

**Faculté de santé publique**

# **Vécu d'une équipe concernant l'implémentation du projet High and Intensive Care (HIC) dans un hôpital psychiatrique bruxellois**

Mémoire réalisé par  
**Pascaline Tebelakis**

Promoteur·rice(s)  
**Dr. Pablo Nicaise**  
**Hélène Garin**

Année académique 2023-2024  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**





**Faculté de santé publique**

# **Vécu d'une équipe concernant l'implémentation d'un projet High and Intensive Care (HIC) dans une hôpital psychiatrique bruxellois**

Mémoire réalisé par  
**Pascaline Tebelakis**

Promoteur·rice(s)  
**Dr. Pablo Nicaise**  
**Hélène Garin**

Année académique 2023-2024  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



## Remerciements

Mes plus vifs remerciements vont tout d'abord à mon promoteur Dr. Pablo Nicaise et à ma co-promotrice Hélène Garin pour son soutien et ses précieux conseils.

Ensuite, je tiens à remercier la chargée de projet et la cadre intermédiaire pour l'accueil réservé à ce travail de recherche ainsi que les membres de l'unité HIC pour leur participation aux entretiens.

Et enfin, je remercie toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail, par leurs conseils, leur soutien, leurs remarques pertinentes ou, simplement, leur présence.

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

## Table des matières

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | Liste des figures et des tableaux.....                                 | 10 |
| 2.     | Introduction .....   | 11 |
| 3.     | Cadre théorique .....  | 12 |
| 3.1.   | Étapes vers un nouveau modèle de soin en psychiatrie aux Pays-Bas..... | 12 |
| 3.1.1. | Le modèle « High and Intensive Care ».....                             | 12 |
| 3.2.   | Implémentation des HIC en Belgique .....                               | 19 |
| 3.2.1. | Réforme en santé mentale - Article 107.....                            | 19 |
| 3.3.   | Modèles d'implémentation.....  | 23 |
| 3.4.   | Objectif du mémoire-recherche.....                                     | 31 |
| 4.     | Méthodologie .....   | 32 |
| 4.1.   | Collecte des données .....   | 32 |
| 4.1.1. | Obtention de documents de l'institution .....                          | 32 |
| 4.1.2. | Recrutement des participants .....                                     | 33 |
| 4.1.3. | Guide d'entretien et réalisation des entretiens semi-directifs .....   | 34 |
| 4.2.   | Analyse des données .....  | 34 |
| 5.     | Résultats .....  | 36 |
| 5.1.   | Description de l'échantillon .....                                     | 36 |
| 5.2.   | Fonctionnement d'une équipe HIC .....                                  | 37 |
| 5.2.1. | Caractéristiques individuelles favorables et défavorables .....        | 37 |
| 5.2.2. | Travail d'équipe .....   | 41 |
| 5.3.   | Le modèle HIC .....  | 41 |
| 5.3.1. | Compréhension du modèle HIC.....                                       | 41 |
| 5.3.2. | Adaptations dans les critères du HIC .....                             | 43 |
| 5.3.3. | Évaluation du HIC.....   | 44 |
| 5.4.   | Travail en réseau .....  | 46 |
| 5.4.1. | Réseau interorganisationnel .....                                      | 46 |
| 5.4.2. | Réseau patient .....   | 46 |
| 5.4.3. | Organisation des services de santé mentale .....                       | 47 |
| 5.5.   | Évaluation de l'implémentation du projet HIC .....                     | 48 |
| 5.5.1. | Financement (contexte externe) .....                                   | 48 |
| 5.5.2. | Caractéristiques organisationnelles (contexte interne).....            | 49 |
| 5.5.3. | Leadership .....   | 53 |
| 6.     | Discussion .....   | 57 |
| 6.1.   | Les freins dans l'implémentation du projet HIC .....                   | 57 |
| 6.2.   | Limitations .....  | 61 |
| 6.3.   | Recommandations .....  | 62 |

|    |                    |    |
|----|--------------------|----|
| 7. | Conclusion.....    | 63 |
| 8. | Bibliographie..... | 65 |
| 9. | Annexes.....       | 69 |

# 1. Liste des figures et des tableaux

Figure 1 : Les cinq fonctions de la réforme 107 (Guide, 2010)

Figure 2 : Implementation Research Logic Model (Smith, Li & Rafferti, 2020)

Figure 3 : Types d'outcomes dans les études d'implémentation (Proctor et al. 2011)

Figure 4 : EPIS Framework (Aarons, Hurlburt & Horowitz, 2011)

Figure 5 : EPIS Framework (EPIS Framework, s.d.)

Tableau 1 : comparaison du EPIS Framework (phase active d'implémentation) et du IRLM

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon (N = 8)

## 2. Introduction

Le modèle High and Intensive Care (HIC) dans les soins en santé mentale est un nouveau modèle qui a vu le jour aux Pays-Bas en 2012. Celui-ci s'inscrit dans une politique visant à réduire le recours aux mesures de contraintes dans les hôpitaux psychiatriques et plus globalement, dans un contexte de désinstitutionnalisation. L'introduction d'une demande d'hospitalisation en unité HIC se fait par les professionnels de santé mentale qui suivent la personne en ambulatoire. Il s'agit d'hospitalisations de courte durée (trois semaines renouvelables deux fois) dont le but est que le patient puisse retourner le plus rapidement possible dans son milieu de vie. Une unité HIC intègre le réseau personnel du patient dès le début de la prise en charge et combine plusieurs approches *evidence based* et des *best practices* dans la dispensation des soins auprès des personnes atteintes d'un trouble mental sévère. Elle comporte deux parties distinctes : une section high care et une section intensive care qui permet d'intensifier les soins et la présence auprès du patient en cas de crise (Van Mierlo et al., 2013). En Belgique, ce modèle a également été adopté dans le cadre de la fonction 4 de la réforme en santé mentale, qui touche à l'intensification des soins résidentiels. Suite aux appels à projet en 2018 et en 2019 du SPF Santé Publique, seules des institutions néerlandophones avaient mis le modèle en place. Un troisième appel à projet en 2022, ayant pour objectif que chaque réseau de santé mentale du pays ait une unité HIC, a abouti à la création de plusieurs unités HIC en Wallonie et à Bruxelles, dont celle de l'institution concernée par cette étude.

Cet hôpital psychiatrique bruxellois a transformé une de ses unités de rétablissement en unité HIC à partir de mars 2023. En s'appuyant sur une méthode qualitative, l'objectif de cette recherche est de répondre à la question de recherche suivante :

*Quel est le vécu d'une équipe concernant les freins et les facilitateurs qu'elle rencontre dans l'implémentation du modèle High and Intensive Care au sein de son unité ?*

Pour répondre à cette question, des entretiens semi-directifs ont été réalisés de mi-mars à début avril 2024 au sein de cette institution avec sept professionnels de différentes disciplines faisant partie de l'équipe HIC et une personne de la ligne managériale. Les résultats ont été analysés en suivant à la fois une démarche inductive et déductive sur base de deux modèles théoriques d'implémentation : le modèle EPIS et l'Implementation Research Logic Model (IRLM).

## 3. Cadre théorique

### 3.1. Étapes vers un nouveau modèle de soin en psychiatrie aux Pays-Bas

Plusieurs réformes en santé mentale aux Pays-Bas ont mené à repenser la dispensation des soins intensifs dans les unités psychiatriques. Premièrement, les institutions de soins en santé mentale et le gouvernement ont souhaité réduire l'utilisation des mesures de contraintes et plus particulièrement d'isolement au sein de leurs unités. Deuxièmement, le gouvernement néerlandais a mis en place une politique visant à diminuer le nombre de lits psychiatriques disponibles. Ceci a donné naissance à l'approche ACT (*Assertive Community Treatment*) de sorte à mettre l'accent sur les soins ambulatoires et à inclure le réseau social du patient dans les soins (van Melle et al., 2019 ; Voskes et al., 2021). Enfin, le rétablissement est devenu le modèle de travail principal pour les services de santé mentale (Voskes et al., 2021).

Ces différentes réformes ont abouti en 2012 à un nouveau programme de soins intégrant ce qui est visé par celles-ci : le modèle High and Intensive care (HIC) permettant de prodiguer des soins plus intensifs et standardisés au sein d'unités de crise (Van Melle et al., 2019 ; Voskes et al., 2021).

Ce qui va suivre au sein de cette section est la présentation du modèle HIC. Pour commencer, une description est fournie quant aux principes de bases autour desquels s'organise le travail au sein de ce modèle. Ensuite son processus d'élaboration sera explicité et les dimensions qui composent le modèle seront approfondies. Pour finir, des outils ou des ressources étant un appui à son implémentation seront abordés.

#### 3.1.1. Le modèle « High and Intensive Care »

Les unités HIC sont des unités de crise fermées dans lesquelles des soins intensifs sont dispensés à des personnes présentant un trouble psychiatrique sévère et pour qui les soins ambulatoires ne suffisent plus. Au sein de ces unités sont permises des hospitalisations de crise de courte durée : trois semaines, renouvelables deux fois (HIC, 2016 ; van Melle et al, 2020 ; van Mierlo et al., 2013).

Le modèle HIC comporte la fonction *high care* et la fonction *intensive care*. Ces deux fonctions se traduisent par deux sections ou deux parties distinctes au sein d'une unité HIC. Ceci, entre autres, correspond à la volonté des auteurs du modèle d'intensifier les soins par le principe du

*stepped care*, ou des soins échelonnés, comme expliqué ci-après (van Melle et al. 2019 ; van Mierlo et al. 2013 ; Voskes et al., 2021).

Premièrement, une demande d'hospitalisation se fait uniquement par le biais des professionnels des soins ambulatoires. Celle-ci est initiée quand les soins et le soutien de la personne en crise ne sont plus possibles au sein de la communauté (Voskes et al. 2021). Ensuite, quand le patient est admis, il est hospitalisé au sein de la section *high care* (HC) qui est constituée de chambres individuelles, d'espaces communautaires et d'une chambre de confort. En cas de stress, d'anxiété, d'agitation ou de risque d'agression, le modèle prévoit que le patient puisse bénéficier d'un accompagnement 1/1 jusqu'à ce qu'il retrouve un certain contrôle. Van Mierlo et al. (2013) décrivent l'accompagnement 1/1 comme une méthode ayant comme objectif de prévenir les situations de crise (ou l'aggravation de celles-ci), l'agressivité et la contrainte, c'est-à-dire d'éviter que la situation n'escalade, ne s'aggrave. Cette approche devrait permettre qu'un soignant maintienne le contact avec le patient en intensifiant sa présence et sa disponibilité auprès de celui-ci. Ce serait également une manière de s'accorder de façon optimale à ce dont le patient a besoin à ce moment-là (de l'écoute, de la distraction, du réconfort, une présence etc.). On peut voir ici que cette approche a été intégrée par les auteurs du modèle afin d'intensifier les soins et d'éviter le recours à des mesures de contraintes.

L'état du patient déterminera si cet accompagnement se fait au sein du groupe, dans la chambre du patient, dans la chambre de confort, dans l'unité de soins intensifs ou encore en chambre à sécurité augmentée. Effectivement, en fonction de la sévérité et de la nature de la crise, cet accompagnement se fait d'abord dans l'HC mais peut évoluer vers la section *intensive care* (IC), qui lui est adjacente. Le patient y est emmené par un infirmier de l'HC. En effet, l'IC n'est pas pourvue d'une équipe de soins différente car cette section est non-utilisée sauf si l'état d'un ou de plusieurs patients le nécessite. Comme expliqué ci-dessus, quand un patient s'y trouve, c'est en raison d'une situation qui s'aggrave et que l'on tente de maîtriser avec un accompagnement 1/1 d'une durée variable (maximum trois jours, de préférence quelques heures maximum). La section IC est constituée de deux ou quatre unités de soins intensifs (USI), qui sont des chambres individuelles avec un lit et de quoi s'asseoir, d'un lieu de vie et d'une ou deux chambres à sécurité augmentée (CSA). Les CSA sont utilisées en tant que dernier recours quand la sécurité ne peut pas être garantie dans l'IC. Il s'agit d'une chambre fermée à clé qui représente donc une mesure de privation de liberté pour laquelle une surveillance continue est requise. L'objectif est que le patient y ait le plus de contrôle sur ce qui se passe autour de lui (ex. la température ou la luminosité). Pour chaque étape, aussitôt que l'état du patient le permet, celui-ci retourne dans la section HC. (HIC, 2016 ; van Melle et al., 2019 ; van

Melle et al., 2021a ; van Mierlo et al., 2013). L'exemple d'un plan d'une section IC est disponible à l'annexe 1.

#### 3.1.1.1. Conception du modèle

Pour concevoir le modèle, une recherche a été menée par Voskes, Theunissen et Widdershoven (2011) afin de cartographier les *best practices* concernant la réduction des mesures de contraintes dans les soins de santé mentale aux Pays-Bas. Pour ce faire, 26 institutions de soins de santé mentale entreprenant depuis plus d'un an un projet pour réduire la coercition, ont été auditées. Les interviews et les focus groups menés dans ces institutions ont permis de mettre en évidence les initiatives, les réussites et les difficultés. Sur base de cette recherche, Voskes et al. (2021) décrivent que le modèle HIC a été proposé en tant que nouvelle approche parmi les hospitalisations psychiatriques. Cette proposition a ensuite été abordée avec un panel d'experts provenant de 15 institutions de santé mentale différentes incluant quatre psychiatres, quatre infirmiers, deux patients, deux représentants des organisations de représentants de familles, deux psychologues, deux managers et quatre chercheurs. Les auteurs expliquent que le modèle a été ajusté lors de cette démarche participative. Chacun a pu y apporter son expérience et son expertise. Ils rapportent que, par exemple, les patients ont mis l'accent sur le rétablissement et l'implication des pairs, des organisations de représentants de familles ont insisté sur la coopération avec les proches et la possibilité de passer la nuit sur place (*rooming-in*), les infirmiers ont indiqué l'importance de développer leurs connaissances et leurs compétences pour une prise en soin de qualité dans des situations complexes et les psychiatres ont appuyé la nécessité d'établir des critères d'admissions clairs et d'être attentif aux différentes possibilités de traitement. (Voskes et al., 2021).

Voskes et al. (2021) décrivent également que le modèle HIC s'inspire, entre autres, des *Psychiatric Intensive Care Units* (PICU) et les comparent : les similitudes se portent notamment sur une évaluation des risques ayant lieu rapidement dans la prise en soin, la désescalade et l'utilisation d'une unité de soins intensifs. Une différence majeure entre les deux est le principe des soins échelonnés au sein du *high and intensive care* afin que l'USI et la CSA ne soient utilisés que lorsque l'état du patient le nécessite. Il y a également une réelle volonté de réduire les mesures de contraintes. De plus, l'hospitalisation est vue comme une interruption temporaire dans les soins ambulatoires et les professionnels de ce secteur sont impliqués dans les réunions liées à la planification des soins.

### 3.1.1.2. Composants du modèle

Le modèle HIC vise à maintenir la continuité des soins entre les soins ambulatoires et les unités de crise, ainsi qu'à maintenir le contact avec le patient et la coopération avec lui et son réseau de support social. Ce modèle est décrit comme intégrant tant une approche médicale qu'une approche de rétablissement, de sorte que le patient retrouve rapidement le contrôle sur sa vie. Les auteurs l'ont conçu en cherchant à prévenir la crise, ce qui est considéré comme un aspect essentiel de la prise en charge, par le biais des soins échelonnés (*stepped care*) et d'un *healing environment*. Concernant l'équipe HIC, il est attendu qu'elle ait tant des connaissances professionnelles que des connaissances expérientielles (van Melle et al., 2019 ; van Melle et al., 2020 ; van Melle et al., 2021a ; van Mierlo et al., 2013). Voyons ces différents composants en détail.

Le processus d'admission, de traitement et de soin comprend six phases. La première phase consiste à faire connaissance. Pour cela, les patients et leurs proches sont accueillis au sein de l'unité de sorte à établir une relation de confiance. La deuxième phase sert à faire une évaluation des risques et une prévention de la crise. L'infirmier responsable du patient effectue alors une évaluation du risque de suicide et de comportement agressif dans l'heure après l'admission. Cette évaluation aura à nouveau lieu tous les jours pour toute la durée de l'hospitalisation. La troisième et la quatrième phases correspondent à l'évaluation psychiatrique et somatique, qui se fait, elle aussi, immédiatement après l'admission. La cinquième phase sert à la planification du traitement et doit se réaliser dans les 24 heures après l'admission. Dans la mesure du possible, le plan est développé avec la collaboration du patient. La dernière phase a comme objectif d'organiser une réunion afin de planifier les soins comme par exemple le traitement, le calendrier et la division des tâches. Cette réunion est un entretien de concertation de coordination des soins (CCS). Celle-ci a également lieu dans les 24 heures après l'admission et en présence du patient, de ses proches, du psychiatre en ambulatoire et du psychiatre du HIC (Voskes et al., 2021). Selon le Moniteur HIC (2016), la CCS doit avoir lieu toutes les trois semaines durant l'hospitalisation afin d'évaluer les objectifs de soins et également à la sortie du patient. Nous retrouvons ici la volonté des auteurs du modèle de veiller à la continuité des soins et de s'appuyer sur le réseau de support social du patient dans la prise en charge. En incluant le patient et ses proches dans la planification des soins, nous pouvons percevoir que les auteurs souhaitent que le modèle contribue au processus de rétablissement du patient.

Concernant l'équipe HIC, les auteurs décrivent qu'elle doit intégrer tant des connaissances professionnelles que des connaissances expérientielles. Les connaissances professionnelles sont apportées par le personnel médical et le personnel soignant notamment les psychiatres, les infirmiers (spécialisés), les psychologues et les ergothérapeutes. Les professionnels ne sont pas uniquement formés pour améliorer leurs connaissances et leurs compétences professionnelles mais également pour développer leurs compétences relationnelles et prendre en compte le savoir expérientiel qui provient des experts du vécu ou des pairs-aidants. Le modèle prévoit que ces derniers fassent également partie d'une équipe HIC. Il est également prévu de collaborer avec les proches des patients afin que ceux-ci puissent apporter leur expérience et leur expertise (Voskes et al., 2021). Ceci démontre une volonté des auteurs de combiner l'approche médicale et l'approche de rétablissement.

Comme évoqué précédemment, l'approche en *stepped care* a lieu par le processus d'admission. Le *Healing Environment*, lui, se base sur les normes d'Oazis. Ce terme désigne un « environnement qui contribue de façon optimale au bien-être, au rétablissement et au fonctionnement des personnes. Ceci est possible quand l'environnement, le bâtiment et tout ce qui s'y rapporte correspondent parfaitement aux besoins et aux capacités de la personne et de son entourage, les processus de soins, les valeurs fondamentales et les ambitions de l'organisation » (Oazis, 2023, traduction libre). Cette approche peut contribuer à éviter ou à réduire des sentiments comme le stress, l'anxiété, l'agitation ou encore l'agressivité ou les agressions (van Mierlo et al., 2013). En intégrant cet aspect dans le modèle, nous pouvons percevoir la volonté des auteurs à ce que cela participe au rétablissement du patient. Le HIC Monitor (HIC, 2016) propose aux unités de s'aider des instruments d'Oazis pour évaluer et améliorer le degré de *healing environment*.

#### 3.1.1.3. Moniteur HIC

Le moniteur HIC est, selon les auteurs, un instrument fiable et valide permettant de mesurer le degré d'implémentation du modèle HIC et ses différents composants (HIC, 2023 ; van Melle et al. 2019). Il comprend 52 items qui ont été répartis en 10 domaines : « structure de l'équipe », « processus d'équipe », « diagnostic, traitement, interventions de traitement », « organisation de soins », « monitoring », « professionnalisation », « BOPZ » (loi *bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*), « aménagement de l'espace », « sécurité » et « évaluation et feedback sur la coercition et la contrainte ». Les items sont évalués sur une échelle de 1 à 5 allant de « non implémenté » à « implémenté entièrement ». Certains items ont été évalués sur une échelle de 1 à 3 et d'autres de façon dichotomique. (HIC, 2016 ; van Melle et al., 2019).

Certains items du moniteur, se basant sur l'application de différentes techniques de soins, sont explicités ci-dessous.

Prenons par exemple l'item « hospitalité », inclus dans le domaine « processus d'équipe » du moniteur HIC (2016). Cet item repose sur la méthode des « cinq premières minutes ». Cette méthode, comme décrite par Welleman et al. (2011), s'effectue à l'admission du patient et à chaque début de service d'un membre de l'équipe. Les premiers contacts avec le patient, tant à l'admission qu'en début de service, sont vus comme des moments déterminants pour la qualité de la relation patient-soignant par les auteurs.

- À l'admission, les échanges verbaux et non-verbaux permettent au patient, selon les auteurs, d'apercevoir les caractéristiques personnelles des professionnels comme la fiabilité, la capacité de discernement et une posture respectueuse. Les actions à mener pour une méthode des « cinq premières minutes » réussie à ce moment précis, concernent les aspects suivants : la préparation avant l'admission, l'accueil du patient, l'introduction du patient, l'introduction du patient dans l'unité et la réglementation.
- Le premier contact en début de service permet, toujours selon les auteurs, d'aller à la rencontre du patient, d'avoir un contact permanent avec un infirmier même pendant les moments de transmissions, l'attribution d'un patient à un infirmier et une répartition du travail. La checklist dans ce cas-ci inclut les actions suivantes : les moments de transmission (qui reprend également l'action quant à la répartition du travail et l'attribution de patients), entrer en contact de façon proactive, le maintien du contact pendant le service et les patients en isolement.
- D'autres actions ont été incorporées au sein de cette checklist en plus de celles qui viennent d'être évoquées. Celles-ci concernent le climat thérapeutique, la répartition du travail et l'attribution de patients, l'estimation de la phase dans laquelle le patient se trouve en fonction du schéma d'évolution de la crise (*crisisontwikkelingsmodel*) et le maintien du contact avec le patient pendant toute la durée du service.

Un second item présent dans le moniteur HIC et qui s'appuie sur des techniques spécifiques concerne la gestion de conflit et la sécurité personnelle, un item du domaine « diagnostic, traitement, interventions de traitement ». Les pratiques utilisées sont des techniques de négociation, de désescalade et de *holding*. L'équipe doit se former annuellement quant à celles-ci, comme indiqué dans le HIC Monitor (HIC, 2016).

La transition (items du domaine « organisation de soins ») du HIC vers les soins ambulatoires se fait aussi selon différents critères. Premièrement, une semaine après la sortie, le patient doit avoir un rendez-vous avec le praticien ambulatoire. Ensuite, dans les deux semaines après la

sortie, un rapport concernant l'hospitalisation doit être disponible. La sortie doit être préparée durant toute l'hospitalisation et pour finir, les patients doivent disposer d'un plan de signalement de crise à leur sortie (HIC, 2016).

Dans le moniteur, une attention particulière est portée aux (outils d') évaluations des différentes pratiques mobilisées.

Comme cela vient d'être illustré, les auteurs ont voulu intégrer dans le modèle HIC des pratiques *evidence-based* comme l'approche du *stepped care* et le *healing environment*. Les auteurs ont également intégré différents *best practices* qui ont été décrits dans la recherche de Voskes, Theunissen et Widdershoven (2011) comme la méthode des « cinq premières minutes » mais qui ne sont pas forcément *evidence-based*. Pour ces *best practices*, il s'agit donc plutôt de se baser sur l'expérience de terrain des institutions concernant ces interventions élaborées. Ces pratiques sont peu décrites dans la littérature notamment concernant leur efficacité. La littérature relative à l'évaluation du modèle HIC ne permet pas de les évaluer séparément car elle décrit plutôt l'impact général du modèle sur la réduction des mesures de contraintes sans différencier l'impact de chaque intervention. Peu d'études ont été menées sur l'efficacité du modèle. Néanmoins, deux études semblent indiquer que des institutions néerlandaises qui ont un score élevé sur le moniteur ont moins recours aux mesures d'isolement et à la médication forcée (Van Melle et al. 2020 ; Van Melle et al. 2021a).

#### 3.1.1.4. Le *werkboek HIC* et la Fondation HIC

Le livre de travail HIC (*werkboek HIC*) créé en 2013 décrit le modèle et le moniteur HIC. Il fournit des conseils pour le travail en unité *high and intensive care*.

En 2014, la Fondation HIC a été créée afin d'être le point de référence pour ceux qui s'intéressent à cette approche. Aux Pays-Bas, plusieurs institutions y sont affiliées. (HIC, 2023). Il existe donc plusieurs dispositifs de soutien à l'implémentation et à l'évaluation du modèle HIC aux Pays-Bas.

#### 3.1.1.5. Conclusion de cette première partie

Dans cette partie, nous avons vu que le modèle HIC a été élaboré selon une volonté de suivre certaines pratiques *evidence-based* (ex. *stepped care*) et principalement selon des *best practices* des institutions de santé mentale néerlandaise (ex. méthode des cinq premières minutes). Il y a également la volonté de suivre l'approche du rétablissement en intégrant le savoir expérientiel dans les équipes et en incluant le patient et ses proches dans la planification des soins. Les auteurs ont conçu ce modèle pour qu'il soit une interruption temporaire dans les soins

ambulatoires et pour cette raison, les professionnels des soins ambulatoires sont intégrés le plus possible dans la prise en charge du patient notamment avec les CSS. Le modèle a également été conçu à l'aide d'une démarche participative avec des professionnels, des patients et des représentants de familles entre autres pour que celui-ci corresponde à leurs besoins. Cependant, dans la mesure où il y a encore peu d'études sur le modèle HIC et son efficacité potentielle, ainsi que sur les différentes pratiques qui le composent, il peut être considéré comme complexe. Le modèle HIC a déjà largement été implémenté aux Pays-Bas et les parties prenantes disposent de plusieurs dispositifs de soutien à son implémentation. Son approche a également été transposée en Belgique et cette arrivée dans le contexte belge fait l'objet du prochain chapitre de cette partie théorique.

## 3.2. Implémentation des HIC en Belgique

Dans cette section, le contexte dans lequel les unités HIC ont commencé à être implémentées en Belgique sera décrit. Premièrement, la réforme 107 en santé mentale sera abordée brièvement, ensuite la fonction 4 de cette réforme sera évoquée afin d'expliquer la préparation sur le plan national à l'arrivée des unités HIC. Finalement, la version Belge du Moniteur HIC sera comparée à sa version néerlandaise. Pour finir, deux modèles d'implémentation seront présentés tout comme l'objectif de cette recherche.

### 3.2.1. Réforme en santé mentale - Article 107

La réforme 107 en santé mentale a débuté en 2010 et s'inscrit dans l'article 107, relatif aux hôpitaux et autres établissements de soins. Elle comprend cinq fonctions (figure 1) qui doivent être remplies par les 20 « réseaux 107 » qui couvrent le territoire Belge (voir annexe 2) (Guide, 2010). Les objectifs que visent cette réforme sont la désinstitutionnalisation, l'inclusion, la décatégorisation, l'intensification et la consolidation (Interministerielle Conferentie, 2010). La réforme s'axe également sur des soins orientés vers la communauté et l'approche du rétablissement, ce qui est dans la lignée des cadres internationaux concernant la santé mentale (KCE, 2019).

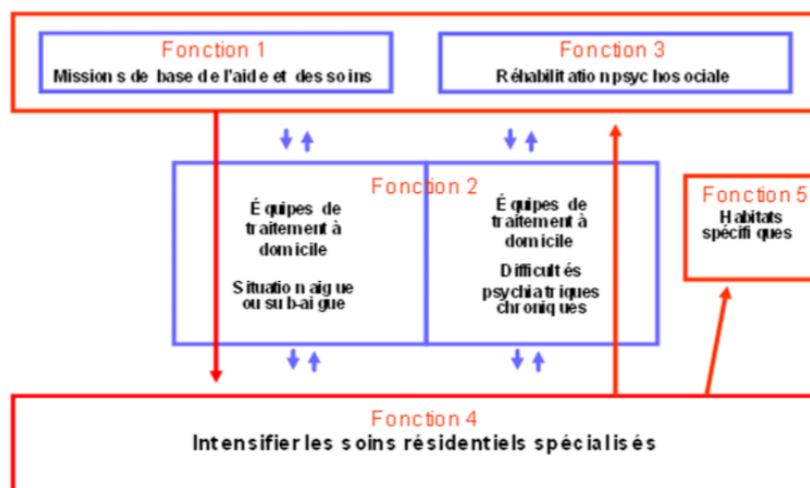


Fig 1 : Les cinq fonctions de la réforme 107 (Guide, 2010)

Dans le cadre de la fonction 4 de la réforme qui porte sur l'intensification des soins résidentiels spécialisés, les unités HIC ont été implémentées en Belgique. Celles-ci rencontrent certains objectifs de la réforme, l'intensification étant l'exemple le plus marquant vu l'approche du *stepped-care*, de la présence d'une section *intensive care* et de la durée d'hospitalisation réduite. Elles participent également à l'objectif d'inclusion sociale en intégrant l'approche du rétablissement et à l'objectif de décatégorisation en favorisant la continuité des soins à l'aide des CCS.

Les conclusions quant à l'organisation des soins de santé mentale pour adultes provenant du rapport du KCE de 2019 mettent en lumière différents aspects. Parmi celles-ci, il souligne que les soins de santé mentale en Belgique sont complexes et fragmentés. Ensuite, l'accessibilité des soins peut être compromise suite à cette complexité parce que les personnes présentant un trouble de santé mentale peuvent avoir des difficultés à identifier vers quel prestataire ou quelle offre de soins se tourner. Pour finir, un autre aspect important de l'offre de soins est le « *passage progressif d'un système hospitalier vers une approche ambulatoire et orientée vers la communauté, notamment grâce à la création de réseaux de soins et d'équipes mobiles* ». Cependant malgré cette transition, le rapport souligne que « *le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques reste élevé par rapport aux autres pays européens (OECD, 2019)* ».

Le rapport ajoute que « *80 % des moyens financiers dévolus aux soins de santé mentale sont consacrés aux soins résidentiels* », ce qui pourrait engendrer un frein au développement de l'offre de soins dans la communauté. Une hypothèse qui découle de ce constat concerne la fonction centrale occupée par les hôpitaux : le gel de lits a permis d'allouer des ressources aux équipes mobiles.

#### 3.2.1.1. Intensification des soins résidentiels - fonction 4

Dans cette partie, la fonction 4 portant sur l'intensification des soins résidentiels sera décrite en développant la préparation de l'arrivée du modèle HIC en Belgique.

#### 3.2.1.2. Étapes préalables à l'implémentation des unités HIC

En mai 2017, un groupe de travail (GT) « intensification des soins résidentiels » a été créé dans le cadre de l'organe de concertation relatif à la réforme des soins de santé mentale pour adultes. Ce GT a été chargé de développer les propositions d'intensification. Pour cette fonction 4, deux modèles ont été élaborés : le modèle « unité de soins psychiatriques intensifiés - ID » (intensification par un relèvement de la norme personnel/lit) et le modèle « fonctionnement HIC » (intensification en tant que forme de soins innovante). L'annexe 3 contient le document « mode de travail/modèles d'intensification » du GT qui reprend le concept de chaque modèle ainsi que les adaptations architecturales, l'encadrement en personnel et la fonction médicale qu'ils exigent. Concernant le modèle HIC, ce document précise qu'il est important, pendant la phase pilote, d'évaluer le développement de ces unités en invitant par exemple à adapter le Moniteur HIC au contexte belge.

Le groupe de travail intercabinet « taskforce soins en santé mentale », dans le cadre de la conférence interministérielle (2019) donne les conditions suivantes, imposées par l'organe de concertation pour adultes, pour les propositions d'intensification : elles doivent être coordonnées au sein de chaque réseau concerné, être budgétairement neutre (gel de lits) et reposer sur les deux modèles établis (ID ou HIC).

Un réseau d'apprentissage HIC a été créé afin de soutenir l'implémentation des unités HIC, ce qui est similaire à ce qui a été fait aux Pays-Bas (Gerritsen et al., 2021). Celui-ci inclut différents objectifs : traduire les bases scientifiques disponibles du modèle HIC au contexte belge, participer à l'évaluation scientifique des HIC en Belgique (audits réalisés par des pairs, c'est-à-dire des professionnels provenant d'autres unités HIC du pays, sur base du moniteur), stimuler les échanges d'expériences pratiques, proposer des formations/training et également développer et partager l'expertise (SPF Santé Publique, 2022).

Une évaluation scientifique HIC (Évaluation of Psychiatric High and Intensive Care - EPHIC) qui est cofinancée par Zorgnet-Icuro et Z.org KULeuven a comme objectif d'élaborer une cartographie épidémiologique des patients HIC, de mener une recherche sur l'implémentation et de faire une enquête qualitative sur le fonctionnement HIC, de faire une analyse quantitative

concernant l'économie en santé et d'inclure les aspects précédents afin de formuler des recommandations aux niveaux micro, méso et macro (SPF Santé Publique, 2022).

#### 3.2.1.3. Premier appel et deuxième appel à projets

Le premier (fin 2018) et le deuxième appel (fin 2019) à projets ont abouti à la création de neuf unités *high* et *intensive care* en Flandre : une dans le réseau Diletti, Reling, Kwadraat et NOWE, deux dans le réseau SaRa et trois dans le réseau PAKT (SPF Santé Publique, 2022). Aucune unité n'a été créée lors de ces appels dans les réseaux bruxellois et wallons.

#### 3.2.1.4. Troisième appel à projets

Le ministre des Affaires Sociales et de la santé publique Frank Vandenbroucke a lancé ce troisième appel en juin 2022, dans le but que chaque réseau soit pourvu d'une unité HIC. Il investit 15 millions d'euros dans ces unités afin que de telles unités puissent se mettre en place progressivement (Communiqué de presse, 2023). Plusieurs projets d'unité HIC ont alors vu le jour en Régions bruxelloise et wallonne et la Belgique est donc passée de 9 à 28 unités HIC (voir annexe 4).

Ce troisième appel contient trois éléments à développer : l'unité HIC, le trajet de soins de crise dont fait partie le HIC et le renforcement des équipes mobiles de crise (SPF Santé Publique, 2023).

#### 3.2.1.5. Moniteur HIC - adaptation belge

Comme mentionné plus haut, le GT intensification (2018) a décrit l'importance de pouvoir évaluer des unités HIC à l'aide d'un instrument adapté, par exemple en adaptant le HIC Monitor (HIC, 2016) au contexte belge. Tant le Moniteur HIC néerlandophone que francophone ont déjà connu plusieurs versions. La nouvelle version francophone (annexe 5), qui reprend une meilleure traduction de certains items, a été fournie aux équipes HIC depuis décembre 2023 (GT HIC, 2023). Ces moniteurs belges doivent être évalués en termes de fiabilité et de validité. Un listing des changements et une comparaison entre le moniteur néerlandais et la version belge francophone se trouvent à l'annexe 6.

Cette section concernant l'implémentation des unités HIC en Belgique peut être vue comme une préparation globale et nationale de l'implémentation des unités HIC sur le territoire belge. En effet, en se basant sur le modèle EPIS, qui est un des deux modèles théoriques d'implémentation qui sera explicité ci-après, on peut considérer que le travail effectué par le

GTI taskforce soins en santé mentale (2017) marque une phase exploratoire sur le plan national, puisque ceci a permis aux hôpitaux de faire des propositions concernant cette fonction 4. Ensuite, les modèles (HIC ou ID) élaborés par le GT intensification des soins et les appels à projet HIC amènent progressivement vers la phase d'adoption par différentes institutions de soins. La phase d'implémentation active a d'abord commencé en Flandre, avant d'avoir lieu à Bruxelles et en Wallonie à la suite du troisième appel à projet. Le financement débloqué et l'ouverture d'un troisième appel à projet indiquent que ces unités souhaitent être développées par les politiques. Cependant, un constat concerne la différence de réactivité aux appels à projet. Étant donné que le modèle HIC est originaire des Pays-Bas, une explication pourrait être une plus grande facilité des institutions néerlandophones à comprendre la documentation néerlandaise qui décrit ce modèle et éventuellement à s'appuyer sur les unités HIC néerlandaises. Il n'y a pas de données qui expliquent quelle attention a été portée pour rendre ce modèle suffisamment accessible aux institutions francophones lors des deux premiers appels à projet (excepté ce qui est décrit dans les modèles d'intensification du GT).

### 3.3. Modèles d'implémentation

Le processus d'implémentation d'une nouvelle pratique ou intervention peut être analysé à l'aide de différents modèles théoriques proposés dans la littérature scientifique. Le Implementation Research Logic Model (IRLM) et le EPIS Framework qui sont présentés ci-dessous en sont deux exemples. Après les avoir décrits, ils sont ensuite comparés et une justification est apportée quant au choix de ces modèles dans cette recherche.

L'IRLM (Figure 2) comme décrit par Smith, Li & Rafferti (2020) permet de faire le lien entre les déterminants et les stratégies d'implémentation, les mécanismes d'action et les *outcomes*. Les déterminants sont répartis en fonction de cinq domaines provenant du *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* : les caractéristiques d'intervention, le contexte interne, le contexte externe, les caractéristiques des individus et le processus (Damschroder et al., 2009). Ces différents facteurs peuvent empêcher ou favoriser l'implémentation. Les stratégies d'implémentation sont des interventions sur le système afin d'augmenter l'adoption d'innovations *evidence based* dans la pratique courante. Les mécanismes d'action sont des processus ou des événements par lesquels une stratégie d'implémentation opère afin d'atteindre les *outcomes* d'implémentation souhaité (Smith, Li & Rafferti, 2020). Les *outcomes* sont divisés selon Proctor et al. (2011) en *outcomes* d'implémentation, de service et cliniques/patients (figure 3). Les *outcomes* d'implémentation

contiennent l'acceptabilité, l'adoption, la pertinence, les coûts, la faisabilité, la fidélité, la pénétration/l'intégration et le maintien. Les auteurs décrivent que ceux-ci sont les effets d'actions délibérées dans l'implémentation de nouveaux traitements, de nouvelles pratiques et de nouveaux services. Ils leur identifient trois fonctions importantes : premièrement, ces *outcomes* sont, selon les auteurs, des indicateurs de la réussite d'une implémentation, deuxièmement des indicateurs proximaux des processus d'implémentation et pour finir des *outcomes* intermédiaires clés par rapport aux *outcomes* de services ou cliniques dans les recherches sur l'efficacité des traitements et la qualité des soins. Les *outcomes* de services comprennent l'efficacité, la sécurité, l'efficacité, l'équité, l'approche centrée patient et la dispensation en temps opportun. Ils forment les standards de qualité des soins provenant du *Institute of Medicine* (2001). Le dernier type d'*outcomes* sont les *outcomes* cliniques/patients qui reprennent la satisfaction, la fonction et la symptomatologie.

L'IRLM est un modèle récent datant de 2020 et est encore peu décrit dans la littérature. Sales, Barnaby et Rentes (2021) amènent une critique sur le modèle en indiquant que, pour eux, il manque le lien avec les mécanismes causaux des déterminants. Smith, Li et Rafferti (2020) ont développé ce modèle, entre autres, dans le cadre de la santé mentale et ils proposent des formes différentes du modèle afin de s'adapter à des situations et des designs d'études souvent rencontrés dans les études d'implémentation. La volonté des auteurs est qu'il puisse convenir pour différents objectifs et différentes phases dans la recherche. Un inconvénient amené par les auteurs est que son format peut être perçu comme simplifié. Cependant, dans le cas de cette recherche, ceci permet d'apporter un autre regard en plus du modèle EPIS qui est présenté ci-dessous.

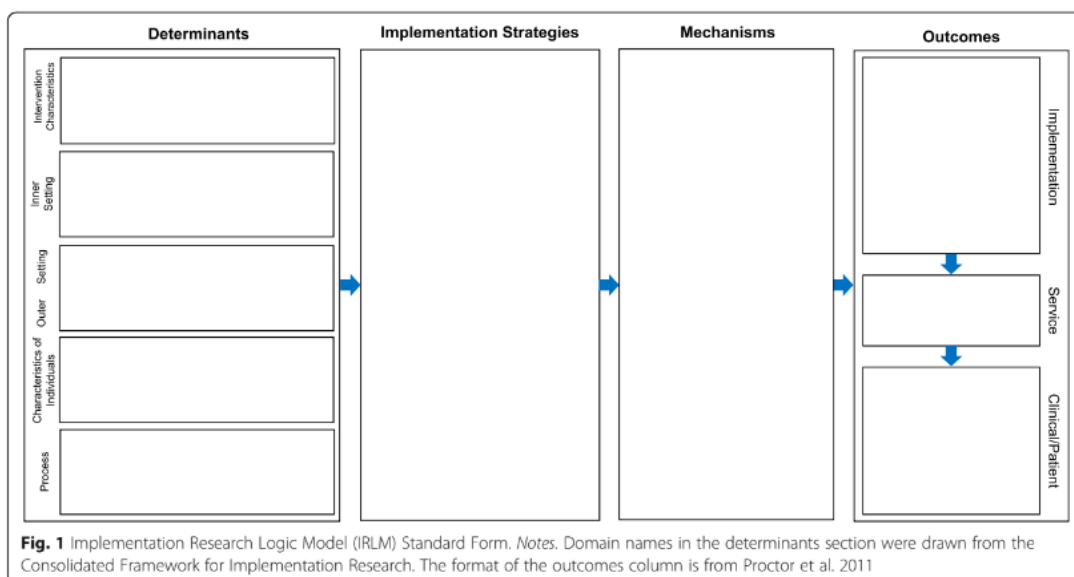


Fig 2: Implementation Research Logic Model (Smith, Li & Rafferti, 2020)

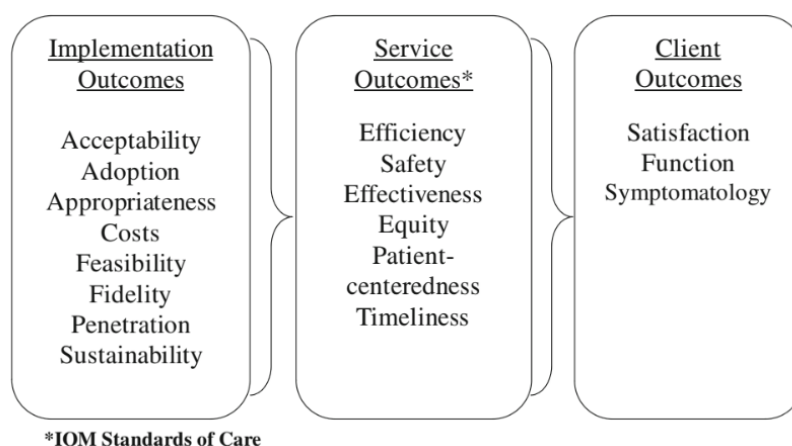


Fig 3: Types d'outcomes dans les études d'implémentation (Proctor et al. 2011)

Le modèle EPIS (figure 4) est un acronyme pour les différentes phases du modèle : l'exploration, la préparation/la décision d'adoption, l'implémentation active et l'intégration/le maintien (*sustainment*). Chaque phase y est analysée en fonction du contexte externe et interne de l'organisation où le processus d'implémentation a lieu. Le contexte externe représente le système ou l'environnement externe à l'organisation (EPIS Framework, s.d.) dont les déterminants reprennent entre autres le contexte socio-politique, le financement, les réseaux interorganisationnels et le leadership. Les caractéristiques internes à l'organisation forment le contexte interne du modèle (EPIS Framework, s.d.) qui comprend entre autres comme déterminants les caractéristiques organisationnelles, les caractéristiques individuelles d'adoption et le leadership et le monitoring de fiabilité. Certains déterminants sont plus à l'avant-plan, se manifestent différemment qu'au sein des autres phases ou sont propres à certaines phases (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Une nouvelle version du modèle (figure 5) a regroupé certains aspects du modèle. En plus des contextes interne et externe, il comprend maintenant également des facteurs innovants et des facteurs qui font le lien entre le contexte externe et interne (*bridging factors*).

Moullin et al. (2019) décrivent que, dans le cadre d'études d'implémentation, le modèle EPIS permet de couvrir des objectifs différents, grâce aux phases qui le composent, comparé à d'autres modèles qui s'axent sur un aspect ou une phase en particulier, par exemple les déterminants ou l'évaluation. Ceci permettrait, selon les auteurs, de réduire la nécessité d'utiliser différents modèles. Ils constatent néanmoins que la majorité des études se concentre sur la phase d'implémentation et moins sur les autres. Ce modèle peut être utilisé tant pour des recherches quantitatives que qualitatives. Une force de ce modèle, qui a été indiquée par les auteurs, est qu'il attire l'attention sur la complexité de sa conceptualisation à plusieurs niveaux

(individuel, organisationnel, système) tant dans l'analyse que la collecte des données. Un exemple mentionné démontre que cela permet de questionner une personne sur son expérience tant à son niveau qu'à un autre niveau. Les auteurs recommandent une opérationnalisation précise des facteurs d'EPIS, de tenir compte des interactions dynamiques entre les facteurs du contexte interne et externe et d'accroître son utilisation dans toutes les phases et à tous les niveaux. Ce modèle semblait pertinent dans le cadre de cette étude car il a été développé en examinant la littérature sur l'implémentation, entre autres, dans la santé mentale. Selon les auteurs, c'est un des modèles les plus utilisés et qui s'applique à des contextes différents.

L'IRLM et le modèle EPIS s'appuient tous les deux sur les *outcomes* de Proctor et al. (2011) et incluent les déterminants qui ont une influence sur l'implémentation. Le modèle EPIS décrit ces déterminants en fonction du contexte externe et interne à l'organisation au sein des différentes phases. Ces phases qui peuvent se succéder, se chevaucher ou qui permettent des aller-retours entre elles, introduisent une notion de temps dans le modèle. Pour l'IRLM, le contexte externe et interne sont repris comme deux des cinq domaines provenant du CFIR. Ce modèle démontre les relations entre les déterminants, les stratégies d'implémentation, les mécanismes d'action et les *outcomes*. Le tableau 1 consiste à comparer ces deux modèles et de faire le lien avec les *outcomes* de Proctor et al. (2011). Étant donné que, dans le cadre de cette recherche, l'analyse se porte sur une équipe se trouvant en phase active d'implémentation, il a été choisi d'uniquement comparer cette phase du modèle EPIS avec l'IRLM dans le tableau. Concernant les *outcomes* de Proctor et al. (2011), les indicateurs spécifiques à cette phase d'implémentation active ont uniquement été développés dans le tableau.

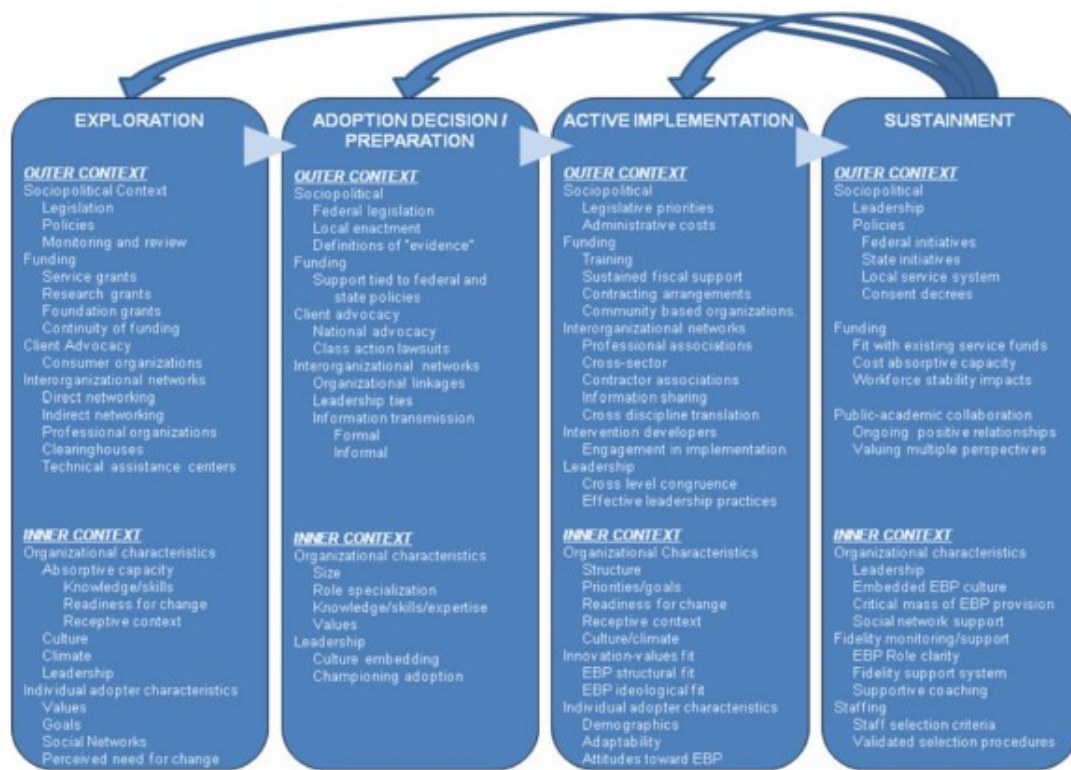


Fig 4 : EPIS Framework (Aarons, Hurlburt & Horowitz, 2011)

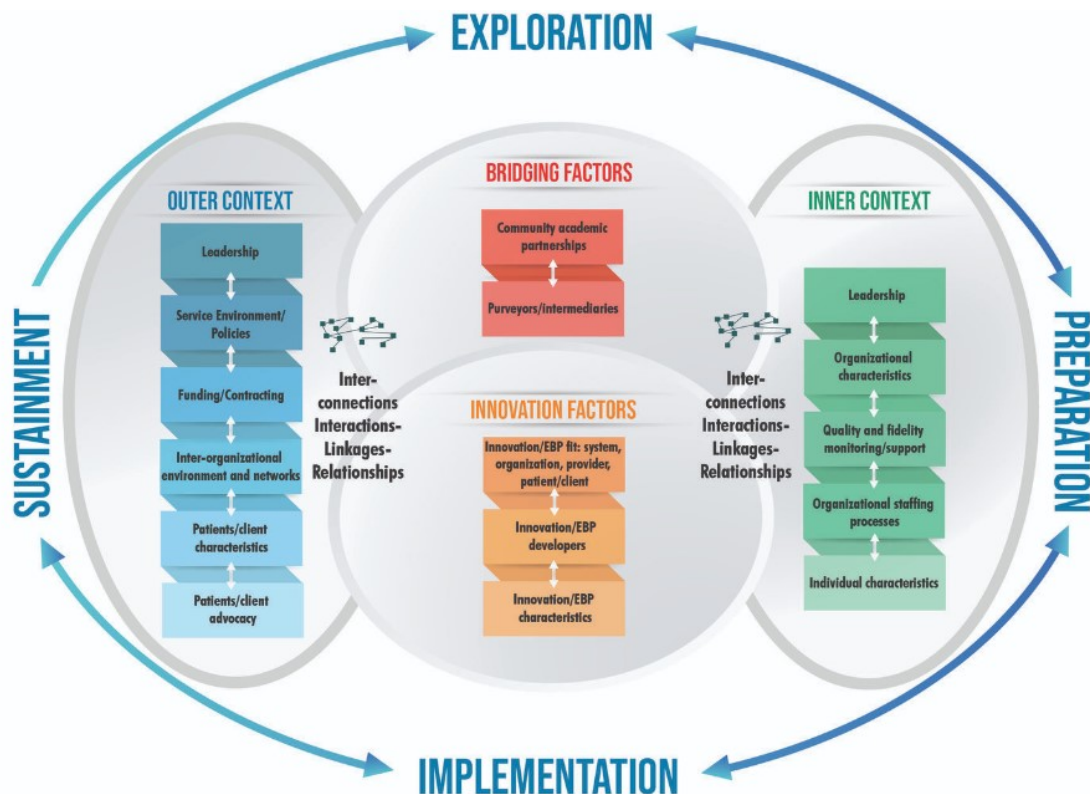


Fig 5 : EPIS Framework (EPIS Framework, s.d.)

**Tableau 1** : comparaison du EPIS Framework (phase active d'implémentation) et du IRLM

| EPIS FRAMEWORK (phase d'implémentation active) |   | IRLM             | OUTCOMES D'IMPLÉMENTATION (Proctor et al. 2011) |
|--|---|------------------|---|
| Contexte externe                               |   | Contexte externe |   |
| Sociopolitique                                 | <i>Priorités législatives</i>                   |                  | Acceptabilité & Pertinence                      |
|  | <i>Coûts administratifs</i>                     |                  | Coûts   |
| Financement                                    | <i>Formations</i>                               |                  | Adoption, faisabilité, fidélité & coûts         |
|  | <i>Soutien fiscal pérenne</i>                   |                  | Coûts & faisabilité                             |
|  | <i>Dispositions/arrangements contractuelles</i> |                  | Coûts   |
|  | <i>Organisations communautaires</i>             |                  | Coûts   |
| Réseaux interorganisationnels                  | <i>Associations professionnels</i>              |                  | Adoption, faisabilité, pertinence, fidélité     |
|  | <i>Intersectorialité</i>                        |                  | Adoption, faisabilité, pertinence               |
|  | <i>Associations d'entrepreneurs</i>             |                  | Adoption  |
|  | <i>Partage d'information</i>                    |                  | Adoption, faisabilité, pertinence               |

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
|                                     | <i>Traduction interdisciplinaire</i>       |                  | Adoption, faisabilité, pertinence           |
| Développeurs d'intervention         | <i>Engagement dans l'implémentation</i>    |                  | Adoption                                    |
| Leadership                          | <i>Congruence interniveaux</i>             |                  | Adoption, faisabilité                       |
|                                     | <i>Pratiques de leadership efficaces</i>   |                  | Adoption                                    |
| <b>Contexte interne</b>             |  | Contexte interne |   |
| Caractéristiques organisationnelles | <i>Structure</i>                           |                  | Adoption                                    |
|                                     | <i>Priorités/objectifs</i>                 |                  | Adoption, faisabilité, pertinence           |
|                                     | <i>Être prêt au changement</i>             |                  | Adoption, faisabilité, pertinence           |
|                                     | <i>Contextes réceptifs</i>                 |                  | Adoption, faisabilité, pertinence, fidélité |
|                                     | <i>Culture et climat</i>                   |                  | Adoption, faisabilité, pertinence, fidélité |
| Correspondance innovation-valeurs   | <i>Correspondance structurelle des EBP</i> |                  | Adoption, fidélité                          |
|                                     | <i>Correspondance idéologique des EBP</i>  |                  | Adoption, fidélité, pertinence              |
|                                     | <i>Données démographiques</i>              |                  | Adoption, pertinence                        |

|  |                                 |                                 |   |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---|
| Caractéristiques individuels<br>d'adoption | <i>Adaptabilité</i>             | Caractéristiques des individus  | Adoption, faisabilité                                 |
|  | <i>Attitudes envers les EBP</i> |                                 | Adoption, faisabilité                                 |
|  |                                 | Caractéristiques d'intervention | Acceptabilité, faisabilité,<br>pertinence, coûts      |
|  |                                 | Processus                       | Faisabilité   |
|  |                                 | Stratégies d'implémentation     | Adoption, faisabilité, coûts,<br>pertinence, fidélité |
|  |                                 | Mécanismes d'implémentation     |   |

### 3.4. Objectif du mémoire-recherche

Un hôpital psychiatrique à Bruxelles a répondu au troisième appel à projets et a donc commencé en mars 2023 à transformer une de ces unités de rétablissement en unité *High and Intensive Care*. L'objectif de ce mémoire-recherche est de mener une étude d'implémentation, à l'aide des cadres théoriques IRLM et EPIS, en questionnant le vécu de l'équipe de cette institution concernant les freins et les facilitateurs qu'elle rencontre dans l'implémentation du projet HIC au sein de son unité. La méthodologie, les résultats, la discussion qui permet une analyse critique des résultats et la conclusion sont explicités ci-après.

## 4. Méthodologie

Dans cette section, la collecte de données, qui comprend l'obtention de documents provenant de l'institution et utilisés en soutien au développement du projet HIC, le recrutement des participants, la conception du guide d'entretien et la réalisation des entretiens semi-directifs, seront explicitées. Ensuite l'analyse des données sera décrite et pour finir, une réflexion sera apportée sur la collecte et l'analyse des données.

### 4.1. Collecte des données

Cette recherche porte sur les professionnels de santé mentale travaillant dans l'unité HIC d'un hôpital psychiatrique situé à Bruxelles. Afin de collecter les données nécessaires dans le cadre de cette recherche, l'objectif était premièrement de réaliser d'une part, des entretiens semi-directifs avec les psychiatres, les psychologues, les assistants sociaux, les ergothérapeutes, le kinésithérapeute, l'infirmier en chef et l'infirmière en chef adjointe et d'autre part, des focus groups avec l'équipe soignante (infirmiers, éducateurs, aides-soignants, assistants en psychologie, puéricultrice) de l'unité HIC. Il s'agissait donc à la fois d'avoir un échantillon hétérogène en termes de prestataires professionnels afin d'obtenir les expériences des intervenants provenant des différentes disciplines qui constituent cette équipe. La réalisation de focus groups avec l'équipe soignante avait comme but de pouvoir rencontrer plusieurs membres de l'équipe soignante (environ sept) à un même moment et qu'elles puissent s'exprimer en absence d'une personne ayant une position hiérarchique. Il était donc prévu de réaliser deux focus groups et environ 8 entretiens individuels.

#### 4.1.1. Obtention de documents de l'institution

Les contacts avec l'institution de soin se sont faits, dans un premier temps, avec la cadre intermédiaire (responsables des services de crise et HIC), puis dans un second temps avec la personne chargée de projet. De septembre à décembre 2023, les échanges avec ces personnes se sont faits par mail, en présentiel dans l'institution ou encore par visioconférence. Il s'agissait d'une part, d'obtenir des documents de l'institution (par exemple, sur les groupes de travail) concernant l'unité HIC afin d'avoir un premier aperçu sur le processus d'implémentation et d'autre part, d'établir le lien avec l'équipe concernée par cette recherche.

#### 4.1.2. Recrutement des participants

Afin de pouvoir réaliser les entretiens et les focus groups entre mi-janvier et mi-mars 2024, il était prévu de rencontrer l'équipe en décembre 2023. Cette rencontre avait pour but d'expliquer l'objet du mémoire et de commencer à recruter des participants. Sur demande de la chef de service, ceci a été postposé afin de préserver cette équipe qui se trouvait face à un contexte compliqué à cette période.

La rencontre a finalement eu lieu mi-janvier 2024 dans l'unité en présence de plusieurs membres de l'équipe du HIC. L'entièreté de l'équipe n'était pas présente. Il a donc été convenu avec l'infirmier en chef de l'unité de diffuser un mail à l'entièreté de l'équipe pour présenter à nouveau le cadre de la recherche.

Au total, l'équipe comprenait 28 personnes : deux psychiatres, un infirmier en chef, une infirmière en chef adjointe, trois psychologues, deux assistants-sociaux, 12 infirmiers (dont quatre travaillant uniquement de nuit), une assistante en psychologie, deux aides-soignantes (dont une travaillant uniquement de nuit), une puéricultrice, une éducatrice, un kinésithérapeute et une ergothérapeute.

Deux semaines et demie après cette première étape de recrutement, quatre personnes de l'équipe avaient accepté de participer à l'étude ; sur ma demande, l'infirmier en chef et son adjointe ont fait un rappel oralement lors de leur réunion pluridisciplinaire. Des formulaires, reprenant l'objet du mémoire, ont également été déposés en version papier dans l'unité pour que les membres de l'équipe puissent confirmer leur (non-)participation (voir annexe 7). Ceux-ci ont été créés afin de faciliter les réponses quant à la participation à cette recherche pour des personnes qui consulteraient moins leur boîte mail. L'infirmier en chef a encore effectué un rappel par mail une semaine plus tard, à la mi-février.

Finalement, aucun formulaire n'a été rempli par les membres de l'équipe. Les réponses ont uniquement été obtenues par mail. Sept personnes de l'équipe ont accepté de participer à la recherche, ce qui donne un taux de participation de 25%. Au vu du nombre de participants, il a donc été décidé de réaliser uniquement des entretiens individuels.

Fin février, il y a également eu le choix d'inclure une personne de la ligne managériale afin d'obtenir des informations sur le contexte externe (modèle IRLM et EPIS) de l'implémentation. Cette personne a été informée par le biais de la chargée de projet et a accepté de participer à cette recherche.

### 4.1.3. Guide d'entretien et réalisation des entretiens semi-directifs

Les guides d'entretien pour les entretiens semi-directifs, d'une part avec l'équipe HIC (voir annexe 8) et d'autre part, avec la personne faisant partie de la ligne managériale (voir annexe 9), ont été constitués en intégrant les dimensions des deux modèles d'implémentation : le IRLM et l'EPIS Framework. Pour ce dernier modèle, l'attention était portée sur la phase active d'implémentation étant donné que c'est la phase dans laquelle l'équipe se trouve actuellement. Deux unités HIC, faisant partie des neuf premières, ont également été visitées afin de visiter des contextes différents et d'aider à la conception du guide d'entretien. Certaines questions dans le guide ont également été adaptées en fonction du moment auquel l'interviewé est entré dans le projet HIC (présent dès le début de l'annonce du projet ou une arrivée par la suite).

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés de mi-mars à début avril 2024 sur le lieu de travail des participants (au sein même de l'unité ou dans un local en dehors de l'unité de soin). Les répondants ont signé un consentement de participation à l'étude (voir annexe 10). En début d'entretien, les répondants ont complété un court questionnaire sociodémographique et relatif à leur parcours et leur expérience professionnelle (voir annexe 11).

## 4.2. Analyse des données

Les données ont été analysées selon une méthode qualitative. Les entretiens individuels ont été retranscrits à l'aide du programme Trint.

L'échantillon est décrit à l'aide de statistiques descriptives sur base du formulaire rempli par chaque participant en début d'entretien.

Les résultats qualitatifs ont été obtenus à la fois de manière inductive et de manière déductive. En effet, la démarche inductive a eu lieu après une première lecture des entretiens : différents thèmes (par exemple réseau patient, groupe de travail réseau) et sous-thèmes (par exemple pour le thème réseau patient : outils, réunion, attentes, feedback) ont été identifiés, sans se référer à la littérature scientifique. Ensuite, ils ont été regroupés dans différentes catégories (par exemple, évaluation, réseaux, équipe HIC) à l'aide d'un tableau. D'autre part, suivant une perspective plus déductive, des catégories et des thèmes permettant d'inclure les dimensions du modèle EPIS et l'IRLM ont également été utilisés. En écrivant la section résultats, plusieurs (sous-)thèmes ont été modifiés et une catégorie a été regroupée au sein d'une autre. Les résultats sont donc décrits à l'aide des catégories principales suivantes : équipe HIC, modèle HIC, réseaux, caractéristiques organisationnelles et leadership.

Pour conclure cette section, une réflexion critique est apportée sur le processus de collecte et d'analyse des données. Premièrement, concernant la collecte des données, une rencontre avec l'équipe de nuit aurait pu être pertinente pour présenter la recherche, étant donné que certaines personnes ne travaillent pas le jour. Les rappels faits par les managers infirmiers ont uniquement été effectués par mail ou pendant la journée et il n'a pas été précisé quelles adaptations auraient pu être faites pour inclure l'équipe de la nuit dans l'étude. Concernant le guide d'entretien, il n'y a pas eu de phase pré-test permettant de vérifier la qualité et la bonne compréhension des questions posées. Ensuite, des biais de mémoire peuvent influencer les résultats étant donné que, d'une part, le guide d'entretien comprenait des questions sur la phase préparatoire et, d'autre part, que le début de la phase active d'implémentation a commencé en mars 2023.

Pour finir, j'ai potentiellement pu avoir une influence sur les données. Travaillant dans une autre unité de l'institution et ayant effectué un stage dans l'unité qui a fait l'objet de l'étude (quand le projet était encore axé uniquement sur le rétablissement), certains participants me connaissaient. Cela a pu avoir un impact sur leur décision de participer ou non, sur ce qu'ils ont dit ou la façon dont ils se sont exprimés. En termes d'influence pendant l'analyse des données, plusieurs éléments ont pu jouer : d'abord, ma formation d'infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie, mes connaissances sur le domaine de la santé mentale ; ensuite, ma maîtrise du néerlandais, qui m'a permis d'analyser autant les documents néerlandophones que francophones et de les comparer. Ceci a pu influencer les questions posées lors des entretiens semi-directifs. Pour finir, en travaillant dans cette institution, en la connaissant depuis plusieurs années et en connaissant certaines personnes de l'institution, ceci a également pu influencer mon analyse.

## 5. Résultats

Dans cette section, les résultats seront présentés en commençant par une description de l'échantillon, puis une présentation des catégories obtenues par une démarche inductive et finalement une présentation des catégories s'appuyant sur les modèles théoriques d'implémentation.

**Tableau 2.** Caractéristiques de l'échantillon (N = 8)

|  | <b>n (%)</b> |
|--|--------------|
| Sexe                                       |              |
| Femme                                      | 5 (62.5)     |
| Homme                                      | 3 (37.5)     |
| Profession                                 |              |
| Éducateur                                  | 1 (12.5)     |
| Infirmier                                  | 3 (37.5)     |
| Psychologue                                | 2 (25.0)     |
| Assistant social                           | 1 (12.5)     |
| Manager                                    | 1 (12.5)     |
| Nombre d'années de travail en psychiatrie* |              |
| ≤ 2 ans                                    | 3 (37.5)     |
| 2 < et ≤ 5 ans                             | 1 (12.5)     |
| 5 < et ≤ 10 ans                            | 1 (12.5)     |
| 10 < et ≤ 15 ans                           | 0 (0.0)      |
| ≥ 15 ans                                   | 2 (25.0)     |
| Arrivée dans le projet                     |              |
| Dès le début du projet HIC                 | 6 (75.0)     |
| Après le début du projet HIC               | 2 (25.0)     |
| Expérience en unité de crise*              |              |
| Oui  | 4 (50.0)     |
| Non  | 3 (37.5)     |

\*Donnée manquante

### 5.1. Description de l'échantillon

L'échantillon est constitué de huit participants : sept proviennent de l'équipe de l'unité HIC soit, deux psychologues, un assistant social, une éducatrice, trois infirmiers dont l'infirmière en chef adjointe, ainsi qu'une personne de la ligne managériale. L'échantillon est majoritairement féminin (5 femmes et 3 hommes). Parmi les infirmiers, seule une personne est spécialisée en santé mentale et psychiatrie, bien qu'une deuxième soit en train de terminer cette même spécialisation. L'échantillon est assez hétérogène concernant l'expérience professionnelle en psychiatrie : au moment de la réalisation des entretiens, trois personnes travaillent dans ce domaine depuis deux ans ou moins, une personne depuis 4 ans, une autre depuis 6 ans et deux depuis plus de 15 ans (19 et 24 ans). Cinq personnes travaillaient déjà dans l'unité et la personne de la ligne managériale dans l'institution avant le début du projet

HIC et deux personnes sont arrivées environ six mois après le début de l'implémentation du projet. À propos de l'expérience en unité de crise avant l'entrée dans le projet, trois personnes n'en avaient pas et quatre participants ont indiqué en avoir une.

De manière générale, il a été facile pour les participants de s'exprimer lors des entretiens. L'identification des freins ou de points à améliorer était plutôt spontanée, tandis que les facteurs facilitants ont demandé une plus grande réflexion de la part des répondants.

Les résultats sont présentés ci-dessous en fonction des catégories issues de la démarche inductive et de la démarche déductive pour l'analyse.

## 5.2. Fonctionnement d'une équipe HIC

Le fonctionnement d'une équipe HIC reprend les éléments suivants : les caractéristiques individuelles des membres de l'équipe perçues comme favorables et défavorables pour travailler dans une telle unité, puis les caractéristiques essentielles au travail d'équipe.

### 5.2.1. Caractéristiques individuelles favorables et défavorables

Cette partie peut être reliée au modèle EPIS (caractéristiques individuelles favorisant ou entravant l'adoption dans la phase active d'implémentation) et à l'IRLM (caractéristiques des individus). Elle aborde *les compétences attendues ou appréciées, le manque d'expérience et l'adhésion* qui influencent également des « critères » attendus pour les futurs engagés.

Trois participants ont exprimé quelles *compétences* ils attendent ou apprécient des autres professionnels au sein de l'unité HIC afin que le travail puisse bien se dérouler. Celles-ci comprennent la réactivité, la capacité d'adaptation, la flexibilité, la réflexion rapide et la volonté de s'informer. Un participant évoque également la résilience face aux difficultés diverses qui peuvent être rencontrées lorsqu'on instaure un nouveau projet. Lorsqu'une personne a déjà fait preuve de résilience face aux difficultés à l'occasion d'un autre projet, cela peut être un atout pour le bon déroulement du projet HIC en cours.

Un levier, identifié par trois participants, pour accroître les compétences des professionnels, porte sur les formations et plus particulièrement celles qui concernent la gestion de la crise. L'un d'entre eux indique que celles-ci peuvent améliorer le travail en équipe en situation de crise. Différentes formations sont d'ailleurs organisées en interne et accessibles au personnel soignant de l'institution. Cependant, deux participants mettent l'accent sur la pérennisation des

compétences apprises dans les formations par les uns et les autres et surtout que celles-ci soient intégrées par toute l'équipe. L'extrait suivant explicite ces propos.

*« Donc il y a différentes personnes qui font différentes formations. Mais ça ne percole pas en fait. Moi j'avais le souhait de formations d'équipe et puis de reprendre et de retravailler [en équipe] les situations cliniques par rapport aux formations. Donc par exemple, la communication non-violente, ok : tiens, on a eu telle situation, on a interagi comme ça. Est-ce que c'est de la non-violence ou pas ? Qu'est-ce que vous en pensez ? [...] d'articuler en équipe la pratique et les formations. »*

Un frein important dans l'implémentation du modèle HIC est le **manque d'expérience** face à la gestion de la crise. Cet élément est récurrent dans les sept entretiens menés avec les travailleurs de l'unité HIC. Il entraîne différentes conséquences telles que (1) les difficultés à réagir adéquatement face à une situation, (2) l'impact sur le sentiment de sécurité quand un soignant travaille avec un autre soignant qui n'est, par exemple, pas à l'aise avec la mise en isolement (3) le risque d'épuisement lorsque certains soignants doivent intervenir plus régulièrement en cas de crise parce que d'autres professionnels restent en retrait par manque d'expérience ou encore (4) de devoir transférer des patients vers des unités de crise car la gestion d'un tel épisode aigu est encore trop compliquée au sein de leur unité HIC. Deux participants ont indiqué ressentir une différence d'expérience entre d'une part les psychologues et les assistants sociaux et d'autre part l'équipe dite « nursing » (infirmiers, éducateurs...). Ces derniers sont identifiés comme ayant moins d'expérience et étant moins outillés pour accueillir des patients en crise. Selon ces deux participants, cela s'explique par l'ancienne orientation de l'unité de soins, qui était une unité axée sur le rétablissement, accueillant alors une clientèle chronique et plutôt stable. L'ensemble du personnel soignant n'est donc pas habitué à gérer des crises ou des épisodes aigus. Dans ce contexte, si l'ancienneté n'est pas forcément vue comme un atout étant donné le changement d'orientation de l'unité, la jeunesse ne l'est pas non plus, comme l'illustre cet extrait :

*« Oui, parce qu'il y a aussi qu'on est une équipe très jeune, beaucoup de gens qui ont été diplômés il y a peu, ou alors c'est un peu tout ou rien quoi. Donc soit, on est une équipe où il y a des gens qui ont été diplômés il y a peu, soit ce sont des gens qui sont là depuis très très longtemps et qui sont experts du rétablissement. Donc on n'a pas d'entre deux réellement. »*

En plus du manque d'expérience, trois participants ont identifié que le manque de formation (notamment concernant la mise à l'isolement pendant un épisode de crise) et le manque d'outils

adaptés constituent eux aussi un frein au bon déroulement du projet HIC. Afin de pallier cela, différentes solutions ou stratégies d'interventions (IRLM) sont exprimées par les participants : d'une part, de réorganiser certaines formations (proposées par 4 répondants) et d'autre part, des échanges ou le partage d'expérience avec d'autres soignants travaillant dans d'autres unités de crise de l'institution (proposés par 5 participants).

*« Au tout, tout, tout, tout début de l'implémentation du projet, on a fait des immersions. Il y avait un collègue de notre unité qui partait dans l'unité de crise et le collègue de l'unité de crise qui venait chez nous. [...] ici, ils sont en train de réfléchir à voir si on peut, nous, aller chez eux sans qu'eux renvoient un collègue. [...] Pour vraiment travailler un peu en binôme avec quelqu'un de là-bas, un peu comme un stagiaire au final, pour pouvoir vraiment plus être encadré et apprendre les choses correctement. »*

Certaines personnes de l'équipe n'ont cependant pas eu l'occasion de faire ces immersions, organisées pendant la phase préparatoire. Elles ne semblent pas suffisamment avoir porté leur fruit ce qui peut expliquer la volonté d'en replanifier.

Tout comme l'expérience de la gestion de crise, l'**adhésion** (qui peut être reliée à la « correspondance innovation/valeurs » du modèle EPIS) des membres de l'équipe au projet HIC est perçue comme un facteur essentiel pour favoriser son déploiement. Tous les participants ont exprimé leur intérêt et leur motivation pour ce projet. Les motifs de leur motivation sont divers et variés : deux participants ont mentionné leur intérêt pour un projet où tout est à construire, quatre répondants ont plutôt évoqué l'accueil de patients en crise et un travail dynamique. D'autres répondants mentionnent la diversité de la patientèle, une expérience antérieure de la crise, le travail en réseau, les patients sous statut volontaire ou encore la « philosophie » de soins portée par ce projet.

Toujours en termes d'adhésion, un aspect positif et considéré comme essentiel par plusieurs participants est la motivation des membres de l'équipe à avancer dans le projet. Cependant, trois participants ont exprimé que certaines personnes au sein de l'équipe n'adhèrent pas réellement au projet dans sa globalité, notamment à la gestion de la crise. En présence de ces dernières, qui se mettent en retrait en cas d'épisode aigu, d'autres collègues doivent alors compenser. Ceci peut impacter leur sentiment de sécurité, être perçu comme épuisant ou encore induire de la démotivation.

*« Donc c'est un peu complexe parce que quand tu essaies de suivre la philosophie du HIC [...]. Et que tu dis [...] je mets les choses en place et qu'au final tu te dis au shift d'après en*

*fait tu sais qu'il y aura tout qui sera démoli. C'est démotivant aussi dans ta pratique, même si en soi tu es là, tu es hyper motivé à mettre ça en place, mais tu sens que tu n'as pas les appuis solides sur l'équipe. »*

Les uns et les autres sont décrits comme étant « *en souffrance* », par un participant. Une solution envisagée par deux participants est que la hiérarchie infirmière rencontre chaque membre de l'équipe de façon individuelle pour évaluer leur ressenti face à la nouvelle orientation de l'unité. En cas de non-adhésion, deux participants nomment la possibilité de mobilité en interne. Elle permettrait de pouvoir intégrer une autre unité de l'institution et de laisser l'opportunité à des professionnels d'autres unités (notamment de la crise) de rejoindre le projet si celui-ci les intéresse. Néanmoins, l'un des répondants se questionne si cette non-adhésion osera être exprimée lors des entretiens.

Pour les futurs engagés, l'adhésion et la connaissance du modèle HIC, tout comme la volonté de travail en situation de crise, sont des critères d'embauche qui ont été cités comme essentiels. Un répondant souhaiterait également que les nouveaux engagés soient spécialisés en santé mentale et psychiatrie et aient une expérience de la gestion de crise de plusieurs années.

*« [...] pour qu'il y ait de plus en plus de personnes qui puissent aider les collègues à se former, à se faire une expérience qui soit bonne. Puisque pour l'instant, ils font un peu d'expérience en crise, mais pas avec assez d'outils et ce n'est pas une bonne expérience qu'ils sont en train de se faire je pense. Donc d'avoir plus de collègues qui sont vraiment bien formés, qui ont beaucoup d'expérience, etc. pour les guider. Je pense que ça, ça va être une des clés. »*

Pour synthétiser cette partie, en se référant aux *outcomes* de Proctor (2011), les compétences attendues ou appréciées des membres de l'équipe peuvent augmenter la faisabilité du projet. Cependant, le manque d'expérience, ainsi que l'absence d'adhésion au projet HIC (qui se traduit dans ce cas notamment par une absence de correspondance entre les valeurs, les habitudes de travail et le modèle HIC de certains soignants), sont deux freins importants à la réussite de cet *outcome*. Les participants ont proposé plusieurs stratégies d'amélioration et recommandé de faire attention à certains critères lors de l'embauche de futurs collègues. L'adhésion qui, comme expliquée par les participants, trouve sa source dans divers motifs personnels, peut aussi avoir un impact positif sur l'adoption, l'implémentation active ou encore sur la pertinence perçue et le caractère approprié du projet par chaque professionnel.

### 5.2.2. Travail d'équipe

Le travail d'équipe comprend *l'organisation du travail* et *l'esprit d'équipe*.

Concernant *l'organisation du travail*, il y a un souhait de réfléchir en équipe aux fonctions spécifiques du modèle HIC (ex. intensification des soins), tout comme aux rôles et aux tâches de chaque fonction (infirmiers, éducateurs, psychologues, ...), pour que la manière de travailler corresponde au fonctionnement HIC tel qu'il a été pensé au sein du modèle. Un participant souhaite également une plus grande diversité de prestataires professionnels (dont des assistants en psychologie et davantage d'éducateurs) afin de proposer des approches différentes dans la prise en charge des patients et que chaque professionnel puisse prendre une place qui lui convient.

Quant à *l'esprit d'équipe*, deux participants soulignent l'effet positif de la présence des psychologues et des assistants sociaux dans les tâches quotidiennes, auprès des patients, dans l'ambiance générale et dans le soutien de l'équipe « nursing ». Deux autres participants appuient que l'entraide, la cohésion, le soutien et le fait d'être soudés dans l'équipe sont des moteurs pour l'avancement du projet.

L'esprit d'équipe tel qu'il existe actuellement dans l'unité peut donc favoriser la faisabilité du projet HIC. L'organisation du travail est, elle encore, à perfectionner pour être au plus près du modèle théorique et arriver à l'implémenter le plus fidèlement possible.

## 5.3. Le modèle HIC

Cette partie décrit premièrement les difficultés de compréhension du modèle HIC par l'équipe et les autres unités de l'institution, ensuite les adaptations effectuées concernant les critères de ce modèle et pour finir les moyens d'évaluation mis en place à propos de son implémentation.

### 5.3.1. Compréhension du modèle HIC

Une difficulté importante qui a été rapportée par les participants et qui freine l'implémentation du projet HIC est la compréhension de ce modèle. Celle-ci peut être attribuée à différents facteurs. Premièrement, les participants expriment un *manque d'explication* concernant ce modèle qui n'est pas uniquement attribué à l'institution. Deuxièmement, plusieurs obstacles liés à la *documentation* HIC sont énoncés par les répondants : d'abord, elle est principalement rédigée en néerlandais, ce qui limite son utilisation. Ensuite, il y a eu des imprécisions lors de la *traduction* du moniteur HIC en français et l'interprétation des critères repris dans la

documentation peut porter à confusion. Par exemple, un participant a exprimé que le moniteur est « *infirmier centré* » et a indiqué qu'il y a eu une nécessité de le retraduire pour adapter certains critères. La compréhension quant à l'accueil de patients mis en observation dans les unités HIC diffère également parmi les participants. Certains estiment que cet aspect est décrit dans le moniteur, d'autres non. Troisièmement, un autre frein porte sur la **communication** au sein de l'institution tant entre l'équipe et la structure hiérarchique qu'envers les autres unités de l'institution. Il semble y avoir une difficulté à identifier quel moyen de communication préconiser et également ce que les communications doivent contenir, comme mentionné par deux participants différents. Le discours des répondants démontre une certaine confusion par rapport au modèle théorique, suite aux communications et aux interprétations comme décrit dans l'extrait suivant :

*« Mais aussi avec un focus mis par l'institution sur le fait d'accueillir des patients en volontaire et pas de mise en obs [observation]. Parce que longtemps on a cru, ici au HIC, que le HIC était uniquement destiné aux patients volontaires, pas les mises en obs. Alors que ce n'est pas vrai. »*

La compréhension du modèle s'est déjà améliorée grâce à l'arrivée d'un psychiatre dans l'équipe, qui maîtrise le néerlandais. Cela a permis de faire un « *condensé* » après traduction de la documentation disponible en néerlandais. Celui-ci aide également à « *déconstruire ce qui a été construit pas bien* », en raison de la mauvaise compréhension du modèle théorique. Répéter les informations semble également important afin d'améliorer la compréhension :

*« Donc ce n'est pas en expliquant une fois quelque chose à l'équipe que ça va être intégré. Et là c'est ce qu'on fait aussi depuis janvier [...], on répète pas mal de choses parfois, mais à chaque fois peut-être qu'on touche des personnes différentes. C'est important de continuer à expliquer ce que c'est, vers quoi on va etc. »*

Les soignants des autres unités de l'institution et de l'équipe mobile interne viennent renforcer l'équipe HIC quand celle-ci est en sous-effectif. Plusieurs participants ont indiqué que ceux-ci n'ont pas été sensibilisés au projet et qu'ils manquent d'information sur le fonctionnement de ce modèle. Pour remédier à ce manque de compréhension, certains soignants expliquent eux-mêmes le modèle HIC à leurs collègues ou leur fournissent de la documentation. Des participants déclarent néanmoins que le contenu des communications en interne qui ont été faites à propos de l'unité HIC n'est pas optimal. Pour finir, la majorité des participants

démontrent que la bonne compréhension du modèle HIC est encore un point essentiel à améliorer pour le déploiement de leur unité.

En termes d'*outcomes*, le manque de compréhension, favorisé par les différents éléments mentionnés précédemment, peut entraîner des difficultés quant à la faisabilité du projet et la fidélité au modèle.

### 5.3.2. Adaptations dans les critères du HIC

Certains critères du Moniteur HIC ont été adaptés ou leur réalisation a été postposée, faute de *moyens disponibles* ou suite à des *choix de l'équipe*.

Dans le premier cas, des adaptations ont été nécessaires suite à un *manque de moyens* financiers concernant l'infrastructure de l'unité. Ceci est identifié par tous les participants comme un frein important. Un participant exprime qu'il y a un « *manque de place* ». Des critères du moniteur ont donc été postposés comme le *rooming-in*. L'équipe essaie tout de même de se rapprocher le plus possible de ce qui est attendu, comme l'explique ce participant à propos de la mise en place de la section *intensive care* qui est également postposée :

« *Ce qu'on a fait aussi, c'est qu'on a mis nos chambres seules dans la même aile [...] que les chambres d'apaisement, isolement, etc. Parce que du coup, on a une surveillance qui peut être plus intensive sur une des deux ailes [...] dans l'optique où dans le HIC, les quatre chambres de soins intensifs ont une surveillance plus haute [...].* »

La fidélité au modèle est donc compromise par des freins financiers.

Dans le deuxième cas, un premier exemple d'une adaptation suite aux *choix d'équipe*, concerne la concertation de coordination des soins (CCS). Selon le moniteur, elle est censée avoir lieu dans les 24h après admission en présence du patient, de ses proches, du praticien de l'hôpital et du praticien ambulatoire. Deux participants ont mentionné l'importance de s'adapter à l'état du patient afin de percevoir quel contact est possible :

« *D'abord, tu vois si c'est quelque chose qui est opportun pour le patient, s'il est en état. Donc par exemple tu avais des moments où on faisait des admissions avec sept personnes de l'équipe autour du patient qui arrive là la première fois, qui n'est pas bien, on lui pose plein de questions... ça n'a pas de sens.* »

Un participant évoque également une souplesse face au délai de trois semaines (renouvelable deux fois) pour ne pas « *brusquer* » le patient car l'équipe « *travaille avec des humains et pas*

*avec un manuel* ». Et de façon plus générale, celui-ci décrit que l'équipe maintient plutôt son fonctionnement initial (donc de rétablissement), tout en essayant d'y intégrer le fonctionnement HIC. Ceci sans forcément correspondre entièrement aux critères du moniteur. La fidélité au modèle HIC est donc, dans ce deuxième exemple, compromise par un conflit entre les valeurs des soignants, liées à l'orientation précédente de l'unité, et celles du modèle théorique.

Un second exemple d'adaptation suite aux choix de l'équipe porte sur le statut de l'unité : actuellement, « ouverte <sup>1</sup> » alors que le modèle décrit plutôt des unités « fermées ». Les explications face à ce choix de rester une unité ouverte sont diverses. Pour certains répondants, tant l'objectif d'accueillir uniquement des patients volontaires que le principe d'autonomie du patient justifie ce choix. Une nuance apportée à cette explication par l'un d'eux est qu'initialement « *ce n'était pas très clairement compris que c'était de la crise* ». D'autres l'expliquent par l'ancienne orientation de l'unité, axée rétablissement, pour laquelle l'unité était ouverte. Finalement, un participant explique que le choix entre unité ouverte ou fermée n'a simplement pas encore été fait. Le fonctionnement comme unité ouverte amène des difficultés qui impactent la sécurité du patient. Par exemple, des patients en crise qui se mettent en danger en dehors de l'unité (dans le jardin de l'hôpital) ou encore des intrusions d'autres patients de l'institution dans l'unité. Ce sujet semble être un réel questionnement au sein de l'équipe et peut-être encore plus depuis qu'elle a commencé à accueillir des patients mis en observation. La place des hospitalisations volontaires dans une unité fermée est aussi un questionnement qui a été rapporté. Les différents choix impactent donc la fidélité au modèle HIC.

### 5.3.3. Évaluation du HIC

L'évaluation de la mise en place du HIC se fait par les *audits*, les *réunions d'équipe* ou encore par des *évaluations informelles*.

Un objectif du réseau d'apprentissage, mentionné dans la catégorie suivante, est de participer à l'évaluation scientifique des HIC à l'aide d'*audits*<sup>2</sup> par des pairs. Des personnes au sein de

---

<sup>1</sup> Une unité dite « ouverte » est considérée, ici, comme une unité de soins dans laquelle les patients ont la possibilité de sortir de l'unité sans qu'un soignant ait à leur ouvrir la porte, à contrario d'une unité « fermée ».

<sup>2</sup> Les audits consistent à attribuer un score en fonction de la fidélité au *HIC Monitor* de la façon suivante : des représentants, c'est-à-dire des auditeurs formés, sont désignés dans chaque institution et de préférence de disciplines différentes. Deux ou trois auditeurs d'institutions différentes visitent une unité HIC d'une autre institution ce qui permet de faciliter le partage de connaissances et d'expériences (Gerritsen et al. 2021)

l'équipe ont donc été formées pour mener les audits sur base du moniteur. Plusieurs participants expriment l'investissement nécessaire en plus de la charge de travail au sein de l'unité : connaissance des critères, préparation et réalisation de l'audit et rédaction d'un rapport.

L'audit qui doit prochainement être réalisé dans l'unité est, quant à lui, identifié comme permettant premièrement de « *prendre du recul* » sur l'implémentation et d'aborder les difficultés, les points d'amélioration ou encore ce qui a bien été. Deuxièmement, l'audit permet aussi d'accélérer la mise en place de certains items et, troisièmement, d'envoyer un message à l'institution quant aux difficultés rencontrées par rapport au respect des critères du moniteur.

Outre les audits, des ***réunions*** hebdomadaires (dites « pluridisciplinaires » et « nursing ») ont lieu dans l'unité. Cependant, pour diverses raisons, ces réunions sont parfois annulées et cela laisse l'impression à un participant qu'il y a « *des problèmes qui s'accumulent* ». En outre, ces réunions ne sont pas uniquement consacrées à l'évaluation du projet HIC dans l'unité, ce qui laisse à un autre répondant l'impression que l'équipe « *manque d'espace* » pour évaluer son travail.

Il est également prévu d'instaurer une supervision d'équipe (ce qui fait partie d'un critère du moniteur) et d'organiser une mise au vert afin de « *faire un bilan* ».

Toutefois, un autre participant indique que, selon lui, il n'y a pas encore de réelle évaluation : il s'agit plutôt d'observations concernant la mise en place effective, qui permettent à l'équipe de s'adapter. Les répondants semblent plutôt indiquer la présence de petites ***évaluations informelles***. Un exemple qui a été mentionné par plusieurs participants est l'échec de la prise en charge d'une patiente maniaque (avec une nécessité de transfert vers une autre unité de crise). Un participant évoque l'importance de le considérer comme « *une opportunité d'apprentissage* » et d'échanger par la suite avec l'autre équipe qui l'a prise en charge. Pour finir, le ressenti d'un répondant est qu'il y a une « *dynamique positive qui se crée autour de la remise en question* ».

En termes d'*outcomes* les audits permettent aux soignants d'être évalués par des pairs concernant la fidélité de leur propre unité au modèle HIC. Les réunions hebdomadaires ainsi que les évaluations informelles peuvent contribuer à accroître l'adoption et la faisabilité du projet HIC. Cependant, l'équipe ne s'octroie pas réellement de moments pour évaluer l'implémentation du projet.

## 5.4. Travail en réseau

Cette partie sur le travail en réseau aborde un réseau interorganisationnel (un élément présent dans le contexte externe du modèle EPIS), le réseau du patient et l'organisation des services de santé mentale.

### 5.4.1. Réseau interorganisationnel

Le *réseau d'apprentissage HIC ou HIC3* est organisé par la KULeuven et permet aux différentes unités HIC de Belgique de se rencontrer autour de thématiques spécifiques. Les objectifs visés sont de permettre aux différentes unités de se réunir, de se rencontrer et d'échanger autour des thématiques du Moniteur HIC et des difficultés rencontrées. Trois participants expriment que ces rencontres permettent également de comparer l'avancement du projet entre les différentes unités et de ne pas se sentir seul face aux difficultés.

Ce réseau d'apprentissage fournit des outils et des ressources sur lesquels l'équipe peut s'appuyer dans la mise en place actuelle ou future des critères du moniteur, comme expliqué dans l'extrait suivant :

*« Voilà, après, il y a certains groupes de travail, on prend les idées, on fait des PV bien complets, etc. Parce qu'on sait que là, pour l'instant, ce n'est pas possible pour nous d'implémenter certaines choses. [...] mais on prend déjà toutes les informations qu'on peut, toutes les expériences des autres unités de Belgique qu'ils ont pu rencontrer, etc. Et on garde ça pour quand on aura la possibilité d'implémenter. »*

Ce réseau d'apprentissage semble influencer positivement la pertinence perçue et l'acceptabilité du projet. Il semble également contribuer à l'adoption du projet par l'équipe et offrir des ressources qui pourraient améliorer la faisabilité de son implémentation au sein de l'unité.

### 5.4.2. Réseau patient

Dans cette partie, les difficultés avec le *réseau de support social* du patient et avec les *critères d'admissions* sont abordées.

Concernant le *réseau de support social* du patient, deux participants expriment les difficultés à répondre aux attentes des professionnels, en termes de rapidité de réponse à une demande d'admission. Ce que l'équipe a convenu est de fournir une réponse dans les 48h mais, dans la réalité, cela n'est pas toujours faisable, ce qui peut entraîner une impatience de certains

professionnels membres du réseau d'un patient. Un autre obstacle, amené par deux répondants, est que le réseau se retire de la gestion de la situation une fois que le patient est hospitalisé en unité HIC, alors que l'inverse est recommandé dans le modèle HIC.

*« Et donc il y a quand même dans le réseau fortement l'idée : on se débarrasse à l'hôpital ou dans un truc un peu attentiste jusqu'à ce que ça n'aille plus du tout et puis pouf on envoie à l'hôpital. Ce sont aussi les conséquences du fait qu'avant il n'y avait pas de place en hospit'. [...] Mais nous, on essaie de permettre qu'il y ait des hospit' rapides, mais si on nous fait des coups pareils, ça ne peut pas fonctionner. »*

Les répondants ressentent également un manque d'investissement ou de disponibilité du réseau de support social dans les **CCS**. Deux participants expriment respectivement que, tant de la part des familles que des institutions, l'inclusion du réseau dans la prise en charge du patient à l'hôpital est accueillie positivement, mais cela ne semble pas se traduire en actions concrètes. Une autre difficulté se situe autour des **critères d'admission**. Les critères, ou les unités HIC en tant que telles, ne semblent pas ou mal connus par le réseau des professionnels de la santé mentale de la région. En dépit de la création d'un formulaire d'admission spécifiquement dédié à l'unité HIC, il arrive encore que certains patients soient admis alors qu'ils ne correspondent pas forcément au profil de la patientèle de l'unité. Deux solutions ont été abordées à ce propos : la création de flyers et la reprise du groupe de travail (GT) réseau. Les flyers à destination du réseau et des patients ont pour objectif de présenter l'unité et son fonctionnement. Le GT réseau a pour but de continuer à rencontrer les différents partenaires de façon régulière. D'une part, pour les tenir au courant de l'évolution du projet (par exemple concernant d'éventuels changements dans les critères d'admission) et d'autre part, pour améliorer la collaboration en échangeant sur les attentes mutuelles. En plus des solutions provenant de l'équipe, le souhait énoncé par la personne faisant partie de la ligne managériale est que les coordinateurs de réseau deviennent de réels appuis pour l'équipe dans la collaboration avec le réseau professionnel. En termes d'*outcomes*, ces difficultés liées au réseau de support social du patient, ainsi qu'à la méconnaissance des critères d'admission, impactent négativement la faisabilité du projet et la fidélité au modèle HIC.

### 5.4.3. Organisation des services de santé mentale

Quatre participants décrivent les difficultés concernant le fonctionnement HIC, qui sont favorisées par le contexte belge en termes d'offre et d'organisation des soins en santé mentale.

Celles-ci impactent négativement la faisabilité du projet. Les aspects abordés évoquent les difficultés rencontrées suite aux listes d'attentes pour les hospitalisations et le nombre de mises en observation, tout comme une nécessité de changer les mentalités et les logiques au sein du réseau en santé mentale.

*« Je pense qu'il y a une philosophie de soins à changer parce que du coup, nous, on nous impose entre guillemets un délai de trois semaines qui n'est pas du tout raisonnable quand on sait que derrière les équipes mobiles sont débordées, par exemple des équipes mobiles et qu'en fait il y a un laps de temps à attendre partout pour pouvoir continuer le trajet de soins et que c'est compliqué quoi. [...] Il faut changer les mentalités aussi en dehors de l'hôpital, en dehors de l'unité HIC. »*

## 5.5. Évaluation de l'implémentation du projet HIC

Dans cette partie, les catégories abordées proviennent des deux modèles théoriques d'implémentation. Pour commencer, les moyens de financement (contexte externe) sont décrits, ensuite les caractéristiques organisationnelles (contexte interne) et finalement, l'engagement du leadership.

### 5.5.1. Financement (contexte externe)

Concernant le financement, un critère pour la mise en place du modèle HIC, comme élaboré par le GT intensification des soins, est qu'il soit budgétairement neutre. Des lits T ont donc été gelés et le personnel associé a été réalloué au projet HIC. Cependant un frein important est que le financement obtenu pour le projet HIC est uniquement prévu en termes de personnel et l'institution n'est donc pas en mesure de réellement investir dans l'infrastructure. Les difficultés liées au financement sont diverses. Pour commencer, il n'est pas clair à qui l'institution doit s'adresser pour obtenir des subsides :

*« [...] quand on demande par exemple des sous en plus pour ce genre de projet, le fédéral va nous dire : allez voir le régional puisque c'est eux qui sont responsables du financement des infrastructures. Alors quand on va voir le régional, ils vont dire : ben, c'est une décision du fédéral, nous, on n'a rien dit. »*

En plus, alors qu'il y a des critères à propos de l'infrastructure dans le Moniteur HIC, l'absence de financement concernant cet aspect amène de l'incompréhension. Le ressenti évoqué est que

d'une part, « *ça crée vraiment quelque chose d'inéquitable* » comparé à des institutions qui ont plus de moyens financiers qu'ils peuvent déployer en interne et que d'autre part, ça impactera négativement le score des audits.

Pour finir, l'engagement de nouveau personnel nécessite plus de matériel et plus d'espaces et les « *services support suivent mais pas à la même mesure* ». Ces différents aspects ne semblent cependant « *souvent pas très bien compris par les équipes* ».

En termes d'*outcomes*, il y a donc un impact négatif sur la faisabilité du projet HIC vu le coût associé à l'implémentation du projet.

### 5.5.2. Caractéristiques organisationnelles (contexte interne)

Les caractéristiques organisationnelles du modèle EPIS qui sont abordées dans cette partie sont : les priorités et les objectifs, la capacité à être prêt au changement, la présence d'un contexte réceptif et pour finir, la culture et le climat de l'organisation.

#### 5.5.2.1. Priorités et objectifs

Concernant les *objectifs de l'institution*, il y a le souhait de mieux répondre aux besoins de la population, par le biais du projet HIC, en permettant des hospitalisations volontaires plus rapides (réponses en maximum 48h, un moyen de réduire ou d'éviter les listes d'attentes qui sont un critère du Moniteur HIC) ainsi qu'en maintenant le lien avec le réseau du patient afin d'essayer d'éviter que la situation ne se dégrade et qu'une mise en observation ne soit nécessaire. L'institution accueille principalement des patients mis en observation (MEO) et il y a un souhait d'évoluer d'un fonctionnement plus coercitif à un fonctionnement plus collaboratif.

Le choix de l'institution de transformer une de ses deux unités de rétablissement, et non une de ses unités de crise, en unité HIC, a été une volonté de ne pas réduire la capacité d'accueil de patients MEO, vu que le nombre de MEO reste important. Cette unité de rétablissement était également perçue comme « *relativement jeune, avec un projet thérapeutique encore mal ficelé, mal défini* ».

Le Moniteur HIC est décrit comme un appui pour identifier les priorités et les objectifs à atteindre. Les répondants ont identifié différentes priorités. La première, qui semble être essentielle pour 6 participants, est la formation de l'équipe à la gestion de la crise. La deuxième est axée sur *l'infrastructure* et plus particulièrement sur *l'aménagement* de l'unité. L'unité

était anciennement située dans un modulaire, que les participants décrivent comme inadapté pour l'accueil de patients en crise. Suite à un incendie, l'unité a déménagé dans un autre bâtiment de l'institution et les répondants expliquent qu'ils ont dû s'approprier les lieux en continuant à accueillir les patients. Une priorité, après le déménagement, a été de réduire le nombre de lits dans les chambres afin qu'il n'y ait plus que des chambres individuelles ou doubles. Ce changement de bâtiment a été perçu comme une amélioration d'un point de vue infrastructurel et concernant le « *healing environment* ». Néanmoins, le bâtiment n'est pas encore considéré comme suffisamment adapté par les répondants. La troisième priorité concerne le travail en collaboration avec le réseau. Pour finir, la quatrième priorité est de parvenir à une bonne **compréhension**, ainsi que de partager **une vision commune** du modèle HIC parmi les membres de l'équipe de sorte à « *construire la base* ». Un ressenti plus général qui a été exprimé par un répondant est un manque de réflexion sur la mise en place du projet et une impression d'avoir « *mis la charrue avant les bœufs* ». Cette impression peut indiquer un manque de préparation avant l'implémentation active du projet.

#### 5.5.2.2. Être prêt au changement

Plusieurs éléments influencent l'équipe dans sa capacité collective à être prête au changement : le **manque de ressources financières** et **l'infrastructure** (déjà évoquées précédemment) mais aussi **du personnel en nombre insuffisant**, le **changement de patientèle** et **l'expérience du rétablissement**.

Un frein important dans le déploiement du projet concerne les **ressources en termes de personnel**. Malgré l'arrivée de nouveaux engagés, l'équipe « nursing » fait face à un taux d'absentéisme important (parfois pour cause de maladie de longue durée) :

*« Normalement, il est censé y avoir quinze [personnes], ce n'est pas l'équivalent temps plein parce qu'il y a des mi-temps là-dedans. Mais en tout cas, quinze personnes dans l'horaire et sur ces quinze personnes, il y en a plus de la moitié qui sont en maladie. Donc clairement avoir des soins intensifs au plus proche du patient où tu es avec le patient h24, dans les faits, actuellement, ce n'est pas possible. »*

En plus d'un manque de disponibilité auprès des patients et d'une difficulté à intensifier les soins, comme exprimé par ce répondant, les absences ont également d'autres conséquences négatives. Premièrement, il est plus difficile de s'impliquer dans les réunions et la réflexion clinique. Deuxièmement, les critères du HIC sont moins respectés. Troisièmement, la

surcharge de travail peut entraîner une fatigue voire un épuisement. Quatrièmement, le manque de personnel impacte la sécurité des soins et du personnel. Pour finir, ces différents facteurs influencent, selon un répondant, la qualité des soins.

Le *changement de patientèle* a mis en lumière un manque d'expérience dans l'accueil et la gestion de patients en crise ainsi qu'un manque de connaissances concernant la législation des mises en observation. Selon une participante, ils doivent « *remanier vraiment l'intégralité du fonctionnement de l'unité* » comparé aux institutions qui ont transformé leur unité de crise/de MEO en unité HIC.

L'expérience et les compétences acquises avec l'ancien projet axé sur le rétablissement ont, selon les participants, facilité la mise en œuvre des critères en lien avec cette approche incluse dans le modèle HIC. Un exemple est la collaboration avec le réseau du patient :

*« On a toujours essayé de rencontrer au maximum le réseau du patient, que ce soit le réseau professionnel ou la famille. Ce sont des choses qu'on faisait beaucoup. Alors, avec une temporalité certainement tout à fait différente parce qu'on était dans le rétablissement. [...] Ce qui a tendance à augmenter, ce serait plutôt le rythme. »*

Un répondant apporte cependant le questionnaire suivant :

*« Et je ne sais pas si dans la vitesse qui était attendue par l'institution, si c'était pertinent que ce soit une unité de rétablissement qui fasse de la crise. Je pense qu'une unité de crise aurait pu plus rapidement prendre ses marques là-dedans. »*

#### 5.5.2.3. Contexte réceptif

Un aspect essentiel pour un contexte réceptif est l'*adhésion* au projet, qui a déjà été mentionné précédemment. Un participant exprime que l'équipe « *n'était pas preneuse à la base, particulièrement du projet* » et un autre que leur « *challenge principal, c'est vraiment de changer ce mindset de rétablissement pour aller vers de la crise* ». Une difficulté évoquée est de parvenir à un investissement similaire des différents acteurs impliqués dans le projet :

*« [...] quand tu as un maillon de la chaîne [...] qui n'est pas au même niveau que les autres, ça empêche vraiment le travail de se faire. [...] Là où [...] on a eu pas mal de difficultés, c'est d'avoir différents acteurs de ce projet qui soient investis de la même manière et qui soient au même niveau de compréhension aussi. Et ce n'est que depuis peu, je pense, qu'on arrive tout doucement à ça quoi. »*

#### 5.5.2.4. Culture et climat

Les éléments repris dans cette partie concernent le **manque de réactivité**, des difficultés suite à des **pratiques ou des « logiques institutionnelles/collectives »** et **l'image** que renvoie l'institution.

Le **manque de réactivité** de l'institution ou de l'unité, que ce soit dans la prise de décision ou de la mise en place de certains aspects du modèle est décrit comme un frein par deux participants. L'extrait suivant en est un exemple :

*« On parlait de la référence, donc ça fait des mois, des mois, voire des années qu'on en parle de la remise en route de la référence. Et ce n'est toujours pas le cas. Et chaque fois, on fait des réunions, on fait des réunions. [...] Moi, ça me dérange qu'on se dise : on verra ça le mois prochain, alors qu'on a déjà des patients qui sont là et qui végètent dans leur lit. »*

Un répondant identifie des obstacles suite aux **pratiques ou aux « logiques institutionnelles/collectives »** comme le démontre cet extrait :

*« Le psychiatre dit : ben tiens, si sa famille se présente, la famille peut aller rencontrer leur fille dans la salle d'isolement. [...] mais tout de suite : mais non ! On ne va pas dans la chambre d'isolement ! [...] toutes ces vieilles logiques là, elles sont encore hyper enracinées et pas travaillées. Et donc ça continue à venir guider implicitement toute une partie du travail, malheureusement. »*

Le changement de pratiques institutionnelles (par exemple, le transfert de patients) suite au basculement vers le projet HIC a été perçu comme ayant un impact négatif sur la collaboration avec d'autres unités. L'unité HIC est finalement amenée à accueillir des patients MEO. Un participant explique que cela empêche l'admission de patients HIC et un autre évoque le principe de « **solidarité** » avec les autres unités. Certains participants expliquent donc avoir différents types de patientèle au sein de la même unité :

*« Pour moi, on a trois styles de patientèle dans l'unité pour l'instant. On a encore une partie des patients chroniques qu'on avait avant de changer de projet. On accueille des patients volontaires, mais on accueille aussi quelques mises en obs. »*

Un autre aspect abordé par un répondant est que l'institution véhicule une **image** plutôt carcérale (contrôles de sécurité à l'entrée). Il y a également un impact négatif sur la prise en

charge des patients HIC suite au type de profil (ex. consommateurs) ou des troubles du comportements, suite à un « *effet iatrogène des hospitalisations* », d'autres patients de l'institution :

*« Alors, on a eu pas mal de patients qui sont arrivés aussi pour consommation. Difficultés de consommation [...] Et donc beaucoup de patients, pour en arriver là, se plaignent de ça en disant : voilà, moi j'ai demandé une hospit' pour me mettre à l'abri, me soigner, être plus... et je ne trouve pas ça ici. [...] Il y en a beaucoup qui signent leur décharge rapidement quoi. »*

### 5.5.3. Leadership

Cette partie sur le leadership intègre tant des éléments de la phase préparatoire que de la phase active d'implémentation. Elle présente pour commencer l'annonce du projet, puis les caractéristiques des responsables qui sont attendues ou qui sont déjà appréciées par l'équipe, ensuite des éléments quant à la prise de décisions et pour finir des ressources internes à l'équipe qui les aident à se guider les uns et les autres.

#### 5.5.3.1. Annonce du projet

Concernant la phase d'adoption/préparatoire, certains participants ont décrit des difficultés concernant l'annonce du projet. Premièrement, l'équipe n'avait pas d'infirmier en chef. Deuxièmement, certains participants expriment un manque de clarté quant à l'explication sur les unités HIC :

*« [...] On nous a expliqué plus ou moins ce que c'était, mais ce n'était pas très clair. En fait, personne n'avait compris de base. Nous on pensait que c'était juste le même service, mais seulement avec deux-trois patients aigus. »*

Troisièmement, un répondant explique que ce changement de projet a amené des craintes auprès de l'équipe. Pour finir, le ressenti d'un participant est qu'ils n'ont pas été concerté pour l'implémentation de ce projet et qu'il leur a été imposé et un autre ressent qu'on ne leur a pas donné explicitement la possibilité de quitter l'unité ou de changer d'unité en cas de non-adhésion.

#### 5.5.3.2. Caractéristiques attendues / appréciées

L'arrivée de deux nouveaux psychiatres en janvier 2024 marque, pour la plupart, le réel commencement du projet, étant donné que les répondants estiment qu'ils ont amélioré la

dynamique et l'élan de construction de celui-ci. Auparavant, ils considéraient que leur unité « *était plus du rétablissement avec des lits de HIC qu'une vraie unité HIC avec une philosophie développée* ».

Des caractéristiques qui semblent essentielles dans le déploiement du projet sont ***l'investissement, l'implication, la réflexion sur les pratiques et la disponibilité*** des psychiatres dans celui-ci, notamment dans les ressources et l'appui qu'ils peuvent fournir :

« [...] *les deux médecins qu'on a actuellement sont hyper investis et pour les patients et pour l'équipe, mais aussi dans tout ce qui est groupe de travail, projet réseau et toutes sortes de choses qui font qu'ils amènent plein d'idées et plein de choses pour nous faire avancer aussi dans tout ce qu'on est en train d'essayer de créer.* »

Ces facteurs paraissent également importants concernant les responsables du projet (la cadre intermédiaire, la chargée de projet, la direction). En plus de ceux-ci, les participants mentionnent également (1) leur ***présence***, entre autres pour se rendre compte de la réalité du terrain suite à certaines demandes, (2) leur ***soutien***, (3) leur ***écoute*** par exemple, face aux difficultés rencontrées ou encore (4) leurs ***retours et leurs communications*** concernant le projet.

« [...] *ils te le verbalisent en disant : écoute, oui je sais, la semaine passée, on s'est vu, on a parlé de ça, sache que c'est en cours. [...] tu sais que c'est entendu et qu'ils y travaillent. C'est comme ici, on est un peu en pénurie de membres du nursing, on sait qu'ils font des recrutements [...]* »

Un dernier élément rapporté est d'***être guidé*** dans la mise en place du projet et plusieurs participants ressentent que ça n'a pas suffisamment été le cas. « *On a vraiment l'impression d'avoir été largué là-dedans* », exprime un répondant. Depuis l'annonce du projet, il y a eu plusieurs départs et donc des changements parmi les responsables du projet. L'unité s'est également retrouvée sans psychiatre pendant environ deux mois, ce qui a freiné l'implémentation. Des répondants souhaiteraient qu'il y ait un meilleur relais d'une part, entre l'équipe « nursing » et les psychiatres et d'autre part, entre l'équipe « nursing » et les responsables du projet. L'un d'entre eux ressent que l'équipe a besoin d'un réel appui de sa ligne hiérarchique infirmière. L'équipe a cependant pu se reposer sur différentes ressources pour se guider comme la documentation sur le HIC, les formations, les GT et les réunions d'équipe pluridisciplinaire. Différents groupes de travail (GT) ont été organisés pendant ***la phase préparatoire***, de sorte à aborder différentes thématiques présentes dans les critères du

moniteur HIC. Quelques difficultés par rapport aux GT ont été nommées par certains participants. Premièrement, ils avaient lieu en dehors de l'unité ce qui empêchait une personne d'y participer car elle devait rester en unité. Deuxièmement, le contenu de certains GT n'était pas clair pour tout le monde. Troisièmement, il y avait un manque de PV concernant les décisions prises dans ces groupes. Pour finir, l'investissement nécessaire dans les GT a été évoqué. De façon générale, deux participants ont ressenti un manque d'écoute face aux questionnements de l'équipe « nursing » dans la phase préparatoire du projet :

*« [...] on est un peu vu comme les gens qui ont peur, qui sont réticents, alors qu'en fait on pose juste une question par rapport à notre réalité de travail. Donc parfois, vraiment, l'écoute de l'autre était parfois compliquée parce que nous on ne se sentait pas entendus, ni écoutés, ni compris au final et potentiellement même jugés parce que les gens ne faisaient pas la part des choses. »*

Une autre ressource est que l'équipe s'appuie sur l'investissement et l'apprentissage individuel des membres de l'équipe pour avancer dans le déploiement du projet. Certains participants souhaiteraient pouvoir se reposer sur des lignes directrices afin de mieux orienter le travail qui doit être effectué.

*« [...] j'ai vraiment le sentiment qu'on me dit : ben voilà tu as un patient, tu fais un peu comme tu peux, comme tu veux avec. Alors que si tu mets des balises. Je ne demande pas une procédure hyper rigide mais juste dirige moi un minimum, mais comme ça moi je peux, je sais derrière quel style de travail faire. »*

Leur ressenti est que ce manque de *guidelines* a un impact négatif sur la cohérence, étant donné qu'il n'y a pas « *d'uniformisation des pratiques* », comme indiqué par un participant. Ce n'est cependant pas le souhait de tout le monde dans l'équipe :

*« Il y en a qui disent que trop de protocoles, après, ça tue toute autonomie en fait de l'équipe. Mais enfin, pour moi, c'est nécessaire. Parce que si jamais on accueille tout le monde, les personnes et qu'on est tous ok avec les mêmes valeurs, ben c'est plus facile. »*

#### 5.5.3.3. **Prise de décision**

Concernant les prises de décision, les premiers éléments qui ont été amenés par plusieurs participants sont un manque de **clarté, d'informations et de concertation** de l'équipe.

« [...] il y a beaucoup de choses qui se discutent en concertation médicale ou en COPIL [...]. Et en fait, nous, on n'a pas vraiment toutes les infos. Nous, on nous dit : voilà, il y a ça qui a été décidé, il faut le mettre en place quoi. »

Par conséquent, les participants font face à des incertitudes et se sentent perdus. Un participant indique l'importance de faire un retour aux responsables sur la mise en œuvre effective des décisions qui ont été prises, de sorte à transmettre ce qui ne fonctionne pas ou ce qui devrait être adapté. Selon un répondant, l'implication de l'équipe dans les décisions a déjà été améliorée et perçoit un réel « *travail de collaboration* ». Un frein évoqué dans les décisions est le temps nécessaire pour leur validation et leur mise en place.

Un autre élément qui est rapporté par un participant est la **position** (parfois trop ferme) des responsables face à certaines décisions et l'impact négatif que celle-ci peut avoir. Un exemple concret est explicité dans cet extrait :

« [...] maintenant, vous devez faire des hospitalisations volontaires. Donc ce ne sont plus des patients des autres unités. [...] Mais vraiment une incompréhension et une certaine colère entre guillemets des autres unités en disant : voilà, mais nous on a des patients, on ne sait pas les réorienter et donc on doit mettre des patients dehors qui auraient besoin d'une petite stabilisation encore. »

Ce participant exprime qu'il aurait été important de « *faire une transition plus douce* » afin de pouvoir changer progressivement certaines pratiques institutionnelles et de laisser l'opportunité à l'institution entière de s'habituer à ce changement de projet et de s'y adapter. Il précise cependant qu'il y a eu une évolution positive à ce propos.

## 6. Discussion

Pour rappel, ce travail avait pour but de répondre à la question de recherche suivante : « Quel est le vécu d'une équipe concernant les freins et les facilitateurs qu'elle rencontre dans l'implémentation du modèle High and Intensive Care au sein de son unité ? ». Pour y parvenir, 7 entretiens avec des membres de l'équipe de l'unité HIC ont été réalisés, ainsi qu'un entretien avec une personne de la ligne managériale.

Les résultats ont permis de conclure que la phase d'implémentation active du projet HIC a réellement débuté en janvier 2024 et que les répondants souhaiteraient que certaines stratégies mises en place pendant la phase de préparation (telles que les immersions et les formations) soient poursuivies. Les résultats ont également permis d'identifier différents freins et quelques facteurs soutenant l'implémentation du projet HIC au sein de l'institution étudiée. Cette discussion portera sur les freins et la formulation de recommandations pour les adresser.

### 6.1. Les freins dans l'implémentation du projet HIC

Les trois principaux freins exprimés par les participants concernent des caractéristiques individuelles, puis une discordance entre les valeurs des soignants impliqués et celles portées par le modèle HIC, qui se traduit par une non-adhésion plus ou moins importante aux différentes facettes du modèle HIC et, pour finir, un manque de moyens disponibles financiers et humains qui influencent négativement la capacité collective de l'équipe HIC à être prête au changement.

Pour rappel, en termes de *caractéristiques individuelles* (modèle EPIS et IRLM), les freins majeurs concernent le manque d'expérience, de compétences ou de connaissances à propos de la gestion de crise. Ceux-ci influencent autant la faisabilité que l'adoption du projet. Ces freins sont décrits comme principalement présents auprès de l'équipe « nursing » (entre autres éducateurs, infirmiers). Le *werkboek HIC* décrit que l'implémentation du projet HIC se fait généralement en transformant une unité fermée d'admission actuelle en unité HIC (Van Mierlo et al., 2013). Dans l'institution, il a été choisi de transformer une unité de rétablissement en unité HIC. Ce choix est d'ailleurs ouvertement questionné par un répondant, indirectement par d'autres, et pourrait être une explication aux manques d'expérience, de compétences et de connaissances identifiés. Le manque de connaissances et de familiarité à propos de nouvelles pratiques cliniques entravant leur implémentation, sont également des résultats présents dans l'étude de Correa et al. (2020). Ces freins, après un an d'implémentation active (même si les

répondants estiment qu'elle a commencé plus tard), peuvent également indiquer une préparation insuffisante de l'équipe « nursing » au changement de projet et de patientèle. Des stratégies d'intervention (modèle IRLM) pour pallier ces obstacles sont, telles que recommandées par les participants, le partage d'expérience avec les professionnels travaillant dans les unités de crise de l'institution (via des « immersions ») et la participation à des formations. Dans des études précédentes, les formations ont été identifiées comme une stratégie facilitant l'implémentation de nouvelles pratiques cliniques auprès de professionnels de la santé (Correa et al. 2020 ; Li et al., 2018), ainsi que le partage d'expérience (Correa et al. 2020), ce qui a déjà pu être pratiqué par l'équipe « nursing » HIC suite aux « immersions » en unité de crise. Selon van Melle et al. (2021b), qui ont fait une évaluation du processus de l'implémentation des unités HIC aux Pays-Bas, les formations doivent permettre d'intégrer les principes du HIC dans le travail quotidien des professionnels travaillant en unité HIC. Des formations avaient déjà eu lieu pendant la phase préparatoire de l'implémentation du HIC dans cette institution, mais, les résultats démontrent une difficulté des membres de l'équipe à mettre en pratique ou à pérenniser ce qu'ils y ont appris. À propos des formations, Bluestone et al. (2013) suggèrent qu'il faut éviter celles qui transfèrent de manière passive l'information, comme des conférences par exemple, et préconiser celles qui engagent les professionnels dans le traitement mental (*mental processing*) par des stratégies interactives, comme des études de cas et des simulations. Les simulations sont, selon ces auteurs, préférées aux autres stratégies étant donné qu'elles entraînent des compétences psychomotrices, de communication et de réflexion critique. Afin que les formations soient efficaces, les auteurs décrivent également l'importance de les répéter dans le temps pour renforcer les compétences et les connaissances apprises ainsi que d'apprendre dans un contexte qui soit le plus similaire possible à celui du lieu de travail des professionnels et qui permette de s'exercer et d'obtenir du *feedback*. Deux autres stratégies évoquées par les participants sont d'offrir la possibilité de mobilité en interne ou encore d'engager des personnes spécialisées en santé mentale et psychiatrie. Ceci pourrait permettre l'arrivée dans l'équipe de nouveaux membres avec une expérience, plus de compétences et de connaissances relative à la gestion de la crise.

Ensuite, en termes de **correspondance entre les valeurs des individus et celles portées par l'innovation** (modèle EPIS), le manque d'adhésion de membres de l'équipe aux principes ou à certains aspects du modèle HIC a été identifié comme un frein important dans l'implémentation. Il impacte négativement la fidélité et la faisabilité du projet, tout comme son adoption par les professionnels qui ne sont pas ou peu convaincus. Les aspects suivants du

modèle HIC rencontrent une plus faible adhésion de l'équipe : (1) la gestion de la crise, qui s'explique également par un manque d'expérience dans la prise en charge d'épisodes aigus, (2) les CCS qui ne sont pas forcément organisés dans les 24h après l'admission du patient mais plutôt selon son état, (3) la durée de l'hospitalisation (trois semaines, renouvelables deux fois) pour laquelle une souplesse est préconisée en fonction du besoin et de l'état du patient, (4) le statut de l'unité en tant qu'unité « ouverte », en raison notamment d'un questionnement quant à la place d'hospitalisations volontaires au sein d'une unité fermée, (5) l'accueil de patients MEO qui est prévu dans le modèle théorique mais pas visé par l'institution avec, par conséquent, une réticence des certains membres de l'équipe à en accueillir actuellement et, pour finir, (6) un fonctionnement qui reste similaire à leur ancien projet axé sur le rétablissement en essayant d'y incorporer le fonctionnement HIC sans correspondre entièrement aux critères. Ce dernier aspect rencontre cependant une volonté de certains participants à réfléchir à leur organisation du travail de sorte à mieux correspondre au fonctionnement HIC.

Des stratégies d'intervention proposées par les répondants pour adresser le problème d'adhésion sont d'une part, une rencontre individuelle avec la hiérarchie infirmière pour que chaque membre de l'équipe ait l'opportunité d'échanger sur son ressenti face au changement de projet et d'autre part, de permettre une mobilité en interne aux personnes qui adhèrent le moins au changement. Les résultats semblent démontrer que cette dernière proposition aurait été appréciée dès l'annonce du déploiement du projet HIC. Il est possible que, étant donné qu'il n'y a pas eu de telle proposition auparavant, cela puisse contribuer au sentiment de « projet qui leur a été imposé », que ressent une partie des répondants. Van Melle et al. (2021b) décrivent que le changement de culture au sein d'une unité prend du temps et que pour adresser la résistance au changement des parties prenantes clés, il faut déployer des efforts supplémentaires. Quelques exemples d'efforts qu'ils mentionnent concernent, premièrement, l'implication active de l'équipe (idéalement le plus tôt possible dans le processus d'implémentation) dans la définition des objectifs en lien avec le HIC, ce qui permet d'adresser leurs besoins. Deuxièmement, la présence d'un leadership qui soutient l'approche du HIC : cela devrait aider l'équipe à faire évoluer sa volonté à changer et ses croyances sur le modèle et son efficacité. Troisièmement, les auteurs recommandent l'utilisation du feedback positif et la mise en lumière des réussites, ce qui est rejoint par l'étude de Correa et al. (2020) qui décrivent également qu'un facteur essentiel consiste à avoir des attitudes positives face aux changements. Des recommandations peuvent être formulées sur base de ces exemples d'efforts supplémentaires à fournir : (1) afin d'impliquer activement l'équipe, les responsables du projet

la concerte régulièrement pendant le processus d'implémentation dans un objectif de co-construction, (2) le leader qui soutient l'approche du HIC est en mesure de transmettre la vision adoptée sur le HIC, par exemple pendant les réunions d'équipe ou pendant des moments individuels avec les membres de l'équipe (3) l'équipe HIC prévoit des espaces pour évaluer le processus d'implémentation, par exemple pendant les réunions d'équipe pluridisciplinaire, de sorte à aborder les réussites, ce qui est à améliorer ou encore leur ressenti face au déploiement du projet.

Les anciennes habitudes de travail ou pratiques institutionnelles ont également une influence sur le manque de correspondance entre les valeurs de chacun et celles visées par l'innovation. Le modèle HIC confronte les membres de l'unité à une nouvelle vision et de nouvelles habitudes de travail. Selon van Melle et al. (2021b), stimuler la réflexion sur les pratiques et la qualité des soins peut aider les professionnels des unités HIC à évaluer leurs habitudes et leurs routines tout comme à considérer de nouvelles façons de travailler. Ils décrivent également l'importance d'évaluer ce qui a bien été et ce qui doit être amélioré avant de planifier de nouvelles étapes dans le processus d'implémentation. Comme il a déjà été mentionné, des répondants souhaitent réfléchir en équipe à leur organisation du travail afin de correspondre encore plus au fonctionnement HIC décrit théoriquement. Cependant, il y a peu de place accordée à l'évaluation de l'implémentation du projet.

Le manque de moyens disponibles, tant financiers qu'en termes de personnel, influence négativement la capacité de l'équipe à *être prête au changement*. Par conséquent, il est plus difficile pour l'équipe d'être fidèle au Moniteur HIC. En effet, la littérature montre que lorsque le personnel est insuffisant ou que la charge de travail est trop importante, les prestataires n'ont pas le temps de se consacrer aux changements (Li et al., 2018 ; Correa et al., 2020). Ces freins ont également été identifiés dans l'étude de van Melle et al. (2021b) qui décrivent que la pénurie de personnel peut aussi avoir un impact négatif sur le sentiment de sécurité des professionnels et qu'il est plus difficile d'intensifier les soins par l'accompagnement 1/1. Les difficultés financières et ses répercussions sur l'infrastructure du service, y sont aussi évoquées. Leur étude met en lumière que les coûts associés à l'implémentation des unités HIC sont élevés. Les auteurs lient la pénurie de personnel et le manque de financement aux politiques organisationnelles et nationales, au marché de l'emploi et à la nécessité d'être coût-efficace dans la dispensation des soins. Dans cette recherche, l'institution souhaiterait pouvoir obtenir du financement en externe car il lui est plus difficile de débloquer du financement en interne. L'équipe de l'unité n'a pas de prise sur ces facteurs.

## 6.2. Limitations

Cette étude comprend plusieurs limites. Pour commencer, des professionnels de certaines disciplines ou travaillant de nuit ne sont pas représentés dans l'échantillon et ceux-ci auraient peut-être amené un autre regard sur les éléments mentionnés dans les résultats. De plus, tous les répondants qui ont été interviewés adhèrent au projet HIC. Par conséquent, il est plus difficile d'identifier des facteurs qui influencent la non-adhésion de certains membres de l'équipe ou encore ceux qui les influencent à continuer à travailler dans un projet auquel ils n'adhèrent pas réellement.

Certains limites se rapportent également à l'utilisation plus restreintes des éléments qui composent les modèles théoriques d'implémentation : les modèle EPIS et IRLM. Premièrement, les résultats de l'étude concernent principalement la phase active d'implémentation (modèle EPIS) et le contexte interne. La littérature suggère cependant de favoriser l'utilisation du modèle EPIS dans toutes ses phases et d'inclure les différents niveaux. Les résultats démontrent un manque d'attention à la phase préparatoire (Moullin et al., 2019). Il aurait donc pu être pertinent d'approfondir cette phase. Concernant le contexte externe, des informations auraient pu être récoltées, par exemple, auprès des organisateurs du réseau d'apprentissage ou du SPF Santé Publique. Ces informations auraient pu permettre d'éclaircir les facteurs du contexte externe qui impactent l'implémentation du projet HIC au sein de cette institution. Deuxièmement, en termes d'*oucomes* de Proctor (2011), ceux qui ont majoritairement été étudiés sont les *outcomes* d'implémentation. Les *outcomes* cliniques ou de services sont très peu abordés.

Pendant la récolte des données, les audits n'avaient pas encore eu lieu. L'impact de la réalisation de ces audits sur l'implémentation du projet HIC au sein de l'unité de cette institution n'a donc pas pu être questionné.

Les résultats ont été obtenus par des entretiens individuels et il aurait été intéressant de réaliser des focus groups en intégrant les différentes disciplines et également des personnes de la ligne hiérarchique afin de confronter les points de vue, ce qui n'a pas été possible dans cette étude. L'analyse des résultats indiquent également qu'il aurait été pertinent d'inclure des personnes plus externes à l'équipe comme des professionnels d'autres unités ou ceux de l'équipe mobile en interne. Ceux-ci sont également, d'une façon ou d'une autre, impliqués dans l'implémentation du projet HIC et van Mierlo et al. (2013) indiquent que cette implémentation se fait par un changement dans toute l'institution concernée.

Une difficulté dans l'analyse est de confronter les résultats à la littérature existante car il y en a encore peu sur l'implémentation des unités HIC. Pour l'instant, il n'y a pas encore d'études sur les unités HIC belges mais celles-ci sont en cours (cf. EPHIC).

Pour finir, cette recherche concerne une étude de cas. Étant donné qu'elle a été réalisée à petite échelle, les résultats ne sont pas généralisables.

### 6.3. Recommandations

Plusieurs recommandations peuvent être faites sur base de cette étude. Pour commencer, il paraît pertinent de rendre la documentation plus accessible afin de permettre une meilleure compréhension du modèle HIC vu les difficultés que l'équipe rencontre à ce propos. Un exemple serait de traduire le *Werkboek HIC* en français (pour la Belgique) ou encore en anglais de sorte à faciliter l'implémentation ou la compréhension de ce modèle dans d'autres pays.

Un manque d'implication des professionnels des soins ambulatoires ou de l'entourage du patient a été identifié. Il serait intéressant d'inclure leurs perspectives dans les études sur les unités HIC afin de comprendre quels facteurs influencent leur manque d'implication dans le travail de collaboration avec ces unités. Il paraît également pertinent d'étudier leur perception sur la création de ces unités, sur la collaboration avec celles-ci et sur l'impact perçu de ce modèle sur la clinique et le processus de rétablissement du patient.

Il serait utile d'étudier l'effet perçu de ces unités auprès des patients qui y ont séjourné, par exemple, sur leur processus de rétablissement, sur le nombre de réadmissions après un passage dans ces unités, de l'utilisation ou de la réduction de la coercition pendant leur hospitalisation ou encore sur les composants du modèle HIC.

Le réseau d'apprentissage semble être une réelle ressource pour les répondants dans l'implémentation du projet HIC. Étudier ou évaluer son impact, tout comme celui des audits, auprès des équipes et des institutions sur le processus d'implémentation des unités HIC pourrait être utile afin de mieux comprendre ce qu'ils apportent aux équipes.

Cinquièmement, il pourrait être pertinent pour de recherches futures de confronter les points de vue, par exemple par le biais de focus groups. Que ce soit entre les professionnels qui constituent l'équipe HIC, entre l'équipe HIC et les autres professionnels de l'institutions comme des personnes appartenant à la ligne hiérarchique ou de l'équipe mobile interne ou encore entre les professionnelles des différentes unités HIC de Belgique. Il serait donc intéressant d'évaluer à plus grande échelle ou de comparer l'implémentation des unités HIC

belge et éventuellement de faire une distinction entre les unités HIC francophone et néerlandophone.

Pour finir, il paraît essentiel d'évaluer l'implémentation des unités HIC tout au long du processus, c'est-à-dire, dans toutes ces phases et à tous les niveaux

## 7. Conclusion

L'objectif de cette recherche était d'étudier le vécu de l'équipe d'un hôpital psychiatrique bruxellois concernant les freins et les facteurs facilitants qu'elle rencontre dans l'implémentation du modèle High and Intensive Care au sein de son unité. Pour ce faire, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec sept personnes faisant partie de l'équipe HIC de cette institution et une personne appartenant à la ligne managériale.

Les résultats ont permis d'identifier trois freins et deux facteurs facilitants principaux dans le processus d'implémentation. Les freins se manifestent en termes de caractéristiques individuelles des membres de l'équipe HIC, de faible correspondance entre les valeurs des individus et celles portées par l'innovation ainsi qu'en termes de capacité de l'équipe à être prête au changement. Le premier frein décrit principalement un manque d'expérience, de compétences et de connaissances de l'équipe « nursing » face à la gestion de crise. Le second frein concerne le manque d'adhésion de l'équipe à la gestion de la crise ou à certains critères du moniteur HIC tels que la durée d'hospitalisation et le délai dans lequel les CCS doivent avoir lieu. Certains critères sont moins respectés car l'équipe préfère mettre l'accent sur l'état clinique et les besoins du patient. Le dernier frein concerne la capacité à être prête, qui est liée au manque de financement et de personnel. Tous ensemble, ces freins entravent l'adoption et la faisabilité du processus de déploiement de l'unité HIC, ainsi que la fidélité au modèle. Différentes solutions sont envisagées par les participants à propos de ces freins.

Les facteurs facilitants portent tant sur le leadership que sur le réseau d'apprentissage HIC. L'arrivée de nouveaux psychiatres dans l'équipe a donné le sentiment aux participants de réellement avancer dans le processus d'implémentation et d'améliorer leur compréhension du modèle. Les répondants considèrent le réseau d'apprentissage comme étant bénéfique dans le déploiement du projet notamment grâce aux rencontres avec les autres équipes HIC de Belgique qui permettent d'échanger sur des difficultés rencontrées et de s'inspirer sur ce qui se fait ailleurs.

Il serait pertinent pour l'équipe HIC de prévoir des espaces afin d'évaluer le processus d'implémentation et que les responsables l'impliquent activement dans ce processus. Pour des

futures recherches il serait intéressant d'inclure la perception des patients et de leur réseau de support social et de confronter les différents points de vue.

## 8. Bibliographie

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Bluestone, J., Johnson, P., Fullerton, J., Carr, C., Alderman, J., & BonTempo, J. (2013). Effective in-service training design and delivery: Evidence from an integrative literature review. *Human Resources for Health*, 11(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-51>
- Communiqué de presse (2023). *Après le succès de l'appel à projets, Frank Vandembroucke investit 15 millions d'euros pour mettre en place des unités High Intensive Care dans tout le pays*. Frank Vandembroucke : Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Disponible à l'adresse <https://vandembroucke.belgium.be/fr>, consulté le 16 décembre 2022.
- Conférence Interministérielle Santé Publique (2019). *Soins de santé mentale : groupe de travail intercabineaux : taskforce soins en santé mentale*. Disponible à l'adresse [https://www.psy107.be/images/DOC\\_IMC\\_20190325\\_art107\\_3.pdf](https://www.psy107.be/images/DOC_IMC_20190325_art107_3.pdf), consulté le 9 décembre 2023.
- Correa, V. C., Lugo-Agudelo, L. H., Aguirre-Acevedo, D. C., Contreras, J. A. P., Borrero, A. M. P., Patiño-Lugo, D. F., & Valencia, D. A. C. (2020). Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: A systematic metareview. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- EPIS Framework (s.d.). Epis Constructs. Disponible à l'adresse <https://episframework.com/epis-constructs>, consulté le 29 février 2024.
- Gerritsen, S., Van Melle, A. L., Zomer, L. J. C., Widdershoven, G. A. M., & Voskes, Y. (2021). Communities of practice in acute and forensic psychiatry: Lessons learned and perceived effects. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1581–1594. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09923-w>

- Guide (2010). Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins. Bruxelles. Disponible à l'adresse, <https://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf>, consulté le 10 décembre 2023.
- Groupe de travail (GT) HIC (2023). Moniteur HIC : échelle de conformité au modèle High and Intensive Care : version 2.0 décembre 2023.
- Groupe de travail (GT) intensification des soins (2018). *Modes de travail / Modèles d'intensification*. Disponible à l'adresse [https://www.psy107.be/images/Modes\\_de\\_travail\\_Mod%C3%A8les\\_dintensification\\_5.pdf](https://www.psy107.be/images/Modes_de_travail_Mod%C3%A8les_dintensification_5.pdf), consulté le 9 décembre 2023.
- HIC (2016). *HIC Monitor: Modelgetrouwheidsschaal High en Intensive Care*. GGZ Breburg. Disponible à l'adresse <http://hic-psy.nl/portfolio/de-nieuwe-gevalideerde-monitor-is-een-feit/>, consulté le 10 décembre 2023. (Site mis à jour : <https://stichtinghicart.nl/hic/wp-content/uploads/sites/6/2023/08/HIC-monitor.pdf>)
- HIC (2023). *High and Intensive Care*. Disponible à l'adresse [Stichting HIC | HIC | High & Intensive Care. \(hic-psy.nl\)](https://stichtinghicart.nl/hic/wp-content/uploads/sites/6/2023/08/HIC-monitor.pdf), consulté le 10 décembre 2023.
- Institute of Medicine (U.S.) (Ed.). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- Interministeriële Conferentie. Gids naar een betere Geestelijke Gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Editie Vlaanderen. Brussel; 2010.
- Li, S.-A., Jeffs, L., Barwick, M., & Stevens, B. (2018). Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: A systematic integrative review. *Systematic Reviews*, 7(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0734-5>
- Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 318Bs. D/2019/10.273/49.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Psy 107 (2020). Réseaux 107. Disponible à l'adresse <https://www.psy107.be/index.php/fr/contact>, consulté le 10 décembre 2023.

- Sales, A. E., Barnaby, D. P., & Rentes, V. C. (2021). Letter to the editor on « the implementation research logic model: A method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects » (Smith JD, Li DH, Rafferty MR. the implementation research logic model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implement Sci.* 2020;15 (1):84. Doi:10.1186/s13012-020-01041-8). *Implementation Science*, 16(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01169-1>
- Smith, J. D., Li, D. H., & Rafferty, M. R. (2020). The Implementation Research Logic Model: A method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*, 15(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8>
- Stringer, B., Welleman, R., Berkheij, E., Keppel, P. & Kleve J. (2009). *De eerste vijf minuten: het halve werk*. Amsterdam : GGz inGeest. pp10-19.
- SPF Santé publique (2022). *Webinaire Intensification des soins résidentiels : présentations*. Disponible à l'adresse <https://www.health.belgium.be/fr/webinaire-intensification-des-soins-residentiels>, consulté le 4 décembre 2023.
- SPF Santé Publique (2023). *Webinaire - Projet intensification : HIC 3e phase Kick off 10/01/2023*. Disponible à l'adresse <https://www.health.belgium.be/fr/projet-intensification-hic-3e-phase-kick-10012023>, consulté le 4 décembre 2023.
- Oazis, Onderzoek & Advies (2023). *Healing Environment*. Disponible à l'adresse [Healing Environment - Oazis - Onderzoek & Advies - Gouda](https://www.oazis.nl/onderzoek-advies/gouda/healing-environment), consulté le 10 décembre 2023.
- van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. (2013). *Werkboek High en Intensive Care*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Melle, A. L., Gerritsen, S., Zomer, L. J. C., Noorthoorn, E. O., Mulder, C. L., Widdershoven, G. A. M., & Voskes, Y. (2021a). High en intensive care als een volgende stap in dwangreductie [High and intensive care as a next step in the reduction of coercion]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 63(5), 351–357.
- Van Melle, A. L., Noorthoorn, E. O., Widdershoven, G. A. M., Mulder, C. L., & Voskes, Y. (2020). Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 20(1), 469. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02855-y>
- Van Melle, A. L., Van Der Ham, A. J., Widdershoven, G. A. M., & Voskes, Y. (2021b). Implementation of high and intensive care (Hic) in the netherlands: A process evaluation. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1327–1339. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09906-x>

- Van Melle, A. L., Voskes, Y., De Vet, H. C. W., Van Der Meijs, J., Mulder, C. L., & Widdershoven, G. A. M. (2019). High and intensive care in psychiatry: Validating the hic monitor as a tool for assessing the quality of psychiatric intensive care units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 34–43. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0890-x>
- Voskes, Y., Theunissen, J. & Widdershoven, G.A.M. (2011) *Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort : GGZ Nederland. pp5-7
- Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E. G. & Widdershoven, G.A.M. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing Ethics*, 21(7), 766–773. <https://doi.org/10.1177/0969733013493217>
- Voskes, Y., Van Melle, A. L., Widdershoven, G. A. M., Van Mierlo, A. F. M. M., Bovenberg, F. J. M., & Mulder, C. L. (2021). High and intensive care in psychiatry: A new model for acute inpatient care. *Psychiatric Services*, 72(4), 475–477. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800440>
- Welleman, R., Stringer, B., Landeweer, E. & Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2011). *De eerste vijf minuten in de verlenging. Implementatie en borging van best practices dwangreductie (2008-2011)*. Amsterdam: GGz inGeest

## 9. Annexes