Document généré le 15 juil. 2025 06:10

Santé mentale au Québec

Évaluation de l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement : profil de la clientèle, audit de dossiers et recommandations

Evaluating the implementation of involuntary hospitalisation procedures: a profile of people, audits and recommendations

Line LeBlanc, Ph. D.

Volume 39, numéro 1, printemps 2014

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1025918ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1025918ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

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. https://doi.org/10.7202/1025918ar

Résumé de l'article

Les difficultés d'application des réformes législatives visant à réduire l'hospitalisation involontaire des personnes qui présentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ont été soulevées dans de nombreux rapports, tant au Québec qu'ailleurs. Pour aplanir ces difficultés, un nouveau protocole de garde en établissement a été élaboré et implanté dans la région de l'Outaouais. La présente étude a pour but d'évaluer son implantation et ce faisant, établir le profil des personnes mises sous garde en établissement. Les résultats indiquent que la majorité de ces personnes sont aux prises avec des troubles mentaux graves et que les professionnels perçoivent positivement le nouveau protocole, sans toutefois faire le nécessaire pour consigner de façon rigoureuse les données dans les formulaires requis. Il est recommandé de non seulement informer les professionnels sur la procédure légale, mais aussi s'assurer que la structure organisationnelle est propice à son implantation.

Tous droits réservés © Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 2014

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Évaluation de l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement : profil de la clientèle, audit de dossiers et recommandations

Line LeBlanc, Ph. D.[a]

RÉSUMÉ Les difficultés d'application des réformes législatives visant à réduire l'hospitalisation involontaire des personnes qui présentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ont été soulevées dans de nombreux rapports, tant au Québec qu'ailleurs. Pour aplanir ces difficultés, un nouveau protocole de garde en établissement a été élaboré et implanté dans la région de l'Outaouais. La présente étude a pour but d'évaluer son implantation et ce faisant, établir le profil des personnes mises sous garde en établissement. Les résultats indiquent que la majorité de ces personnes sont aux prises avec des troubles mentaux graves et que les professionnels perçoivent positivement le nouveau protocole, sans toutefois faire le nécessaire pour consigner de façon rigoureuse les données dans les formulaires requis. Il est recommandé de non seulement informer les professionnels sur la procédure légale, mais aussi s'assurer que la structure organisationnelle est propice à son implantation.

MOTS CLÉS garde en établissement, loi P-38.001, évaluation de l'implantation, audit de dossiers, troubles mentaux graves

Evaluating the implementation of involuntary hospitalisation procedures: a profile of people, audits and recommendations

ABSTRACT Since the 1990s, legislative reforms have been undertaken in many Western countries to reduce involuntary hospitalization. Studies examining fluctuation rates before and after the legislative reform show a general trend toward

a. Professeure, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.
L'auteure souhaite remercier les membres du comité d'évaluation pour leur contribution à la réalisation de cette étude. Il s'agit de Mesdames Johanne Doucet, Jocelyne Duplessis et Chantal Lavigne, ainsi que de Monsieur Pierre Gagnon, travaillant à l'Hôpital Pierre-Janet au moment de l'étude.

an increase rather than a decrease in involuntary hospitalization rates (de Stefano & Ducci, 2008). In Quebec, many reports have shown that consent for psychiatric evaluation and hospitalisation for people who present an imminent danger to themselves or to others is difficult to obtain due to clinical, legal, and ethical considerations. To facilitate this process, a new protocol was developed and implemented following the training of 335 health workers and 85 medical doctors in 6 hospitals. Our study evaluated this protocol and established a profile of people who had been hospitalized against their will. Using a retrospective analysis, we examined the files of 179 patients who underwent a psychiatric evaluation process during an involuntary hospitalization. This file analysis allowed us to develop a better profile of these people and determine whether the required forms were present and how adequately they were filled out by the professionals. We also conducted a study with the professionals responsible for applying the new protocol to get a better idea of its characteristics (relative advantage, compatibility, simplicity, reversibility and observability) as well as the principles of consent and the obstacles to its implementation.

Our study showed that that half of the patients were diagnosed with schizophrenia or another psychosis. Fifty-four point two percent (54.2%) of the patients were males, 79% were single or separated and only 18,4% were working. At the time of their crisis situation, 30,7% were brought to the hospital by police officers and 19% were already hospitalized. The remaining patients were brought in by ambulance, family members or they came in by themselves. Professional opinion of the new protocol was positive however they did not rigorously enter the data required in the new forms. The new form was present in only 51% of files and when consent was given, it was only documented in 27% of the cases.

These results highlight the need to improve the documentation process given in the protocol. It would be very useful to establish strategies to obtain this consent in light of the specific characteristics that make up this subgroup of people who have been hospitalized against their will. Legislation alone is not enough to invoke a change in the involuntary hospitalisation rate. The clinical and organisational context must also be actively prepared to receive this new practice. In order to do this, evaluative research could contribute to improving the level of implementation and be of benefit to people in crisis and those with mental disorders.

KEYWORDS Institutional care, law P38.001, implementation evaluation, file analysis, serious mental problems.

Depuis les années 1990, des réformes législatives, s'appuyant sur la notion de consentement, ont été entreprises dans plusieurs pays occidentaux afin de réduire l'hospitalisation involontaire. Au Québec, l'hospitalisation involontaire dite garde en établissement est régie par des règles strictes issues principalement du Code civil et de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001). Plus précisément, le cheminement pour la mise sous garde est enclenché lorsque la personne présente un danger grave et imminent et ne consent pas à l'hospitalisation. C'est alors que le médecin peut instaurer une garde préventive (durée maximale de 72 heures) afin de demander une évaluation psychiatrique. Dans l'éventualité où la personne refuse l'évaluation et que le danger paraît présent, une requête à la Cour est déposée par un médecin ou une personne intéressée (proche, famille) pour obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique (garde provisoire). Durant cette période de temps, la personne est évaluée par deux médecins psychiatres (premier examen, 0-24 heures, et deuxième examen, intervalle maximal de 72 heures). Si la présence de danger est révélée, il pourrait y avoir une requête pour garde en établissement d'une durée habituellement fixée à 21 jours.

Cette mesure d'exception encadrée par la loi répond à des impératifs reliés à l'éthique et aux droits civiques (Levenson, 1986). Or, les études examinant la fluctuation des taux avant et après les réformes législatives montrent une tendance générale vers une augmentation plutôt qu'une diminution des taux d'hospitalisation involontaire (de Stefano et Ducci, 2008). Une étude récente, menée en Irlande et portant sur l'influence de la réforme législative en matière d'hospitalisation involontaire, a démontré un effet positif à court terme, mais qui ne s'est pas maintenu dans le temps (Ramsay, Roche et O'Donoghue, 2013). Ces résultats, contraires à ce qui était attendu, laissent supposer que l'obligation légale ne permet pas à elle seule de susciter les changements requis dans la pratique hospitalière (Wallsten et Kjellin, 2004). Ainsi, il est recommandé d'examiner l'articulation entre les aspects légaux et organisationnels pouvant mener à une implantation efficace de la loi (Fiorillo, De Rosa, Del Vecchio, Jurjanz, Schnall, Onchev et Kallert, 2011).

Le but de la présente étude consiste à évaluer l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement visant à soutenir les professionnels dans leurs efforts pour agir en concordance avec l'esprit de la loi vis-à-vis des personnes dont l'état mental présente un danger

pour elles-mêmes ou autrui. L'étude poursuit également les objectifs d'établir le profil de la clientèle et d'émettre des recommandations visant à aplanir les difficultés d'application la loi P-38.001 par l'entremise du nouveau protocole.

État des connaissances

Les connaissances acquises quant à l'implantation de réformes législatives relatives à l'hospitalisation involontaire portent principalement sur 1) les facteurs contextuels associés à la variation des taux entre les pays et les régions d'un même pays, 2) le profil clinique des personnes hospitalisées contre leur gré ou à risque de l'être et 3) les difficultés d'application dans les milieux hospitaliers.

Facteurs contextuels associés à la variation des taux d'hospitalisation involontaire

Plusieurs études ont démontré que la fréquence des taux d'hospitalisation involontaire diffère substantiellement d'un pays à l'autre (de Stefano et Ducci, 2008), voire entre les régions d'un même pays (Norum, Olsen, Nybrodahl et Sørgaard, 2013). Les résultats de ces études laissent supposer une influence non négligeable des contextes sociogéographique et organisationnel. En effet, la décision d'hospitaliser une personne contre son gré implique des facteurs culturels, la tradition légale, les attitudes de la société et des professionnels envers les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ainsi que la qualité du système de santé (Bindman, Tighe, Thornicroft et Leese, 2002). Par exemple, des taux plus faibles ont été rapportés dans les pays dont le critère décisionnel est basé sur le besoin de traitement plutôt que celui de la dangerosité (de Stefano et Ducci, 2008 ; Eytan, Chatton, Safran et Khazaal, 2013) et où le système de santé se démarque par des standards élevés (Quirk, 2003). Ainsi, l'hospitalisation involontaire est une pratique complexe qui dépasse largement le cadre légal non seulement en raison du contexte dans lequel elle est appliquée mais aussi des caractéristiques cliniques des personnes en situation de crise.

Le profil clinique des personnes hospitalisées contre leur gré ou à risque de l'être

Le profil clinique des personnes hospitalisées contre leur gré est relativement homogène et correspond aux critères juridiques d'exception qui généralement se rapportent à la présence d'un trouble mental, à

un risque de dangerosité pour la personne ou pour les autres et à la prévention de la détérioration de l'état de la personne (Bindman et Thornicroft, 2008). L'application de ces critères se caractérise par deux tendances, dans certains cas le critère de dangerosité prédomine alors que dans d'autres la décision de l'hospitalisation involontaire est plutôt basée sur le besoin de traitement (Appelbaum, 1997 ; King et Robinson, 2011). Les personnes à risque d'être hospitalisées de façon involontaire ont tendance à présenter un trouble mental de type psychotique (Bindman et Thornicroft, 2008), à cumuler des antécédents d'hospitalisation involontaire (van der Post *et al.*, 2009) et à vivre un isolement social (van der Post *et al.*, 2012). Des études récentes ont montré qu'une fois certaines caractéristiques cliniques considérées, le diagnostic ne permet pas en soi de prédire l'hospitalisation involontaire (Braitman, Guedj, Masson, de Carvalho, Gallois et Lana, 2011 ; Montemagni, Frieri, Villari et Rocca, 2012). Ces caractéristiques cliniques qui influencent la décision médicale d'hospitaliser une personne contre sa volonté se rapportent principalement à la dépendance à une substance (McGarvey, Leon-Verdin, Wanchek et Bonnie, 2013), à l'agitation aux urgences (Braitman *et al.*, 2011) et à un profil agressif suspicieux (Montemagni *et al.*, 2012). Il s'ensuit des défis importants pour les professionnels qui doivent appliquer la loi tout en mettant l'accent sur la démarche pour obtenir le consentement d'une personne en situation de crise et présentant un danger.

Les difficultés d'application de la loi

Les études portant sur l'évaluation de l'implantation de réformes législatives balisant la pratique de l'hospitalisation involontaire révèlent des difficultés majeures d'application sur le terrain (Davidson et Campbell, 2010). Une étude québécoise portant sur l'implantation initiale de la loi P-38.001 montrait dès le départ que les conditions de réussite n'étaient pas réunies pour que celle-ci soit appliquée adéquatement (Cardinale et Mercier, 1997). Les rapports d'organismes pour la défense des droits pointent également vers ce constat (Action autonomie, 2005 ; CSMQ, 2001 ; Droits-Accès de l'Outaouais, 2010). Dans le même sens, deux rapports sur cette question révèlent que l'application adéquate de la loi dans la pratique fait défaut, entre autres en ce qui concerne la transmission de l'information sur les droits, la démarche pour obtenir le consentement et la consignation des données sur ces deux éléments (MSSS, 2011 ; Protecteur du citoyen, 2011). Ce problème

d'application de la loi est préoccupant puisqu'il limite considérablement la portée de celle-ci et vient compromettre sa visée.

Les réformes législatives imposent des changements de pratique qu'il conviendrait d'examiner de plus près puisque les professionnels sollicités pour appliquer la loi jouent un rôle déterminant dans l'atteinte ou non de l'objectif visé. Or, la plupart des initiatives pour réduire les taux d'hospitalisation involontaire relèvent du domaine légal ou procédural (Fiorillo *et al.*, 2011). Ainsi, il devient prioritaire de développer des outils pour soutenir les professionnels sur le terrain et d'évaluer leur implantation à des fins d'amélioration de l'application de la loi.

Dans cette perspective, un nouveau protocole de garde en établissement a été élaboré, implanté et évalué auprès de professionnels œuvrant dans six centres hospitaliers situés de la région de l'Outaouais. Les mesures privilégiées pour assurer la compréhension et l'application de ce nouveau protocole ont été une formation offerte à 335 intervenants et 85 médecins et le développement d'outils, soit des cartons d'information à transmettre aux personnes lors de la démarche pour obtenir le consentement, des formulaires de garde préventive et provisoire qui s'ajoutent au dépliant sur la garde en établissement ainsi qu'un formulaire de suivi permettant la consignation des données à inclure dans le dossier des patients.

En s'appuyant sur la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003), la présente étude vise à examiner l'adoption et l'utilisation du nouveau protocole de garde en établissement par les professionnels sur le terrain. Cette théorie propose que la réussite de l'implantation d'une nouvelle pratique s'observe lorsque les personnes concernées adhèrent à celle-ci au point où elles se mobilisent pour l'utiliser de manière rigoureuse au quotidien. Conséquemment, les questions de recherche sont les suivantes :

- Quel est le profil des personnes qui ont été mises sous garde en établissement ?
- Quels sont les degrés d'adoption et d'utilisation du nouveau protocole par les professionnels qui appliquent la loi P-38.001 dans les centres hospitaliers ?
- Quelles sont les recommandations pour améliorer l'implantation du nouveau protocole de garde en établissement ?

Méthodologie

Les méthodes utilisées pour recueillir les données sont 1) l'audit qui consiste à analyser de façon rétrospective les dossiers des patients et 2) un questionnaire à l'intention des professionnels susceptibles d'utiliser le nouveau protocole.

Participants

Patients. Le nombre de participants a été établi en fonction des 187 ordonnances qui ont été rendues pour l'ensemble de la région de l'Outaouais entre le 1er mai 2009 et le 31 décembre 2009. Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques seront présentées dans la section résultats. Le mois de mai 2009 correspond au début de l'implantation initiale à la suite de la formation des intervenants et le mois de décembre a été choisi dans le but de mettre fin à l'étude avant l'entrée en vigueur de la nouvelle tarification des psychiatres pour la garde en établissement.

Professionnels. Le nombre de professionnels ayant rempli le questionnaire est de 85 sur 228 distribués, ce qui donne un taux de participation de 37 %. La moyenne d'âge est de 39 ans et près de 75 % d'entre eux sont des femmes. Les participants cumulent en moyenne 10 ans d'expérience au centre hospitalier dans lequel l'étude a été menée. La majorité d'entre eux sont des infirmières (81,2 %) alors que 9,4 % sont des médecins et 9,4 % sont d'une autre profession. Plus de la moitié des professionnels qui utilisent le protocole sur le terrain avaient suivi la formation, soit 55,3 %. Les personnes qui n'avaient pas reçu la formation avaient eu accès à l'information sur le nouveau protocole de façon informelle dans leur milieu de travail et étaient en mesure de l'appliquer sur le terrain et par conséquent de répondre aux questions.

Procédure

Dans un premier temps, les autorisations des établissements ciblés pour examiner les dossiers des patients ayant été mis sous garde en établissement durant la période de l'étude ont été obtenues ainsi que celles des comités d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais et du centre hospitalier à vocation psychiatrique. Une archiviste a été mandatée pour consigner les données provenant des dossiers des patients dans les six hôpitaux de la région à l'aide d'une grille conçue à cette fin. Les données ont été traitées de façon confidentielle et anonyme. Finalement, les questionnaires ont été remis à une personne qui

s'est portée volontaire lors d'une rencontre de groupe dans chaque établissement pour les distribuer aux professionnels susceptibles d'appliquer le protocole sur le terrain. Un formulaire de consentement expliquant la recherche et les considérations éthiques a été présenté aux participants à l'étude et dûment signé par ceux et celles qui ont accepté d'y participer.

Instruments de mesure

Audit de dossiers. Une grille de consignation des données a été construite en concordance avec les différentes étapes du nouveau protocole pour examiner les dossiers des usagers et établir dans quelle mesure la consignation des données est conforme. Les sections de cette grille ont permis de recueillir des informations sur la présence ou non dans le dossier a) du nouveau *formulaire de suivi des usagers* développé dans le but de faire une synthèse des informations quant aux impératifs de la loi P-38.001 et b) des trois formulaires portant respectivement sur la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement ; nous avons également documenté dans quelle mesure les professionnels avaient fourni l'information requise dans le *formulaire de suivi des usagers* concernant c) la remise des dépliants d'information et d) l'obtention ou non du consentement à l'évaluation psychiatrique. Une section de cette grille portait sur les données sociodémographiques et cliniques de la clientèle, notamment, l'âge, le sexe, l'état civil, l'établissement qui a reçu la personne, le diagnostic, la consommation de substances, l'historique de garde en établissement, l'accompagnement au moment de la crise et l'évaluation de la dangerosité.

Questionnaire. Le questionnaire élaboré par Stecker *et al.* (1992), qui s'appuie sur la théorie de la diffusion de l'innovation, a été adapté afin de recueillir des données auprès des professionnels qui ont appliqué le protocole durant la période de l'étude. Les questions portaient sur l'appréciation des caractéristiques du nouveau protocole (cinq items), la valorisation du principe de consentement (trois items) et les conditions qui facilitent ou qui nuisent à l'application du nouveau protocole.

Analyse des données

Les analyses statistiques descriptives effectuées ont permis d'établir des pourcentages pour chacun des items de la grille de consignation des données qui se rapporte à l'audit des dossiers. Ce type d'analyse a aussi été utilisé pour tracer un portrait des caractéristiques de la clientèle et établir le degré d'adoption du protocole par les professionnels qui ont

répondu au questionnaire. Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées par thèmes à partir d'une analyse inductive (Thomas, 2006). Cette approche consiste à établir des liens entre les données qualitatives brutes et les objectifs spécifiques d'évaluation ou de recherche.

Résultats

Les résultats sont présentés en fonction des trois questions de recherche, le profil de la clientèle, les degrés d'adoption et d'utilisation du protocole et les recommandations pour améliorer l'implantation de celui-ci. Les résultats indiquent que la moyenne d'âge des personnes mises sous garde est de 40 ans. Le tableau 1 qui présente les données sociodémographiques

TABLEAU 1 Profil des personnes mises sous garde en établissement (n = 179)

Variables	n	%
Sexe		
Masculin	97	54,2
Féminin	82	45,8
État civil		
Célibataire	103	57,5
Séparé ou divorcé	38	21,2
Marié, conjoint	30	16,8
Veuf	6	3,4
Données manquantes	2	1,1
Travail		
Non	141	78,8
Oui	33	18,4
Données manquantes	5	2,8
Diagnostic principal		
Schizophrénie et autres psychoses	93	52,0
Trouble bipolaire	51	28,5
Trouble dépressif	23	12,8
Trouble de la personnalité	3	1,7
Autres	9	5,0
Consommation de substances		
Oui	85	47,5
Non	85	47,5
Ne s'applique pas	8	4,5
Données manquantes	1	0,5
Garde précédente		
Oui	92	48,6

TABLEAU 2 Accompagnement vers l'urgence et évaluation de la dangerosité

Variables	n	%
Accompagnement vers l'urgence		
Policier	55	30,7
Patient déjà hospitalisé	34	19,0
Famille	29	16,2
Intervenants	19	10,6
Ambulance	17	9,5
Centre de crise 24/7	8	4,5
Usager seul	8	4,5
Ne s'applique pas	9	5,0
Évaluation de la dangerosité		
danger pour autrui et lui-même	84	46,9
danger pour lui-même	76	42,5
danger pour autrui	16	8,9
données manquantes	3	1,7

et cliniques montre que 54,2 % sont de sexe masculin, 78,7 % sont célibataires ou séparées et 78,8 % des personnes rapportent ne pas travailler. Les personnes sont aux prises avec la schizophrénie et autres psychoses dans 52 % des cas, suivi du trouble bipolaire dans une proportion de 28,5 %. La consommation de substances a été rapportée dans près de la moitié des cas et 48,6 % des personnes ont déjà été au moins une fois hospitalisées contre leur gré.

Le tableau 2 présente les résultats concernant l'accompagnement à l'urgence et la dangerosité et montre qu'un certain nombre de personnes étaient déjà hospitalisées au moment de la crise, soit 19 %. Plus d'un tiers des personnes ont été amenées par un policier alors que 16,2 % sont arrivées à l'hôpital accompagnées d'un membre de la famille ou dans 10,6 % des cas d'un intervenant. L'évaluation de la dangerosité effectuée par un psychiatre révèle que le danger pour lui-même était présent dans 42,5 % des cas alors que le danger pour autrui a été évalué dans seulement 8,9 % des cas. La présence de ces deux types de dangerosité a été observée dans près de la moitié des situations.

La deuxième question à l'étude portait sur le degré d'adoption des professionnels à l'égard du nouveau protocole qu'ils appliquent sur le terrain, les résultats sont présentés au tableau 3. Les réponses des professionnels ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire permettant d'établir dans quelle mesure les caractéristiques du nouveau protocole

TABLEAU 3 Degré d'adoption des professionnels à l'égard du protocole

Items	oui		plus ou moins		non		na	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Peut avoir des effets bénéfiques pour la clientèle (n = 79)	52	65,7	16	20,3	1	1,3	10	12,7
En accord avec vos valeurs, expériences et besoins (n =8 1)	52	64,2	19	23,5	1	1,2	9	11,1
Supérieur à celui qu'il remplace (n = 81)	50	61,7	15	18,5	3	3,7	13	16,1
Adapté à la pratique (n = 80)	44	55,0	24	30,0	2	2,5	10	12,5
Difficile à comprendre ou à utiliser (n = 80)	32	40,0	36	45,0	2	2,5	10	12,5

étaient perçues positivement ou non. Les professionnels interrogés affirment que le protocole aura des retombées positives pour la clientèle (65,7 %), qu'il est en accord avec leurs valeurs (64,2 %) et supérieur à celui qu'il remplace (61,7 %). Les deux autres caractéristiques sont évaluées moins positivement, soit 55 % des personnes le perçoivent adapté à leur pratique et 47,5 % des personnes sont en accord avec l'énoncé difficile à comprendre et à utiliser.

Le deuxième aspect exploré quant à l'adoption du nouveau protocole se rapporte à l'importance accordée à la notion de consentement, les résultats sont présentés au tableau 4. Le pourcentage des professionnels qui se disent très en accord avec l'énoncé stipulant que la démarche pour obtenir le consentement est une façon de respecter les patients est de 67,1 %, alors que 47,1 % des professionnels disent que c'est très important pour engager le patient dans le traitement et 41 % sont très en accord avec l'énoncé présentant le protocole comme une étape incontournable.

Pour ce qui est du degré d'utilisation du nouveau protocole évalué à l'aide de l'audit des dossiers des patients, les résultats présentés au tableau 5 indiquent que le formulaire de suivi des informations était présent dans les dossiers dans une proportion de 51 %, alors que la section consentement de ce formulaire a été remplie dans 27 % des cas. Le formulaire de garde préventive était présent dans 86 % des dossiers

TABLEAU 4 Importance accordée par les professionnels à la notion de consentement

	pas du tout		peu		assez		très		ne s'applique pas	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Façon de respecter les patients	5	5,9	0	0	22	25,9	57	67,1	1	1,1
Façon d'engager le patient dans le traitement	2	2,4	8	9,4	34	40,0	40	47,1	1	1,1
Étape incontournable	1	1,2	11	13,3	36	43,4	34	41,0	1	1,1

alors les formulaires de garde provisoire et de garde en établissement se trouvaient dans le dossier dans 100 % des cas. La remise des cartons d'information et du dépliant portant sur la garde en établissement a été documentée dans le formulaire de suivi environ une fois sur quatre pour le carton de garde provisoire et le dépliant alors que la remise du carton concernant la garde préventive a été documentée dans 38,3 % des cas.

TABLEAU 5 Degré d'utilisation du protocole selon l'audit des dossiers

Grille de consignation des données	présent n	total n	présent/total %
Formulaires dans les dossiers			
formulaire « suivi à l'information »	91	179	51,0
section consentement à l'évaluation psychiatrique documentée	49	179	27,0
formulaire « garde préventive »	95	111	86,0
formulaire « garde provisoire »	16	16	100
formulaire « garde en établissement »	179	179	100
La remise des cartons et du dépliant est documentée			
carton rouge « garde préventive »	43	112	38,3
carton vert « garde provisoire »	4	16	25,0
dépliant d'information sur la garde	43	179	24,0

Les questions ouvertes ont permis aux professionnels de décrire les difficultés rencontrées lors de la démarche pour obtenir le consentement et de proposer des recommandations pour l'implantation adéquate du nouveau protocole. Les données recueillies montrent que la démarche pour obtenir le consentement semble particulièrement contraignante en raison du diagnostic et des caractéristiques cliniques des personnes hospitalisées contre leur gré, soit le trouble de type psychotique ainsi que la manifestation de colère, d'agressivité, d'agitation, d'anxiété et d'intoxication. De plus, la collaboration est difficile à établir avec la personne en situation de crise en raison d'une attitude peu réceptive, d'une compréhension altérée et d'une autocritique faible.

Pour ce qui est des recommandations visant à améliorer l'application du nouveau protocole, celles-ci ont été regroupées en deux thèmes, soit la diffusion de l'information relative au protocole et les conditions d'implantation. Pour ce qui est de la diffusion de l'information relative au protocole, il serait utile selon les professionnels :

- de mettre en place une période de rappel après la formation ;
- d'offrir systématiquement la formation aux nouveaux ;
- de dispenser une formation plus poussée à des personnes stratégiques ;
- de fournir une feuille synthèse explicative de la démarche.

Pour ce qui est des conditions d'implantation, il serait utile :

- de trouver un emplacement qui favorise son utilisation ;
- de donner accès à des formulaires informatisés ;
- de préparer un dossier qui comprend tout ;
- d'indiquer sur les formulaires de garde que le formulaire de suivi doit être rempli ;
- de clarifier la responsabilité de chacun ;
- d'identifier un responsable de la démarche dans chaque urgence ou unité.

Discussion

La présente étude avait pour but d'évaluer l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement tout en examinant le profil des personnes exposées à cette mesure. Les résultats obtenus mettent en évidence trois objectifs sur lesquels il est possible d'agir, soit 1) reconnaître dès leur arrivée à l'urgence ou à l'unité de soins les personnes à

risque d'être hospitalisées contre leur gré ; 2) soutenir les professionnels dans leurs efforts d'application de la loi P-38.001 ; et 3) s'assurer de la concordance entre les aspects légaux, éthiques, cliniques et organisationnels.

Le dépistage des personnes à risque d'une hospitalisation involontaire

Les résultats de notre étude montrent que le profil clinique des personnes hospitalisées contre leur gré est suffisamment spécifique et homogène pour lui conférer un pouvoir prédictif. Les caractéristiques identifiées dans notre étude, notamment la présence d'un trouble mental grave, des comportements liés à la dangerosité, un historique d'hospitalisation involontaire et un isolement social, sont comparables à celles provenant des études consultées (de Stefano et Ducci, 2008 ; Montemagni *et al.*, 2012). Ce profil clinique correspond à une crise de nature psychopathologique qui se distingue par des épisodes récurrents (Aimé, LeBlanc, Séguin, Brunet, Brisebois et Girard, 2014 ; Séguin, Brunet et LeBlanc, 2011). Or l'identification du type de crise ne vient pas amoindrir les difficultés d'application de la loi mais révèle plutôt sa complexité. À cet égard, les professionnels de notre étude ont ciblé les comportements manifestés dans ce contexte de crise comme étant précisément des obstacles liés à la recherche du consentement. Cette étape est pourtant cruciale puisqu'elle peut contribuer à rendre la personne plus satisfaite du processus, maximiser la possibilité d'un choix éclairé et lui permettre d'avoir un certain contrôle relativement à la décision (Stalmeier, Roosmalen, Verhoef, Hoekstra-Weebers, Oosterwijk et Moog, 2005) et ultimement éviter l'hospitalisation involontaire.

Soutenir les professionnels dans leurs efforts d'application de la loi

Le nouveau protocole de garde en établissement a été développé pour que les professionnels détiennent les connaissances nécessaires à l'application la loi et qu'ils aient à leur disposition des outils pour accomplir leur mandat. Il est intéressant de constater que les participants interrogés ont pour la plupart une perception positive quant aux caractéristiques du protocole, ils y voient un avantage relatif comparativement à l'ancien et croient que la démarche pour obtenir le consentement est une façon de respecter le patient. Bien que l'enquête auprès des professionnels révèle un degré d'adoption relativement élevé relativement au nouveau protocole, l'audit des dossiers montre que les

formulaires de consignation des données tardent à être remplis de façon systématique. L'écart entre le degré d'adoption d'une nouvelle pratique et le degré d'utilisation de celle-ci sur le terrain s'explique essentiellement par la tendance à proposer une seule stratégie de diffusion de l'innovation, soit l'éducation (Leeman, Baernholdt et Sandelowski, 2007).

Les résultats obtenus vont dans le sens d'un postulat qui fait consensus dans la documentation scientifique, il est nécessaire de non seulement offrir une formation mais aussi de préparer le milieu dans lequel la nouvelle pratique sera implantée (Damschroder, Aron, Keith, Kirsh, Alexander et Lowery, 2009 ; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman et Wallace, 2005). D'ailleurs, les recommandations émises par les professionnels font ressortir que les stratégies qui ont fait défaut sont justement celles reliées à l'organisation du milieu de travail. Par exemple dans le cas de l'implantation du protocole de garde en établissement, il faudrait prévoir l'implication des archivistes médicales pour une harmonisation du système de tenue de dossiers et un rappel fréquent aux professionnels relativement au parachèvement des formulaires relatifs au protocole. Des analyses ponctuelles des dossiers pourraient être faites, cela dans un objectif d'amélioration continue de l'implantation du nouveau protocole jusqu'au moment d'une intégration optimale dans les habitudes de travail.

Concordance entre les aspects légaux, éthiques, cliniques et organisationnels

Les professionnels travaillant auprès des personnes qui présentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui sont appelés à orienter leurs actions vers la protection, tout en ayant le souci de respecter l'autonomie de la personne (Kitamura, 2000). Cet enjeu éthique mène à la recherche d'une approche équilibrée entre le devoir d'assistance et le respect d'autonomie (Braitman *et al.*, 1992), qui ne peut être uniquement résolue par une obligation légale. Ainsi, il conviendrait de réfléchir au degré d'interdépendance entre les actions cliniques posées par les professionnels et la structure d'organisation de services (Leeman *et al.*, 2006). À cet égard, certaines initiatives comme les directives psychiatriques anticipées (ex. : plan de crise conjoint) pourraient faciliter le travail des professionnels en contexte d'urgence psychiatrique (Henderson *et al.*, 2013). Les résultats de notre étude révèlent la complexité de l'intervention en situation de crise dans un contexte d'urgence psychiatrique et pointe en faveur d'une analyse non pas uniquement de

l'application conforme de la loi mais du contexte dans lequel celle-ci est implantée.

Pour être en mesure de bien interpréter les résultats de notre étude, il faut considérer certaines limites méthodologiques. D'une part, puisque les professionnels ont été sélectionnés sur une base volontaire, la possibilité d'un biais est non négligeable en ce qui concerne le degré élevé d'adoption du nouveau protocole. D'autre part, l'analyse des données provenant de l'audit des dossiers permet de savoir que des personnes n'ont pas consigné les données au dossier, mais cela ne veut pas dire qu'elles n'ont pas respecté la démarche pour obtenir le consentement et la transmission de l'information aux patients.

Cette limite de l'étude met en évidence le besoin d'examiner dans des recherches futures la relation entre l'intention d'agir et les différents comportements attendus, tout en considérant le contexte organisationnel. Puisque la loi P-38.001 est la même pour tous et qu'on peut présumer que les conditions pour faciliter son application varient d'un hôpital à l'autre, il serait particulièrement utile de mener des études comparatives. Pour être en mesure de réduire de manière significative les taux d'hospitalisations involontaires, il devient urgent d'identifier ce qui limite la portée de la loi, particulièrement en ce qui concerne la démarche pour obtenir le consentement.

En conclusion, les personnes qui proposent des solutions pour résoudre des problèmes complexes auraient avantage à s'appuyer sur la science de l'implantation pour planifier dès le départ les conditions de réussite et les maintenir dans le temps. La recherche évaluative menée auprès des parties prenantes peut contribuer à promouvoir la qualité de l'implantation sans laquelle l'atteinte des résultats escomptés pour la clientèle est compromise.

RÉFÉRENCES

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., Brunet, A., Brisebois, C. et Girard, N. (sous presse). 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*.

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

Bindman, J. et Thornicroft, G. (2008). Involuntary commitment. In K T. Mueser, et D. V. Jest voluntary commitment (dir.), *Clinical handbook of schizophrenia* (p. 516-523). New York, NY : Guilford Press.

Bindman, J., Tighe, J., Thornicroft, G. et Leese, M. (2002). Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(7), 341-345.

Braitman, A., Guedj, M. J., Masson, V. D.-L., de Carvalho, J., Gallois, E. et Lana, P. (2011). Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement. [Decision-making in emergency setting about involuntary hospitalization.]. *Annales Médico-Psychologiques, 169*(10), 664-667.

Cardinal, C. et Mercier, C. (2004). Les systèmes judiciaires et de santé : Obstacles et points d'appui pour des actions intersectorielles. *Canadian Journal of Community Mental Health, 23*(1), 19-35.

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. Québec : Gouvernement du Québec.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science : IS, 4*, 50-50.

de Stefano, A. et Ducci, G. (2008). Involuntary admission and compulsory treatment in Europe : An overview. *International Journal of Mental Health, 37*(3), 10-21.

Droits-Accès de l'Outaouais (2010). *Portrait des gardes en établissement et étude des audiences de la Cour du Québec*. Gatineau, Québec. 186 p.

Eytan, A., Chatton, A., Safran, E. et Khazaal, Y. (2013). Impact of psychiatrists' qualifications on the rate of compulsory admissions. *Psychiatric Quarterly*, *84*(1), 73-80.

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.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. et Wallace, F. (2005). *Implementation research : A synthesis of the litterature*. Tampas : University of South Florida.

Gouvernement du Québec (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.* Québec : Éditeur officiel du Québec.

Henderson, C., Swanson, J. W., Szmukler, G., Thornicroft, G. et Zinkler, M. (2008). A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatric Services*, 59(1), 63-71.

Hsieh H. F. et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.

King, R. et Robinson, J. (2011). Obligatory dangerousness criteria in the involuntary commitment and treatment provisions of Australian mental health legislation. *International Journal of Law and Psychiatry, 34*(1), 64-70.

Kitamura, T. (2000). Assessment of psychiatric patients' competency to give informed consent : Legal safeguard of civil right to autonomous decision-making. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 54*(5), 515-522.

Leeman, J., Baernholdt, M. et Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. *Journal of Advanced Nursing, 58*(2), 191-200.

Levenson, J. L. (1986). Psychiatric commitment and involuntary hospitalization : An ethical perspective. *Psychiatric Quarterly, 58*(2), 106-112.

McGarvey, E. L., Leon-Verdin, M., Wanchek, T. N. et Bonnie, R. J. (2013). Decisions to initiate involuntary commitment : The role of intensive community services and other factors. *Psychiatric Services, 64*(2), 120-126.

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. Québec, Gouvernement du Québec.

Montemagni, C., Frieri, T., Villari, V. et 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.

Norum, J., Olsen, A., Nybrodahl, I. et Sørgaard, K. W. (2013). Compulsory and voluntary admission in psychiatric hospitals in Northern Norway 2009-2010. A national registry-based analysis. *Nordic Journal of Psychiatry, 67*(1), 47-52.

Protecteur du citoyen (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. Québec, Assemblée nationale du Québec.

Quirk, A., Lelliott, P., Audini, B. et Buston, K. (2003). Non-clinical and extra-legal influences on decisions about compulsory admission to psychiatric hospital. *Journal of Mental Health (Abingdon, England), 12*(2), 119-130.

Ramsay, H., Roche, E. et 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.

Rogers, E.M. 2003. (5e éd.). *Diffusion of innovations*. New York : Free Press.

Séguin, M, Brunet, A. et LeBlanc, L. (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique.* (2e éd.) Montréal : Gaétan Morin Éditeur.

Stalmeier, P., Roosmalen, M., Verhoef, L., Hoekstra-Weebers, J., Oosterwijk, J. et Moog,

U. (2005). The decision evaluation scales. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 286-293.

Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, *27*(2), 237-246.

Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C. et 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.

van der Post, L. F. M., Mulder, C. L., Peen, J., Visch, I., Dekker, J. et Beekman, A. T. F. (2012). Social support and risk of compulsory admission : Part IV of the Amsterdam study of acute psychiatry. *Psychiatric Services, 63*(6), 577-583.

Wallsten, T. et Kjellin, L. (2004). Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment--A comparison before and after changed legislation in Sweden. *European Psychiatry, 19*(8), 464-468.