

Université de Montréal

Les plans de crise en santé mentale : une revue de la portée

Par

Christine Cassivi

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en sciences infirmières option formation

Août 2022

© Cassivi, Christine, 2022

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire (ou cette thèse) intitulé(e)

Les plans de crise en santé mentale : une revue de la portée

Présenté par

Christine Cassivi

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Caroline Larue

Président-rapporteur

Marie-Hélène Goulet

Directeur de recherche

Étienne Paradis-Gagné

Membre du jury

Résumé

Les situations de crise sont fréquentes chez les personnes ayant des troubles de santé mentale. Plusieurs interventions ont été développées pour agir en prévention, dont les plans de crise reconnus comme particulièrement efficaces pour diminuer le recours aux mesures coercitives. Dans la littérature, plusieurs modèles de plans de crise sont proposés et incluent entre autres le plan de sécurité, le plan de crise conjoint et les directives anticipées. Un examen de ces différents plans permet de constater qu'ils ont des buts et des contenus très semblables. Basé sur la méthodologie proposée par le Johanna Briggs Institute (2020), une revue de la portée a été conduite dans l'objectif de dresser l'état des connaissances sur les plans de crise en santé mentale adulte. Une stratégie de recherche documentaire a été conduite sur six bases de données (CINAHL, PubMed, Medline, EMBASE, PsychINFO, and Cochrane) et a permis d'identifier 2435 articles. Parmi ces derniers, 122 textes complets ont été évalués et 78 ont répondu aux critères d'inclusion de l'étude. Ensuite, la qualité méthodologique des articles sélectionnés a été évaluée et les données ont été extraites de façon indépendante par deux étudiantes à la maîtrise. L'analyse de contenu a été réalisée, puis les résultats préliminaires ont été présentés, discutés et validés avec un patient partenaire ayant vécu des crises en santé mentale. Une typologie des plans de crise a été identifiée selon 1) les plans de crise légaux et 2) les plans de crise formels. Également, cinq modalités pour la complétion des plans de crise ont été identifiées : les sections, le moment, les étapes de complétion, les personnes impliquées et la formation des acteurs/trices clés. Les retombées de l'intervention sont concordantes avec le but principal des plans de crise, soit la prévention de la crise. Or, les retombées les plus identifiées dans la littérature sont davantage liées au rétablissement de l'utilisateur et semblent indiquer que les plans de crise pourraient représenter une intervention permettant d'opérationnaliser le rétablissement dans les soins en santé mentale. Les futures recherches empiriques devraient cibler le développement des connaissances sur les modalités à privilégier dans l'objectif de guider les milieux cliniques dans l'implantation des plans de crise.

Mots-clés : Plans de crise, interventions de crise, crises en psychiatrie, prise de décision partagée, rétablissement.

Abstract

Crisis situations are frequent among people with mental health disorders. Several interventions have been developed to act in prevention, including crisis plans, which are recognized as particularly effective in reducing coercive measures. In the literature, several types of crisis plans have been proposed, including the safety plan, the joint crisis plan and advance directives. A review of these plans suggests that they are very similar in purpose and content. Based on the methodology proposed by the Johanna Briggs Institute, a scoping review was conducted with the objective of mapping the state of knowledge on crisis plans in adult mental health services. A literature search strategy was conducted on six databases (CINAHL, PubMed, Medline, EMBASE, PsychINFO, and Cochrane) and yielded 2435 articles. Of these, 122 full text articles were assessed for eligibility, and 78 met the inclusion criteria. Studies were then critically appraised using the Johanna Briggs Institute appraisal tools, and data were extracted by two master's students. Content analysis was performed, and preliminary results were presented, discussed, and validated with a patient partner who has experienced mental health crises. A typology of crisis plans was identified according to 1) the legal crisis plan, 2) the formal crisis plan. Five modalities were identified for its completion: sections, timing, creation steps, people involved, and training of key actors in writing a crisis plan. The outcomes of the intervention are consistent with the main objective of crisis plans, which is to prevent a crisis. However, the most identified outcomes focused on the service user's recovery and indicated that crisis plans could provide an opportunity to operationalize recovery in mental healthcare, thus suggesting an evolution in the aim of the intervention. Future research should further focus on the modalities of crisis plans to guide the implementation in clinical practice.

Keywords: Crisis plans, crisis interventions, psychiatric crisis, shared decision making, mental health recovery.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Résumé | 5 |
| Abstract | 7 |
| Liste des tableaux..... | 13 |
| Liste des figures..... | 15 |
| Liste des sigles et abréviations..... | 17 |
| Remerciements | 21 |
| Chapitre 1 – La problématique..... | 23 |
| Chapitre 2 – La recension des écrits | 29 |
| La conceptualisation de la crise en psychiatrie | 29 |
| Fondements historiques et théoriques | 29 |
| La trajectoire de la crise et typologies proposées | 31 |
| La prévalence de la crise au Québec | 33 |
| Les conséquences de la crise | 35 |
| Les interventions de prévention de la crise en santé mentale..... | 37 |
| Les plans de crise | 38 |
| Contexte | 38 |
| Les directives anticipées psychiatriques..... | 38 |
| Le plan de crise conjoint | 40 |
| Le plan de sécurité | 41 |
| Perspective disciplinaire..... | 43 |
| La perspective du rétablissement selon Provencher (2002) | 43 |
| Utilisation dans le cadre du mémoire | 44 |
| Chapitre 3 – La méthode..... | 47 |
| La revue de la portée | 47 |
| Identification du but et des questions de recherche | 48 |

| | |
|---|-----------|
| Identification des études pertinentes..... | 48 |
| Sélection des articles..... | 50 |
| Sélection par le titre et le résumé..... | 50 |
| Sélection par le texte complet | 51 |
| Évaluation des données | 51 |
| Extraction des données | 52 |
| Analyse des données..... | 53 |
| Présentation des résultats..... | 54 |
| Considérations éthiques..... | 54 |
| Chapitre 4 – Les résultats..... | 55 |
| Crisis plans in mental health: A scoping review | 55 |
| Abstract | 55 |
| Introduction..... | 56 |
| Methods | 58 |
| Step 1: Elaboration of the research questions | 58 |
| Step 2: Identification of relevant studies | 59 |
| Step 3: Selection of studies and critical appraisal | 59 |
| Step 4 and 5: Data analysis and presentation | 60 |
| Results | 61 |
| Characteristics of included studies..... | 61 |
| Theme 1: A crisis planning tool | 64 |
| Legal value..... | 64 |
| A recovery support tool..... | 65 |
| Theme 2: The completion of a crisis plan..... | 66 |
| The sections..... | 67 |
| The moment | 68 |
| The completion steps | 68 |
| The people involved | 69 |
| The training for a crisis plan | 70 |
| Theme 3: The outcomes of a crisis plan | 70 |
| For the service user | 70 |

| | |
|---|------------|
| The healthcare professional | 72 |
| The organization..... | 72 |
| Discussion | 72 |
| What is a crisis plan? | 73 |
| What are the outcomes of a crisis plan? | 74 |
| Limitations..... | 75 |
| Conclusion | 76 |
| Relevance for clinical practice | 76 |
| References | 78 |
| <i>Chapitre 5 – La discussion.....</i> | 89 |
| Qu'est-ce qu'un plan de crise? | 89 |
| Quelles sont les retombées d'un plan de crise? | 93 |
| Les limites et les forces de l'étude..... | 96 |
| Implication pour les sciences infirmières..... | 97 |
| <i>Chapitre 6 – La conclusion</i> | 101 |
| <i>Références bibliographiques.....</i> | 103 |
| <i>Annexe A: Grille Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).....</i> | 115 |
| <i>Annexe B : Stratégie de recherche sur CINAHL</i> | 118 |
| <i>Annexe C : Diagramme de flux.....</i> | 119 |
| <i>Annexe D : Évaluation critique de la qualité des écrits</i> | 120 |
| <i>Annexe E : Exemple du premier cycle de codage</i> | 124 |
| <i>Annexe F : Segment du tableau de codes</i> | 125 |
| <i>Annexe G : Critères de soumission</i> | 126 |
| <i>Annexe H : Personnes impliquées dans la rédaction du plan</i> | 131 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1. – Characteristics of included studies | 62 |
| Tableau 2. – Frequency of occurrence of sections in a crisis plan | 67 |

Liste des figures

| | | |
|-------------|---------------------------|----|
| Figure 1. – | Prisma Flowchart | 61 |
| Figure 2. – | Themes and subthemes..... | 64 |

Liste des sigles et abréviations

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

JBI : *Johanna Briggs Institute*

PCC : Plan de crise conjoint

Pour Eevee et Coco.

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma directrice de recherche, Marie-Hélène Goulet, pour son soutien et son accompagnement bienveillant à travers l'ensemble du processus de la maîtrise. Sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements ont été d'une aide essentielle à la réussite de mes études. Les opportunités variées qu'elle m'a offertes m'ont permis de cheminer comme étudiante dans le domaine de la recherche, mais également comme individu.

Je tiens également à remercier les membres du comité d'approbation et du jury, madame Caroline Arbour, madame Caroline Larue et monsieur Étienne Paradis-Gagné d'avoir pris le temps de lire mon mémoire ainsi que d'avoir proposé leurs rétroactions et commentaires constructifs.

Ensuite, je souhaite remercier l'Observatoire en justice et santé mentale, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ainsi que la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur soutien financier. Ces derniers m'ont permis de me consacrer pleinement à la réalisation de mon mémoire et à la diffusion des connaissances.

J'aimerais également offrir un merci tout spécial à ma famille et mes amis qui ont su m'encourager et me soutenir tout au long de mon parcours. Merci à ma mère, pour les longues heures au téléphone; à Lyanna, pour son amour et ses mots d'encouragements; à Mathilde, pour sa présence, ses encouragements et ses activités impromptues; à Simon, pour sa tarte tatin; ainsi qu'à mes ami.e.s Henry, Charlotte, Scully et June pour leur foi en mes capacités.

Pour conclure, le plus grand remerciement va à mon conjoint, Antoine qui a été mon plus fidèle supporteur, ma plus grande source de motivation et sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas pu être possible.

Chapitre 1 – La problématique

Les situations de crises sont fréquentes chez les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave (Ambrosini et Crocker, 2007). À ce jour, il n'existe pas de définition unique à la crise. Par contre, dans la littérature, l'une des premières définitions, soit celle proposée par Caplan (1964) semble faire consensus, et est, à ce jour, grandement utilisée par des auteur.trice.s plus récents (Séguin et al., 2021; Yeager et Roberts, 2015). Pour Caplan (1964), la crise se définit comme un évènement subjectif lors duquel une personne évalue sa situation comme immaîtrisable et pour laquelle elle ne possède pas les ressources nécessaires ou capacités d'adaptation pour y faire face. En contexte psychiatrique, le type de crise lié à la psychopathologie semble le plus fréquent. Ce dernier se définit comme une désorganisation importante chez une personne ayant une vulnérabilité psychiatrique ainsi que des mécanismes de défense ou ressources internes plus fragiles pouvant expliquer l'escalade de comportements caractéristiques à la crise (Séguin et al., 2021).

Bien que la crise se présente sous une symptomatologie multiple en raison de la nature subjective de l'évènement, certains comportements caractéristiques ont été identifiés. Ces derniers incluent entre autres les comportements hétéroagressifs (dirigé vers autrui) dont la prévalence en milieu hospitalier se situe entre 14 et 20% (Iozzino et al., 2015) et les comportements autoagressifs (dirigé vers soi) tels les tentatives de suicide qui sont responsables de près d'un tiers de consultations à l'urgence (Barratt et al., 2016). Or, vu la nature subjective de la crise, peu de données concernant la prévalence existe actuellement dans la littérature ce qui rend difficile l'appréciation de l'impact des situations de crises au Québec. Par contre, selon l'Institut national de la santé publique du Québec (2019), l'urgence est le premier lieu de consultation pour une situation de crise psychiatrique ou psychosociale, la prévalence de consultation se situant entre 6 et 10% (Fleury et al., 2018). Une étude québécoise a aussi rapporté une utilisation des services communautaires dans un centre de crise situé dans la région métropolitaine de Québec chez 6010 personnes en 2018-2019 (Centre de crise de Québec, 2019). Ces différentes statistiques

permettent donc de constater une prévalence importante de crise en santé mentale à travers ces manifestations comportementales, mais ces dernières ne sont pas exclusives.

En effet, bien que la prévalence des crises en psychiatrie soit peu documentée, de nombreuses études font état des conséquences possibles d'un passage à l'acte pour la personne, ses proches et le personnel soignant. Pour la personne, cette expérience peut être grandement traumatisante et occasionner de lourdes conséquences incluant une diminution significative de la condition mentale, de la détresse psychologique, l'utilisation des mesures de contrôle et la judiciarisation (Jakubec, 2014; SAMHSA, 2020). En effet, la tension occasionnée par une situation de crise peut entraîner une diminution du fonctionnement général chez la personne, une incapacité à répondre à ses besoins de base, des céphalées, une perte de l'appétit et des tremblements (Jakubec, 2014). Aussi, les situations de crise dans lesquelles la personne présente un risque pour elle-même ou pour les autres, peuvent engendrer l'utilisation de mesures coercitives, incluant la contention chimique, physique, l'isolement et l'hospitalisation involontaire (de Jong et al., 2016). Bien que ces dernières soient utilisées en dernier recours pour une personne présentant une désorganisation importante liée à une situation de crise, la prévalence des mesures de contrôle au Québec demeure élevée, soit 23% pour l'isolement et 17,5% pour la contention mécanique (Dumais et al., 2011). De nombreuses recherches se sont penchées sur les effets néfastes et les enjeux éthiques de l'utilisation de telles mesures (Chieze et al., 2019; Cusack et al., 2018; Paradis-Gagné et al., 2021). Parmi les conséquences, on note entre autres le risque de blessure, de thrombose veineuse, de mort, le sentiment d'injustice, la détresse, le trouble de stress post-traumatique, une perte de confiance envers le personnel médical, et une augmentation de la stigmatisation des personnes ayant un trouble de santé mentale (Chieze et al., 2020; Rüsçh et al., 2014; Zheng et al., 2019). En plus d'entraîner l'utilisation des mesures de contrôle, le passage à l'acte hétéro-agressif peut aussi engendrer une intervention policière entraînant la judiciarisation de la personne en crise affectant du même coup sa trajectoire de soins (Crocker et al., 2015).

Ensuite, l'hospitalisation involontaire découlant des manifestations de comportements hétéroagressifs ou autoagressifs, est responsable de 70,4% des hospitalisations en santé mentale (Lebenbaum et al., 2018). En plus de représenter une restriction des droits de la personne soignée (Lay et al., 2012), elle entraîne de nombreuses conséquences pour les proches de la personne en

crise et au niveau du système de santé, principalement en ce qui a trait au syndrome de la porte tournante. En effet, l'hospitalisation involontaire d'une personne en crise est l'un des trois motifs de consultation aux urgences pouvant expliquer le phénomène de la porte tournante (Pelletier-De Rico, 2020), ce dernier se définissant par l'usage fréquent des services de santé par les personnes ayant des troubles de santé mentale (LaCalle et Rabin, 2010). Le phénomène de la porte tournante a un grand impact au niveau organisationnel, car il peut occasionner une surcharge du système de santé ce qui peut, à son tour, avoir un impact sur la qualité des soins offerts (Pelletier-De Rico, 2020) et aggraver la problématique initiale. Ensuite, puisque l'hospitalisation involontaire est fréquemment initiée par les proches, de nombreuses répercussions se font sentir sur ces derniers. En effet, étant souvent les premier.ère.s à observer le surgissement de la crise, les proches peuvent se retrouver à vivre les mêmes émotions négatives que la personne elle-même, ce qui peut occasionner un sentiment de détresse et d'impuissance (Rüsch et al., 2014). Selon Hogan et Goldman (2021) le recours à l'hospitalisation involontaire peut altérer grandement la relation thérapeutique entre la famille et les professionnels soignants ce qui engendre une plus grande difficulté à intervenir adéquatement en collaboration avec la personne soignée. Aussi, l'intensité des événements précipitant l'escalade de la situation de crise peut avoir de lourdes conséquences sur les relations entre la personne et ses proches, principalement en ce qui a trait à la force de son réseau de soutien (Jakubec, 2014).

Bien que les conséquences des situations de crises soient largement discutées dans la littérature, la prise en charge de ces dernières demeure peu efficace (Séguin et al., 2021). En effet, plusieurs auteur.trice.s soulignent l'importance de bien comprendre les éléments déclencheurs et les manifestations cliniques de la personne en crise (Séguin et al., 2021; Yeager et Roberts, 2015). Or, cette étape de la prise en charge présente un défi principalement en lien avec le caractère aigu de la crise et de la désorganisation importante de la personne (Ferrari et al., 2018).

Afin de cibler les facteurs pouvant influencer la survenue d'une situation de crise, des écrits soulignent l'importance de l'implication de la personne qui la subit dans ce processus (Organisation mondiale de la santé, 2021). D'ailleurs, de multiples témoignages et récits expérientiels de personnes ayant vécu des situations de crise et ayant été hospitalisées en milieu

psychiatrique, soulignent le sentiment d'injustice et un besoin criant d'intervention collaborative et plus éthique (Allott et al., 2002; Priebe, 2016). Différents mouvements sont nés de ces récits expérientiels et ont stimulé un changement important au niveau du modèle d'intervention à privilégier en matière de gestion de crise. En effet, Séguin et al. (2021) soulignent que l'approche traditionnelle met l'accent sur la prise en charge pharmacologique de la personne présentant une crise, alors que l'approche actuellement privilégiée est davantage systémique et vise l'accompagnement de la personne autant au niveau de ses défis d'ordre pathologique que de son système familial et communautaire. En d'autres mots, ce changement paradigmatique en santé mentale se manifeste principalement par une mise en avant plan de l'expertise de la personne avec un trouble de santé mentale et par l'augmentation de l'implication de cette dernière dans les décisions relatives aux soins et traitements (Nott et al., 2018). Cette approche est d'ailleurs soutenue par les dernières recommandations des Nations Unies (2008) dans la *Convention collective des droits des personnes handicapées* qui met en avant plan la promotion du droit de l'usager.ère en santé mentale au consentement libre et éclairé ainsi que son droit de prendre des décisions relatives à ses soins et traitements.

En réponse à ce besoin, différentes interventions ont vu le jour en matière de gestion et de prévention de la crise débutant par l'implantation des centres de crises au début du 20^{ième} siècle jusqu'à la mise en place d'interventions par téléphone et, plus récemment, par Internet (Yeager et Roberts, 2015). Parmi ces interventions, on retrouve aussi les plans de crise, décrits comme des interventions brèves novatrices ayant pour objectif la prévention et la prise en charge rapide des situations de crise.

À ce jour, différents modèles de plans de crise sont proposés dans la littérature incluant entre autres le plan de sécurité (Stanley et Brown, 2012), les directives anticipées (Maître, 2018), et le plan de crise conjoint (Ferrari et al., 2018; Thornicroft et al., 2013). Selon Ferrari et al. (2018), les plans de crise pourraient permettre de favoriser l'alliance thérapeutique et l'autonomisation de la personne soignée. Cette proposition est d'ailleurs soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021) qui, dans ses dernières recommandations concernant la prise en charge des personnes ayant un trouble de santé mentale, souligne la pertinence des plans de crise d'une part pour favoriser une meilleure alliance thérapeutique entre l'usager.ère et l'équipe de soins, mais

aussi pour s'assurer d'être en mesure de mieux prévenir ou résoudre une crise future. À ce jour, ce type d'intervention est d'ailleurs la seule ayant été démontrée efficace pour diminuer le taux d'hospitalisations involontaires lié au phénomène des crises en santé mentale (de Jong et al., 2016). Aussi, ce type d'intervention, mettant l'accent sur le partenariat entre l'utilisateur et l'équipe de soins, place le personnel infirmier dans un rôle clé quant à la promotion de l'autonomisation de la personne et à l'implication de cette dernière dans ses soins et traitements. En effet, plusieurs études ont démontré que la collaboration avec le personnel infirmier dans la complétion et la mise en place du plan permet de renforcer la relation thérapeutique et de soutenir l'autonomisation de la personne favorisant ainsi son processus de rétablissement (Leamy et al., 2011; Lonsdale et Webber, 2021; Michaud et al., 2021). En ce sens, la complétion d'un plan de crise en partenariat avec la personne permet à l'infirmier.ère de s'engager dans un but commun de soins et traitements (Tondora, 2014).

Parmi les plans de crise proposés dans la littérature, le plan de sécurité principalement étudié par Stanley et Brown (2012) vise le plus souvent la prévention du risque suicidaire chez les personnes présentant une crise autoagressive. Pour sa part, le plan de crise conjoint initialement proposé par Thornicroft et al. (2013) vise davantage la crise psychopathologique et a principalement été étudié auprès des personnes atteintes de schizophrénie. Son efficacité a aussi été relevée auprès des personnes atteintes d'un trouble bipolaire et d'un trouble de la personnalité (Borschmann et al., 2013; Ruchlewska et al., 2016). Enfin, les directives anticipées psychiatriques, qui représentent la seule forme de plan de crise ayant une valeur légale, ont également été mises en place auprès de la clientèle ayant un trouble de santé mentale grave incluant la schizophrénie et les troubles bipolaires (Maître, 2018). À notre connaissance, plusieurs initiatives ponctuelles semblables à ces plans ont aussi été proposées dans différents hôpitaux du Québec incluant entre autres le plan de sécurité (Larue, non publié; Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, 2019) et le plan proactif (Paradis-Gagné et al., 2018), mais leur acceptabilité et leurs retombées n'ont pas été évaluées.

Bien que chacun des plans de crise recensés paraisse viser un type de crise ou une pathologie précise, un examen de ces différentes interventions permet de constater qu'ils semblent tous avoir pour objectif de permettre à la personne de cibler les éléments déclencheurs et les

interventions personnelles et d'équipe pouvant aider à prévenir ou à gérer une situation de crise. Ils partagent donc des buts et des contenus très semblables. Des écrits récents ont d'ailleurs montré l'implantation de certains plans de crise dans des contextes différents que leur intention initiale, soulignant ainsi l'applicabilité et la transférabilité potentielle de ces derniers dans d'autres contextes de crise (McGarity et al., 2021; Michaud et al., 2021). Ces différents plans de crise semblent donc suggérer, comme l'indiquent Ferrari et al. (2018) dans leur définition du plan de crise conjoint, que ces interventions visent l'implication de la personne soignée dans les décisions et interventions mises en place lors d'une situation de crise. Or, à notre connaissance, aucun.e chercheur.euse ne s'est penché sur l'examen et la comparaison de ces différents modèles de plans. Il n'existe donc actuellement aucun consensus sur la définition d'un plan de crise, ainsi que sur ses modalités ce qui rend difficile l'évaluation de ses retombées réelles pour les usager.ère.s en santé mentale. L'examen des différents modèles de plans de crise pourrait permettre d'en clarifier le but et les modalités afin de fournir des recommandations aux milieux offrant des soins en santé mentale.

Le but de cette étude est de dresser l'état des connaissances sur les plans de crise en santé mentale adulte à l'aide d'une revue de la portée. Les questions de recherche sont : Qu'est-ce qu'un plan de crise? Quelles sont ses retombées?

Chapitre 2 – La recension des écrits

Ce chapitre a pour objectif de décrire l'état actuel des connaissances sur les différents concepts centraux de ce projet afin d'appuyer la pertinence de conduire une étude de la portée sur les plans de crise en psychiatrie. Pour ce faire, une présentation de l'état actuel de connaissances sur la conceptualisation de la crise et la typologie associée amorcera cette section afin de permettre de statuer sur la définition employée tout au long du mémoire. Par la suite, les conséquences de la crise seront présentées afin de mettre en lumière l'ampleur de l'enjeu et l'importance de s'intéresser à ce phénomène. Finalement, les interventions de prévention de la crise en santé mentale, dont font partie les plans de crise, seront décrites.

La conceptualisation de la crise en psychiatrie

À ce jour, l'utilisation du mot crise est courant dans le langage populaire et dans la littérature académique. En effet, que ce soit auprès d'un.e enfant qui crie et pleure à la suite d'un refus, ou une personne adulte qui démontre un fort mécontentement, on semble caractériser toute communication d'émotion négative de manière expansive comme une démonstration d'une situation de « crise » (Séguin, 2021). De cette généralisation de la situation de crise à tout événement entraînant un dérangement émotionnel provient cette banalisation du processus de l'escalade de comportements liés à la crise. Or, bien que chaque événement difficile ou particulièrement stressant n'entraîne pas une situation de crise, il semble essentiel de s'attarder avec attention aux éléments permettant de caractériser cette dernière.

Fondements historiques et théoriques

Selon Yeager et Roberts (2015) le concept de la crise remonte à 400 ans avant J.-C. où le médecin et philosophe Hippocrate définissait la crise comme un état soudain mettant gravement la vie en danger. Or, ce n'est qu'au début des années 1900 que l'intervention de crise a été conceptualisée à la suite de deux incidents où deux jeunes adultes ont perdu la vie par suicide (Black et Flynn, 2021). C'est à la suite de ces deux événements, en 1906, qu'Harry Marsh Warren, ministre de New-York fonde le premier centre de crise nommé le *Save-a-life-League* (Black et Flynn, 2021). Il

a alors distribué des annonces dans les journaux locaux, invitant toute personne ayant des idées suicidaires à le contacter dans le but de leur rendre visite et discuter avec eux (Black et Flynn, 2021).

Cependant, ce n'est qu'en 1944 qu'un médecin, Dr. Enrich Lindemann, s'est penché sur le concept de la crise. À la suite d'un incendie ayant causé la mort de 492 personnes, Dr. Lindemann propose une première conceptualisation de la crise en basant cette dernière sur ses observations de l'expérience et de la symptomatologie du processus de deuil des survivants.es ainsi que des membres de la famille des victimes (Yeager et Roberts, 2015). Par la suite, son collègue, le Dr. Gerald Caplan (1956), poursuit ses travaux en proposant une conceptualisation plus large de la crise allant des traumatismes liés à la naissance jusqu'à la mort. Dans ses premiers écrits (1956, 1961), il décrit la crise comme une période durant laquelle une personne se trouve en déséquilibre en raison d'une situation venant perturber son homéostasie et la plaçant dans une situation où ses méthodes de résolution de problème ne sont plus suffisantes. La personne, dans l'objectif de retrouver un état d'équilibre, entreprend différentes méthodes de résolution de problème entraînant un état prolongé de débalancement et provoquant ainsi une situation de crise. Afin de développer davantage ce concept, Caplan propose pour la première fois, en 1964, les fondements théoriques et interventionnels de la crise. Ce dernier définit la crise comme :

« Un état où l'individu fait face à un obstacle, à un besoin fondamental de satisfaction, et dont les circonstances sont telles qu'elle est insurmontable par les méthodes de résolution de problèmes habituelles. Cette période est suivie par une augmentation de la tension résultant une désorganisation et un déséquilibre de l'homéostasie pouvant se traduire par un sentiment d'impuissance et d'incapacité. » [Traduction libre] (Caplan, 1964, p. 39-40)

Le conception de la crise, proposée par Caplan (1964) est aujourd'hui, la définition sur laquelle se basent de nombreux auteurs et autrices pour leurs guides d'intervention de crise (Séguin et al., 2021; Yeager et Roberts, 2015). En effet, ses fondements historiques semblent faire consensus au sein des différentes disciplines en santé mentale. Or, d'autres auteurs.trices s'y sont tout de même penchés.es et y ont proposé des bonifications. Bien que Caplan (1964) ait brièvement élaboré sur la nature subjective d'une crise en proposant que cette dernière soit issue d'un débalancement des ressources de la personne par rapport à la situation, c'est en se

basant sur ses travaux non publiés que Rapoport (1962) développe pour la première fois sur la nature et les caractéristiques des événements entraînant la situation de crise. Selon cette autrice, la situation de crise provient davantage de la perception qu'a l'individu de l'événement plutôt que l'événement en soi. Parad (1971, p. 171), l'un des auteurs clés dans l'intervention de crise autoagressive, ajoute que : « La crise n'est pas la situation en elle-même, mais plutôt la perception et la réaction de la personne à cette dernière » [Traduction libre].

Ainsi, selon Yeager et Roberts (2015), différents éléments peuvent caractériser une personne en crise, soit la perception d'un événement comme important et stressant, l'impossibilité de modifier ou diminuer l'impact de l'évènement par les stratégies d'adaptation déjà en place, l'augmentation de la peur, tension et/ou confusion, un haut niveau d'inconfort subjectif et l'escalade rapide vers un état actif de crise ou d'état de déséquilibre. En ce sens, Séguin (2021) propose que l'ensemble des écrits portant sur le sujet semblent indiquer tout d'abord la présence d'un événement perturbateur, ce qui explique que la majorité des interventions de crise se centrent sur ce dernier.

La définition de la crise de Caplan est utilisée par plusieurs auteurs et autrices clés de l'intervention de crise, et ce dans plusieurs disciplines. En effet, de nombreux auteurs.trices contemporains.es, incluant Séguin et al. (2021), Yeager et Roberts (2015) et Black et Flynn (2021) ont basé leur modèle d'intervention sur ces fondements théoriques. Ainsi, par ses assises théoriques solides et par son caractère inclusif, elle sera privilégiée pour encadrer l'ensemble de ce mémoire.

La trajectoire de la crise et typologies proposées

Différents modèles théoriques ont été proposés pour répondre au besoin d'orientation des services d'intervention de crise. Afin de bien comprendre l'évolution de la théorie de la crise, il semble essentiel de se pencher, en premier lieu, sur la trajectoire proposée par Caplan (1964) qui, rappelons-nous, a guidé la création de nombreux modèles d'interventions récents.

Dans sa définition, Caplan (1964) propose une trajectoire hiérarchisée selon une progression d'intensité en quatre étapes débutant par l'augmentation de la tension provenant de

l'évènement précipitant la crise. La deuxième étape réfère à l'augmentation de la tension et la perturbation de la vie quotidienne en raison de l'incapacité de résoudre la crise rapidement et l'augmentation de la crise jusqu'à un niveau de désorganisation entraînant un passage à l'acte (Caplan, 1964). L'étape finale implique deux avenues possibles, soit la désorganisation ou la résolution de la crise par l'acquisition de nouvelles stratégies d'adaptation (Caplan, 1964).

En réponse à la trajectoire proposée par Caplan (1964), certains écrits proposent qu'il est impossible de statuer sur des manifestations précises de la crise en raison du caractère subjectif de cette dernière (Séguin et al., 2021). En effet, selon ces auteurs.trices, le fait de proposer une trajectoire unique pourrait être limitant pour les intervenants.es, car les différentes étapes du continuum d'intensité ne sont pas exclusives ni linéaires ce qui rend le choix d'intervention difficile (Baldwin, 1978; Séguin et al., 2021). Parmi ces auteurs.trices, on trouve entre autres Baldwin (1978, p. 540-547) qui propose une typologie de la crise sous six catégories, soit la crise dispositionnelle, la crise de transition de vie anticipée, la crise résultant d'un traumatisme, la crise développementale, la crise psychopathologique et la crise d'urgence psychiatrique [Traduction libre]. Selon cet auteur, la classification des types de crises faciliterait l'orientation des intervenants.es dans le choix d'intervention à privilégier pour la personne en crise. Plus récemment, cette proposition s'est vue critiquée puisque la crise est maintenant vue comme un processus personnel et unique, ce qui rend contradictoire la proposition d'une symptomatologie unique. En réponse, Séguin et al. (2021) ont proposé une typologie plus inclusive de trois types de crises se chevauchant, soit la crise psychosociale, la crise psychotraumatique et la crise psychopathologique. La crise psychosociale, dont l'évènement déclencheur est une situation de déséquilibre, représente le type de crise qui peut être aisément résolu si la personne reçoit le soutien adéquat (Séguin et al., 2021). La crise psychotraumatique, pour sa part, provient d'un incident de nature traumatique menaçant l'intégrité physique, sexuelle ou mentale de la personne (Séguin et al., 2021). Finalement, la crise psychopathologique, qu'on retrouve le plus fréquemment en contexte de santé mentale, est la crise d'ordre psychiatrique fréquemment déclenchée par la vulnérabilité personnelle et pathologique de la personne expliquant ainsi la nature de l'escalade de comportements et la plus faible disposition aux mécanismes d'adaptation efficaces (Séguin et al., 2021).

Ainsi, à la lecture de ces différentes propositions de trajectoire et de typologies de la crise, on constate qu'une certaine incohérence subsiste. En effet, la typologie orientée vers une catégorisation plus inclusive des types de crises proposée par Séguin et al. (2021) semble actuellement privilégiée au Québec. Or, la catégorisation des types de crises sous trois catégories distinctes comportant leur symptomatologie typique et leur catégorie d'interventions semble incohérente avec le postulat de départ mettant en évidence le besoin de proposer une typologie inclusive et respectant le caractère subjectif de la crise. Par exemple, la catégorisation des types de crises et de leur symptomatologie pourrait être limitante dans l'intervention auprès d'une personne présentant plusieurs types de crises ou plusieurs diagnostics concomitants. Dans le même ordre d'idée, cette catégorisation des types de crises est aussi incohérente avec la perspective du rétablissement dont les postulats se centrent aussi sur le processus subjectif de l'expérience de santé de la personne. Ainsi, en concordance avec la définition de la crise proposée par Caplan (1964) et la perspective du rétablissement qui constituent les assises théoriques et disciplinaires de ce mémoire, les différentes typologies proposées ne seront pas considérées dans la réalisation de ce projet de recherche.

La prévalence de la crise au Québec

Selon Caplan (1964), la crise est causée par un événement ou la personne ne possède pas les ressources nécessaires pour y faire et entraînant un débalancement de l'homéostasie. La nature de l'événement n'étant pas gage de situation de crise, il est normal de constater qu'aucune donnée ne permet, à notre connaissance, d'apprécier la prévalence de la crise dans son ensemble. Un second facteur rendant difficile l'évaluation de la prévalence réelle des crises est la multitude de services disponibles. En effet, les situations de crises sont interceptées par plusieurs types de milieux, incluant les centres de crises, les centres téléphoniques et les salles d'urgence. Dans le cadre de cette recension des écrits, nous discuterons de plusieurs types de données disponibles afin de dresser un portrait permettant d'apprécier la prévalence de la crise au Québec.

En ce qui a trait à la crise en milieu intrahospitalier, selon l'INSPQ (2019), l'urgence est le premier endroit de consultation pour les personnes en situation de crise. En effet, en Amérique du Nord, 4 à 12% des consultations à l'urgence sont pour des motifs psychiatriques. Le Québec s'inscrit

d'ailleurs dans cette moyenne avec une prévalence de 6% en 2016-2017 (Fleury et al., 2018). Selon ces mêmes données, 865 000 personnes ont obtenu un diagnostic de trouble de santé mentale en 2014-2015 et 39% de ces personnes avaient consulté les services d'urgence (Fleury et al., 2018). Une étude britannique a d'ailleurs mis en lumière que 27% des personnes consultant l'urgence pour une situation de crise psychiatrique étaient référées par des centres de crise alors que 61,9% étaient amenées en ambulance et 4,6% par la police (Baracaia et al., 2020). Bien que ces données nous permettent de supposer une prévalence importante de crise en psychiatrie, chaque consultation à l'urgence pour un motif psychiatrique n'indique pas nécessairement une crise. Elles demeurent donc à interpréter avec prudence.

Aussi, une façon indirecte d'apprécier la prévalence des situations de crise est de s'attarder à la prévalence de ses manifestations. Selon une revue systématique conduite par Barratt et al. (2016) dans cinq pays européens, près d'un tiers des consultations à l'urgence ont pour motif des crises autoagressives alors qu'entre 14 et 20% des personnes hospitalisés en psychiatrie ont présenté au moins un comportement hétéroagressif (Iozzino et al., 2015). Le Québec, ne présentant que depuis très récemment des données sur l'utilisation des services en psychiatrie, ne fait actuellement pas état des motifs de consultations (INSPQ, 2019). Par contre, une étude ontarienne a mis en lumière que 74,1% des personnes hospitalisés en psychiatrie avaient été soumis à une hospitalisation involontaire, l'une des conséquences possibles des manifestations de la crise (Lebenbaum et al., 2018).

Au niveau des services de crise externes, aucune donnée ne permet, à notre connaissance, de dresser un portrait de l'utilisation des services. Par contre, un centre de crise de Québec a constaté que 6010 personnes ont utilisé les services de crises en un an, dont 596 interventions par téléphone, 37 déplacements de l'équipe d'intervention mobile et 47 utilisations d'hébergements de crise (Centre de crise de Québec, 2019).

Ainsi, bien que les données présentées ne permettent pas de dresser un portrait exact des situations de crises au Québec, il est possible de supposer une grande prévalence. Il semble dès lors essentiel de se pencher davantage sur l'utilisation des services et les motifs y étant associés dans les services intra hospitaliers et externes afin d'adapter l'offre de services.

Les conséquences de la crise

Bien que la prévalence des situations de crise soit peu documentée, les conséquences quant à elles le sont largement. En effet, les crises ont des conséquences sur la personne, sur les proches, sur les intervenant.e.s ainsi que le système de santé.

Pour la personne, bien que chacun ne réponde pas de la même façon à une situation de stress intense, les conséquences peuvent grandement affecter son expérience de soins (Séguin et al., 2021). Parmi ces conséquences, la phase de désorganisation, c'est-à-dire la phase qui précède la crise et fréquemment caractérisée comme une période de stress intense, engendre une réaction en chaîne au niveau de différents neurotransmetteurs entraînant à leur tour la sécrétion d'adrénaline et d'autres hormones (Chrousos et Gold, 1992; Yeager et Roberts, 2015). Ces messages neurochimiques génèrent une réponse physiologique sous forme d'augmentation de la fréquence cardiaque, une dilatation des pupilles et une réaction d'alerte (Chrousos et Gold, 1992). Cette période d'hyperactivité amène à son tour des conséquences sur la capacité de la personne à effectuer ses activités de la vie quotidienne et maintenir son niveau de vie (Jakubec, 2014). Cette expérience peut aussi entraîner une importante détresse et souffrance psychologique, de la colère, de l'anxiété et un état dépressif (Jakubec, 2014).

À la suite du maintien de cet état de stress intense pour une longue période, un passage à l'acte peut s'en suivre se manifestant entre autres par le surgissement d'un comportement autoagressif ou hétéroagressif (Séguin et al., 2021). Dans ce contexte, pour préserver la sécurité de la personne et des autres, l'utilisation de mesures de contrôle peut s'avérer essentielle. En effet, la contention et l'isolement sont des mesures exceptionnelles mises en place pour préserver la sécurité d'une personne qui présente un danger pour elle-même ou pour les autres (Gouvernement du Québec, 2015). Bien que de nombreuses méthodes alternatives sont mises en place pour désamorcer la crise, leur utilisation demeure chez près d'un tiers (23%) des personnes hospitalisées en psychiatrie au Québec (Dumais et al., 2011). L'utilisation de telles mesures comporte aussi son lot de conséquences. Notamment, l'Organisation des Nations Unies (ONU) s'est positionnée, en 2019 en proposant une réduction de l'utilisation des mesures coercitives à des mesures exceptionnelles, le Rapporteur des Nations unies les qualifiant même

de potentielles méthodes de torture modernes (Méndez, 2013). Parmi les conséquences, on note entre autres, les risques de blessures, de mortalité, de détresse, de trouble de stress post-traumatique en plus de l'impression de punition, de perte d'autonomie, de stigmatisation et de perte de confiance envers le personnel médical (Chieze et al., 2019; Raveesh et al., 2019; Zheng et al., 2019).

Dans une situation d'hétéro-agressivité, où la crise n'est pas interceptée rapidement, l'implication de la police peut être de mise pour assurer la sécurité de la personne et de son entourage, ce qui peut engendrer la judiciarisation de la personne. Cette judiciarisation peut conduire vers un parcours carcéral, moins orienté vers le soins (Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), 2020). Or, plusieurs auteur.trice.s ont mis en lumière que l'accompagnement et la qualité des soins offerts aux usager.ère.s judiciarisé.e.s pouvait différer en raison de la plus faible disponibilité des lits d'hospitalisation et des services spécifiques en psychiatrie légale (Crocker et al., 2010).

Les conséquences de la trajectoire de la personne, tout comme les conséquences de la crise en soit, sont aussi importantes pour la famille. En effet, les proches de la personne en crise sont susceptibles de vivre des traumatismes, de l'anxiété, de la détresse, en plus d'être à risque de subir des actes de violence (Jakubec, 2014). En situation de crise, les proches de la personne peuvent également être contraints de faire appel à des services d'urgence policière ou médicale, qui peinent à répondre adéquatement aux besoins de la personne en crise (Hogan et Goldman, 2021). Plusieurs auteur.trice.s mentionnent d'ailleurs que l'ébranlement des proches occasionné par la récurrence des crises peut à son tour entraîner une réticence à s'engager dans les soins et traitements de la personne en crise (Drolet-Dostaler, 2016; Lequin et al., 2021).

Au niveau du système de santé, la prise en charge des situations de crise comporte aussi son lot de conséquences, principalement en raison du fait que ces dernières sont la première source de consultations répétées à l'urgence (Pelletier-De Rico, 2020). Le phénomène de la porte tournante, bien connu des gestionnaires des milieux hospitaliers depuis la désinstitutionalisation au Québec dans les années 1960 et 1970, entraîne de lourdes conséquences sur le système de santé incluant une augmentation des frais engendrés, une augmentation du taux

d'hospitalisation ainsi que des délais dans les offres de services (Gobbicchi et al., 2021; Pelletier-De Rico, 2020). C'est aussi principalement en raison de ce phénomène grandissant que l'intérêt pour les interventions de prévention de la crise a augmenté depuis les dernières décennies.

Les interventions de prévention de la crise en santé mentale

En réponse au besoin d'interventions spécifiques à la prévention de la crise en santé mentale, le Plan d'action en santé mentale proposé en 1998 et révisé en 2005, en 2015 et en 2022 (Ministère de la santé et des services sociaux, 2022) a permis l'implantation de différents services, incluant entre autres les équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD) et la gestion de cas à caractère intensif. La section suivante présentera de façon plus précise les interventions de crise actuellement disponibles au Québec suivant la trajectoire de soins d'une personne ayant un trouble de santé mentale, c'est-à-dire des services communautaires jusqu'aux services intrahospitaliers, excluant la judiciarisation.

En milieu communautaire, trois types de services de crise sont disponibles : les interventions de crises à court terme, les consultations téléphoniques psychosociales et les équipes d'interventions de crise dans la communauté (Gouvernement du Québec, 2017). Ces services, offerts de concert avec les centres de crises et les unités d'urgences hospitalières permettent d'accompagner la personne dans l'ensemble de sa trajectoire de soins.

Le Guichet d'accès en santé mentale (GASM) responsable de la liaison entre les services communautaires et les services hospitaliers est aussi une porte d'entrée permettant l'accès à des services en santé mentale. Or, malgré le déploiement de ces services, l'urgence demeure le premier lieu de consultation d'une personne en crise (INSPQ, 2019). Après l'arrivée à l'urgence psychiatrique par les services de crises, les services policiers ou l'ambulance, peu d'interventions sont disponibles pour accompagner une personne en crise. En effet, l'intervention de crise en milieu hospitalier demeure un défi en raison du manque d'études empiriques rendant difficile l'appréciation de leur efficacité et limitant la justification derrière leur mise en place (de Jong et al., 2016; Golan, 1998; Séguin et al., 2021).

L'une des interventions de crise initiée en milieu hospitalier démontrant le plus de résultats positifs et faisant état de plus en plus d'études depuis la fin des années 1990 est le plan de crise. L'Organisation mondiale de la santé (2021) en a d'ailleurs souligné la pertinence dans sa publication portant sur les meilleures pratiques en santé mentale. Bien qu'il soit davantage initié en contexte hospitalier, le plan de crise est un outil personnalisé qui vise l'accompagnement de la personne dans l'ensemble de son expérience de soins en lui permettant de participer aux décisions relatives à ses soins et traitements dans une perspective de rétablissement.

Les plans de crise

Contexte

Dans la littérature, il existe actuellement de nombreux modèles de plans de crises sous différentes nomenclatures et différents objectifs rendant difficile l'appréciation de l'étendue des connaissances actuelles. Certaines catégories de plans de crise demeurent cependant plus étudiées : les directives anticipées psychiatriques, le plan de crise conjoint et le plan de sécurité. Cette section représente une analyse rapide mais non systématique de la littérature.

Les directives anticipées psychiatriques

Les directives anticipées psychiatriques sont l'une des premières formes de plan de crise introduit dans les soins en santé mentale. Aux États-Unis, ce modèle de plan découle des initiatives suivant la désinstitutionalisation en psychiatrie, soit la Loi sur les soins communautaires (*Community care act*) et la Loi sur l'autodétermination des patient.e.s (*Patient Self-Determination Act*) dans les années 1990 (Atkinson, 2007; Murray et Wortzel, 2019). Plusieurs pays, incluant l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Canada et la majorité des pays de l'Union européenne ont suivi la cadence en proposant aussi les directives anticipées comme moyen de mettre l'accent sur les nouveaux modèles de pratique exemplaires et favoriser l'autodétermination en psychiatrie, basant entre autres leur modèle sur le testament psychiatrique (*psychiatric will*) proposé par Szasz en 1982 (Donnelly, 2017; Nicaise et al., 2013; Szasz, 1982). Dans la littérature, les directives anticipées sont généralement présentées comme un document légal permettant à la personne de manifester ses désirs et préférences en matière de soins et traitements pour un moment où elle

ne serait plus en mesure de le faire (Murray et Wortzel, 2019). Par contre, plusieurs écrits soulèvent une divergence dans les objectifs proposés par les auteurs européens et américains (Campbell et Kisely, 2009). En effet, la directive anticipée dite « classique », plus communément utilisée aux États-Unis ne réfère pas explicitement à la notion de crise, mais plutôt à la notion d'incapacité en raison de la détérioration des symptômes psychiatriques (Murray et Wortzel, 2019). De son côté, la proposition européenne stipule explicitement la notion de situation de crise (Atkinson, 2007; Nicaise et al., 2013) ou de situation d'urgence (Maître et al., 2013). Bien que les directives anticipées ne soient pas activement utilisées au Québec, la définition canadienne proposée par Ambrosini et Crocker (2007) concorde davantage avec la définition européenne, énonçant un rapport précis avec une situation de crise en santé mentale. Parmi les rubriques typiques d'une directive anticipée, on note entre autres les décisions relatives à l'hospitalisation, la médication, l'utilisation des mesures de contrôle, et parfois la nomination d'un représentant pour la gestion des effets personnels, financiers et médicaux, bien que cette dernière composante soulève un dilemme éthique concernant les droits de la personne soignée (Campbell et Kisely, 2009; Nicaise et al., 2013). Aussi, en raison de la valeur légale de ce document, il doit nécessairement être complété avec la collaboration d'un représentant de la loi; or, la participation de la personne soignée n'est pas spécifiée dans tous les écrits, ce qui soulève aussi des questionnements éthiques (Nicaise et al., 2013). Parmi les retombées positives de l'intervention, on observe une augmentation pour la personne soignée de l'autodétermination, de l'autonomie, de la relation thérapeutique ainsi qu'une diminution des iniquités sociales (Campbell et Kisely, 2009; Nicaise et al., 2013; Stephenson et al., 2020).

Or, bien que cette intervention présente plusieurs effets positifs pour la personne, elle demeure peu utilisée et peu documentée (Campbell et Kisely, 2009; Nicaise et al., 2013; Stephenson et al., 2020). Selon la revue systématique conduite par Nicaise et al. (2013) faisant état de 47 études portant sur cette intervention, la principale limite justifiant la faible utilisation de l'intervention concerne son opérationnalisation. En effet, en raison de la multitude des objectifs possibles provenant des propositions américaines et européennes incluant entre autres la prévention de la crise, la planification à long terme, l'intervention d'urgence ou la diminution du recours aux mesures coercitives, cette intervention semble difficile à appliquer et évaluer (Nicaise et al.,

2013). Ces auteur.trice.s soulèvent cependant que l'une des formes de directive anticipée ayant montré le plus de résultats positifs est le plan de crise conjoint (PCC) visant spécifiquement la prévention de la crise (Nicaise et al., 2013).

Le plan de crise conjoint

Le PCC, initialement identifié par le concept de « carte de crise » (*crisis cards*), a majoritairement été étudié par Sutherby et al. (1999) et constituerait la forme la plus récente de directives anticipées (Nicaise et al., 2013). À la suite de cette première proposition, Henderson et al. (2004) se sont appuyés sur l'expérience de personnes ayant fait l'usage de cartes de crise pour proposer un document plus extensif et répondant davantage aux besoins de ces derniers. Cette intervention a par la suite été étudiée par plusieurs auteur.trice.s dans différents pays incluant la Suisse, la France l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande (Ferrari et al., 2018; Henderson et al., 2004; Thornicroft et al., 2013). Le PCC est une déclaration anticipée et négociée permettant à la personne de manifester ses préférences en matière de traitements en prévention de la survenue d'une crise ultérieure, son objectif principal étant de favoriser l'autodétermination de la personne dans la détection des signes et symptômes de la crise (Ferrari et al., 2018; Thornicroft et al., 2013). À contrario des directives anticipées, cette intervention n'a pas de valeur légale et doit obligatoirement être complétée en collaboration avec la personne ayant un trouble de santé mentale (Ferrari et al., 2018). Cette intervention, majoritairement étudiée auprès des personnes schizophrènes, comporte de nombreuses retombées positives incluant l'amélioration de la relation thérapeutique, l'*autonomisation* et l'autodétermination de la personne soignée (Ferrari et al., 2018; Henderson et al., 2004). Or, bien que la nature très précise de la clientèle visée par l'intervention pourrait être considérée comme une limite, cette dernière a aussi été étudiée auprès d'autres clientèles incluant les personnes présentant un trouble de personnalité limite (Borschmann et al., 2013) et auprès de personnes en dépression (Ruchlewska et al., 2016), suggérant un éventail plus large d'applications que celles actuellement considérées. D'ailleurs, l'étude de Borschmann et al. (2013) qui a eu lieu au Royaume-Uni auprès de 88 personnes présentant un trouble de la personnalité limite a mis en lumière qu'il était non seulement possible de transposer cette intervention à cette clientèle, mais qu'elle améliorerait leur gestion des comportements autoagressifs et renforçait la relation thérapeutique avec l'équipe soignante.

Plusieurs limites ont cependant été relevées par différents auteurs et autrices, principalement en ce qui a trait à l'opérationnalisation de l'intervention. En effet, un manque de consensus par rapport aux modalités du plan, à sa méthode de complétion, au moment privilégié pour le faire ainsi qu'à la formation associée occasionne une multiplication des méthodes affectant du même coup son implantation, son utilisation, ainsi que la possibilité de comparer les résultats des différentes études primaires. Cette hétérogénéité rend ainsi difficile l'appréciation de ses retombées.

Le plan de sécurité

Le plan de sécurité, de son côté représente un autre modèle de plan de crise. En effet, l'une de ses formes, développée et majoritairement étudiée par Stanley et Brown (2012), vise principalement la crise autoagressive. Le plan de sécurité proposé par Stanley et Brown (2012) est un plan réalisé en collaboration avec la personne soignée visant le développement d'une liste de ressources et stratégies d'adaptation dans l'objectif de supporter cette dernière pour une future crise suicidaire. À contrario des directives anticipées ou du PCC qui visent des types de diagnostics spécifiques, cette intervention s'adresse plutôt à la crise suicidaire, ou la crise autoagressive, en faisant abstraction du diagnostic de la personne. Or, sa définition et ses objectifs semblent s'orienter de façon semblable aux autres plans présentés dans cette recension des écrits, soit la prévention et la prise en charge de la crise, peu importe sa nature. D'ailleurs, en 2021, Ferguson et ses collaborateurs ayant constaté un intérêt marqué dans la littérature pour ce type de plan de crise, ont effectué une recension systématique des écrits incluant 26 études dans l'objectif d'observer l'impact du plan de sécurité chez les adultes. Différentes retombées positives ont été relevées incluant une diminution des idéations suicidaires ainsi qu'une diminution du taux d'hospitalisation et une meilleure observance aux traitements (Ferguson et al., 2021). Selon ces mêmes auteurs et autrices, ce type d'intervention brève s'inscrit dans les meilleures pratiques en matière de gestion des crises suicidaires, mais les études en faisant état présentent un taux d'hétérogénéité élevé en termes d'intervention, de clientèle et de qualité méthodologique rendant difficile l'appréciation de ses retombées (Ferguson et al., 2021). Ainsi, un besoin

d'identification de l'étendue des connaissances semble aussi se dessiner pour ce type d'intervention.

Comme mentionné plus haut, plusieurs auteur.trice.s soulèvent un besoin d'approfondissement des connaissances en matière de gestion de crise. Selon ces dernier.ère.s, le choix d'intervention à privilégier est inhérent au type de crise vécu par la personne (Séguin et al., 2021; Yeager et Roberts, 2015). Or, la définition de la crise privilégiée pour ce présent mémoire semble plutôt suggérer que l'intervenant.e devrait accompagner la personne dans l'objectif de lui permettre de développer les stratégies nécessaires en faisant abstraction de l'étiologie ou du diagnostic ayant entraîné la crise (Caplan, 1964; Parad, 1971). En effet, à la suite de l'examen des trois modèles de plans qui sont les plus recensés dans la littérature, il est possible de constater plusieurs similarités dans la méthode d'intervention et les buts, c'est-à-dire la complétion d'une forme de plan ayant pour objectif d'accompagner la personne dans le développement de ses ressources pour faire face à une crise future. Par contre, bien que les modèles de plans présentés représentent les grandes catégories d'intervention dans la littérature, plusieurs autres auteur.trice.s se sont aussi penché.e.s sur ces interventions ce qui rend difficile l'appréciation de l'étendue des connaissances actuelles. Aussi, plusieurs de ces interventions sont actuellement utilisées en silo dans les milieux de soins psychiatriques québécois ou ne sont discutées que dans la littérature grise. Or, relevant la présence d'éléments communs à ces différents plans, une perte d'engagement pourrait être observée auprès du personnel infirmier n'y constatant pas de plus-value thérapeutique.

Ainsi, en raison de la pluralité des modèles de plans, du besoin soulevé par plusieurs auteurs et autrices d'approfondir les connaissances en matière de plans de gestion de crise (Ferguson et al., 2021; Nicaise et al., 2013) et du besoin d'éviter la multiplication d'interventions pour favoriser l'engagement du personnel soignant, il semble essentiel de porter une attention particulière à l'ensemble de la littérature afin d'en dresser un portrait global, d'identifier une définition commune et des modalités dans l'objectif d'évaluer les retombées de ce type d'intervention et potentiellement proposer une intervention générique regroupant tous les modèles de plans.

Perspective disciplinaire

Cette section portera sur la perspective disciplinaire choisie pour encadrer le processus de recherche. Dans un premier temps, le rétablissement tel que proposé par Provencher (2002), sera présenté, puis sa relation avec le présent mémoire sera développée.

Le concept de rétablissement en santé mentale a vu le jour au Royaume-Uni vers la fin des années 1960. Or, son impact sur les soins ne s'est fait sentir qu'au cours des années 1990, à la suite des mouvements liés à la désinstitutionalisation et des nombreux témoignages d'usagers.ères en santé mentale. Au Québec, le rétablissement fait partie intégrante des soins en santé mentale, principalement par son inclusion dans le *Plan d'action en santé mentale* en 2005 et mis à jour en 2015 et en 2022 (Ministère de la santé et des services sociaux, 2022).

Bien que de nombreuses définitions coexistent dans la littérature devant le caractère personnel du rétablissement (Bergeron-Leclerc et al., 2019), ce dernier est généralement défini comme une façon de vivre et une façon d'approcher la vie dans un continuum non linéaire contenant des moments de recul et d'avancée (Deegan, 1996). L'espoir, l'autodétermination et le respect qui sous-tendent le processus de rétablissement permettent à la personne de manifester son pouvoir d'agir et se réapproprier sa santé (Pachoud, 2012). En concordance avec cette perspective, la crise peut être perçue comme une étape dans l'expérience de vie de la personne à travers la maladie. Les plans de crise représenteraient donc une occasion pour la personne en crise de se réapproprier sa santé en occupant un rôle central dans la prise de décision relative à ses soins et traitements, même en période d'incapacité. Pour le personnel soignant, cette intervention permet de soutenir le pouvoir d'agir et l'autodétermination de la personne à travers une prise de décision anticipée.

La perspective du rétablissement selon Provencher (2002)

Pour encadrer la réalisation de ce mémoire, la perspective infirmière du rétablissement proposée par Provencher (2002) sera privilégiée puisqu'elle présente des dimensions claires et appliquées ciblant spécifiquement l'expérience de rétablissement des personnes ayant un trouble de santé mentale. Selon cette autrice, le rétablissement se définit plus précisément comme un processus variable permettant à la personne avec un trouble de santé mentale de retrouver du sens à

travers le cheminement de la maladie, de son existence, du bien-être et de la satisfaction quant à la vie (Provencher, 2002). Selon cette autrice, la démarche du rétablissement implique une participation active de l'utilisateur dans l'élargissement de son pouvoir d'agir et dans la définition de ses projets de vies (Provencher, 2002).

Provencher (2002) propose quatre dimensions du rétablissement, soit : la redéfinition et l'expansion de soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et la relation aux autres. La première dimension, soit la redéfinition et l'expansion de soi, se centre sur le processus de deuil du soi antérieur et l'acceptation des forces et des faiblesses de la personne dans sa redéfinition du soi à travers la complexité de la présence d'un trouble de santé mentale. De son côté, la deuxième dimension, soit la relation à l'espace temporel, met l'accent sur le développement de l'espoir et de la spiritualité liés à une vie meilleure. La troisième dimension, le pouvoir d'agir, se centre sur la découverte de la personne de sa capacité à exercer un plus grand contrôle sur son expérience de soins et de vie. Selon l'autrice différents niveaux de pouvoir d'agir s'offrent à la personne dans l'expérience de sa situation de vie tant au niveau psychologique, organisationnel que communautaire (Provencher, 2002). Finalement, la quatrième dimension se centre sur le contexte relationnel de la personne avec son entourage et ses proches dans une perspective de rétablissement. Pour cette dimension, il est question de renforcer la relation unissant la personne en processus de rétablissement et son environnement physique et relationnel (Provencher, 2002).

Utilisation dans le cadre du mémoire

Cette perspective infirmière visant la collaboration entre les professionnels de la santé et l'utilisateur oriente l'ensemble du projet de recherche. D'un point de vue plus global, l'intégration de cette perspective disciplinaire du projet de recherche en permettant de comprendre la façon dont les concepts clés entourant les plans de crises influencent le pouvoir d'agir de la personne, promeuvent une gestion collaborative efficace des crises, favorisent l'atténuation des conséquences de la crise et soutiennent le retour vers une forme de rétablissement.

De façon plus précise, la perspective du rétablissement a orienté la vision de la problématique par l'un de ses principaux postulats : la promotion du pouvoir d'agir. En effet, ce dernier est non seulement à la source de la création de certains des plans de crise proposés dans la littérature (Ferrari et al., 2018), mais aussi à la source du besoin de clarifier les concepts entourant cette intervention favorisant le partenariat et l'autogestion de la crise.

Cette perspective disciplinaire a également influencé la méthodologie proposée, d'une part en orientant l'analyse des données, mais aussi en stimulant l'implication d'un patient partenaire ayant vécu des crises en santé mentale. En effet, en concordance avec les assises disciplinaires du rétablissement, nous avons considéré judicieux de consulter un patient partenaire afin de valider la pertinence des résultats obtenus en relation avec son savoir expérientiel, ce qui a ensuite guidé l'interprétation des résultats. Selon cette même perspective disciplinaire, la collaboration dans le processus de recherche s'inscrit dans une perspective de rétablissement, car elle favorise une implication active de la personne dans le développement des meilleures pratiques (Vignaud, 2017). Ancrer cette revue de la portée selon les principes du rétablissement assure également à l'équipe de recherche de proposer des concepts clés significatifs pour les usager.ère.s en santé mentale.

Chapitre 3 – La méthode

Cette section du mémoire présente dans un premier temps la justification de la méthode choisie pour la réalisation de cette revue de la portée, soit celle proposée par Peters et al. (2020). Dans un second temps, ses étapes seront explicitées.

La revue de la portée

Avec l'augmentation de la recherche depuis les années 1990 sur les plans de crise, il devient difficile pour les chercheurs d'avoir une vue d'ensemble nuancée de l'intervention. En effet, il est parfois nécessaire de débiter par la prise en compte et la classification des écrits actuels afin d'ouvrir la porte à de nouvelles recherches sur un phénomène (Badger et al., 2000). En ce sens, effectuer une revue de la littérature permet au chercheur de mettre en lumière les connaissances actuelles, les organiser et les synthétiser. Or, certaines questions de recherche stimuleront le besoin d'explorer l'étendue des connaissances disponibles sur un sujet dans l'objectif d'orienter de futures recherches empiriques. Ainsi, pour répondre au but de cette étude, une revue de la portée a été privilégiée, car elle permet de cibler l'étendue actuelle de connaissances sur les plans de crise disponibles, en s'attardant entre autres à leurs caractéristiques (par ex., leur but, les rubriques à inclure, le moment de complétion à privilégier, la méthode de complétion et la formation nécessaire), ainsi que leurs retombées.

La revue de la portée est une méthode proposée pour la première fois au début des années 2000 par Arksey et O'Malley (2005). Selon ces dernières, la revue de la portée a pour objectif d'identifier le type de connaissance actuellement disponible sur un sujet émergent afin d'en identifier les facteurs et les caractéristiques puis d'en clarifier les concepts et les définitions (Arksey et O'Malley, 2005). Plusieurs auteur.trice.s ont par la suite critiqué la rigueur et la clarté des lignes directrices de cette première proposition et y ont proposé des bonifications. Parmi ses principales critiques, on note entre autres l'absence de lignes directrices concernant la sélection et l'analyse des études primaires pouvant affecter la crédibilité et la reproductibilité de l'étude (Tricco et al., 2016). Il a aussi été soulevé que l'absence de considération quant à l'analyse de la

qualité des études primaires pouvait entraîner un biais de la description de l'étendue des connaissances actuelles.

Ainsi, en 2010, Levac et al. (2010) proposent une nouvelle version de cette méthode en y ajoutant des spécifications concernant la sélection et l'analyse des écrits empiriques en y suggérant aussi une étape obligatoire : l'analyse de la qualité des écrits. Depuis cette proposition, de nombreux auteur.trice.s ont aussi suggéré des modifications à la méthodologie initiale (Daudt et al., 2013; Peters et al., 2015; Tricco et al., 2016). Cette multiplication entraîne à son tour un manque de consensus générant des difficultés pour un chercheur novice et de la confusion dans la conduite d'une revue de la portée (Peterson et al., 2017; Tricco et al., 2016).

Pour répondre à cette problématique, le Johanna Briggs Institute (JBI) s'est positionné en 2020 en proposant un guide explicite basé sur la méthodologie de Peters et al. (2015) intégrant ainsi les critiques des méthodes précédemment émises. Le cadre méthodologique proposé par le JBI représente donc un choix logique pour une personne effectuant une première revue de la portée par la rigueur de sa méthode et la clarté de ses lignes directrices (Peters et al., 2020; Peters et al., 2021).

Afin de rapporter de façon transparente la méthode utilisée, les lignes directrices du *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR; Tricco et al., 2018) ont été utilisées (Annexe A). Les lignes suivantes présenteront les étapes de la revue de la portée selon Peters et al. (2020).

Identification du but et des questions de recherche

La première étape de la revue de la portée est d'identifier le but et les questions de recherche, puis de les mettre en relation. Ainsi, le but de cette étude est de dresser l'état des connaissances sur les plans de crise en santé mentale adulte à l'aide d'une revue de la portée. Les questions de recherche sont : Qu'est-ce qu'un plan de crise? Quelles sont ses retombées?

Identification des études pertinentes

Cette seconde étape permet l'organisation de la recherche documentaire ainsi que l'élaboration des stratégies de recherche. Plus précisément, une stratégie de recherche exhaustive a été

élaborée en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée en santé mentale (Annexe B). Étant donné la pluralité des modèles de plans de crise, la syntaxe privilégiée inclut toutes les nomenclatures apparentées, c'est-à-dire les termes *crisis plan*, *safety plan*, *joint crisis plan*, *advance care plan*, *psychiatric advance directives*, *psychiatric advance statement*. Ces derniers ont été joints à des outils de recherche, soit des masques, de troncatures et des opérateurs de proximité, ainsi que des synonymes liés à l'intervention de crise en santé mentale afin d'assurer la pertinence des études relevées. Les bases de données informatiques utilisées incluent : CINAHL, PubMed, Medline (Ovid), EMBASE (OVID), PsychINFO (Ovid) et Cochrane. Dans l'objectif de s'assurer d'avoir une vision d'ensemble de la littérature sur les plans de crise, la littérature grise, incluant les dissertations académiques, les présentations de conférences et les rapports gouvernementaux qui ne se retrouvent pas dans les livres ou les journaux avec processus de révision par les pairs, ont également été sujets à examen. Les bases de données considérées pour la littérature grise sont : ÉRUDIT, DART, *Open Gray*, *Grey literature report*. Aussi, puisque l'objectif de la revue de la portée est de dresser un portrait de l'étendue de l'ensemble des connaissances actuelles, aucune exclusion au niveau des années de publication n'a été considérée.

Différents critères d'éligibilité ont été ciblés pour répondre à l'objectif de cette revue de la portée.

Tout d'abord, les critères d'inclusion sont:

- Les articles publiés en anglais ou en français;
- Les études ciblant la clientèle adulte utilisant des services en santé mentale;
- Les articles faisant état d'une intervention liée à un plan ou des directives en prévision d'une situation de crise.

Les critères d'exclusion regroupent :

- Les manuscrits non publiés;
- Les études concernant un échantillon majoritairement formé de personnes ayant une déficience intellectuelle, de vétérans de l'armée, de personnes en centres de soins longue durée et de victimes de violence conjugale;

- Directives ou plans faisant référence à une incapacité décisionnelle à long terme ou un contexte de fin de vie;
- Les commentaires et les éditoriaux

Les populations présentées dans les critères d'exclusion sont exclues de cette présente étude en raison de leurs besoins particuliers en santé mentale. En effet, les personnes ayant une déficience intellectuelle ou vivant en centre de soins longue durée requièrent des interventions spécifiques liées à des besoins complexes et particuliers. Du côté des vétérans de l'armée et des personnes vivant de la violence conjugale, bien que les plans de crise soient largement étudiés et validés (Arkins et al., 2016; Holliday et al., 2019), les interventions proposées comportent des composantes uniques à ces populations (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Sabri et al., 2018). De plus, les services de crise offerts aux victimes de violence conjugale ne sont pas systématiquement offerts dans un contexte de santé mentale, ce qui dépasse le cadre de cette revue de la portée. Les directives ou plans faisant référence à une incapacité décisionnelle à long terme ou un contexte de fin de vie sont aussi exclus de l'étude puisqu'ils ne s'inscrivent pas dans la définition de la crise employée dans le cadre de ce mémoire. Aussi, les commentaires et les éditoriaux sont exclus afin de répondre aux exigences de temps d'un mémoire et dans l'objectif de favoriser la faisabilité de l'étude.

Sélection des articles

La sélection des articles a été effectuée en deux étapes, soit la sélection des articles par le titre et le résumé et le tri des textes complets.

Sélection par le titre et le résumé

Le processus de sélection des articles a été entamé par le dépôt des articles résultant de la recherche documentaire sur l'application Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia, 2022). Cette dernière a résulté en l'importation de 1075 articles après le retrait des doublons. La première sélection des articles a par la suite été effectuée auprès des titres et des résumés des articles en collaboration avec une collègue étudiante ayant de l'expérience dans les revues de la portée. En effet, selon la recommandation de Peters et al. (2020), 10% des articles

issus du premier tri (n = 107) ont aléatoirement été divisés entre les deux réviseurs qui ont effectué une sélection indépendante en fonction des critères de sélections établis pour cette étude. Une consultation entre les deux réviseurs a par la suite eu lieu, permettant ainsi de comparer la sélection des articles et valider la pertinence et la clarté des critères de sélections identifiés. Si, à la suite d'une discussion, les deux réviseurs n'arrivaient pas à un consensus quant à la sélection d'un ou plusieurs articles, la directrice de recherche a pris la décision finale. Après un taux d'accord interjuge élevé (Kappa 0.87), les articles restants ont été divisés entre les deux réviseurs afin de compléter la sélection initiale qui a permis d'inclure 122 articles pour l'évaluation en fonction du texte complet.

Sélection par le texte complet

Cette seconde étape représente la consultation manuelle des articles complets retenus à la suite de la première sélection. La liste de référence de chaque article a également été consultée afin de s'assurer de n'omettre aucun article pertinent. Un total de 15 articles étaient introuvables par l'étudiante. Le premier auteur.trice a donc été contacté, ce qui a permis d'accéder à 10 documents supplémentaires. Un total de 78 articles ont été inclus dans cette revue de la portée. Le diagramme de flux décrivant le processus décisionnel est présenté en Annexe C.

Évaluation des données

Par la suite, en adéquation avec les modifications proposées par Peters et al. (2020) à la méthodologie d'une revue de la portée, une analyse critique de la qualité méthodologique des écrits a été conduite afin d'assurer la validité et la fiabilité des résultats obtenus (Annexe D). Pour ce faire, les grilles proposées par le *Johanna Briggs Institute* (JBI) ont été utilisées. Pour les études mixtes, les revues systématiques et les guides de pratique, les grilles *the Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT; Hong et al., 2018), *the Assessment of Multiple Systematic Reviews II* (AMSTAR II; Shea et al., 2017) et la grille *the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (AGREE II; Brouwers et al., 2010) ont été utilisées. La grille d'évaluation pour les textes et les opinions du JBI a été privilégiée pour l'évaluation de la littérature grise. Bien que la qualité méthodologique des études primaires ne fasse pas état d'un critère de sélection, cette dernière a été prise en compte dans l'interprétation des résultats de l'étude.

Extraction des données

Suite à l'évaluation de la qualité des écrits sur le plan méthodologique, une extraction des données issues des articles primaires a été réalisée à l'aide d'une grille d'extraction.

Puisque le but et les questions de recherche de cette étude visent la description de l'ensemble de l'intervention, autant au niveau de ses composantes que de ses retombées, l'entièreté des études primaires a été considérée, c'est-à-dire de l'introduction jusqu'à la conclusion. En effet, les données issues des études primaires ont été classées dans une grille d'extraction construite à partir de la grille proposée par Peters et al. (2020), la perspective disciplinaire de Provencher (2002) et des éléments spécifiques se rapportant au but et aux questions de recherche. Cette dernière inclut :

1. Le titre de l'article
2. Les auteur.trice.s
3. L'année de publication
4. Le pays d'origine de l'étude
5. Le/les but(s) et questions de recherche
6. La population ciblée par l'étude et l'échantillon
7. La méthodologie et le devis employés
8. Le type d'intervention et le comparatif utilisés (si applicable)
9. La définition employée pour décrire le plan de crise et son but
10. Les rubriques proposées
11. Méthode et moment de complétion
12. Acteurs impliqués et leur formation
13. Le/les résultat(s) obtenu(s)

La grille d'extraction des données a ensuite été testée avec cinq articles aléatoirement choisis par le biais de l'application Covidence Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia, 2022). La collègue étudiante à la maîtrise et moi-même avons ensuite procédé à une comparaison des résultats selon les mêmes modalités que la sélection des articles. Cette étape a permis de s'assurer que la grille proposée permettait de cibler l'ensemble des données pertinentes.

Analyse des données

Les étapes du processus d'analyse sont peu décrites par Peters et al. (2020). Ces derniers spécifient que l'objectif d'une revue de la portée n'est pas de synthétiser les résultats d'une intervention comme il serait question dans une revue systématique, mais plutôt d'extraire les données de façon descriptive (Peters et al., 2020). En effet, les résultats des interventions des études primaires peuvent être inclus dans la revue de la portée si l'objectif est d'en comprendre l'étendue des connaissances (Peters et al., 2020). Dans le même ordre d'idées, puisque l'analyse en profondeur des résultats quantitatifs n'est pas suggérée pour une revue de la portée selon Peters et al. (2020), les résultats des études utilisant un devis quantitatif ont été analysés de façon qualitative.

Une analyse de contenu a été réalisée en concordance avec la méthode proposée par Miles et al. (2018) dont les étapes incluent la condensation des données, la présentation des données et la formulation et vérification des conclusions. Tout au long du processus d'analyse, ces étapes ont été réalisées de façon itérative afin d'assurer une compréhension fine des données extraites (Miles et al., 2018). L'étape de condensation des données consiste à sélectionner et rassembler les données issues, dans le cadre de ce mémoire, des grilles d'extraction des articles primaires, dans l'objectif de créer des codes descriptifs qui seront ensuite regroupés sous forme de thèmes et de sous-thèmes (Miles et al., 2018). La condensation des données a été effectuée en collaboration avec la collègue étudiante-chercheuse. Un guide de codes initial a donc été proposé de manière déductive en concordance avec la perspective disciplinaire du rétablissement proposée par Provencher (2002) et les questions de recherche. L'utilisation de cette perspective disciplinaire a permis de mieux comprendre les composantes des interventions dans une vision de promotion du pouvoir d'agir de la personne en santé mentale. Par la suite, deux cycles de codages inductifs ont été réalisés sur le logiciel informatique QDA Miner 6.0 (Provalis Research, 2020), soit le codage de premier cycle (*first cycle coding*) et le codage de deuxième cycle (*second cycle coding*; Annexe E). Ensuite, la condensation des données a été effectuée entre l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche.

Présentation des résultats

Les thèmes et les sous-thèmes identifiés ont été organisés sous forme d'un tableau et présentés à tous les auteurs et autrices de l'article issus des résultats du présent mémoire (Annexe F). Par la suite, en concordance avec la perspective disciplinaire du rétablissement de Provencher (2002), les résultats ont été discutés avec un patient partenaire ayant vécu des crises en santé mentale. Plus précisément, tout au long de la réalisation du mémoire, l'étudiante-chercheuse et le patient partenaire ont collaboré sur un projet de recherche connexe au mémoire de sorte à développer un partenariat mutuel et basé sur le respect. En prévision des rencontres de discussion, le patient partenaire a effectué une lecture initiale des résultats puis, deux rencontres ont eu lieu dans l'objectif de valider les résultats de recherche en concordance avec son savoir expérientiel. Tout au long des deux rencontres, l'étudiante-chercheuse s'est assurée de prendre des notes exhaustives afin de s'assurer de bien cerner l'interprétation du patient partenaire des résultats de recherche. Cette étape a permis d'explorer l'implication des résultats pour les personnes vivant des crises, mais également d'orienter l'interprétation et la discussion des résultats à la lumière des réflexions apportées par le patient partenaire. À la suite de ces rencontres et de la rédaction des sections discussion du mémoire, l'article a été présenté au patient partenaire et ses commentaires ont été intégrés.

Considérations éthiques

Bien que les revues de la portée ne fassent pas état de données primaires sensibles, personnelles et confidentielles (Suri, 2020), plusieurs considérations éthiques demeurent, principalement dans la collaboration avec un patient partenaire dans le processus de recherche. En effet, le patient partenaire qui a collaboré au processus de recherche est une personne avec un trouble de santé mentale, donc issue d'une population vulnérable. Bien que ce dernier n'ait pas participé à la collecte de données d'une étude empirique auprès de sa population, nous avons tout de même fait preuve de sensibilité, de transparence et de respect afin d'assurer sa sécurité dans tout le processus de recherche (Morgan et al., 2014). Une contribution financière lui a aussi été fournie en concordance avec sa participation au processus de recherche.

Chapitre 4 – Les résultats

Le chapitre portant sur les résultats de l'étude sera présenté sous forme d'un article scientifique qui sera soumis à la revue *International Journal of Mental Health Nursing*. Les critères de publication spécifiques à cette revue se retrouvent en Annexe G.

Crisis plans in mental health: A scoping review

Authors: Cassivi, Christine, Sergerie-Richard, Sophie, Saint-Pierre, Benoît and Goulet, Marie-Hélène.

Abstract

Crisis situations are frequent among people with mental health disorders. Several interventions have been developed to act in prevention, including crisis plans recognized as particularly effective in reducing coercive measures. In the literature, several models of crisis plans are proposed with similar aims and contents. Based on the methodology proposed by the Johanna Briggs Institute, a scoping review was conducted to map the state of knowledge on crisis plans in adult mental health settings. The literature search conducted on 6 databases (CINAHL, PubMed, Medline, EMBASE, PsychINFO, and Cochrane) yielded 2435 articles. Of these, 122 full text articles were assessed for eligibility, and 78 met the inclusion criteria. Studies were critically appraised using the Johanna Briggs Institute appraisal tools, and data were extracted by two independent reviewers. Content analysis was performed, and preliminary results were presented, discussed, and validated with a patient partner who has experienced mental health crises. A typology of crisis plans was identified according to: 1) the legal crisis plan, 2) the formal crisis plan. Five modalities were identified for its completion: the sections, the moment, the completion steps, the people involved, and the training of key actors. Most identified outcomes are consistent with the main purpose of the intervention, which is crisis prevention. However, the most identified outcomes focused on the service user's recovery and indicated that crisis plans could provide an opportunity to operationalize recovery in mental healthcare, thus suggesting an evolution in the

aim of the intervention. Future research should further focus on the modalities of crisis plans to guide the implementation in clinical practice.

Keywords: Crisis plans, crisis interventions, psychiatric crisis, shared decision making, mental health recovery.

Introduction

Crisis situations are frequent for people with severe mental health disorders (Ambrosini & Crocker, 2007). There is no single definition of crisis. However, the literature seems to agree with one of the first definitions proposed by Caplan (1964), which is widely used by more recent authors (Séguin et al., 2021; Yeager & Roberts, 2015). For Caplan (1964), a crisis is defined as a subjective event in which a person evaluates their situation as uncontrollable and for which they do not possess the necessary resources or coping skills to deal with it.

Several consequences can arise from crisis situations for the person, their loved ones, and their caregivers. For the person, this experience can be highly traumatic and cause serious consequences, including a significant decrease in mental health conditions and psychological distress as shown by a decrease in general functioning, an inability to meet basic needs, headaches, loss of appetite, and tremors (Jakubec, 2014). Crisis situations can also result in the manifestation of heteroaggressive behaviors (directed toward others) or? autoaggressive behaviors (directed toward self) which can in turn lead to the use of coercive measures, including chemical restraint, physical restraint and seclusion (de Jong et al., 2016). Numerous studies have examined the harmful effects of using such measures, which include the risk of injury, venous thrombosis, feeling of injustice, post-traumatic stress disorder, loss of trust in healthcare professionals, and increased stigmatization (Chieze et al., 2019; Rüsçh et al., 2014; Zheng et al., 2019). In addition to the use of coercive measures, aggressive behavior can also lead to police intervention, resulting in the judicialization of the person in crisis, which in turn affects their care trajectory (Crocker et al., 2015). Involuntary hospitalization resulting from manifestations of heteroaggressive or autoaggressive behaviors is responsible for 70.4% of hospitalizations in mental health (Lebenbaum et al., 2018). For loved ones, crisis situations can also lead to negative emotions, such as anxiety, distress, and helplessness (Lay et al., 2012; Rüsçh et al., 2014). In

addition, the intensity of the crises and repeated involuntary hospitalizations can significantly alter the relationship between family members, healthcare professionals, and the service user, thus affecting the strength of the person's support system (Hogan & Goldman, 2021).

While the consequences of crisis situations are widely discussed in the literature, their management remains poor (Séguin et al., 2021). For the person in crisis, many community resources are available, including psychosocial telephone consultations and crisis centers (Gouvernement du Québec, 2017). Despite the availability of these services, the emergency unit remains the primary resource for people in crisis (Institut national de la santé publique du Québec, 2019). In hospital settings, mental health crisis management presents a challenge due to the acute nature of the crisis (Golan, 1998; Séguin et al., 2021).

To address this need for interventions acting proactively before the crisis and the growing movement that promote the active involvement of people with severe mental illnesses in their care, several crisis management and prevention interventions have emerged (Yeager & Roberts, 2015). Among these, crisis plans stand out to prevent and respond promptly to crises. Different types of crisis plans have been proposed in the literature, including the safety plan (Stanley & Brown, 2012), advance directives (Maitre, 2018), and the joint crisis plan (Ferrari et al., 2018; Thornicroft et al., 2013). This type of intervention is supported by the World Health Organization (WHO, 2021), which, in its latest recommendations concerning the care and support of people with a severe mental health disorder, emphasizes on the relevance of crisis plans on the one hand to promote a better therapeutic alliance between the patient and the care team, but also to ensure that they are better able to prevent or resolve a future crisis. In addition, crisis plans have been identified as one of the most effective interventions for reducing the rate of involuntary hospitalizations related to the phenomenon of mental health crises (de Jong et al., 2016).

Among the crisis plans proposed in the literature, the safety plan mainly studied by Stanley and Brown (2012) is most often aimed at preventing suicidal risk in individuals presenting an autoaggressive crisis. For its part, the joint crisis plan initially proposed by (Thornicroft et al., 2013) focuses on psychopathological crises and has mainly been studied with people with schizophrenia. Its effectiveness has also been noted in individuals with bipolar disorder and

borderline personality disorder (Borschmann et al., 2013; Ruchlewska et al., 2016). Finally, psychiatric advance directives, which represent the only form of crisis plan with legal value, have also been implemented for clients with a severe mental health disorder, including schizophrenia and bipolar disorder (Maitre, 2018). Although each of these crisis plans targets a specific type of crisis or pathology, they all seem to have the objective of empowering the person to identify the triggers as well as the individual and team interventions that can help prevent or manage a crisis. They, therefore, share very similar aims and content. Recent studies have also shown the implementation of different crisis plans to prevent crisis situations that differ from their initial intention thus highlighting their applicability and potential transferability to other crisis contexts (McGarity et al., 2021; Michaud et al., 2021). However, to our knowledge, no studies have examined these different models of plans, thus resulting in a lack of consensus regarding their aim and modalities. A study on the subject could lead to a better understanding of the tool and support its implementation in mental health care settings. Thus, this scoping review aims to provide a state-of-the-art review of adult mental health crisis plans.

Methods

For this study, the scoping review methodology was chosen since it allows to assess the type of knowledge currently available on an emerging topic, such as crisis plans, to identify characteristics and clarify concepts and definitions (Arksey & O'Malley, 2005). This study was developed and conducted according to the Joanna Briggs Institute framework for scoping reviews (Peters et al., 2020) and reported according to the Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews checklist (PRISMA-ScR; Tricco et al., 2018, Annexe A). The following five steps were undertaken: 1) elaboration of the research question; 2) identification of the relevant studies; 3) selection of studies; 4) data analysis; and 5) data presentation.

Step 1: Elaboration of the research questions

This scoping review aimed to provide a state-of-the-art review of adult mental health crisis planning. To address this aim, the following research questions were formulated:

1. What is a crisis plan?
2. What are the outcomes?

Step 2: Identification of relevant studies

The search strategy was elaborated with an expert librarian in mental health. The favored terminology includes all related nomenclatures, i.e., crisis plan, safety plan, joint crisis plan, advance care plan, psychiatric advance directive, and psychiatric advance statement. These were combined with search tools such as masks, truncation, proximity operators, and synonyms related to mental health crisis intervention to ensure the relevance of the studies identified. The databases included in the study were: CINAHL, PubMed, Medline, EMBASE, PsychINFO, and Cochrane. The search strategy was initially performed on the CINAHL database and then adapted to the other databases (Annexe B). The search was conducted on December 20, 2020 and updated on October 14, 2021.

Step 3: Selection of studies and critical appraisal

The screening of titles and abstracts, as well as the full-text reviews, were conducted by two independent reviewers (CC and SSR). All identified references were imported into Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia, 2022) to facilitate the selection of literature. An inter-rater reliability test was conducted on 10% of the selected studies (n=107) resulting in a high inter-rater agreement (Kappa 0.87). Any discrepancies in selection were discussed between the two reviewers until a consensus was reached. Since no disagreement persisted, the involvement of a third reviewer (MHG) was unnecessary. The inclusion criteria specified that studies must: 1) be written in English or French; 2) target adult clients using mental health services, and 3) discuss an intervention related to crisis planning or intervention. The exclusion criteria focused on: 1) unpublished manuscript and protocols; 2) commentaries and editorials; 3) people with intellectual disabilities, military veterans, people in long-term care facilities, and victims of domestic violence, 4) directives or plan referring to long-term decision-making incapacity or an end-of-life context.

A quality appraisal of the literature was conducted using the Johanna Briggs Institute appraisal tools for primary studies and gray literature. For mixed methods studies and systematic reviews, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT; Hong et al., 2018) and the Assessment of Multiple Systematic Reviews II (AMSTAR II; Shea et al., 2017) were used. Although the methodological

quality of the primary articles was not included as a selection criterion for this study, it was considered in the result's interpretation. Results of the critical appraisal of the literature are presented in Annexe D.

Data were extracted using a data extraction chart inspired by the Joanna Briggs Institute data extraction template (Peters et al., 2020). A preliminary version of the data extraction chart was tested on ten studies by two independent reviewers (CC and SSR). Any disagreements between reviewers were resolved through discussion. The form was then modified according to the reviewer's comments.

The following data were extracted:

- Article characteristics (title, authors, year of publication, country of origin of the first author)
- Study method (aim, research questions, study design, sample size, targeted population, and settings)
- Type of intervention and comparison (if applicable)
- The definition used to describe the crisis plan and its aim
- The modalities (proposed sections of the plans, people involved and their training, method, and moment of completion)
- The outcomes

Step 4 and 5: Data analysis and presentation

A content analysis (Miles et al., 2018) was undertaken to analyze the extracted data. This approach includes three steps: 1) data condensation, 2) data presentation, and 3) formulation and verification of conclusions. In accordance with the Johanna Briggs Institute methodology (2020), since in-depth analysis of quantitative data is not suggested, results from studies using a quantitative design were analyzed in text form. To initiate the coding cycle, full texts were imported in QDA Miner 6.0 (Provalis Research, 2020), and relevant text segments were codified. The first author (CC) assigned themes and subthemes to the data extracted and presented them in a tabular form. The coding cycle was inspired by the concepts presented in the recovery framework by Provencher (2002), which include redefinition and expansion of self, relationship to time-space, power to act, and relationship to others (Provencher, 2002, pp. 39-49). Data condensation and presentation steps were discussed between CC and MHG and the formulation

and verification step was conducted with all authors and a patient partner who experienced several mental health crises. This process allowed the validation of the relevance of the results in accordance with his experiential knowledge, thus influencing the interpretation of the results.

Results

Characteristics of included studies

A total of 2448 articles were identified. Removal of duplicates highlighted 1075 unique articles that were subsequently evaluated by title and abstract. From this screening, 122 articles were evaluated based on their full text. Of these, 78 articles were identified as meeting this study's inclusion and exclusion criteria. The flow chart is shown in Figure 1.

The included studies were published between 1999 and 2022. The majority of studies were primary studies (n=65), followed by theoretical studies (n=7) and grey literature (n=6). Of these articles, 35 were quantitative, including 14 RCTs, 12 were qualitative, and 10 were mixed methods. All the information concerning the characteristics of the included studies can be found in Table 1.

Figure 1. – Prisma Flowchart

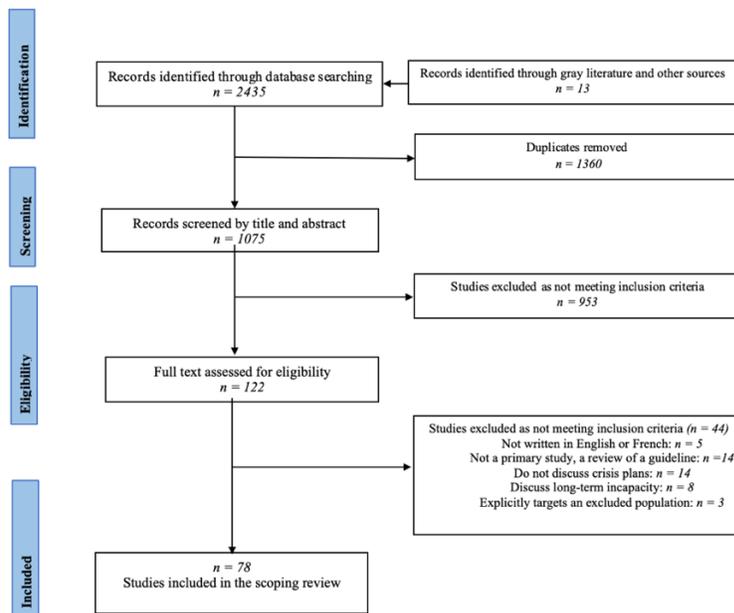


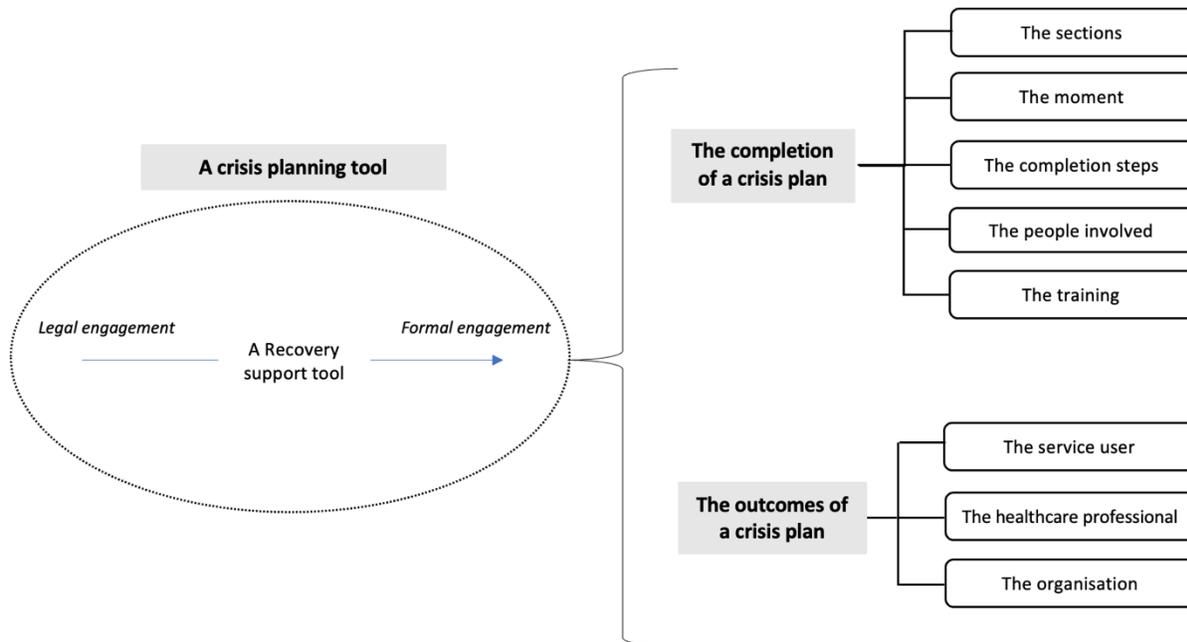
Tableau 1. – Characteristics of included studies

| Characteristics of included studies | N(%) |
|---|-------------|
| Designs (n=78) | |
| Qualitative study | 20 (25%) |
| Randomized controlled trial | 14 (18%) |
| Cohort study | 11 (14%) |
| Mixed methods | 11 (14%) |
| Descriptive text | 6 (8%) |
| Cross-sectional | 6 (8%) |
| Literature review | 3 (4%) |
| Systematic review with or without meta-analysis | 4 (5%) |
| Simple pre-post test | 2 (3%) |
| Pilot study | 1 (1%) |
| Countries (n=78) | |
| United States | 24 (31%) |
| United Kingdom | 22 (28%) |
| Australia | 7 (9%) |
| Switzerland | 6 (8%) |
| Netherlands | 6 (8%) |
| Other countries | 13 (17%) |
| Type of crisis plan used | |

| | |
|--|----------|
| Joint crisis plan | 24 (31%) |
| Psychiatric advance directives | 20 (25%) |
| Safety plan | 12 (15%) |
| Crisis plan | 7 (9%) |
| Advance statement | 6 (8%) |
| Wellness action recovery plan | 2 (3%) |
| Mental health advance preference statement (MAP) | 2 (3%) |
| Crisis awareness plan | 2 (3%) |
| Wellness action recovery plan (WARP) | 2 (3%) |
| Preventive Emotion Management Questionnaire | 1 (1%) |
| Targeted population | |
| Mental health service users | 25 (32%) |
| Service users with psychotic disorder | 23 (29%) |
| Not clearly mentioned | 14 (18%) |
| Service users with depression/suicidality | 14 (18%) |
| Service users with bipolar disorder | 9 (12%) |
| Service users with borderline personality disorder | 5 (6%) |
| Service users at risk of heteroaggressive behavior | 1 (1%) |

Three themes emerged from the analysis of the literature on crisis plans in adult mental health settings: a crisis planning tool, the completion of a crisis plan, and the outcomes of a crisis plan (Fig 2).

Figure 2. – Themes and subthemes



Theme 1: A crisis planning tool

Crisis plans as a tool for service users and their care team to state preferences in advance regarding interventions, care, and treatment in a crisis situation (Maître et al., 2013; Skovgaard Larsen et al., 2016; Swanson et al., 2000) is the aim with the most consensus in the literature. It is also about facilitating crisis detection by describing or addressing signs, symptoms, and manifestations that allow for early identification of the onset of a crisis situation (Henderson et al., 2004; Lequin et al., 2021; National Alliance on Mental Illness, 2016).

Legal value

In the literature, the legal value of crisis plans is discussed under two dimensions: a legal crisis plan and a formal crisis plan.

Legal crisis plans to view the crisis as a period of long-term disability (Bartolomei et al., 2012; Easter et al., 2021; Nicaise et al., 2013). For this type of crisis plan, the first component is the identification of a proxy for substitute decision-making (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019; Swanson et al., 2000; Table et al., 2020; Wilder et al., 2013). The second element that distinguishes crisis plans as a legal tool is the notion of competency when making care and treatment decisions. Although anticipatory decision-making is a central element in all plans, the notion of competency or informed consent is generally explicitly found in this type of plan (Ambrosini & Crocker, 2007; Elbogen et al., 2007; Srebnik & Russo, 2008). This aim is more commonly identified with psychiatric advance directives and advance statements than any other type of plan.

In formal engagement crisis plans, the crisis is perceived more as a transitory period when the mental state is altered (Borschmann et al., 2014; Ruchlewska et al., 2016). The plan thus represents an advanced agreement between the parties involved to abide by it, depending on the opportunity, context, and content. This aim is further identified in the joint crisis plan, crisis plans, crisis cards, as well as the safety plan.

A recovery support tool

A crisis plan as a support for recovery is discussed in the literature under four dimensions: avoiding involuntary treatment, supporting autonomy, making decisions in partnership, and fostering engagement in care.

Avoiding involuntary treatment is generally associated with advance directives. This orientation refers to making advance decisions to reduce the use of legal coercion in treatment (Belden et al., 2021; James et al., 2021; Poremski et al., 2020; Van Dorn et al., 2010).

Engagement is also more presented in advance directives and the safety plan used in suicide prevention. In the case of advance directives, they generally aim to increase service users' participation throughout their care experience (James et al., 2021; Lenagh-Glue et al., 2020; Swanson et al., 2000; Thom et al., 2019; Wilder et al., 2013). On the safety plan side, there is more emphasis on engagement, specifically in crisis situations, through the identification and application of personal coping strategies (Melvin et al., 2019; Stanley & Brown, 2012).

The dimension of support for autonomy aims, through anticipatory decision-making, to ensure that the service user's choices and preferences in their care and treatment are prioritized by healthcare providers in situations of incapacity (Bartolomei et al., 2012; Drolet-Dostaler, 2016; Lenagh-Glue et al., 2020; Radenbach et al., 2014; Swanson et al., 2000; Thom et al., 2019). It is more commonly identified with the joint crisis plan.

Finally, decision-making in partnership is found in most crisis plans. On one hand, the joint crisis plan and the safety plan seem to focus on promoting active service user participation by building on their experiential knowledge to prevent and respond to crisis situations (Flood et al., 2006; Gumley et al., 2021; Perkins & Repper, 2016). On the other hand, with advance directives, it is more a question of relying on the expertise of the professionals involved in the creation of the plan to support the service user's decision-making (Henderson et al., 2008; Jankovic et al., 2010; Lenagh-Glue et al., 2020; Maitre, 2018; Nicaise et al., 2013; Srebniak et al., 2005). These models of plans can be distinguished from crisis cards, which, according to the studies reporting on them, do not represent the result of any kind of partnership between the service user and the care team but rather only the service user's wishes (Brovelli et al., 2017; Farrelly et al., 2015; Maître et al., 2013; Molyneaux et al., 2019; Sutherby et al., 1999).

In light of this analysis, two types of crisis plans seem to emerge from the literature. To illustrate this distinction, a typology of crisis plans is proposed. The latter is divided into two types:

- 1) A legal crisis plan: a crisis plan that allows competent individuals to make requests regarding their future care as well as, if desired, identify a proxy for substitute decision-making in anticipation of a period of incapacity.
- 2) A formal crisis plan: a crisis plan that allows a person to, jointly with his or her health care team and loved ones, formulate requests related to his or her care and treatment in the event of a crisis situation.

Theme 2: The completion of a crisis plan

Several modalities allow the completion of a crisis plan to be structured. The analysis of the literature highlighted five sub-themes: the sections, the moment, the creation steps, the people involved, and the training for creating a crisis plan.

The sections

The sections refer to the different categories addressed by the service user and his team when creating a crisis plan. Of the 78 studies analyzed, 53 (68%) referred to the sections included in the plans. The section most frequently mentioned concerns the actions or interventions to be carried out in a crisis situation. This section is subdivided into two categories, interventions or actions to be undertaken by the team and actions to be carried out by the individual in a crisis situation. The second and third most frequent sections concern the identification of the warning signs of a crisis and the resources to be mobilized. Treatment-related requests, including advance consent for electroconvulsive therapy and hospital preference, are the fourth most frequently presented item. Requests for medication administration, such as denial or advance authorization of certain antipsychotics, are discussed in 38% of the articles describing the items to be completed. All sections and their frequency of occurrence are presented in Table 2.

Tableau 2. – Frequency of occurrence of sections in a crisis plan

| Sections of a crisis plan | Frequency in the sample (n = 78) |
|---------------------------------------|---|
| To be done by the healthcare team | 29 |
| To be done by the service user | 13 |
| Warning signs | 32 |
| Resources | 31 |
| Treatments preferences | 26 |
| Medication preferences | 20 |
| Non-medical reminders and requests | 19 |
| Personal information | 18 |
| What to avoid in a crisis | 16 |
| De-escalation strategies | 12 |
| Triggers | 10 |
| Appointment of a legal representative | 10 |
| Service user's current difficulties | 3 |

| | |
|--------------------------|---|
| Service user's strengths | 3 |
| Other information | 3 |
| Signatures | 2 |

The moment

Of the 78 studies, 12 (15%) refer to a preferred moment to complete the creation of the crisis plan, which are after the crisis, at admission, in preparation for discharge, and after the service user's hospitalization.

According to some authors, the completion of a crisis plan should be initiated at the admission of the service user, since it represents a great opportunity to initiate the therapeutic alliance (Billé, 2022; Jankovic et al., 2010). The most frequent moment in the literature is after the crisis since the proximity in time to the crisis allows the service user to reflect on the events (Brovelli et al., 2017; Farrelly et al., 2015; Ferrari et al., 2018; McGarity et al., 2021; Michaud et al., 2021; National Alliance on Mental Illness, 2016; Spangler, 2019; Stanley & Brown, 2012). Several authors add, however, that being too close in time to the crisis could lead to anxiety and emotional damage (Michaud et al., 2021; Spangler, 2019). (Billé, 2022; Jankovic et al., 2010). On the other hand, preparation for discharge and after hospitalization are favored by some authors, given the mental stability of the user allowing for a greater introspection on the events (Drolet-Dostaler, 2016; Henderson et al., 2004).

The completion steps

Several authors emphasize on organizing a meeting prior to the completion of a crisis plan (Barrett et al., 2013; Borschmann et al., 2013; Borschmann et al., 2014; Drolet-Dostaler, 2016; Farrelly, 2013; Farrelly et al., 2016; Farrelly et al., 2014b; Ferrari et al., 2018; Flood et al., 2006; Henderson et al., 2017; Henderson et al., 2008; Maitre, 2018; Maître et al., 2013; McGarity et al., 2021; Ruchlewska et al., 2014a; Ruchlewska et al., 2014b; Thornicroft et al., 2013). During this meeting, it is expected that the plan and its content will be presented to the service user, allowing them to reflect on the elements to be addressed during the writing process. In the second phase, a writing meeting is scheduled in which the plan will be drafted, completed, and distributed. Although the

majority of the literature suggests a pre-meeting, some literature favors a single meeting (Belden et al., 2021; Cook et al., 2013; Maitre, 2018; Stanley & Brown, 2012) or even writing in a group of several service users (Srebnik et al., 2005).

As for the procedure for writing the plan, few studies make its operationalization explicit. Indeed, two studies favor face-to-face meetings (Cook et al., 2013; Ferrari et al., 2018), while several instead favor writing on computer software (Srebnik & Russo, 2007; Srebnik et al., 2005; Sutherby et al., 1999; Thom et al., 2019; Williams et al., 2014). No author explicitly states the reasons for one choice or another.

The people involved

In completing a crisis plan, several people are identified as key contributors. First, in relation to our study's inclusion criteria, which state that the user's participation must be explicit in the selected writings, the service user is the first participant in the completion of a crisis plan in all the studies.

The healthcare professional, represented mainly by the physician, nurse, or care coordinator, is also essential in implementing the plan through his or her role as a mental health expert (67%, n=52/78). Several authors also point out that their participation promotes the application of and compliance with directives in the mental health setting (Farrelly, 2013; Farrelly et al., 2016).

Subsequently, several studies raised the service user's representative, also called a facilitator, as the third most frequent key actor (36%, n=28/78). Generally, this role is assumed by a health care professional external to the service user's care team or a family member. Their role is frequently characterized as the organizer and animator of the meeting (Barrett et al., 2013; Easter et al., 2021; Elbogen et al., 2007). Although organizing the meeting is the most frequent role identified, some studies suggest that the service user's representative could instead employ an active and impartial role to represent the service user's needs and interests (Bartolomei et al., 2012; Borschmann, 2014; Drolet-Dostaler, 2016).

The involvement of a patient partner was also suggested in some studies (6%, n=5/78). The role of the patient partner, similar to the role of the service user's representative, is to support the

service user and encourage his/her representation in decision-making regarding his/her care and treatment (Belden et al., 2021; Srebnik et al., 2005; Sutherby et al., 1999).

Finally, loved ones (26%, n=20/78), usually represented by a family member, are frequently included in the completion of a crisis plan to accompany the service user's decision making and represent their interests (Ambrosini & Crocker, 2007; Ferrari et al., 2018; Thom et al., 2019). A complete list of the literature and actors involved is presented in Annexe H.

The training for a crisis plan

Few studies (n=11) address the professional training required to complete a crisis plan. Of these, none discusses the training for patient partners and loved ones. In this sense, several authors point out that the lack of training related to the intervention is one of the main barriers to its implementation (Gumley et al., 2021; Higgins et al., 2015; James et al., 2021; Lequin et al., 2021). Among the literature that discusses the type of training to be implemented, the relevance of conducting applied hands-on training (Higgins et al., 2015; James et al., 2021; Stanley & Brown, 2012), and involving a patient partner (Belden et al., 2021; Ferrari et al., 2018), are noted as the main strategies to promote the integration of the concepts surrounding crisis plans.

Theme 3: The outcomes of a crisis plan

In the literature regarding crisis plans, many outcomes have been identified for the service user, the healthcare professionals, and the organization.

For the service user

For the service user, several outcomes have been identified. The most frequent outcome (n=36) is the increased service users' sense of empowerment. According to the literature reviewed, the completion of the crisis plan, as well as its application, could promote the service user's power to act on the decisions concerning his or her care and treatment in a situation of crisis (Farrelly, 2013; Gumley et al., 2021; Jankovic et al., 2010). Similarly, recovery-related benefits, including increased independence, autonomy, and dignity, are noted in several qualitative studies evaluating service users' perceptions (Farrelly et al., 2016; Maylea et al., 2018; Michaud et al., 2021). Indeed, the perception of greater respect for the service user's preferences regarding his

or her care and treatment is noted in qualitative studies evaluating the acceptability of crisis plans to both users and professionals (n=13) (Ambrosini & Crocker, 2007; Billé, 2022; Easter et al., 2021; Farrelly, 2013; Gumley et al., 2021; James et al., 2021; Lequin et al., 2021; Ruchlewska et al., 2016; Srebnik & Russo, 2008; Srebnik & Russo, 2007; Sutherby et al., 1999; Table et al., 2020; Thom et al., 2019).

The completion of a crisis plan is associated with a decrease in at-risk behaviors, including violent behaviors toward others (Henderson et al., 2008) as well as self-harm (Borschmann et al., 2013) and suicidal attempts (Ferguson et al., 2021; McGhee, 2021; Melvin et al., 2019; Nuij et al., 2021; Pauwels et al., 2017). Decreased coercion, including the use of physical and chemical restraint as well as seclusion, involuntary treatment order, and involuntary hospitalization, represents the second most frequently identified outcome (n=16), predominantly from quantitative studies. This outcome is mainly associated with the joint crisis plan and advance directives. Several quantitative studies also note a decrease in voluntary admissions (Barrett et al., 2013; Farrelly et al., 2014b; Ferguson et al., 2021; Ferrari et al., 2018; Flood et al., 2006; Henderson et al., 2008; Ruchlewska, 2015; Tan et al., 2012; Williams et al., 2014; Zonana et al., 2018).

The results are mixed regarding the introspection generated by the completion of a crisis plan. Indeed, qualitative studies focusing on the service user's perspective seem to indicate an increase in critical thinking in relation to his or her mental illness (Bartolomei et al., 2012; Government of Western Australia, 2013; Perkins & Repper, 2016), while studies focusing on the stakeholders' perspective indicate a lack of introspection on the part of the service users thus limiting their ability to effectively complete a crisis plan (Farrelly, 2013; Ruchlewska et al., 2014a).

While there are many benefits to a crisis plan, it should be noted that traumatic events addressed during the drafting process have been identified in several qualitative studies as a significant source of distress for the service user (Drolet-Dostaler, 2016; van der Ham et al., 2013) and loved ones (Drolet-Dostaler, 2016), possibly resulting in a limited involvement of both parties (Farrelly et al., 2014a; Lequin et al., 2021).

The healthcare professional

At the healthcare professional's level, two outcomes are identified: the improvement of the therapeutic relationship (n=20) and the more effective management of the crisis (n=5).

The improvement of the therapeutic relationship, identified in qualitative studies assessing the acceptability of the intervention for service users and their caregivers in all types of crisis plans, is characterized mainly by a better understanding of the service user's needs and life goals (Ferrari et al., 2018; Thom et al., 2019; Williams et al., 2014), thus resulting in greater satisfaction with care for the service user (James et al., 2021; Jankovic et al., 2010; Lequin et al., 2021).

Improved crisis management, identified mostly from quantitative studies evaluating safety plans and advance directives, is characterized by more effective identification of signs and symptoms of relapse (Henderson et al., 2008) and greater use of the service user's personal resources (Ambrosini & Crocker, 2007; Cook et al., 2013; Ferguson et al., 2021).

The organization

Finally, at the organizational level, the implementation of crisis plans, mainly the joint crisis plan and advance directives, has been associated with a significant decrease in costs related to patient care (Barrett et al., 2013; Flood et al., 2006; Henderson et al., 2008; Maître et al., 2013; Molyneaux et al., 2019). On the other hand, it has been noted by several authors that the accessibility of plans in crisis situations represents a major implementation-related challenge given their predominantly paper-based use (Jankovic et al., 2010; Maître et al., 2013; Ruchlewska, 2015; Srebnik & Russo, 2008).

Discussion

The objective of this scoping review was to provide a state-of-the-art review of crisis plans in adult mental health settings. To this end, 78 studies were analyzed. The results highlighted different themes related to the aim of a crisis plan, its completion, and its outcomes.

What is a crisis plan?

The analysis of the literature has highlighted two types of crisis plans: the legal crisis plan, with a legal obligation on the part of the stakeholders to respect its content, and the formal crisis plan that favors a formal commitment between the key actors to abide by its content according to the context. Although the legal value of crisis plans shows a distinction between the two types, they share a common goal, i.e. planning in a crisis situation, which explains the central place of the advance formulation of requests for the care and treatments of the person in crisis in both types of crisis plans. Advance directives are the only type of crisis plan with legal value, which is more consistent with the formal crisis plan. (Ambrosini & Crocker, 2007). Most other plans proposed in the literature, which focus on the service user's self-determination and empowerment through advanced decision-making in partnership, refer to the second type.

The aim of the second type of crisis plan, which places the service user in a central and active role in the intervention, echoes Provencher's (2002) disciplinary approach, which promotes structured and user-directed resources. According to this author, this intervention model promotes recovery by giving importance to the user's preferences and strengths through reciprocity-based interactions (Provencher, 2002). Several models of crisis plans recently proposed in the literature, including the Joint Crisis Plan and the Wellness Action Recovery Plan, make recovery explicit as the intervention's theoretical foundation (Ferrari et al., 2018; O'Keeffe et al., 2016). According to these authors, this type of intervention would allow the operationalization of recovery by supporting the service user in regaining power over his or her health and by encouraging the use of personal resources (Ferrari et al., 2018; O'Keeffe et al., 2016). In light of this reflection, we can therefore see that the distinction between the two types of crisis plans lies both in the legal value of the intervention but also in the nature of the user's participation, which, for the first type, is linked to his or her current ability to consent. In contrast, for the second, it is a matter of relying on his or her experiential knowledge. Through the two types of plans, we can also observe an evolution from substitute decision making to shared decision making. In this sense, the second type of crisis plan appears to be an updated version of the first, reflecting a shift from a paternalistic paradigm to a recovery-oriented culture of care in mental health (Ellison et al., 2018).

Data analysis did not clarify the operationalization of the intervention, especially regarding the best moment to initiate it with the service user, the completion steps, and the training of key actors. These results are in line with two systematic reviews respectively evaluating safety plans for people at risk of suicide and crisis plans for people with schizophrenia, highlighting that the variability of methods of operationalization represents one of the main challenges related to the implementation and sustainability of the intervention (Ferguson et al., 2021; Molyneaux et al., 2019). However, it should be noted that the adaptability of the intervention can be a strength, as pointed out by Ferguson et al. (2021). Indeed, the possibility of initiating it in a hospital setting as well as in a community setting, of writing it in person, online, or in a group, as well as the possibility of involving different stakeholders in its writing is consistent with the need for meaningful and personalized interventions. Our scoping review, reporting on all types of crisis plans, brings to light other modalities that were not identified by Ferguson et al. (2021), notably regarding the organization of a pre-writing meeting as well as the possibility of involving a patient's representative and a patient partner in the completion process. This opportunity to modulate the intervention according to the service user's needs is consistent with the recovery approach, which emphasizes the promotion of autonomy and empowerment of mental health service users (Penzenstadler et al., 2020). Furthermore, the patient representative was involved in 36% of the literature reviewed, over 80% of which were published in the last 10 years. Several studies have shown that the role of the patient representative is more effective when employed by a loved one or patient partner than by a health care professional, whose involvement may amplify the power imbalance (Tinland et al., 2022). Thus, like the evolution of the purpose of the intervention, the growing literature on the role of the patient representative seems to indicate a developing desire to foster empowerment, autonomy, and active participation of service users in mental health care.

What are the outcomes of a crisis plan?

Regarding the outcomes, several are consistent with the two proposed types of crisis plans, mainly concerning the primary aim of the intervention, which is to prevent and intervene in crisis situations. For the service user, the use of coercive measures is one of the most reported consequences of crisis situations (de Jong et al., 2016). Thus, the decrease in at-risk behaviors and

the decrease in the use of coercion seem to indicate the effectiveness of the intervention in preventing and managing crisis situations. For healthcare professionals and care organizations, the outcomes identified in the literature are improved crisis management and reduced treatment costs. Although several outcomes are directly related to crisis management, the two most commonly identified in the literature are an increased sense of empowerment and a perception of greater respect for the service user's wishes, which are not directly related to the crisis itself. These results seem to align with formal crisis plans, but also with Provencher's (2002) recovery disciplinary perspective, since empowerment and power to act are two of its theoretical foundation. Considering recovery-related indicators to evaluate an intervention such as a crisis plan is consistent with the inclusive view of the crisis favored in the literature, which perceives the event as a subjective and punctual experience in the person's life (Caplan, 1964). Nevertheless, future empirical research should focus on assessing personal recovery through a validated psychometric tool (O'Keeffe et al., 2016), which could support research and evaluation of crisis plans, thereby strengthening recommendations for clinical practice.

In sum, the results of this scoping review seem to indicate that crisis plans are an effective intervention for preventing and intervening in crisis situations but can also represent a concrete way to operationalize and support the recovery of mental health service users.

Limitations

This paper has two key limitations. First, the purpose of scoping reviews is to gather and synthesize a wide variety of literature on an emerging topic (Thomas & Law, 2013). While this is generally a methodological advantage, due to the wide variety of terminology used to describe crisis plans, the literature strategy may not have identified all available literature. Second, due to time consideration, the study did not include commentaries and editorials. Studies presented in languages other than French or English were also not included. It is therefore likely that additional relevant literature was not included in this review, which could influence its results.

While this study has some limitations, it should be noted that it also has significant strengths. To ensure the reproducibility of the study, its results were presented according to the PRISMA-ScR checklist (Tricco et al., 2018). Several key steps in the scoping review process (literature selection

and extraction) were performed independently by two reviewers, thus ensuring methodological rigor. Although it is not essential to the realization of a scoping review, the critical appraisal of primary articles was performed. This step allowed for consideration of the methodological quality of primary studies in the formulation of the results. Since all types of crisis plans were included in the study's inclusion criteria, we found appropriate to exclude certain consumer groups with specific mental health needs (i.e., people with developmental disabilities, veterans, and children) to ensure the specificity and transferability of results. Finally, the involvement of a patient partner in this study is also one of its strengths, as it allows for a better understanding of the needs of people with serious mental illnesses and the integration of his experiential knowledge into the results and discussion.

Conclusion

To our knowledge, this is the first study to use an inclusive definition of crisis to explore the state of knowledge on crisis plans proposed in the literature. This scoping review identified two type of crisis plans emerging from the aims of the intervention that distinguish between those with a legal value and those representing a formal commitment by key actors to abide by their content. This distinction also highlighted a shift in the intent of crisis plans proposed in the literature, potentially related to the shift from a paternalistic paradigm to a recovery-oriented culture of care. The outcomes identified in the literature review appeared to be consistent with the primary focus of the intervention, which is crisis prevention. However, the outcomes most identified in the literature were not directly related to crisis but rather to the recovery of the mental health service users, which indicates that crisis plans could represent a concrete way to operationalize recovery in clinical practice. Finally, the literature did not allow to propose recommendations on the modalities associated with the moment to initiate the intervention, the completion steps, and the training of the key actors, underscoring the need for further empirical research on the subject.

Relevance for clinical practice

Our scoping review highlights current knowledge and gaps in crisis plans in mental health, thus guiding future empirical research on the topic. It also builds on current knowledge on the modalities of crisis plans, thus facilitating its implementation in clinical settings. This could, in

turn, promote the creation of safe care environments by allowing for better crisis prevention, management, and a decrease in associated consequences for mental health service users.

References

- Ambrosini, D. L., & Crocker, A. G. (2007, Jun). Psychiatric advance directives and the right to refuse treatment in Canada. *Can J Psychiatry*, 52(6), 397-402. <https://doi.org/10.1177/070674370705200610>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Barrett, B., Waheed, W., Farrelly, S., Birchwood, M., Dunn, G., Flach, C., Henderson, C., Leese, M., Lester, H., & Marshall, M. (2013). Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: economic outcomes. *PLoS One*, 8(11), e74210.
- Bartolomei, J., Blochet, A. B., Ortiz, N., Etter, M., Etter, J. F., & Rey-Bellet, P. (2012). Joint crisis plans: Families, psychiatric patients and caregivers facing crisis together. [French] Le plan de crise conjoint: Familles, patients et soignants ensemble face a la crise. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 163(2), 58-64. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4414/sanp.2012.02355>
- Belden, C. M., Gilbert, A. R., Easter, M. M., Swartz, M. S., & Swanson, J. W. (2021). Appropriateness of psychiatric advance directives facilitated by peer support specialists and clinicians on Assertive Community Treatment teams. *J Ment Health*, 1-7. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/09638237.2021.1952946>
- Billé, V. (2022). Prévenir la contrainte dès l'accueil. *Santé mentale*, 264, 71-75.
- Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., Slade, M., Sutherby, K., Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 357-364.
- Borschmann, R., Trevillion, K., Henderson, R. C., Rose, D., Szmukler, G., & Moran, P. (2014). Advance statements for borderline personality disorder: a qualitative study of future crisis treatment preferences. *Psychiatric Services*, 65(6), 802-807. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300303>
- Brovelli, S., Dorogi, Y., Feiner, A. S., Golay, P., Stiefel, F., Bonsack, C., & Michaud, L. (2017). Multicomponent Intervention for Patients Admitted to an Emergency Unit for Suicide Attempt: An Exploratory Study. *Front Psychiatry*, 8, 188. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00188>
- Caplan, G. (1964). *Principle of preventive psychiatry*. Basic Books.

- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 491. <https://doi.org/doi:10.3389/fpsy.2019.00491>
- Cook, J. A., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Goldrick, V., Steigman, P. J., Grey, D. D., Burke, L., Carter, T. M., Razzano, L. A., & Copeland, M. E. (2013, Dec). Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J*, *36*(4), 250-257. <https://doi.org/10.1037/prj0000028>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (2015). The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 2: the people behind the label. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(3), 106-116. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F070674371506000305>
- de Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., Van Gool, A. R., & Mulder, C. L. (2016). Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *73*(7), 657-664. <https://doi.org/doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
- Drolet-Dostaler, A. (2016). *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* Université du Québec en Outaouais]. <http://di.uqo.ca/id/eprint/847>
- Easter, M. M., Swanson, J. W., Robertson, A. G., Moser, L. L., & Swartz, M. S. (2021, Oct). Impact of psychiatric advance directive facilitation on mental health consumers: empowerment, treatment attitudes and the role of peer support specialists. *J Ment Health*, *30*(5), 585-593. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1714008>
- Elbogen, E. B., Van Dorn, R., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Ferron, J., Wagner, H. R., & Wilder, C. (2007, Nov). Effectively implementing psychiatric advance directives to promoting self-determination of treatment among people with mental illness *Psychol Public Policy Law*, *13*(4). <https://doi.org/10.1037/1076-8971.13.4.273>
- Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018, Jan). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health*, *45*(1), 91-102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>
- Farrelly, S. (2013). *Therapeutic relationships in community mental health: the impact of the Joint Crisis Plan intervention* King's College London (University of London)]. <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.628238>

- Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, R. C., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2014a, Oct). What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(10), 1609-1617. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0869-1>
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R. C., Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2015, Dec). Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. *Qual Health Res*, 25(12), 1637-1647. <https://doi.org/10.1177/1049732314566320>
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R. C., Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2016, Apr). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expect*, 19(2), 448-458. <https://doi.org/10.1111/hex.12368>
- Farrelly, S., Szmukler, G., Henderson, C., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Finnecy, C., & Thornicroft, G. (2014b, Dec). Individualisation in crisis planning for people with psychotic disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 23(4), 353-359. <https://doi.org/10.1017/s2045796013000401>
- Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H., & Procter, N. (2021, Apr 29). The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>
- Ferrari, P., Lequin, P., Milovan, M., Suter, C., Golay, P., Besse, C., Chinet, M., Bonsack, C., & Favrod, J. (2018). *Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement*.
- Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2006, Oct 7). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*, 333(7571), 729. <https://doi.org/10.1136/bmj.38929.653704.55>
- Golan, N. (1998). *Treatment In Crisis Situations*. Simon and Schuster.
- Gouvernement du Québec. (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Government of Western Australia.(2013). The Crisis Awareness Plan (CAP) Pilot Project: Project report and recommendations

- Gumley, A., Glasgow, A., McInnes, G., & Jackson, C. (2021). Mental Health Professionals' Positions in Relation to Advance Statements: A Foucauldian Discourse Analysis. *Qualitative Health Research*, 10497323211036893.
- Henderson, C., Farrelly, S., Flach, C., Borschmann, R., Birchwood, M., Thornicroft, G., Waheed, W., & Szmukler, G. (2017, Nov 24). Informed, advance refusals of treatment by people with severe mental illness in a randomised controlled trial of joint crisis plans: demand, content and correlates. *BMC Psychiatry*, 17(1), 376. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1542-5>
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2004, Jul 17). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 329(7458), 136. <https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63>
- Henderson, C., Swanson, J. W., Szmukler, G., Thornicroft, G., & Zinkler, M. (2008, Jan). A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv*, 59(1), 63-71. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.1.63>
- Higgins, A., Morrissey, J., Doyle, L., Bailey, J., & Gill, A. (2015). Best Practice Principles for Risk Assessment and Safety Planning for Nurses working in Mental Health Services
- Hogan, H., & Goldman, M. (2021). New Opportunities to Improve Mental Health Crisis Systems. *Psychiatric Services*, 72(2), 169. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.202000114>
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., & O' Cathain, A. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285-291. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
- Institut national de la santé publique du Québec. (2019). Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux. *Bureau d'information et d'études en santé des populations*, 31. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf
- Jakubec, S. L. (2014). Crisis and disaster. In *Vancouver's Canadian Psychiatric Mental Health Nursing, Canadian Edition-E-Book* (pp. 491-507). Elsevier Health Sciences.
- James, R., Maude, P., & Searby, A. (2021). Mental health clinician training and experiences with utilization of advance statements in Victoria, Australia. *Int J Ment Health Nurs*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12939>

- Jankovic, J., Richards, F., & Priebe, S. (2010, November). Advance statements in adult mental health [Review]. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(6), 448-455. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.109.006932>
- Lay, B., Salize, H. J., Dressing, H., Rüsçh, N., Schönerberger, T., Bühlmann, M., Bleiker, M., Lengler, S., Korinth, L., & Rössler, W. (2012, 2012/09/05). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry*, 12(1), 136. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-136>
- Lebenbaum, M., Chiu, M., Vigod, S., & Kurdyak, P. (2018). Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open*, 4(2), 31-38. <https://doi.org/10.1192/bjo.2017.4>
- Lenagh-Glue, J., Thom, K., O'Brien, A., Potiki, J., Casey, H., Dawson, J., & Glue, P. (2020, Jan-Feb). The content of Mental Health Advance Preference statements (MAPs): An assessment of completed advance directives in one New Zealand health board. *Int J Law Psychiatry*, 68, 101537. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101537>
- Lequin, P., Ferrari, P., Suter, C., Milovan, M., Besse, C., Silva, B., Golay, P., Bonsack, C., & Favrod, J. (2021). The Joint Crisis Plan: A Powerful Tool to Promote Mental Health. *Front Psychiatry*, 12, 621436. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.621436>
- Maitre, E. (2018). Les directives anticipées psychiatriques (DAP): Propositions pour un modèle en France. [Health & Mental Health Services 3370]. *Annales Medico-Psychologiques*, 176(4), 387-390. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.008>
- Maître, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P., Ducrocq, F., Delamillieure, P., Lavoisy, B., Walter, M., Dubois, V., & Vaiva, G. (2013, Sep). [Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints]. *Encephale*, 39(4), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.012> (Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives.)
- Maylea, C., Jorgensen, A., Matta, S., Ogilvie, K., & Wallin, P. (2018). Consumers' Experiences of Mental Health Advance Statements. *Laws*, 7(2), 22. <https://www.mdpi.com/2075-471X/7/2/22>
- McGarity, S., Stacy, S., Borges, L. M., Barnes, S. M., Nazem, S., Gerard, G. R., Clark, K., Matarazzo, B. B., Bahraini, N. H., & Wortzel, H. S. (2021, Jul 28). Therapeutic Risk Management for Violence: Safety Planning for Other-directed Violence. *J Psychiatr Pract*, 27(4), 296-304. <https://doi.org/10.1097/pr.0000000000000565>

- McGhee, L. M. (2021). Mitigating suicide risk post-discharge from inpatient crisis stabilization: Safety planning intervention [Health Psychology & Medicine 3360]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 82(3-B), No-Specified. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc17&NEWS=N&AN=2020-79975-189> (Dissertation Abstracts International)
- Melvin, G. A., Gresham, D., Beaton, S., Coles, J., Tonge, B. J., Gordon, M. S., & Stanley, B. (2019, Jun). Evaluating the Feasibility and Effectiveness of an Australian Safety Planning Smartphone Application: A Pilot Study Within a Tertiary Mental Health Service. *Suicide Life Threat Behav*, 49(3), 846-858. <https://doi.org/10.1111/sltb.12490>
- Michaud, L., Dorogi, Y., Gilbert, S., & Bourquin, C. (2021). Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. *PLoS One*, 16(2), e0247393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247393>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2018). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4 ed.). Sage Publication.
- Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S., & Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, 5(4), e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28>
- National Alliance on Mental Illness.(2016). Mental health crisis planning for adults: Learn to Recognize, Manage, Prevent and Plan for Your Loved One’s Mental Health Crisis
- Nicaise, P., Lorant, V., & Dubois, V. (2013, Jan). Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health Soc Care Community*, 21(1), 1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x>
- Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A., & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 419-426. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>
- O'Keeffe, D., Hickey, D., Lane, A., McCormack, M., Lawlor, E., Kinsella, A., Donoghue, O., & Clarke, M. (2016, Jun). Mental illness self-management: a randomised controlled trial of the Wellness Recovery Action Planning intervention for inpatients and outpatients with psychiatric illness. *Ir J Psychol Med*, 33(2), 81-92. <https://doi.org/10.1017/ipm.2015.18>
- Pauwels, K., Aerts, S., Muijzers, E., De Jaegere, E., van Heeringen, K., & Portzky, G. (2017). BackUp: Development and evaluation of a smart-phone application for coping with suicidal crises. *PLoS One*, 12(6), e0178144. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178144>

- Penzenstadler, L., Molodynski, A., & Khazaal, Y. (2020, 2020/01/02). Supported decision making for people with mental health disorders in clinical practice: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(1), 3-9. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1676452>
- Perkins, R., & Repper, J. (2016). Recovery versus risk? From managing risk to the co-production of safety and opportunity. *Mental Health & Social Inclusion*, 20(2), 101-109. <https://doi.org/10.1108/mhsi-08-2015-0029>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping reviews (2020 version)*. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual, JBI.
- Poremski, D., Alexander, M., Fang, T., Tan, G. M., Ong, S., Su, A., Fung, D., & Chua, H. C. (2020, Mar). Psychiatric Advance Directives and their relevance to improving psychiatric care in Asian countries. *Asia Pac Psychiatry*, 12(1), e12374. <https://doi.org/10.1111/appy.12374>
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Radenbach, K., Falkai, P., Weber-Reich, T., & Simon, A. (2014, May). Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. *J Med Ethics*, 40(5), 343-345. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101038>
- Ruchlewska, A. (2015). The effects of Crisis Plans for Patients with Psychotic and Bipolar disorders. <http://hdl.handle.net/1765/78248>
- Ruchlewska, A., Kamperman, A. M., Wierdsma, A. I., van der Gaag, M., & Mulder, C. L. (2016, Aug 1). Determinants of Completion and Use of Psychiatric Advance Statements in Mental Health Care in the Netherlands. *Psychiatr Serv*, 67(8), 858-863. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400495>
- Ruchlewska, A., Mulder, C. L., Van der Waal, R., Kamperman, A., & Van der Gaag, M. (2014a, Mar). Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT. *Adm Policy Ment Health*, 41(2), 220-227. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0454-4>
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B. J., & Mulder, C. L. (2014b). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 9(3), e91882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>
- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P. W., Zahn, R., Schönenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., & Rössler, W. (2014, 2014/02/01). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European*

Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 264(1), 35-43.
<https://doi.org/10.1007/s00406-013-0412-5>

Séguin, M., Brunet, A., & LeBlanc, L. (2021). *Intervention en situation de crise et contexte traumatique, 2ième édition* (G. M. Éditeur, Ed.). Chenelière Éducation.

Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., & Kristjansson, E. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Bmj*, 358. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>

Skovgaard Larsen, J. L., Frandsen, H., & Erlangsen, A. (2016, May). MYPLAN - A Mobile Phone Application for Supporting People at Risk of Suicide. *Crisis*, 37(3), 236-240. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000371>

Spangler, D. A. (2019). Development of an automated internet-based safety plan [Health & Mental Health Treatment & Prevention 3300]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 80(11-B(E)), No-Specified. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc16&NEWS=N&AN=2019-46354-019> (Dissertation Abstracts International)

Srebnik, D., & Russo, J. (2008, Jul). Use of psychiatric advance directives during psychiatric crisis events. *Adm Policy Ment Health*, 35(4), 272-282. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0172-0>

Srebnik, D. S., & Russo, J. (2007, Sep). Consistency of psychiatric crisis care with advance directive instructions. *Psychiatr Serv*, 58(9), 1157-1163. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1157>

Srebnik, D. S., Rutherford, L. T., Peto, T., Russo, J., Zick, E., Jaffe, C., & Holtzheimer, P. (2005, May). The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*, 56(5), 592-598. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.592>

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012, May). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration.(2019). Practical guide to psychiatric advance directives

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 Psychiatr Scand*, 100(1), 56-61. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10914.x>

- Swanson, J. W., Tepper, M. C., Backlar, P., & Swartz, M. S. (2000, Summer). Psychiatric advance directives: an alternative to coercive treatment? *Psychiatry*, *63*(2), 160-172. <https://doi.org/10.1080/00332747.2000.11024908>
- Table, B., Thomas, J., & Brown, V. A. (2020, Winter). Psychiatric Advance Directives as an Ethical Communication Tool: An Analysis of Definitions. *J Clin Ethics*, *31*(4), 353-363.
- Tan, E., Higginbotham, A., McQueen, L., & Bhui, K. (2012, September). Crisis plans in a home treatment team before and after a quality improvement programme. *Psychiatrist*, *36*(9), 331-334. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.111.035956>
- Thom, K., Lenagh-Glue, J., O'Brien, A. J., Potiki, J., Casey, H., Dawson, J., & Glue, P. (2019). Service user, whānau and peer support workers' perceptions of advance directives for mental health. *Int J Ment Health Nurs*, *28*(6), 1296-1305. <https://doi.org/doi:10.1111/inm.12637>
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., Barrett, B., Byford, S., Henderson, C., Sutherby, K., Lester, H., Rose, D., Dunn, G., Leese, M., & Marshall, M. (2013, May 11). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet*, *381*(9878), 1634-1641. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60105-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60105-1)
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., Auquier, P., & Group, D. (2022). Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1627>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., & Weeks, L. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, *169*(7), 467-473. <https://doi.org/https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- van der Ham, A. J., Voskes, Y., van Kempen, N., Broerse, J. E., & Widdershoven, G. A. (2013, Jun). The implementation of psychiatric advance directives: experiences from a Dutch crisis card initiative. *Psychiatr Rehabil J*, *36*(2), 119-121. <https://doi.org/10.1037/h0094983>
- Van Dorn, R. A., Scheyett, A., Swanson, J. W., & Swartz, M. S. (2010, Apr). Psychiatric advance directives and social workers: an integrative review. *Soc Work*, *55*(2), 157-167. <https://doi.org/10.1093/sw/55.2.157>
- Wilder, C. M., Swanson, J. W., Bonnie, R. J., Wanchek, T., McLaughlin, L., & Richardson, J. (2013, 2013/05/01). A Survey of Stakeholder Knowledge, Experience, and Opinions of Advance Directives for Mental Health in Virginia. *Administration and Policy in Mental Health and*

Mental Health Services Research, 40(3), 232-239. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0401-9>

Williams, T. M., Smith, G. P., & Lumbus, A. M. (2014, Oct). Evaluating the introduction of joint crisis plans into routine clinical practice in four community mental health services. *Australas Psychiatry*, 22(5), 476-480. <https://doi.org/10.1177/1039856214546172>

Yeager, K. R., & Roberts, A. R. (2015). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* (4 ed.). Oxford University Press

Zheng, C., Li, S., Chen, Y., Ye, J., Xiao, A., Xia, Z., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., Yu, L., Wang, C., & Lin, J. (2019, 2019/10/12/). Ethical consideration on use of seclusion in mental health services. *International Journal of Nursing Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.10.001>

Zonana, J., Simberlund, J., & Christos, P. (2018, Jul). The Impact of Safety Plans in an Outpatient Clinic. *Crisis*, 39(4), 304-309. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000495>

Chapitre 5 – La discussion

L'objectif de cette revue de la portée était de dresser l'état des connaissances sur les plans de crise en santé mentale adulte. Pour ce faire, 78 études ont été analysées. Ce chapitre vise d'abord à approfondir la discussion sur les résultats présentés au chapitre précédent en s'interrogeant davantage sur les spécificités des plans de crise ainsi que leurs retombées. Également, les forces et les limites de ce travail de recherche seront abordées, suivi des implications pour les sciences infirmières.

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

Dans un premier temps, la problématique présentée au premier chapitre a permis de se questionner à l'effet que les plans de crise présentés dans la littérature semblent avoir un but et un contenu très semblable. À la lumière de l'analyse des données, nos résultats proposent plutôt deux types, soit le plan de crise comme un outil légal qui comporte une obligation légale des intervenant.e.s à en respecter le contenu, et celui privilégiant un engagement formel entre les acteurs et actrices clés de respecter le contenu du plan selon le contexte. Bien que la valeur légale des plans de crise permette de montrer une distinction entre les deux types, ces derniers partagent tout de même un but commun, c'est-à-dire la planification en situation de crise. En effet, ce thème est présenté dans plus de la moitié des écrits analysés, c'est pourquoi la formulation anticipée de demandes relatives aux soins et traitements de la personne en crise représente un thème central dans les deux types de plans de crise proposés.

Les directives anticipées représentent le seul plan de crise à posséder une valeur légale (Ambrosini et Crocker, 2007), c'est-à-dire à miser sur l'aptitude actuelle de la personne au consentement. Elles s'inscrivent donc dans le premier type de plan de crise, soit le plan de crise légal.

La majorité des autres plans proposés dans la littérature, avec lesquels il est question de mettre l'accent sur l'autodétermination et l'autonomisation de la personne à travers une prise de décision anticipée effectuée en partenariat, réfèrent de leur côté au plan de crise représentant

un engagement formel. Le but de ce dernier, qui place l'usager.ère dans un rôle central et actif dans l'intervention fait d'ailleurs écho à l'approche disciplinaire du rétablissement de Provencher (2002) valorisant la promotion de ressources structurées et dirigées par la personne. En effet, selon cette autrice, ce modèle d'intervention permet la promotion du rétablissement en donnant une importance aux préférences et aux forces de l'usager.ère à travers des interactions axées sur la réciprocité (Provencher, 2002). Plusieurs modèles de plans de crise récemment proposés dans la littérature, incluant entre autres le Plan de crise conjoint, explicitent d'ailleurs le rétablissement comme assise théorique de l'intervention (Ferrari et al., 2018; O'Keeffe et al., 2016). Selon ces auteur.trice.s, ce type d'intervention permettrait d'opérationnaliser l'approche du rétablissement en soutenant l'usager.ère dans la reprise de pouvoir sur sa santé et en encourageant l'utilisation de ses ressources personnelles (Ferrari et al., 2018; O'Keeffe et al., 2016).

À la lumière de cette réflexion, on constate que la distinction entre les deux types de plans de crise se situe à la fois dans la valeur légale de l'intervention, mais également dans la nature de la participation de la personne qui, pour le premier type, est liée à son aptitude actuelle à consentir alors que pour le deuxième, il s'agit de miser sur son savoir expérientiel. En 2013, Maître et al. ont réalisé une revue de la littérature qualitative dans l'objectif d'identifier l'état des connaissances sur les directives anticipées. À l'époque de la publication de cette revue, les auteur.trice.s avaient identifié le Plan de crise conjoint comme une intervention distincte, mais le manque d'études empiriques sur l'intervention avait limité la capacité des auteur.trice.s à comparer les deux types (Maître et al., 2013). Depuis, cette opposition a été identifiée par quelques études primaires évaluant le Plan de crise conjoint (Borschmann, 2014; Ruchlewska et al., 2016), sans pourtant pousser la réflexion jusqu'à proposer une typologie qui puisse l'illustrer. La présente étude est, à notre connaissance, la première à faire état de tous les modèles de plans de crise proposés dans la littérature dans l'objectif d'identifier les éléments communs et distinctifs.

Depuis plusieurs années, les discussions entourant les plans de crise prennent une place plus importante dans la littérature. Selon plusieurs auteurs et autrices, les plans de crise proposés plus récemment représenteraient une version optimisée des directives anticipées (Drolet-Dostaler,

2016; Ferrari et al., 2018), puisqu'ils tendent vers une prise de décision partagée plutôt qu'une prise de décision substituée (Tinland et al., 2022). En ce sens, le plan de crise formel semble être une version actualisée du plan de crise légal, témoignant d'une évolution d'un paradigme paternaliste à une culture de soins axée sur le rétablissement en santé mentale (Ellison et al., 2018). Or, les directives anticipées demeurent grandement utilisées dans la pratique courante, principalement aux États-Unis (Easter et al., 2021; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019; Thom et al., 2019) et en Nouvelle-Zélande (Lenagh-Glue et al., 2020).

Dans un second temps, en ce qui a trait à la création des plans de crise, l'analyse de la littérature a permis de mettre en lumière plusieurs disparités, notamment concernant le rôle du ou de la représentant.e de l'utilisateur, le moment à privilégier pour initier l'intervention, la procédure de rédaction et la formation des acteur.tice.s clés.

Tout d'abord, outre l'utilisateur et son équipe de soins, le ou la représentant.e de l'utilisateur était impliqué dans le processus de rédaction du plan de crise dans 36% des écrits analysés dont près de 80% ont été publiés au cours des 10 dernières années. Dans les écrits publiés il y a plus de 10 ans, le rôle du ou de la représentant.e était davantage d'organiser et d'animer la discussion entourant la création du plan de crise. Dans les écrits plus récents, il s'agit plutôt de favoriser le sentiment d'écoute de l'utilisateur tout en soutenant son autonomie et son autodétermination (Belden et al., 2021; Easter et al., 2021; Tinland et al., 2022). À cet effet, plusieurs études se sont penchées sur le rôle du ou de la représentant.e de l'utilisateur dans la création d'un plan de crise, et ont constaté que la participation active de l'utilisateur et sa satisfaction par rapport à son plan étaient davantage observées lorsque le rôle du ou de la représentant.e est effectué par un.e proche ou un.e pair aidant.e (Ruchlewska et al., 2014; Tinland et al., 2022). En comparaison, ce rôle, lorsqu'effectué par un membre de l'équipe professionnelle ne serait pas optimal en raison d'un possible déséquilibre de pouvoir, décourageant ainsi l'engagement de l'utilisateur dans la création de son plan (Larsen et Terkelsen, 2014; Tinland et al., 2022). Cette relation met d'autant plus l'accent sur l'importance du rôle des proches et des pairs.es aidants.es dans le partenariat de soins en santé mentale (Pelletier et al., 2016). Il est tout de même à noter que, puisque la participation des proches et d'un ou d'une pair.e aidant.e est également encouragée dans la création d'un plan de crise en raison de leur perspective unique sur la crise (Belden et al., 2021;

Easter et al., 2021), il pourrait être possible d'observer un chevauchement des rôles. L'état actuel des connaissances mène donc à remettre en question le rôle de chacun des acteurs clés dans le processus de création d'un plan de crise. Ainsi, tout comme pour l'évolution du but de l'intervention, l'intérêt des écrits plus récents sur le rôle du. de la représentant.e de l'utilisateur semble indiquer un désir grandissant de favoriser le pouvoir d'agir, l'autonomie ainsi que la participation active des usagers.ères dans les soins en santé mentale. Cette proposition est cohérente avec la perspective disciplinaire du rétablissement de Provencher (2002) puisque, lorsqu'exercé par un.une proche ou un.une pair.e aidant.e, le rôle du. de la représentant.e de l'utilisateur permet de fournir un accompagnement personnalisé et sensible face à ses projets de vie (Penzenstadler et al., 2020). Il devient donc possible pour ce dernier ou cette dernière, peu importe la phase de son expérience de soins, par exemple lors d'une escalade agressive sur une unité de soins en santé mentale d'exercer son pouvoir d'agir sur les décisions relatives à ses soins et traitements.

En ce qui a trait à l'opérationnalisation de l'intervention, l'analyse des données n'a pas permis de clarifier le moment à privilégier pour l'initier, la procédure de rédaction et la formation des acteur.trice.s clés. Ce constat concorde avec ceux de deux revues systématiques évaluant respectivement le plan de sécurité auprès des personnes présentant un risque suicidaire et les plans de crise auprès des personnes schizophrènes (Ferguson et al., 2021; Molyneaux et al., 2019). Ces auteur.trice.s ont soulevé que la variabilité des méthodes d'opérationnalisation représente l'un des principaux défis liés à l'implantation et la pérennité de l'intervention (Ferguson et al., 2021; Molyneaux et al., 2019). Au Québec, une étude de préimplantation avait d'ailleurs soulevé des résultats similaires, indiquant que le manque de guide pratique ou légal pourrait représenter une barrière à l'implantation de l'intervention (Drolet-Dostaler, 2016). Cette absence de consensus pourrait être attribuable au fait que les résultats des études primaires sur les plans de crise font généralement état d'un seul modèle de plan de crise à la fois (Ferguson et al., 2021; Maître et al., 2013; Nicaise et al., 2013), ce qui rend difficile l'appréciation de l'étendue des connaissances sur les retombées communes des différents modèles. Il demeure cependant pertinent de noter que la flexibilité de l'intervention, c'est-à-dire la possibilité de l'initier en milieu hospitalier comme en milieu communautaire, de la rédiger en personne, en ligne ou en groupe

ainsi que la possibilité d'impliquer différentes personnes à sa rédaction, représente tout de même une force. En effet, cette nuance a été soulignée par Ferguson et al. (2021) qui indiquent, dans leur revue systématique sur les plans de sécurité, que leur versatilité est cohérente avec le besoin de proposer une intervention significative et personnalisée aux besoins de l'utilisateur. Puisque l'expérience du rétablissement est subjective et singulière, la flexibilité de l'intervention aux besoins de l'utilisateur et à son cheminement dans son expérience de soins est également cohérente avec la perspective disciplinaire du rétablissement de Provencher (2002). D'ailleurs, notre revue de la portée faisant état de plusieurs modèles de plans de crise proposés dans la littérature, permet de mettre en lumière d'autres modalités possibles qui n'avaient pas été identifiées par Ferguson et al. (2021), notamment concernant la tenue d'une rencontre préparatoire à la rédaction et la possibilité d'impliquer un.e représentant.e de l'utilisateur ainsi qu'un.e pair.e aidant.e dans son processus de complétion.

À la lumière de ces résultats, il semble pertinent que de futures études se penchent sur les modalités des plans de crise, principalement sur la formation des acteurs.trices clés, dans l'objectif d'identifier les pratiques à privilégier et guider les professionnels soignants dans l'implantation de l'intervention.

Quelles sont les retombées d'un plan de crise?

L'analyse de la littérature a permis de mettre en lumière une typologie des plans de crise se divisant en deux types et illustrant l'évolution d'un paradigme paternaliste vers une culture de soins axée sur le rétablissement. En concordance avec cette évolution des types de plans de crise, plusieurs retombées ont été identifiées pour l'utilisateur, pour les professionnels.elles de la santé ainsi que pour les organisations de soins.

En premier lieu, les manifestations cliniques qui découlent de la situation de crise, incluant les comportements hétéroagressifs et autoagressifs, peuvent entraîner l'utilisation des mesures de contrôle pour assurer la sécurité de la personne en crise (de Jong et al., 2016). En ce sens, la diminution des comportements à risque et des mesures de contrôle ainsi que la perception subjective d'une meilleure gestion de crise par le personnel soignant témoignent que l'intervention semble efficace quant à son but premier, soit la prévention et la gestion de la crise.

À son tour, une gestion plus efficace de la crise ainsi qu'une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle renforcent la relation thérapeutique entre le personnel soignant et l'utilisateur (Paradis-Gagné et al., 2021). Bien que plusieurs retombées soient directement liées à une gestion plus efficace de la crise, les deux retombées les plus couramment identifiées dans la littérature sont l'augmentation du sentiment d'autonomisation ainsi qu'une perception d'un plus grand respect des volontés de l'utilisateur. Ces résultats semblent faire écho au second type de plan de crise, mais également à la perspective disciplinaire du rétablissement de Provencher (2002) puisque l'autonomisation et le pouvoir d'agir constituent deux de ses assises théoriques. Bien qu'il soit cohérent que les retombées liées au rétablissement proviennent de l'expérience vécue des utilisateurs en raison de l'expérience subjective et personnelle de la crise, il demeurerait pertinent, pour de futures recherches empiriques, d'évaluer le rétablissement personnel par le biais d'un outil psychométrique validé (O'Keeffe et al., 2016). Cet indicateur pourrait permettre de soutenir la recherche et l'évaluation des plans de crise, renforçant les recommandations pour la pratique clinique.

Bien que plusieurs retombées montrent l'efficacité de l'intervention, il demeure essentiel de souligner que l'analyse de la littérature a aussi mis en lumière plusieurs obstacles à son application dans les milieux cliniques, notamment l'introspection insuffisante de l'utilisateur pour compléter le plan de crise et la difficulté à y accéder lors de la crise.

Du côté de l'introspection, plusieurs auteurs et autrices soulèvent que l'utilisateur n'aurait pas le recul ou la réflexion nécessaire pour exprimer concrètement ses désirs face à ses soins et traitements (Farrelly, 2013). Or, dans une perspective de rétablissement, la redéfinition du soi à travers la maladie est un processus non linéaire qui peut entraîner une capacité variable de la personne à exercer son pouvoir d'agir (Provencher, 2002). Le plan de crise peut donc être perçu comme un processus itératif l'accompagnant dans sa réflexion et son cheminement à travers la redéfinition de ses projets de vie. Il en revient donc au personnel soignant de soutenir la représentation des désirs de la personne dans la création d'un plan de crise. Pour ce faire, les milieux cliniques peuvent encourager l'implication d'un.e pair.e aidant.e et favoriser la période de préparation au congé pour réaliser le plan.

Concernant le manque d'accessibilité du plan en situation de crise, plusieurs pistes de réflexion sont discutées dans littérature. Parmi ces dernières, la proposition d'un plan rédigé en ligne pourrait permettre de favoriser l'accessibilité au plan, peu importe le milieu de soins de l'utilisateur (Srebnik et al., 2005). En contexte québécois, il s'agirait par exemple d'intégrer le plan de crise au Dossier Santé Québec qui regroupe et conserve les renseignements de santé de la population québécoise. Également, une communication efficace entre les professionnel.elle.s impliqués auprès de l'utilisateur est aussi une stratégie essentielle pour assurer la continuité des soins et la disponibilité du plan (Drolet-Dostaler, 2016).

En somme, la recension de la littérature réalisée préalablement à cette revue de la portée avait permis de mettre en lumière plusieurs éléments communs aux plans de crise les plus représentés dans la littérature. En ce sens, la réalisation de cette étude nous a permis d'évaluer plusieurs modèles de plans ainsi que de proposer une première typologie des plans de crise en plus de clarifier la relation entre leurs buts, les modalités qui entourent leur complétion et leurs retombées. Cette revue de la portée permet également de mettre en lumière que les plans de crise peuvent représenter un outil réaliste et applicable pour opérationnaliser et soutenir le rétablissement des usagers.ères en santé mentale.

Or, à la lumière de nos résultats et de la discussion de ces derniers, nous sommes forcés de constater que certains modèles de plans de crise ont été davantage adressés que d'autres en raison des critères d'inclusion et d'exclusion de la présente étude. De plus, cela nous amène à nous questionner sur la pertinence de proposer une intervention générique pour tous les usagers.ères vivant des crises en santé mentale en concordance avec la définition inclusive de la crise de Caplan (1964) et la perspective du rétablissement de Provencher (2002).

En effet, nous avons discuté plus haut que la littérature n'offrait pas de consensus sur certaines modalités des plans de crise, notamment en ce qui a trait au nombre de rencontres pour rédiger le plan ainsi que la possibilité d'impliquer un.e représentant.e de l'utilisateur et un.e pair.e aidant.e dans son processus de complétion. Nous constatons donc que, bien que certaines lignes directrices fournies par cette étude nous permettent d'avoir une vision d'ensemble des modalités de l'intervention, il semble essentiel de demeurer prudent dans son application et de respecter

le caractère subjectif et singulier de l'expérience de la crise et, par conséquent, le besoin d'interventions personnalisées. L'adaptabilité de l'intervention représenterait donc l'une de ses forces en permettant à l'utilisateur en collaboration avec ses intervenants et ses proches de moduler l'intervention en fonction de sa capacité d'introspection, de ses personnes-ressources et des ressources communautaires disponibles.

Les limites et les forces de l'étude

Cette revue de la portée comporte trois principales limites. Dans un premier temps, l'objectif des revues de la portée est de regrouper et de synthétiser une grande variété de littérature sur un sujet émergent (Thomas et Law, 2013). En revanche, en raison de la grande variété de nomenclatures utilisée pour décrire les plans de crise, il est possible que la stratégie documentaire n'ait pas permis d'identifier toute la littérature disponible sur le sujet. Dans le même ordre d'idée, malgré la volonté d'adresser tous les plans de crise proposés dans la littérature, l'exclusion de certains modèles, notamment les plans de crise visant les vétérans de l'armée et les personnes vivant de la violence conjugale a entraîné une vision de l'intervention plus axée sur les soins intra-hospitaliers. L'exploration de ces différents modèles de plans aurait pu permettre une vision plus élargie de l'intervention et, par conséquent, des résultats différents. Par ailleurs, pour favoriser la faisabilité de cette revue de la portée dans les temps prescrits pour la réalisation d'un mémoire, les commentaires et les éditoriaux n'ont pas été inclus. Également, la littérature présentée dans une autre langue que le français ou l'anglais n'a pas été retenue. Il est donc possible que des articles pertinents n'aient pas été considérés dans cette revue affectant ainsi les résultats obtenus.

Par ailleurs, il est à noter que cette étude comporte également plusieurs forces significatives. En effet, cette dernière a été réalisée en concordance avec les recommandations du Johanna Briggs Institute (2020) pour le développement d'une revue de la portée. Pour assurer la reproductibilité de l'étude, ses résultats ont été présentés selon la liste de vérification PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018, Annexe A). Également, plusieurs étapes clés du processus de la revue de la portée, soit la sélection des écrits et l'extraction, ont été effectuées de façon indépendante par deux étudiantes à la maîtrise, favorisant ainsi la rigueur méthodologique. Bien qu'elle ne soit pas

essentielle, mais fortement recommandée pour la réalisation d'une revue de la portée (Peters et al., 2020), l'évaluation de la qualité des articles primaires a également été réalisée. Cette étape a permis de tenir compte des biais méthodologiques, de financement, de publication, et ceux liés aux résultats, justifiant ensuite la formulation des résultats qui tiennent compte de la qualité méthodologique des études primaires. Puisque tous les types de plans de crise étaient compris dans les critères d'inclusion de l'étude, nous avons trouvé judicieux d'exclure certains groupes dont les besoins en santé mentale sont spécifiques, c'est-à-dire les personnes ayant une déficience intellectuelle, les vétérans et les enfants. Cette décision, en parallèle avec une définition inclusive de la crise, a permis de favoriser la transférabilité des résultats.

Finalement, l'implication d'un patient partenaire dans la réalisation de cette étude représente aussi l'une de ses forces puisqu'elle permet l'intégration de son savoir expérientiel dans les sections des résultats et de la discussion. Plus précisément, le patient partenaire a été consulté pour la présentation des résultats préliminaires ainsi que pour l'orientation de la discussion. Cette collaboration, concordante avec la perspective disciplinaire du rétablissement de Provencher (2002), a permis de valider la pertinence des résultats de l'étude dans l'objectif de tendre vers une meilleure réponse aux besoins des personnes avec un trouble de santé mentale grave et potentiellement développer une intervention plus appropriée et centrée sur leurs besoins réels.

Implication pour les sciences infirmières

Les résultats de cette revue de la portée permettent de formuler des recommandations pour les sciences infirmières en ce qui a trait à la recherche, à la pratique clinique, à la gestion, et à la formation.

Tout d'abord, cette étude offre une contribution à la littérature scientifique sur les plans de crise en contexte de santé mentale adulte. En concordance avec le désir grandissant d'offrir des soins axés sur le rétablissement en santé mentale, de plus en plus d'études empiriques sont réalisées sur les plans de crise. Cette revue de la portée permet donc de synthétiser et de mettre en lumière les connaissances actuelles sur l'intervention, principalement au niveau de son but, de ses étapes de complétion et de ses retombées. Cette étude offre également une première typologie des plans de crise, permettant ainsi de clarifier les buts spécifiques des deux types de plans de crise

identifiés dans l'analyse. En proposant une synthèse des concepts clés et des caractéristiques des plans de crise, cette revue de la portée permet de fournir des ressources aux milieux cliniques qui souhaiteraient implanter l'intervention. D'ailleurs, ses résultats préliminaires ont été présentés à un comité d'experts, composé de gestionnaires, d'intervenant.e.s, d'usager.ère.s et de proches, orientant ainsi un projet pilote d'implantation d'un plan de crise conjoint sur quatre unités de soins en santé mentale. Le plan de crise conjoint développé à la suite de cette revue de la portée a été conçu dans l'objectif d'adresser différents types de crise pour lesquels il y avait auparavant une utilisation concomitante d'outils. De plus, cette revue de la portée permet de mettre en lumière les lacunes de connaissances sur les plans de crise, notamment concernant le moment pour le compléter, les étapes de complétion et la formation des acteurs.trices impliqués.es, guidant ainsi les futures recherches empiriques. La méthodologie de recherche employée, faisant appel au savoir expérientiel d'un patient partenaire, permet d'augmenter la littérature disponible sur l'implication d'un patient partenaire dans le processus de synthèse des connaissances. En effet, dans une perspective de rétablissement, l'intégration de la perspective unique de l'usager.ère sur une problématique auquel il ou elle fait face régulièrement est essentielle dans l'objectif de tendre vers une meilleure réponse aux besoins de la population d'intérêt et de potentiellement développer une intervention plus appropriée et centrée sur leurs besoins réels (Hamilton et al., 2018).

En pratique clinique, le personnel infirmier joue un rôle clé dans la complétion et dans l'application d'un plan de crise par leur expertise biopsychosociale, mais également par leur leadership dans l'adoption de pratiques axées sur le partenariat et la prise de décision partagée. De nombreuses propositions de plans de crise sont actuellement utilisées en silo dans les milieux de soins québécois, incluant entre autres le plan de sécurité (Larue, non publié) et le plan pro-actif (Paradis-Gagné et al., 2018). Puisque l'acceptabilité des interventions dépend fréquemment de la signification que le personnel infirmier y accorde, l'implantation du plan de crise découlant des résultats préliminaires de ce projet de recherche permettra d'éviter la multiplication des propositions d'outils à compléter. De plus, l'implantation de ce plan de crise pourrait favoriser la création d'environnements de soins sécuritaires en permettant une meilleure gestion des crises

et une diminution des conséquences associées, par exemple, à l'hospitalisation involontaire et l'utilisation des mesures coercitives.

Par la suite, au niveau de la gestion, la réduction des mesures de contrôle est actuellement une priorité internationale pour les unités de soins en santé mentale (Organisation mondiale de la santé, 2021). Puisque les plans de crise représentent un moyen efficace de diminuer le recours à la coercition, les établissements de santé devraient être informés des résultats de cette étude afin d'orienter l'implantation de l'intervention. Également, les réflexions présentées dans ce mémoire concernant la relation entre les plans de crise et les changements paradigmatiques en santé mentale permettront aux gestionnaires et aux conseiller.ère.s en soins infirmiers d'orienter l'application de l'intervention dans une perspective de rétablissement.

Finalement, l'intégration des notions entourant les plans de crise dans la formation infirmière en santé mentale permettra d'outiller le personnel infirmier en matière de promotion du rétablissement. Elle permettra également à ce dernier de faire preuve de leadership dans les équipes multidisciplinaires et d'exercer activement son rôle d'*advocacy* dans la promotion des droits des personnes vivant des crises en santé mentale.

Chapitre 6 – La conclusion

Cette revue de la portée a permis de mettre en lumière et de synthétiser l'état actuel des connaissances sur les plans de crise ainsi que les besoins en recherche empirique sur le sujet. L'analyse des 78 écrits retenus a entraîné la proposition d'une typologie des plans de crise divisée en deux types, permettant de distinguer ceux avec une valeur légale de ceux représentant un engagement formel des acteur.trice.s clés à en respecter le contenu. Cette distinction a mis en lumière une potentielle évolution dans l'intention des plans de crise proposés dans la littérature, allant d'un processus de décision substituée à une prise de décision partagée montrant également un changement d'un paradigme paternaliste dans les soins en santé mentale vers une culture de soins axée sur le rétablissement. L'implication d'un.e représentant.e de l'utilisateur dans la création d'un plan de crise montrerait aussi cette évolution vers le rétablissement en santé mentale, puisque sa participation permettrait de soutenir l'autodétermination de l'utilisateur en supportant son rôle actif dans la prise de décision relative à ses soins et traitement. De façon surprenante, les retombées les plus identifiées dans la littérature ne sont pas directement liées à la crise en soi, mais plutôt au rétablissement en santé mentale. Ce constat indique que les plans de crise pourraient représenter une façon concrète d'opérationnaliser le rétablissement en pratique clinique. Finalement, il n'a pas été possible d'identifier un consensus sur les modalités associées au moment à privilégier pour initier l'intervention, à la procédure de rédaction et à la formation des acteur.trice.s. Ce manque de directives cliniques pourrait expliquer l'implantation variable des plans de crise dans les milieux de soins en santé mentale. De futures recherches devraient donc porter sur l'identification des modalités des plans de crise à privilégier afin d'orienter les lignes directrices en prévention de la crise, orientant davantage les milieux cliniques dans l'implantation de cette intervention.

Références bibliographiques

- Allott, P., Loganathan, L. et Fulford, K. W. M. (2002). Discovering Hope for Recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(2), 13-33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2002-0014>
- Ambrosini, D. L. et Crocker, A. G. (2007). Psychiatric advance directives and the right to refuse treatment in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 397-402. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F070674370705200610>
- Arkins, B., Begley, C. et Higgins, A. (2016). Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(3-4), 217-235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12289>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Le plan de sécurité* <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/planification-du-conge/le-plan-de-securite/>
- Atkinson, J. (2007). *Advance directives in mental health: Theory, practice and ethics*. Jessica Kingsley Publishers.
- Badger, D., Nursten, J., Williams, P. et Woodward, M. (2000). Should all literature reviews be systematic? *Evaluation & Research in Education*, 14(3-4), 220-230. <https://doi.org/doi:10.1080/09500790008666974>
- Baldwin, B. A. (1978). A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for Crisis Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(3), 538-551. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1978.tb01342.x>
- Baracaia, S., McNulty, D., Baldwin, S., Mytton, J., Evison, F., Raine, R., Giacco, D., Hutchings, A. et Barratt, H. (2020). Mental health in hospital emergency departments: cross-sectional analysis of attendances in England 2013/2014. *Emergency Medicine Journal*, 37(12), 744-751. <https://doi.org/10.1136/emered-2019-209105>
- Barratt, H., Rojas-García, A., Clarke, K., Moore, A., Whittington, C., Stockton, S., Thomas, J., Pilling, S. et Raine, R. (2016). Epidemiology of mental health attendances at emergency departments: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 11(4), e0154449. <https://doi.org/doi:10.1371/journal.pone.0154449>
- Belden, C. M., Gilbert, A. R., Easter, M. M., Swartz, M. S. et Swanson, J. W. (2021). Appropriateness of psychiatric advance directives facilitated by peer support specialists and clinicians on Assertive Community Treatment teams. *J Ment Health*, 1-7. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/09638237.2021.1952946>
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (2019). *La pratique du travail social en santé mentale: Apprendre, comprendre, s'engager*. PUQ. [https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=TgCaDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT43&dq=\(Bergeron-Leclerc,+Cormier,+Dallaire+et+Morin&ots=ZQ9HSu-](https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=TgCaDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT43&dq=(Bergeron-Leclerc,+Cormier,+Dallaire+et+Morin&ots=ZQ9HSu-)

[mOV&sig=WLH7rEzAhGi77me5u5bIGkgIzL0&redir_esc=y#v=onepage&q=\(Bergeron-Leclerc%2C%20Cormier%2C%20Dallaire%20et%20Morin&f=false](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.117762)

- Black, L. L. et Flynn, S. V. (2021). *Crisis, trauma, and disaster: A clinician's guide*. Sage Publications Ltd
- Borschmann, R. (2014). *The development and testing of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: a feasibility study* [King's College London (University of London)].
- Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., Slade, M., Sutherby, K., Szmulker, G., Thornicroft, G., Hogg, J. et Moran, P. (2013, May). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 202(5), 357-364. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.117762>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Hanna, S. E. et Makarski, J. (2010). Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Cmaj*, 182(10), E472-E478. [https://doi.org/https://doi.org/10.1503/cmaj.090449](https://doi.org/10.1503/cmaj.090449)
- Campbell, L. A. et Kisely, S. R. (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005963.pub2>.
- Caplan, G. (1956). *An approach to the study of family mental health*. US Pubic Health.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. Grune and Stratton.
- Caplan, G. (1964). *Principle of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Centre de crise de Québec. (2019). Rapport annuel 2019 du Centre de crise de Québec. http://centredecrise.com/gestion/wp-content/uploads/2020/01/rapport_annuel_2019.pdf
- Chieze, M., Courvoisier, D., Kaiser, S., Wullschleger, A., Hurst, S., Bardet-Bloch, A., Ourahmoune, A. et Sentissi, O. (2020, 2020/08/14/). Prevalence and risk factors for seclusion and restraint at Geneva's adult psychiatric hospital in 2017. *The European Journal of Psychiatry*. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.06.006](https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.06.006)
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. et Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Chrousos, G. P. et Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *Jama*, 267(9), 1244-1252. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480090092034>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Côté, G., Latimer, E. A. et Seto, M. C. (2010). Individuals found not criminally responsible on account of mental disorder: Are we providing equal protection and equivalent access to mental health services across Canada? *MENTAL HEALTH*, 29(2).
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. et Caulet, M. (2015). The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 2: the people behind the label. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 106-116. [https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F070674371506000305](https://doi.org/10.1177/2F070674371506000305)
- Cusack, P., Cusack, F. P., McAndrew, S., McKeown, M. et Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health

- inpatient settings. *International journal of mental health nursing*, 27(3), 1162-1176. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12432>
- Daudt, H. M., van Mossel, C. et Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC medical research methodology*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/doi:10.1186/1471>
- de Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., Van Gool, A. R. et Mulder, C. L. (2016). Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 73(7), 657-664. <https://doi.org/doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
- Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 91-97.
- Donnelly, M. (2017). Developing a Legal Framework for Advance Healthcare Planning: Comparing England & Wales and Ireland. *European journal of health law*, 24(1), 67-84. <https://doi.org/10.1163/15718093-12341412>
- Drolet-Dostaler, A. (2016). *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* [Université du Québec en Outaouais]. <http://di.uqo.ca/id/eprint/847>
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Ménard, G. et Giguere Allard, M. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(5), 394-402. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01679.x>
- Easter, M. M., Swanson, J. W., Robertson, A. G., Moser, L. L. et Swartz, M. S. (2021). Impact of psychiatric advance directive facilitation on mental health consumers: empowerment, treatment attitudes and the role of peer support specialists. *J Ment Health*, 30(5), 585-593. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1714008>
- Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C. et Bauer, M. S. (2018, Jan). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health*, 45(1), 91-102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>
- Farrelly, S. (2013). *Therapeutic relationships in community mental health: the impact of the Joint Crisis Plan intervention* [King's College London (University of London)]. <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.628238>
- Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H. et Procter, N. (2021). The effectiveness of the safety planning intervention for adults experiencing suicide-related distress: a systematic review. *Archives of suicide research*, 1-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>
- Ferrari, P., Lequin, P., Milovan, M., Suter, C., Golay, P., Besse, C., Chinet, M., Bonsack, C. et Favrod, J. (2018). *Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement*.
- Fleury, M.-J., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Pelletier, É., Lesage, A. et Vasiliadis, H.-M. (2018). Utilisation de l'urgence au Québec des patients avec des troubles mentaux incluant les troubles liés aux substances psychoactives. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 127-152. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1058613ar>

- Gobbicchi, C., Verdolini, N., Menculini, G., Cirimbilli, F., Gallucci, D., Vieta, E. et Tortorella, A. (2021, 2021/06/30/). Searching for factors associated with the “Revolving Door phenomenon” in the psychiatric inpatient unit: A 5-year retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, 114080. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114080>
- Golan, N. (1998). *Treatment In Crisis Situtions*. Simon and Schuster.
- Gouvernement du Québec. (2015). Cadre de référence pour l’élaboration des protocoles d’application des mesures de contrôle: contention, isolement et substance chimique. *Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux*.
- Gouvernement du Québec. (2017). *Plan d’action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Hamilton, C. B., Hoens, A. M., Backman, C. L., McKinnon, A. M., McQuitty, S., English, K. et Li, L. C. (2018). An empirically based conceptual framework for fostering meaningful patient engagement in research. *Health Expectations*, 21(1), 396-406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.12635>
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. et Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 329(7458), 136. <https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63>
- Hogan, H. et Goldman, M. (2021). New Opportunities to Improve Mental Health Crisis Systems. *Psychiatric Services*, 72(2), 169. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.202000114>
- Holliday, R., Rozek, D. C., Smith, N. B., McGarity, S., Jankovsky, M. et Monteith, L. L. (2019). Safety planning to prevent suicidal self-directed violence among veterans with posttraumatic stress disorder: Clinical considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50, 215-227. <https://doi.org/10.1037/pro0000239>
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B. et O’Cathain, A. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285-291. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
- Institut national de la santé publique du Québec. (2019). Surveillance de l’utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux. *Bureau d’information et d’études en santé des populations*, 31. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf
- lozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsen, O. et de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6), e0128536. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- Jakubec, S. L. (2014). Crisis and disaster. Dans *Varcarolis's Canadian Psychiatric Mental Health Nursing, Canadian Edition-E-Book* (p. 491-507). Elsevier Health Sciences.
- LaCalle, E. et Rabin, E. (2010). Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Annals of emergency medicine*, 56(1), 42-48. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.01.032>

- Larsen, I. et Terkelsen, T. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. <https://doi.org/doi:10.1177/0969733013503601>
- Lay, B., Salize, H. J., Dressing, H., Rüscher, N., Schönenberger, T., Bühlmann, M., Bleiker, M., Lengler, S., Korinth, L. et Rössler, W. (2012). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry*, 12(1), 136. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-136>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Lebenbaum, M., Chiu, M., Vigod, S. et Kurdyak, P. (2018). Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open*, 4(2), 31-38. <https://doi.org/10.1192/bjo.2017.4>
- Lenagh-Glue, J., Thom, K., O'Brien, A., Potiki, J., Casey, H., Dawson, J. et Glue, P. (2020). The content of Mental Health Advance Preference statements (MAPs): An assessment of completed advance directives in one New Zealand health board. *Int J Law Psychiatry*, 68, 101537. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101537>
- Lequin, P., Ferrari, P., Suter, C., Milovan, M., Besse, C., Silva, B., Golay, P., Bonsack, C. et Favrod, J. (2021). The Joint Crisis Plan: A Powerful Tool to Promote Mental Health. *Front Psychiatry*, 12, 621436. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.621436>
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lonsdale, N. et Webber, M. (2021). Practitioner opinions of crisis plans within early intervention in psychosis services: A mixed methods study. *Health Soc Care Community*, 29(6), 1936-1947. <https://doi.org/10.1111/hsc.13308>
- Maître, E. (2018). Les directives anticipées psychiatriques (DAP): Propositions pour un modèle en France. [Health & Mental Health Services 3370]. *Annales Medico-Psychologiques*, 176(4), 387-390. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.008>
- Maître, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P., Ducrocq, F., Delamillieure, P., Lavoisy, B. et Walter, M. (2013). Les directives anticipées en psychiatrie: revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *L'Encéphale*, 39(4), 244-251. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.012>
- McGarity, S., Stacy, S., Borges, L. M., Barnes, S. M., Nazem, S., Gerard, G. R., Clark, K., Matarazzo, B. B., Bahraini, N. H. et Wortzel, H. S. (2021). Therapeutic Risk Management for Violence: Safety Planning for Other-directed Violence. *J Psychiatr Pract*, 27(4), 296-304. <https://doi.org/10.1097/pr.0000000000000565>
- Méndez, J. E. (2013). *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*. Assemblée Générale des Nations Unies, 22e session, point 3 de l'ordre du jour, Nations Unies.
- Michaud, L., Dorogi, Y., Gilbert, S. et Bourquin, C. (2021). Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. *PLoS One*, 16(2), e0247393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247393>

- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2018). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4^e éd.). Sage Publication.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (publication n° 21-914-14W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S. et Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, 5(4), e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28>
- Morgan, M. F., Cuskelly, M. et Moni, K. B. (2014). Unanticipated ethical issues in a participatory research project with individuals with intellectual disability. *Disability & Society*, 29(8), 1305-1318. <https://doi.org/doi:10.1080/09687599.2014.934440>
- Murray, H. et Wortzel, H. S. (2019). Psychiatric advance directives: origins, benefits, challenges, and future directions. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(4), 303-307. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000401>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Domestic violence and abuse: multi-agency working guideline. www.nice.org.uk/guidance/ph50
- Nations Unies. (2008). Convention relative aux droits des personnes handicapées <https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-33.html>
- Nicaise, P., Lorant, V. et 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x>
- Nott, J., McIntosh, A., Taube, C. et Taylor, M. (2018). Shared decision-making in psychiatry: a study of patient attitudes. *Australasian Psychiatry*, 26(5), 478-481. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F1039856218758562>
- O'Keeffe, D., Hickey, D., Lane, A., McCormack, M., Lawlor, E., Kinsella, A., Donoghue, O. et Clarke, M. (2016). Mental illness self-management: a randomised controlled trial of the Wellness Recovery Action Planning intervention for inpatients and outpatients with psychiatric illness. *Ir J Psychol Med*, 33(2), 81-92. <https://doi.org/10.1017/ipm.2015.18>
- Organisation mondiale de la santé. (2021). Hospital-based mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025745>
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de la maladie mentale. *Santé mentale*, 166, 24-30. <https://www.santementale.fr/2012/03/se-retablir-de-la-maladie-mentale/>
- Parad, H. J. (1971). Crisis Intervention Dans *Encyclopedia of social work* (vol. 1, p. 196-202). National Association of Social Workers.
- Paradis-Gagné, E., Goulet, M.-H., Ahern, E. et Groleau, R. (2018). *implantation d'une innovation clinique visant la prévention des comportements violents et des mesures de contrôle en milieu de psychiatrie légale*. . Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Bordeaux, France.
- Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M.-H., Jacob, J. D. et Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International*

- journal of mental health nursing*, 30(3), 590-609. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12855>
- Pelletier, J. F., Lesage, A., Bonin, J. P., Bordeleau, J., Rochon, N., Baril, S., Medina, K. et Kisely, S. (2016). When patients train doctors: feasibility and acceptability of patient partnership to improve primary care providers' awareness of communication barriers in family medicine for persons with serious mental illness. *Mental Health in Family Medicine*, 12, 112-118. <https://doi.org/10.25149/1756-8358.1201009>
- Pelletier-De Rico. (2020). "Porte tournante" à l'urgence et usagers fréquents rencontrant des problèmes de santé mentale: la perspective des proches. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/38150>
- Penzenstadler, L., Molodynski, A. et Khazaal, Y. (2020). Supported decision making for people with mental health disorders in clinical practice: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(1), 3-9. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1676452>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. et Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping reviews (2020 version)*. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual, JBI.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., Mclnerney, P., Parker, D. et Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/doi:10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Colquhoun, H., Garritty, C. M., Hempel, S., Horsley, T., Langlois, E. V., Lillie, E., O'Brien, K. K., Tunçalp, Ö., Wilson, M. G., Zarin, W. et Tricco, A. C. (2021). Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. *Systematic reviews*, 10(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01821-3>
- Peterson, J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A. et Langford, C. A. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 12-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/2327>
- Priebe, S. (2016). A social paradigm in psychiatry—themes and perspectives. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(6), 521-527. <https://doi.org/doi:10.1017/S2045796016000147>
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Rapoport, L. (1962). The state of crisis: Some theoretical considerations. *Social Service Review*, 3, 2011-2217.
- Raveesh, B. N., Gowda, G. S. et Gowda, M. (2019). Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 4), S693. https://doi.org/doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_104_19
- Ruchlewska, A., Kamperman, A. M., Van Der Gaag, M., Wierdsma, A. I. et Mulder, N. C. (2016). Working alliance in patients with severe mental illness who need a crisis intervention plan. *Community Mental Health Journal*, 52(1), 102-108. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9839-7>
- Ruchlewska, A., Mulder, C. L., Van der Waal, R., Kamperman, A. et Van der Gaag, M. (2014). Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT. *Adm Policy Ment Health*, 41(2), 220-227. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0454-4>

- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P. W., Zahn, R., Schönenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C. et Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 35-43. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0412-5>
- Sabri, B., Nnawulezi, N., Njie-Carr, V. P. S., Messing, J., Ward-Lasher, A., Alvarez, C. et Campbell, J. C. (2018, 2018/12/01). Multilevel Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Among African, Asian, and Latina Immigrant and Refugee Women: Perceptions of Effective Safety Planning Interventions. *Race and Social Problems*, 10(4), 348-365. <https://doi.org/10.1007/s12552-018-9247-z>
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2021). *Intervention en situation de crise et contexte traumatique, 2ième édition*. Chenelière Éducation.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V. et Kristjansson, E. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Bmj*, 358. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Srebnik, D. S., Rutherford, L. T., Peto, T., Russo, J., Zick, E., Jaffe, C. et Holtzheimer, P. (2005). The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*, 56(5), 592-598. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.592>
- Stanley, B. et Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stephenson, L. A., Gergel, T., Gieselmann, A., Scholten, M., Keene, A. R., Rifkin, L. et Owen, G. (2020). Advance decision making in bipolar: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.538107>
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA). (2020). Crisis services: Meeting Needs, Saving Lives. *Department of Health and Human Services*.
- [Record #208 is using a reference type undefined in this output style.]
- Suri, H. (2020). Ethical considerations of conducting systematic reviews in educational research. *Systematic Reviews in Educational Research*, 41-54. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7_3
- Sutherby, K., Szrnukler, G., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C. et Wright, S. (1999). A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(1), 56-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10914.x>
- Szasz, T. S. (1982). The psychiatric will: A new mechanism for protecting persons against "psychosis" and psychiatry. *American Psychologist*, 37(7), 762. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.37.7.762>
- Thom, K., Lenagh-Glue, J., O'Brien, A. J., Potiki, J., Casey, H., Dawson, J. et Glue, P. (2019). Service user, whānau and peer support workers' perceptions of advance directives for mental health. *Int J Ment Health Nurs*, 28(6), 1296-1305. <https://doi.org/doi:10.1111/inm.12637>
- Thomas, A. et Law, M. (2013). Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: a scoping study. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), e55-65. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006395>

- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., Barrett, B., Byford, S., Henderson, C. et Sutherby, K. (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. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60105-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60105-1)
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., Auquier, P. et Group, D. (2022). Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1627>
- Tondora, J., Miller, R., Slade, M. & Davidson, L. . (2014). *Partnering for Recovery in Mental Health: A Practical Guide to Person-Centered Planning* JohnWiley & Sons.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T. et Weeks, L. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, D., Ng, C., Sharpe, J. P. et Wilson, K. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC medical research methodology*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/DOI10.1186/s12874>
- Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie: se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Medico-Psychologiques*, 175, 736-740. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.006>
- [Record #2115 is using a reference type undefined in this output style.]
- Yeager, K. R. et Roberts, A. R. (2015). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* (4^e éd.). Oxford University Press
- Zheng, C., Li, S., Chen, Y., Ye, J., Xiao, A., Xia, Z., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., Yu, L., Wang, C. et Lin, J. (2019, 2019/10/12/). Ethical consideration on use of seclusion in mental health services. *International Journal of Nursing Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.10.001>

Annexe A: Grille Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)

| SECTION | ITEM | PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM | REPORTED ON PAGE # |
|---------------------------|------|---|---------------------------|
| TITLE | | | |
| Title | 1 | Identify the report as a scoping review. | 1 |
| ABSTRACT | | | |
| Structured summary | 2 | Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives. | 1 |
| INTRODUCTION | | | |
| Rationale | 3 | Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach. | 3 |
| Objectives | 4 | Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives. | 5 |
| METHODS | | | |
| Protocol and registration | 5 | Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number. | Click here to enter text. |
| Eligibility criteria | 6 | Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale. | 6 |
| Information sources* | 7 | Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors | 5 |

| SECTION | ITEM | PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM | REPORTED ON PAGE # |
|---|------|--|--------------------|
| | | to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed. | |
| Search | 8 | Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated. | Annexe B |
| Selection of sources of evidence† | 9 | State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review. | 6 |
| Data charting process‡ | 10 | Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators. | 6-7 |
| Data items | 11 | List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made. | 5 |
| Critical appraisal of individual sources of evidence§ | 12 | If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate). | 6 |
| Synthesis of results | 13 | Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted. | 7 |
| RESULTS | | | |
| Selection of sources of evidence | 14 | Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram. | 7-8 |
| Characteristics of sources of evidence | 15 | For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations. | 9 |
| Critical appraisal within sources of evidence | 16 | If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12). | Annexe D |
| Results of individual sources of evidence | 17 | For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives. | 10-18 |

| SECTION | ITEM | PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM | REPORTED ON PAGE # |
|----------------------|------|---|--------------------|
| Synthesis of results | 18 | Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives. | 10 et 13 |
| DISCUSSION | | | |
| Summary of evidence | 19 | Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups. | 18-20 |
| Limitations | 20 | Discuss the limitations of the scoping review process. | 21 |
| Conclusions | 21 | Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps. | 21-22 |
| FUNDING | | | |
| Funding | 22 | Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review. | 1 |

Annexe B : Stratégie de recherche sur CINAHL

S9 S5 AND S8 Limiters - Language: English, French

S8 S6 OR S7

S7 Psychiatry OR Psychiatric OR "Mental health" OR "Mental* disorder*" OR "Mental* ill*" OR Schizophrenia OR Psychosis OR Psychotic OR "Personality disorder*" OR "Mood disorder*" OR "Affective disorder*" OR "anxiety disorder*" OR "major depression" OR "treatment resistant depression" OR "chronic depression" OR "depressive disorder*" OR "bipolar disorder*" OR suicide* OR suicidal

S6 (MH "Mental Disorders") OR (MH "Neurotic Disorders") OR (MH "Affective Disorders+") OR (MH "Anxiety Disorders+") OR (MH "Personality Disorders+") OR (MH "Psychotic Disorders+") OR (MH "Schizophrenia+") OR (MH "Hospitals, Psychiatric") OR (MH "Psychiatric Units") OR (MH "Psychiatric Patients+") OR (MH "Psychiatric Emergencies") OR (MH "Psychiatric Service") OR (MH "Psychiatric Home Care") OR (MH "Mental Health Services") OR (MH "Community Mental Health Services") OR (MH "Emergency Services, Psychiatric") OR (MH "Rehabilitation, Psychosocial") OR (MH "Suicide") OR (MH "Suicidal Ideation") OR (MH "Suicide, Attempted")

S5 S3 OR S4

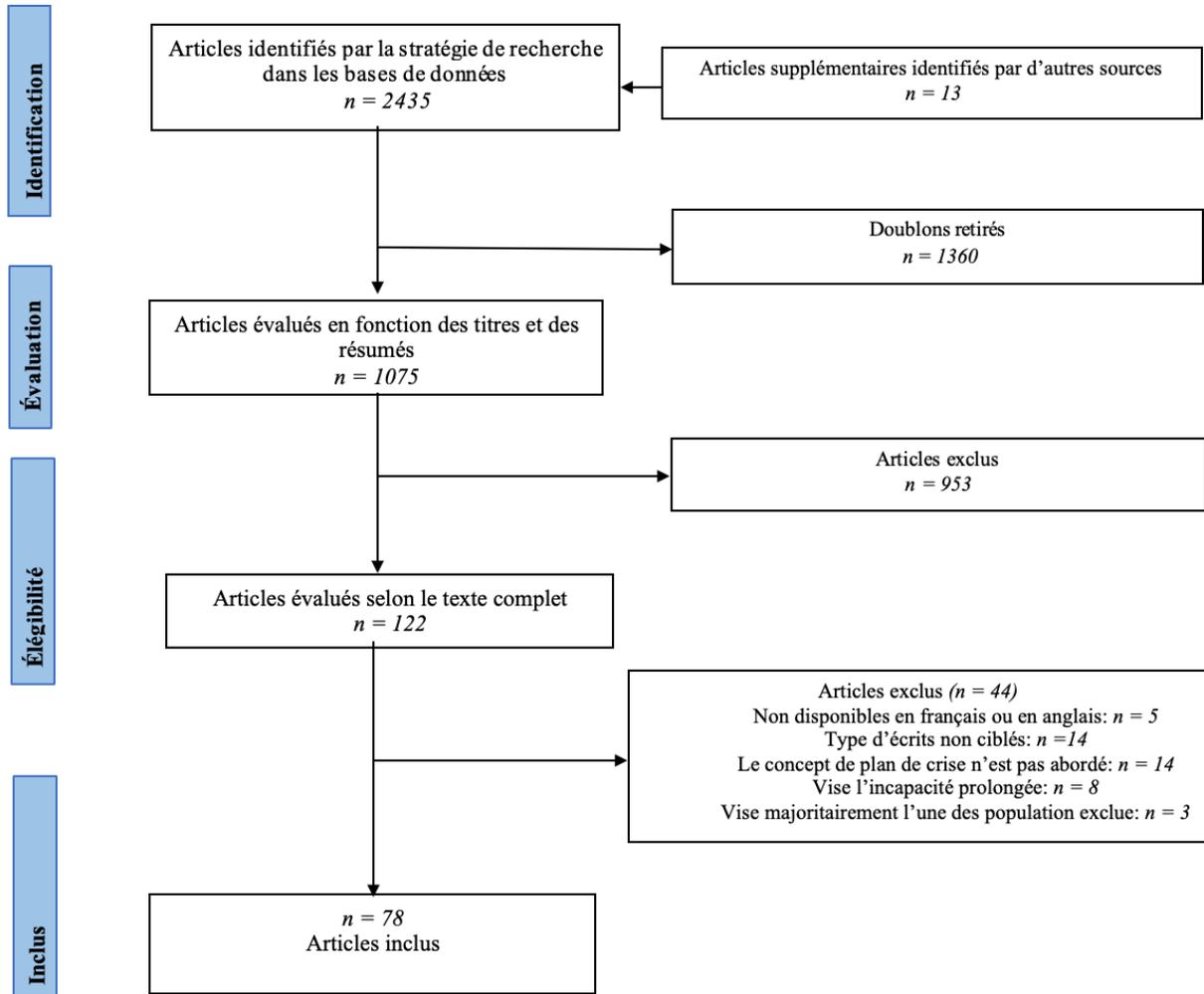
S4 "joint crisis plan*" OR "joint crisis intervention plan*" OR "psychiatric advance* directive*" OR "psychiatric advance* statement*" OR "safety plan*" OR "safety intervention plan*" OR "crisis plan*" OR "crisis intervention plan*" OR "crisis card*" OR "self-help crisis" OR "individual early detection plan*" OR ((crisis OR crises) AND ("advance* directive*" OR "advance* statement*" OR "anticipated directive*" OR "anticipated statement*" OR "advance* care plan*" OR "discharge plan*" OR "recovery plan*" OR "recovery intervention plan*"))

S3 S1 AND S2

S2 (MH "Crisis Intervention")

S1 (MH "Advance Care Planning") OR (MH "Advance Directives+") OR (MH "Recovery") OR (MH "Patient Discharge+")

Annexe C : Diagramme de flux



Annexe D : Évaluation critique de la qualité des écrits

Supplementary file 3 Critical appraisal of selected studies

| Author (year) | Critical appraisal of the study | Type of study |
|-----------------------------|---------------------------------|--|
| Ambrosini and Croker (2007) | High | Litterature review |
| Avila and Leeper (2021) | Medium | Cross-sectionnal study |
| Barrett et al. (2013) | Medium | Individual level, single-blind, randomised controlled trial |
| Bartelomei et al. (2012) | Low | Pilot study of faisability and satisfaction |
| Belden et al. (2021) | Medium | Unclear |
| Billié (2022) | - | Descriptive text |
| Borshman et al. (2013) | High | Randomized controlled trial |
| Borshman (2014a) | Medium | Qualitative exploratory |
| Borshmann et al. (2014b) | High | 1) Pilot faisability study; 2) Single-center exploratory RCT |
| Brovelli et al. (2017) | Medium | Quantitative exploratory |
| Cook et al. (2013) | Medium | Randomized controlled trial |
| Drolet-Dostaler (2016) | High | Mixed methods |
| Easter et al. (2021) | High | Randomized controlled trial |
| Elbogen et al. (2007) | High | Cohort study |
| Farrelly (2013) | High | Mixed methods |
| Farrelly et al. (2014a) | High | Cross-sectionnal study |
| Farrelly et al., (2014b) | Low | Qualitative descriptive |
| Farrelly et al. (2015) | High | Grounded theory |
| Farrelly et al. (2016) | High | Grounded theory |

| | | |
|--|--------|--|
| Ferguson et al. (2021) | High | Systematic review |
| Ferrari et al. (2018) | High | Mixed methods |
| Flood et al. (2006) | Medium | Randomized controlled trial |
| Government of Western Australia (2013) | High | Government paper |
| Gumley et al. (2021) | High | Foucauldian discourt analysis approach |
| Henderson et al. (2004) | Medium | Randomized controlled trial |
| Henderson et al. (2008) | Low | Litterature review |
| Henderson et al. (2009) | Medium | Randomized controlled trial |
| Henderson et al. (2017) | Medium | Randomized controlled trial |
| Higgins et al. (2015) | Medium | Self-reported survey |
| Hotzy et al. (2020) | High | Quantitative descriptive |
| James et al. (2021) | High | Qualitative descriptive |
| Jankovic et al. (2010) | Low | Litterature review |
| Kim et al. (2007) | Medium | Qualitative exploratory |
| Lenagh-Glue et al. (2018) | Medium | Self-reported survey |
| Lenagh-Glue et al. (2020) | High | Qualitative descriptive |
| Lequin et al. (2021) | High | exploratory mixed, sequential method. |
| Lonsdale et al. (2021) | High | Mixed methods |
| Maitre et al. (2013) | Low | Litterature review |
| Maitre (2018) | High | Descriptive text |
| Maylea et al. (2018) | Medium | Qualitative exploratory |
| Mcgarity et al. (2021) | High | Descriptive text |

| | | |
|--|--------|--|
| Mcghee (2021) | High | Cohort study |
| Melvin et al. (2019) | High | Open-label single group trial |
| Michaud et al. (2021) | Medium | Qualitative exploratory |
| Molyneau2019 | High | Systematic review of RCT and mets-analysis |
| National alliance on mental illness (2016) | Low | Informative paper |
| Nicaise et al. (2013) | Low | Realist review |
| Nuji et al. (2021) | High | Meta-analysis |
| O'Keeffe et al. (2016) | High | Randomized controlled trial |
| Pauwels et al. (2017) | Low | Simple pre-post test |
| Perkins et al. (2016) | Medium | Unclear |
| Poremski et al. (2020) | Medium | Unclear |
| Radenbach et al. (2014) | Low | Quantitative descriptive |
| Ruchlewska et al. (2014A) | Medium | Multi-center randomized controlled trial |
| Ruchlewska et al. (2014B) | High | Quantitative descriptive |
| Ruchlewska (2015) | Medium | Doctoral thesis |
| Ruchlewska et al. (2016) | High | Quantitative descriptive |
| SAMHSA (2019) | Medium | Government paper |
| Skovgaard et al. (2016) | High | Descriptive text |
| Spangler (2019) | High | Mixed methods |
| Spangler et al. (2020) | Low | Unclear |
| Srebnik et al. (2003) | Low | Mixed methods |
| Srebnik et al. (2005) | Medium | Quantitative descriptive |

| | | |
|---------------------------|--------|-----------------------------|
| Srebnik (2007) | Low | Cohort study |
| Srebnik (2008) | Low | Unclear |
| Stanley and Brown (2012) | High | Descriptive text |
| State of Victoria (2015) | Low | Government paper |
| Sutherby et al. (1999) | Medium | Pilot study of faisability |
| Swanson et al. (2000) | Low | Unclear |
| Table et al. (2020) | Medium | Qualitative descriptive |
| Thom et al. (2019) | Medium | Qualitative descriptive |
| Thornicroft et al. (2013) | High | Randomized controlled trial |
| Vanderham et al. (2013) | Low | Qualitative descriptive |
| VanDorn et al. (2010) | Low | Integrative review |
| Wilder et al. (2013) | Low | Quantitative descriptive |
| Williams et al. (2014) | Low | Unclear |
| Zonana et al. (2018) | Medium | Quantitative descriptive |

Annexe E : Exemple du premier cycle de codage

QDA Miner - Projet mémoire.pj

Project Cases Variables Codes Grid Document Retrieve Analyze Help

CASES: Ambrrosini2007 Avila2021 Barrett2013 **Bartheleme2012** Beiden2021

DOCUMENTS: DOCUMENT MODELS

CODE: Notion d'anticipation

10. Méthode de complétion Les patients ont rédigé leur PCC dans le cadre d'une négociation avec leur médecin traitant et un soignant. Ils avaient également la possibilité d'inclure dans leur négociation une personne de confiance de leur choix qui avait un rôle de médiateur.

10.1 Moment de complétion En une ou plusieurs séances

11. Acteurs impliqués Patient Médecin traitant Soignant Possibilité d'inclure une personne de confiance selon le choix du patient qui a un rôle de médiateur (membre de la famille, ami, intervenant d'un autre centre).

12. Résultats Des questions posées exclusivement au temps 1 et portant sur la rédaction proprement dite du PCC révèlent que sept patients sur dix estiment que l'intervention du médiateur était utile, un peu plus de la moitié admettent que la négociation était facile et un quart qu'il était stressant d'établir leur PCC. La plupart recon-naissent que cela [établir un PCC] leur a permis de réfléchir à leurs crises passées, ils sont moins nombreux à penser que cela leur a permis de se faire mieux comprendre des soignants ou de mieux réfléchir à leur problème de

Professionnel de soin
Représentant du patient
Proche

Représentant du patient
Introspection

4 / 78

Taper ici pour rechercher

6°C 08:23 2022-09-29

Annexe F : Segment du tableau de codes

| Thème | Code | Définition | Exemple | Exemple moins évident ou second exemple |
|------------------------------------|---|--|---|--|
| Engagement légal | Désigner un mandataire pour la prise de décision substituée | Désignation d'un mandataire pour la prise de décision substituée en situation de crise | Authorize a trusted family member to make decisions on their behalf | A surrogate decision maker in advance of periods of symptom exacerbation |
| | Aptitude au consentement | L'inclusion du concept d'utilisateur compétent à la prise de décision | Permet à une personne consciente de formuler ... | Advance of acute symptomatology in which capacity for, and meaningful participation in decision making may be compromised |
| Engagement formel | Exprimer des préférences de façon anticipée | Planification et énonciation des préférences et désirs en prévision d'une crise | Statement of preferences for future care | provides an opportunity for an individual to document preferences of the care¶ they would like to receive during a period of mental ill health, particularly where |
| Outil de soutien au rétablissement | Éviter le traitement involontaire | Éviter l'utilisation de coercition (contention chimique, mécanique, hospitalisation involontaire) | They help consumers avoid involuntary treatments | Document preferences of care they would like to receive during a period of mental ill health, particularly where involuntary or compulsory treatment is required |
| | Supporter l'autonomie | Les plans de crise comme outil de favorisation de l'autonomie | The basic premise is respect for individual autonomy in healthcare | L'ensemble de ces éléments doit renforcer l'autonomie du patient |
| | Prise de décision en partenariat | Relation coopérative et collaborative entre le patient, ses proches et les intervenants qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interaction et d'apprentissage favorisant l'autodétermination et la co-construction. | Reach agreement between the service user and clinical team through negotiation and consensus building | Il s'agit avant tout de prendre en compte l'expertise que le patient a de sa pathologie afin... |
| | Favoriser l'engagement | Favoriser l'engagement du patient dans ses soins | Increase treatment participation | Reinforcing the commitment to treatment |

Annexe G : Critères de soumission

Revue International Journal of Mental Health Nursing

4. PREPARATION OF THE MANUSCRIPT

4.1 Original submissions

The IJMHN now offers Free Format submission for a simplified and streamlined submission process.

Before you submit, you will need:

- Your manuscript: this can be a single file including text, figures, and tables, or separate files – whichever you prefer. Manuscripts must:
 - Be blinded for peer review
 - Contain all required sections, based on the article type (e.g. abstract, introduction, methods, results, and conclusions)
 - Include legends for all figures and tables
 - Contain a reference list, but this may be presented in any style or format, as long as it is consistent throughout the manuscript
- Your title page must contain
 - Author details (name, affiliation, email address, ORCID ID [freely available at <https://orcid.org>]; see the journal's authorship policy in the Editorial Policies and Ethical Considerations section for details)
 - A funding statement
 - An acknowledgments statement
 - A conflict of interest statement
 - An ethics approval statement (if relevant)
 - Patient consent for publication statement (if relevant)
 - Keywords (5 words, MeSH-compliant)

If your manuscript is difficult to read, the editorial office may send it back to you for revision.

New submissions should be made via the Research Exchange submission portal <https://wiley.atyponrex.com/dashboard/?journalCode=INM> Should your manuscript proceed to the revision stage, you will be directed to make your revisions via the same submission portal. You may check the status of your submission at any time by logging on to [submission.wiley.com](https://www.wiley.com) and clicking the “My Submissions” button. For technical help with the submission system, please review our [FAQs](#) or contact submissionhelp@wiley.com.

4.2 Revised submissions

If you are invited to revise your manuscript after initial submission, you will be requested to provide the revised manuscript formatted according to requirements described below.

Format

The main text file should be prepared using Microsoft Word.

Style

The journal uses UK spelling and authors should therefore follow the latest edition of the *Concise Oxford Dictionary*.

All measurements must be given in SI units as outlined in the latest edition of *Units, Symbols and Abbreviations: A Guide for Medical and Scientific Editors and Authors* (Royal Society of Medicine Press, London)

Abbreviations should be used sparingly and only where they ease the reader’s task by reducing repetition of long, technical terms. Initially use the word in full, followed by the abbreviation in parentheses. Thereafter use the abbreviation.

Drugs should be referred to by their generic names, rather than brand names.

Parts of the Manuscript

The manuscript should be submitted in separate files: title page; main text file; figures.

Title page

The title page should contain:

- (i) manuscript category;
- (ii) a short informative title that contains the major key words. The title should not contain abbreviations;
- (iii) the full names of the authors;
- (iv) the author's institutional affiliations at which the work was carried out;
- (v) an authorship statement: in keeping with the latest guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors, each author's contribution to the paper is to be quantified;
- (vi) the full postal and email address, plus telephone number, of the author to whom correspondence about the manuscript should be sent;
- (vii) acknowledgements;
- (viii) disclosure statement;
- (ix) word count, including abstract and acknowledgements, but not table or figure legends and references.

The present address of any author, if different from that where the work was carried out, should be supplied in a footnote.

Authorship statement

This must acknowledge i) that all authors listed meet the authorship criteria according to the latest guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors, and ii) that all authors are in agreement with the manuscript.

Acknowledgements

The source of financial grants and other funding should be acknowledged, including a frank declaration of the author's industrial links and affiliations. The contribution of colleagues or institutions should also be acknowledged. Thanks to anonymous reviewers are not allowed

Disclosure

Authors must declare any financial support or relationships that may pose conflict of interest. This includes any financial arrangements authors have with a company whose product figures

prominently in the submitted manuscript or with a company making a competing product. For more detail on disclosure refer to Section 5 'Editorial Policies and Ethical Considerations'.

Main

text

As papers are double-blind peer reviewed the main text file should not include any information that might identify the authors.

The main text of the manuscript should be presented in the following order: (i) abstract and key words, (ii) text, (iii) references, (iv) tables (each table complete with title and footnotes), (v) appendices, (vii) figure legends. Figures and supporting information should be submitted as separate files.

Abstract and key words

Articles must have an unstructured abstract that states in 250 words or less the purpose, basic procedures, main findings and principal conclusions of the study. The abstract should not contain abbreviations or references. Five key words, for the purposes of indexing, should be supplied below the abstract, in alphabetical order, and should be taken from those recommended by the US National Library of Medicine's Medical Subject Headings (MeSH) browser list (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Text

Authors should use subheadings to divide the sections of their manuscript as outlined for each article type.

References

- The Harvard (author, date) system of referencing is used (examples are given below).
- In the text give the author's name followed by the year in parentheses: Sago (2000).
- If there are two authors use 'and: Baskin and Baskin (1998); but if cited within parentheses write use '&': (Smith & Jones 2001).
- When reference is made to a work by three or more authors, the first name followed by et al. should be used: MacDonald et al. (2002).
- If several papers by the same authors and from the same year are cited, a,b,c etc should be

inserted after the year of publication.

- In the reference list, references should be listed in alphabetical order.
- In the reference list, cite the names of all authors when there are six or fewer; when seven or more, list the first three followed by et al.
- Do not use *ibid.* or *op cit.*
- Personal communication, reference to unpublished data and publications from informal meetings are not to be listed in the reference list but should be listed in full in the text (e.g. Smith A, unpubl. data, 2000).
- All citations mentioned in the text, tables or figures must be listed in the reference list.
- Authors are responsible for the accuracy of the references.

Annexe H : Personnes impliquées dans la rédaction du plan

Supplementary file 4 People involved in the completion of a crisis plan

| Author (year) / participants | Service user | Service user's representative | Patient partner | Healthcare professional | Loved one |
|------------------------------|--------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------|
| Ambrosini and Croker (2007) | X | | | X | X |
| Avila and Leeper (2021) | X | | | X | |
| Barrett et al. (2013) | X | X | | X | X |
| Bartelomei et al. (2012) | X | X | | X | |
| Belden et al. (2021) | X | | X | X | |
| Billié (2022) | X | | | X | |
| Borshmann et al. (2013) | X | X | | X | X |
| Borshmann (2014a) | X | X | | | |
| Borshmann et al. (2014b) | X | X | | X | X |
| Brovelli et al. (2017) | X | | | X | |
| Cook et al. (2013) | X | | | X | |
| Drolet-Dostaler (2016) | X | X | | | X |
| Easter et al. (2021) | X | X | X | X | X |
| Elbogen et al. (2007) | X | X | | | |
| Farrelly (2013) | X | X | | X | X |
| Farrelly et al. (2014a) | X | X | | X | X |
| Farrelly et al. (2014b) | X | X | | X | X |
| Farrelly et al. (2015) | X | X | | X | |
| Farrelly et al. (2016) | X | | | X | |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Ferguson et al. (2021) | X | | X | |
| Ferrari et al. (2018) | X | X | X | X |
| Flood et al. (2006) | X | X | X | |
| Government of Western Australia (2013) | X | | | |
| Gumley et al. (2021) | X | | X | |
| Henderson et al. (2004) | X | | | |
| Henderson et al. (2008) | X | X | X | X |
| Henderson et al. (2009) | X | X | | |
| Henderson et al. (2017) | X | X | X | X |
| Higgins et al. (2015) | X | | X | X |
| Hotzy et al. (2020) | X | | | |
| James et al. (2021) | X | X | X | |
| Jankovic et al. (2010) | X | X | X | X |
| Kim et al. (2007) | X | | | |
| Lenagh-Glue et al. (2018) | X | | | |
| Lenagh-Glue et al. (2020) | X | X | | |
| Lequin et al. (2021) | X | X | X | X |
| Lonsdale et al. (2021) | X | X | | |
| Maitre et al. (2013) | X | X | X | X |
| Maitre (2018) | X | X | | |
| Maylea et al. (2018) | X | | | |
| Mcgarity et al. (2021) | X | | X | |
| Mcghee (2021) | X | | X | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Melvin et al. (2019) | X | | X |
| Michaud et al. (2021) | X | | X |
| Molyneau2019 | X | | X |
| National Alliance on mental illness (2016) | X | | X |
| Nicaise et al. (2013) | X | | X |
| Nuji et al. (2021) | X | | X |
| O'Keeffe et al. (2016) | X | | |
| Pauwels et al. (2017) | X | | X |
| Perkins et al. (2016) | X | X | X |
| Poremski et al. (2020) | X | | |
| Radenbach et al. (2014) | X | | |
| Ruchlewska et al. (2014A) | X | X | |
| Ruchlewska et al. (2014B) | X | | X |
| Ruchlewska (2015) | X | | |
| Ruchlewska et al. (2016) | X | | |
| SAMHSA (2019) | X | | |
| Skovgaard et al. (2016) | X | | X |
| Spangler (2019) | X | | X |
| Spangler et al. (2020) | X | | X |
| Srebnik et al. (2003) | X | | X |
| Srebnik et al. (2005) | X | X | X |
| Srebnik (2007) | X | | X |
| Srebnik (2008) | X | | X |

| | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|
| Stanley and Brown (2012) | X | | X | X |
| State of Victoria (2015) | X | | | |
| Sutherby et al. (1999) | X | X | | |
| Swanson et al. (2000) | X | | X | |
| Table et al. (2020) | X | | | |
| Thom et al. (2019) | X | X | X | X |
| Thornicroft et al. (2013) | X | X | X | |
| Vanderham et al. (2013) | X | X | X | X |
| VanDorn et al. (2010) | X | | X | |
| Wilder et al. (2013) | X | | X | |
| Williams et al. (2014) | X | | | |
| Zonana et al. (2018) | X | | X | |
