59 ans	9	27.3
60 ans et plus	3	9.1
Nombre d'années depuis l'embauche		
Moins de 5 ans	12	36.4
Entre 5 et 9 ans	5	15.2
Entre 10 et 14 ans	3	9.1
Entre 15 et 19 ans	4	12.1
Plus de 20 ans	9	27.3
Statut		
Temps plein	31	93.9
Temps partiel	2	6.1
Scolarité		
Collège ou CÉGEP	6	18.2
Certificat universitaire	3	9.1
Baccalauréat	9	27.3
Maîtrise	14	42.4
Doctorat	1	3

^a Les données sur le sexe et sur les professions incluent les 37 professionnels interviewés. Les autres données font référence uniquement aux 33 professionnels qui ont complété le questionnaire. ^b Les autres professions incluent un psychologue, un urgentologue, un médecin généraliste et un avocat.

Résultats quantitatifs⁶

Les résultats quantitatifs sont présentés ci-dessous sous forme de tableaux pour chaque construit théorique, soit le contexte organisationnel, les caractéristiques des adoptants, les attributs de l'innovation (compatibilité, avantage relatif et complexité) et la décision d'implantation (diffusion de l'information, adoption, réinvention et mise à l'essai⁷). Les sous-construits mesurés sont listés en ordre décroissant selon la moyenne obtenue sur l'échelle de Likert, de 0 («totalement en désaccord») à 4 («totalement en accord»)⁸. Les items du questionnaire correspondants sont identifiés et les taux d'accord (combinant «en accord» et «totalement en accord») et de désaccord (combinant «en désaccord» et «totalement en désaccord») sont présentés. Le pourcentage résiduel correspond au taux de neutralité («ni en accord, ni en désaccord») combiné avec le taux de non-réponse («ne s'applique pas»). Ce mode de présentation des résultats a été choisi afin de bien faire ressortir les taux d'accord et de désaccord, considérant que les taux de neutralité et de non-réponse sont relativement faibles. Ceux-ci seront indiqués lorsque supérieurs à 25 %.

Concernant le calcul de la cohérence interne du questionnaire, tous les construits ont obtenu un alpha de Cronbach supérieur à .70, ce qui représente une cohérence interne satisfaisante. Les différents construits théoriques, les énoncés du questionnaire correspondants ainsi que les scores de cohérence interne sont présentés au Tableau 2.

⁶ La structure de la section des résultats est présentée en Annexe G. On y retrouve l'ordre de présentation de chaque construit théorique (et sous-construit) étudié de manière quantitative et/ou qualitative, de même qu'un rappel du cadre théorique d'où chaque construit a été emprunté.

⁷ Bien que la mise à l'essai soit un attribut de l'innovation, elle est présentée dans la section sur la décision d'implantation puisqu'elle n'est mesurée que par un item et qu'elle fait référence à la faisabilité d'un projet pilote.

⁸ Pour cette raison, il est à noter que les pourcentages d'accord et de désaccord ne soient pas toujours en ordre. Par exemple, un item peut avoir une moyenne supérieure mais un taux d'accord inférieur à ceux d'un autre item si les répondants ont indiqué qu'ils étaient davantage «totalement en accord» que «en accord».

Tableau 2

Cohérence interne du questionnaire

Construits	Nombre d'items	Items	α
Compatibilité	18	5, 6 et 8	.78
Avantage relatif	11	7	.86
Complexité ^a	20	9	.70
Réinvention	1	10a	-
Mise à l'essai	1	10b	-
Caractéristiques des adoptants	14	11 et 12	.70
Contexte organisationnel ^b	11	13	.74
Agents de changement	4	14	.81
Adoption	1	15	-

^a Les items portant sur les obstacles (9a à 9k) ont été inversés dans le logiciel SPSS afin de les rendre équivalents aux items sur les facilitateurs (9l à 9t). ^b L'item 13l a été retiré afin d'améliorer la cohérence interne du concept de contexte organisationnel ($\alpha = .65$ avant l'exclusion).

Contexte organisationnel. Les résultats quantitatifs concernant la propension à l'innovation de l'établissement ou de l'organisme au sein duquel œuvre chaque répondant sont présentés au Tableau 3. Dans l'ensemble, les répondants ont indiqué un très haut niveau d'accord avec les énoncés se rapportent à la présence de travail d'équipe (100 %), de recherche de progrès (93.9 %), de complexité structurelle, soit l'expertise des membres (90.9 %), de formalisation, soit l'importance des règles et des procédures (93.9 %), ainsi que d'un climat de travail positif (84.8 %). On observe un taux d'accord relativement élevé avec les énoncés stipulant que les nouvelles idées sont les bienvenues au sein de l'organisation (69.7 %) et que les outils cliniques nécessaires sont disponibles (75.8 %). Les participants ont rapporté un taux d'accord moindre quant à la présence d'inter-connectivité (54.6 %), c'est-à-dire la communication par l'entremise de réseaux interpersonnels. On constate finalement un faible niveau d'accord avec la présence de

décentralisation, soit la répartition du pouvoir décisionnel parmi les employés (36.4 %), et de ressources mobilisables en termes de temps (36.4 %) et de ressources humaines (27.3 %).

Tableau 3

Propension organisationnelle à l'innovation

Sous-construits	Items	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Désaccord (%)	Accord (%)
Travail d'équipe encouragé ^a	13j	3.48	.51	0	100
Recherche de progrès ^a	13k	3.33	.60	0	93.9
Complexité structurelle	13b	3.31	.59	0	90.9
Formalisation	13c	3.21	.78	3	93.9
Climat positif ^a	13i	3.03	.68	3	84.8
Nouvelles idées bienvenues ^a	13h	2.88	.93	9.1	69.7
Ressources (outils cliniques)	13e	2.78	.66	6.1	75.8
Inter-connectivité ^b	13g	2.44	.91	15.1	54.6
Décentralisation ^b	13a	2.12	.99	33.3	36.4
Ressources (temps) ^b	13d	2.03	1.06	30.3	39.4
Ressources (intervenants) ^b	13f	1.78	.94	42.5	27.3

^a Ces items mesurent des éléments liés à la culture organisationnelle et ne sont pas issus de la théorie de la diffusion de l'innovation. ^b Les taux de neutralité pour ces items varient entre 27.3 % et 30.3 %.

Caractéristiques des adoptants. Les résultats quantitatifs concernant la propension à l'innovation des répondants (variables de personnalité et habitudes de communication), de même que leurs habiletés cliniques en lien avec le PCC, sont présentés au Tableau 4. Parmi les variables de personnalité associés à l'innovation, les répondants ont rapporté un très haut taux d'accord avec la présence d'une attitude favorable au changement (93.9 %) et d'une capacité à se remettre en question (90.9 %), c'est-à-dire l'opposé du dogmatisme. On observe aussi un haut niveau d'accord avec la présence de tolérance à l'incertitude et au risque (87.8 %), d'un sentiment d'efficacité personnelle (87.9 %), soit le contraire du fatalisme, ainsi que d'une attitude favorable à l'égard de la science (78.8 %). Pour ce qui est des comportements de communication associés à

l'innovation, les répondants rapportent un haut niveau d'accord quant au fait de posséder un grand réseau de contacts professionnels (87.8 %) et un relativement haut niveau d'accord quant au fait de recevoir régulièrement de l'information provenant de l'extérieur (66.7 %). Ces deux postulats se réfèrent au sous-construit de cosmopolitisme. On constate également un taux d'accord moindre avec la tendance à participer aux activités de formation continue (60.6 %) et à se tenir au courant de la nouveauté (54.6 %). Concernant les habiletés cliniques liées au PCC, on observe un très haut taux d'accord avec l'aptitude à créer des liens de confiance avec la clientèle (90.9 %), la tendance à informer les clients de leurs droits (87.8 %) et un sentiment d'aisance à l'égard des symptômes cliniques reliés à la crise (84.8 %). Les répondants ont indiqué un taux d'accord assez élevé avec la tendance à favoriser le pouvoir d'agir de la clientèle (75.7 %) et la possession de bonnes connaissances théoriques en matière d'urgence psychiatrique (75.7 %).

Tableau 4

Propension individuelle à l'innovation et au PCC

Sous-construits	Items	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Désaccord (%)	Accord (%)
Liens de confiance avec clients ^a	11b	3.37	.49	0	90.9
Adaptation au changement	11c	3.24	.56	0	93.9
Faible dogmatisme	11d	3.24	.83	3	90.9
Cosmopolitisme (réseaux)	12a	3.21	.65	0	87.8
Informer sur les droits ^a	11g	3.19	.54	0	87.8
Aise avec symptômes de crise ^a	11e	3.19	.74	3	84.8
Tolérance à l'incertitude	11i	3.18	.73	3	87.8
Faible fatalisme	11a	3.09	.58	0	87.9
Attitude favorable à la science	11h	3.03	.95	6	78.8
Remise de pouvoir aux clients ^a	11f	3.00	.67	0	75.7
Cosmopolitisme (infos)	12b	3.00	1.02	9.1	66.7
Connaissances théoriques ^a	11j	2.78	.75	0	75.7
Participation sociale (formation) ^b	12d	2.72	.99	9.1	60.6
Connaissances innovation ^b	12c	2.42	.87	18.2	54.6

^a Ces items sont issus du cadre conceptuel de la pratique du PCC et non de la théorie de la diffusion de l'innovation.

^b Le taux de neutralité pour ces items est de 27.3 %.

Attributs de l'innovation. Compatibilité. Les résultats quantitatifs concernant la compatibilité du PCC avec les valeurs, les croyances et les besoins des professionnels sont présentés au Tableau 5. Tous les participants se sont positionnés en accord avec la nécessité d'améliorer les services d'urgence psychiatrique actuels (100 %). Les répondants ont rapporté un très haut niveau d'accord quant aux conséquences négatives de l'hospitalisation involontaire (90.9 %), quant aux difficultés d'obtention du consentement à l'urgence (90.9 %) et quant au problème du recours aux mesures restrictives en contexte de dangerosité (81.9 %). On constate un haut taux d'accord avec l'importance de l'autonomie comme valeur au sein du système de soins en santé mentale (87.9 %), ainsi qu'avec les postulats selon lesquels le PCC répond à un besoin important de l'organisation des services de crise (84.8 %) et correspond aux valeurs et aux croyances des intervenants (81.8 %). La proposition selon laquelle le PCC s'inscrirait en continuité avec la pratique courante est associée à un niveau d'accord moindre (57.6 %).

Tableau 5

Compatibilité du PCC avec les valeurs, les croyances et les besoins

Sous-construits	Items	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Désaccord (%)	Accord (%)
Améliorer la gestion de crise	6d	3.78	.42	0	100
Autonomie importante	6c	3.52	.80	3	87.9
Garde préoccupante	6e	3.42	.83	6.1	90.9
Consentement difficile	6b	3.39	.75	3	90.9
Coercition problématique	6a	3.23	.76	3	81.9
Réponse à un besoin	8c	3.15	.67	0	84.8
Concordance avec les valeurs	8a	3.06	.88	9.1	81.8
Continuité pratique actuelle ^a	8b	2.63	.91	12.1	57.6

^a Cet item mesure la compatibilité du PCC avec le rôle et les tâches du professionnel. Son taux de neutralité est de 27.3 %.

Les résultats quantitatifs concernant la compatibilité du PCC avec les expériences passées des professionnels sont présentés au Tableau 6. Les répondants ont rapporté avoir beaucoup d'expérience de travail auprès de personnes qui vivent avec un TMG (84.9 %), en collaboration avec les partenaires du réseau de services en santé mentale (87.8 %) et au sein d'équipes multidisciplinaires (75.8 %). On observe qu'une proportion assez élevée de professionnels ont travaillé dans un contexte d'intervention de crise (66.7 %), auprès de membres de l'entourage des clients (66.6 %) et dans un souci de promotion des droits en santé mentale (66.7 %). Les participants présentent un niveau moindre d'expérience avec la recherche du consentement libre et éclairé en psychiatrie (54.6 %). Enfin, on constate qu'une faible proportion de répondants possèdent des expériences relatives à l'élaboration (27.3 %), à l'application (24.3 %) et à la révision (12.1 %) de plans de crise en santé mentale.

Tableau 6

Compatibilité du PCC avec les expériences passées

Sous-construits	Items	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Peu (%)	Beaucoup (%)
Contact avec clients ayant TMGs	5d	3.55	.85	6.1	84.9
Collaborer avec les partenaires	5e	3.52	.71	0	87.8
Équipe multidisciplinaire	5g	3.00	1.06	15.2	75.8
Intervention de crise	5f	2.84	1.27	18.1	66.7
Communication avec l'entourage	5h	2.81	1.18	18.1	66.6
Informers des droits	5i	2.68	.98	18.2	66.7
Rechercher le consentement	5j	2.52	1.18	15.2	54.6
Appliquer des plans de crise ^a	5c	2.00	1.18	21.2	24.3
Élaborer des plans de crise ^a	5a	1.83	1.28	33.4	27.3
Réviser des plans de crise ^a	5b	1.46	1.04	36.4	12.1

Note. L'échelle de Likert est particulière pour ce construit, de sorte que le score 0 représente «jamais» et le score 4 représente «énormément». L'avant-dernière colonne regroupe les catégories «jamais» et «un peu» et la dernière colonne regroupe les catégories «beaucoup» et «énormément». Le pourcentage résiduel correspond à un niveau «moyen» d'expérience combiné avec le taux de non-réponse («ne s'applique pas»).

^a Les taux de neutralité pour ces items varient entre 27.3 % et 36.4 %.

Avantage relatif. Les résultats quantitatifs concernant les avantages perçus du PCC relativement à la pratique courante, tant pour les usagers que pour les professionnels, sont présentés au Tableau 7. Les répondants ont indiqué un très haut niveau d'accord avec le fait que le PCC permettrait aux clients de développer une meilleure alliance thérapeutique avec leur équipe traitante (94 %), d'avoir un plus grand sentiment d'autonomie (94 %), de voir leurs besoins et intérêts mieux respectés (91 %), d'obtenir davantage de contrôle sur leur traitement (90.9 %) et de discuter plus souvent avec leur équipe traitante quant à la prévention de crises éventuelles (84.9 %). On observe un taux d'accord assez élevé avec les idées selon lesquelles le PCC permettrait aux clients d'avoir une meilleure autocritique à l'égard de leurs rechutes (78.8 %), et permettrait aux cliniciens d'être plus efficaces en intervention de crise (72.7 %) ainsi que plus outillés pour les clients nécessitant une grande attention médico-clinique (78.7 %). Les participants ont indiqué un taux d'accord moindre quant au fait que le PCC aiderait les clients à éviter davantage les rechutes (63.7 %), rehausserait le sentiment de satisfaction des intervenants à l'égard de leur travail (66.7 %) et contribuerait à limiter le recours aux mesures restrictives d'urgence (63.6 %).

Complexité. Les résultats quantitatifs concernant les obstacles perçus à l'utilisation du PCC sont présentés au Tableau 8. Notons qu'un faible taux d'accord signifie ici que l'énoncé n'est pas considéré comme un obstacle important. Globalement, 24.2 % des répondants pensent que le PCC s'avère une pratique difficile à utiliser. Les deux obstacles avec lesquels les participants sont le plus en accord se réfèrent au fait que l'équipe traitante ne soit pas nécessairement celle qui mette le plan en application au moment de la crise (63.6 %) et qu'il serait difficile de consulter le PCC du client lorsque celui-ci vit une situation de crise (45.4 %). On observe un faible niveau d'accord avec les postulats selon lesquels les usagers changeraient trop souvent d'idées quant au

Tableau 7

Avantages du PCC relativement à la pratique courante

Sous-construits	Items	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Désaccord (%)	Accord (%)
Alliance thérapeutique	7c	3.39	.61	0	94
Autonomie	7d	3.36	.70	3	94
Respect des besoins et intérêts	7g	3.33	.74	3	91
Contrôle sur son traitement	7a	3.27	.63	0	90.9
Discussions de prévention	7j	3.24	.97	6	84.9
Autocritique quant à la crise	7b	3.12	.82	3	78.8
Outil pour clients avec des TMGs	7h	2.97	.81	6.1	78.7
Efficacité en intervention de crise	7f	2.94	.79	3	72.7
Éviter les rechutes ^a	7e	2.82	.73	0	63.7
Satisfaction des intervenants	7i	2.70	1.07	12.2	66.7
Limiter les mesures restrictives ^a	7k	2.70	.68	3	63.6

^a Les taux de neutralité pour ces items sont, en ordre, de 36.4 % et de 33.3 %.

Tableau 8

Obstacles à l'utilisation du PCC

Sous-construits	Items	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Désaccord (%)	Accord (%)
Différentes équipes	9i	2.53	1.08	18.2	63.6
Consultation du PCC en crise	9j	2.10	1.11	30.3	45.4
PCC globalement difficile ^a	9a	1.89	.93	33.4	24.2
Inconstance des clients ^a	9d	1.88	1.04	39.4	27.3
Habilités cliniques	9c	1.85	1.06	48.5	27.3
Collaboration avec les partenaires ^a	9h	1.73	.86	48.5	24.2
Facilitateurs peu outillés ^a	9f	1.72	1.02	42.4	18.2
Consensus client-équipe	9g	1.69	1.03	51.6	21.3
Demandes irréalistes	9e	1.59	1.13	57.6	24.3
Possibilités limitées en crise	9k	1.29	.86	66.6	12.1
Anticipation compliquée	9b	1.18	.73	81.8	9.1

^a Les taux de neutralité pour ces items varient entre 27.3 % et 42.4 %.

contenu du plan (27.3 %), le PCC demanderait beaucoup plus d'habiletés de relation d'aide (27.3 %), la procédure exigerait la collaboration entre un trop grand nombre de personnes (24.2 %), le consensus entre l'utilisateur et son équipe traitante serait difficile à obtenir (21.3 %) et les usagers espèreraient des interventions de crise irréalistes (24.3 %). Les répondants ont indiqué un très faible taux d'accord avec le fait que les facilitateurs ne seraient pas suffisamment outillés pour bien mener les rencontres de rédaction du PCC (18.2 %), que les possibilités d'intervention en contexte de crise seraient trop limitées (12.1 %) et qu'il soit compliqué d'anticiper une crise (9.1 %).

Les résultats quantitatifs concernant les éléments perçus comme facilitateurs pour l'utilisation du PCC sont présentés au Tableau 9. De manière générale, les répondants ont indiqué que le PCC est une pratique compréhensible (100 %), qu'il est encourageant pour les usagers d'exprimer leurs besoins et leurs valeurs (90.9 %), que le PCC donne accès à des outils cliniques pertinents (81.8 %) et que ses étapes de production apparaissent logiques et cohérentes (84.9 %). On observe un taux d'accord relativement élevé quant à la possibilité que le PCC soit facile à utiliser parce qu'il mobilise une équipe multidisciplinaire (75.8 %), parce que la présence d'un intervenant communautaire assumant le rôle de facilitateur serait aidante pour la clientèle (72.8 %) et parce que le rôle de chaque personne impliquée dans le PCC est bien défini et justifié (63.6 %). Une faible proportion de répondants sont en accord avec les propositions selon lesquelles le PCC ressemble assez à la pratique actuelle tout en lui donnant une structure (36.4 %) et la communication entre les partenaires du réseau de l'urgence est efficace actuellement (9.1 %).

Tableau 9

Facilitateurs à l'utilisation du PCC

Sous-construits	Items	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Désaccord (%)	Accord (%)
Discussion encourageante	9l	3.27	.63	0	90.9
Pratique compréhensible	9m	3.21	.42	0	100
Accès à des outils cliniques	9o	3.06	.66	0	81.8
Étapes cohérentes	9q	3.00	.62	3	84.9
Équipe multidisciplinaire	9p	3.00	.79	3	75.8
Facilitateurs aidants	9n	2.94	.86	6.1	72.8
Rôles bien définis ^a	9s	2.69	.86	6	63.6
Comme la pratique actuelle ^a	9r	2.22	1.13	24.3	36.4
Concertation déjà efficace ^a	9t	1.35	.90	54.6	9.1

^a Les taux de neutralité pour ces items varient entre 27.3 % et 36.4 %.

Diffusion de l'information et décision d'implantation. Les résultats quantitatifs concernant les variables de réinvention, de mise à l'essai et d'adoption du PCC, ainsi que l'opinion à l'égard des agents de changement, sont présentés au Tableau 10. Les répondants ont rapporté que les personnes leur ayant présenté le PCC font preuve de crédibilité (93.9 %), d'objectivité (90.9 %), d'efficacité (84.8 %) et d'empathie (84.9 %). Ils ont indiqué un très haut taux d'accord quant à la possibilité d'expérimenter avec le PCC avant de l'implanter (90.9 %) et de l'adapter au contexte organisationnel (87.9 %). Presque tous les professionnels se sont dits intéressés à utiliser le PCC à la lumière des informations qu'ils détenaient au moment de l'étude (94 %).

Tableau 10

Diffusion de l'information et décision d'implantation

Sous-construits	Items	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Désaccord (%)	Accord (%)
Agents crédibles	14a	3.74	.45	0	93.9
Agents objectifs	14d	3.61	.56	0	90.9
Agents efficaces	14c	3.45	.68	0	84.8
Agents empathiques	14b	3.39	.67	0	84.9
Adoption	15a	3.39	.61	0	94
Mise à l'essai	10a	3.21	.70	3	90.9
Réinvention	10b	3.12	.82	3	87.9

Résultats qualitatifs : comparaison entre parties prenantes

Les résultats qualitatifs sont présentés ci-dessous sous forme de matrices pour chaque construit théorique et du point de vue de chaque partie prenante. Puisqu'une petite quantité de données provenant des entrevues se réfèrent au contexte organisationnel et aux caractéristiques des adoptants, ces deux construits sont incorporés dans la même section.

Contexte organisationnel et caractéristiques des adoptants. Les résultats concernant la propension individuelle et organisationnelle à l'innovation sont présentés au Tableau 11.

Usagers. Au niveau des caractéristiques des adoptants, deux usagers⁹ ont indiqué que certains intervenants pourraient témoigner d'une résistance au changement puisqu'ils ont une «ancienne mentalité» ou ont tendance à favoriser une pratique qui leur est familière. Au niveau organisationnel, un usager a nommé ses préoccupations en lien avec les coupures budgétaires actuelles ainsi que le manque de continuité des services (le PCC «va se perdre à quelque part»).

⁹ Pour assurer la confidentialité des acteurs interviewés, les citations ne seront pas accompagnées d'informations nominatives et le masculin sera employé pour référer à chaque répondant.

Tableau 11

Propension individuelle et organisationnelle à l'innovation

Acteurs	Caractéristiques des adoptants	Contexte organisationnel
Usagers	Résistance des intervenants	Coupures budgétaires
Cliniciens du suivi	s/o	Manque de temps ^a Bonne organisation dans l'équipe
Personnel d'urgence	Capacité d'adaptation ^a Intérêt variable en psychiatrie	Manque de temps et de ressources Discontinuité des projets Faible proactivité en santé mentale Nombreux changements structurels
Gestionnaires	Intérêt variable en psychiatrie Recherche d'outils cliniques	Coopération entre directions complexe Nombreux changements structurels Mobilisation possible
Communautaire	Capacité d'adaptation ^a	Manque de temps et de ressources Écart communautaire-institutionnel Instabilité du réseau Difficultés d'implantation de projets

^a Ces items ne font pas consensus au sein du groupe d'acteurs.

Cliniciens du suivi. Les cliniciens du suivi n'ont rapporté aucune caractéristique individuelle pouvant favoriser ou non l'innovation, mais au niveau organisationnel, le manque de temps pour accomplir les tâches serait un enjeu important. Cependant, des répondants ont mentionné que cela ne les empêcherait pas d'essayer de nouvelles pratiques. Il a aussi été spécifié que la communication intra organisationnelle est très efficace au Suivi Intensif, ce qui facilite conséquemment le travail interdisciplinaire.

Personnel d'urgence. Du point de vue du personnel d'urgence, certains des adoptants potentiels du PCC présentent une bonne capacité d'adaptation, mais il y a aussi des personnes qui sont plutôt réfractaires au changement. Dans le même sens, il a été rapporté que les membres du personnel d'urgence ne détiennent pas tous le même intérêt, les mêmes aptitudes et le même niveau de formation à l'égard de l'intervention de crise auprès de personnes ayant des TMGs. Au niveau organisationnel, le manque de temps et de ressources en santé mentale a été souligné, particulièrement les ressources de suivi dans la communauté tel qu'expliqué par un répondant :

«La réalité communautaire, quand elle fonctionne bien, les problèmes s'estompent, pis les gens oublient que si les problèmes se sont un peu moins manifestés, c'est peut-être parce qu'y a eu des bonnes interventions. Et c'est ça qui est absolument ridicule. [...] La société dit vouloir épargner maintenant pour pas faire de dette future, mais c'est comme un très très mauvais choix.»

La difficulté d'implanter et d'assurer la continuité de nouveaux projets a aussi été relevée : *«Les équipes se démembrement [et] la situation se défait.»* En effet, les initiateurs des innovations ne sont pas toujours remplacés par des acteurs ayant la même volonté et les pratiques cliniques reconnues efficaces ne sont pas systématiquement mises en application. Un répondant a résumé le problème tel un «manque de proactivité» dans la prestation de services en santé mentale. Un dernier élément de contexte organisationnel à considérer selon le personnel d'urgence se réfère aux nombreux changements qui ont lieu actuellement dans le réseau de la santé et qui exigent beaucoup des professionnels : «On est toujours en changement», «on a vu trop de modèles», etc.

Gestionnaires. Au niveau des caractéristiques des adoptants, les gestionnaires ont, eux aussi, mentionné que les membres du personnel d'urgence ne détiennent pas tous le même intérêt, les mêmes compétences et le même niveau de confort à l'égard de l'intervention de crise auprès

de personnes ayant des TMGs. Plusieurs d'entre eux auraient déjà par contre exprimé la volonté d'obtenir des outils cliniques pour s'améliorer. Au niveau du contexte organisationnel, les gestionnaires ont nommé la complexité de l'implantation de nouvelles pratiques, surtout lorsque cela requiert la collaboration avec d'autres directions¹⁰ :

«Implanter peu importe le projet au CSSS, quand ça touche plus qu'une direction, ça demande d'la préparation, ça demande de l'investissement de temps, [...] de l'organisation, du suivi rigoureux... C'est pas simple d'implanter des nouvelles pratiques même si tout le monde y croit.»

Dans le contexte actuel de réorganisation du système de santé, un répondant a relaté d'une certaine saturation des intervenants à l'égard de la nouveauté («plus rien ne passe») et aussi à l'égard des procédures administratives («encore une autre feuille à remplir!»). Toutefois, il a été exprimé que la mobilisation des acteurs pour l'implantation du PCC serait faisable «si on y croit» et si «toute l'équipe embarque».

Organismes communautaires. Concernant les caractéristiques individuelles reliées à l'innovation, les intervenants de crise et les directeurs communautaires ont souligné que «tout changement est difficile pour tout le monde», mais qu'il est nécessaire de s'adapter. Concernant le contexte organisationnel, le manque de temps et de ressources a été évoqué une fois de plus, particulièrement des ressources d'intervention de crise dans la communauté, et que «tout [nouveau projet] est question de coûts.» Selon ces répondants, il y aurait aussi une certaine difficulté de concertation entre les organismes communautaires et le milieu institutionnel. En

¹⁰ Les autres directions du CISSSO qui seraient probablement impliquées dans l'implantation du PCC sont la Direction des soins infirmiers (qui comprend l'urgence en milieu hospitalier) et la Direction des services multidisciplinaires (qui comprend le service Info-Social). Celui-ci est un service d'intervention de crise d'ordre surtout psychosocial, qui a été mis en place suite à la fermeture de la ligne de crise du Centre d'Aide 24/7 au printemps 2015.

effet, ils ont l'impression que leur crédibilité professionnelle est parfois remise en question et ils se sont dits fortement ébranlés par des mesures récentes de compression budgétaire ayant ciblé le milieu communautaire, ce qui atténue leur confiance envers le réseau de la santé. Par conséquent, ils ont mentionné des préoccupations quant à la l'engagement des institutions dans un partenariat pour l'implantation du PCC, tel que démontré dans la citation suivante : *«Je me questionne sur quoi cela va avoir des répercussions. Est-ce que les dirigeants du CSSS et autres professionnels accepteraient un partage des responsabilités [...] ? Seraient-ils à l'écoute et prendraient-ils connaissance des recommandations des gens de terrain?»* L'instabilité du système de santé consiste en un autre élément contextuel important selon ces répondants, de même que la difficulté générale de traduire la théorie dans la pratique. Un exemple qui a été soulevé se réfère aux défis rencontrés lors de l'implantation régionale d'un nouveau protocole associé à l'application de la loi P38 en 2009¹¹.

Compatibilité. Les résultats concernant la compatibilité du PCC avec les valeurs et les croyances, les besoins et les expériences passées des répondants sont présentés au Tableau 12.

Usagers. En termes de valeurs et de croyances compatibles avec le PCC, les usagers ont notamment parlé de respect de la personne, c'est-à-dire l'importance pour eux de se faire écouter, d'être considérés crédibles, d'avoir leur mot à dire dans le dialogue avec les professionnels et que l'on respecte leur rythme durant l'hospitalisation. Les usagers ont nommé aussi qu'ils trouvaient injuste le recours aux mesures coercitives à l'hôpital (désir de «faire valoir ses droits»). Ensuite, la croyance selon laquelle une rechute psychiatrique est probable a été verbalisée par deux participants, l'un d'entre eux ayant même mentionné l'importance de réfléchir aux facteurs ayant

¹¹ Voir LeBlanc (2014).

Tableau 12

Compatibilité du PCC avec les valeurs, les croyances, les besoins et les expériences passées

Acteurs	Valeurs et croyances	Besoins	Expériences
Usagers	Respect de la personne Justice Probabilité de la récurrence ^a Alliance thérapeutique ^a	Informations sur les procédures Occupation durant le séjour Suivi post-hospitalisation	Rédaction d'un plan de crise ^a Adaptation à l'hôpital
Cliniciens du suivi	Autonomie de la clientèle Écoute et négociation Prévision des rechutes	Bonifier le plan de crise Suivi auprès des familles Informer les partenaires	PSI avec plan de crise («cycle clinique») Implication de l'entourage Collaboration avec les partenaires
Personnel d'urgence	Bienveillance Dévouement Prévision des rechutes	Barèmes d'intervention Orientation rapide Informations cliniques Proactivité quant à la récurrence	Ancien cartable avec PSI Approche personnalisée Implication du réseau
Gestionnaires	Pouvoir d'agir de l'utilisateur Qualité des soins Travailler «en amont»	Éviter la garde en établissement Concilier les droits et la sécurité Travailler avec la population	Perspective préventive ^a Ancien cartable avec PSI Protocole pour la contention
Communautaire	Approche par les forces ^b Autonomie de la clientèle Planifier la crise ^b	Réduire le «travail en silo» Réponse psychosociale Éviter la garde en établissement Crédibilité professionnelle	Rôle comme équipe traitante ^b Plan de crise interne ^a et PSI Implication de l'entourage Collaboration avec les partenaires ^a

^a Ces items ne font pas consensus au sein du groupe d'acteurs. ^b Ces items ont été jugés partiellement incompatibles avec le PCC.

déjà mené aux situations de crise afin de les prévenir dans le futur : *«Le but premier j'pense, quand qu'on tombe en crise, c'est d'se changer les idées. Pis après ça ben c'est de régler les... qu'est-ce qui nous a amené là. Comment j'peux faire pour pas revivre ça.»* Or, un usager a exprimé qu'une rechute était improbable dans son cas, ce qui est incompatible avec l'objectif du PCC qui propose d'anticiper les situations de crise futures. Enfin, les usagers ont explicité la valeur de l'alliance thérapeutique en termes d'honnêteté, de politesse et de considération envers les intervenants. Une personne a cependant exprimé un désir de ne pas collaborer avec les professionnels, ce qui est incompatible avec le travail d'équipe inhérent au PCC.

Pour ce qui est des besoins, les usagers ont surtout exprimé des éléments que l'on pourrait retrouver dans le contenu d'un PCC et non relatifs au principe de rédiger un PCC comme tel. Ils ont nommé vouloir davantage d'informations durant leur séjour à l'hôpital, notamment par rapport à la médication, aux modalités de l'hospitalisation, aux résultats de l'évaluation psychiatrique et aux règlements sur les unités de soins. Les usagers ont aussi beaucoup verbalisé sur le désir d'avoir accès à plus d'activités et de libertés durant leur séjour, comme aller fumer ou prendre une marche dehors, recevoir de la visite, récupérer des effets personnels à domicile, avoir du matériel électronique pour se divertir ou même avoir un peu d'intimité. Par exemple :

«C'que j'ai trouvé qui manquait, y'a pas d'activités encadrées à l'hôpital. [...] Y'a pas de possibilité de faire quelque chose. À ma première hospitalisation, y'en avait. Y'avait une ergothérapeute, y'avait des p'tits exercices, tu pouvais faire des... j'va pas dire des devoirs là, mais tu pouvais faire des choses, pour porter à réflexion ou juste pour te changer les idées là. [Sinon] ben tu trouves le temps long! Tu t'occupes pas l'esprit. [...] Tu finis ta journée pis tu dis "ouf, regarde j'ai rien fait aujourd'hui là pis demain ça va être pareil".»

Deux usagers ont également nommé le besoin d'avoir une structure et un suivi après avoir obtenu leur congé pour les aider à se remettre sur pieds.

Enfin, par rapport aux expériences passées compatibles avec le PCC, quelques usagers ont indiqué avoir déjà discuté de prévention de crise avec leur intervenant et des membres de leur entourage, en lien par exemple avec l'observance de la médication, l'identification des signes précurseurs et la mise en place de moyens pour désamorcer la crise. Par contre, d'autres participants ont rapporté ne jamais en avoir discuté. Les usagers ont connu aussi d'autres types de plans comme les plans d'action, de retour au travail et de prévention de la rechute en contexte de toxicomanie. Une autre expérience se rapporte au fait que les usagers ont tendance à s'adapter d'une hospitalisation à l'autre, en mentionnant «savoir comment ça marche» ou en décrivant des contacts plus familiers avec le personnel. Ainsi, une personne a témoigné : *«[À force] d'aller à l'hôpital souvent, j'finis par comprendre, j'reconnais des visages, j'vois des gens qu'y m'ont déjà vu, y connaissent un peu mon historique pis tout ça, c'est-à-dire que... c'est moins intimidant que la première fois.»* Il s'agit d'une expérience compatible avec le PCC puisque celui-ci met à profit les connaissances des usagers acquises lors de leurs différents épisodes de crise, permettant ainsi de renseigner les personnes susceptibles d'intervenir auprès d'eux.

Cliniciens du suivi. Du côté des valeurs et des croyances des cliniciens du suivi, ils ont indiqué que leur philosophie de soins soit orientée vers l'autonomie des usagers, de sorte qu'ils considèrent leurs forces, leurs préférences et leurs droits dans l'intervention et qu'ils prennent soin de valoriser ce qui est important pour eux. Dans le même sens, les cliniciens ont exprimé prendre le temps d'écouter le point de vue des usagers et de négocier avec eux certains paramètres thérapeutiques, même dans le contexte d'une ordonnance de traitement. Les cliniciens ont mentionné également l'importance de la prévention de la rechute auprès de personnes vivant

avec des maladies psychiatriques chroniques. Ils partagent le souci d'«éviter le pire» pour la clientèle. Toutefois selon un participant, ils n'auraient pas forcément tendance à «imaginer les modalités de la rechute», c'est-à-dire de prévoir systématiquement les mesures à mettre en place lorsque la personne se retrouve en situation de crise.

Concernant la compatibilité du PCC avec les besoins des cliniciens du suivi, il a été mentionné que la planification de la crise devrait inclure une section sur les arrangements pour les responsabilités civiles, comme prévu dans le PCC. Des problèmes rencontrés actuellement pouvant être atténués par l'utilisation du PCC incluent notamment la difficulté de faire un suivi auprès des familles des clients à propos des recommandations en cas de crise, ainsi que le manque d'informations des partenaires quant à l'approche à adopter auprès de certains usagers présentant des comportements particuliers. En effet, un participant a précisé : *«Y'a certains clients qu'on peut pas intervenir à notre façon à nous, faut vraiment utiliser le plan pour lui»*.

Pour ce qui est des expériences passées et récentes des cliniciens du suivi, il a été identifié que le PCC serait compatible avec plusieurs composantes. Pour chaque usager, un intervenant-pivot (spécifiquement une «mini-équipe») est identifié et détient la responsabilité de compléter ce que les intervenants appellent un «cycle clinique», qui inclut un plan de prévention de crise et différents formulaires de consentement et d'engagement. Le plan de prévention de crise peut s'inscrire ou non dans le cadre d'un plan de services individualisé (PSI), qui vise à regrouper les différents partenaires impliqués auprès de l'usager, de même que les membres de son réseau informel, afin de discuter des orientations cliniques et psychosociales. Un participant a décrit à quoi pouvait ressembler le processus de discussion autour de la prévention de la rechute :

«Dans la mesure du possible, avec les patients qui collaborent à ça, on essaie effectivement d'eux parler un peu de leurs épisodes antérieurs, et puis de c'que eux

peuvent identifier comme ayant été des éléments déclencheurs [...] de leurs crises. Et si y sont d'accord, on essaie d'impliquer les familles pour discuter également de ça, et [...] de leur dire "ben si votre famille repère [...] que ça va moins bien, si y pensent qu'y a à nouveau des facteurs de stress qui pourraient déclencher un épisode, qu'y puissent nous appeler, [...] qu'y soient en mesure de vous l'dire aussi et puis on peut essayer [...] d'se voir rapidement pour essayer d'enrayer la crise".»

Pour documenter les moyens de prévention de la rechute identifiés avec les usagers, les cliniciens emploient une grille de questions courtes et vulgarisées et effectuent un retour sur le contenu après une situation de crise au besoin. Finalement, comme le PCC le prévoit, l'équipe du suivi peut communiquer avec des organismes communautaires partenaires ou avec l'urgence hospitalière en contexte de crise pour donner des renseignements sur l'usager. Une pratique courante est de faxer à l'urgence une fiche contenant le diagnostic, la médication et les coordonnées de l'équipe traitante, mais cette fiche ne contiendrait pas d'informations sur les signes avant-coureurs, les préférences de traitement ou les arrangements pour l'hospitalisation.

Personnel d'urgence. Concernant la compatibilité du PCC avec les valeurs et les croyances des membres du personnel d'urgence, leurs discours étaient dotés de bienveillance, avec l'utilisation d'expressions comme «pour le bien du patient», «avoir droit au respect», «avoir affaire à un être humain en difficulté» et «on est là pour aider». L'importance d'éviter le jugement et la coercition, de même que la responsabilité de bien accompagner les personnes vulnérables, ont été nommées. Le témoignage du personnel d'urgence contenait aussi des indices de dévouement, c'est-à-dire d'une volonté d'améliorer la pratique clinique et d'investir du temps dans l'intervention de crise. Puis, le principe selon lequel il faut «équiper» les personnes avec des TMGs et leur entourage pour faire face à une haute probabilité de rechute a été caractérisé

comme l'un des fondements de l'intervention dans un contexte de maladies psychiatriques chroniques et dynamiques.

Les membres du personnel d'urgence ont nommé plusieurs besoins compatibles avec la pratique du PCC. D'abord, il semble qu'il manque de «barèmes d'intervention» pour adresser les situations de crise auprès de personnes avec des TMGs. Non seulement la crise est difficile à désamorcer et la recherche du consentement est ardue, deux participants ont aussi mentionné que l'approche adoptée par certains intervenants peut contribuer à exacerber la situation de crise, en raison notamment d'un manque d'expérience et/ou de formation. Ensuite, il a été souligné que le PCC serait compatible avec l'objectif principal à l'urgence, soit une orientation rapide et efficace de la clientèle, puisque le plan fournit des informations cliniques pouvant faciliter la prise de décision devant une situation de crise souvent très complexe. Les participants ont rapporté que les dossiers des usagers auxquels ils se réfèrent sont rarement mis à jour et que le manque d'informations sur l'usager en crise peut amener à prendre des décisions «en bloc», peu nuancées et ayant des conséquences négatives sur la volonté de celui-ci de collaborer avec les professionnels à long terme. L'un des participants a décrit la problématique ainsi :

«Notre vision cependant à l'urgence est parfois très très très limitée. [...] Parfois on les connaît [les patients], parce qu'au fil du temps, on les revoit dans des contextes de crise similaires, mais des fois on les connaît pas du tout. Alors on part de zéro, et y faut prendre une décision basée sur de l'information souvent parcellaire.»

Enfin, un dernier besoin que les répondants ont mis en lumière concerne la nécessité de trouver des solutions au problème de la récurrence des situations de crise vécues par les personnes avec un TMG. Par exemple, l'un d'entre eux a parlé d'un manque de «proactivité» dans la pratique clinique et de la difficulté du réseau à mettre en place les conditions favorisant la stabilité des

usagers considérés plus à risque. L'importance d'investir des ressources dans la prévention de la rechute a été exprimée et un participant a même énoncé que le PCC «met en évidence des manquements majeurs du système» de soins en santé mentale.

Concernant les expériences des répondants, le PSI a encore été nommé comme pratique pouvant s'apparenter au PCC puisque les recommandations concernant l'intervention de crise pour un usager étaient consignées dans un cartable accessible au personnel d'urgence. Or, cette pratique a été jugée «désuète», peu structurée et peu axée sur la négociation. Les répondants ont aussi parlé d'expériences évoquant une certaine personnalisation de l'approche en fonction des caractéristiques de l'usager en crise, notamment si celui-ci était connu du réseau, si un lien de confiance avait été précédemment établi et si d'autres approches s'étaient déjà montrées inefficaces. Une dernière expérience compatible avec le PCC consiste en l'implication du réseau formel et informel dans la planification et dans l'application de l'intervention de crise, par exemple la création d'un «filet de protection» en communauté pour les personnes suicidaires ou le fait d'obtenir des renseignements auprès des personnes qui accompagnent les usagers à l'urgence lors d'une situation de crise.

Gestionnaires. Du point de vue des gestionnaires, le PCC consisterait en une «belle affirmation des valeurs de la direction.» Le pouvoir d'agir de l'usager a beaucoup été mentionné, dans la mesure où «le client, c'est le premier acteur dans ses soins» et où il est valorisé que «l'usager ait le plus de pouvoir possible sur son plan d'intervention». Ils ont même fait part de la compatibilité du PCC avec une nouvelle politique promouvant l'intégration des usagers et de leurs proches au sein des équipes cliniques à titre de «patients-partenaires», mettant de l'avant leur collaboration dans les décisions et les démarches d'amélioration continue. Les gestionnaires ont parlé aussi de l'importance de la qualité des soins offerts, notamment en termes de qualité

relationnelle avec la clientèle. Ils ont finalement partagé la croyance selon laquelle la détérioration de l'état mental de certains usagers est souvent prévisible et observable, d'où l'importance de «travailler en amont dans la communauté» plutôt que selon une perspective curative. Dans cette ligne de pensée, un participant a témoigné :

«T'sais on l'sait que ça peut arriver une crise, mais j'pas sûr qu'y a beaucoup d'intervenants, dans leur pratique quotidienne, qui vont planifier avec leurs clients... Sont pas tous des candidats à la crise, mais on l'sait ceux qui peuvent être des candidats à la crise. Faut que les intervenants prennent le temps de planifier la crise.»

Les besoins identifiés par les gestionnaires ont été jugés compatibles avec la pratique du PCC, mais une personne a souligné que la compatibilité était plus importante avec les valeurs qu'avec les besoins. Le problème de l'augmentation du recours à la loi P38 a été mentionné comme prioritaire, parallèlement avec la complexité du processus d'obtention du consentement en contexte d'urgence ainsi que l'importance d'éviter l'hospitalisation involontaire et volontaire dans la mesure du possible. Les gestionnaires ont également fait part de la difficulté des intervenants à déterminer à quel moment il est préférable d'agir auprès d'une personne dont l'état mental devient progressivement instable et qui refuse d'obtenir des services de santé, mais où le danger n'est pas suffisamment grave et imminent pour les lui imposer :

«On est toujours pris entre le droit d'la personne pis le volet crise avec les dommages personnels ou [...] envers autrui. [...] On attend tu que ça arrive en crise pour aller à l'urgence, ou on peut tu traiter avant d'aller à l'urgence? [...] J'réalise des fois que le pattern, c'est d'même. On attend, y'a l'droit d'être de même, [...] c'est pas un danger imminent. [...] Pis un moment donné, j'dis, ça a tu du bons sens?! On attend qu'y arrive à l'urgence, déshydraté. [...] Je m'aperçois qu'on a un rôle à jouer.»

Dans l'ensemble, il a été nommé que le PCC permettrait concrètement et «rapidement d'aller vers les cibles de la direction en termes [...] de partage de pouvoir» tel qu'explicité dans la section des valeurs, mais aussi conformément aux objectifs de «gestion responsable» et de «travailler davantage avec la population.»

Concernant les expériences passées des gestionnaires, il a été rapporté que l'utilisation d'outils similaires de planification de la rechute auprès d'autres types de clientèles s'est déjà montré très aidant et valorisant pour tous les acteurs. Néanmoins, une personne a indiqué que le PCC consisterait en un changement par rapport à la pratique courante «parce qu'il faut travailler dans une perspective plus préventive.» Les gestionnaires ont eux aussi parlé du PSI comme ancienne pratique s'apparentant au PCC, qui a été dans certains cas très efficace pour des usagers ayant par exemple un trouble de la personnalité limite et qui nécessitaient un type d'intervention bien précis en contexte d'urgence. En dernier lieu, il a été souligné qu'il existe un protocole bien précis encadrant le recours aux mesures restrictives sur les unités de soins à l'hôpital, où le patient est averti des conséquences possibles d'un comportement susceptible de porter atteinte à sa sécurité ou celle d'autrui. Or, cette procédure complexe ne serait pas appliquée systématiquement.

Organismes communautaires. Finalement, pour ce qui est des valeurs et des croyances rapportées par les intervenants de crise et les directeurs communautaires, l'élément central serait une approche d'intervention axée sur les forces de l'utilisateur et sur le rétablissement. Des exemples de cette philosophie seraient l'importance de ne pas «institutionnaliser» les personnes ayant un TMG, ainsi que le principe selon lequel celles-ci vivent des difficultés légitimes peu importe la nature de leur diagnostic psychiatrique. Par contre, le PCC a été perçu comme trop axé sur les aspects médicaux de l'intervention et même le terme «plan de crise» serait incompatible avec l'approche véhiculée dans le milieu communautaire. Ensuite, la valeur de l'autonomie a été

largement soulignée, de sorte que l'usager ait «un rôle [à jouer] dans les prises de décision face à la gestion de crise» et qu'il soit important de lui offrir l'opportunité de «faire cette réflexion-là». Les représentants du milieu communautaire ont également rapporté l'importance de planifier la crise auprès des usagers, autrement dit «de ne pas laisser les gens en plan». Or, certains participants ont jugé que l'exercice préventif ne devrait pas être effectué en fonction du type de trouble mental de l'individu tel que prévu par le PCC, mais plutôt pour l'ensemble de la clientèle.

Les intervenants de crise et les directeurs communautaires ont rapporté plusieurs besoins compatibles avec le PCC, mais certains ont spécifié que cette nouvelle pratique n'adresse pas les problèmes prioritaires rencontrés actuellement comme le manque d'accès aux services. Cela dit, il a été nommé que le réseau travaille beaucoup «en silo», ce qui engendre des difficultés de communication entre les partenaires lors de situations de crise. Selon les répondants, le PSI est complété différemment par chaque instance, «ne part pas des besoins de la personne» et n'inclut pas tous les acteurs impliqués auprès de l'usager. Il a été souligné également que l'élaboration d'une définition commune de la crise serait très bénéfique, notamment parce que la perception de la dangerosité est différente dans le milieu institutionnel que dans le milieu communautaire. Conséquemment, les répondants de ce groupe revendiquent une approche plus psychosociale que médicale, de sorte que la personne en crise soit davantage prise en compte dans sa globalité. Les intervenants communautaires ont exprimé que le PCC serait aussi compatible avec le besoin d'avoir plus d'informations sur l'usager en crise afin d'éviter le recours à l'hospitalisation involontaire ou volontaire, ce qui est relié aussi aux défis de communication avec les partenaires :

«Souvent on connaît pas la personne. Des fois on essaie d'avoir de l'information, même on appelle [l'équipe traitante] pis on leur dit "nous avec ce qu'on a, on [...] a des motifs de croire qui peut avoir un danger. Pouvez-vous nous aider?" [...] Mais si on n'en a pas

[d'informations], c'est comme... on prendra pas d'chance, c'est l'hôpital. Fait que ça serait important d'avoir [...] un portrait historique des antécédents.»

En dernier lieu, le désir d'être «reconnus au même titre que les autres professionnels» a été mentionné par les représentants du milieu communautaire. Bref, le PCC consisterait en un «complément» pour l'atteinte des objectifs selon eux.

En ce qui concerne la compatibilité du PCC avec les expériences des répondants, ces derniers ont expliqué qu'ils jouent souvent un rôle similaire à celui d'équipe traitante auprès de certains usagers ayant des TMGs, c'est pourquoi leur implication dans la pratique du PCC ne pourrait pas se réduire au rôle de facilitateur tel que pensé initialement par les chercheurs. D'ailleurs, certains organismes utiliseraient déjà des plans de crise avec leurs usagers, appelés par exemple des «plans de chute», mais ces documents seraient moins complets que le PCC et n'incluraient pas l'ensemble des partenaires. Un participant a mentionné en ce sens que la concertation entre les acteurs inhérente au PCC amènerait un «changement de pratique». Il a été rapporté également que les intervenants communautaires, dans leur pratique, outillent les membres de l'entourage des usagers pour mieux gérer les situations de crise, et ce, parfois en collaboration avec les organismes spécialisés en intervention de crise lorsque l'utilisateur a préalablement donné son accord en ce sens.

Avantage relatif. Les résultats concernant l'avantage du PCC relativement à la pratique courante pour la clientèle et pour les professionnels, ainsi que les risques anticipés, sont présentés au Tableau 13.

Usagers. Les usagers ont perçu que le PCC favoriserait un meilleur respect de la clientèle en contexte de crise, tel que décrit dans le témoignage suivant : «*J'serais plus humain, plus*

Tableau 13

Avantages du PCC relativement à la pratique courante

Acteurs	Avantages pour la clientèle	Avantages pour les professionnels	Risques anticipés
Usagers	Respect et considération Expression de soi et réflexion Structure et appui	s/o	Pression si changement d'idée Perte de valeur du document
Cliniciens du suivi	Rechutes «moins pénibles» Meilleur séjour à l'hôpital Implication dans les décisions Dynamique équilibrée (facilitateur)	Meilleure gestion de la crise Communication entre professionnels Banque de données, portait général	Perte de confiance si pas respecté Rédaction anxiogène pour clients
Personnel d'urgence	Crise moins «traumatique» Évitement de mesures restrictives ^a Prise en compte des préférences Implication de l'entourage	Meilleure approche du patient Orientation plus informée et nuancée Économie de temps	s/o
Gestionnaires	Remise de pouvoir Respect de l'autonomie Moins de frustration	Meilleure négociation avec l'utilisateur Documentation des besoins Appui à la planification de la crise	Perte de confiance si pas respecté (et déception des intervenants)
Communautaire	Priorisation des besoins de l'utilisateur Évitement de l'hospitalisation	Concertation entre partenaires Portrait de la personne	«Faux espoir» Discriminer selon le diagnostic Perte du jugement clinique

Note. L'abréviation s/o signifie «sans objet». ^a Cet item ne fait pas consensus au sein du groupe d'acteurs.

respecté. [...] Mes droits, le respect, pis j'aurais une meilleure hospitalisation c'est clair, parce que j'me sentirais pas agressé.» Parallèlement, un autre participant a parlé de considération : *«Ça me donnerait l'impression que vous êtes plus attentifs à mes besoins, [...] à comment j'me sens, à c'que ça se déroule bien.»* De plus, il a été mentionné que le PCC pourrait aider la personne à s'exprimer et se justifier, surtout lorsque la communication interpersonnelle est déjà source d'anxiété, de même qu'à réfléchir à des moyens pour appréhender les situations de crise. Selon les usagers, le PCC offrirait également une structure à la personne lors de son retour en communauté (plan post-hospitalisation) afin de l'encourager à prendre soin d'elle-même, de sorte qu'elle se sente «moins prise dans la schizophrénie» par exemple. Le «travail d'équipe» inhérent à la pratique du PCC est jugé avantageux pour certains usagers qui expriment «avoir besoin d'aide pour s'en sortir» et qui apprécient l'idée d'être appuyés par une équipe. Une personne a souligné que le fait d'avoir un plan de crise permettrait peut-être dorénavant de se rendre à l'hôpital avec un discours moins négatif.

Concernant les risques perçus, il a été proposé que la possibilité de changer d'idée concernant le contenu du plan au moment de la crise puisse engendrer un sentiment d'obligation de le respecter même si ses besoins et intérêts ont changé. De plus, un usager a partagé la préoccupation que les intervenants soient réprimandés si le contenu du plan n'est pas respecté, ce qui pourrait affecter leur volonté de collaborer dans le futur :

«En hospitalisation en raison des choses qui peuvent arriver là, [...] y peuvent pas être responsables d'avoir pas faites t'sais. Même si c'est eux autres qui ont signé le document. [...] Faut pas qu'y se fassent attaquer avec ça là t'sais, parce qu'y voudront juste pu le faire [...] pis le document va perdre d'la valeur.»

Cliniciens du suivi. Du côté des cliniciens du suivi, les avantages pour la clientèle incluent la possibilité «d'accompagner du mieux possible une éventuelle rechute pour en faire quelque chose de moins pénible». Les usagers pourraient avoir une meilleure vision de l'hospitalisation, vivre moins d'inquiétudes, se «sentir moins seuls» ou même éviter l'escalade de certaines situations. Parallèlement, les cliniciens ont mentionné que le PCC permettrait d'améliorer la qualité des services hospitaliers d'urgence. Ils sont d'avis qu'un autre bénéfice pour les clients serait d'avoir «un mot à dire dans leur traitement et la façon d'obtenir les services». Selon un répondant, la présence du facilitateur lors des rencontres de rédaction du PCC permettrait de bien représenter l'usager et de faire valoir son point de vue, afin d'éviter que le contenu du plan «reflète surtout l'opinion de l'équipe traitante sur ce que le patient devrait faire.»

Les avantages du PCC pour les professionnels incluent une meilleure gestion de crise, par exemple en évitant les interventions susceptibles de provoquer de la colère chez la personne en crise ou pour soutenir un clinicien qui est appelé à intervenir auprès d'un client peu connu. Le PCC pourrait également renseigner les membres du personnel d'urgence sur un usager s'il n'est pas possible de contacter l'intervenant-pivot au moment de la crise. En ce sens, le partage d'informations entre partenaires et à l'intérieur même des équipes de suivi a été perçu avantageux:

«J'dirais que c'est un outil intéressant de communication entre les équipes, entre les organismes qui peuvent intervenir auprès de la personne. Donc [...] une personne qui va régulièrement au Gîte [Ami], le Gîte [Ami] devrait avoir ça. La Soupe Populaire, la Soupe devrait avoir ça. Euh... la Maison Réalité, Maison Réalité devrait avoir ça. 24/7, etcetera là t'sais. Tous ceux qui peuvent intervenir avec la personne devraient avoir ça.»

Dans ce contexte, le PCC est compris par les cliniciens du suivi tel une source d'informations complète et pertinente, surtout quant au portrait typique des situations de crise vécues par l'usager

et aux personnes de confiance à contacter en cas d'urgence, celles-ci pouvant à leur tour aider à «guider le cheminement diagnostique et thérapeutique». En terminant, deux risques à l'utilisation du PCC ont été décelés, d'une part le bris du lien de confiance avec les intervenants si le contenu du plan n'est pas respecté et, d'autre part, l'émergence d'émotions négatives chez certains usagers en se remémorant les mesures coercitives vécues dans le passé lors de la rédaction du plan.

Personnel d'urgence. En ce qui concerne le personnel d'urgence, il a été perçu que le PCC pourrait contribuer à rendre l'expérience de la crise et de l'intervention moins «traumatique» pour l'utilisateur, ou à rendre «les entrées futures moins dures». Des répondants croient qu'il permettrait également d'éviter le recours à certaines mesures restrictives, mais une personne n'anticipe pas d'impact à ce niveau. Il a été indiqué que le PCC favoriserait la prise en compte du point de vue du patient et le respect de ses préférences dans l'intervention. Il pourrait aussi aider à «obtenir son accord.» Le PCC faciliterait finalement la mise à contribution des membres de l'entourage au moment de la crise, ce qui serait sécurisant à la fois pour l'utilisateur et pour ses proches.

Les avantages pour les professionnels incluent notamment une meilleure approche à l'égard du patient en situation de crise, puisque le PCC donnerait une «idée de comment agir avec la personne» et faciliterait la création d'un lien de confiance. Les répondants ont indiqué que les informations contenues dans le PCC seraient très aidantes pour la communication avec l'équipe traitante, pour l'évaluation psychiatrique, pour la recherche du consentement et pour les décisions concernant l'orientation médicale et psychosociale. Cela permettrait une orientation plus «subtile et intelligente», une pratique plus humaine et nuancée dans son ensemble ainsi qu'une économie de temps significative dans un contexte d'urgence en milieu hospitalier. Le témoignage suivant résume bien l'ensemble des avantages pour les professionnels :

«J'ai une fiche signalétique là du patient, [...] voici le type de crise habituellement qu'il a, voici ce sur quoi le patient était d'accord pis que l'équipe était d'accord aussi en même temps, ce qui a déjà fonctionné auparavant, le type de médication déjà utilisé... Ouf! Écoutez là, vous me facilitez la tâche de façon importante, tant au niveau de l'approche du patient que d'la thérapeutique ou de l'orientation.»

Les membres du personnel d'urgence n'ont rapporté aucun risque anticipé à l'utilisation du PCC.

Gestionnaires. Du point de vue des gestionnaires, il a été envisagé que le PCC favoriserait le pouvoir d'agir et la valorisation des usagers, de même qu'il permettrait de «s'assurer qu'on tient compte de l'autonomie de la personne quand elle était en état de décider.» Selon ce groupe d'acteurs, le PCC permettrait aussi aux usagers de vivre moins de frustration en contexte de crise. Un répondant ayant déjà utilisé un outil similaire auprès d'une autre clientèle a exprimé justement : *«Ça change la game presque complètement dans comment la crise se vit.»*

Concernant les avantages pour les professionnels, les gestionnaires ont rapporté qu'en ayant recours au PCC lors d'une situation de crise, il serait «plus facile de négocier avec l'utilisateur et d'aller l'atteindre». Un répondant a précisé qu'il faciliterait l'atteinte d'un «meilleur consensus entre les droits de l'utilisateur et la sécurité». Le PCC est perçu par les gestionnaires comme un outil pouvant aider à documenter les besoins de la clientèle à risque de récurrence afin de «ne pas toujours recommencer à zéro» et de renseigner les urgentologues pour faciliter la prise de décisions à l'hôpital. En dernier lieu, il a été souligné que la pratique du PCC contribuerait à structurer la démarche de planification de la rechute.

Un risque potentiel a été soulevé par les gestionnaires, soit le risque que l'utilisateur perde confiance envers le système de santé mentale et se sente trahi si le contenu du plan n'est pas

respecté lors d'une situation de crise. Conséquemment, les intervenants ayant participé à la rédaction pourraient avoir l'impression d'avoir travaillé pour rien et même perdre leur alliance thérapeutique avec l'utilisateur.

Organismes communautaires. Du côté des intervenants de crise et des directeurs communautaires, en débutant avec les avantages pour la clientèle, il a été relevé que le PCC permettrait «que la personne se sente autonome et qu'elle-même jouerait un rôle important dans la prise de décision.» Des répondants ont mentionné l'importance de partir des besoins et des préoccupations de l'utilisateur et de ses proches plutôt que de ceux des organisations, ce que le PCC favoriserait. Il a été souligné également que cette nouvelle pratique pourrait aider les intervenants à éviter le recours à l'hospitalisation involontaire et volontaire, en s'appuyant sur des ressources dans la communauté et sur ce qui a été préalablement discuté avec l'utilisateur.

Concernant les avantages pour les professionnels, les représentants du milieu communautaire considèrent que le PCC consiste en une belle «interface entre la communauté et l'aspect médical», ainsi qu'une opportunité de «se rapprocher des partenaires» et d'intégrer l'ensemble des acteurs dans la planification et dans l'intervention de crise. Il a été exprimé que cette nouvelle pratique promouvrait un «esprit de collaboration et de travail en continuité à long terme» au sein du système de soins en santé mentale. Selon ces répondants, le PCC permettrait parallèlement de développer une «base de données» commune afin d'améliorer la communication autour de chaque usager. Le fait de connaître par exemple les antécédents de dangerosité d'une personne, ainsi que les moyens qui ont déjà aidé à désamorcer une crise, pourrait grandement faciliter l'approche et l'orientation.

Finalement, le risque de créer un «faux espoir» et d'engendrer de la frustration chez l'utilisateur si le contenu du plan n'est pas respecté a été souligné. Les répondants ont aussi rapporté le risque d'enlever l'opportunité à certains usagers de compléter un PCC s'il est prévu que ce soit recommandé uniquement aux personnes ayant un TMG. De plus, un répondant a mentionné que le recours à un plan de crise préétabli pourrait gêner le jugement clinique de l'intervenant.

Complexité. Les résultats concernant la complexité du PCC en termes de rédaction et d'application du plan, ainsi que les éléments facilitant l'utilisation, sont présentés au Tableau 14.

Usagers. Au niveau des défis de rédaction du PCC, certains usagers ont souligné qu'il peut être difficile de se projeter dans l'avenir, que les situations de crise sont souvent très imprévisibles et que le fait de repenser aux hospitalisations précédentes peut faire émerger des souvenirs douloureux. Un répondant a précisé aussi ne pas connaître suffisamment la médication pour nommer ses préférences à cet égard. De surcroît, il a été nommé que certains membres de la famille ont été ébranlés par la récurrence des situations de crise vécues, donc les usagers seraient réticents à les impliquer dans la rédaction d'un PCC. Un autre doute concerne la disponibilité du psychiatre ainsi que la pertinence de sa participation aux rencontres de planification considérant qu'il ne sera pas responsable des soins au moment de la crise. En dernier lieu, un répondant a exprimé une réticence quant au fait d'avoir «une personne de plus à voir», en l'occurrence le facilitateur du PCC, puisqu'il aurait déjà un nombre important d'intervenants autour de lui.

En termes de défis d'application du plan en contexte de crise, les usagers ont mentionné trouver difficile de coopérer au moment de l'urgence en raison de leur état de désorganisation, ce qui fait que «le plan tombe à l'eau.» Un répondant l'a expliqué ainsi :

Tableau 14

Complexité du PCC (obstacles et facilitateurs à l'utilisation)

Acteurs	Défis de rédaction et de mise à jour	Défis d'application au moment de la crise	Éléments facilitateurs
Usagers	Effort cognitif et émotionnel Réseau fragilisé Disponibilité du psychiatre «Une personne de plus à voir»	Perte de contrôle Accessibilité des moyens identifiés Disponibilité des intervenants	Bonne relation avec l'intervenant
Cliniciens du suivi	Usagers : autocritique ^a , intérêt Formulaire long et formel Actualisation du contenu Accès au facilitateur	Intensité de la désorganisation Ordonnance légale ^b Primauté du jugement médical «Lourdeur administrative»	Usagers : ouverture à la prévention Présence de personnes de confiance Négociation déjà courante
Personnel d'urgence	Usagers : réflexion, engagement Organisation et collaboration Actualisation du contenu	Intensité de la désorganisation Réponse à la dangerosité «Ruptures de système» Empressement dans la salle d'urgence	Personnel : «rien à remplir» Usagers : conscience de soi en crise
Gestionnaires	Complexité du pouvoir d'agir ^b Actualisation du contenu Surplus aux équipes de suivi	Usagers : refus de collaborer «Périodes critiques» Emplacement du plan Unités de soins vs. salle d'urgence	Petites équipes de suivi Usagers : engagement et conscience Aucun coût supplémentaire
Communautaire	Usagers : réseau instable/limité Disponibilité de l'équipe traitante ^b Crise difficile à prévoir	Expiration des autorisations Usagers : changement d'idée ^a Procédures systématiques (ex. police)	Aucun coût supplémentaire ^a Usagers : confiance communautaire

^a Ces items ne font pas consensus au sein du groupe d'acteurs. ^b Ces items concernent à la fois un défi de rédaction et un défi d'application du PCC.

«T'as beau planifier tout c'que tu veux planifier là, quand la dépression frappe, toute saute. [...] C'est une perte de contrôle. [...] Si j'me fie à des expériences dans le passé par exemple, j'consommait pis j'savais que c'était très mauvais pour moi, pis c'était pas bon avec les médicaments, mais j'le faisais quand même. [...] Au même titre que... t'sais j'me dis, ben c'est pas bon d'être isolé. J'le sais, mais j'fais rien pour le corriger. [...] Quand j'sens que ça commence à aller moins bien, ben... la difficulté pour moi c'est de [pas] me laisser tomber dans ça.»

Dans le même sens, il a été évoqué qu'au moment de la crise, ce qu'on veut n'est pas nécessairement ce dont on a vraiment besoin. En effet, un usager a déjà vécu une situation de crise lors de laquelle il mentionnait vouloir être seul, mais a posteriori, il s'est rendu compte qu'il nécessitait l'aide du personnel pour se remettre sur pieds. Les moyens identifiés ne seraient pas toujours accessibles non plus, que ce soit par exemple une activité qui est interdite à l'hôpital ou un contact avec un intervenant qui n'est pas disponible. Cela étant dit, un élément facilitateur à l'utilisation du PCC se réfère à la relation de confiance déjà établie avec l'intervenant pivot.

Cliniciens du suivi. Au niveau des défis de rédaction et de mise à jour du PCC, les cliniciens du suivi ont évoqué un manque d'autocritique chez une proportion importante de la clientèle, se manifestant par exemple par la croyance qu'une rechute est improbable ou par la formulation de demandes peu raisonnables à l'égard de l'intervention de crise. Tous les répondants n'étaient cependant pas d'accord sur ce dernier point. Il y a aussi la question de la volonté des usagers à compléter un PCC considérant la difficulté à se remémorer les expériences négatives passées, de même que le niveau d'implication et la fiabilité variables des membres de l'entourage. Parallèlement, certains usagers pourraient trouver l'exercice de planification trop long, compliqué et formel, en lien notamment avec des problèmes de concentration ou d'anxiété.

Les cliniciens du suivi ont ajouté qu'il serait difficile de maintenir le contenu du plan à jour puisque plusieurs paramètres tendent à changer souvent, comme les personnes ressources et la médication, et qu'il pourrait être complexe de trouver un facilitateur.

Les défis d'application du plan en contexte de crise incluent l'état d'agitation et les comportements agressifs possibles des usagers, ainsi que la possibilité qu'ils oublient complètement le contenu du plan. La présence d'une ordonnance légale de traitement ou l'implication du Tribunal Administratif du Québec (TAQ) auprès d'un individu pourrait également complexifier l'utilisation du PCC. De plus, un répondant a évoqué la contradiction possible entre les désirs de l'utilisateur et les recommandations de l'urgentologue ou du psychiatre : *«J pense ça serait une position un peu désagréable d se retrouver coincé entre quelque chose qu'on estime médicalement nécessaire, et puis quelque chose sur lequel la personne a donné un avis négatif.»* Il pourrait conséquemment être très ardu de déterminer les raisons pour lesquelles le plan n'a pas été respecté et d'en discuter a posteriori avec l'utilisateur. En terminant, une certaine «lourdeur administrative» a été proposée par un répondant, en lien par exemple avec la démarche de déterminer si l'utilisateur en crise détient un PCC et, le cas échéant, où celui-ci est stocké.

Au niveau des éléments pouvant faciliter l'utilisation du PCC, les cliniciens du suivi ont indiqué que plusieurs usagers ont déjà une ouverture à discuter de prévention de la rechute, et cela peut être encore plus vrai pour les membres de l'entourage selon un répondant :

«Les familles qui ont déjà vécu plusieurs rechutes, plusieurs hospitalisations, qui eux sont conscients du risque de rechute et... et toutes les conséquences que ça peut avoir sur la vie du patient, et puis la cellule familiale, j'imagine qu'effectivement, ça peut être des moteurs plus importants pour une... une rencontre comme ça.»

Dans le même sens, la présence d'une personne de confiance pouvant notamment donner un consentement substitut en contexte d'urgence, de même qu'un facilitateur neutre, pourrait simplifier la rédaction pour la clientèle. Enfin, la négociation inhérente au PCC ne présenterait pas de défi supplémentaire aux cliniciens du suivi puisqu'ils adopteraient déjà une telle approche.

Personnel d'urgence. En termes de défis de rédaction et de mise à jour, les membres du personnel d'urgence ont rapporté qu'il pourrait être difficile pour les usagers de répondre à certaines questions et que «l'engagement» requis pour le PCC pourrait engendrer certaines craintes, tel que décrit dans la citation suivante :

«Le patient a nettement plus à perdre que le clinicien, là. [...] Dire "je m'entends que c'est ça qui va falloir faire à tel tel tel moment donné" là... c'est un méchant contrat [...] à signer, c'est des grosses autorisations à donner à des gens qui, par la suite, vont se servir de cette information-là dans un moment où j'me sens pas bien, pis j'sais pas si à ce moment-là, [...] c'est ça que j'va vouloir qu'y fassent exactement là. Pas simple.»

Des préoccupations ont aussi été soulevées quant au rassemblement des acteurs, à la répartition des rôles ainsi qu'à la cohérence des visions des différents cliniciens autour d'un même usager. De plus, la mise à jour du contenu serait difficile en raison des changements fréquents dans la vie des usagers, du roulement de personnel et du fait que les intervenants n'auraient pas tendance à initier une révision du plan de crise lorsque l'utilisateur va bien.

Au niveau des défis d'application du plan, les membres du personnel d'urgence ont soulevé que les patients sont parfois «tellement dans la crise» que la collaboration devient très ardue, notamment en présence de toxicomanie, de «décompensation psychotique» ou de comorbidité avec un trouble de la personnalité. Dans la même ligne de pensée, le respect des droits est très complexe en contexte de dangerosité et, selon un répondant, certains urgentologues

ont un «*trigger* assez rapide pour l'admission involontaire.» Il a été nommé aussi que le personnel d'urgence et les intervenants communautaires n'interprètent pas toujours la dangerosité de la même façon. Un autre défi concerne ce qu'un répondant a appelé des «ruptures de système», c'est-à-dire les obstacles administratifs liés à la communication entre établissements et entre instances d'un même établissement, comme le triage et la liaison à l'urgence. Il semble également que l'obtention d'un dossier auprès des archives, même en contexte de crise, puisse prendre énormément de temps. En terminant, un répondant a évoqué le souci de la rapidité à la salle d'urgence comme pouvant affecter la capacité des intervenants à appliquer le PCC :

«La santé mentale, quand y faut prendre son temps, ça l'implique là de... de justement s'investir, de créer le lien thérapeutique... Donc dans un contexte d'urgence des fois où on veut que ça soit go go go, ben... [...] des fois, veut veut pas, tu vas peut-être précipiter tes interventions. Fait que oui t'as peut-être ça [le PCC], tu l'as peut-être gardé en tête, mais y'a peut-être des étapes que tu vas sauter.»

Parmi les éléments susceptibles de faciliter l'utilisation du PCC figurent le fait que le personnel d'urgence n'aurait pas de paperasse supplémentaire à compléter et le fait que les usagers ont tout de même conscience d'eux-mêmes et de leur environnement en crise.

Gestionnaires. Du point de vue des gestionnaires, l'utilisation du PCC serait difficile parce qu'il y «a encore bien du chemin à atteindre avant de redonner ce pouvoir-là à l'utilisateur.» Au niveau de la rédaction et de la mise à jour, il a été rapporté une fois de plus que le contenu pourrait être vite désuet en raison des changements fréquents dans la vie des usagers et il est possible que les intervenants vivent une certaine exaspération si le plan doit être refait constamment, mais d'autres répondants ont exprimé un désaccord avec cette idée. Selon un participant, le PCC représente «beaucoup plus de travail» pour les équipes de suivi.

Concernant les défis d'application du plan, il a été relevé qu'il est difficile de coopérer avec les usagers au moment de la crise et que ceux-ci pourraient exprimer un point de vue différent que ce qui a été négocié préalablement. Les gestionnaires ont parlé également de «périodes plus critiques», par exemple le soir et la nuit, lors desquelles le personnel est réduit et l'équipe traitante de l'utilisateur n'est pas disponible pour intervenir ou fournir des renseignements. De surcroît, la question de l'emplacement du plan dans la salle d'urgence a été soulevée puisque les documents complétés par les intervenants de suivi ne sont pas systématiquement archivés et pas tous les membres du personnel hospitalier ont accès aux mêmes bases de données informatiques (par exemple, iCLSC et Clinibase). Parallèlement, les gestionnaires ont nommé le défi d'appliquer le plan uniformément à l'urgence et sur les unités de soin.

Au niveau des éléments facilitants, les répondants ont évoqué la facilité d'implanter de nouvelles pratiques au sein de petites équipes comme celles du Suivi Intensif, le fait que les usagers conservent une certaine compréhension de la situation au moment de la crise et que certains d'entre eux vont vraisemblablement «respecter ça [le PCC] à la lettre.» Finalement, les gestionnaires ne perçoivent pas de coût engendré par l'implantation du PCC puisque «les équipes sont déjà là.»

Organismes communautaires. Selon les intervenants de crise et les directeurs communautaires, le fait que les usagers puissent avoir un réseau social instable et restreint constitue un défi de rédaction et de mise à jour du PCC. Il a été souligné également que les intervenants communautaires sont parfois plus présents dans la vie des usagers que l'équipe traitante et que peu d'entre eux voient leur psychiatre sur une base régulière. En outre, selon un répondant, les situations de crise et les comportements associés s'avèrent difficiles à prévoir.

Au niveau des défis d'application du plan, la difficulté de rejoindre les partenaires au moment de l'urgence, ainsi que la validité de courte durée (90 jours) des autorisations de communiquer des renseignements signés par la clientèle, ont été rapportées. Un répondant a soulevé également la complexité probable de l'intervention auprès d'un usager qui a changé d'idée par rapport au contenu de son plan de crise :

«Au moment où la personne est dans une situation complètement différente, [...] est-ce qu'on va prendre le temps de lui dire [...] "est-ce que tu veux vraiment qu'on continue sur ce plan-là ou tu nous proposes quelque chose?" [...] Est-ce que y'a le droit de dire "oui j'y adhère" ou "non je refuse", pis c'est quoi à ce moment-là [...] la démarche à suivre?»

À cet effet, un autre répondant a précisé en revanche qu'il «faut toujours respecter la personne en besoin» et que l'accompagnement et l'orientation devraient tout de même se dérouler conformément à la pratique courante. Un dernier défi d'application du PCC concerne les procédures inhérentes à certains services d'intervention de crise, par exemple la présence d'un policier en tout temps, qui pourraient aller à l'encontre des souhaits de l'utilisateur.

Quant aux éléments pouvant faciliter l'utilisation du PCC, les répondants ont indiqué qu'il ne devrait pas y avoir de coût supplémentaire, sauf peut-être pour la rémunération du facilitateur, et que la clientèle a tendance à faire confiance aux intervenants communautaires.

Réinvention. Les résultats concernant le sens accordé au PCC ainsi que les propositions pour l'adaptation du formulaire et du protocole sont présentés au Tableau 15.

Usagers. L'analyse des témoignages des usagers n'a pas permis de déceler le sens que ce groupe d'acteurs accordent à la pratique du PCC. Une proposition a été émise concernant l'adaptation du formulaire, soit d'inclure des choix de réponses à certaines questions afin de

Tableau 15

Réinvention du PCC

Acteurs	Sens accordé au PCC	Adaptation du formulaire PCC	Adaptation du protocole et modalités
Usagers	s/o	Choix de réponses	Formation pour le facilitateur (ex. pair aidant) Connaître le fonctionnement de l'hôpital Application flexible
Cliniciens du suivi	Efficacité et philosophie Angle clinique différent Ajout aux outils actuels	Questions positives Nom de la pharmacie Limites du plan Consentement Hiérarchie des options	Approche de planification adaptée au client Facilitateur du milieu communautaire ou optionnel ^a Intégration dans les tâches Retour post-hospitalisation Engagement du personnel d'urgence
Personnel d'urgence	Crise facilitée Esprit préventif Prise en charge à long terme Progrès social	Observance médication Limites du plan	Définition claire des rôles Version électronique et mise à jour sur place Diffusion aux partenaires Préparation du personnel à l'implantation
Gestionnaires	Outil dynamique Appui clinique Toute la trajectoire ^a	Format plus concis	Mise à jour selon le profil des clients Implication de l'entourage (ex. responsable résidences) «Revoir l'organisation» à l'urgence Suivi rigoureux de l'implantation
Communautaire	Contrepoids psychosocial Vision commune ^a Interne ou externe ^a Partenariat	Autre titre Moyens personnels Forces et valeurs Attitude envers policiers	PCC offert à l'ensemble de la clientèle Engagement des partenaires à travailler ensemble Renouvellement des autorisations de communication Identification d'organismes comme facilitateurs

^a Ces items ne font pas consensus au sein du groupe d'acteurs.

faciliter la réflexion pour la clientèle. Au niveau du protocole et des modalités d'implantation, il a été mentionné que le facilitateur devrait suivre une formation dans le but de bien mener les rencontres et un pair aidant¹² pourrait jouer ce rôle. Un répondant a également proposé que les règlements et le fonctionnement de l'hôpital devraient être expliqués à l'utilisateur avant la rédaction afin de ne pas prévoir des mesures qui ne pourront être utilisées. Une dernière suggestion était de s'assurer que l'application du PCC soit faite de manière flexible, pour s'adapter aux situations où l'utilisateur change d'idée par rapport à ses préférences au moment de la crise.

Cliniciens du suivi. Les cliniciens du suivi interprètent le PCC, d'une part, comme un croisement entre un objectif d'efficacité et une vision philosophique des soins, de même qu'un angle clinique innovateur tel que verbalisé par un répondant : «*Pouvoir nommer la possibilité de la rechute [...] et puis de dire [...] "on va faire en sorte que ça se passe dans les meilleures conditions possibles".*» D'autre part, le PCC est perçu comme un outil clinique pouvant bonifier les démarches actuelles de planification de la crise, sans toutefois les remplacer. Concernant l'adaptation du formulaire, les cliniciens du suivi ont proposé que le PCC porte un nom différent et qu'il contienne quelques items plus positifs comme les signes permettant de savoir que l'utilisateur va bien. Ils ont suggéré que la liste des médicaments soient remplacés par le nom de la pharmacie pour s'assurer de la validité des informations, que les circonstances dans lesquelles le plan ne peut pas être respecté soient précisées et qu'une signature supplémentaire de l'utilisateur soit requise pour autoriser la divulgation du plan aux partenaires. Un répondant a recommandé également que les interventions à favoriser et à éviter soient formulées de manière hiérarchique plutôt que dichotomique :

¹² Un pair aidant est un intervenant vivant ou ayant déjà vécu avec un problème de santé mentale et qui partage son histoire de rétablissement avec la clientèle afin de susciter l'espoir, de servir de modèle d'identification et d'offrir du soutien et de l'information (voir Repper & Carter, 2010).

«"Si on doit me donner un médicament, commencez par ça, j' préfère ça, et puis celui-là, et puis vraiment celui-là je l'aime pas trop et j'en ai un mauvais souvenir". Peut-être que de le formaliser sous une forme hiérarchique, de choses qu'on préfère vers ce qu'on aime le moins, ça empêche de disqualifier complètement une intervention... sachant que [...] en fonction des circonstances, on peut quand même être amenés à le faire.»

Au niveau du protocole et des modalités d'utilisation du PCC, il a été proposé que l'approche de rédaction soit adaptée à l'utilisateur, par exemple en abordant les situations de crise précédentes ou en parlant uniquement de rechutes hypothétiques, en ayant le formulaire devant soi ou non, en remplissant certaines sections sensibles en l'absence de l'utilisateur, etc. Le facilitateur pourrait être un intervenant d'un organisme communautaire, comme le Gîte Ami, mais certains répondants ont préconisé que sa présence soit optionnelle et à la discrétion de l'utilisateur. Pour optimiser son implantation, le PCC devrait faire partie du «cycle clinique», dont chaque intervenant pivot est responsable, avoir une échéance de complétion et se retrouver en première page du dossier. Si le contenu du plan n'est pas respecté lors d'une situation de crise, il a été proposé que les raisons soient documentées et qu'un retour soit effectué avec l'utilisateur, mais sans la formalité du processus de rédaction initiale. Finalement, un répondant a ajouté qu'il faudra inscrire le PCC dans «un processus d'amélioration de la qualité de l'intervention», bien s'approprier les objectifs et les limites de cette nouvelle pratique et s'assurer qu'elle soit endossée par le département de psychiatrie à l'urgence, c'est-à-dire «faire de l'urgence des partenaires.»

Personnel d'urgence. Selon les membres du personnel d'urgence, le PCC représente une opportunité de «rendre l'expérience [de crise] du patient plus facile» et de mettre à profit les ressources dans la communauté dans une perspective préventive. Il s'inscrirait aussi dans le contexte d'une prise en charge au long cours des maladies psychiatriques chroniques et il évoque

un progrès social par rapport au respect des personnes ayant des TMGs. Par rapport à l'adaptation du formulaire du PCC, un répondant a proposé d'intégrer de l'information sur l'observance de la médication et sur la combinaison avec d'autres substances afin de faciliter la démarche de prescription à l'hôpital. Un autre répondant a recommandé d'inclure à même le plan les limites de son application, qui ont été préalablement discutées avec l'utilisateur :

«Chaque plan d'intervention a ses limites. Je pense que d'être capable d'identifier ces limites-là même à l'intérieur du plan, c'est une bonne chose. Et de dire "bon ben, voici [...] le moment où on doit sortir du plan." [...] J pense que ça rend cette limite-là beaucoup plus claire pour le patient, et beaucoup plus claire pour le clinicien aussi.»

Au niveau du protocole et des modalités d'implantation, il a été préconisé de définir clairement les rôles de chaque acteur impliqué dans le PCC et d'établir certaines règles de fonctionnement pour s'assurer que les interventions soient cohérentes et valables. Il a été souligné également qu'il serait plus facile, autant pour les usagers que les professionnels, de collaborer avec des personnes connues puisque le plan s'établirait sur des «bases expérientielles.» Les répondants ont largement conseillé que le plan soit sous format informatique uniquement (une alerte pourrait se retrouver par exemple dans le système MedUrg), ce qui en faciliterait l'accès au moment de l'urgence ainsi que le processus de mise à jour. Le plan pourrait d'ailleurs être révisé directement sur les unités de soins lors d'une visite de l'intervenant pivot si l'utilisateur est hospitalisé. De plus, un répondant a proposé de diffuser le plan aux personnes susceptibles d'intervenir dans la communauté, comme les responsables des résidences où demeurent les usagers et même les services policiers. En terminant, il a été suggéré d'offrir une formation exhaustive aux membres du personnel d'urgence sur l'utilisation du PCC, en mettant l'accent sur la valeur à long terme de cette pratique clinique et en tenant compte des limitations du milieu.

Gestionnaires. Du point de vue des gestionnaires, le PCC représente un outil dynamique, dans la mesure où «le point est le processus» et le plan comme tel appartient à l'utilisateur d'abord et avant tout. Il devrait être conçu comme un appui clinique et non une procédure administrative et avoir la même valeur que d'autres démarches médicales reconnues par l'ensemble des professionnels, sans toutefois remplacer le jugement clinique des intervenants tel que souligné par un répondant : *«C'est pas l'outil qui va lui dire quoi faire. Y'a sa décision médicale à faire face au comportement du patient devant lui.»* Certains gestionnaires ont prôné que le PCC soit déployé dans l'ensemble de la trajectoire de services de crise, tandis que d'autres l'ont interprété comme pouvant être utilisé dans la communauté indépendamment des instances institutionnelles. La seule recommandation émise à l'égard du formulaire est de produire une version plus concise dans le but de faciliter la rédaction pour la clientèle.

Au niveau du protocole et des modalités d'implantation, les gestionnaires ont proposé que la fréquence de révision du plan soit déterminée en fonction du profil des usagers, mais qu'une mise à jour soit prévue suite à chaque hospitalisation afin de «s'assurer qu'on est à niveau à la sortie.» Un répondant a réitéré l'importance d'impliquer tous les membres de l'entourage des usagers dans la rédaction du plan, notamment les responsables des résidences. En outre, il a été mentionné qu'il faudrait «revoir l'organisation» à l'urgence afin de déterminer l'emplacement qui assurera l'accès au plan en contexte de crise, par exemple dans un cartable comme l'ancienne pratique, dans le système informatique Clinibase ou en première page des dossiers de l'HPJ et du CISSSO. Un répondant a précisé qu'il serait de la responsabilité des équipes de suivi de s'assurer que le contenu du plan soit communiqué aux partenaires. Enfin, le suivi rigoureux de l'implantation du PCC a été nommé comme ingrédient à succès.

Organismes communautaires. Du point de vue des intervenants de crise et des directeurs communautaires, le PCC représente un «contrepoids [...] dans une approche top down, médicale, prescriptive» et il devrait répondre à un besoin de l'utilisateur et de ses proches et non des équipes traitantes. Un répondant a proposé qu'il serve à «créer une vision commune avec le client» quant aux rechutes futures sans nécessairement viser à ce que l'utilisateur et les intervenants soient entièrement d'accord sur les modalités d'intervention, mais d'autres participants ont suggéré que ces circonstances retireraient au plan sa philosophie «conjointe». De plus, le PCC a été perçu par certains répondants comme pouvant être utilisé par chaque organisation à l'interne seulement. Cependant, d'autres ont préconisé qu'il inclue systématiquement l'ensemble des partenaires, de sorte qu'il soit «conjoint» non pas entre l'utilisateur et son équipe traitante, mais plutôt entre les différents acteurs impliqués dans l'intervention de crise au niveau régional. Les représentants du milieu communautaire ont recommandé que le formulaire du PCC porte un titre différent et que les pistes d'intervention soient formulées plutôt comme des «pistes de solution». Il devrait inclure également des moyens personnels pour désamorcer la crise s'étant montré efficaces dans le passé, les attentes de l'utilisateur par rapport à l'intervention de crise, ses forces et ses valeurs ainsi que son expérience à l'égard des policiers en contexte d'urgence.

Concernant le protocole et les modalités d'implantation, il a été conseillé que le PCC soit offert à l'ensemble des personnes présentant un profil clinique comme celui des TMGs et non uniquement aux usagers du programme de Suivi Intensif de l'HPJ. Les répondants ont avancé aussi que le PCC nécessiterait un «engagement des institutions à travailler ensemble», c'est-à-dire une collaboration étroite, une distribution claire des rôles, une confiance mutuelle et une définition commune de la crise. En ce sens, il serait bénéfique que les organismes communautaires aient davantage accès aux canaux de communication du réseau institutionnel,

notamment en ce qui a trait aux autorisations de communiquer des renseignements, signées par la clientèle. Celles-ci devraient effectivement être renouvelées périodiquement (par exemple aux 90 jours) de sorte que les intervenants communautaires puissent contacter l'équipe traitante lors de situations de crise si cela est prévu dans le PCC de l'utilisateur. Parallèlement, selon ces répondants, il serait de la responsabilité de l'intervenant pivot de s'assurer que le contenu du plan est valide et à jour, surtout après une rechute, et selon une fréquence adaptée au profil de l'utilisateur. En dernier lieu, il a été suggéré que le facilitateur du PCC soit un intervenant communautaire, par exemple du Centre d'Aide 24/7, avec qui l'utilisateur a préalablement développé un lien de confiance. Des organismes devraient être «reconnus» officiellement comme pouvant agir à titre de facilitateurs et le ROCSMO pourrait gérer ce dossier moyennant une rémunération.

Décision d'implantation. Les résultats qualitatifs portant sur l'adoption hypothétique du PCC ainsi que la possibilité de le mettre à l'essai ne seront pas présentés dans une matrice comparative des rôles puisque les points de vue de chaque partie prenante sont très similaires. Au niveau de l'adoption, tous les répondants ont mentionné un intérêt à utiliser le PCC (par exemple, «j'espère que ça se réalise», «c'est une bonne idée», «vraiment intéressant», «ça vaut la peine», «très pertinent», etc.), sauf pour un usager («ça me dérange pas si je suis obligé») et un représentant du milieu communautaire («j'suis pas sûr que j'y crois»).

Au niveau de la mise à l'essai, tous les professionnels se sont positionnés en faveur d'un projet pilote (sauf les usagers qui n'ont pas été questionnés à cet égard). Un membre du personnel d'urgence a proposé de commencer avec une clientèle comme celle du programme des Grands Visiteurs¹³. Du côté des gestionnaires, un consensus n'a pas été atteint quant aux paramètres

¹³ Le programme des Grands Visiteurs n'existe plus puisqu'il a été fusionné avec le Guichet d'Accès, mais il s'adressait aux personnes ayant des TMGs et visait à diminuer la récurrence des situations de crise.

optimaux d'un projet pilote, qu'il soit par exemple circonscrit à l'intérieur des équipes du Suivi Intensif ou du Module d'Intervention Rapide (MIR)¹⁴, ou qu'il inclue également l'urgence et/ou les unités de soins à l'hôpital. Un gestionnaire a précisé que l'implantation du PCC devrait se faire par étapes et non en s'imposant des limites. Ce groupe d'acteurs ont également suggéré de commencer avec les intervenants ayant déjà manifesté un intérêt pour l'utilisation de ce type d'outil et que les effets soient évalués à la fois auprès des intervenants et des usagers. Finalement, les représentants du milieu communautaire ont lancé l'idée d'un projet pilote organisé conjointement par le CISSSO et le ROCSMO.

Résultats qualitatifs : expériences et schèmes des usagers

L'analyse inductive des entretiens avec la clientèle a permis de proposer des liens entre le profil clinique des personnes qui font l'objet de mesures restrictives et les croyances qu'ils entretiennent à l'égard de l'intervention de crise. Ces données sont présentées à la Figure 3. Chaque unité de texte sera expliquée selon la séquence logique du modèle et appuyée par des extraits de verbatim. Il est à noter que ces résultats n'ont pas été obtenus en lien avec une question de recherche spécifique, mais ils permettront de présenter un portrait de l'urgence psychiatrique en milieu hospitalier tel que vécue par les usagers interviewés dans le cadre de la présente étude. Ces données serviront ensuite à émettre des recommandations pour l'utilisation potentielle du PCC. Considérant que le sujet sous étude ici est l'expérience avec les mesures restrictives en contexte de dangerosité, les propos rapportés ont, d'emblée, une connotation négative. Cependant, quelques expériences et perceptions positives sont également évoquées.

¹⁴ Le programme du MIR n'existe plus puisqu'il a été fusionné avec le Guichet d'Accès, mais il visait à offrir des services d'évaluation et de traitement aux personnes nécessitant une intervention rapide et intensive.

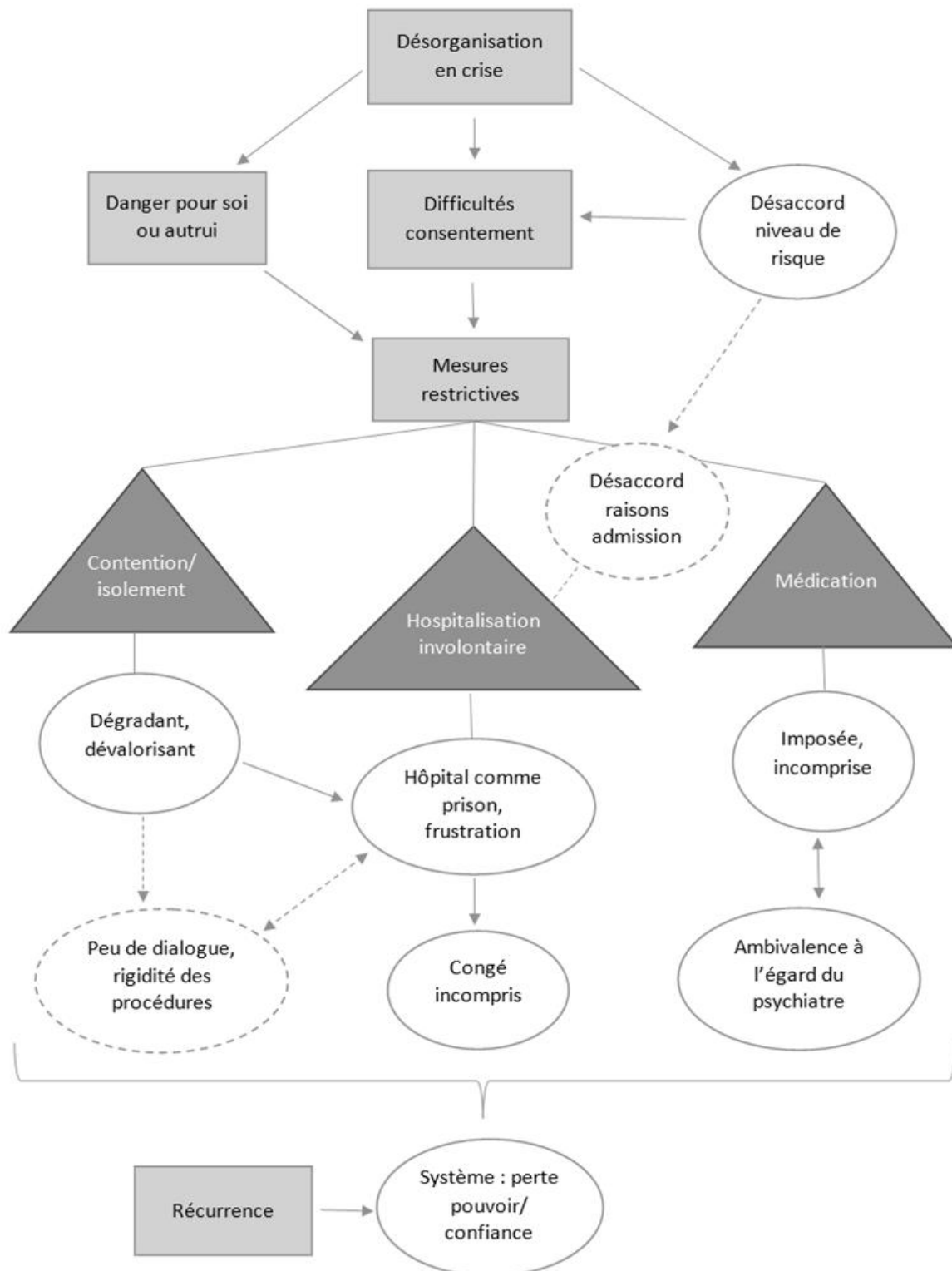


Figure 3. Liens entre le profil clinique des personnes qui font l'objet de mesures restrictives et les schèmes entretenus à l'égard de l'intervention de crise. Les rectangles représentent les éléments liés au profil, les triangles contiennent les types de mesures restrictives et les cercles évoquent les différents schèmes. Les flèches et l'accolade indiquent un lien séquentiel, les lignes droites représentent un lien descriptif et l'utilisation du pointillé fait référence à un schème qui n'est pas unanime parmi les participants.

Tout d'abord, presque tous les usagers ont témoigné avoir vécu des situations de crise caractérisées par un haut niveau de désorganisation, surtout en lien avec leurs symptômes psychiatriques. Une personne a mentionné par exemple se sentir «dépouillée par la psychose», être «en panique» et ne pas comprendre ce qui se passe au moment de la crise. D'autres participants ont indiqué que leurs idées puissent changer radicalement de direction, qu'ils ont beaucoup de difficulté à réfléchir et que cet état les amène à mal interpréter les événements qui leur arrivent ou même ne pas être en mesure de se les remémorer par la suite. Par exemple, un usager a mentionné : *«J'tais dans un état paranoïde avancé t'sais, parce que... j'avais pas confiance en personne, le système t'sais rien de tout ça. J'avais l'impression que c'était tout illégal c'qu'y me faisaient au début.»* Un extrait du discours d'un autre usager va dans le même sens : *«J'étais pas très coopératif, le temps de retomber sur terre là.»*

Ensuite, en lien avec l'état de désorganisation en contexte de crise, tous les usagers ont rapporté au cours des entrevues avoir déjà eu des comportements présentant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Cela inclut des épisodes d'automutilation, des accidents liés à un état d'ébriété, des idées suicidaires sévères et des gestes impulsifs sur la route. D'autres comportements comme l'agression physique à autrui, le vol et la possession d'une arme à feu ont été nommés, mais il n'a pas été spécifié s'ils ont été manifestés dans un contexte de crise ou non. Néanmoins, il apparaît dans le discours des usagers qu'ils soient souvent en désaccord avec l'évaluation du niveau de risque effectuée par le personnel d'urgence au moment de la crise, l'un d'entre eux ayant précisé par contre que sa perception a changé avec le temps. Ils reconnaissent par exemple présenter certains symptômes psychiatriques mais ne croient pas que ceux-ci soient réellement inquiétants, ou bien ils ont l'impression de se faire provoquer par les intervenants dans le but de «tester» leur dangerosité. Une personne a précisé avoir trouvé insultant de devoir «se

justifier» et de constater que les membres de son entourage semblent avoir davantage de crédibilité qu'elle-même dans l'évaluation du niveau de risque :

«J'ai jamais levé la main! J'ai jamais lancé de menaces pis j'ai jamais levé le ton. Mais y'ont pris c'que les autres ont dit de moi. Y'ont pas pris qui j'suis, là. C'est ça qui m'a choqué. Comme c'est moi le patient devant toi là pis [...] c'est moi qui a besoin d'aide.»

Inévitablement, les éléments de désorganisation qui caractérisent la crise, parallèlement au fait que les usagers ne soient pas d'accord avec le niveau de dangerosité perçu par le personnel, mènent à des difficultés liées à la recherche du consentement à l'évaluation psychiatrique et à l'hospitalisation. Quatre usagers sur cinq ont mentionné ne pas avoir le souvenir qu'on leur ait demandé leur consentement à l'une et/ou l'autre de ces procédures. Un participant aurait reçu un formulaire à cet effet, mais a bien expliqué comment son état de désorganisation a complexifié cette procédure : *«C'que j'ai pas aimé, y m'ont juste donné un papier, pis j'tais... vraiment dépouillé là t'sais. La psychose a pris de l'ampleur. Y'a personne qui est venu me voir pour dire ben pourquoi t'es ici... Personne.»* De surcroît, l'utilisateur qui a affirmé avoir donné son consentement à l'hospitalisation l'aurait fait «à reculons» et ajoute s'être senti obligé de rencontrer le psychiatre malgré son désir de ne pas y aller.

La présence d'un état mental évoquant un danger imminent pour soi-même ou pour autrui en contexte de crise, en plus des difficultés liées à l'obtention du consentement, constituent les circonstances qui peuvent légitimer le recours aux mesures restrictives en contexte d'urgence. Tel que mentionné précédemment, tous les participants ont rapporté avoir vécu plus d'une expérience allant à l'encontre de leur volonté, soit la contention physique, la contention chimique, la mise en isolation et/ou la garde en établissement. Quatre personnes sur cinq ont également nommé les interventions policières comme mesures coercitives en contexte de crise et la cinquième personne

a parlé du non-respect de ses droits de façon plus générale. Les croyances associées à chaque type de mesure sont présentées ci-dessous.

Les données obtenues auprès des usagers révèlent que plusieurs d'entre eux interprètent leur admission en hospitalisation involontaire sans tenir compte des motifs qui légalisent le recours à cette mesure, soit la présence de dangerosité et l'absence de consentement. Ceci pourrait être expliqué en partie par le fait qu'ils ne perçoivent pas le même niveau de dangerosité à leur égard que les professionnels. Ainsi, les participants ont expliqué avoir été hospitalisés contre leur volonté en raison par exemple d'un bris d'engagement lié à la consommation, de problèmes médicaux, du désir de leur entourage qu'ils soient «enfermés» par rancune, de présumées charges criminelles ou suite à des inquiétudes non-fondées des membres de la famille. Cependant, il semble que certains usagers reconnaissent aussi avoir eu besoin de l'hospitalisation à certains moments parce qu'ils étaient en «psychose sévère», que la cessation non prescrite de médication les rendait vulnérables, qu'ils étaient «malades» ou qu'ils avaient laissé leur état mental gravement se détériorer.

Ensuite, il apparaît dans une grande partie du discours des participants que peu importe la raison perçue de l'hospitalisation involontaire, celle-ci soit souvent vécue de façon négative, stressante et/ou intimidante. Plusieurs d'entre eux font même référence au sentiment d'être en prison, dû au fait par exemple que les déplacements soient restreints sur les unités, qu'il faille «manipuler pour conserver ses privilèges», qu'il y ait beaucoup de règlements à respecter et que les patients soient constamment sous surveillance. Deux usagers ont mentionné leur insatisfaction par rapport au manque de services favorisant un processus de rétablissement à l'hôpital. L'un d'entre eux a souligné notamment : «*On fait rien pour réellement s'aider, on fait juste atténuer le mal qu'on a*». L'encadrement inhérent à l'hospitalisation amènerait toutefois un sentiment de

sécurité pour certains participants puisqu'ils auraient peu de responsabilités desquelles se préoccuper, mais il semble que l'aspect restrictif et angoissant soit davantage présent dans leur discours. Par exemple, il a été demandé à l'un des usagers s'il se sentait à l'aise de poser des questions aux membres du personnel et il a répondu :

«J'va dire pas tout à fait, parce que j'étais un peu intimidé par tout ce qui se passait. T'sais y'a toute l'aspect de la sécurité aussi, pis les horaires, pis tu peux pas sortir quand tu veux, pis là t'as d'autres personnes qui... qui sont, j'va dire, plus mal en point que toi. J'trouvais que c'était un environnement stressant aussi.»

La perception selon laquelle l'hospitalisation involontaire s'apparente à l'emprisonnement semble associée à un sentiment de frustration chez plusieurs participants, ce qui affecterait conséquemment la volonté de collaborer. En effet, plusieurs ont mentionné avoir ressenti un désir constant de partir de l'hôpital pour retourner chez soi et d'autres auraient manifesté un refus de participer aux traitements ou de dialoguer avec le personnel. Des usagers se sont eux-mêmes cités ou ont cité d'autres patients lors de leur passage à l'hôpital avec les expressions suivantes : *«Pose-moi pas d'question!», «J'en veux pas d'tes médicaments!», «C'est pas d'tes troubles!», etc.* Une personne a expliqué également comment les nombreux règlements sur les unités de soins peuvent contribuer à cette frustration et peuvent même exacerber l'état de crise qui a mené à l'hospitalisation initialement. Autrement dit, il semble que certains usagers arrivent avec des attentes quant à comment il sera possible de se changer les idées ou de passer le temps en cours de séjour, mais le fait de rencontrer un refus peut provoquer de la colère qui, à son tour, aurait parfois même un effet de contagion sur les autres patients présents. Cela étant dit, quelques participants ont précisé qu'une fois le plus gros de la crise passée, ils ont reconnu que les procédures ont été mises en place pour leur santé et leur sécurité.

Parallèlement au fait que les usagers n'interprètent pas toujours leur admission involontaire selon les prérequis à l'application de la loi P38, ils n'expliquent pas non plus les raisons motivant leur congé comme liées à une amélioration significative de l'état mental et à une absence de dangerosité. Plusieurs des motifs évoqués sont très associés au schème de l'hôpital comme une prison. Les participants nomment avoir obtenu leur congé par exemple puisque le système a reconnu qu'ils n'avaient aucune charge criminelle, parce qu'ils ont suffisamment respecté les conditions de l'hôpital, parce que «le temps est fait», dans le but de «libérer des lits» ou après de «multiples supplications». Trois des usagers sur cinq ont aussi partagé avoir l'impression que leur départ de l'hôpital se soit fait brusquement, avec très peu de soutien professionnel et sans vraiment se sentir mieux. Le processus du congé semble finalement engendrer une certaine confusion chez des personnes qui, par exemple, ne sont pas convaincues que le personnel ait bien évalué leur disposition à quitter («y va être pas pire, on va le laisser aller») ou qui ont l'impression que d'autres patients «plus mal en point» qu'eux-mêmes aient obtenu leur congé plus rapidement.

Dans un autre ordre d'idées, trois des cinq usagers interviewés ont témoigné des impacts négatifs du recours à la contention physique et à l'isolement en contexte de dangerosité. Ceux-ci incluent un sentiment de dévalorisation en lien avec des difficultés d'estime de soi déjà présentes et l'impression d'avoir subi un grand manque de respect. Un usager a décrit son expérience en salle d'isolement comme dégradante en raison de procédures exceptionnelles liées à l'hygiène et il a qualifié les mesures coercitives comme très «graves». Les expressions «se faire bardasser», «se faire attaquer» et «se faire dépouiller» ont été employées pour décrire la manière dont le personnel serait intervenu à certains moments aux yeux des participants, ce qui pouvait engendrer chez eux un grand sentiment d'insécurité. Ces perceptions contribuent sans doute à alimenter la

croyance selon laquelle l'hospitalisation ressemble à l'emprisonnement ainsi que le sentiment de frustration associé. Cela dit, une personne a mentionné brièvement que le recours à la contention serait justifié dans un contexte de «psychose grave».

Dans de telles circonstances où les contacts entre les intervenants et les patients sont teintés par l'utilisation des mesures restrictives et par la sensation d'être privé de liberté, les usagers ont rapporté qu'il manquait de dialogue durant leur séjour à l'hôpital et que l'ensemble des procédures étaient dotées de rigidité. Le sentiment que personne n'était disponible ou n'avait suffisamment d'autorité pour fournir des renseignements a figuré dans le discours de plusieurs participants, par exemple : *«Je savais pas c'qui se passait avec moi pis personne voulait m'le dire.»* Il a aussi été évoqué que l'application des règlements se faisait de façon sévère et selon une logique qui ne mettait pas au premier plan les besoins et intérêts des patients. L'interdiction sur les unités de soins d'avoir en sa possession des objets personnels pouvant représenter un potentiel de dangerosité, par exemple un fil électronique, illustre bien cette tension entre confort et sécurité. La citation suivante met en lumière la complexité des relations interpersonnelles dans un contexte d'urgence psychiatrique en milieu hospitalier :

«Dû aux crises qu'y sont obligés de gérer, pis le monde comment est-ce qu'y peuvent être t'sais, le monde qu'y ont eu à dealer avec dans l'passé, j'peux comprendre pourquoi qu'y se sauvent le trouble de faire ça.... d'écouter l'patient. C'est juste plus compliqué que de juste faire [...] c'qui est mis en place pour le patient jusqu'à temps que le patient vienne à comprendre... c'qui est vraiment arrivé, pis comment qu'le système l'a aidé pareil.»

D'un autre côté, un répondant a témoigné d'une interaction positive avec un membre du personnel à l'hôpital. Celui-ci aurait fait preuve d'empathie et de sensibilité à son égard, ce qui a été vécu comme un point significatif dans le début du rétablissement pour cet usager.

La troisième et dernière mesure restrictive que les participants ont commentée consiste en la contention chimique, ou la médication forcée. Pour plusieurs usagers, cette mesure est perçue intrusive, agressive et/ou répugnante. Les usagers s'y sont référés en utilisant notamment les expressions «se faire piquer» et «injecter un corps étranger dans la peau». Une personne a partagé sa réaction initiale à l'égard de l'utilisation de la médication comme forme de contention : *«Ce que j'trouvais très frustrant au début, c'est que j'realisais que tout ce qu'y essayaient d'me faire, c'était de me... j'va dire me geler. Me rendre le plus amorphe possible, le plus à plat possible, pour que... j'réagisse pu finalement.»* En revanche, d'autres commentaires des participants à l'égard de la médication concernaient plutôt son utilisation en tant que traitement. Ils ont mentionné notamment la présence d'effets secondaires nuisibles, la difficulté de s'adapter aux changements et surtout la perception de la prescription comme processus unidirectionnel et peu transparent. Plusieurs usagers ont effectivement évoqué des questionnements par rapport aux substances, ainsi qu'une difficulté à partager leurs préoccupations et à obtenir des réponses claires. Toutefois, l'un d'entre eux a affirmé se sentir à l'aise d'en discuter et deux personnes ont indiqué percevoir certains bienfaits à la prise de médication, par exemple qu'il s'agissait d'un «mal pour un bien» et que la fonction anxiolytique était appréciée au moment de la crise.

Il semble que les enjeux entourant la médication teintent les impressions des usagers à l'égard du médecin psychiatre qui était responsable de leurs soins à l'hôpital, ce qui se traduit par une certaine ambivalence face à celui-ci et à son rôle. D'une part, plusieurs d'entre eux ont perçu une distance hiérarchique entre le psychiatre et eux-mêmes et aussi entre le psychiatre et les autres professionnels. Les participants ont mentionné par exemple se sentir inférieurs, manipulés et dans l'incompréhension. La citation suivante évoque aussi l'impression de se faire traiter avec condescendance : *«C'est nous les médecins, toi tu sais rien, c'est nous qui va décider ce qui est*

bon pour toi.» Le témoignage d'un autre usager va dans le même sens : *«J'me suis sentie que j'le dérangeais! [...] Pis j'ai pas aimé son approche. [...] J'ai beaucoup de respect envers ces gens-là parce qu'y sauvent des vies, mais c'est pas une raison de [...] faire sentir l'autre comme un peanut.»* D'autre part, le discours des usagers contient aussi des éléments pointant vers le sentiment d'avoir besoin des services du psychiatre. En effet, il a été souligné que les rencontres avec celui-ci permettraient notamment de régler certains problèmes médicaux, de préciser le diagnostic et d'obtenir des «privilèges» lorsque le risque de dangerosité est jugé comme réduit.

Finalement, les perceptions générales des usagers à l'égard du système de soins en santé mentale semblent teintées par la récurrence de situations de crises accompagnées des différentes croyances précédemment expliqués. En effet, les discours évoquent beaucoup de méfiance et un sentiment d'avoir perdu le contrôle sur sa prise en charge. Un participant a mentionné par exemple l'impression de n'avoir aucune crédibilité en tant que citoyen en raison de sa «criminalité», dont la conséquence serait le non-respect de ses droits selon lui. En retour, il n'aurait plus confiance. Une autre personne a partagé son impression d'avoir été privée de sa liberté malgré la certitude de ne pas avoir enfreint la loi, dans un système où «il faut soigner la personne» à tout prix. Un troisième participant a exprimé son mécontentement à l'égard de l'idée selon laquelle les intervenants «s'infiltrèrent» auprès des membres de l'entourage pour obtenir de l'information sur son état de santé. Il aurait aussi l'impression d'avoir très peu de pouvoir dans la prise de décisions à l'égard de son traitement. Enfin, une quatrième personne interviewée a fait part de sa méfiance à l'égard des réorganisations actuelles du système de santé, de sorte qu'elle croit que les motifs financiers soient priorisés au détriment des besoins de la clientèle. Bref, le sentiment d'impuissance à l'égard du système a été beaucoup véhiculé par les usagers.

Discussion

La présente étude avait pour objectif général d'examiner les facteurs individuels et organisationnels, ainsi que les caractéristiques propres au PCC, pouvant mener ou non à l'implantation de cette pratique innovante dans le système de services d'urgence psychiatrique en Outaouais et ultérieurement au Québec. Les informations recueillies auprès de cinq parties prenantes, en s'appuyant sur la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003), ont permis de soutenir un processus de prise de décision collective quant à l'adoption ou au rejet du PCC. D'emblée, l'ensemble des résultats pointent en faveur de son adoption et fournissent des renseignements essentiels pour planifier la prochaine étape : l'implantation du PCC en Outaouais. La présente étude renforce ainsi l'importance d'évaluer la prédisposition d'un système de services auprès de tous les acteurs concernés avant d'intégrer une nouvelle pratique, tel que largement souligné dans la littérature recensée (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011; Farrelly et al., 2015; Fixsen et al., 2005; Maître et al., 2013; Thornicroft et al., 2013; Williams, Smith, & Lumbus, 2014; Wisdom et al., 2013). La discussion sera structurée autour des quatre objectifs de recherche, des données émergeant du discours des usagers, des limites de l'étude, des implications théoriques, méthodologiques et pratiques ainsi que des pistes futures pour la recherche.

Objectif 1 : Déterminer, pour chaque partie prenante, dans quelle mesure le contexte organisationnel est propice à l'innovation

Les résultats qualitatifs et quantitatifs quant à la propension organisationnelle à l'innovation varient en fonction de la dimension évaluée, et ce constat s'applique à l'ensemble des parties prenantes. En effet, selon Rogers (2003), le fait que les membres d'une organisation détiennent une grande expertise (complexité structurelle) peut favoriser la recherche du progrès,

mais rendre plus difficile la conciliation des différents points de vue à l'étape d'implantation. Inversement, l'importance des règles et des procédures (formalisation), ainsi que la concentration du pouvoir décisionnel entre les mains d'une minorité d'employés (centralisation), peuvent freiner la réflexion entourant la possibilité d'innover, mais faciliter l'intégration des nouvelles pratiques une fois celles-ci adoptées.

Pour ce qui des facteurs liés à la culture organisationnelle (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011; Greenhalgh et al., 2004), les résultats quantitatifs indiquent que le climat social est positif et que le contexte est réceptif au changement, mais les résultats qualitatifs vont plutôt dans le sens inverse. Ceci peut être expliqué par le fait que le questionnaire a mesuré uniquement des éléments à l'intérieur de l'organisation, tandis que les préoccupations qui ont été soulevées dans les entrevues se rapportent surtout au contexte externe actuel de coupures budgétaires, de réorganisations politiques du système de santé et de défis de collaboration entre les différentes instances. Ainsi, le manque de ressources, en termes de temps et de personnel, et l'instabilité du système de santé, apparaissent actuellement comme des obstacles organisationnels importants pour l'implantation du PCC en Outaouais, voire même au Québec. Dans le même sens, une étude d'implantation de DAs menée aux États-Unis a rencontré des difficultés majeures en raison de la récession économique nationale qui avait lieu en même temps (Kemp, Zelle, & Bonnie, 2015). Par conséquent, des mesures spécifiques devront être prises à l'étape d'implantation pour minimiser les coûts engendrés, éviter l'excès de tâches chez les intervenants et faciliter la collaboration entre les différents milieux impliqués. L'utilisation de l'approche mixte a permis de révéler qu'il serait pertinent que le questionnaire contienne des éléments à la fois de contexte interne et de contexte externe.

Objectif 2 : Déterminer dans quelle mesure chaque partie prenante présente des caractéristiques individuelles favorables à l'innovation

Les résultats qualitatifs et quantitatifs quant à la propension individuelle à l'innovation semblent indiquer que l'ensemble des parties prenantes présentent des caractéristiques plutôt favorables en termes du niveau d'éducation, des habitudes de communication, des variables liées à la personnalité (Rogers, 2003) ainsi que des habiletés cliniques en lien avec le PCC. D'abord, il n'est pas surprenant de constater que les professionnels de la présente étude soient hautement scolarisés, puisque l'échantillonnage de convenance a visé des participants ayant des fonctions spécialisées dans le domaine de la santé mentale. Il semble toutefois que les habitudes de communication associées à l'innovation soient un peu moins fréquentes que les autres dimensions évaluées, ce qui indique que le réseautage et la recherche d'information scientifique sont des comportements moins familiers pour les participants.

À l'égard des habiletés cliniques liées au PCC et des variables de personnalité liées à l'innovation, les données quantitatives pointent clairement en faveur d'une tendance à l'innovation, mais les données qualitatives ne reflètent pas ce constat de manière aussi affirmative. Cela peut s'expliquer par le fait que les propos rapportés dans les entrevues concernent à la fois la personne interviewée et les autres acteurs, alors que le questionnaire a uniquement mesuré l'opinion du répondant à l'égard de ses propres caractéristiques. En ce sens, les données qualitatives ont fourni des informations intéressantes quant à l'opinion des répondants à l'égard de la propension à l'innovation de leurs partenaires du réseau. Par exemple, le postulat selon lequel les membres du personnel d'urgence ne détiennent pas tous le même intérêt et les mêmes aptitudes à l'égard des usagers ayant des TMGs suggère l'importance de bien évaluer leur engagement en tant que collaborateurs dans l'implantation du PCC. Concernant la

capacité d'adaptation qui apparaît variable parmi les répondants, il est possible que ce soit attribuable en partie au contexte organisationnel changeant, qui exige déjà beaucoup de la part des cliniciens. Enfin, il faut tenir compte du fait que les informations obtenues lors des entrevues sont ici moins détaillées, possiblement parce qu'il peut être inconfortable de se prononcer sur des variables individuelles devant les autres et que les participants ont été peu questionnés à cet effet.

Objectif 3 : Déterminer dans quelle mesure les attributs du PCC sont perçus positivement par chacune des parties prenantes

Les données qualitatives et quantitatives concernant la compatibilité, l'avantage relatif et la complexité du PCC constituent la majeure partie des résultats de la présente étude.

Globalement, il semble que le PCC soit très compatible avec les valeurs, les croyances et les besoins des répondants, alors que cela varie par rapport aux expériences passées. Il semble également représenter plusieurs avantages par rapport à la pratique actuelle, mais il est perçu comme très complexe, ce qui est cohérent avec la recension de la littérature portant sur le PCC effectuée par Henderson et al. (2015). Ceci suggère qu'il puisse être adopté à condition que des modifications soient apportées à la procédure et/ou au fonctionnement organisationnel pour faciliter son utilisation. Les résultats et les implications spécifiques à chaque construit théorique sont détaillés ci-dessous.

Compatibilité. Un groupe pour lequel le PCC semble un peu moins compatible est le milieu communautaire car, d'une part, cette pratique est perçue par les répondants comme trop axée sur le médical et les ressources institutionnelles. D'autre part, le rôle de facilitateur qui leur avait été initialement accordé ne correspond pas à leurs ambitions puisqu'ils accompagnent quotidiennement, comme les cliniciens du suivi de l'HPJ, des personnes ayant des TMGs dans la communauté. Ainsi, ils aspirent à ce que leur clientèle puisse également bénéficier du PCC et

cela devra être considéré lors de l'implantation initiale ou de l'implantation à grande échelle¹⁵. Au niveau des valeurs et des croyances, presque toutes les parties prenantes ont nommé des éléments se rapportant à trois grandes catégories, soit l'autonomie¹⁶ et le pouvoir d'agir, la bienveillance et l'écoute ainsi que la récurrence et la prévention de la rechute. Il semble toutefois que la notion du pouvoir d'agir soit davantage présente dans le discours des gestionnaires et de certains représentants du milieu communautaire (rappelons que le ROCSMO est constitué de directeurs), possiblement parce qu'ils sont en quelque sorte les porteurs des lignes directrices régionales et ministérielles en matière de santé mentale. L'autonomie semble véhiculée surtout par les cliniciens et les intervenants communautaires, ce qui peut être expliqué par le fait que leur travail est orienté autour de la réinsertion sociale des usagers. Ensuite, il apparaît logique que la bienveillance soit principalement exprimée par les membres du personnel d'urgence, dont le mandat n'est pas le rétablissement de l'usager à long terme, mais une gestion diligente de la crise. Tel que discuté au début de cet essai, la valeur de bienveillance vient souvent complexifier la réflexion éthique entourant le consentement. Cependant, il semble que cela varie en fonction de la manière dont la bienveillance se manifeste dans le discours. Lorsqu'elle réfère à l'importance d'éviter la coercition et de bien accompagner les personnes vulnérables, tel que mentionné par les répondants, elle s'avère compatible avec le PCC. En revanche, la bienveillance verbalisée comme la résistance à remettre le pouvoir entre les mains de la clientèle par souci du bon déroulement du traitement serait incompatible. Enfin, tel que souligné par Thomas et Cahill (2004), la croyance de certains usagers que la rechute soit improbable est incompatible avec l'objectif du PCC et pourrait contribuer au rejet de cette nouvelle pratique par ceux qui adhèrent à cette croyance.

¹⁵ Voir Fixsen et al. (2005) pour une description des différentes étapes d'implantation.

¹⁶ Voir Ambrosini et Crocker (2009) pour une discussion sur le rôle de l'autonomie en lien avec les DAs.

En ce qui concerne la compatibilité avec les besoins, il semble que le PCC réponde à des problèmes différents selon les groupes, tout en apparaissant complémentaires. En effet, les gestionnaires et certains représentants du milieu communautaire ont soulevé différentes préoccupations au niveau de l'organisation des services, alors que les cliniciens du suivi et le personnel d'urgence ont surtout mentionné des enjeux cliniques. Les données qualitatives et quantitatives convergent quant à deux besoins, soit la nécessité d'améliorer la gestion de la crise psychiatrique et d'éviter l'hospitalisation involontaire. Ceci est cohérent avec l'implantation récente au niveau régional d'un nouveau protocole en milieu hospitalier visant à faciliter l'obtention du consentement des personnes en situation de crise présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LeBlanc, 2014). Comparativement aux besoins des professionnels qui mettent l'accent sur le processus lié au PCC, les besoins exprimés par les usagers se rapportent davantage à leurs attentes et au contenu du PCC. Entre autres, le fait d'être traités avec respect et d'être informés sur les procédures constituent deux besoins importants de la clientèle en situation de crise, ce qui va dans le même sens que l'étude de Farrelly et al. (2014). Les besoins d'être plus actifs pendant l'hospitalisation et d'être encadrés à la sortie, mentionnés par les usagers de la présente étude, n'ont pas été relevés dans l'étude susmentionnée. En revanche, les besoins d'avoir davantage de contrôle et d'éviter l'hospitalisation soulevés par Farrelly et al. (2014), n'ont pas été nommés par les usagers de la présente étude. Ceci peut s'expliquer par des différences au niveau méthodologique, c'est-à-dire que nous avons interrogé les usagers dans une perspective hypothétique, tandis que les précédents auteurs ont effectué une analyse thématique de plans complétés. Il apparaît donc évident que la compatibilité avec les besoins pourrait évoluer au fur et à mesure des étapes d'implantation du PCC et, par conséquent, cet attribut devrait être évalué tout au long du processus.

Au niveau de la compatibilité du PCC avec les expériences passées, il semble que les professionnels aient l'habitude d'impliquer les membres de l'entourage des clients dans l'intervention et de collaborer avec les partenaires du réseau en santé mentale. L'utilisation de plans de crise a été mentionnée par toutes les parties prenantes lors des entrevues, malgré que la pratique du PSI ne soit plus systématiquement utilisée et certains usagers n'ont aucun souvenir d'avoir réfléchi à la prévention de crises éventuelles. Parallèlement, les données quantitatives révèlent que les professionnels ne détiennent pas beaucoup d'expériences avec l'élaboration, la révision et l'application de plans de crise. En effet, seulement la moitié des répondants ont indiqué que le PCC s'inscrirait en continuité avec la pratique actuelle, ce qui est cohérent avec le postulat de Farrelly et al. (2013) selon lequel la grande majorité des plans de crise courants ne contiennent pas d'informations personnalisées aux usagers, même ceux ayant déjà vécu plusieurs hospitalisations involontaires. De surcroît, bien que certains cliniciens affirment appliquer le modèle de décision partagée dans leur pratique, l'analyse de leurs comportements révèle qu'ils agissent plutôt comme des consultants auprès de la clientèle (Farrelly et al., 2014). Ainsi, il semble que certains paramètres du PCC soient familiers pour les parties prenantes, mais que d'autres représenteraient un changement de pratique plus important. Ceci rappelle l'importance de bien former les cliniciens à négocier le contenu des plans de crise (Farrelly et al., 2015) et à appliquer ceux-ci fidèlement et efficacement (Van Dorn et al., 2006).

L'analyse des données permettant de mesurer la compatibilité révèle des difficultés quant à son opérationnalisation. En effet, les énoncés du questionnaire de Guilbert et al. (2011) portent sur le rôle et le statut du professionnel, sans aborder les valeurs et les croyances. De plus, les expériences y sont mesurées de façon dichotomique et ce choix n'est pas expliqué par les auteurs. Parallèlement, les énoncés proposés par Cook et al. (2012) visant à mesurer la compatibilité

demeurent très généraux et ne permettent pas de détecter des nuances en lien avec les sous-construits de Rogers (2003). Ces limites ont justifié, dans notre cas, l'ajout d'items provenant du questionnaire de Steckler et al. (1992), conceptualisés initialement comme la conscientisation à l'égard du problème ayant mené au développement de l'innovation et non comme des éléments de compatibilité. Cependant, il serait important de revoir la définition de ce construit afin de trouver des manières de rendre les énoncés des instruments de mesure encore plus cohérents avec la théorie.

Avantage relatif. L'ensemble des parties prenantes ont relevé lors des entrevues plusieurs avantages du PCC, en comparaison avec la pratique actuelle, qui peuvent être regroupés en cinq catégories : mieux respecter les besoins de l'utilisateur, rendre les rechutes moins difficiles à vivre, mieux approcher et gérer les situations de crise, documenter des informations cliniques pertinentes et mieux collaborer avec les partenaires du réseau. Ces bénéfices concordent avec les trois grands cadres conceptuels dans lesquels s'inscrivent les DAs selon Nicaise, Lorant et Dubois (2015), soit l'autonomie, l'alliance et le partenariat. Les avantages relevés par les différents répondants apparaissent également comme une suite logique aux éléments liés à la compatibilité : les cliniciens ayant besoin de barèmes d'interventions conçoivent que le PCC leur en fournirait, les usagers désirant être traités avec respect considèrent que le PCC aiderait à ce niveau, les intervenants aspirant à réduire le travail en silo attribuent au PCC un avantage de concertation, etc. Ceci rappelle le postulat de Rogers (2003) selon lequel le fait de prendre connaissance d'une nouvelle idée peut amener les adoptants potentiels à reconnaître certains problèmes existants et donc à rechercher des solutions pour améliorer la pratique actuelle.

Les données qualitatives et quantitatives indiquent que du point de vue des répondants, les avantages du PCC concernent moins la fréquence des rechutes. Ceci est cohérent avec le fait que

le PCC vise à planifier l'intervention de crise auprès des personnes ayant des TMGs précisément parce que la récurrence est inhérente à leur profil clinique. La possibilité que le PCC réduise le recours à la coercition ne semble pas non plus faire consensus au sein des acteurs, possiblement parce l'intensité de la crise leur apparaît comme un obstacle à l'application, donc le recours aux mesures restrictives peut s'avérer nécessaire malgré la présence d'un plan de crise (tel que souligné également par Henderson et al., 2010). Ainsi, ces éléments devront faire l'objet d'une réévaluation lors de la phase d'implantation. Il est intéressant de constater que l'alliance thérapeutique, figurant comme l'avantage le plus consensuel dans le questionnaire, a peu été nommée comme telle dans les entrevues. Les participants ont employé des formulations différentes pour s'y référer, par exemple «meilleure approche du client» et «négociation plus facile». Ce constat porte à croire que l'avantage du PCC se situe davantage au niveau de la collaboration client-professionnel au moment de la crise que dans le contexte du suivi à long terme, ce qui est cohérent avec le fait que les usagers et leurs équipes d'intervenants ont déjà une bonne alliance thérapeutique selon plusieurs répondants.

Cela étant dit, il pourrait être difficile de concilier deux avantages identifiés, soit l'alliance thérapeutique et la documentation d'informations pertinentes, notamment lorsque celles-ci concernent l'historique de dangerosité du client (envers lui-même ou autrui). D'une part, les professionnels et les usagers ne s'entendent pas toujours sur le niveau de dangerosité associé à certains comportements manifestés en situation de crise, tel que démontré dans la Figure 3. D'autre part, des questions déontologiques liées à la confidentialité émergeraient aussi dans l'éventualité où de telles informations sensibles circulaient au sein du réseau. En ce sens, puisque le PCC vise d'abord le respect de l'autonomie, il sera primordial que le PCC ne contienne que les informations que l'utilisateur désire partager aux intervenants et aux membres de son réseau. De

surcroît, le risque que les recommandations consignées dans le plan ne soient pas respectées au moment de la crise semble être le plus important pour les différents acteurs. Ceci peut arriver parce que l'équipe qui a participé à la rédaction n'est pas nécessairement celle qui mettra le plan en application (Farrelly et al., 2015) ou lorsque le contenu est trop vague et suscite différentes interprétations (Henderson et al., 2009). Ces résultats rappellent l'importance d'une collaboration étroite entre partenaires et évoquent la pertinence de mesurer dans le questionnaire l'évaluation des répondants du rapport avantages-risques de l'adoption, plutôt que seulement le degré d'accord quant aux avantages possibles.

Complexité. Globalement, les résultats qualitatifs et quantitatifs semblent indiquer que l'étape de rédaction du PCC (par ex., anticipation de la crise, obtention d'un consensus) serait relativement facile. Cependant, l'application du plan (par ex., intensité de la désorganisation, enjeux administratifs), sa mise à jour (par ex., instabilité du réseau formel et informel) et la concertation entre partenaires (par ex., disponibilité et engagement des équipes) seraient plus complexes. Cela va dans le même sens que l'étude de Van Dorn et al. (2006), qui a démontré que les professionnels anticipent davantage d'obstacles «opérationnels» que d'obstacles «cliniques» à l'utilisation de DAs. Parallèlement, la collaboration entre instances du réseau a été difficile lors de l'implantation de DAs aux États-Unis en raison de différences importantes au niveau notamment de la mission, des ressources, des contraintes et des systèmes informatiques de chaque établissement (Kemp, Zelle, & Bonnie, 2015). Cela évoque aussi la possibilité que le PCC soit perçu plus complexe en raison des réorganisations qui ont lieu actuellement dans le système de santé au Québec, tel qu'expliqué précédemment. Par contre, l'arrivée d'un réseau de santé intégré (CISSSO) pourrait pallier aux obstacles de concertation.

Bien que la rédaction du PCC soit perçue plus facile que les autres composantes de son utilisation, trois parties prenantes sur cinq, dont les usagers, ont mentionné que la clientèle pourrait rencontrer à cette étape des difficultés d'ordre émotif ou cognitif. Plus précisément, l'opinion des participants est partagée en ce qui concerne l'aptitude des clients à émettre des demandes réalistes, ce constat étant relevé par plusieurs études portant sur les obstacles à l'utilisation du PCC (Farrelly et al., 2015) et des DAs (Atkinson, Garner, & Gilmour, 2004; Srebnik & Brodoff, 2003). Pour ce qui est de l'étape de l'application du PCC, il est intéressant de constater que les données quantitatives et qualitatives divergent en ce qui concerne un des obstacles mentionnés, soit les possibilités limitées d'intervention en contexte de crise. En effet, ce manque d'options cliniques, perçu comme un obstacle important par Kemp, Zelle et Bonnie (2015), a été verbalisé lors des entrevues avec les répondants, mais n'a pas été relevé dans le questionnaire. Dans un autre ordre d'idées, l'objectif d'efficacité et de rapidité à l'urgence a été jugé compatible avec le PCC, tout en étant perçu comme un obstacle possible à son application. Ceci peut être expliqué par le fait que les informations cliniques contenues dans le plan pourraient faciliter la prise de décision, mais qu'une série d'interventions à appliquer pourraient inversement alourdir le travail du clinicien. Tout compte fait, il sera primordial que les acteurs prennent en considération les réalités de chaque milieu d'intervention au moment de la rédaction du PCC.

Le fait que plusieurs éléments du questionnaire n'aient pas été relevés dans les entrevues et vice versa démontre une fois de plus la pertinence des méthodes mixtes dans le domaine de l'évaluation de l'implantation (Creswell, 2009; Palinkas et al., 2011; Yin, 2013). En effet, bien que le questionnaire ait été adapté en s'appuyant sur la littérature existante sur le PCC, il pourrait être bonifié par les données qualitatives obtenues dans le cadre de la présente étude. Celles-ci

fournissent également des informations complémentaires qui peuvent pallier au taux de neutralité élevé obtenu pour le construit de complexité dans le questionnaire, ce qui rend difficile son interprétation. À ce sujet, il est possible que la formulation des items ait engendré de la confusion chez les répondants. La section est introduite par la phrase «Le PCC pourrait être difficile/facile à appliquer parce que...», suivi d'une liste d'énoncés représentant des obstacles et des facilitateurs potentiels. Cependant, le répondant pourrait avoir donné son niveau d'accord ou de désaccord quant à l'énoncé (par exemple «Le fait de parler de besoins et de valeurs est encourageant pour les clients»), mais pas nécessairement quant au lien entre celui-ci et le niveau de difficulté anticipé à l'utilisation du PCC. Par conséquent, il serait important de clarifier les items liés à la complexité dans le questionnaire.

Dans le même sens, l'opérationnalisation du concept de complexité pour l'analyse qualitative s'est avérée ardue, puisque certains éléments du discours, par exemple la difficulté de concertation entre partenaires, apparaissaient à la fois comme des obstacles (complexité), des facteurs organisationnels (contexte) et des problèmes adressables par le PCC (compatibilité). Ceci a justifié l'ajout de précisions dans la grille de codage. Par contre, il aurait aussi été approprié, si l'échéancier de la recherche et la disponibilité des participants l'avaient permis, de prévoir un retour sur le terrain afin de préciser ces éléments auprès des répondants, tel que recommandé par Miles, Huberman et Saldaña (2014).

Objectif 4 : Déterminer la volonté de chaque partie prenante de passer ou non à l'étape d'implantation et des modifications à apporter au PCC le cas échéant

Les résultats qualitatifs et quantitatifs démontrent que l'ensemble des parties prenantes croient que le PCC pourrait, et même devrait, être adapté au contexte dans lequel il sera implanté et être expérimenté avant son utilisation à grande échelle. L'adoption du PCC est presque unanime

parmi les répondants, et ce, malgré les nombreux obstacles anticipés au niveau organisationnel et liés à la complexité du PCC. Ceci porte à croire que la propension individuelle à l'innovation, la compatibilité perçue ainsi que les avantages relatifs ont eu préséance dans le processus décisionnel des participants. L'opinion à l'égard des agents de changement (promoteurs du projet) apparaissant très favorable dans le questionnaire, il est possible que cette variable ait aussi influencé positivement le taux d'adoption (Rogers, 2003). De plus, les données qualitatives portant sur le sens accordé à l'innovation démontrent que chaque partie prenante s'est approprié le PCC en fonction de ses besoins et ses valeurs, malgré que cela puisse varier au sein même d'un groupe. La capacité à accorder un sens à l'innovation a été conçue par Greenhalgh et al. (2004) comme une caractéristique individuelle pouvant favoriser l'adoption, mais les données obtenues dans le cadre de la présente étude révèlent plutôt l'importance de qualifier ce sens, surtout dans un objectif de comparaison des points de vue.

Plusieurs suggestions émises par les participants pour adapter le PCC au contexte sont similaires à celles obtenues par d'autres chercheurs, notamment l'inclusion des limites du plan à même le document (Henderson et al., 2010), l'organisation hiérarchique des préférences d'intervention et des mesures à éviter allant du moins restrictif au plus restrictif (Atkinson & Garner, 2002) ainsi que l'informatisation des plans pour faciliter leur accès (Henderson et al., 2009). Sur ce point, lors de l'implantation, il pourrait être très pertinent de s'inspirer de l'initiative de Kemp, Zelle et Bonnie (2015) portant sur le développement d'un site web, à l'intention de la clientèle et des professionnels, dédié entièrement à la divulgation d'informations sur les DAs. Par ailleurs, la plupart des suggestions émises par les répondants de la présente étude n'impliquent pas d'importantes modifications au PCC, mais constituent plutôt des conditions d'implantation pour s'assurer d'un bon fonctionnement. En effet, selon Greenhalgh et al. (2004),

l'adoption individuelle d'une nouvelle pratique ne constitue qu'une composante de son processus d'«assimilation» au sein d'une organisation, ce qui nécessite généralement des efforts planifiés et soutenus. Un nouveau prototype du PCC incluant les modifications proposées par les acteurs a été développé en prévision de l'implantation éventuelle de celui-ci (voir Annexe H).

Une suggestion des participants représenterait toutefois un changement significatif au PCC, soit de rendre optionnelle la présence du facilitateur. L'opinion des cliniciens à propos de celui-ci semble partagée, ce qui est cohérent avec l'un des constats de Farrelly et al. (2015). Cependant, les usagers interviewés par ces chercheurs ont aussi témoigné que les intervenants semblent généralement plus raisonnables et attentifs lorsqu'un facilitateur est présent. Ainsi, il sera essentiel d'évaluer si le PCC conserve ses effets escomptés en termes d'alliance thérapeutique et de pouvoir d'agir malgré ce changement, c'est-à-dire s'il demeure suffisamment fidèle au modèle initial (Greenhalgh et al., 2004). Parallèlement, dans leurs efforts d'opérationnalisation du construit de réinvention, Cook et al. (2012) ont mis l'accent sur les raisons pour lesquelles les cliniciens apportent des modifications à une nouvelle pratique. Dans notre cas, il a été suggéré que la présence obligatoire d'un facilitateur externe puisse rendre plus compliquée que nécessaire la procédure de rédaction. Ayant relevé le même obstacle, Henderson et al. (2015) ont proposé que les intervenants agissent eux-mêmes à titre de facilitateurs, mais auprès de clients suivis par d'autres équipes de la même organisation. Il est donc question de pallier aux contraintes du milieu tout en préservant les composantes essentielles de l'innovation (Rebchook et al., 2006).

Données émergeant du discours des usagers

Bien que la première partie des entrevues avec la clientèle visait surtout à évaluer la compatibilité du PCC avec les valeurs et les besoins, les usagers ont spontanément partagé des

expériences permettant d'aller bien au-delà de cet objectif et de mieux comprendre le sens qu'ils attribuent à l'hospitalisation involontaire et autres mesures restrictives en contexte de dangerosité. Le principal constat concerne la connotation négative de la majorité des impressions rapportées, ce qui vient renforcer la nécessité de développer des moyens comme le PCC pour éviter le recours aux mesures restrictives. Plusieurs résultats obtenus sont cohérents avec ceux d'études précédentes, par exemple le sentiment de dévalorisation, l'application rigide des règlements sur les unités de soins (Larsen & Terkelsen, 2013), l'ennui, l'impression d'être pris et l'effet accablant de la médication (Farrelly et al., 2014).

Il est intéressant de constater également que la plupart des usagers reconnaissent que leur jugement est souvent embrouillé lors d'une situation de crise et, conséquemment, qu'ils perçoivent certaines mesures comme un peu moins négatives ou injustifiées a posteriori. Ceci va dans le même sens que l'observation de Gardner et al. (2014) selon laquelle plusieurs personnes ayant jugé ne pas avoir besoin de l'hospitalisation changent d'avis après avoir obtenu leur congé, bien que cela ne rende pas l'expérience plus agréable. La notion d'ambivalence prend ici tout son sens. En effet, l'hospitalisation sans le consentement représente, pour plusieurs clients, à la fois une opportunité d'obtenir de l'aide dans un moment où ils ne sont pas aptes à en percevoir la nécessité, et à la fois une transgression de leur autonomie et de leur intégrité (Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012). Les usagers de la présente étude l'ont surtout exprimé à l'égard de la médication, qui puisse être utilisée autant comme mesure restrictive que comme composante du traitement, ce qui avait aussi un impact important sur la relation avec le psychiatre. Dans ces circonstances, il serait pertinent d'évaluer l'impact de l'utilisation du PCC sur l'ensemble de ces perceptions, et inversement, l'impact de celles-ci sur l'expérience de rédiger un PCC. De fait, le sentiment de perte de pouvoir et de confiance envers le système

pourrait décourager la clientèle de s'engager dans un tel processus de planification (Thomas & Cahill, 2004) ou même rendre la reprise de contrôle déstabilisante (Kim et al., 2007). Au-delà de l'implantation du PCC, ces données reflètent finalement l'importance du dialogue entre cliniciens et usagers concernant chaque étape du processus d'hospitalisation involontaire, soit l'évaluation du risque, l'admission, le séjour sur les unités de soins, les interventions psychosociales, la prescription de médication et le retour en communauté.

Limites de l'étude

La présente étude comporte certaines limites dont il est important de tenir compte dans l'interprétation des résultats. D'abord, en ce qui concerne la validité interne, une limite inhérente à la méthode qualitative se réfère au fait que les phénomènes soient rapportés plutôt qu'observés. Ceci n'est pas un problème lorsqu'on recherche l'opinion à l'égard des attributs de l'innovation, mais la propension à l'innovation pourrait être mesurée de manière plus objective. Parallèlement, il était difficile d'interpréter certains passages du discours des usagers qui apparaissaient très subjectifs, décousus ou directement liés à la problématique de santé mentale. Il est possible également que les résultats aient été influencés par le fait que le guide d'entrevue a dû être adapté aux différentes circonstances rencontrées au fil de la recherche comme le manque de temps et le nombre variable de participants à chaque entrevue. De surcroît, il faut tenir compte de la possibilité d'un biais personnel des chercheuses en faveur de l'objet sous étude, soit le PCC, ce qui pourrait avoir eu un impact sur le déroulement des entrevues ou à l'étape de l'analyse des données. Ceci a toutefois été atténué en raison de l'utilisation d'une procédure systématique de codage, ainsi que le recours à un cadre théorique permettant d'obtenir des résultats aussi défavorables que favorables (par ex., éléments compatibles et incompatibles, avantages et risques, obstacles et facilitateurs, etc.).

Ensuite, au niveau de la validité externe, il est possible que l'échantillonnage volontaire induise un biais, dans la mesure où les personnes ayant accepté de participer pourraient détenir a priori un intérêt marqué envers l'objet sous étude ou une grande propension à l'innovation. Il faut aussi tenir compte du fait que le nombre de répondants par partie prenante ayant complété le questionnaire (par ex., un membre du personnel d'urgence et 12 gestionnaires) ne représente pas nécessairement la même proportion de professionnels que l'on retrouve dans la population. De plus, le choix du devis de recherche, soit l'étude du cas unique du système d'urgence psychiatrique en Outaouais, soulève la question de la généralisation des résultats à l'ensemble des systèmes au Québec. Bien que les lignes directrices en matière de santé mentale s'appliquent à l'ensemble de la province, les particularités de chaque région sont à considérer avant l'implantation d'une nouvelle pratique. Dans un autre ordre d'idées, il faut considérer la possibilité d'un biais inhérent au contexte de recherche, soit le phénomène de désirabilité sociale, d'autant plus que la plupart des répondants étaient invités à partager leur opinion en groupe et que la notion d'autonomie en santé mentale soulève d'importantes questions éthiques et déontologiques.

Enfin, concernant la validité de concept, il importe de souligner que le questionnaire utilisé dans la présente étude doit constamment être adapté en fonction de l'objet sous étude et, par le fait même, ses propriétés psychométriques doivent être revalidées. En effet, bien que l'on puisse mesurer de façon générale les construits de la théorie de la diffusion de l'innovation comme proposé par Cook et al. (2012) (par ex., la mesure dans laquelle la nouvelle pratique est perçue avantageuse ou non), des items additionnels doivent être formulés par les chercheurs pour mesurer le poids accordé aux différentes dimensions (par ex., quels avantages de la nouvelle pratique sont perçus les plus importants). Ainsi, ces items dépendent de la conceptualisation des chercheurs et cela peut occasionner des variations significatives entre les différentes versions

d'un même outil. Or, bien que cela permette d'obtenir des données quantitatives plus nuancées, il faut faire preuve de prudence lors de leur interprétation (par ex., chaque avantage perçu n'est mesuré que par un énoncé et non par un ensemble d'énoncés). Les bons indices de cohérence interne obtenus viennent toutefois contrebalancer cette limite.

Un dernier point à mentionner se réfère aux difficultés qui ont été rencontrées lors du recrutement des usagers. Un bref entretien à ce sujet avec les cliniciens du suivi a permis de conclure notamment que les critères d'inclusion s'avéraient un peu restrictifs considérant le profil de cette population. En effet, plusieurs usagers intéressés à participer étaient sous un régime de protection ou une ordonnance de traitement, ce qui mettait en cause l'aptitude à consentir à la recherche, ou n'avaient pas fait l'expérience d'une mesure restrictive dans les derniers deux ans. Inversement, plusieurs usagers qui auraient été de bons candidats selon les intervenants manquaient d'autocritique par rapport à leur santé mentale ou ne voulaient pas se remémorer des périodes de souffrance associées à l'hospitalisation involontaire. Ainsi, ces circonstances sont à considérer lors de la planification de la collecte de données auprès de personnes ayant des TMGs.

Implications et pistes futures

Une étude évaluative de la pré-implantation du PCC en contexte québécois présente incontestablement plusieurs retombées théoriques, méthodologiques et pratiques. Au niveau théorique, elle fournit la démonstration détaillée de l'application de la théorie de la diffusion de l'innovation dans le contexte d'une approche mixte. Plus précisément, elle démontre comment l'évaluation approfondie des variables associées à l'adoption d'une nouvelle pratique, indépendamment de son implantation (Wisdom et al., 2013), mènent à des propositions concrètes pour la rendre plus acceptable et accessible aux yeux des acteurs. Ainsi, la théorie de Rogers (2003) permet d'expliquer les résultats obtenus quant au degré d'adoption du PCC, mais il reste à

déterminer pourquoi et dans quel contexte certaines variables semblent avoir préséance dans le processus décisionnel. Par exemple, d'un point de vue quantitatif, des analystes statistiques plus sophistiquées (moyennant un nombre plus élevé de participants) pourraient éclairer sur l'impact de chacune des variables, ainsi que des interactions entre celles-ci, sur le taux d'adoption. Cela dit, il semble que cette théorie ne soit pas suffisante pour l'opérationnalisation des construits (Tabak et al., 2012), d'où l'importance de réfléchir à des moyens de rendre l'instrument de mesure le plus standard possible. D'un point de vue qualitatif, la présente étude a mené à la création d'une grille de codification pour examiner la théorie de Rogers (2003) dans le discours des participants. Des recherches futures devraient se pencher sur l'adaptation de cette grille afin d'être en mesure de l'appliquer à d'autres contextes d'analyse qualitative. Somme toute, l'utilisation de la théorie de la diffusion de l'innovation lors de la phase de pré-implantation est amplement justifiée pour comprendre les facteurs qui influencent l'adoption ou le rejet du PCC. Toutefois, le fait d'avoir mené une évaluation de la pré-implantation de cette nouvelle pratique va permettre de cibler des variables différentes à mesurer lors de son implantation. De manière conséquente, il serait pertinent de considérer d'autres théories organisationnelles lors de la planification de l'évaluation de l'implantation proprement dite (Nilsen, 2015).

En ce qui concerne les implications méthodologiques, cette étude contribue à l'avancement des connaissances scientifiques en suivant les postulats issus de la science de l'implantation (Martinez, Lewis, & Weiner, 2014), soit : a) la cohérence entre les construits théoriques et les instruments de mesure, b) l'évaluation de la qualité psychométrique des instruments, c) l'adaptation des instruments au contexte de la pratique et d) l'utilisation d'une approche mixte. Pour ce qui est du dernier postulat, l'importance de rendre explicite le rationnel quant à la combinaison des données qualitatives et quantitatives (Creswell, 2009) a déjà été

discutée. Ainsi, il serait utile pour les recherches futures d'expérimenter d'autres méthodes de combinaison et d'examiner les implications sur l'interprétation des résultats. L'ajout d'une troisième source de données pourrait également contribuer à renforcer la validité des conclusions, par exemple l'analyse de documents officiels comme les notes consignées aux dossiers cliniques, les comptes rendus de réunions d'équipe et la mission organisationnelle des milieux impliqués. Dans un autre ordre d'idées, les résultats obtenus permettent de valider le choix de l'étude de cas comme devis de recherche et répondent aux limites des études portant sur l'efficacité du PCC conduites en Angleterre (Farrelly et al., 2015; Thornicroft et al., 2013), qui n'ont pas évalué la perception des acteurs à l'égard de cette nouvelle pratique avant son implantation. Par ailleurs, la comparaison des résultats obtenus avec la littérature portant sur les DAs dans d'autres pays mène au constat que malgré des différences importantes entre les systèmes de santé, les perceptions des acteurs diffèrent peu quant aux principaux enjeux qui surviennent lors de l'implantation. Néanmoins, des essais cliniques seront nécessaires afin de vérifier si les bénéfices escomptés du PCC peuvent être obtenus en contexte québécois. Parallèlement à l'évaluation de la compatibilité entre les PADs et la jurisprudence canadienne effectuée par Ambrosini et Crocker (2007), il serait aussi pertinent d'examiner dans quelle mesure le PCC s'inscrit dans les dispositions du Code civil du Québec, ainsi que dans les politiques et procédures officielles des milieux hospitaliers.

La présente étude contribue également à produire un savoir scientifique reflétant les préoccupations et les aspirations des diverses parties prenantes dans le domaine de l'urgence psychiatrique. À notre connaissance, aucune autre étude sur les DAs n'a proposé une comparaison systématique des points de vue de chaque groupe d'acteurs en fonction de chaque construit théorique examiné (Miles, Huberman & Saldaña, 2014). Les résultats démontrent en fait que les usagers, les intervenants de suivi, à l'urgence et dans la communauté, ainsi que les

gestionnaires ont des perspectives similaires quant à la propension individuelle et organisationnelle à l'innovation, et complémentaires quant aux attributs du PCC. Ce constat n'aurait pas été possible sans l'apport des données qualitatives, ce qui rappelle la nécessité d'une approche participative en misant sur des entrevues dans un contexte d'évaluation d'implantation. Parallèlement, la richesse des informations obtenues auprès des usagers confirme la pertinence de solliciter les futurs bénéficiaires d'une innovation afin de bien préparer la mise en pratique de celle-ci (Wisdom et al., 2013). Or, il sera intéressant de vérifier si la complémentarité des points de vue transcende les différentes étapes de l'implantation lors des prochaines évaluations.

En ce qui a trait aux retombées pratiques, la présente étude a permis, d'une part, d'initier une réflexion collective portant sur les solutions possibles au problème de l'utilisation de mesure restrictives chez les personnes ayant des TMGs et aux difficultés liées à l'obtention du consentement en contexte de dangerosité. D'autre part, la possibilité et la volonté des acteurs d'implanter le PCC au sein du système d'urgence psychiatrique dans la région de l'Outaouais ont été confirmées. Les principales recommandations qui ressortent de l'analyse des résultats pour la phase d'implantation sont listées ci-dessous.

1. Mettre sur pied un comité d'implantation du PCC ayant les responsabilités suivantes :
 - a. Établir une procédure détaillée de partenariat visant notamment la répartition des rôles au sein des acteurs impliqués;
 - b. Déterminer les paramètres du projet pilote (par ex., clientèle et unités cliniques ciblées) et les étapes subséquentes si les résultats préliminaires sont favorables;
 - c. Développer un programme de formation pour les intervenants incluant le cadre conceptuel du PCC, les habiletés cliniques liées à la prise de décision partagée et les données portant sur l'expérience des usagers à l'égard des mesures restrictives;

- d. Établir des canaux de communication intersectoriels et allier les expertises du milieu institutionnel et du milieu communautaire;
 - e. Évaluer éventuellement la post-implantation et l'efficacité du PCC.
2. Introduire dans la phase d'implantation les acteurs suivants :
 - a. Gestionnaires de la Direction des soins infirmiers et de la Direction des services multidisciplinaires du CISSSO;
 - b. Intervenants du Guichet d'Accès (MIR et Grands Visiteurs), des unités de soins en milieu hospitalier et de la nouvelle équipe mobile de crise du CISSSO;
 - c. Personnes siégeant sur le comité des usagers du CISSSO et faisant partie de l'entourage d'usagers ayant des TMGs;
 - d. Membres de la police communautaire.
 3. Intégrer le PCC dans la routine clinique de l'intervenant pivot (en milieu communautaire ou institutionnel) en respectant les étapes suivantes :
 - a. Discuter des objectifs du PCC avec l'utilisateur avant la rédaction;
 - b. Inviter une personne de confiance au choix de l'utilisateur (plutôt qu'un facilitateur);
 - c. Utiliser une approche clinique adaptée au profil de l'utilisateur et compléter les sections pertinentes du plan en identifiant des moyens réalistes et accessibles;
 - d. Bien établir les limites du plan et réfléchir à des solutions alternatives;
 - e. Autoriser la diffusion du plan aux partenaires et renouveler systématiquement;
 - f. Réviser le plan après chaque situation de crise ou selon une échéance établie en fonction du profil et des intérêts de l'utilisateur.
 4. Déterminer des paramètres du recours au PCC à l'urgence en milieu hospitalier :
 - a. Créer un dossier partagé informatisé dans lequel seront compilés et mis à jour les plans par les intervenants pivots;

- b. Évaluer la capacité du personnel à appliquer le contenu du PCC adapté suite à la présente étude (voir Annexe H) en fonction des contingences cliniques;
- c. Développer un canal de communication entre les différentes unités et les professionnels des différents quarts de travail pour assurer une continuité;
- d. Appliquer le plan tout en considérant les désirs actuels de l'utilisateur;
- e. Documenter et communiquer à l'intervenant pivot les circonstances de non-respect d'un plan s'il y a lieu.

Conclusion

La science de l'implantation a été définie comme étant l'étude des méthodes permettant de promouvoir l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique clinique dans le but d'améliorer l'efficacité et l'effectivité des programmes (Eccles & Mittman, 2006). La présente étude portant sur la possibilité d'implanter le PCC en contexte québécois démontre bien l'ampleur des efforts à mobiliser pour intégrer les pratiques basées sur les données probantes dans la prestation de services en santé mentale. En effet, la volonté des acteurs de promouvoir l'autonomie de l'utilisateur et d'aller vers un meilleur respect du consentement en contexte de crise a été clairement identifiée, de même que la pertinence du PCC à ces fins, mais elle est loin de suffire pour en assurer le succès dans la pratique courante. L'amélioration des services d'urgence psychiatrique apparaît d'une complexité considérable, puisqu'elle implique de concilier de nombreux enjeux cliniques, administratifs, éthiques et légaux. Elle exige également une grande coopération intersectorielle et un contexte politique soutenant l'innovation. La présente étude a permis de faire un pas significatif en ce sens, mais des recherches futures sont requises afin d'atteindre la qualité des services tant convoitée.

Références

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. doi: 10.1007/s10488-010-0327-7
- Action Autonomie (2005). *Des libertés bien fragiles – Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – District de Montréal 2004*, Montréal.
- Aimé, A., LeBlanc, L., Séguin, M., Brisebois, C., & Girard, N. (2013). La présence et la gravité des troubles de santé mentale sont-elles liées à la nature de la crise, à la dangerosité et aux services de crise offerts? *Revue Santé Mentale au Québec*, 38(2), 235-256. doi: 10.7202/1023998ar
- Ambrosini, D. L., & Crocker, A. G. (2007). Psychiatric advance directives and the right to refuse treatment in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 52(6), 397-402.
- Ambrosini, D. L., & Crocker, A. G. (2009). Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 51-74. doi: 10.7202/039126ar
- Ambrosini, D. L., Crocker, A. G., & Latimer, E. (2012). Preferences for instructional or proxy advance directives in mental health: An exploratory mixed methods study. *Journal of Ethics in Mental Health*, 6(Suppl), 1-19.
- Ambrosini, D. L., Crocker, A. G., Perreault, M., & Israël, M. (2008). Perceptions of psychiatric advance directives among legal and mental health professionals in Ontario and Quebec. *Journal of Ethics in Mental Health*, 3(2), 1-12.

Annas, G. J. (1992). *The rights of patients*. Totowa, NJ: Humana Press.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi: 10.1037/h0095655

Appelbaum, P. S. (1997). Almost a revolution: an international perspective on the law of involuntary commitment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 25(2), 135-147.

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec [AGIDD-SMQ] (2009). *La garde en établissement – Une loi de protection... une pratique d'oppression*, Montréal, Québec.

Atkinson, J. M. (2004). Ulysses' crew or Circe? – the implications of advance directives in mental health for psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 28(1), 3-4. doi: 10.1192/pb.28.1.3

Atkinson, J. M., & Garner, H. C. (2002). Least restrictive alternative--Advance statements and the new mental health legislation. *Psychiatric Bulletin*, 26(7), 246-247. doi: 10.1192/pb.26.7.246

Atkinson, J. M., Garner, H. C., & Gilmour, W. H. (2004). Models of advance directives in mental health care: Stakeholder views. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 667-672. doi: 10.1007/s00127-004-0788-7

Atkinson, J. M., Garner, H. C., Stuart, S., & Patrick, H. (2003). The development of potential models of advance directives in mental health care. *Journal of Mental Health*, 12(6), 575-584. doi: 10.1080/09638230310001627937

Backlar, P., Asmann, B., Joondeph, R., & Smith, G. (1994). *Can I plan now for the mental health treatment I would want if I were in crisis? A guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment*. State of Oregon: Office of Mental Health Services, Mental Health and Developmental Disability Services Division.

- Backlar, P., McFarland, B. H., Swanson, J. W., & Mahler, J. (2001). Consumer, provider, and informal caregiver opinions on psychiatric advance directives. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(6), 427-441. doi: 10.1023/a:1012214807933
- Balbach, E. D. (1999). *Using Case Studies to do Program Evaluation*. California Department of Health Services, Tobacco Control Section.
- Barbour, R. (2008). *Introducing qualitative research: A student guide to the craft of doing qualitative research*. Sage Publications Ltd.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1989). *Principles of biomedical ethics* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Bindman, J., & Thornicroft, G. (2008). Involuntary commitment. In K. T. Mueser, & D. V. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 516-523). New York, NY: Guilford Press.
- Brach, C., Lenfestey, N., Roussel, A., Amoozegar, J., & Sorensen, A. (2008). *Will It Work Here? A Decisionmaker's Guide to Adopting Innovations*. Rockville, MD: RTI International, Agency for Healthcare Research and Quality.
- Braitman, A., Guedj, M. J., Masson, V. D.-L., de Carvalho, J., Gallois, E., & Lana, P. (2011). Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(10), 664-667. doi: 10.1016/j.amp.2011.10.001
- Bruce, S., & Paxton, R. (2002). Ethical principles for evaluating mental health services: A critical examination. *Journal of Mental Health*, 11(3), 267-279. doi: 10.1080/09638230020023651
- Cardinal, C., & Mercier, C. (2004). Les systèmes judiciaires et de santé: Obstacles et points d'appui pour des actions intersectorielles. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 23(1), 19-35.

- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, *44*(5), 681-692. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00221-3
- Chodoff, P. (1984). Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *American Journal of Psychiatry*, *141*(3), 384-389.
- Clément, M. (2001). Dans la ligne de mire des audiences de révision de cure fermée: l'état mental et la dangerosité. *Santé mentale au Québec*, *26*(1), 181-201. doi: 10.7202/014517ar
- Comité de la santé mentale du Québec [CSMQ] (2001). *Avis concernant l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Gouvernement du Québec.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes. *Bulletin*, *33*(1), 12-17.
- Cook, J. M., O'Donnell, C., Dinnen, S., Coyne, J. C., Ruzek, J. I., & Schnurr, P. P. (2012). Measurement of a model of implementation for health care: toward a testable theory. *Implement Sci*, *7*(59). doi: 10.1186/1748-5908-7-59
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE Publications, Incorporated.
- Curtis, L. C., & Hodge, M. (1995). Ethics and boundaries in community support services: New challenges. *New Directions for Mental Health Services*, *66*, 43-60. doi: 10.1002/yd.23319950206
- Dallaire, B., McCubbin, M., Morin, P., & Cohen, D. (2000). Civil commitment due to mental illness and dangerousness: the union of law and psychiatry within a treatment-control system. *Sociology of Health & Illness*, *22*(5), 679-699. doi: 10.1111/1467-9566.00226

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C.

(2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50

de Haan, L., van Raaij, B., van den Berg, R., Jager, M., Houweling, P., Stockmann, M., . . .

Wouters, L. (2001). Preferences for treatment during a first psychotic episode. *European Psychiatry*, 16(2), 83-89. doi: 10.1016/S0924-9338(01)00542-9

de Stefano, A., & Ducci, G. (2008). Involuntary admission and compulsory treatment in Europe:

An overview. *International Journal of Mental Health*, 37(3), 10-21. doi: 10.2753/IMH0020-7411370301

Department of Health (1993). *Community Supervision Orders: Government Response to the Fifth Report from the Health Committee (Session 1992-93)*. H.M. Stationery Office.

Department of Health (2008). *Code of Practice: Mental Health Act 1983*. H.M. Stationery Office.

Dunbrack, J. (2006). *Advance care planning: the Glossary project*. Ottawa: Health Canada.

Repéré dans <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/palliat/2006-proj-glos/index-eng.php>.

Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the

influence of implementation on program outcomes and the factors affecting

implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi:

10.1007/s10464-008-9165-0

Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation*

Science, 1(1). doi: 10.1186/1748-5908-1-1

Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Appelbaum, P. S., Swartz, M. S., Ferron, J., Van Dorn, R. A., &

Wagner, H. R. (2007). Competence to complete psychiatric advance directives: Effects of

- facilitated decision making. *Law and Human Behavior*, 31(3), 275-289. doi: 10.1007/s10979-006-9064-6
- Elbogen, E. B., Swartz, M. S., Van Dorn, R., Swanson, J. W., Kim, M., & Scheyett, A. (2006). Clinical Decision Making and Views About Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*, 57(3), 350-355. doi: 10.1176/appi.ps.57.3.350
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, R. C., Birchwood, M., . . . Thornicroft, G. (2014). What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-9. doi: 10.1007/s00127-014-0869-1
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2015). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*. doi: 10.1111/hex.12368
- Farrelly, S., Szmukler, G., Henderson, C., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2013). Individualisation in crisis planning for people with psychotic disorders. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 1-7. doi: 10.1017/S2045796013000401
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 6(8), e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120
- Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G., . . . Kallert, T. (2011). How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry*, 26(4), 201-207. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.01.013

- Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion: A review of the literature. *The American journal of psychiatry*, *151*(11), 1584-1591.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network [NIRN].
- Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szumukler, G. (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, *333*(7571), 729. doi: 10.1136/bmj.38929.653704.55
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, *12*(2), 219-245. doi: 10.1177/1077800405284363
- Gardner, W., Lidz, C. W., Mulvey, E. P., & Shaw, E. C. (1996). Clinical versus actuarial predictions of violence in patients with mental illnesses. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(3), 602. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.602
- Gardner, W., Lidz, C. W., Hoge, S. K., Monahan, J., Eisenberg, M. M., Bennett, N. S., . . . Roth, L. H. (2014). Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(9), 1385-1391.
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(4), 298-303. doi: 10.1192/bjp.bp.106.034538
- Gray, J. E., Shone, M. A., & Liddle, P. F. (2008). *Canadian Mental Health Law and Policy*. Markham, Ontario: LexisNexis Canada.

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Guilbert, E. R., Morin, D., Guilbert, A. C., Gagnon, H., Robitaille, J., & Richardson, M. (2011). Task-shifting in the delivery of hormonal contraceptive methods: Validation of a questionnaire and preliminary results. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 315-321. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01939.x
- Haas, L. J. (1991). Hide-and-peek or show-and-tell? Emerging issues of informed consent. *Ethics & Behavior*, 1(3), 175-189. doi: 10.1207/s15327019eb0103_2
- Halpern, A., & Szmukler, G. (1997). Psychiatric advance directives: reconciling autonomy and non-consensual treatment. *Psychiatric Bulletin*, 21(6), 323-327.
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American journal of psychiatry*, 152(6), 856-861.
- Henderson, C., Farrelly, S., Moran, P., Borschmann, R., Thornicroft, G., Birchwood, M., & Crimson, T. (2015). Joint crisis planning in mental health care: the challenge of implementation in randomized trials and in routine care. *World Psychiatry*, 14(3), 281-283. doi: 10.1002/wps.20256
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 329(7458), 136. doi: 10.1136/bmj.38155.585046.63

- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(5), 369-376. doi: 10.1007/s00127-008-0442-x
- Henderson, C., Jackson, C., Slade, M., Young, A. S., & Strauss, J. L. (2010). How should we implement psychiatric advance directives? Views of consumers, caregivers, mental health providers and researchers. *Administration and Policy in Mental Health*, *37*(6), 447-458. doi: 10.1007/s10488-010-0264-5
- Henderson, C., Swanson, J. W., Szmukler, G., Thornicroft, G., & Zinkler, M. (2008). A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatric Services*, *59*(1), 63-71. doi: 10.1176/appi.ps.59.1.63
- Henwood, B. (2008). Involuntary inpatient commitment in the context of mental health recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *11*(3), 253-266. doi: 10.1080/15487760802186337
- Hiday, V. A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, *20*(4), 399-417. doi: 2052/10.1016/S0160-2527(97)00028-9
- Hobbs, P. (2007). The limitations of advance directives and statements in mental health. *Australasian Psychiatry*, *15*(1), 22-25. doi: 10.1080/10398560601083050
- Hughes, D. H. (1996). Suicide and violence assessment in psychiatry. *General hospital psychiatry*, *18*(6), 416-421. doi: 10.1016/S0163-8343(96)00037-0
- Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *9*(6), 639-647. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x

- Joshi, K. G. (2003). Psychiatric advance directives. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(4), 303-306. doi: 10.1097/00131746-200307000-00005
- Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., . . . Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1169-1179. doi: 10.1007/s00127-011-0427-z
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.-M., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(11), 1087-1093. doi: 10.1007/s00127-009-0150-1
- Kemp, K., Zelle, H., & Bonnie, R. J. (2015). Embedding advance directives in routine care for persons with serious mental illness: Implementation challenges. *Psychiatric Services*, 66(1), 10-14. doi: 10.1176/appi.ps.201400276
- Kim, M. M., van Dorn, R. A., Scheyett, A. M., Elbogen, E. E., Swanson, J. W., Swartz, M. S., & McDaniel, L. A. (2007). Understanding the personal and clinical utility of psychiatric advance directives: A qualitative perspective. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(1), 19-29. doi: 10.1521/psyc.2007.70.1.19
- Kisely, S. R., Campbell, L. A., & Preston, N. J. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(2), CD004408. doi: 10.1002/14651858.CD004408.pub3
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7000), 299-302.
- Klinkenberg, W. D., & Calsyn, R. J. (1996). Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: A review. *Psychiatric Services*, 47(5), 487-496.

- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives In Psychiatric Care*, 48(1), 16-24. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x
- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2013). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. doi: 2052/10.1177/0969733013503601
- LeBlanc, L. (2014). Évaluation de l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement: Profil de la clientèle, audit de dossiers et recommandations. *Santé Mentale au Québec*, 39(1), 291-309. doi: 10.7202/1025918ar
- Levenson, J. L. (1986). Psychiatric commitment and involuntary hospitalization: an ethical perspective. *Psychiatric Quarterly*, 58(2), 106-112.
- Lewis, C. C., Stanick, C. F., Martinez, R. G., Weiner, B. J., Kim, M., Barwick, M., & Comtois, K. A. (2015). The Society for Implementation Research Collaboration Instrument Review Project: A methodology to promote rigorous evaluation. *Implementation Science*, 10(2). doi: 10.1186/s13012-014-0193-x
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Kay, K., & Milstein, B. (1998). Codebook development for team-based qualitative analysis. *Cultural Anthropology Methods*, 10(2), 31-36.
- Maître, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P., . . . Vaiva, G. (2013). Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *L'Encéphale*, 39, 244-251. doi: 10.1016/j.encep.2012.10.012
- Manning, S. S., & Gaul, C. E. (1997). The ethics of informed consent: A critical variable in the self-determination of health and mental health clients. *Social Work in Health Care*, 25(3), 103-117. doi: 10.1300/J010v25n03_09

- Marks, I. M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, *165*(2), 179-194. doi: 10.1192/bjp.165.2.179
- Martinez, R. G., Lewis, C. C., & Weiner, B. J. (2014). Instrumentation issues in implementation science. *Implement Sci*, *9*(118). doi:10.1186/s13012-014-0118-8
- McGarvey, E. L., Leon-Verdin, M., Wanchek, T. N., & Bonnie, R. J. (2013). Decisions to initiate involuntary commitment: The role of intensive community services and other factors. *Psychiatric Services*, *64*(2), 120-126. doi: 10.1176/appi.ps.000692012
- McLaughlin, J. J. (2013). Assertive community treatment: An evidence-based practice and its continuing evolution. In J. R. S. J. Rosenberg (Ed.), *Community mental health: Challenges for the 21st century (2nd ed.)* (pp. 197-214). New York, NY: Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3rd ed.). Arizona State University: SAGE Publications.
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] (1999). *Guide pratique sur les droits en santé mentale : réponses aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] (2011). *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Gouvernement du Québec.
- Montemagni, C., Frieri, T., Villari, V., & Rocca, P. (2012). Compulsory admissions of emergency psychiatric inpatients in Turin: The role of diagnosis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *39*(2), 288-294. doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.06.020

- Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sleney, J., & Thomas, H. (2006). *Triangulation and integration: processes, claims and implications*. *Qualitative research*, 6(1), 45-59. doi: 10.1177/1468794106058870
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., . . . Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284. doi: 10.1176/appi.ps.53.10.1272
- Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 676-677. doi: 10.1093/schbul/sbs072
- Nicaise, P., Lorant, V., & Dubois, V. (2013). Psychiatric advance directives as a complex and multistage intervention: A realist systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 21(1), 1-14. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(53). doi: 10.1186/s13012-015-0242-0
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., O'Rourke, L., Daly, S., & Feeney, L. (2010). Patient attitudes towards compulsory community treatment orders and advance directives. *Irish journal of psychological medicine*, 27(2), 66-71.
- Okai, D., Owen, G., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R., & Hotopf, M. (2007). Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 291-297. doi: 10.1192/bjp.bp.106.035162
- Otero, M., Landreville, P., Morin, D., & Thomas, G. (2005). *À la recherche de la dangerosité «mentale» – Stratégies d'intervention et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la Loi sur la protection des personnes par l'UPS-J*. Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale, Montréal, Québec.

- Pinard, G.-F., & Pagani, L. (2000). *Clinical assessment of dangerousness: Empirical contributions*. New York: Cambridge University Press.
- Paillée, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2nd ed.). Paris: Armand Colin.
- Palinkas, L. A., Aarons, G. A., Horwitz, S., Chamberlain, P., Hurlburt, M., & Landsverk, J. (2011). Mixed Method Designs in Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 44-53. doi: 10.1007/s10488-010-0314-z
- Papageorgiou, A., King, M., Janmohamed, A., Davidson, O., & Dawson, J. (2002). Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: Randomised control trial. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 513-519. doi: 10.1192/bjp.181.6.513
- Peto, T., Srebnik, D., Zick, E., & Russo, J. (2004). Support Needed to Create Psychiatric Advance Directives. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(5), 409-419. doi: 10.1023/b:apih.0000034417.17494.58
- Preskill, H., & Russ-Eft, D. (2005). *Building Evaluation Capacity: 72 Activities for Teaching and Training*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. doi: 10.1007/s10488-010-0319-7
- Protecteur du citoyen (2011). *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c.P-38.001)*. Assemblée nationale du Québec.

- Ramsay, H., Roche, E., & O'Donoghue, B. (2013). Five years after implementation: A review of the Irish Mental Health Act 2001. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(1), 83-91. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.11.011
- Rebchook, G. M., Kegeles, S. M., Huebner, D., & TRIP Research Team (2006). Translating research into practice: The dissemination and initial implementation of an evidence-based HIV prevention program. *AIDS Education & Prevention*, 18(supp A), 119-136. doi: 10.1521/aeap.2006.18.supp.119
- Repper, J. & Carter, T. (2010). *Using personal experience to support others with similar difficulties: A review of the literature on peer support in mental health services*. London: Together/University of Nottingham/NSUN.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations (Fifth ed.)*. New York, NY: Free Press.
- Sherman, P. (1995). *Advance directives for involuntary psychiatric care*. Paper presented at the Proceedings of the 1994 National Symposium on Involuntary Interventions: The Call for a National Legal and Medical Response. Houston, TX: University of Texas Press.
- Sherman, P. (1998). Computer-assisted creation of psychiatric advance directives. *Community Mental Health Journal*, 34(4), 351-362. doi: 10.1023/a:1018731922671
- Song, L.-Y., Biegel, D. E., & Johnsen, J. A. (1998). Predictors of psychiatric rehospitalization for persons with serious and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), 155-166. doi: 10.1037/h0095252
- Srebnik, D. (2004). Benefits of Psychiatric Advance Directives: Can We Realize Their Potential? *Journal of Forensic Psychology Practice*, 4(4), 71-82. doi: 10.1300/J158v04n04_05
- Srebnik, D., & Brodoff, L. (2003). Implementing psychiatric advance directives: Service provider issues and answers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(3), 253-268. doi: 10.1007/bf02287316

Srebnik, D., & Russo, J. (2008). Use of psychiatric advance directives during psychiatric crisis events. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*

Research, 35(4), 272-282. doi: 10.1007/s10488-008-0172-0

Srebnik, D. S., Russo, J., Sage, J., Peto, T., & Zick, E. (2003). Interest in psychiatric advance directives among high users of crisis services and hospitalization. *Psychiatric Services*, 54(7), 981-986. doi: 10.1176/appi.ps.54.7.981

Srebnik, D. S., Rutherford, L. T., Peto, T., Russo, J., Zick, E., Jaffe, C., & Holtzheimer, P. (2005). The Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*, 56(5), 592-598. doi: 10.1176/appi.ps.56.5.592

Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., . . .

Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401.

doi: 2052/10.1001/archpsyc.55.5.393

Steckler, A., Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Davis, S., & Koch, G. (1992). Measuring the Diffusion of Innovative Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 214-224. doi: 10.4278/0890-1171-6.3.214

Sutherby, K., & Szmukler, G. (1998). Crisis cards and self-help crisis initiatives. *Psychiatric Bulletin*, 22(1), 4-7. doi: 10.1192/pb.22.1.4

Sutherby, K., Szmukler, G. I., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C., & Wright, S. (1999). A study of "crisis cards" in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(1), 56-61. doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10914.x

- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M., & Hiday, V. (1999). Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behavior, 23*(2), 185-204. doi: 10.1023/a:1022320918171
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services, 41*(7), 761-770.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Ferron, J., Wagner, H. R., McCauley, B. J., & Kim, M. (2006). Facilitated psychiatric advance directives: A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *The American journal of psychiatry, 163*(11), 1943-1951. doi: 10.1176/appi.ajp.163.11.1943
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Ferron, J., Elbogen, E., & Van Dorn, R. (2006). Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. Cities: Prevalence, demand, and correlates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 34*(1), 43-57.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Hannon, M. J., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., McCauley, B. J., & Butterfield, M. I. (2003). Psychiatric advance directives: A survey of persons with schizophrenia, family members, and treatments providers. *The International Journal of Forensic Mental Health, 2*(1), 73-86. doi: 10.1080/14999013.2003.10471180
- Swanson, J. W., Tepper, M. C., Backlar, P., & Swartz, M. S. (2000). Psychiatric advance directives: An alternative to coercive treatment? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 63*(2), 160-172.
- Swanson, J. W., Van McCrary, S., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., & Van Dorn, R. A. (2006). Superseding psychiatric advance directives: Ethical and legal considerations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 34*(3), 385-394.

- Swartz, M. S., & Monahan, J. (2001). Special section on involuntary outpatient commitment: introduction. *Psychiatric Services*, *52*(3), 323-324. doi: 10.1176/appi.ps.52.3.323
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., & Shumway, M. (2006). Patient preferences for psychiatric advance directives. *International Journal of Forensic Mental Health*, *5*(1), 67-81. doi: 10.1080/14999013.2006.10471231
- Tabak, R. G., Khoong, E. C., Chambers, D. A., & Brownson, R. C. (2012). Bridging Research and Practice: Models for Dissemination and Implementation Research. *American Journal of Preventive Medicine*, *43*(3), 337-350. doi: 10.1016/j.amepre.2012.05.024
- Tansella, M., & Thornicroft, G. (2009). Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(4), 283-285. doi: 10.1192/bjp.bp.109.065565
- Thomas, P., & Cahill, A. B. (2004). Compulsion and psychiatry--the role of advance statements. *BMJ: British Medical Journal*, *329*(7458), 122-123. doi: 10.1136/bmj.329.7458.122
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., . . . Marshall, M. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *The Lancet*, *381*(9878), 1634-1641. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60105-1
- van der Ham, A. J., Voskes, Y., van Kempen, N., Broerse, J. E., & Widdershoven, G. A. (2013). The implementation of psychiatric advance directives: Experiences from a Dutch crisis card initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(2), 119. doi: 10.1037/h0094983
- Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Kim, M., Ferron, J., . . . Scheyett, A. M. (2006). Clinicians' Attitudes Regarding Barriers to the Implementation of Psychiatric Advance Directives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *33*(4), 449-460. doi: 10.1007/s10488-005-0017-z

- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., . . . Fahy, T. (2001a). Reducing violence in severe mental illness: Randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ: British Medical Journal*, *323*(7321), 1093.
- Walsh, E., Harvey, K., White, I., Fraser, J., Higgitt, A., & Murray, R. (2001b). Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management Report from the UK700 trial. *The British Journal of Psychiatry*, *178*(3), 255-260.
- Wauchope, B., O'Kearney, R., Bone, L., & Urbanc, A. (2011). Advance agreements for mental health care: an examination of process and outcomes. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(4), 281-288. doi: 10.3109/00048674.2010.534072
- Weston, L., & Lawson, L. (1997). The mental [corrected] health emergency card. *BMJ: British Medical Journal*, *314*(7080), 532.
- Williams, L., & Rigby, J. (2004). Advance statements in old age psychiatry. *Advances in psychiatric treatment*, *10*(4), 260-266. doi: 10.1192/apt.10.4.260
- Wisdom, J. P., Chor, K. H. B., Hoagwood, K. E., & Horwitz, S. M. (2013). Innovation adoption: A review of theories and constructs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, No Pagination Specified. doi: 10.1007/s10488-013-0486-4
- Yin, R. K. (2013). Validity and generalization in future case study evaluations. *Evaluation*, *19*(3), 321-332. doi: 10.1177/1356389013497081
- Yin, R. K. (2010). *Qualitative research from start to finish*. Guilford Press.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport, & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Annexe A

Étapes de rédaction du PCC

1. À la suite d'une hospitalisation involontaire ou du recours à une autre mesure restrictive en contexte de dangerosité, **vérifier l'intérêt du client** à entamer un processus de planification de gestion de la crise dans une optique anticipatoire.
2. **Tenir une première rencontre** entre le client (lorsque l'état mental est stabilisé), une personne de confiance de son choix (s'il y a lieu) et un professionnel de la santé mentale indépendant assumant le rôle de facilitateur.
 - a. Expliquer le fonctionnement d'une DA au client: fonctions, avantages, limites, procédure et autres informations pertinentes.
 - b. Discuter du contexte légal entourant la prestation de services en contexte d'urgence psychiatrique.
 - c. Passer à travers un prototype du PCC avec le client et l'accompagner dans la réflexion sur ses besoins et intérêts en matière d'intervention de crise (prendre note des éléments à mentionner lors de la rencontre avec l'équipe traitante).
3. **Tenir une deuxième rencontre** entre le client, une personne de confiance de son choix (s'il y a lieu), son intervenant pivot, le psychiatre traitant, les autres membres de l'équipe si possible et le facilitateur.
 - a. Rédiger le PCC en sollicitant d'abord le client pour chaque élément à ajouter, puis en validant la faisabilité auprès de l'équipe.
 - b. Discuter des dernières situations de crise afin de déterminer des interventions à privilégier et à éviter.
 - c. Rôle du facilitateur: Guider la discussion, susciter le point de vue de chaque personne présente et favoriser le consensus dans le cas de divergences d'opinions.
4. **Diffuser le document** aux personnes et aux établissements pour lesquels le client a donné son consentement et placer une copie à la première page du dossier clinique.
5. En contexte de crise (s'il y a lieu), **mettre en application** le contenu du document.
6. **Réviser le PCC** de façon périodique afin de s'assurer que le contenu reflète toujours les besoins et obligations de toutes les parties prenantes.
 - a. Refaire le processus de négociation en présence du facilitateur au besoin.

Annexe B**Prototype du PCC****PLAN DE CRISE CONJOINT**

(Date mise à jour : _____)

Informations nominatives

Nom :	Date de naissance :
Adresse :	Téléphone 1 :
	Téléphone 2 :

Personne(s) de confiance

1. Nom :	Tél. :
2. Nom :	Tél. :

Équipe traitante

Intervenant(e) pivot :	Tél. :
Médecin :	Tél. :
Psychiatre :	Tél. :
Infirmier(ère) :	Tél. :
Travailleur(euse) social(e) :	Tél. :
Psychologue :	Tél. :
Autre :	Tél. :

Informations médicales et psychiatriques

Problème(s) de santé mentale ou diagnostic(s) :	
Problème(s) de santé physique, allergies, etc. :	
Médicament :	Dose/fréquence :
Médicament :	Dose/fréquence :
Médicament :	Dose/fréquence :
Autre :	

Ressources

Facilitateur(trice) :	Tél. :
Organisme(s) communautaire(s) fréquenté(s) :	Tél. :
Autre :	Tél. :

Objectifs du plan de soins à jour

--

Portrait typique d'une situation de crise

Circonstances pouvant mener à une désorganisation :	
Premiers signes :	
Comportements :	Émotions/pensées :
Symptômes psychotiques :	Autres : Potentiel de dangerosité :
Signes de reprise de contrôle :	

Historique des mesures restrictives

Date et lieu :	Mesure(s) (durée, contexte, résultat) :
----------------	-----------------------------------------

Date et lieu :	Mesure(s) (durée, contexte, résultat) :
Date et lieu :	Mesure(s) (durée, contexte, résultat) :

Plan de gestion de crise

Dès les premiers signes de désorganisation :	
Interventions à favoriser au moment de la crise :	Interventions à éviter au moment de la crise :
Médication à favoriser :	Médication à éviter :
Mesure(s) de contention perçues moins restrictives :	Mesure(s) de contention à éviter :
Circonstances favorisant le consentement à l'hospitalisation :	

Aide pratique en cas de crise et/ou d'hospitalisation

Arrangements pour responsabilités civiles (enfants, animaux, logement, emploi, etc.) :	Préférences non reliées au traitement (régime alimentaire, objet significatif, etc.):
----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Informez la personne de confiance # 1 de	Informez la personne de confiance # 2 de :
Personnes autorisées à venir visiter :	Personnes non autorisées à venir visiter :
Autre :	

Autres informations pertinentes

Plan post-hospitalisation (hébergement, suivis, etc.) :	
Personnes autorisées à obtenir une copie du plan (outre l'équipe traitante) :	
Date prévue pour la révision du plan :	Lieu :

Je considère que ce plan reflète bien mes besoins et valeurs en matière d'intervention de crise. Je comprends que l'intervention dépend toujours de la situation et des ressources disponibles.

Signature du détenteur du plan

Date

L'équipe traitante considère que ce plan contient des pistes d'intervention correspondant aux normes cliniques et éthiques courantes. L'équipe s'engage à le respecter dans la mesure du possible, en fonction de la situation et des ressources disponibles.

Signature de l'intervenant pivot

Date

Un consensus a été obtenu entre le détenteur du plan et l'équipe traitante. Le présent document peut donc être considéré un Plan de crise conjoint.

Signature du(de la) facilitateur(trice)

Date

Annexe C

Guide d'entrevue avec les usagers

Introduction: Présentation des chercheuses, informations sur l'étude, explication du déroulement et des objectifs de la rencontre et consentement.

Questions (première partie):

- I. *Informations sociodémographiques (âge, occupation, type de suivi communautaire).*
- II. Pouvez-vous me décrire votre dernière expérience de crise, lors de laquelle des mesures d'intervention allant à l'encontre de votre volonté ont été utilisées?
- III. Comment a-t-on tenté d'obtenir votre consentement à l'hospitalisation et/ou à l'évaluation psychiatrique? Qu'en pensez-vous?
- IV. Lors des rencontres avec votre équipe traitante, discutez-vous de comment il serait préférable d'agir dans le futur si vous reviviez une situation de crise?

Brève explication du PCC.

Questions (deuxième partie):

- V. Quelle est votre première impression à l'égard du PCC? Est-ce une pratique facile ou difficile à comprendre selon vous?
- VI. Si vous aviez à l'utiliser, qu'est-ce que vous incluriez dans le document et avec qui le compléteriez-vous?
- VII. Que pensez-vous de l'implication d'un intervenant communautaire comme facilitateur?
- VIII. Quels seraient les principaux avantages d'une telle pratique pour vous?
- IX. Quels seraient les principaux inconvénients d'une telle pratique pour vous?
- X. Pensez-vous que le PCC aurait un impact ou non sur...
 - a. Votre sentiment d'autonomie (niveau d'implication dans les décisions cliniques)?
 - b. Votre relation avec votre équipe traitante?
- XI. Si on vous proposait de l'essayer, seriez-vous intéressé ou non? Pourquoi?

Conclusion et remerciements.

Annexe D

Guide d'entrevue avec les professionnels

Introduction: Mot de bienvenue, présentation des chercheuses, explication du déroulement et des objectifs de la rencontre, information sur l'enregistrement et consentement.

Formation sur le PCC: Contexte théorique, études sur l'efficacité et procédure.

Questionnaire individuel.

Discussion en groupe:

I. Le PCC est-il approprié pour le milieu?

- a. Le PCC adresse-t-il un problème prioritaire rencontré actuellement?
- b. Nous aiderait-il à atteindre nos objectifs organisationnels?
- c. Est-il compatible avec notre rôle, nos valeurs et notre culture?

II. Devrait-on implanter le PCC?

- a. Quels en seraient les bénéfices pour chaque groupe d'acteurs impliqués (gestionnaires, cliniciens et clients) en comparaison avec la pratique actuelle?
- b. Quelles ressources seraient nécessaires à l'implantation (coûts potentiels)?
- c. Quels sont les risques potentiels? Comment pourraient-ils être surmontés?

III. Pourrait-on implanter le PCC?

- a. Les diverses parties prenantes sont-elles ouvertes/prêtes à l'innovation?
- b. Quels changements seraient à effectuer (structure, personnel, etc.)?
- c. Quels seraient les ingrédients à succès?

IV. Comment implanterions-nous le PCC?

- a. Serait-il possible de le mettre en pratique à titre d'essai seulement?
- b. Comment pouvons-nous adapter la pratique du PCC à la réalité du milieu?
- c. Comment pourrions-nous évaluer ses effets?

Conclusion: Synthèse des discussions, remerciements et mot de la fin.

Annexe E

Questionnaire

Questionnaire sur la pré-implantation du Plan de Crise Conjoint

Bonjour,

Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire qui porte sur l'évaluation de la pré-implantation du Plan de Crise Conjoint (PCC). Avant de commencer, voici quelques consignes.

1. Veuillez répondre en anticipant l'implantation du PCC dans le contexte de l'organisation des services de crise à Gatineau, c'est-à-dire en réfléchissant à votre rôle et en sélectionnant la rubrique NSP (« Ne s'applique pas ») lorsque vous n'êtes pas en mesure de répondre.
2. Le terme « situation de crise » désigne un état temporaire de désorganisation pouvant amener la personne à présenter un danger pour elle-même ou pour autrui. L'« urgence psychiatrique » se réfère au domaine de pratique associé à ce type de crise.
3. Il est très important de répondre à toutes les questions SUR LES PAGES RECTO-VERSO pour assurer la qualité de l'étude. Toutefois, votre participation demeure volontaire.
4. Veuillez répondre aux questions en marquant d'un X la réponse, ou en encerclant le chiffre, qui correspond le mieux à votre point de vue.
5. Dans les questions qui suivent, on utilisera l'expression « PCC » (Plan de Crise Conjoint). Celle-ci s'applique à la brève séance d'information à laquelle vous venez d'assister.
6. Le terme « client » désigne la personne qui reçoit des services en santé mentale.
7. Pour faciliter la lecture, la forme masculine a été employée.
8. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Votre collaboration est vraiment très précieuse. Il est important pour nous d'avoir votre opinion à titre de professionnels de la santé mentale puisqu'elle détermine la valeur de cette recherche. Nous vous remercions grandement de bien vouloir participer à ce projet!

Alex Drolet-Dostaler

Doctorante en psychologie clinique,
Université du Québec en Outaouais

Line LeBlanc, Ph.D.

Professeure,
Département de psychoéducation et de psychologie
Université du Québec en Outaouais

1. Veuillez inscrire la DATE du jour où vous remplissez le questionnaire : ____/____/____
 Jour Mois Année

2. Est-ce la première fois que vous entendez parler :

Du Plan de crise conjoint (PCC)? Oui Non

Des directives anticipées en psychiatrie? Oui Non

3. Si non, vous en avez pris connaissance (vous pouvez cocher plus d'une réponse) :

En lisant des articles scientifiques Par l'entremise d'un collègue ou supérieur

Lors d'une rencontre d'équipe Dans le cadre d'une activité de formation

Autre : _____

4. Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous dans votre pratique :

Le PCC? Oui Non

Une autre forme de directive anticipée? Oui Non

5. Questions sur les **EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES** du professionnel.

Dans quelle mesure avez-vous été appelé(e) à...

	Jamais	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément	NSP
a. Élaborer des plans de crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. Réviser des plans de crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. Appliquer des plans de crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. Être en contact avec des personnes qui ont des troubles mentaux graves	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
e. Collaborer avec les partenaires du réseau de services en santé mentale	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
f. Intervenir en contexte de crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
g. Travailler au sein d'équipes multidisciplinaires	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
h. Communiquer avec les membres de l'entourage des clients	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
i. Informer quant aux droits en santé mentale	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
j. Rechercher le consentement libre et éclairé en psychiatrie	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

6. Questions sur votre **DEGRÉ D'ACCORD QUANT AU RATIONNEL** ayant mené à la proposition d'implanter le PCC à Gatineau.

Le PCC serait à adopter puisque...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. Le recours aux interventions coercitives en contexte de dangerosité est un problème important	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. Le consentement libre et éclairé en psychiatrie est difficile à obtenir lorsque la personne est en situation de crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. L'autonomie des clients est une valeur importante dans notre système de santé mentale	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. Les services d'urgence psychiatrique actuels pourraient être améliorés	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
e. Les conséquences néfastes de l'hospitalisation involontaire sont préoccupantes	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

7. Questions sur votre opinion concernant les **AVANTAGES ANTICIPÉS** de l'utilisation du PCC.

D'après vous, l'utilisation du PCC permettrait AUX CLIENTS ...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. D'avoir plus de contrôle sur leur traitement	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. D'avoir une meilleure autocritique quant à leurs situations de crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. De développer une meilleure alliance thérapeutique avec leur équipe traitante	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. D'avoir un plus grand sentiment d'autonomie	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
e. D'éviter davantage les rechutes	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

D'après vous, l'utilisation du PCC permettrait AUX PROFESSIONNELS...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
f. D'être plus efficaces en intervention de crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
g. De mieux respecter les besoins et intérêts de la clientèle	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
h. D'être plus outillés pour intervenir auprès des clients nécessitant une grande attention médico-clinique	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
i. D'être plus satisfaits de leur travail	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
j. D'avoir plus de discussions avec les clients quant à la prévention de crises éventuelles	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

D'après vous, l'utilisation du PCC permettrait EN GÉNÉRAL...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
k. De limiter le recours aux mesures restrictives en psychiatrie	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

8. Questions sur votre opinion concernant la **COMPATIBILITÉ** du PCC avec le RÔLE et le STATUT du PROFESSIONNEL.

L'utilisation du PCC...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. Correspondrait bien aux valeurs et croyances du professionnel	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. S'inscrirait en continuité avec la pratique courante dans le domaine de l'urgence psychiatrique	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. Répondrait à un besoin important de l'organisation des services de crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

9. Questions sur la **COMPLEXITÉ PERÇUE** de l'utilisation du PCC.

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. Globalement, l'utilisation du PCC semble difficile	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

Le PCC pourrait être DIFFICILE À APPLIQUER parce que...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
b. Il serait compliqué d'anticiper une crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. Cela demanderait beaucoup d'habiletés de relation d'aide	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. Les clients changeraient trop souvent d'idée	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
e. Les clients espéreraient des interventions de crise irréalistes	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
f. Les facilitateurs ne seraient pas suffisamment outillés pour bien mener les rencontres	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
g. Le consensus entre le client et l'équipe traitante serait sûrement difficile à obtenir	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
h. Le PCC exigerait la collaboration entre un trop grand nombre de personnes	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
i. L'équipe traitante n'est pas nécessairement celle qui mettrait le PCC en application lors de la crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
j. Il serait difficile de consulter le PCC du client lorsque celui-ci est en crise	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
k. Les possibilités d'intervention en situation de crise sont trop limitées	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

En contrepartie, le PCC pourrait être FACILE À APPLIQUER parce que...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
l. Le fait de parler de besoins et de valeurs est encourageant pour les clients	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
m. Il s'agit d'une pratique compréhensible	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
n. La présence d'un intervenant communautaire assumant le rôle de facilitateur serait aidante pour la clientèle	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
o. Le PCC donne accès à des outils cliniques pertinents	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
p. Le PCC mobiliserait une équipe multidisciplinaire	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
q. Ses étapes de production sont logiques et cohérentes	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
r. Le PCC ressemble assez à la pratique actuelle tout en donnant une structure	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
s. Le rôle de chaque personne impliquée est bien défini et justifié	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
t. La communication avec les partenaires du réseau de l'urgence psychiatrique est suffisamment efficace	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

10. Questions sur la possibilité de **METTRE LE PCC À L'ESSAI**.

Il serait possible de...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. Expérimenter le PCC avant de l'adopter complètement	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. Adapter le PCC au contexte de notre organisation	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

11. Questions sur **VOS CARACTÉRISTIQUES** professionnelles.

En général, dans le cadre de mon travail...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. J'éprouve un sentiment d'efficacité	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. Je crée facilement des liens de confiance avec les clients	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. J'ai une bonne capacité d'adaptation face à l'innovation	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. Je n'hésite pas à me remettre en question	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
e. Je suis entièrement à l'aise avec les symptômes de crise que vivent les clients	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
f. J'ai tendance à vouloir remettre le pouvoir entre les mains des clients	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
g. Je m'assure toujours que les clients soient bien informés de leurs droits	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
h. Je considère que les approches basées sur la recherche scientifique sont utiles	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
i. J'essaierais une nouvelle approche même si elle était très différente de ma pratique actuelle	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
j. Je détiens de bonnes connaissances théoriques en matière d'urgence psychiatrique	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

12. Questions sur vos habitudes de **COMMUNICATION**.

En général, dans le cadre de mon travail...

a. J'ai un grand réseau de contacts professionnels	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. Je reçois souvent de l'information provenant de l'extérieur de l'organisation	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

c. Je suis rapidement au courant de la nouveauté	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. Je m'implique régulièrement dans diverses activités liées à la formation continue	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

13. Questions sur **L'ORGANISATION INTERNE** de votre établissement.

Dans l'établissement où je travaille...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. Les employés participent fréquemment à la prise de décisions organisationnelles	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. Plusieurs personnes ont une grande expertise pour répondre aux besoins de la clientèle	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. Le respect des normes et des procédures est très important	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. Je dispose de suffisamment de temps pour accomplir mes tâches	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
e. Les outils cliniques nécessaires sont disponibles	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
f. Le nombre d'intervenants est suffisant	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
g. La communication est efficace entre les différentes équipes/unités	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
h. Les nouvelles idées sont toujours les bienvenues	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
i. Le climat de travail est positif	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
j. Le travail d'équipe est encouragé	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
k. On cherche constamment à s'améliorer	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
l. Les médecins et les psychiatres peuvent être facilement consultés	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

14. Question sur votre impression des **PERSONNES QUI VOUS ONT PRÉSENTÉ LE PCC.**

Ces personnes font preuve de...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. Crédibilité	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. Empathie	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. Efficacité	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. Objectivité	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

15. Question sur **L'ADOPTION HYPOTHÉTIQUE** du PCC.

À la lumière des informations que je détiens présentement...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. Je serais intéressé(e) à utiliser le PCC	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

16. Caractéristiques SOCIODÉMOGRAPHIQUES.

a. **Âge** : 18-29 ans 30-39 ans 40-49 ans 50-59 ans 60 ans et plusb. **Sexe** : Femme Hommec. **Langue maternelle** : Français Anglais Autre : _____d. **Nombre d'années depuis l'embauche** : Moins de 5 ans 5-9 ans 10-14 ans
 15-19 ans 20 ans et pluse. **Fonction** : Directeur Chef d'équipe/de services Intervenant
 Autre : _____f. **Profession** : Médecin généraliste Psychiatre Psychologue Urgentologue
 Psychoéducateur Infirmier Travailleur social Ergothérapeute
 Technicien en éducation spécialisée ou en travail social
 Autre : _____g. **Statut d'emploi** : Temps plein Temps partiel En congé temporaire
 Autre : _____i. **Plus haut degré de scolarité obtenu** : Secondaire V Collège technique/cégep
 Certificat universitaire de 1er cycle Baccalauréat Maîtrise Doctorat
 Autre : _____

Annexe F**Grilles de codage**

Entrevues avec les professionnels

#	CODES ET SOUS-CODES	DÉFINITION	PRÉCISIONS
<u>2</u>	<u>COMPATIBILITÉ</u>	COHÉRENCE DU PCC (NIVEAU DE FAMILIARITÉ)	Ne pas coder
2.1	Avec le rôle et les tâches	Fonctions de la personne interviewée	Grandes lignes du travail, applicabilité du PCC
2.2	Avec les valeurs et croyances	Ce qui est important et qui guide l'intervenant	Ne pas coder
2.2.1	Bienveillance	Bien-être de l'utilisateur, éviter coercition, respect	Promotion meilleure pratique, dévouement
2.2.2	Prévention	Récurrence inévitable, planification	Pas si c'est formulé comme un problème
2.2.3	Pouvoir d'agir	Client au cœur du processus	Autonomie et consentement
2.3	Avec les besoins	Ce dont les intervenants ont besoin	Ne pas coder
2.3.1	Problèmes	Défis d'évaluation, d'intervention et de consentement	Seulement si c'est adressable par le PCC Pas si c'est un obstacle à l'implantation
2.3.2	Objectifs	Aspirations, buts, ce qu'on veut améliorer	Individuel et organisationnel
2.4	Avec les expériences passées	Ce que les intervenants ont déjà connu/vécu	Ne pas coder
2.4.1	Planification	Rédaction de plans de crise ou autres plans	Informations factuelles, exemples et ressemblance/différence avec le PCC
2.4.2	Personnalisation	Approche adaptée au client en crise	
2.4.3	Pratique actuelle	Description du fonctionnement organisationnel	
<u>3</u>	<u>AVANTAGE RELATIF</u>	PCC VERSUS PRATIQUE ACTUELLE	Ne pas coder
3.1	Bénéfices (clients)	Ce que le PCC apporterait aux usagers	Ne pas coder
3.1.1	Soulager la crise	Expérience moins négative/traumatisante	Traitement plus respectueux, réassurance

			Évitement des mesures restrictives
3.1.2	Autonomie et implication	Exprimer ses préférences, patient décideur	Discussion avec équipe, pouvoir d'agir
3.2	Bénéfices (professionnels)	Ce que le PCC apporterait aux cliniciens	Ne pas coder
3.2.1	Approche et orientation	Contact avec l'utilisateur en crise, choix d'interventions	Savoir comment approcher le client en crise Mieux diriger l'intervention
3.2.2	Information	Avoir et documenter plus d'infos sur l'utilisateur	Données pertinentes que le PCC contient
3.2.3	Anticipation	Structure et appui à l'intervenant du suivi	Savoir comment bien planifier la crise
3.2.4	Concertation	Meilleure collaboration entre partenaires	Communautaire-institutionnel et intra-équipe
3.4	Risques (tous)	Conséquences négatives possibles du PCC	Pas si c'est un obstacle à l'implantation
4	<u>COMPLEXITÉ</u>	FAISABILITÉ DE L'IMPLANTATION	Ne pas coder
4.1	Obstacles (clients)	Ce qui compliquerait l'utilisation pour les usagers	Ne pas coder
4.1.1	Rédaction	Défis liés à l'aptitude à remplir	Comportements, caractéristiques, perceptions
4.1.2	Application	Défis liés aux caractéristiques de l'utilisateur en crise	Intensité et complexité
4.2	Facilitateurs (clients)	Ce qui faciliterait l'utilisation pour les usagers	Comportements, caractéristiques, perceptions
4.3	Obstacles (intervenants)	Ce qui compliquerait l'utilisation pour cliniciens	Ne pas coder
4.3.1	Rédaction et mise à jour	Défis de collaboration et d'organisation	Aussi actualisation du contenu
4.3.2	Application	Défis de recours au plan et d'utilisation en crise	Relié au client, à l'intervenant, à l'organisation
4.3.3	Innovation	Défis liés au changement (<i>'innovativeness'</i>) Motivation, ressources, contexte, etc.	Individuel et organisationnel
4.4	Facilitateurs (intervenants)	Ce qui faciliterait l'utilisation pour les cliniciens	Ne pas coder
4.4.1	Rédaction et mise à jour	Collaboration et organisation, modalités	Élément déjà en place ou qu'il faudrait mettre en place
4.4.2	Application	Recours au plan et utilisation, emplacement	
4.4.3	Innovation	Ouverture au changement (<i>'innovativeness'</i>)	Individuel et organisationnel

		Capacité d'adaptation, pré/post-implantation	
5	<u>MISE À L'ESSAI</u>	POSSIBILITÉ DE L'ESSAYER À PETITE ÉCHELLE	Paramètres du projet pilote, préoccupations
6	<u>ADOPTION HYPOTHÉTIQUE</u>	VOLONTÉ D'ESSAYER OU ADHÉSION	Persuasion et décision
7	<u>RÉINVENTION</u>	ADAPTATION PROPOSÉE	Ne pas coder
7.1	Sens accordé	Comment l'acteur s'approprie le PCC	Ce que représente le processus
7.2	Modifications	Changements ou ajouts au prototype	Relatif à l'outil même

Entrevues avec les usagers

#	CODES ET SOUS-CODES	DÉFINITION	PRÉCISIONS
1	<u>PROFIL</u>	SUSCEPTIBILITÉ AUX MESURES RESTRICTIVES	Ne pas coder
1.1	Trouble mental grave	Diagnostic, symptômes, facteurs de risque	Nommé par les usagers (pas interprété)
1.1.1	Récurrence	Plusieurs rechutes, risque de récurrence	Préciser si mesures restrictives
1.1.2	Danger pour soi ou autrui	Exemples de comportements	En contexte de crise
1.2	Suivi en communauté	Type, fréquence, organismes	Aussi sentiments par rapport aux services
2	<u>RATIONNEL</u>	PROBLÈMES ADRESSÉS PAR LE PCC (FAITS)	Ne pas coder
2.1	Désorganisation	Difficulté à s'exprimer et à comprendre	Préciser compréhension a posteriori
2.2	Difficultés consentement	Pas demandé, difficile à obtenir	Aussi si consentement a été obtenu
2.3	Mesures restrictives	Isolement, contention, hospitalisation involont.	Aussi sentiments par rapport à ces mesures
3	<u>SCHÈMES</u>	INTERPRÉTATION DE L'INTERV. DE CRISE	Ne pas coder
3.1	Systeme	Relation avec le réseau en général, philosophie	Conception de sa position en société
3.1.1	Contact avec professionnels	Relation avec les intervenants	Ce qui caractérise les contacts

3.2	Rencontre avec psychiatre	Raisons de l'évaluation, relation avec psychiatre	En contexte de crise (pas à long terme)
3.2.1	Niveau de risque	Perception de la dangerosité en crise	Ce avec quoi les usagers sont d'accord ou non
3.2.2	Médication	Raisons, conséquences, impressions	En contexte de crise (pas à long terme)
3.3	Hospitalisation	Événements durant séjour, fonctionnement	Expérience subjective du processus
3.3.1	Non-collaboration	Confrontation, opposition, résistance, frustration	Insatisfactions et conséquences
3.3.2	Admission	Raisons de l'hospitalisation	Préciser compréhension a posteriori
3.3.3	Congé	Raisons du départ, modalités, sentiments	
4	<u>COMPATIBILITÉ</u>	COHÉRENCE DU PCC (NIVEAU DE FAMILIARITÉ)	Ne pas coder
4.1	Avec les valeurs et croyances	Ce qui est important pour l'utilisateur	Ne pas coder
4.1.1	Respect	Justice, droits, pouvoir d'agir, considération	Nommé directement ou indirectement Peut être compatible ou non avec PCC (ex. rechute improbable ou pas d'alliance)
4.1.2	Probabilité rechute	Conscience risque récursive, prévention	
4.1.3	Alliance	Respect envers intervenants, besoin d'aide	
4.2	Avec les besoins	Ce dont les clients ont besoin	Ne pas coder
4.2.1	Informations et suivi	Types de services, types d'infos recherchées	En contexte de crise (pas à long terme)
4.2.2	Occupation durant séjour	Activités, libertés, préférences	
4.3	Avec les expériences passées	Ce que les clients ont déjà connu/vécu	Ne pas coder
4.3.1	Planification	Contenu, processus, efficacité	Plan de crise ou autres types de plans
4.3.2	Adaptation	Intervention adaptée, habitude à l'hôpital	Familiarisation rassurante
5	<u>AVANTAGE RELATIF</u>	PCC VERSUS PRATIQUE ACTUELLE	Ne pas coder
5.1	Soulager la crise	Expérience moins négative	Traitement plus respectueux
5.2	Autonomie et implication	Mieux s'exprimer, être plus impliqué	Préciser aussi si pas perçu
5.3	Structure	Être encadré et appuyé	Ex. suivi post-hospitalisation

5.4	Risques	Conséquences négatives possibles du PCC	Pas si c'est un obstacle à l'implantation
6	<u>COMPLEXITÉ</u>	FAISABILITÉ DE L'IMPLANTATION	Ne pas coder
6.1	Compréhension	Facile ou difficile à comprendre	Nommé directement ou indirectement
6.2	Obstacles (clients)	Obstacles inhérents aux usagers	Lié à la rédaction ou à l'application du plan
6.3	Obstacles (professionnels)	Obstacles en lien avec le réseau, les intervenants	
6.4	Facilitateurs	Ce qui rendrait l'utilisation plus facile	Pour les usagers ou pour les professionnels
7	<u>EXEMPLES D'UTILISATION</u>	CE QU'USAGERS INCLURAIENT DANS LE PCC	Ne pas coder
7.1	Personnes impliquées	Avec qui ils rédigeraient le plan	Aussi avec qui ils ne le feraient pas et pourquoi
7.2	Indicateurs de rechute	Signes précurseurs, facteurs de risque	Nommé par les usagers (pas interprété)
7.3	Gestion de crise	Interventions à favoriser ou à éviter, médication	Ce qui a aidé ou nui dans le passé
7.4	Aide pratique	Préférences non reliées au traitement	
8	<u>ADOPTION HYPOTHÉTIQUE</u>	VOLONTÉ D'ESSAYER OU ADHÉSION	Persuasion et décision

Annexe G

Structure de la section des résultats et rappel du cadre théorique

RÉSULTATS PAR CONSTRUITS	PRÉSENTATION DES DONNÉES		PROVENANCE THÉORIQUE		
	Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs	Théorie de la diffusion de l'innovation	Théorie du PCC	Théories en implantation
Cohérence interne du questionnaire	(Aucun titre de section)	N/A	N/A	N/A	N/A
Contexte organisationnel	Contexte organisationnel	(Section combinée) Contexte organisationnel et caractéristiques des adoptants	Éléments de structure organisationnelle liés à la propension à l'innovation	N/A	Culture organisationnelle (réceptivité au changement, climat social)
Caractéristiques des adoptants	Caractéristiques des adoptants		Variables de personnalité et habitudes de communication liées à la propension à l'innovation	Habilités cliniques liées au PCC	N/A
Attributs de l'innovation	Attributs de l'innovation	(Aucun titre de section)			
Compatibilité	Compatibilité	Compatibilité	Concordance avec les valeurs, croyances, besoins, expériences	N/A	N/A
Avantage relatif	Avantage relatif	Avantage relatif (pour la clientèle, pour les professionnels et risques)	Avantages anticipés en comparaison avec la pratique actuelle	N/A	N/A
Complexité	Complexité	Complexité (rédaction/ mise à jour, application et facilitateurs)	Obstacles et facilitateurs anticipés à l'utilisation	N/A	N/A
Mise à l'essai	(Section combinée) Diffusion de l'information et décision d'implantation	(Après Réinvention) Décision d'implantation	Possibilité d'expérimenter avant d'implanter	N/A	N/A
Réinvention		Réinvention (sens accordé, adaptation du formulaire et adaptation du protocole/ modalités)	Adaptation de l'innovation au contexte	N/A	N/A
Opinion à l'égard des agents de changement		N/A	Appréciation des informateurs	N/A	N/A
Adoption		Décision d'implantation	Volonté d'utiliser l'innovation ou non	N/A	N/A
Expériences et schèmes des usagers à l'égard de l'intervention de crise	N/A	Expériences et schèmes des usagers	N/A	Profil clinique de la clientèle cible du PCC; Types de mesures restrictives	N/A

Annexe H**Prototype du PCC modifié (nom à déterminer)**

Nom de l'utilisateur : _____ Date de naissance : _____

Date d'aujourd'hui : _____ Nouveau plan Mise à jour

Date prévue pour la révision du plan : _____ (ex. dans 6 mois)

Les personnes à rejoindreDans mon entourage (ex. un membre de ma famille, un ami, un voisin, un conjoint...)

1. Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

2. Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

Les intervenants (ex. travailleur(se) social(e), infirmier(ère), psychoéducateur(trice), psychiatre...)

1. Nom : _____ Rôle : _____

Organisme : _____ Coordonnées : _____

2. Nom : _____ Rôle : _____

Organisme : _____ Coordonnées : _____

3. Nom : _____ Rôle : _____

Organisme : _____ Coordonnées : _____

Ma pharmacie (si je prends des médicaments et j'accepte qu'on communique avec ma pharmacie)

Pharmacie : _____ Coordonnées : _____

Quelques mots sur moi

<u>Mes forces</u>	<u>Ce qui est important pour moi</u>
(Ex. je suis patient(e), je prends soin de moi, je suis bien entouré(e), je suis fier(ère), je suis actif(ve)...) _____	(Ex. ma famille, le travail, la santé, l'autonomie, mes animaux, les arts, ma crédibilité...) _____

<u>Mes problèmes de santé mentale</u> <i>(Ex. j'entends des voix, je suis très anxieux(e), je suis parfois déprimé(e), je fais des psychoses...)</i>	<u>Mes difficultés physiques</u> <i>(Ex. je fais de l'épilepsie, j'ai des allergies, je suis diabétique, j'ai des problèmes de dos...)</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mon portrait clinique

<u>Quand ça va bien</u> <i>(Ex. je suis chaleureux(se), je visite mes amis, je dors bien...)</i>	<u>Quand ça va moins bien</u> <i>(Ex. je bois, je ne prends pas soin de moi, je parle tout(e) seul(e)...)</i>	<u>Quand j'ai besoin d'aller à l'hôpital</u> <i>(Ex. j'ai des idées noires, je suis confus(e), je crie, j'ai mal partout...)</i>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les choses ou les événements qui me stressent ou qui me font perdre le contrôle :

(Ex. quelqu'un qui est arrogant envers moi, quand j'arrête de prendre mes médicaments, l'arrivée de l'automne, quand je recommence à consommer, si ça va mal au travail ou avec mon(ma) conjoint(e)...)

Ce que j'ai déjà fait qui pourrait nuire à ma santé/sécurité ou celle des autres :

(Ex. m'automutiler, menacer quelqu'un, prendre de la drogue, essayer de m'enlever la vie, frapper quelqu'un...)

Mon plan

<u>Les moyens efficaces que j'ai déjà utilisés :</u> <i>(Ex. prendre une marche, parler avec un ami, écouter de la musique, dormir, utiliser une balle anti-stress...)</i>	<u>Ce que les autres ont fait pour m'aider :</u> <i>(Ex. on m'a offert un café, on m'a laissé seul(e) ou non, on m'a hébergé(e), on m'a rappelé mes valeurs...)</i>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pour une bonne collaboration, les trucs quand on s'adresse à moi :

(Ex. me traiter en adulte, me laisser prendre mon temps, m'expliquer les choses, ne pas me toucher...)

La présence des policiers : Ça ne me dérange pas Le moins possible svp

À l'hôpital, les mesures pour me calmer et/ou me protéger (**du pire au moins pire**) :

Si je suis dangereux(se) pour moi ou autrui

1. ☹️_____

2. ☹️_____

3. 😊_____

(Ex. salle d'isolement, contention physique, injection...)

Si je dois recevoir une médication

1. ☹️_____

2. ☹️_____

3. 😊_____

(Ex. Ativan, Seroquel, Haldol, Loxapac... doses, effets...)

Ce qui m'aiderait :

<u>Qu'on s'occupe de...</u>	<u>Qu'on m'apporte...</u>	<u>Voir ou ne pas voir...</u>
<i>(Ex. mon enfant, mes animaux, mon logement, mon emploi...)</i>	<i>(Ex. des vêtements de rechange, mon iPod, un livre, des cigarettes...)</i>	<i>(Ex. mon intervenant(e), mes parents, mon(ma) conjoint(e)...)</i>

Ce qu'on devrait planifier pour ma sortie de l'hôpital :

Autres informations et signatures

Ce qui est important de savoir

Les organismes et les personnes que j'autorise à consulter le plan :

(Ex. organisme d'hébergement, intervenants de crise, ma famille, l'hôpital, mon employeur...)

Ce plan reflète ce que je souhaite actuellement et je sais que j'ai le droit de changer d'idée. Il se peut aussi que le plan soit difficile à appliquer selon les circonstances.

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

Signature de l'intervenant pivot : _____ Date : _____