

Faculté de santé publique

Évaluation de l'implémentation du sociogramme dans le cadre du projet Egonet

Mémoire réalisé par
Lolita Meka

Promoteur (s)
Vincent Lorant
Hélène Garin

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

A toi, qui veille sur moi de là-haut.

Mes remerciements vont à mon promoteur Vincent Lorant, et à ma co-promotrice Hélène Garin, pour leur aide et leur surtout disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie aussi mes collègues de l'Asbl EPSYLON de m'avoir accordé un peu de leur temps, et tout particulièrement toi, Inès et toi, Sylvie.

Enfin, je ne remercierai jamais assez mes amis et ma famille pour leur soutien si précieux au quotidien.

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) 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 étudiants 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

LE PLAGIAT.....	4
RÉSUMÉ.....	7
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	8
INTRODUCTION.....	9
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	10
1. État des lieux de la psychiatrie	10
1.1. Petit historique.....	10
1.2. Contexte actuel	11
1.2.1. Contexte Belge	13
2. Le réseau social et le réseau de support social.....	19
3. L'implémentation	22
3.1. Implémentation des EBP/ Innovations.....	22
3.1.1. Les phases de l'implémentation selon le cadre conceptuel EPIS.....	24
3.1.2. Les facteurs liés à l'innovation	24
3.1.3. Les éléments contextuels	25
3.2. La phase d'implémentation active	26
3.3. Les résultats de l'implémentation	27
3.3.1. L'adéquation entre l'innovation et les valeurs.....	27
3.3.2. Les caractéristiques individuelles.....	28
DEUXIÈME PARTIE : CADRE PRATIQUE	31
1. Méthodologie	31
1.1. Design de l'étude.....	31
1.2. Collecte des données.....	33
1.3. Population cible et échantillon.....	35
1.4. Procédure de collecte et d'analyse de données	35
2. Résultats.....	37
2.1. Volet quantitatif	37
2.1.1. Analyses sur l'échantillon total.....	37
2.1.2. Analyses sur les cas	40
2.2. Volet qualitatif.....	49
3. Discussion.....	52
4. Limites	58
Conclusion et perspectives.....	59

BIBLIOGRAPHIE.....	60
Annexes	64
1. Questionnaire Egonet.....	64
Objectif de l'enquête.....	64
Partie 1/4 : la diffusion du projet	65
Partie 2/4 : votre avis sur Egonet et le sociogramme	66
Partie 3/4 : votre avis par rapport aux innovations	69
Partie 4/4 : données sociodémographiques.....	71
2. Code book.....	73
3. Tableaux	80

RÉSUMÉ

Contexte

Depuis les années 2010, l'Etat Belge s'attèle à déplacer l'organisation des soins de santé mentale vers la communauté. C'est dans ce contexte que naît le projet Egonet, dont l'un des buts principaux est l'amélioration de la coordination des soins à Bruxelles. Pour y parvenir, le projet vise à fournir aux professionnels un outil de type sociogramme permettant de cartographier le réseau de support social des patients, une ressource importante dans la santé mentale communautaire. L'implémentation de cet outil a commencé en septembre 2019. Une telle démarche est un processus complexe, et il est important de mettre en lumière les facteurs qui sont à même de représenter un frein ou une barrière à son succès. Notre but est d'évaluer le degré d'implémentation de cet outil parmi ses utilisateurs un an après le début du processus.

Méthode

La méthodologie repose sur un questionnaire qui a été distribué au sein des unités participant au projet. Le matériau quantitatif nous a permis de faire un état des lieux du projet, et d'identifier les facteurs impactant les résultats de l'implémentation de l'outil. Le matériel qualitatif nous a permis de savoir comment les soignants percevaient les efforts et les bénéfices de ce dernier.

Résultats

L'implémentation n'est pas un franc succès malgré les bénéfices que les soignants peuvent en tirer. Le frein principal à l'implémentation de l'outil est la surcharge de travail qu'il représente. La réalisation du sociogramme se concentre sur un petit nombre des individus (des infirmiers principalement) qui estiment que la réalisation et l'utilisation du sociogramme est trop chronophage, se rajoutant à toutes les autres tâches qu'ils doivent accomplir. Cela a donc comme impact que les efforts (6.7 ± 2.2 sur une échelle de 0 à 10) sont plus élevés que les bénéfices (6.4 ± 1.8 sur une échelle de 0 à 10) que les soignants en tirent. Ces derniers étaient disposés à proposer au patient de réaliser leur sociogramme. Nous avons aussi pu constater une résistance de la part des psychologues. Enfin, nous avons découvert que la disposition à réaliser le sociogramme était impactée par l'influence des pairs ($F=8.57$; $p=0.015$), ainsi que par l'impression d'avoir été assez formé ($F=7.59$; $p=0.028$).

Discussion

Pour augmenter les chances du succès de la suite du projet d'implémentation, l'équipe de recherche Egonet devra essayer de diminuer les efforts que la réalisation du sociogramme demande aux soignants. Pour ce faire, les soignants devront avoir l'impression d'avoir été assez formés, et une adaptation de l'outil devra être réalisée.

Conclusion

Dans la suite du processus d'implémentation, le leadership de proximité aura un rôle central, et une perspective à ce travail est d'évaluer dans quelle mesure le leadership de proximité est crucial dans la suite du processus.

Mots clés : Implémentation, réseau de support social, sociogramme, psychiatrie, attitudes, EBP, EBPAS.

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Figure 1 - WHO (2009). Service Organization Pyramid for an optimal mix of services for mental health

Figure 2 - Réseaux et circuits de soins

Figure 3 - Carte réseau (Projet Egonet, 2019)

Figure 4 - Exploration, Préparation, Implémentation et Maintien. Cadre conceptuel EPIS incluant les phases, le contexte, les facteurs liés à l'innovation et les facteurs de transition (Moullin et al,2019)

Figure 5 - Cadre conceptuel Epis, Aarons (2011)

Figure 6 - Facteurs influençant les attitudes, Aarons (2005).

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques (N=145)

Tableau 2 - Diffusion et avis concernant le projet Egonet (N=145)

Tableau 3 - Avis concernant les innovations (N=145)

Tableau 4 - Score moyen EBPAS selon les professions (N=145)

Tableau 5 - Avis sur le projet Egonet (n=72)

Tableau 6 - Nombre de sociogrammes réalisés n=72

Tableau 7 - Réalisation ou non du sociogramme selon les caractéristiques sociodémographiques (n=72)

Tableau 8 - Réalisation ou non du sociogramme en fonction des avis concernant Egonet (n=72)

Tableau 9 - Facteurs impactant la disposition à proposer au patient de réaliser son sociogramme (n=72)

Tableau 10 - Disposition à proposer le sociogramme selon les avis concernant les innovations

Figure 7 - Boite à moustache bénéfices et efforts (n=72)

Tableau 11 - Réalisation ou non du sociogramme en fonction des bénéfices et efforts (n=72)

Tableau 12 - Perception des bénéfices en fonction du nombre de sociogrammes réalisés (n=72)

Tableau 13 - Intention de continuer ou non l'utilisation du sociogramme selon avis Egonet et innovations

Tableau 14 - Bénéfices et efforts impactent l'intention de continuer à utiliser le sociogramme

INTRODUCTION

Le thème de ce mémoire est l'implémentation du projet Egonet, un projet qui s'inscrit dans unités de soins psychiatriques à Bruxelles.

Il est divisé en deux parties, la première étant de nature théorique, contenant les concepts qui vont permettre d'appréhender la seconde partie qui se veut plus empirique.

La première partie est composée de trois chapitres. Le premier permet de décrire le contexte dans lequel le projet Egonet se développe. Nous commencerons par faire un état des lieux de la psychiatrie, pour comprendre quels sont les éléments qui ont mené au contexte actuel de la réforme des soins de santé mentale en Belgique, et à l'intérêt pour la formation des réseaux. Le deuxième chapitre, en plus de s'intéresser aux réseaux sociaux en général, il va décrire plus en profondeur les réseaux de support social. Enfin le dernier chapitre s'attèle à la description des cadres conceptuels concernant l'implémentation des innovations.

La deuxième partie est elle aussi composée de trois chapitres. Le premier décrit la méthodologie employée pour répondre à la question suivante : « Quels sont les facteurs qui impactent les résultats de l'implémentation du sociogramme dans le cadre du projet Egonet ? ». L'objectif est de déceler les éléments qui ont été des freins ou des leviers dans le processus d'implémentation. Le deuxième chapitre quant à lui décrit les résultats, qui se basent sur des analyses descriptives, quantitatives et qualitatives. Le troisième chapitre porte sur la discussion de ces résultats ainsi que les limites auxquelles nous avons été confrontés.

Enfin, une conclusion clôturera ce travail.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

1. État des lieux de la psychiatrie

Depuis son origine, la psychiatrie n'a jamais occupé une place aussi importante tant au sein de la médecine qu'au sein de la société (Salvarelli, 2013).

Pour savoir et comprendre ce qu'il en est aujourd'hui en Belgique, nous allons commencer par un petit historique de l'évolution de la psychiatrie. Nous allons ensuite aborder quelque peu la réforme « Psy 107 », dont la finalité est la construction de réseaux et de circuits de soins. Nous allons enfin nous intéresser à la manière dont l'outil de cartographie du réseau de support social peut aider les institutions et les prestataires de soins psychiatriques à aboutir à la finalité de la réforme citée ci-dessus.

1.1. Petit historique

Au fil du temps, les troubles mentaux ont été perçus de différentes manières et cela a influencé la prise en charge des personnes souffrant de ces troubles. En effet, au moyen âge, *la maladie mentale est perçue comme une punition à la suite d'un comportement moralement inapproprié. Les personnes ne sont pas considérées comme malades, il n'y a aucune prise en charge. C'est dans le courant du 16e siècle que les troubles mentaux sont pour la première fois considérés comme une maladie, ce qui a donné lieu à l'ouverture des hôpitaux psychiatriques* (Postel,2017).

La psychiatrie est asilaire jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale, qui fait prendre conscience d'une part des conditions de vies désastreuses des personnes dans les asiles et d'autre part que l'expérience d'institutions totales comme les asiles peut être comparée à l'expérience vécue dans les camps de concentration (Bonsack, 2016). *C'est la naissance de la sociogenèse avec le courant antipsychiatrie qui s'appuie sur les dérives de l'organo- et de la psychogenèse et qui présuppose que les origines de la maladie mentale sont sociales. Est revendiqué le droit des personnes de vivre dans la société avec leurs différences* (Postel,2017).

Il s'en suit dans les années 80 une phase de désinstitutionalisation qui constitue à libérer les fous à et fermer les asiles considérés comme néfastes (Bonsack, 2016). Il s'agit du passage d'un dispositif de soins hospitaliers à un dispositif de soins dans la cité (Roelandts, 2015). Naît

alors le « Community Mental Health Care ». Cette nouvelle façon d'envisager les soins de santé mentale peut être entendue de plusieurs manières : soins ambulatoires, dans le milieu de vie des patients et/ou soutenus par la communauté. Le but principal étant la réinsertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux (Martin, Durand & Arveillers, 2017).

C'est dans ce contexte que naît le concept de réhabilitation, qui à son tour favorisera l'émergence du concept du rétablissement.

La réhabilitation se fait avec comme objectif de *réentraîner les compétences perdues des personnes longuement hospitalisées*. Il s'agit de *préparer les patients considérés comme chroniques à vivre dans un environnement plus proche de la communauté*. Quant au rétablissement, il est vu comme *la capacité à vivre une vie accomplie dans la société*. Dans cette conception, *l'environnement n'est pas considéré comme néfaste* comme il l'était lors de la période asilaire, mais au contraire, *les connections sociales constituent une valeur essentielle du rétablissement et les proches sont considérés comme des partenaires à part entière* (Bonsack & Favrod, 2013).

1.2. Contexte actuel

Même si la période asilaire nous paraît assez lointaine, nous sommes toujours dans le passage de l'asile vers la communauté. Néanmoins, certains pays comme le Royaume Uni ou l'Italie ont achevé leur processus de désinstitutionalisation en fermant complètement les services hospitaliers de psychiatrie résidentielle (Nicaise, 2014). Ces pays ont donc dû développer un système communautaire performant et on y constate que moins il y a de traitements résidentiels, plus les problèmes psychiques peuvent être traités avec succès (Jacob et al., 2016). En d'autres termes, les soins basés sur les besoins et les demandes des personnes souffrant de troubles mentaux, offerts de façon continue et au plus proche de leur environnement naturel, donnent des résultats prometteurs (Guide vers de meilleurs soins en santé mentale, 2010).

Sur base des exemples italien et anglais, de nombreux pays tentent aujourd'hui de réformer leur système de soins de santé mentale, avec pour objectif la réhabilitation, afin que les patients puissent retrouver leur place et leurs rôles dans la société et avoir une vie autonome (Nicaise, 2014).

Pour aider ces pays à structurer leur offre de soins de santé mentale et favoriser la psychiatrie communautaire, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose le système « stepped-care » pour une organisation optimale des soins de santé mentale (OMS,2009).

L'approche stepped-care décrit un continuum de services qui sont requis pour une provision de soins basés sur les besoins, dans le but de soutenir au maximum les personnes souffrant de maladie mentale (KCE report 318,2019).

Ce système est décrit via la pyramide ci-dessous (Figure 1). De cette figure, on remarque que les services les plus généraux et les moins chers se retrouvent dans une proportion plus large à la base de la pyramide du système de soins. Quant aux services plus spécialisés et plus chers, ils sont dans une plus petite proportion au sommet de la pyramide. Il est important de signaler qu'il s'agit des coûts pour la société, et pas pour les patients (KCE report 318,2019).

Dans cette pyramide, les différents niveaux sont :

Le self care qui inclut tous les actes chaque personne pose dans sa vie pour avoir une bonne santé mentale. Ces actes peuvent aussi être faits par l'entourage familial ou amical.

Les soins de santé informels incluent les services prodigués qui ne font pas partie des services formels mais contribuent à répondre aux besoins qui ne nécessitent pas de prise en charge au niveau supérieur. Il s'agit des services tels que les écoles, les associations non gouvernementales, les associations d'usagers et de familles (KCE report 318,2019).

Ces deux premiers niveaux de la pyramide constituent les soins informels. Ils sont les moins coûteux et la fréquence de leurs besoins est plus élevée.

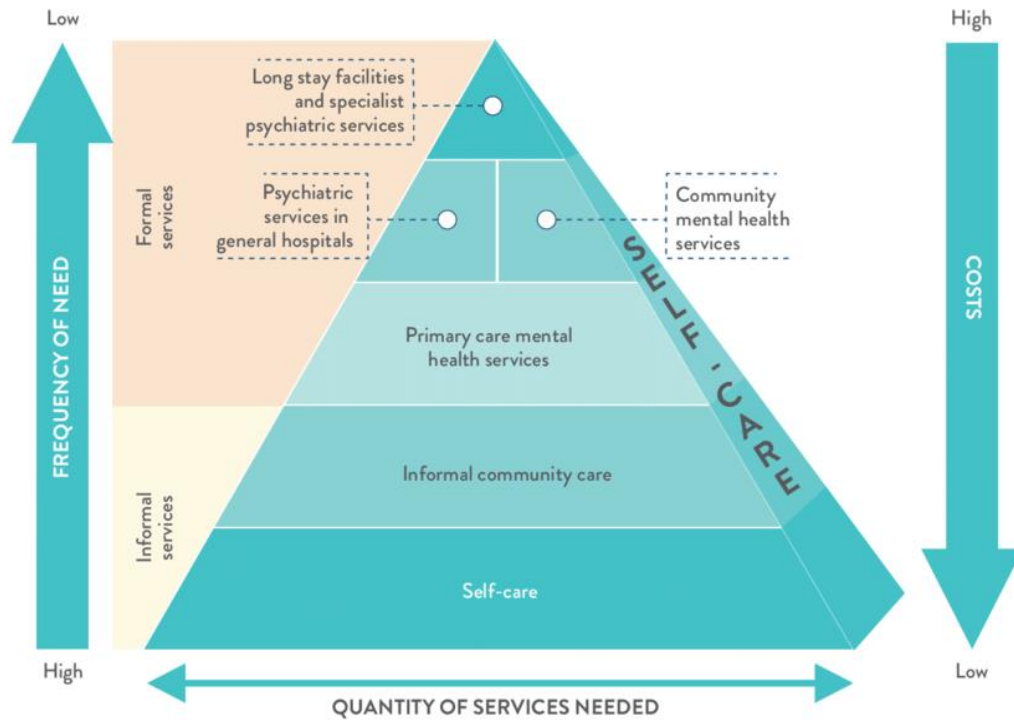
Ensuite, viennent les soins de santé formels.

Les services de santé mentale primaires sont des services qui permettent la détection précoce des troubles mentaux, et qui s'occupent des patients psychiatriques stables. Ils permettent d'augmenter l'accessibilité aux soins de santé mentale et offrent une vision holistique de ces derniers (KCE report 318,2019). Il s'agit par exemple de consulter un médecin généraliste pour un problème de santé mentale.

Lorsque sont consultés les professionnels de la santé mentale, on se retrouve au quatrième étage de la pyramide qui comprend les services de santé mentale communautaires et les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Ils sont dédiés spécifiquement à la santé mentale et comprennent les centres de jours, les services de réhabilitation, les équipes mobiles de crise, et les services thérapeutiques et résidentiels supervisés (KCE report 318,2019).

Enfin, les services résidentiels de longue durée et les services spécialisés incluent les services qui offrent des soins de santé mentale dans un contexte résidentiel pour une longue période (KCE report 318,2019). A ce niveau, les soins sont spécialisés, sont plus coûteux et la fréquence des besoins y est le plus faible. On y accède si et seulement si les étages inférieurs n'ont pas été capables de répondre aux besoins singuliers des patients en souffrance mentale.

Figure 1– Service Organization Pyramid for an optimal mix of services for mental health (WHO, 2009)



1.2.1. Contexte Belge

La Belgique fait partie des pays où la désinstitutionnalisation est loin d'être achevée.

Pourtant, ces dernières décennies ont été marquées par de nombreuses réformes des soins de santé mentale.

En effet, dans les années 1990, les lits psychiatriques ont été reconvertis pour offrir aux personnes souffrant de troubles mentaux un abri approprié pour vivre hors des hôpitaux psychiatriques. Cela a donné lieu aux initiatives d'habitation protégées (IHP) et aux maisons de soins psychiatriques (MSP). A la même époque, des plateformes de concertation ont été créés dans le but de faciliter la coordination régionale des différentes et nouvelles formes d'aide aux personnes atteint de maladie mentale.

Le début des années 2000 est marqué par la création de nombreuses structures telles que les centres de jour, les hospitalisations de jour, des hospitalisations de nuit. Bien que les reconversions de lits étaient une réussite, la nature résidentielle des nouvelles structures ont continué à dominer le système de soins de santé mentale belge.

En 2002, il été décidé d'organiser l'offre de soins de santé mentale axés sur des soins sur mesure, centré sur le patient et intégrés à un public cible vivant dans son environnement naturel. Cela a donné lieu à la création des soins psychiatriques à domicile (SPAD), de

l'activation des projets de mise au travail des patients psychiatriques etc... (KCE reports 318, 2019).

Malgré toutes ces réformes, la Belgique restait en 2010 le 2^e pays européen à avoir la densité de lits psychiatriques la plus élevée avec en *152 lits psychiatriques pour 100.000 habitants*. Or, la moyenne européenne est de *72 lits pour 100.000 habitants* (OMS, 2008).

Cette forte densité est un indicateur quant au lieu principal de dispensation des soins.

En effet, le centre fédéral belge d'expertise des soins de santé (KCE) publiait en 2008 un rapport stipulant que les soins psychiatriques étaient principalement dispensés dans les hôpitaux psychiatriques (KCE reports 144B, 2010). La plupart des soins psychiatriques en Belgique sont dispensés dans les services hautement spécialisés, situés donc au sommet de la pyramide (voir Figure 1).

Une explication possible à cela est que les patients peuvent avoir accès directement aux services spécialisés sans passer par les services de première ligne. De plus, quand bien même les patients en souffrance psychique vont consulter les services de première ligne (le troisième étage de la pyramide) ils sont *très vite orientés vers les services résidentiels spécialisés*, sans envisager les structures intermédiaires. Cela est dû à *la méconnaissance des alternatives aux soins résidentiels par les professionnels de première ligne* (Guide, 2010).

En outre, environ 4750 patients occupaient un lit T¹ depuis déjà plus d'un an et presque 1600 depuis plus de 6 ans selon les chiffres de 2008 (KCE reports 84B, 2008). Ces longues durées d'hospitalisation augmentent le risque de rupture avec le milieu de vie des usagers et il devient très difficile d'envisager des soins axés sur une vision communautaire. Cela induit une vision du soin qui a tendance à l'hospitalo-centrisme, avec encore en 2013 presque un lit disponible per capita dans les hôpitaux psychiatriques (WHO, 2019).

En définitive, le constat est que l'organisation des soins de santé mentale en Belgique ne respectait pas la pyramide pour une organisation idéale des soins.

Un changement de paradigme est impératif pour assurer la pérennité du système, d'autant plus que la prévalence des maladies mentales ne cesse d'augmenter. En effet, en 2004, 24% des personnes âgées de 15 ans et plus a déjà lutté contre un mal être psychique. En 2008, ce chiffre est monté à 26% contre 32% en 2013 (enquêtes de santé par interview 2004 ;2008 ;2013).

C'est dans ce contexte que la réforme des soins de santé mentale (appelée réforme 107) a vu le jour.

¹ Les lits T axent leurs activités sur la réadaptation sociale maximale des patients (Arrêté royal, 20 mars 1975). Autrement dit, il s'agit de lits pour les longs séjours.

1.2.1.1. La réforme « Psy 107 »

Cette réforme a pour objectif principal l'optimalisation des soins en santé mentale, en orientant le soin vers une vision communautaire (Jacob et al, 2016). Il s'agit *d'une technique financière qui permet la réallocation d'une partie du budget des moyens financiers des hôpitaux afin que les moyens et la main d'œuvre puissent être consacrés à un domaine de travail déterminé en vue d'adapter l'actuelle offre de soins en santé mentale pour personnes présentant des problèmes psychiques à leurs besoins et demandes de soins. Cela se fait au travers de 5 mouvements qui correspondent à la philosophie de base en cours d'implémentation en Belgique : la désinstitutionalisation, l'inclusion, la décatégorisation, l'intensification, et la consolidation.*

La désinstitutionalisation consiste en la limitation du traitement résidentiel par la mise en place des services ambulatoires spécialisés.

L'inclusion consiste en la réadaptation et réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social, etc...

La décatégorisation constitue en la mise en place de réseaux et circuits de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes âgées, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice.

L'intensification des soins intra hospitaliers résulte en des séjours hospitaliers plus courts, qui minimisent la rupture du patient avec son environnement naturel.

La consolidation qui consiste en la régulation et la coordination des projets pilotes existants tant au niveau fédéral que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale (Guide,2010 ; KCE report 318,2019 ; Jacob et al, 2016).

Ces mouvements sont interreliés car, pour que la désinstitutionalisation soit effective, il faut que les professionnels des différents secteurs collaborent entre eux, en vue de créer des réseaux et des circuits de soins, limitant une prise en charge en Silo. De plus, pour arriver à la désinstitutionalisation, il est impératif d'intensifier les soins qui sont donnés à l'hôpital afin que les séjours soient plus courts et que les patients ne rompent pas totalement le lien et le contact avec leurs lieux de vies.

Définissons les notions de circuits de soins et de réseaux de soins.

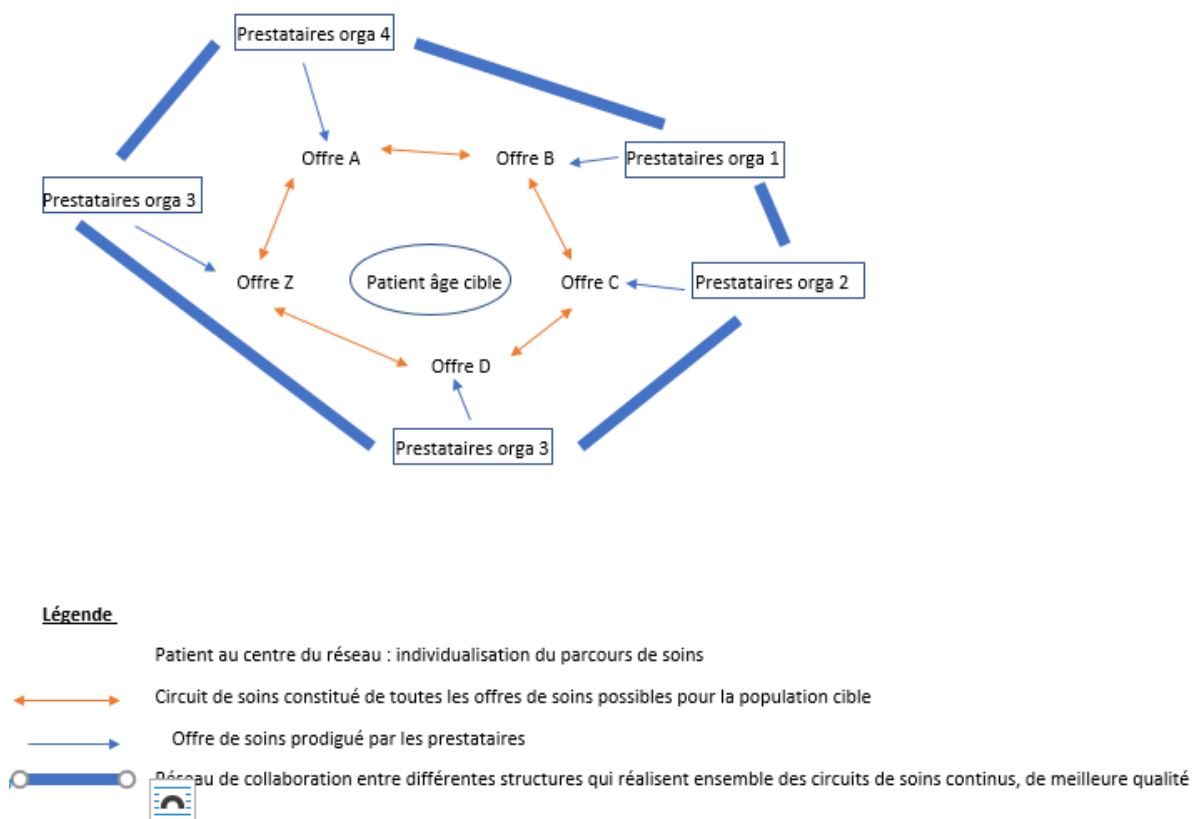
Un circuit de soins comprend *la totalité de l'offre des soins en santé mentale correspondant aux besoins spécifiques d'un groupe d'âge cible. Il prévoit tous les modules de soins possibles pour*

les personnes souffrant de problèmes psychiques et appartenant à un groupe d'âge cible spécifique : enfants, adolescents, adultes ou personnes âgées. Chaque circuit de soins s'organise par une collaboration entre prestataires de soins. Cette collaboration se consolide dans un réseau de prestataires de soins qui, ensemble, réalisent un ou plusieurs circuits de soins (Guide, 2010).

Le réseau constitué par les organisations est compris comme étant un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge. Le réseau se définit sur base de programmes individualisés, dont entre autres l'offre thérapeutique, tout en respectant le libre choix du patient. Cela est fait dans le but d'offrir une réponse adaptée à chaque situation individuelle du patient (Guide, 2010).

La figure 2 ci-dessous illustre ces concepts.

Figure 2- Réseaux et circuits de soins



Pour couvrir le territoire belge, 20 réseaux ont été créés (7 en Wallonie, 1 à Bruxelles, 12 en Flandres). Tous les acteurs du domaine des soins de santé mentale sont des partenaires dans le réseau. A cela, s'ajoutent tous les acteurs dont les missions n'incluent pas le soin, mais qui

jouent un rôle important dans les déterminants de la santé mentale. Il s'agit par exemple des plannings familiaux, des services sociaux, culturels ou de l'emploi. Ces acteurs aident à la réintégration socioprofessionnelle des personnes qui souffrent ou qui ont souffert de problèmes de santé mentale. Chaque acteur amène donc son expertise dans son domaine d'action et tout cela pour mieux répondre aux besoins des patients (KCE reports 318,2019).

Comme mentionné ci-dessus, la réforme exige des organisations une collaboration, et qu'elles définissent ensemble un fonctionnement et des objectifs communs afin de garantir l'efficacité et une meilleure continuité des soins. Or, la réforme ne stipule pas comment les organisations doivent s'y prendre pour parvenir à cet objectif. En effet, ils doivent s'organiser eux même pour répondre aux besoins et à la demande de la population dans un territoire donné (KCE reports 318, 2019).

1.2.1.2. *Comment, en tant qu'institution ou prestataire, construire son réseau ?*

Commençons par décrire deux éléments caractéristiques du système de soins de santé belge : l'autonomie des professionnels de santé ainsi que des patients et une offre de soins de santé mentale très dense inégalement répartie sur le territoire.

L'autonomie des prestataires et des patients vient du fait que le système de soins de santé est organisé comme un quasi-marché. Cela laisse une large autonomie aux différents stakeholders. Le patient est donc libre de choisir ses prestataires de soins indépendamment des critères territoriaux. Les prestataires quant à eux peuvent choisir d'établir ou non des accords de partenariat avec d'autres prestataires ou organisations (Nicaise, 2014).

En ce qui concerne l'hétérogénéité de la répartition des soins de santé mentale sur le territoire, le début des mouvements anti psychiatriques, a favorisé *la création de nouveaux dispositifs de soins de santé mentale, se superposant les uns aux autres, sans se substituer. Par conséquent, une myriade de services spécialisés sont présents, mais ne sont pas coordonnés et sont inégalement répartis sur le territoire (Guide, 2010).*

Pour construire leur réseau, les organisations et/ou les prestataires de soins peuvent développer des partenariats avec les structures occupant la même zone géographique. Or l'une des caractéristiques fondamentales du système de soins de santé belge est l'autonomie des patients quant au choix des professionnels de santé. Les usagers sont alors susceptibles de venir d'une autre zone géographique que celle de l'institution dans laquelle ils sont demandeurs de soins. Se

baser sur le critère géographique seul risquerait d'exclure le patient du centre son réseau et il serait difficile d'organiser un circuit de soins individualisé pour ce dernier.

Une solution serait d'explorer les offres de soins dont le patient dispose déjà, et développer avec les prestataires de ces offres une collaboration afin d'assurer et garantir une certaine coordination dans l'organisation du circuit de soins. En effet, *La collaboration entre les différents acteurs présents dans le réseau social de l'utilisateur est le mécanisme par lequel la continuité est améliorée* (Pinto, 2006). On entend par continuité le degré avec lequel les événements sont perçus comme étant cohérents, connectés et constants avec les besoins médicaux des usagers et le contexte personnel (Wyngaerden, 2019).

Cela peut se faire au travers de la construction participative des outils, ayant pour but de *renforcer la coopération, qui est le résultat attendu de la construction du réseau par les acteurs eux-mêmes* (Jacob et al., 2016).

Les outils sont *simples, afin d'assurer la participation de la personne et de ses proches, le partage de l'information. Ils touchent de nombreux domaines en dehors des troubles psychiatriques. Ils clarifient les objectifs et les rôles, et augmentent la cohérence du système en s'appuyant sur les attentes de la personne* (Bonsack, 2016).

Un outil capable de répondre aux attentes précitées est la carte réseau. Elle fait un état des lieux du réseau social du patient qui constitue une ressource essentielle du patient vivant dans la communauté (Bonsack, 2016). *Cet outil permet aussi de contribuer à l'information des acteurs, professionnels ou non, autour du patient en vue d'améliorer l'intégration et la personnalisation des soins. Une connaissance détaillée du réseau de support social du patient, et des personnes qui le soutiennent, famille, amis, ou professionnels, est nécessaire pour organiser adéquatement le suivi quotidien des soins de long-terme. Le but est donc non seulement d'améliorer la coordination de soins, mais aussi de servir de support à l'implication du patient dans l'organisation de son parcours de soins, et de contribuer à la personnalisation des soins, c'est à dire contribuer à l'adaptation des soins à chaque situation individuelle. On peut donc constater que cet outil est à même de répondre aux critères qui sont nécessaires pour une prise en charge de qualité, et est donc à même d'améliorer l'intégration des soins de santé mentale.*

2. Le réseau social et le réseau de support social

Le premier concept clé de cet écrit est celui du réseau social.

Le réseau social des personnes souffrant de maladies mentales a été défini dans de nombreuses études. *Ces définitions sont basées sur une approche globale du réseau (whole network) ou sur une approche égo centrée (ego network).*

L'approche globale du réseau est *la description des relations existant dans un groupe. Les membres sont interrogés individuellement sur la nature des relations qui les lie.* Par ailleurs, *le réseau égocentré est la description subjective des liens existant entre les membres de son propre réseau.* A travers ce dernier, *les personnes malades mentales peuvent recevoir du support social, qui peut être émotionnel, instrumental ou informationnel* (Pinto, 2006 ; Stone et al, 2016).

Pour la construction de la carte réseau que nous avons évoquée à la fin du chapitre précédent, nous allons nous intéresser à l'approche égocentrée du réseau.

Le patient (ego) va donner lui-même *les informations concernant les personnes qu'il perçoit comme soutenantes. La perception est une notion importante car ce n'est pas seulement l'aide objective que le patient reçoit qui est important, mais c'est aussi la manière dont ce dernier conçoit le soutien qu'il reçoit des membres de son réseau.*

Le patient va dans un premier temps lister sur des post-it toutes les personnes (professionnelles ou non) qui ont déjà offert de l'aide par le passé et qui pourraient en offrir à l'avenir, et ce même si elles offrent peu ou pas d'aide actuellement.

Il va dans un second temps donner plus d'informations sur les personnes citées, notamment le type de lien les unissant (frère, ami, assistant social), la force de leur relation (fréquence de leur contact, la distance qui les sépare, la réciprocité du soutien, soutien en cas de crise) et surtout le domaine dans lequel ces personnes les soutiennent (finances et administratif, lieu de vie, activités et relations et santé).

Cela étant fait, le patient doit placer les post-it sur un plateau cible. Ce plateau cible est composé de trois *cercles concentriques autour d'un point central qui représente le patient lui-même. Nous avons donc un cercle central qui englobe un espace correspondant aux connexions intimes, à qui il est possible de se fier sans aucun doute. Ensuite, il y a un cercle intermédiaire qui englobe un espace de relations caractérisées par une connectivité sociale sans un degré élevé d'intimité, et enfin un cercle extérieur qui délimite une zone de connaissances, c'est-à-dire des personnes avec lesquelles les relations sont occasionnelles* (Sluzki, 2010).

Enfin, le patient relie entre elles les personnes qui échangent de l'information à son propos, dans le cadre de l'organisation du soutien qu'elles lui offrent.

La figure 3 ci-dessous illustre une carte réseau.

Figure 3- Carte réseau (Projet Egonet, 2019)



Le réseau de support social (RSS) peut faire l'objet d'une évaluation plus poussée en fonction de critères tels que la taille et la composition, la densité, la multiplicité, la centralisation, ou la fragmentation.

La taille fait référence au *nombre de liens sociaux qu'une personne a à un moment donné de sa vie ou tout simplement le nombre d'alter qu'il y'a dans ce réseau focal*. La composition permet d'évaluer la diversité des acteurs (*proportion des proches vs professionnels, famille vs amis ...*). La densité est déterminée par les niveaux d'interconnectivité entre les membres du réseau et la mesure dans laquelle est membres du réseau maintiennent les contacts entre eux. Autrement dit, il s'agit de l'importance des liens entre les acteurs. La multiplicité du réseau se réfère aux personnes qui dans un réseau offrent plus qu'un type de support. La centralisation est la présence d'un membre du réseau qui a beaucoup de contacts avec les autres membres. Enfin, la fragmentation est la présence de sous-réseaux déconnectés (Pinto,2006 ; Wyngaerden,2017).

Il est plus que pertinent de s'intéresser aux caractéristiques du RSS car elles ont une influence sur le support social reçu ainsi que sur l'accès aux ressources de soins.

Par exemple, pour les patients atteints de maladie mentale sévère (MMS), *un RSS de grande taille est associé à une faible utilisation des services résidentiels, à des séjours moins longs, et*

une forte utilisation des services de soins ambulatoires. De même, la diversité dans le RSS est associée à un faible recours aux hôpitaux (Egonet Report, 2019).

Il s'agit donc là d'un outil qui mérite d'être largement diffusé, propagé et surtout implémenté. On entend par diffusion *la propagation passive, sans cible, non planifiée des interventions. La dissémination quant à elle est une approche active de la propagation des interventions basées sur les preuves qui va avoir un public cible via des canaux déterminés, en utilisant des stratégies bien définies. Enfin l'implémentation est le processus qui permet d'intégrer les interventions basées sur les preuves dans un contexte particulier ou encore, l'utilisation des stratégies qui vont permettre d'introduire des interventions de santé basées sur les preuves dans un cadre donné (Rabin et al, 2008).*

3. L'implémentation

Le concept d'implémentation est le second concept clé de cet écrit. En effet, une intervention innovante peut ne pas avoir l'effet escompté non pas parce que l'outil n'est pas efficace, mais parce que le processus d'implémentation n'a pas été effectif (Klein & Knight, 2005). C'est un processus qui peut s'avérer chronophage car le temps moyen pour passer de la théorie à l'utilisation de l'innovation dans la pratique sur le terrain est de 17 ans en moyenne (Li et al, 2018).

Une intervention est dite innovante lorsqu'elle est nouvelle pour ses développeurs ou pour ses utilisateurs (Klein, 2005). Lorsque ces innovations sont issues de la recherche scientifique, on les appelle des Evidence Based Practices (EBP). Elles sont définies comme étant l'intégration des meilleures preuves issues de la recherche avec l'expertise clinique et les valeurs du patient dans le but de faciliter la décision clinique (Bucknall & Rycroft-Malone, 2010). Leur utilisation permet l'optimisation de la qualité des soins et des services offerts aux patients en réduisant la variabilité des pratiques de soins non justifiées et éliminer les interventions inefficaces (Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017).

Tout au long de cet écrit, nous parlerons des innovations - pratiques nouvelles pour ses utilisateurs - en terme d'EPB.

La plupart des pays développés mettent l'accent sur l'utilisation des pratiques basées sur les preuves pour offrir des soins de meilleure qualité et plus efficaces. La plupart des pratiques dans le domaine de la santé en général sont soutenues empiriquement. En effet, il est très rare de voir une intervention ou un traitement instauré dans une unité de médecine interne qui n'a pas été prouvé scientifiquement. Dans le domaine de la santé mentale à contrario, seule une minorité de nouveaux programmes sont soutenus empiriquement (Stroobants, 2016).

3.1. Implémentation des EBP/ Innovations

L'implémentation est un processus qui est défini comme « l'utilisation de stratégies pour introduire ou modifier les interventions basées sur les preuves dans un contexte donné (Stroobants, 2016).

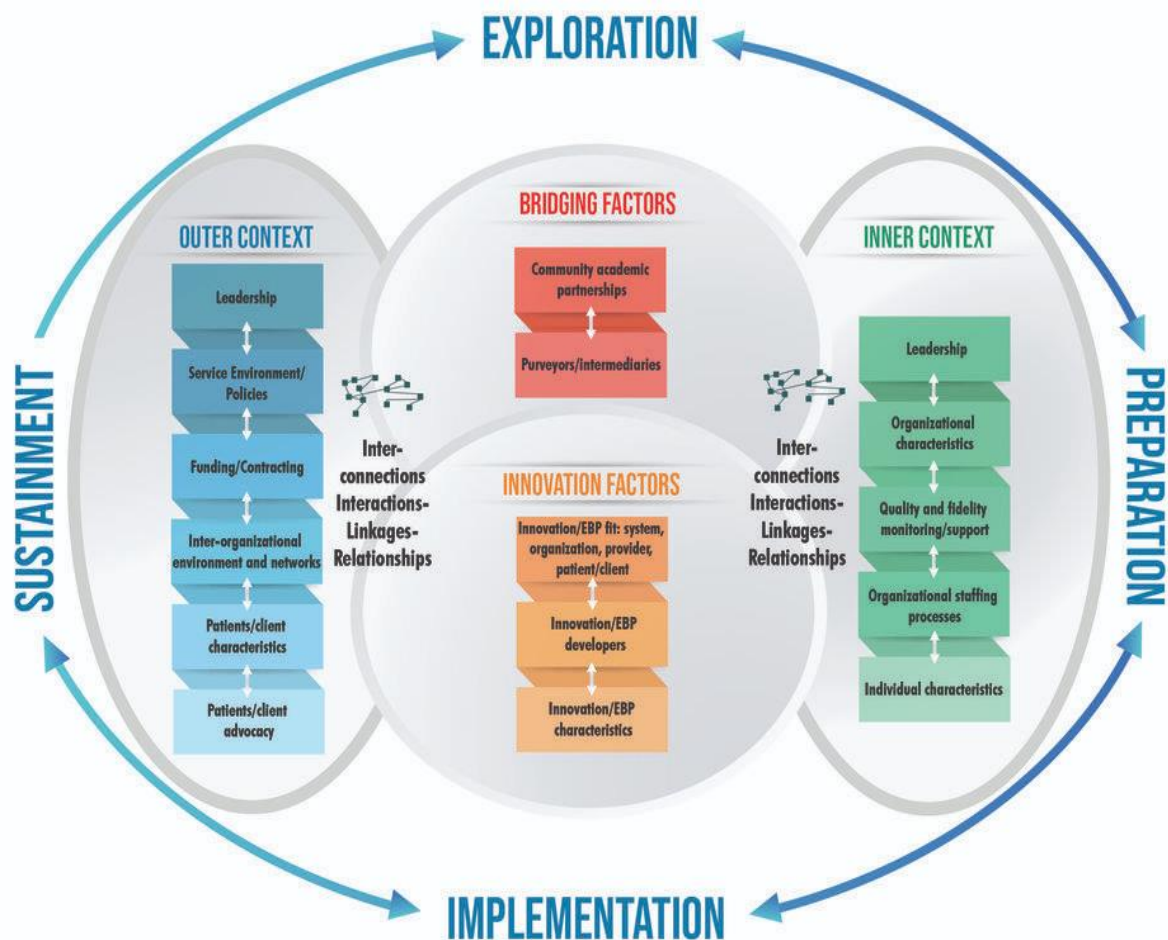
Il existe de nombreux cadres conceptuels et modèles, qui identifient les facteurs clés et les processus qui sont à même de faciliter l'implémentation des EBP.

Chaque modèle a des forces et des faiblesses, et certains sont plus appropriés dans certains contextes que dans d'autres.

Le modèle EPIS est le modèle le plus utilisé dans le cadre de l'implémentation car il peut être utilisé pour comprendre le processus, voir quels sont les facteurs déterminants de l'implémentation, l'implémentation en elle-même ainsi que son évaluation. Ce modèle a donc la force de pouvoir être utilisé dans de nombreux contextes et il inclut les différents niveaux du contexte socio écologique, prend en compte les facteurs individuels, organisationnels et systémiques (Moullin et al, 2019 ; Aarons, 2011).

Selon ce cadre conceptuel, plusieurs éléments interreliés sont à prendre en compte lors du processus d'implémentation, à savoir : les différentes phases qui décrivent le processus d'implémentation, le contexte et les facteurs qui y sont associés, les facteurs liés à l'innovation ainsi que les facteurs de transition (Voir figure - 4).

Figure 4- Exploration, Préparation, Implémentation et Maintien. Cadre conceptuel EPIS incluant les phases, le contexte, les facteurs liés à l'innovation et les facteurs de transition (Moullin et al,2019)



3.1.1. Les phases de l'implémentation selon le cadre conceptuel EPIS

Selon Moullin et al. (2019) et Aarons (2011), le processus d'implémentation est divisé en plusieurs phases qui sont l'Exploration, la Préparation, l'Implémentation active et le Maintien. La phase d'exploration correspond au moment où une organisation identifie un besoin et recherche la meilleure EBP qui pourra répondre à ce besoin.

Ensuite, lors de la phase d'adoption, il convient de décider d'adopter une ou plusieurs EBP ou innovations. Il est important à cette étape de déterminer quelles seraient les barrières ou les facilitateurs de l'implémentation, les besoins d'adaptation de l'EBP et élaborer un plan détaillé de l'implémentation. Ce plan comprend les supports et aides nécessaires qui permettront faciliter l'utilisation de l'EBP lors des phases suivantes, et de développer un cadre de travail qui attend, soutient et récompense l'usage des EBP.

En ce qui concerne la phase d'implémentation active, l'utilisation de l'EBP est instaurée au sein de l'organisation et il est primordial à cette étape de surveiller de façon continue le processus d'implémentation global, qui doit être intégré dans le processus d'évaluation, et ce dernier sera décrit plus loin dans cet écrit.

Enfin, la dernière phase est celle du maintien et lors de celle-ci, il est important de bien soutenir les efforts de sorte que les EBP continuent à être pratiqués.

3.1.2. Les facteurs liés à l'innovation

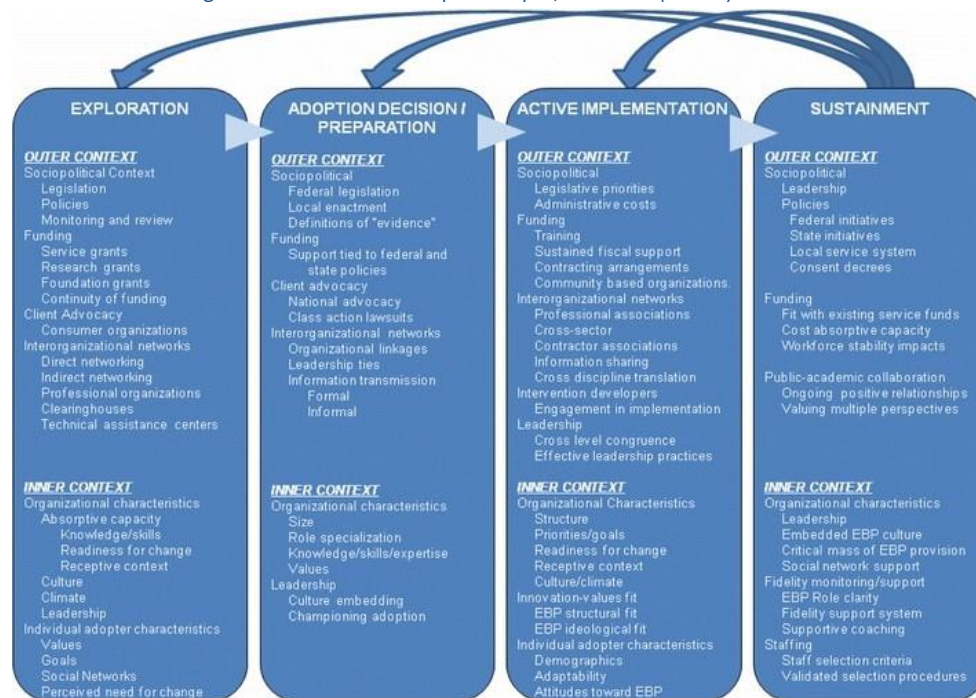
Toujours selon Moullin et al. (2019) et Aarons (2011), les facteurs propres à l'innovation sont importants car pour qu'un outil soit implémenté, il faut qu'il soit en adéquation avec les éléments contextuels que nous allons aborder dans le point suivant.

L'outil doit pouvoir être adapté pour correspondre aux besoins des adoptants. Cette adaptation se fait en gardant la structure de base, et en adaptant la périphérie. Par exemple, le sociogramme peut être adapté en fonction des besoins de ceux qui l'utilisent. Dans certaines situations, il est plus pertinent d'avoir certaines informations et pas d'autres. En effet, dans un contexte ambulatoire, il est important de savoir si le patient doit faire un long déplacement pour aller consulter son médecin, que dans le contexte immédiat hospitalier, cette information n'est pas aussi importante que les personnes avec qui le patient a été en contact dans la semaine. C'est donc les éléments périphériques qui sont adaptés.

3.1.3. Les éléments contextuels

Comme on peut le voir sur la figure 5 ci-dessous, les différentes phases du processus d'implémentation sont influencées par des facteurs propres aux contextes internes et externes à l'organisation. Certains éléments contextuels ont une importance cruciale pour le succès de la phase dans laquelle il intervient. Le contexte externe est défini comme l'environnement externe à l'organisation et inclut les services et les environnement politiques, les financements, ainsi que les relations inter-organisationnelles, les investisseurs, l'organisation des soins, les sociétés professionnelles et les associations des usagers. Quant au contexte interne, il se réfère aux caractéristiques propres à l'organisation tels que le leadership, les caractéristiques organisationnelles, les ressources et les politiques internes, sans oublier les caractéristiques individuelles des adoptants qui y travaillent. Les caractéristiques individuelles sont notamment les caractéristiques sociodémographiques comme l'âge, l'expérience professionnelle, le niveau d'étude, la fonction occupée.

Figure 5– Cadre conceptuel Epis, Aarons (2011)



3.2. La phase d'implémentation active

Pour les besoins de ce mémoire, nous allons tout particulièrement nous intéresser à la phase d'implémentation active. Dans cette phase, l'élément majeur dans le contexte externe à l'organisation est le facteur socio-politique, que nous avons largement décrit dans le contexte de la santé mentale belge dans le premier chapitre. C'est ainsi que nous allons mettre en évidence les éléments contextuels internes à l'organisation qui ont un rôle majeur dans cette phase. C'est lors de cette phase que l'innovation commence à être utilisée. En outre, il est important de *cibler les résultats de l'implémentation escomptés pour pouvoir réaliser les changements les plus pertinents afin d'avoir des meilleurs résultats cliniques ou organisationnels* (Proctor et al., 2011). Il est impératif de mettre en exergue les éléments qui pourraient s'avérer être un frein ou un levier à l'utilisation active de l'outil, utilisation active qui est à même de mener à l'utilisation durable de ce dernier, et donc d'entrer dans la phase de maintien durable de l'implémentation au sein de l'organisation.

3.3. Les résultats de l'implémentation

Il existe 3 types de résultats distincts mais interreliés à savoir les résultats de l'implémentation, les résultats de service, et les résultats sur le patient.

Les résultats de l'implémentation peuvent être évalués grâce aux indicateurs tels que l'acceptabilité, l'adéquation, la faisabilité, la fidélité, la pénétration, ainsi que la durabilité.

L'acceptabilité correspond à *la perception que les différentes parties ont de l'innovation, en la considérant comme agréable, acceptable ou satisfaisante*. L'adéquation correspond à *la compatibilité que le prestataire ou l'utilisateur de soins perçoit de l'innovation*. La faisabilité est *le degré avec lequel un nouveau traitement peut être utilisé avec succès et peut être pérenne dans un cadre précis*. La durabilité est *la mesure dans laquelle un traitement nouvellement mis en place est maintenu ou institutionnalisé au sein d'une organisation ou d'un service*. Enfin, la pénétration est *l'intégration d'une pratique dans un cadre particulier. Il peut être calculé en termes de nombre de personnes qui délivrent cette pratique, divisé par le nombre de personnes qui sont supposées utiliser la pratique en question* (Proctor et al., 2011).

Quant aux résultats de service, toujours selon Proctor et al. (2011), les résultats de l'implémentation sur le service vont correspondre aux critères de qualité des soins qui ont été évoqués plus haut, à savoir la mesure dans laquelle un service peut offrir des soins efficaces, sûres, efficaces, équitables, centrés sur le patient et au moment opportun.

Enfin, les résultats de l'implémentation sur le patient quant à eux correspondent à la mesure dans laquelle le patient est satisfait des soins qu'il reçoit, ainsi que la mesure dans laquelle les soins offerts répondent positivement à la symptomatologie de celui-ci (Proctor et al, 2011).

Lors de cette phase, certains critères doivent être pris en compte en priorité car ils représentent des leviers du processus d'implémentation. Comme on peut le voir sur la figure 4, il s'agit notamment de l'adéquation entre l'innovation et les valeurs des travailleurs, ainsi que les caractéristiques individuelles de ces derniers (Aarons, 2011).

3.3.1. L'adéquation entre l'innovation et les valeurs

Par cet indicateur, nous entendons que le niveau d'implémentation d'une innovation est fonction du degré d'adéquation entre l'innovation en elle-même et les missions et valeurs du travailleur ainsi que de l'institution. En d'autres termes, au plus ces derniers correspondent aux valeurs portées par l'innovation, au plus celle-ci sera adoptée par les utilisateurs. Il faut aussi

noter qu'une innovation aura plus de chance d'être implémentée si celle-ci s'imbrique bien avec les autres tâches journalières que le travailleur doit accomplir, et respecte les besoins de productivité (Aarons,2011). L'innovation ne doit donc pas être une surcharge de travail et doit requérir le moins de temps possible, tout en étant efficace, spécifique et sensible.

3.3.2. Les caractéristiques individuelles

Les caractéristiques personnelles des travailleurs incluent les *facteurs démographiques comme l'âge, le niveau d'éducation, la formation, la fonction ainsi que l'expérience professionnelle*. Cela inclut aussi les *prédispositions à l'innovation ainsi que les attitudes vis-à-vis de ces dernières*. Par ailleurs, *des études ont trouvé une association entre le l'expérience professionnelle et les attitudes vis-à-vis des innovations* (Aarons, 2011).

3.3.2.1. Les attitudes vis-à-vis des EBP

D'après Aarons (2005), les attitudes vis à vis d'une innovation peuvent faciliter ou limiter la dissémination et l'implémentation des nouvelles interventions. En effet, elles sont le précurseur de la décision d'essayer une nouvelle pratique ou pas, et la composante affective de l'attitude peut impacter le processus de décision au regard de l'innovation (voir Figure 6).

Aarons (2005) propose 4 domaines d'attitudes vis à vis de l'adoption des EBP :

L'attrait intuitif pour une innovation : cette notion renvoie à l'intérêt « naturel » d'un individu pour une innovation.

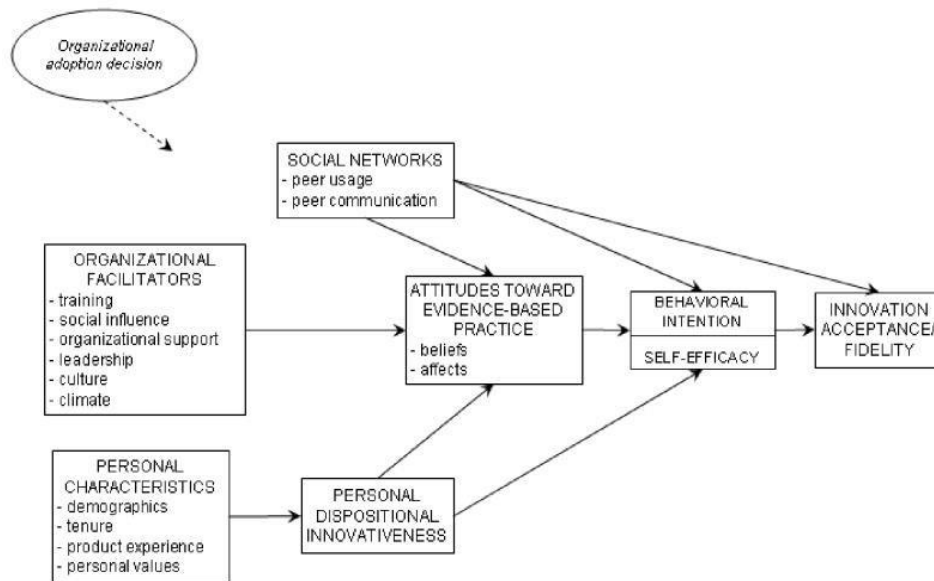
La compliance envers les exigences organisationnelles : cette dimension renvoie à la manière dont les intervenants répondent aux règles et réglementations de leur organisation.

L'ouverture : Il s'agit de la volonté d'essayer de nouvelles expériences ou d'envisager de nouvelles façons de faire les choses. Il est démontré que le niveau d'éducation, l'expérience professionnelle, la discipline primaire sont associés à l'ouverture aux EBP (Aarons, 2011)

La perception de l'adéquation entre l'innovation et la pratique : Il peut exister un certain scepticisme quant à l'utilisation de nouvelles pratiques lorsqu'elles sont perçues par les prestataires comme provenant de la recherche ou de l'évaluation. La nouveauté est alors souvent perçue comme incongrue ou inutile pour la pratique clinique.

Les attitudes vis-à-vis de l'adoption des EBP sont influencés par les caractéristiques individuelles des travailleurs, à leur réseau social ainsi que par les facteurs organisationnels (Aarons, 2005).

Figure 6– Facteurs influençant les attitudes, Aarons (2005)



Les caractéristiques personnelles incluent les facteurs démographiques tels que l'âge, l'ethnicité, le niveau d'éducation, l'apprentissage, la discipline primaire et l'expérience professionnelle. Ces facteurs sont identifiés comme importants dans l'adoption d'une innovation. Ces caractéristiques vont avoir un impact direct sur les dispositions personnelles aux innovations, qui représentent la volonté et le désir d'un individu d'expérimenter de nouvelles procédures, de nouvelles tâches, ou de nouvelles façons d'aider les patients, bien que le contexte organisationnel et le caractère de la demande peuvent impacter la disposition à l'innovation à l'innovation de l'équipe (Aarons, 2005).

Les réseaux sociaux correspondent à l'utilisation par les pairs de l'EBP et la communication, incluant une augmentation dans la valeur perçue et la probabilité de l'adoption d'une innovation. Autrement dit, si un service lambda implémente une EBP et en est satisfait, la probabilité qu'une autre l'adopte sera plus élevée (Aarons, 2005).

Les facteurs organisationnels incluent le support organisationnel, la culture, le climat, l'influence sociale et le leadership.

Le support organisationnel pour l'innovation est la perception du soutien venant des supérieurs hiérarchiques que les employés ont par rapport à leurs nouvelles idées ou dans l'application des innovations. Le support organisationnel inclut le support à la créativité, à la tolérance des différences et à l'engagement personnel (Aarons, 2005).

Quant à elle, la culture organisationnelle peut être définie comme étant les normes implicites, les valeurs et les comportements attendus, et les préceptes qui guident les comportements des

membres d'une équipe de travail. La culture organisationnelle peut avoir un impact sur la facilité avec laquelle les nouvelles technologies sont adoptées par les travailleurs dans la pratique (Aarons, 2005).

Le climat organisationnel se réfère aux perceptions et aux réponses affectives des travailleurs à leur environnement de travail. Le climat inclut les perceptions des caractéristiques du travail (autonomie, variété, feedback, clarté des rôles et des tâches) et le groupe de travail (coopération, chaleur, familiarité) (Aarons, 2005).

Pour sa part, l'influence sociale inclut le processus par lequel les individus sont affectés par les constructions sociales des autres des événements des idées, des comportements et sont sujets aux pressions de conformer leur comportement, attitudes et croyances à cette réalité sociale.

Enfin, le leadership affecte plusieurs aspects de l'environnement d'une organisation, incluant le fonctionnement global de l'organisation et de l'équipe, ainsi que le fonctionnement individuel (Aarons, 2005).

De plus, le leadership impacte la propension au changement d'une organisation et les leaders jouent un rôle crucial dans la facilitation de l'adoption des EBP. La manière dont le leader communique les efforts d'innovation à son équipe et la manière dont il leur montre son soutien et son investissement dans la mise en place de l'innovation peut influencer la motivation du travailleur et la perception qu'il a de son auto-efficacité. Ils doivent donc montrer aux travailleurs qu'ils prêtent attention aux activités émanant du changement et qu'ils y accordent du temps en s'y engageant activement et en supportant les activités (Stanhope et al., 2019).

Pour résumer, l'introduction d'un nouvel outil dans une institution ou dans une unité de soins doit tenir compte non seulement des éléments propres à l'innovation en elle-même, mais aussi des éléments propres aux contextes externes ou internes. Les éléments contextuels internes sont primordiaux, surtout lorsqu'il s'agit des personnes qui vont adopter cet outil. En effet, si les personnes ciblées par l'utilisation de l'outil ne l'adoptent pas, l'implémentation ne peut être qu'un échec.

C'est ainsi que dans la deuxième partie de ce travail, nous allons évaluer l'implémentation du sociogramme dans le cadre du projet Egonet en mettant en évidence les facteurs (en ce compris les attitudes des soignants) qui ont eu un impact majeur dans le processus d'implémentation.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE PRATIQUE

1. Méthodologie

L'objectif principal de ce mémoire est d'évaluer l'implémentation du projet Egonet. Comme nous l'avons vu précédemment, ce projet vise l'intégration du sociogramme dans les routines cliniques des unités participantes. Notre question de recherche générale s'attèle à identifier les facteurs propres aux caractéristiques individuelles qui ont un impact sur les résultats d'implémentation. Dans le cas du projet Egonet, les résultats de l'implémentation peuvent être évalués en fonction de la réalisation d'au moins un sociogramme, la réalisation de plus d'un sociogramme, et enfin l'intention de continuer à proposer au patient de réaliser son sociogramme au terme du projet. En d'autres termes, il s'agit d'évaluer la faisabilité du sociogramme du point de vue des soignants. Notre question de recherche a donc été divisée en quatre sous-questions :

- QR1 : Quel est l'avis des répondants selon qu'ils aient réalisé ou non le sociogramme et quels facteurs influencent leur décision d'en réaliser ?
- QR2 : Quel est l'avis des répondants selon le nombre de sociogrammes réalisés ?
- QR3 : Quel est l'avis des répondants selon qu'ils déclarent avoir l'intention ou non de continuer à utiliser le sociogramme au terme du projet Egonet ?
- QR4 : Comment les soignants perçoivent les efforts et les bénéfices liés à l'utilisation du sociogramme ?

Nous allons répondre aux trois premières questions dans le volet quantitatif, et la quatrième dans le volet qualitatif de cette partie pratique.

1.1. Design de l'étude

Ce mémoire est une étude de cas d'implémentation de l'outil de cartographie du réseau de support social – aussi appelé sociogramme- qui s'inscrit dans le cadre du projet de recherche Egonet.

Egonet est un projet de recherche et de développement qui vise à développer, implémenter et évaluer une intervention et un outil permettant de décrire et de cartographier les réseaux de support social de patients psychiatriques vulnérables

Ce projet fait suite au projet "Morpheus", développé à l'IRSS-UCL dont le but était d'adapter et mettre en œuvre un dispositif expérimental existant, permettant la collecte d'information et

la cartographie du réseau de support social des patients, en vue de son utilisation en routine clinique dans différents services socio-cliniques, résidentiels ou ambulatoires (Egonet rapport, 2019).

Depuis Septembre 2018, neuf services hospitaliers et ambulatoires sont impliqués dans le projet Egonet. La plupart de ces services font partie d'un groupement hospitalier et d'un SISD qui sponsorisent le projet. Il se situent dans la région bruxelloise et proviennent donc du secteur hospitalier et du secteur ambulatoire. Tous sont spécialisés en santé mentale, à l'exception de l'un d'entre eux et sont repris dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1- Unités participant au projet par secteur

Secteur hospitalier	Secteur ambulatoire
Unité 1 : unité de soins pour les problèmes des jeunes adultes	Unité 11 : centre de santé mentale
Unité 3 : unité de soins pour troubles psychotiques et troubles liés aux dépendances	Unité 13 : Equipe mobile offrant aide médicale et psycho sociale aux personnes étant ou ayant été sans abri
Unité 7 : unité de soins pour le traitement des dépendances	Unité 5 : hôpital de jour pour adultes ayant une pathologie psychiatrique.
Unité 9 : unité de soins traitant les pathologies psychiatriques des personnes âgées ainsi que de l'hospitalisation conjointe des mères et de leurs bébés.	Unité 14 : Gestion de soins à domicile tout public (psychiatrique et non psychiatrique)
Unité 12 : unité d'addictologie	

Les services participants se sont engagés à tester l'intervention promue par le projet, en collectant des sociogrammes auprès de leurs patients.

Les travailleurs dans les différents services ont été formés et chaque service a défini ses propres modalités d'implémentation en fonction des contraintes qui lui sont propres (type de patientèle, temps, taille de l'équipe).

De plus, les équipes participantes recevaient du soutien de la part des chercheurs du projet Egonet. En effet, ces derniers sont passés de façon hebdomadaire durant les sept premiers mois de la phase d'implémentation active dans les unités. Ils répondaient aux besoins concernant l'intervention et récoltaient leurs avis. De plus des réunions de feedback étaient organisées pour rencontrer l'ensemble de l'équipe participante afin de faire des mises au point

sur l'avancement de la réalisation des sociogrammes, ainsi que pour voir dans quelle mesure l'outil pouvait être adapté aux besoins de l'équipe.

Ces modalités de soutien et la formation à l'outil sont considérées comme des éléments qui augmentent la probabilité d'adoption d'une nouvelle intervention (Aarons,2011).

1.2. Collecte des données

Un questionnaire papier a été réalisé par l'équipe de chercheurs du projet Egonet (voir annexe ...). Il a été distribué au sein des unités participant au projet Egonet. Il a aussi été distribué au sein des unités qui n'ont pas pris part au projet, mais qui font partie des groupes sponsors. Ce questionnaire est divisé en quatre sections principales : (1) un ensemble de questions relatives à la diffusion du projet Egonet, (2) un ensemble de questions relatives à l'opinion sur le projet et son outil, (3) une échelle d'évaluation de l'attitude individuelle envers les innovations appelées « Evidence-based practice attitude scale » (EBPAS) et (4) un recueil de données socio démographiques sur le répondant.

1. La diffusion du projet :

L'ensemble des questions de cette première partie permet d'obtenir des données sur la diffusion du projet Egonet au sein des services. Il s'agit d'évaluer dans quelle mesure le répondant est exposé au projet, notamment par le biais du nombre de sociogrammes qu'il a lui-même collecté ainsi que par son réseau social. Nous explorons la dimension de la communication avec les pairs et l'usage de l'outil qu'en font ces derniers.

2. L'opinion sur le projet et son outil :

Le but est d'obtenir l'opinion du répondant quant au projet Egonet et à son outil. Pour ce faire, les réponses aux questions sont posées sous forme de graduation : échelles de Likert à 5 items et « thermomètres ». Un espace libre est également prévu pour permettre au répondant d'ajouter des commentaires.

3. EBPAS :

C'est une échelle spécifique aux intervenants du secteur de la santé. Elle évalue quatre dimensions de l'attitude individuelle qui affectent le degré d'adoption et de maintien d'un changement au sein d'un service ou d'une organisation de soin (cf. première partie, 3.3.2.1)

Le score de l'échelle EBPAS s'attribue et se calcule de manière suivante :

- *Attribuer un score : le score pour chaque sous échelle est créé en calculant le score total ou moyen pour les items inclus sur une sous échelle donnée.*
- *Calculer le score total de l'échelle : Pour le score total, tous les items de la sous échelle 4 doivent être scorés à l'inverse avant d'être utilisés pour calculer le score total de l'EBPAS. Cette échelle permet d'établir des profils d'attitudes, qui se déclinent en 5 groupes à savoir : les innovants, les primo adoptants, la majorité précoce, la majorité tardive, et les retardataires.*

Les innovants sont ceux qui ont la curiosité et montrent un intérêt dans les nouvelles technologies. Les primo adoptants sont plus prudents que les innovants, mais sont enclins à expérimenter les innovations prometteuses. La majorité précoce est encore plus prudente, et attendent que la technologie montre ses preuves à travers les expériences des primo adoptants. La majorité tardive pour sa part a peur de prendre des risques, et ils attendent qu'il y ait des preuves que les risque de l'utilisation de la technologie sont faibles et les bénéfices assez évidents. Enfin, les retardataires ne sont que très peu enclins à adopter une nouvelle technologie jusqu'au moment où cela est vraiment nécessaire et que les preuves par rapport à son adoption sont convaincantes (Aarons, 2005). Le tableau ci-dessous (tableau 2) reprend les profils par score EBPAS.

Tableau 2- Profil d'attitude par score EBPAS

Profil d'attitude	Score EBPAS
Retardataire	0 [0-1[
Majorité tardive	1 [1-2[
Majorité précoce	2 [2-3[
Primo-adoptant	3 [3-4[
Innovant	4

4. Les informations sur le répondant :

Comme dit précédemment, certaines caractéristiques personnelles des individus influencent leur attitude envers le changement. Un ensemble d'informations classiques est donc collecté auprès des répondants. Il s'agit de données sociodémographiques standard : l'âge, le plus haut niveau de scolarité complété, la profession, l'ancienneté dans le secteur de la santé mentale.

1.3. Population cible et échantillon

Le critère d'inclusion était : « unités participant au projet et/ou faisant partie des institutions sponsor ». Seule l'unité 14 a été exclue lors de notre processus d'échantillonnage, car elle a très vite abandonné le projet, sans avoir collecté de sociogrammes. La population cible comprenait donc 230 soignants. Elle se divise en deux sous échantillons, les « cas » et le « groupe témoin ». Les « cas » sont les unités qui ont pris part au projet (nous avons donc inclus les unités qui ont abandonné le projet après y avoir participé plusieurs mois). Il s'agit des unités 1,3,5,7,9,11 et 12. Ce groupe correspond à un échantillon de 72 répondants.

Quant aux unités « témoins », ce sont celles qui font partie des groupes sponsors mais qui n'ont pas pris part au projet à savoir les unités 2,4,6,8 et 10. Cet échantillon est constitué de 73 répondants.

1.4. Procédure de collecte et d'analyse de données

Pour les unités faisant partie de la confédération C., nous avons directement pris contact avec ces derniers pour solliciter leur participation à l'enquête.

Nous avons pris contact avec le Directeur de ce groupe et ce dernier a donné son accord pour qu'on interroge les membres du personnel. Il a de plus envoyé un mail aux membres des comités de pilotage de toutes les unités pour leur donner des explications concernant les buts de l'enquête.

2 semaines plus tard, nous avons contacté personnellement les membres de ce comité de pilotage par mail en leur donnant des indications plus pratiques en ce qui concerne les questionnaires, et le but du mail était aussi de définir avec eux des dates qui les conviendraient le mieux.

Lorsque nous avons eu la possibilité, nous sommes restés dans les unités lors des séances de remplissage (unités 1,3 et 4). Dans les autres, les circonstances organisationnelles propres à l'unité ne nous permettaient pas de rester. Nous avons néanmoins remis le questionnaire à quelqu'un en particulier, tout en lui laissant pour consigne de veiller à ce que chacun réponde de façon individuelle ; cela dans le but de réduire les biais dans les réponses.

La collecte de données a débuté le 24 Octobre et s'est terminée le 21 Janvier.

Nous n'avons pas défini de nombre de questionnaires minimums à distribuer, mais nous avons conscience qu'il nous fallait un nombre assez grand de répondants pour avoir un échantillon statistiquement significatif dans les sous- groupes (unités de soins).

Après la récupération des questionnaires dans les unités, ces derniers ont été identifiés directement pour savoir de quelle unité ils provenaient. De même, un code d'indentification pour chaque répondant a été mis en place pour plus de facilité dans l'encodage et l'analyse de données (possibilité de corriger si remarque d'erreur d'encodage, etc...). Les données récoltées ont été encodées dans un fichier Excel dans un premier temps, avant d'être exportés vers le logiciel d'analyse statistiques IBM SPSS© suivant un code book (annexe 2).

Les variables dont les réponses étaient en fonction de l'échelle de Likert (de 0 à 4), ont été recodées en deux groupes : de 0 à 1 = pas d'accord. De 2 à 4 = d'accord. Lors de la réalisation des tests statistiques (chi carré (χ^2) ANOVA, test t pour variances égales), le seuil de significativité de la p valeur a été fixé à 5%.

2. Résultats

2.1. Volet quantitatif

2.1.1. Analyses sur l'échantillon total

Nous avons obtenu 145 réponses, soit un taux de participation de 63%.

2.1.1.1. Description des caractéristiques sociodémographiques

Si on considère l'échantillon dans sa totalité (N=145), on constate (voir tableau 3) que l'âge moyen est de 36.9 ans et l'expérience professionnelle (en psychiatrie) est de 10,4 ans. Les répondants étaient le plus souvent des infirmiers (37.2%) et le niveau d'étude complété le plus représenté est celle de bachelier (51.0%).

Tableau 3 : caractéristiques démographiques (N=145)

	$\bar{X} \pm DS$	(%)
Age en années	36.9 ± 10.3	
20-30		33.8
31-40		26.9
41-50		27.6
51+		9.0
Expérience professionnelle en années	10.4 ± 9.2	
0-5		35.2
6-10		21.4
11-15		12.4
16-20		12.4
21+		13.8
Profession		
Infirmiers		37.2
Psychologue		18.6
Psychiatre (dont assistant)		12.3
Assistant social		6.9
Autre		25.0
Niveau scolaire		
CESS		3.4
Bachelier		51.0
Master		29.0
Master complémentaire en médecine		10.3
Autre		4.1

2.1.1.2. Evaluation de la diffusion et des avis concernant le projet Egonet

Comme on peut le constater dans le tableau 4, la diffusion du projet est significativement différente dans les unités qui participent et celle qui ne participent pas au projet ($x^2 = 42.48$; $p=0.000$). En effet, dans les unités qui n'ont pas pris part au projet (N=73), 19.3% seulement des soignants en ont déjà entendu parler. De l'autre côté, cette proportion augmente à 44.1 % dans les unités qui ont pris part au projet (N=72). Moins de 50% des répondants trouvent pertinent de s'intéresser au RSS des patients tant dans les unités qui participent au projet (47.7%) que dans celles qui n'y participent pas (45.5%). Enfin, la proportion des personnes qui sont disposées à proposer au patient de réaliser son sociogramme est elle aussi inférieure à 50% tant dans les unités participantes (42.8%) que dans les non participantes (37.9%).

Tableau 4 – Diffusion et avis concernant le projet Egonet (N=145)

	Pourcentage d'accord unité participant au projet (n=72)	Pourcentage d'accord unité ne participant pas au projet (n=73)	Chi carré x^2 ou test exact Fisher (p valeur)
Avez-vous déjà entendu parler du projet Egonet ?	44.1	19.3	$x^2 = 42.48$ (0.00)
Il est pertinent de s'intéresser au RSS des patients ?	47.7	45.5	Fisher= 0.001 (0.617)
Êtes-vous disposé à proposer au patient de réaliser une carte de leur RSS ?	42.8	37.9	Fisher= 0.692 (0.337)

2.1.1.3. Evaluation des avis concernant les innovations

Pour rappel, l'attitude envers les innovations est divisée en 4 dimensions : l'attrance, l'ouverte, la divergence et l'exigence, qui sont chacune scorée séparément. Un score total (EBPAS) indique le profil du répondant.

Dans notre échantillon total (N=145), le score total EBPAS pour l'échantillon total s'élève à 2.4 ± 0.5 sur 4.

Les soignants sont attirés et ouverts aux innovations avec un score pour la sous échelle « attrance » de 2.7 ± 0.7 sur 4 et 2.6 ± 0.8 sur 4 pour ce qui est de la sous échelle « ouverture ». En ce qui concerne la divergence, seuls 9.7% des répondants trouvent que les innovations ne

sont pas utiles pour la clinique. 64.1% estiment que l'expérience clinique est plus importante que les interventions basées sur la recherche et 60.7% disent mieux comprendre les patients que les chercheurs. 36% n'utiliseront pas les innovations s'ils en ont le choix. Le score moyen pour la sous échelle « divergence » s'élève à 1.6 ± 0.7 sur 4. Enfin, 73% des soignants utiliseraient les innovations si elles étaient exigées par un supérieur hiérarchique, 77% si exigées par l'institution et 64% si exigées par les politiques gouvernementales. Ces trois derniers items constituent la sous échelle « exigences » et le score moyen de cette dernière est de 2.0 ± 0.8 sur 4. Toutes ces données sont reprises dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 – Attitude vis-à-vis des innovations (N=145)

	% d'accord	M EBPAS (sur 4) \pm DS
Score Attirance		2.7 ± 0.7
J'utiliserai une innovation si :		
- Il suscite mon intérêt.	96.6	
- S'il a du sens pour moi.	94.5	
- S'il est utilisé par des collègues qui en sont satisfaits.	83.4	
- Si j'ai l'impression d'avoir été suffisamment formé.	91.0	
Score Ouverture:		2.6 ± 0.8
J'apprécie les innovations.	91.0	
J'utilisera une innovation même si je dois utiliser un guide.	80.7	
Je suis disposée à utiliser une innovation proposé par chercheur.	87.6	
Si j'ai le choix, j'utiliserai une innovation.	77.2	
Score Divergence		1.6 ± 0.7
Les innovations ne sont pas utile.	9.7	
L'expérience clinique est plus importante que l'innovation.	64.1	
Je comprends mieux les patients que chercheurs.	60.7	
Si j'ai le choix, je n'utiliserai pas l'innovation.	35.9	
Score Exigence totale		2.0 ± 0.8
J'utiliserai une innovation si elle est exigée par :		
- Supérieur hiérarchique.	73.1	
- Institution.	76.6	
- Politiques gouvernementales.	64.4	
Score EBPAS		2.4 ± 0.5

Les moyennes des scores EBPAS ne varient que très peu en fonction des tranches d'âge, de l'expérience professionnelle, du niveau scolaire ainsi que des unités. Les profils des soignants de cet échantillon se situent donc dans la majorité précoce. Néanmoins, les moyennes des scores EBPAS sont différents en fonction des professions ($F=2.09$; p valeur= 0.016) - voir annexe 3.1. En effet les infirmiers semblent avoir un score EBPAS (2.45 ± 0.4) supérieur à celui des psychologues (2.2 ± 0.3). De plus, on peut affirmer qu'il y a une différence statistiquement significative entre les scores EBPAS des professions infirmière et psychologue ($t= 2.0$; $p=0.046$) - tableau 6).

Tableau 6 – score moyen EBPAS selon les professions (N=145)

	Score EBPAS moyen \pm DS	Test t pour variances égales (p valeur)
Profession		
Infirmier	2.45 \pm 0.4	-1.511
Psychiatre	2.64 \pm 0.6	(0.135)
Infirmier	2.45 \pm 0.4	<u>2.0</u>
Psychologue	2.22 \pm 0.55	<u>(0.046)</u>

2.1.2. Analyses sur les cas

2.1.2.1. Description des caractéristiques sociodémographiques

Pour rappel, les cas représentent non seulement les unités qui participent au projet Egonet, mais aussi ceux qui ont abandonné le projet après y avoir pris part quelques temps. Dans cet échantillon, les moyennes d'âge et d'expérience professionnelle s'élèvent respectivement à 37.2 et 10.7 ans. Les infirmiers représentent 38.9% des soignants et le bachelier est le niveau d'étude le plus élevé complété pour 52.8 % des répondants (voir Annexe 3.2).

2.1.2.2. Evaluation des avis et diffusion du projet Egonet

Concernant les avis sur Egonet, la majorité s'accorde pour dire qu'il est pertinent de s'intéresser au RSS (95.8%) et 86.1% sont disposés à proposer au patient de réaliser son sociogramme. 81.9 % des soignants ayant participé à l'enquête pensent que le sociogramme est un investissement positif. 68.1% estiment que le sociogramme rend leur travail plus efficace et la même proportion juge que cela représente une surcharge de travail. 60 % déclarent vouloir continuer à utiliser cet outil lorsque le projet prendra fin. En ce qui concerne la balance bénéfices-efforts, les bénéfices

perçus de l'utilisation du sociogramme ne semblent pas supérieurs aux efforts que la réalisation de l'outil leur demande. En effet sur une échelle de 0 à 10, la moyenne des bénéfices s'élève à $5,6 \pm 2,5$ et celle des efforts est de $5,9 \pm 2,8$ (tableau 7).

Tableau 7 – Avis sur le projet Egonet (n=72)

	Pourcentage d'accord ou score	Moyenne (sur 10) \pm DS
Il est pertinent de s'intéresser au RSS du patient.	95.8	
Je suis disposé à proposer au patient de cartographier leur RSS.	86.1	
Sociogramme aide à être plus efficace dans mon travail clinique.	68.1	
Réaliser le sociogramme est une surcharge de travail.	68.1	
Réaliser le sociogramme est un investissement positif.	81.9	
J'ai l'intention de continuer à faire passer des sociogrammes lorsque le projet sera terminé.	59.7	
Bénéfices (échelle de 0-10) qu'apportent l'utilisation du sociogramme.		5.6 ± 2.5
Efforts (échelle de 0-10) que demandent l'utilisation du sociogramme .		5.9 ± 2.8

Pour ce qui est de la diffusion du projet Egonet, la moitié de l'échantillon n'a jamais réalisé de sociogramme. Le taux de pénétration de l'outil est de 50% quand on considère les personnes qui en ont réalisé au moins 1 sociogramme. Ce taux diminue à 9.6% si on considère ceux qui en ont réalisé plus de 10. (Tableau 8).

Tableau 8 – Nombre de sociogrammes réalisés n=72

	Répondants (n)
Combien de sociogrammes avez-vous réalisé ?	
- 0	36
- Moins de 5	21
- Entre 5 et 10	8
- Entre 11 et 20	3
- Plus de 20	4

Parmi ceux qui en ont déjà réalisé, 44% ont entre 21 et 30 ans, 55.5 % sont de profession infirmière, 41.6% ont une expérience professionnelle inférieure à 6 ans et enfin 3/4 d'entre eux

ont un niveau d'étude correspondant à un bachelier (voir tableau 9). Il y a une différence significative dans la réalisation ou non du sociogramme selon les professions ($\chi^2 = 26.4$; $p = 0.002$) et le niveau d'études ($\chi^2 = 21.0$ $p = 0.000$). En effet, les infirmiers et donc soignants ayant un bachelier sont ceux qui réalisent plus de sociogrammes.

Tableau 9 – Réalisation ou non du sociogramme selon les caractéristiques sociodémographiques (n=72)

	n jamais réalisé (n=36)	n n'ayant déjà réalisé (n=36)	Chi carré χ^2 (p valeur)
Age			
21-30	9	16	$\chi^2 = 4.68$ (0.32)
31-40	11	8	
41-50	9	7	
50+	6	4	
Profession			
Infirmiers	8	20	$\chi^2 = 26.4$ (0.002)
Psychologue	11	2	
Médecin	8	0	
Autres	9	14	
Expérience professionnelle			
0-5	10	15	$\chi^2 = 5.63$ (0.23)
6-10	8	5	
11-15	6	5	
16-20	6	1	
21-25	5	7	
Niveau d'études			
CESS	2	2	$\chi^2 = 21.0$ (0.000)
Bachelier	11	27	
Master	8	6	
Master complémentaire en médecine	10	0	
Autres	4	0	

2.1.2.3. Exploration de la faisabilité de l'outil

Question de recherche 1 : Quel est l'avis des répondants selon qu'ils aient réalisé ou non le sociogramme et quels facteurs influencent leur décision

Premièrement, nous avons réalisé des tests de chi carré dans un but exploratoire. Cela nous a permis de déceler si les avis concernant le projet Egonet ainsi que ceux concernant les innovations étaient différents en fonction de la réalisation ou non du sociogramme. De cette exploration, seuls les résultats liés à l'avis concernant le projet Egonet étaient significatifs :

- Avec un test de Fischer équivalent à 3.36 (0.026), la proportion des personnes disposées à proposer au patient de réaliser son sociogramme est différente selon qu'on ait réalisé (37/72= 48.6%) ou non (27/72= 37.5%) le sociogramme.
- Avec un test de chi carré équivalent à 4.48 (0.034), la proportion des personnes qui pensent que le sociogramme rend le travail clinique plus efficace est différente selon la réalisation (29/72= 40.2%) ou non (20/72= 27.8%) de ce dernier.
- Avec un test de chi carré équivalent à 4.8 (0.028), la proportion des personnes qui pensent que le sociogramme représente une surcharge de travail est différente selon la réalisation(30/72=41,7%) ou non (19/72= 26.4%) du sociogramme.
- Avec un test de Fischer équivalent à 6.48 (0.005), la proportion des personnes qui pensent que la réalisation du sociogramme est un investissement positif est différente selon la réalisation (35/72= 48.6%) ou non (24/72=33.3%) du sociogramme. Le tableau 10 ci-dessous représente ces résultats.

En résumé, la proportion de ceux qui déclarent être disposés à proposer au patient de réaliser son sociogramme, qui pensent que le sociogramme les aide à être plus efficace dans leur travail clinique et qui estiment que l'outil en vaut la peine est supérieure chez ceux qui ont déjà réalisé au moins un sociogramme par rapport à ceux qui n'en ont jamais réalisé. De plus, la proportion des personnes qui pensent que le sociogramme est une surcharge de travail est elle aussi supérieure chez ceux qui en ont déjà réalisé.

Tableau 10– Réalisation ou non du sociogramme en fonction des avis concernant Egonet (n=72)

	n jamais réalisé	n'ayant réalisé	n ayant déjà réalisé	Fisher F ou chi carré x^2 (p valeur)
Il est pertinent de s'intéresser au RSS du patient.	33		36	F= 0.01 (0.49)
Je suis disposé à proposer au patient de cartographier leur RSS.	27		35	<u>F=3.86</u> <u>(0.026)</u>
Sociogramme aide à être plus efficace dans mon travail clinique.	20		29	<u>$x^2= 4.48$</u> <u>(0.034)</u>
Réaliser le sociogramme est une surcharge de travail.	19		30	<u>$x^2= 4.8$</u> <u>(0.028)</u>

Réaliser le sociogramme est un investissement positif. 24 35 $F= 6.48$
(0.005)

Deuxièmement, nous nous sommes demandés quels ont été les facteurs qui rendaient les soignants plus enclins à proposer aux patients de réaliser la carte de leur RSS. Pour répondre à cette question, nous avons posé les hypothèses suivantes :

- La disposition à proposer ou non au patient de réaliser son sociogramme est différente selon les facteurs sociodémographiques. Il en ressort que la profession ($\chi^2= 26.8$; $p= 0.002$) exercée et le niveau d'études ($\chi^2= 18.22$; $p= 0.001$) sont statistiquement différents selon qu'on soit disposé ou non à proposer au patient de réaliser son sociogramme (voir tableau 11).

Tableau 11- Facteurs impactant la disposition à proposer au patient de réaliser son sociogramme (n=72)

	n disposé à proposer	n non disposé à proposer	Fischer F ou Chi carré χ^2 (p valeur)
Age			
21-30	21	2	
31-40	15	4	$\chi^2= 2.4$ (0.66)
41-50	15	4	
50+	9	1	
Expérience professionnelle en années			
0-5	21	2	
6-10	11	2	
11-15	8	3	$\chi^2= 3.9$ (0.442)
16-20	7	0	
21+	11	1	
Profession			
Infirmiers	28	0	
Psychologue	6	5	$\chi^2= 26.8$ (0.002)
Psychiatre (dont assistant)	8	0	
Autre	18	3	
Niveau scolaire			
CESS	4	0	
Bachelier	34	2	$\chi^2= 18.22$ (0.001)
Master	13	1	
Master complémentaire en médecine	8	2	
Autre	1	3	

La disposition à proposer ou non au patient de réaliser son sociogramme est différente selon les avis concernant les innovations. Il en ressort que la proportion des personnes qui utiliseraient une innovation s'ils ont des collègues satisfaits ($F=8.57$; $p= 0.015$) et s'ils ont l'impression

d'avoir été suffisamment formé $F=7.59$; $p= 0.028$) est différente selon qu'on soit disposé ou non à proposer au patient de réaliser son sociogramme (voir tableau 12).

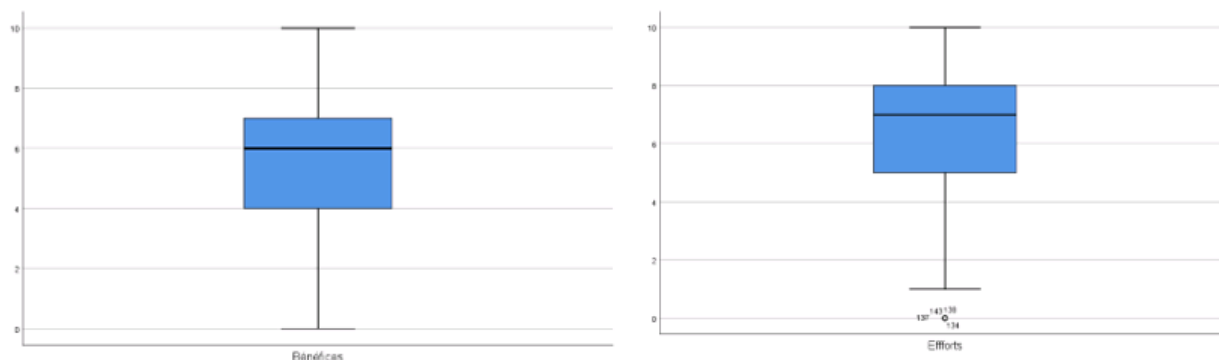
En définitive, le nombre de personnes qui sont disposées à proposer le sociogramme au patient est supérieur chez les infirmiers et chez ceux qui ont un niveau d'étude équivalent à un bachelier. De plus, le nombre de personnes qui sont disposées à proposer au patient de réaliser son sociogramme est supérieur chez les personnes qui utiliseraient une innovation s'ils ont des collègues satisfaits, et chez ceux qui l'utiliseraient s'ils ont l'impression d'avoir été assez formés.

Tableau 12. Disposition à proposer le sociogramme selon les avis concernant les innovations

	n disposé à proposer	n non disposé à proposer	Fischer F (p valeur)
J'apprécie les innovations	59	6	$F=1.8(0.282)$
J'utiliserai une innovation si elle a :			
Sens	58	7	$F=0.744 (0.39)$
Intérêt	58	8	$F=0.457(1.00)$
J'utiliserai une innovation si elle est exigée par :			
Supérieur hiérarchique	45	4	$F=0.728 (0.405)$
Institution	48	5	$F=0.193(0.645)$
Politiques gouvernementales	39	3	$F= 1.314 (0.411)$
J'utiliserai une innovation si :	54	3	<u>$F=8.57 (0.015)$</u>
Il y a des collègues qui en sont satisfaits			
Si j'ai l'impression d'avoir été assez formé	58	5	<u>$F=7.59 (0.028)$</u>

Comme nous avons pu le voir précédemment dans le tableau 7, les moyennes des bénéfices et des efforts sont assez proches. Il semble donc intéressant de mettre en évidence les mesures de dispersion de ces variables. Concernant les efforts, les box plot ci-dessous (Figure 7) mettent en évidence une médiane à 7 [5 ;8]. Pour ce qui est des bénéfices, la médiane est à 6 [4 ;7].

Figure 7 : boîte à moustache bénéfices et efforts (n=72)



Nous nous sommes donc demandé si les bénéfices et les efforts sont perçus différemment en fonction de la réalisation ou non du sociogramme. Pour répondre à cette question, nous avons posé deux hypothèses :

- La moyenne des bénéfices perçus liés à l'utilisation du sociogramme est différente selon sa réalisation ou non. Cette différence est significative ($t = -3.45$; $p = 0.001$) entre le groupe ayant réalisé le sociogramme (6.42 ± 1.81) et celui n'en ayant pas réalisé (4.4 ± 2.9), ce qui confirme cette hypothèse.
- La moyenne des efforts perçus liés à l'utilisation du sociogramme est différente selon sa réalisation ou non. Nous pouvons donc affirmer que la moyenne des efforts perçus liés à l'utilisation du sociogramme est statistiquement différente ($t = -2.5$; $p = 0.014$) dans le groupe ayant déjà réalisé le sociogramme (6.7 ± 2.2) en comparaison au groupe qui n'en a jamais réalisé (4.9 ± 3.2).

Les données précédentes sont reprises dans le tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13 – réalisation ou non du sociogramme en fonction des bénéfices et efforts (n=72)

	Déjà réalisé	Jamais réalisé	Test t pour variances égales (p valeur)
Moyenne Bénéfices \pm DS	6.42 ± 1.81	4.4 ± 2.9	<u>-3.45</u> <u>(0.001)</u>
Moyenne Efforts \pm DS	6.7 ± 2.2	4.9 ± 3.2	<u>-2.5</u> <u>(0.014)</u>

En définitive, la moyenne des bénéfices perçus de l'utilisation du sociogramme est supérieure chez ceux qui ont l'ont déjà réalisé. De même, la moyenne des efforts que demande l'utilisation du sociogramme est supérieure dans ce groupe, comparé à celui qui n'en a jamais réalisé.

Question de recherche 2 : Quel est l'avis des répondants selon le nombre de sociogrammes réalisés ?

Nous nous sommes demandé si les avis concernant Egonet et les innovations sont différents en fonction du nombre de sociogrammes réalisés (voir annexes 3.3 et 3.4). Seuls les résultats repris dans le tableau 14 ci-dessous étaient significatifs.

- La moyenne des bénéfices perçus est différente dans les différents groupes. Après la réalisation du test ANOVA, il en ressort les bénéfices perçus sont statistiquement différents pour les différents groupes ($F= 3.75$; $p= 0.009$) et ces derniers augmentent avec le nombre de sociogrammes réalisés.

En définitive, la moyenne des bénéfices la plus élevée est perçue chez ceux qui ont réalisé plus de 20 sociogrammes.

Tableau 14- perception des bénéfices en fonction du nombre de sociogrammes réalisés (n=72)

	Moyenne des bénéfices \pm DS	ANOVA F (p valeur)
Nombre de sociogrammes réalisés		
0	4.4 \pm 2.88	
]5	6.24 \pm 1.89	<u>3.75 (0.009)</u>
[5-10]	5.75 \pm 1.83	
[11-20]	7.33 \pm 0.55	
]20	8.0 \pm 0.82	

Question de recherche 3: Quel est l'avis des répondants selon l'intention ou non de continuer à utiliser le sociogramme au terme du projet ?

Nous nous sommes demandé si les avis concernant le projet Egonet son différents en fonction de l'intention ou non de continuer à utiliser le sociogramme au terme du projet (voir tableau 15).

- La proportion des personnes qui pensent que l'utilisation du sociogramme rend leur travail plus efficace est différente dans les deux groupes. Après la réalisation du test χ^2 , on peut affirmer qu'il y a une différence statistiquement significative selon les qu'on ait ou non l'intention de continuer à utiliser le sociogramme ($40/72= 55.5$ % vs $8/72= 11.1\%$; $\chi^2=32.33$; $p=0.000$).

- La proportion des personnes qui pensent que l'utilisation du sociogramme est un investissement positif est différente dans les deux groupes. Après la réalisation du test exact de Fischer, on peut affirmer qu'il y a une différence statistiquement significative selon les qu'on ait ou non l'intention de continuer à utiliser le sociogramme (41/ 72= 56.9% vs 16/72= 22.2% ; F= 7.85 ; p=0.003).
- On peut aussi affirmer de façon statistiquement significative que la proportion des personnes qui continueront à utiliser une innovation s'ils ont l'impression d'avoir été assez formés (F= 2.94 ; p=0.046) et si cela est exigé par un supérieur hiérarchique ($\chi^2 = 4.43$; p= 0.035) est différente dans les deux groupes.
- Enfin, on peut affirmer de manière statistiquement significative que les moyennes des bénéfices (t= -6.6 ; p= 0.000) perçus de l'utilisation du sociogramme sont différents selon qu'on a l'intention ou non de continuer à utiliser le sociogramme. En revanche, on ne peut pas en dire autant en ce qui concerne les efforts (t= 1.26 ; p=0.214) - voir tableau 16.

Tableau 13 - intention de continuer ou non l'utilisation du sociogramme selon avis Egonet et innovations

	n ayant l'intention de continuer	n n'ayant pas l'intention de continuer	Fischer F ou Chi carré χ^2 (p de valeur)
L'utilisation du sociogramme rend mon travail plus efficace.	40	8	$\chi^2 = 32.33$ (0.000)
L'utilisation du sociogramme est un investissement positif.	41	16	F= 7.85 (0.003)
J'utiliserai une innovation si :	41	21	F= 0.013 (0.606)
Elle a du sens			
J'ai l'impression d'avoir été assez formé	42	19	F= 2.944 (0.046)
Si j'ai des collègues satisfaits	37	17	F= 1.237 (0.176)
Exigé par supérieur hiérarchique	34	13	$\chi^2 = 4.43$ (0.035)
Exigé par institution	35	16	F= 0.952 (0.197)
Exigé par politiques gouvernementales	27	14	$\chi^2 = 0.035$ (0.85)

Tableau 14- Bénéfices et efforts impactent l'intention de continuer à utiliser le sociogramme

	intention continuer	de pas d'intention de continuer	Test t variances égales (p valeur)
Moyenne Bénéfices ± DS	6.7 ± 1.6	3.3± 2.5	-6.6 (0.000)
Moyenne Efforts ± DS	6.22 ± 2.4	5.27 ± 3.56	1.26 (0.214)

En définitive, la proportion des personnes qui pensent que le sociogramme rend leur travail clinique plus efficace et que le sociogramme est un investissement positif est supérieure chez ceux qui ont l'intention de continuer à proposer au patient de réaliser son sociogramme au terme du projet. De plus, la proportion de ceux qui utiliseront une innovation s'ils ont l'impression d'avoir été assez formés et si cela est exigé par un supérieur hiérarchique est plus grande dans le groupe qui a l'intention de continuer le proposer au patient de réaliser son sociogramme. Enfin, la moyenne des bénéfices perçus est plus élevée chez ceux qui ont l'intention de continuer à utiliser l'outil.

2.2. Volet qualitatif

Question de recherche 4 : Comment les soignants perçoivent les efforts et les bénéfices liés à l'utilisation du sociogramme ?

Pour répondre à cette question, nous nous sommes servis du matériel qualitatif laissé par les soignants quand il s'agissait de donner quelques mots sur les **bénéfices** qu'ils ont tiré du sociogramme, ainsi que sur les **efforts** que cela leur a demandé.

➤ Les bénéfices du sociogramme : les **leviers** de l'implémentation

Il s'agit d'un outil que les soignants trouvent généralement intéressant et utile : « *c'est l'outil le plus intéressant que nous avons à notre disposition [...]* » (1FR2) « *[...] il me semble que faire passer le sociogramme à ses patients est beaucoup plus pertinent que simplement le lire [...]* » (1FR9)

De plus, il est bien souvent enrichissant pour la pratique clinique et bénéfique pour le suivi du patient. Enfin, il aide dans la relation soignant-soigné car il facilite le dialogue et la rencontre, il permet parfois au patient de se dévoiler et cela instaure l'alliance thérapeutique.

Dans tous les cas, le sociogramme permet lorsqu'il est observé non seulement d'avoir une meilleure représentation du réseau de support social, mais aussi une collecte d'information plus

aisée en ce qui concerne les ressources du RSS ; « *le sociogramme permet de voir quelles sont les personnes qu'on peut mobiliser pour un rendez-vous [...]* » (1FR4) et « *[...] permet de découvrir de nouvelles personnes du réseau en dehors de la famille [...]* » (1FR6). Enfin il permet de voir les liens existants entre les membres du réseau.

Enfin, lorsqu'il est analysé, le sociogramme permet dans la majorité des cas une meilleure compréhension du réseau de support social, aide à une réflexion clinique plus adéquate, en mettant en évidence les ressources sur lesquelles s'appuyer et les manques à combler. Cela permet donc de se rendre compte de l'efficacité ou non du réseau et de ce fait participe à la construction du projet thérapeutique du patient.

- Les efforts liés à l'utilisation du sociogramme : **les barrières** à l'implémentation

Le sociogramme demande souvent un gros effort pour impliquer le patient qui n'est pas intéressé par l'outil ou qui n'est pas en état de le faire (délire, troubles cognitifs, etc.). De plus il peut s'avérer difficile pour le patient qui se retrouve confronté avec la réalité. De ce fait, le patient ne dit pas toujours la vérité et cela est difficile pour le soignant de démêler le vrai du faux.

Il est aussi difficile de mobiliser certains patients tout le temps de l'entretien, « *[...], je dirais que l'effort est plus pour certains patients qui parfois trouvent l'exercice fatiguant et long* » (3LR1) ce qui fait qu'il soit nécessaire de faire passer le sociogramme plusieurs fois.

Une barrière dont la récurrence est élevée est le temps que l'outil requiert.

« *Faire le sociogramme en lui-même ce n'est pas trop long mais c'est tous les à côté comme la retranscription, répondre aux questions qui est long et non nécessaire[...]* » (1LR13). « *Le sociogramme prend du temps car il y a encore une partie à remplir en l'absence du patient [...]* » (1FR2).

« *Le sociogramme demande du temps préparation, passation, conclusion, transmission [...]* » (3FR13).

Par conséquent, il représente une souvent surcharge de travail non négligeable « *[...] s'il n'y avait que le sociogramme à faire, c'est utile et j'aurais continué* » (1LR13).

En plus du temps que l'outil demande pour sa passation, il demande aussi du temps pour être appréhendé « *[...], je ne suis pas totalement familière avec la passation donc cela demande du temps [...]* » (5FR7).

Après la réalisation du sociogramme, beaucoup de soignants trouvent cela dommage qu'il soit peu utilisé et peu exploité, et rangé dans un classeur. Cela représente donc parfois un investissement négatif car son utilisation n'est pas optimale.

Enfin, l'outil n'est pas toujours adapté à leur service, « *Vu le turn-over important dans notre service et les nombreux documents et la charge de travail, il était devenu ingérable de prendre Egonet en charge [...]* » (1LR15).

3. Discussion

Ce travail évalue l'implémentation du projet Egonet.

Un an après le début du processus d'implémentation du sociogramme dans les services, on peut se rendre compte que le succès n'est pas franc.

En effet, le projet n'est pas assez diffusé, avec 55.9% de soignants qui n'ont jamais entendu parler du sociogramme dans les unités participantes. Pour rappel, nous avons inclus dans les cas des unités qui avaient abandonné le projet après plusieurs mois de participation. On peut alors partiellement expliquer ce faible taux de diffusion par le taux d'embauche qui est élevé dans les institutions. En effet, dans les unités qui ont abandonné le projet, les nouveaux engagés n'ont pas forcément connaissance des projets qui ne sont plus d'actualité. Une autre explication potentielle réside dans le fait que la réalisation des sociogrammes est majoritairement assurée par les équipes infirmières. Si l'outil n'est pas utilisé comme soutien à la discussion en équipe multidisciplinaire après sa réalisation, les autres professions qui composent les équipes de soins n'auront donc pas connaissance du sociogramme. Cette faible diffusion laisse alors penser que l'outil n'a pas ou peu été utilisé comme support à la discussion.

De plus, l'objectif visé par le projet Egonet est l'intégration du sociogramme dans les routines cliniques dans les différents services participants. Comme expliqué dans la première partie de ce travail, les résultats de l'implémentation peuvent être évalués en termes d'acceptabilité, d'adéquation, de pénétration, ainsi que de durabilité. Sur les 72 répondants, seules 36 personnes avaient déjà réalisé le sociogramme, et cet effectif diminue à 7 personnes quand on tient compte des personnes qui en ont réalisé plus de 20. Ces chiffres indiquent non seulement un faible taux de pénétration du sociogramme, mais aussi une faisabilité non satisfaisante puisque la moitié des répondants n'ont jamais réalisé de sociogramme. Ces résultats sont cohérents avec le profil EBPAS des soignants de notre échantillon : Le score EBPAS est moyen, autrement dit, les soignants ne sont pas vraiment attirés par les innovations, mais n'y sont pas non plus réfractaires. Avant de s'investir, ils auront donc tendance à attendre que le sociogramme montre ses preuves à travers les expériences des primo-adoptants. On peut alors dire que ceux qui n'ont pas encore réalisé de sociogramme attendent que ceux qui en ont déjà réalisé testent le sociogramme, et partagent avec eux l'expérience qu'ils ont eue de l'outil. Le projet semble donc reposer sur les épaules de quelques individus actifs bien particuliers. Cela soulève des questions en termes d'acceptabilité et d'adéquation.

Constatant ce résultat, nous avons tenté de mettre en exergue les facteurs principaux propres aux caractéristiques individuelles qui ont joué un rôle majeur dans le processus d'implémentation.

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les avis concernant les innovations – et donc le score EBPAS- sont influencés par les caractéristiques sociodémographiques. Dans notre échantillon, les avis concernant les innovations ne sont pas impactés par l'âge ou par l'expérience professionnelle comme le soutient la littérature scientifique, mais plus par la profession et donc le niveau scolaire atteint. Les infirmiers ont un score EBPAS plus élevé que les psychologues. Cela peut s'expliquer par le fait que ces derniers, majoritairement d'orientation psychanalytique, n'utilisent pas toujours de média dans leur travail bien qu'ils ont été formés à utiliser une série d'outils d'évaluation dans leur formation. En outre, les infirmiers, eux, ont l'habitude d'employer des outils. Dès le début de leur parcours académique, ils sont familiarisés à de nombreux outils EBP (l'échelle de KATZ, le MMSE, etc...) qu'ils utilisent régulièrement dans leur pratique professionnelle. Finalement, les infirmiers qui ont une spécialisation en psychiatrie ont été formés à l'utilisation du sociogramme. Cela fait référence à un autre déterminant évoqué par Aarons dans son cadre conceptuel : la culture professionnelle et organisationnelle (voir Aarons,2011), qui influencent également l'implémentation d'une innovation.

La profession est donc sans conteste le facteur sociodémographique qui a été le plus important. En effet, ce sont les infirmiers qui ont réalisé le plus de sociogrammes. Plusieurs explications peuvent être trouvées à cela. Tout d'abord, l'équipe Egonet a rencontré le comité de pilotage des unités au début du projet, avant de débiter le processus d'implémentation. Dans de nombreuses unités, le comité de pilotage a décidé que ce serait une tâche propre au personnel infirmier. Cette décision a souvent été prise en raison des contacts quotidiens entre le personnel infirmier et les patients. En effet le staff infirmier représente approximativement les trois quarts du personnel d'une équipe hospitalière. Cette tâche aurait pu être attribuée aux assistants sociaux, mais il n'y en a qu'un par unités, et cela n'aurait reposé que sur ces dernières, ce qui aurait considérablement augmenté leur charge de travail.

Les personnes qui ont réalisé le sociogramme étaient disposées à le proposer au patient. Cela est cohérent avec la théorie, qui énonce que les dispositions personnelles sont le précurseur de l'intention d'adopter un autre comportement. Nous avons pu mettre en évidence que cette disposition à proposer au patient de réaliser son sociogramme était elle-même influencée par la

satisfaction que déclarent les collègues à propos de l'utilisation de l'outil (ce qui est cohérent avec le profil général « majorité précoce »), et par l'impression d'avoir été suffisamment formé pour le faire.

Les personnes qui ont réalisé le sociogramme trouvent que cela représente une surcharge de travail. Cela peut s'expliquer par le fait que ce sont les infirmiers qui en réalisent le plus. En effet, ces derniers ont beaucoup d'autres tâches à réaliser, en plus des urgences auxquelles ils doivent faire face. Il est donc difficile pour eux de trouver le temps nécessaire pour réaliser le sociogramme sans être interrompu, et sans déformer le travail de base qui doit être fait. De plus ce n'est pas le seul outil qu'ils doivent réaliser (ex : génogramme, anamnèse infirmière, TDI, plan de soins guide, transmissions ciblées, ligne de vie, le bilan pluridisciplinaire, l'échelle de Cushman, etc...) ce qui engendre une perception de charge de travail augmentée. On peut donc avancer que l'outil n'est pas acceptable pour les soignants qui le réalisent.

Les personnes qui ont réalisé le sociogramme ont une perception élevée des bénéfices que l'outil peut leur apporter mais ont aussi une perception élevée des efforts que cela leur demande. Or, selon le profil EBPAS des soignants de notre échantillon, on sait que les soignants qui n'ont pas encore réalisé de sociogramme attendent que ceux qui en ont déjà réalisé partagent avec eux l'expérience qu'ils ont eue de l'outil. Cela peut expliquer pourquoi la moitié de soignants n'ont jamais réalisé de sociogramme. Les personnes auront tendance à réaliser le sociogramme si d'autres personnes en sont satisfaites. Or, les personnes qui ont réalisé le sociogramme sont satisfaites de l'outil, mais déclarent que les efforts sont trop importants, ce qui ne va donc pas inciter les potentiels utilisateurs à réaliser l'outil.

Il était assez étonnant de voir que le score EBPAS n'était pas significativement différent entre les soignants, en ce qui concerne le nombre de sociogrammes réalisés. Ceux qui en ont réalisé le plus étaient ceux qui avaient une perception élevée des bénéfices. Il serait intéressant d'explorer plus en profondeur le lien de causalité : est-ce parce que les personnes ont une perception élevée des bénéfices qu'elles en réalisent plus ? Ou est-ce parce qu'elles réalisent plus de sociogrammes qu'elles perçoivent plus de bénéfices, se sentant plus à l'aise avec l'intervention et continuent à l'utiliser ? Déterminer la causalité peut permettre d'agir sur le processus d'implémentation. Néanmoins, nos données transversales ne permettent pas de distinguer ces deux hypothèses.

Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel EPIS, la phase exploratoire est primordiale car elle permet de trouver un outil qui est à même de répondre à un besoin.

Dans notre cas, le besoin est la cartographie du RSS du patient et ce dans le but de répondre à la volonté gouvernementale de déplacer les soins vers la communauté. La logique est de type top-down, et ne répond pas vraiment aux besoins des soignants (surtout hospitaliers) qui ont peut être encore une vision des soins très hospitalo-centrée. On peut donc dire que le levier majeur à l'implémentation du sociogramme est la perception des bénéfices, ce levier semble nécessaire mais non suffisant, car la perception des efforts, notamment le temps requis par la réalisation de l'outil, est assez importante. On peut donc aisément avancer que pour que l'implémentation prenne, en plus que la réalisation de l'outil soit exigée par le supérieur hiérarchique et la formation suffisante des soignants, il faut absolument diminuer les efforts. Ces efforts, les soignants les ont identifiés : il s'agit majoritairement du temps que l'outil leur demande, notamment à travers les questionnaires complémentaires, ce qui augmente leur charge de travail.

En définitive, pour passer de la phase d'implémentation active actuelle à la phase de maintien du processus d'implémentation, l'équipe Egonet pourrait travailler en ciblant les axes suivants :

Le premier axe est celui de la formation des soignants. Les séances de formation permettront non seulement d'agir sur la disposition à réaliser des sociogrammes, qu'Aarons (2005) appelle les dispositions personnelles vis-à-vis de l'innovation. La formation va donc augmenter le sentiment d'auto efficacité, qui sera à l'origine de l'acceptation de l'innovation, qui est dans notre cas la réalisation du sociogramme ainsi que l'intention de continuer à le réaliser.

Il est bien vrai que les équipes ont été formées, mais la formation est particulièrement axée sur le côté pratique de la réalisation du sociogramme. Elle ne met pas en avant les raisons pour lesquelles il serait intéressant d'utiliser l'outil. De ce fait, les soignants ont du mal à percevoir l'utilité du sociogramme avant d'en avoir réalisé. De plus, la formation seule n'est pas suffisante. Il est impératif que les soignants aient le sentiment d'avoir été suffisamment formés. Actuellement, la formation se fait aussi par le biais des inter-visions. Elles permettent aux soignants non seulement d'être à l'aise avec le décodage des informations que nécessite la lecture de la carte du réseau, mais permettent aussi le partage des expériences avec d'autres collègues. Pour le moment ces réunions se font sur base volontaire, et ce n'est généralement que ceux qui réalisent pas mal de sociogrammes qui y participent. Une piste serait d'inviter par le biais du N+1, des personnes qui n'ont jamais fait de sociogramme à participer à ces inter-visions. Outre les inter-visions, la formation peut se faire de deux autres manières : déceler dans

chaque unité un champion de l'innovation qui va être formé et à son tour être à l'écoute des demandes de formation ou d'actualisation des connaissances des collègues. Pour ce faire, il faut que le champion de l'innovation ait assez de temps pour le faire, et l'idéal serait donc qu'il ait une partie de son temps de travail qui soit dédié à cela. C'est là où le leadership intervient et dans ce cas, il s'agit du leadership de proximité. Pour ce qui est du leadership institutionnel, la formation sur le sociogramme pourrait se donner dans le cadre des cycles de formations propres à l'institution.

Le second axe est la diminution de l'effort que la réalisation du sociogramme demande qui aura déjà été amorcé grâce à la formation.

Pour que l'effort soit moindre, il faut que l'équipe des chercheurs adaptent l'outil. Nous savons que pour que les soignants adoptent un outil, il faut que celui-ci soit en adéquation avec ses besoins, et le cas échéant, les soignants ont besoin que la réalisation du sociogramme leur demande moins de temps. Les chercheurs doivent donc investiguer les éléments qui sont chronophages pour les soignants, et les adapter. Un des soignants déplorait le fait que les « à cotés » de la réalisation du sociogramme était trop chronophage, comme la retranscription, et le fait de répondre aux questions sur la partie Honos notamment. Le point positif qui peut être amené aux soignants est qu'aussitôt que le projet sera terminé, ils ne seront pas obligés de remplir cela, puisque c'est une partie qui est importante pour la recherche, et pas pour le travail clinique. De plus l'outil dans sa version informatique est en cours de développement, et la retranscription ne sera plus nécessaire, il suffira d'imprimer le sociogramme finalisé.

Puisque les soignants doivent trouver du temps pour faire passer le sociogramme, pour l'analyser et pour le partager en équipe clinique, le leadership de proximité pourra avoir un impact assez conséquent dans l'organisation du travail journalier. Notamment pour la réalisation du sociogramme, en faisant en sorte que du temps soit dégagé hebdomadairement de manière systématique (ex : mettre à profit les moments où les shifts du matin et de l'après midi se rencontrent par exemple, en semaine ou le weekend, qui sont des moments où la charge de travail est moins élevée). Cela évitera au soignant de devoir lui-même trouver du temps dans son planning. A propos de l'analyse et du partage en équipe, le leader de proximité pourrait aussi prévoir des moments précis en réunion clinique pour discuter en équipe pluridisciplinaire des sociogrammes qui ont été élaborés.

Enfin pour que les soignants continuent à utiliser le sociogramme à la fin du projet, il faut que ce dernier soit exigé par le supérieur hiérarchique. Une fois de plus le leadership intervient. On

pourrait dire qu'il va être important pour initier la règle de l'utilisation du sociogramme en tant qu'outil clinique au même titre que les autres outils qui sont déjà utilisés dans les unités, comme le génogramme et la ligne de vie. Les soignants, en étant initialement obligés de réaliser le sociogramme, vont y prendre goût, car nous savons maintenant que le fait de réaliser des sociogrammes et d'en réaliser plusieurs ont impacté sur les bénéfices perçus de l'outil en les augmentant et si les soignants perçoivent plus de bénéfices, ils vont avoir le sentiment que le sociogramme les aide à être plus efficace dans leur travail avec les patients, et cela impacte l'intention de continuer à utiliser le sociogramme.

4. Limites

Les limites principales de ce mémoire reposent sur les réponses des soignants. En effet, on peut se demander si leurs réponses sont le reflet de ce qu'ils pensent vraiment, et pas des réponses qui sont données par désirabilité sociale, c'est-à-dire pour être le plus neutre possible ou pour se conformer à des réponses hypothétiquement attendues. De plus dans les institutions qui ont compté le plus de répondants, c'est le directeur médical qui les a vivement incités à répondre à l'enquête, ce qui a pu influencer les réponses.

Aussi la compréhension de certaines questions a pu poser des problèmes. Lors des séances de remplissage où j'ai pu être présente, il m'est arrivé de devoir expliquer le sens de certaines questions. A l'analyse, j'ai pu également constater que la question à propos du niveau d'études le plus élevé complété ait pu être mal comprise car un certain nombre de réponses ne semblaient pas justes.

Une autre limite importante est le fait que je travaille au sein de l'une des unités participant au projet. De ce fait, indépendamment de ma volonté, mon point de vue et mon vécu peuvent transparaître dans l'interprétation des résultats.

Enfin, étant partie dans une logique d'exploration sans question de recherche précise, je suis peut-être passée à côté de résultats qui auraient pu être significatifs.

Conclusion et perspectives

Tout au long de ce mémoire nous avons pu nous rendre compte de la multitude des facteurs qui sont susceptibles d'intervenir dans le processus d'implémentation. Ces facteurs qu'on ne soupçonne pas toujours sont plus qu'opérants, et jouent le rôle d'obstacle ou de levier dans l'adoption d'une innovation. Ils doivent être détectés, et doivent être pris en compte afin de maximiser les chances de succès du processus d'implémentation en entier.

L'analyse des facteurs propres aux adoptants que nous avons réalisée a révélé que, lors d'un processus d'implémentation, on ne peut pas se contenter de maximiser les bénéfices que l'outil thérapeutique est à même d'apporter dans le travail quotidien des soignants. Il est impératif de diminuer l'effort. En effet les soignants auront tendance à se focaliser sur les efforts que requière l'utilisation ou la réalisation de l'outil, plutôt que sur les bénéfices que cela leur apporte. Cela aura évidemment comme effet de compromettre le processus d'implémentation : si les efforts sont trop importants pour ceux qui ont testé l'outil (qu'on pourrait qualifier de primo-adoptants) ils vont avoir tendance à moins utiliser l'outil. De plus par les phénomènes de dynamique de groupe, les primo-adoptants vont véhiculer les difficultés auxquelles ils font face auprès de leurs pairs (qui représentent la majorité tardive), qui vont être découragés avant même d'avoir expérimenté.

De plus, nous avons pu mettre en lumière que le sentiment d'avoir été assez formé est plus important que la formation en elle-même. En effet, un soignant aura beau être formé autant que nécessaire, s'il n'a pas l'assurance de la maîtrise de l'outil, il aura des appréhensions vis-à-vis de ce dernier, ce qui diminue les chances d'adoption.

Enfin comme nous avons pu le voir dans les pistes que nous avons proposées, il est évident que le leadership tout au long du processus d'implémentation est crucial et une perspective intéressante qui serait à même de compléter ce travail est d'investiguer la manière dont les leaders de proximité ont géré l'implémentation du sociogramme au sein des unités dont ils sont responsables.

BIBLIOGRAPHIE

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Ment Health Serv Res*, 6(2), 61-74.
- Aarons, G. A. (2005). Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: consideration of organizational context and individual differences. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 14(2), 255-271, viii. doi:10.1016/j.chc.2004.04.008
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health*, 38(1), 4-23. Doi: 10.1007/s10488-010-0327-7
- Aarons, G. A., & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(4), 423-431. doi:10.1016/j.jaac.2012.01.018
- Aarons, G. A. J. P. s. (2006). Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice. *57*(8), 1162-1169.
- Birken, S., Clary, A., Alishahi Tabriz, A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. *Implementation Science*, 13. doi:10.1186/s13012-018-0843-5
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *89*(3), 227-232. Doi:10.3917/inpsy.8903.0227
- Bonsack, C. J. S. A. f. N. u. P. A. s. d. n. e. d. p. S. a. o. n., & psychiatry. (2016). La psychiatrie communautaire dans l'inclusion sociale des troubles de la santé mentale. *167*(6), 172-176.
- Bucknall, T., & Rycroft-Malone, J. (2010). Evidence-based practice doing the right thing for patients. *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action*.
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nursing*, 12(4), 99. doi:10.1136/ebn.12.4.99-b

EYSSEN M., LEYS M., DESOMER A., SENN A. & LÉONARD C. (2010). Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes ? Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) KCE Reports 144B. D/2010/10.273/79. [Page consultée le 20 Février 2020]. Disponible à l'adresse https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_144b_organisation_des_soins_de_santé_mentale.pdf.

Farahnak, L., Ehrhart, M., Torres, E., & Aarons, G. (2019). The Influence of Transformational Leadership and Leader Attitudes on Subordinate Attitudes and Implementation Success. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 154805181882452. Doi: 10.1177/1548051818824529.

Gottlieb, B. H., & Coppard, A. E. J. C. J. o. C. M. H. (2009). Using social network therapy to create support systems for the chronically mentally disabled. 6(2), 117-131.

Guide (2010). Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et circuits de soins. Bruxelles. Disponible à l'adresse <http://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf>, page consultée le 17 Décembre 2019.

Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. J. L. i. p. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique: exposé d'un modèle. 92(9), 731-745.

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. Doi: 10.1186/s13643-018-0734-5

Martin, B., Durand, B., & Arveiller, J.-P. (2017). Santé mentale ET processus de rétablissement: Champ social Editions.

Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implement Sci*, 14(1), 1. doi:10.1186/s13012-018-0842-6

- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalization whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2), 120-127. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.007>
- Pinto, R. (2006). Using social network interventions to improve mentally ill clients' well-being. *Clinical social work journal*, 34, 83. Doi: 10.1007/s10615-005-0005-5
- Pinto, R. M. (2006). USING SOCIAL NETWORK INTERVENTIONS TO IMPROVE MENTALLY ILL CLIENTS' WELL-BEING. *Clinical social work journal*, 34(1), 83-83. Doi:10.1007/s10615-005-0005-5
- Postel, J. (2017). Chapitre 1 - Introduction à l'histoire de la psychiatrie. In J.-D. Guelfi & F. Rouillon (Eds.), *Manuel de Psychiatrie (Troisième Édition)* (pp. 3-11). Paris: Elsevier Masson.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*, 38(2), 65-76. Doi: 10.1007/s10488-010-0319-7
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract*, 14(2), 117-123. doi:10.1097/01.PHH.0000311888.06252.bb
- Regnaux, J.-P., Guay, V., & Marsal, C. (2009). Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie, la Revue*, 9(94), 55-61. doi:[https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(09\)70037-3](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(09)70037-3)
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research Ed.)*, 312(7023), 71-72. Doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Salvarelli, J.-P. (2013). De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? 89(1), 15-31. Doi:10.3917/inpsy.8901.0015

Sluzki, C. (2010). Personal Social Networks and Health: Conceptual and Clinical Implications of Their Reciprocal Impact. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 28, 1-18. Doi: 10.1037/a0019061

Stanhope, V., Ross, A., Choy-Brown, M., & Jessell, L. (2019). A Mixed Methods Study of Organizational Readiness for Change and Leadership during a Training Initiative within Community Mental Health Clinics. *Adm Policy Ment Health*, 46(5), 678-687. Doi: 10.1007/s10488-019-00946-x

Stroobants, T., Vanderfaeillie, J., Andries, C., Van Holen, F. J. C., & Review, Y. S. (2016). Youth care workers' perspectives on and adoption of evidence-based practice. 71, 299-307.

Stone, A, et al. (2017). The role of Ego Networks in studies of substance use disorder recovery. DOI : 10.1080/07347324.2016.1182818.

VERNIEST R, LAENEN A, DAEMS A, KOHN L, VANDERMEERSCH G, FABRI V. et al. (2008). Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE reports 84B (D/2008/10.273/47). [Consultée le 20 Février 2020].

Disponible à l'adresse <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atomes/files/d20081027347.pdf>.

World Health Organization (2009). *Improving Health Systems and Services for Mental Health*.

World Health Organization (2019). Beds data by country. [Consulté le 02 Janvier 2020]. Repéré à l'adresse: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHBEDS?lang=en>.

Wyngaerden, F., Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2019). Social support network and continuity of care: an ego-network study of psychiatric service users. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 54(6), 725-735. Doi:10.1007/s00127-019-01660-7

Wyngaerden F. (2019). Pratiques de réseau en psychiatrie. [Consulté le 03 Mai 2020].

Disponible à l'adresse : <https://docplayer.fr/34863789-Francois-wyngaerden-institut-de-recherche-sante-et-societe-ucl-epsilon-reseau-de-soins-psychiatriques-a-bruxelles.html>

Annexes

1. Questionnaire Egonet

PROJET EGONET

Objectif de l'enquête

Cette enquête vise à évaluer la mise en œuvre du projet Egonet auquel votre service et/ou votre institution a pris part. L'objectif de notre démarche est de tenir compte de l'avis des personnes impliquées dans le projet, qui a maintenant démarré il y a un peu plus d'un an. C'est à ce titre que nous vous sollicitons. Répondre au questionnaire vous prendra environ 20 minutes.

Avant d'aller plus loin dans le questionnaire, nous vous invitons à lire attentivement le texte suivant.

Toutes les informations collectées serviront uniquement dans le cadre de cette évaluation et de l'élaboration d'un mémoire en santé publique. Elles seront strictement anonymes. La direction de votre institution n'aura pas accès aux données et les chercheurs n'auront accès qu'à des données anonymisées. Elles ne seront jamais transmises à des tiers et seront conservées pour la durée nécessaire de l'évaluation, conformément à la législation applicable en matière de droit à la vie privée (loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE).

Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire à l'adresse courriel : helene.garin@uclouvain.be

Partie 1/4 : la diffusion du projet

Nous souhaitons nous rendre compte de l'ampleur de la connaissance du projet au sein de votre institution et/ou de votre service.

- Avez-vous déjà entendu des collègues, de votre unité ou d'une autre unité, parler du projet Egonet et/ou de son sociogramme ? ***Veillez noircir la case correspondant à votre réponse.***
 - Oui
 - Non
- Avez-vous des collègues, au sein de votre unité, qui utilisent le sociogramme d'Egonet ? ***Veillez noircir la case correspondant à votre réponse.***
 - Oui
 - Non
- Avez-vous vous-même déjà élaboré un ou plusieurs sociogrammes avec des patients ? ***Veillez noircir la case correspondant à votre réponse.***
 - Non, je n'ai réalisé aucun sociogramme
 - Oui, moins de 5
 - Oui, entre 5 et 10
 - Oui,
 - Entre 11 et 20
 - Oui, plus de 20
- Afin d'élaborer des sociogrammes, avec qui **discutez-vous** ? ***Veillez noircir la case correspondant à votre réponse. Plusieurs réponses sont possibles.***
 - Un(e) supérieur(e) hiérarchique
 - Mes collègues du service, d'une autre profession
 - Mes collègues du service, de la même profession
 - Mes collègues dont je me sens proche
 - Personne
 - Autre :
.....
....

- Afin d'élaborer des sociogrammes, avec qui **collaborez-vous** ? **Veillez noircir la case correspondant à votre réponse. Plusieurs réponses sont possibles.**

- Un(e) supérieur(e) hiérarchique
- Mes collègues du service, d'une autre profession
- Mes collègues du service, de la même profession
- Mes collègues dont je me sens proche
- Personne
- Autre:
.....
...

Partie 2/4 : votre avis sur Egonet et le sociogramme

Nous souhaitons connaître votre opinion à propos de l'outil de cartographie du réseau de support social. Nous vous proposons d'indiquer votre degré d'approbation ou de désapprobation.

Veillez noircir la case correspondant à votre réponse.

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	D'accord	Assez d'accord	Totalement d'accord
Il est pertinent de s'intéresser au réseau de support social des patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis disposé(e) à proposer au patient de réaliser la carte de leur réseau de support social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sociogramme aide à être plus efficace dans mon travail auprès des patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réaliser un sociogramme représente une surcharge de travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Élaborer un sociogramme est un investissement qui en vaut la peine.

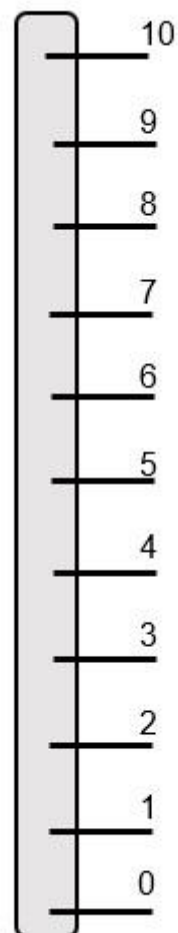
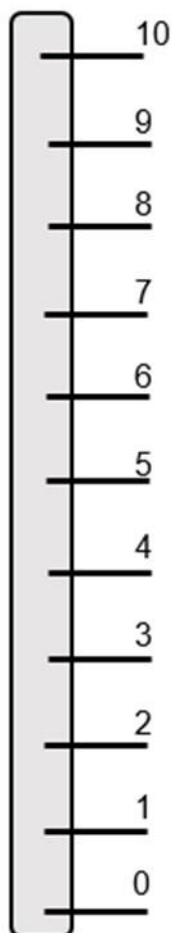
Lorsque le projet Egonet sera terminé, j'ai l'intention de continuer à faire passer des sociogrammes.

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

Indiquez, sur l'échelle de 1 à 10...

... les bénéfices que vous apporte ... l'effort que vous demande l'utilisation du l'utilisation du sociogramme dans votre sociogramme ?

Pratique ?



Pouvez-vous expliquer brièvement votre réponse à la question précédente ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Partie 3/4 : votre avis par rapport aux innovations

Les questions suivantes portent sur votre opinion à propos de l'utilisation de nouveaux types de thérapie, d'interventions ou de traitements. Par ces termes, nous faisons référence à toute intervention comportant des directives spécifiques et/ou des consignes décrites dans un protocole, devant être suivies de manière structurée ou prédéterminée. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque élément.

Veillez noircir la case correspondant à votre réponse.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	D'accord	Assez d'accord	Totalement d'accord
J'apprécie utiliser de nouvelles interventions thérapeutiques pour aider les patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis disposé(e) à essayer de nouvelles interventions thérapeutiques même si je dois suivre un guide d'utilisation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je comprends mieux comment prendre soins de mes patients que les chercheurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis disposé(e) à essayer de nouvelles interventions thérapeutiques proposées par des chercheurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les interventions thérapeutiques basées sur la recherche scientifique ne sont pas utiles pour la clinique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'expérience clinique est plus importante que les protocoles d'interventions thérapeutiques.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si j'ai le choix, je n'utiliserai pas de protocoles d'interventions thérapeutiques.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si j'ai le choix, j'essaierai une nouvelle intervention thérapeutique, même si elle est très différente de ce que j'ai l'habitude de faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez noircir la case correspondant à votre réponse.

Pour toutes les questions suivantes :

Si vous aviez suivi une formation pour une intervention thérapeutique qui est nouvelle pour vous, est-ce que vous utiliseriez l'intervention ...

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	D'accord	Assez d'accord	Totalement d'accord
Si elle suscite votre intérêt ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si elle a du sens pour vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si votre chef de service/supérieur hiérarchique direct l'exige ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si la direction de votre institution l'exige ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si elle était exigée par les autorités politiques ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si elle est utilisée par des collègues qui sont satisfaits de son utilisation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous avez l'impression d'avoir été suffisamment formé(e) pour pouvoir l'utiliser correctement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 4/4 : données sociodémographiques

A propos de vous :

- Quel âge avez-vous?

.....

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le secteur de la santé mentale ?

.....

- Veuillez cocher la case correspondant à votre profession.

- Aide-logistique
- Médecin interne en psychiatrie / assistant
- Aide-soignant(e)
- Médecin psychiatre
- Assistant(e) social(e)
- Médecin psychiatre chef de service
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Infirmier(e)
- Psychologue chef des paramédicaux
- Infirmier(e) chef de service
- Autre (précisez) :

- Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez complété ?

Ex : primaire, secondaire, bachelier universitaire ou non universitaire (« graduat »), master (« licence »), doctorat.

.....

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de participer à cette enquête.

En cas de questions et de remarques, n'hésitez pas à contacter :

Hélène Garin

Institut de Recherche Santé et Société

Université catholique de Louvain

Clos chapelle aux champs,

30 1200 Woluwe Saint

Lambert

[helene.garin@uclouvain.b](mailto:helene.garin@uclouvain.be)

[e](mailto:helene.garin@uclouvain.be)

2. Code book

Variable	Type	Décimale	Libellé	Valeurs	Mesure
ID					Nominale
Institution	Numérique	0	/	1= FR 2= LR 3= AP 4= AD 5= SL	Nominale
Unité	Numérique	0	/	1= unité 1FR 2= unité 2FR 3= unité 3FR 4= unité 4FR 5 = unité 5FR 6= unité 6 FR 7= unité 7LR 8= unité 8 LR 9= unité 9 LR 10= unité 10AD 11= unité 11 AP 12=unité 12SL	Nominale
U.test	Numérique	0	Participation à Egonet	0= ne participe pas 1= participe 2= a participé au projet	Nominale/ binaire
Age	Numérique	1	/	/	Echelle
EXP	Numérique	1	Expérience professionnelle	/	Echelle
Fonction	Numérique	0	/	1= aide logistique 2 = aide-soignante 3= assistante sociale 4= ergo 5= infirmière 6= infirmière chef 7= assistant psychiatre 8= psychiatre	Nominale

				9= psychiatre chef de service 10= psychologue 11 = responsable para 12= Educ 13= art thérapeute 14= soignant 15=kiné 16 = secrétaire admin 17= psychomot 18= moniteur sportif 19= chercheur	
NIVEAU	Numérique	0	Niveau scolaire complété	1= CESS 2= bac H 2S= spécialisation 3= Bac U 4= Master 5= 3 ^e cycle 6= Doctorat	Nominal ou ordinal
Diffusion projet Egonet					
Diff 1	Numérique	0	Entendu parler	0= non 1 = oui	Nominal/ binaire
Diff 2	Numérique	0	Collègues utilisent	0= non 1 = oui	Nominal/ binaire
Diff 3	Numérique	0	J'ai élaboré socio	0= jamais 1= 5[2= [5-10] 3= [11-20] 4=]20 99= unité témoin	Ordinal
Diff 4	Numérique	0	Avec qui discutez vous		Nominal

Diff 4a	Numérique	0	Sup hiérarchique	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 4b	Numérique	0	Collègues autre profession	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 4c	Numérique	0	Collègues même profession	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 4d	Numérique	0	Collègue proche	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 4E	Numérique	0	Personne	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 4f	Numérique	0	Réunion pluri	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 4g	Numérique	0	Patient	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 4h	Numérique	0	Ref Egonet	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 4z	Numérique	0	Ne s'applique pas	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5	Numérique	0	Avec qui collaborez vous		Nominal
Diff 5a	Numérique	0	Sup hiérarchique	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5b	Numérique	0	Collègue autre profession	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5c	Numérique	0	Collègue même profession	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5d	Numérique	0	Collègue proche	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5 e	Numérique	0	Personne	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5 f	Numérique	0	Réunion pluri	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5 g	Numérique	0	Patient	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5h	Numérique	0	Ref Egonet	0= non 1 = oui	Nominal
Diff 5 i	Numérique	0	Formateur Egonet	0=non 1= oui	Nominal
Diff 5 z	Numérique	0	Ne s'applique pas	0= non 1 = oui	Nominal
Avis Egonet					
AVE1	Numérique	0	RSS pertinent	0= pas du tout ok 1= plutôt ok	Ordinal

				2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	
AVE2	Numérique	0	Dispo à proposer RSS à patient	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVE3	Numérique	0	Socio rend le travail clinique efficace	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVE4	Numérique	0	Socio est une surcharge de travail	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVE5	Numérique	0	Socio est un investissement positif	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVE6	Numérique	0	Continuera à utiliser socio à la fin du projet	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVE7	Numérique	0	Bénéfices	0= pas du tout ok 1= plutôt ok	Ordinal

				2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	
AVE8	Numérique	0	Efforts	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
Avis Innovations					
AVI1	Numérique	0	J'apprécie les inno	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI2	Numérique	0	Utilisera inno même si guide	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI3	Numérique	0	Comprends mieux les patients que les chercheurs	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI4	Numérique	0	Dispo à essayer les inno provenant de chercheur	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI5	Numérique	0	Inno pas utile pour la clinique	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok	Ordinal

				4= totalement ok	
AVI6	Numérique	0	Exp clinique plus important qu'inno	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI7	Numérique	0	Si choix, n'utilisera pas inno	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI8	Numérique	0	Si choix, utilisera inno	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI9	Numérique	0	Si formation, utilisation inno si sens	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI10	Numérique	0	Si intérêt	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI 11	Numérique	0	Si exigé par N+1	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI12	Numérique	0	Si exigé instit	0= pas du tout ok 1= plutôt ok	Ordinal

				2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	
AVI13	Numérique	0	Si exigé gouvernement	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI14	Numérique	0	Si collègues satisfaits	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal
AVI15	Numérique	0	Si impression d'avoir été suffisamment formé	0= pas du tout ok 1= plutôt ok 2= ok 3= assez ok 4= totalement ok	Ordinal

3. Tableaux

3.1 – score EBPAS en fonction des unités et caractéristiques socio démographiques (N=145)

	Score moyen ± DS EBPAS	ANOVA F (p valeur)
Unité		
Unité 1	2.6 +/-0.6	1.6 (0.106)
Unité 2	2.3 +/- 0.5	
Unité 3	2.4 +/-0.4	
Unité 4	2.6 +/- 0.4	
Unité 5	2.25+/-0.5	
Unité 6	2.25+/-0.2	
Unité 7	2.6 +/-0.6	
Unité 8	2.1 +/-0.6	
Unité 9	2.35+/-0.5	
Unité 10	2.4 +/-0.5	
Unité 11	2.3 +/-0.4	
Unité 12	1.6+/-0.044	
Nivea scolaire		
CESS	2.4 +/- 0.5	0.197 (0.939)
Bachelier	2.4 +/- 0.4	
Master	2.4 +/- 0.6	
Master complémentaire	2.3 +/- 0.65	
Autre	2.5 +/- 0.55	
Tranches d'âge		
20-30	2.5 +/-0.46	0.99 0.416)
31-40	2.4 +/- 0.6	
41-50	2.3 +/-0.5	
51-60	2.26 +/-0.44	
Tranches d'expérience		
0-5	2.5 +/-0.46	1.42 (0.230)
6-10	2.6 +/- 0.55	
11-15	2.4 +/- 0.6	
16-20	2.3 +/- 0.51	
21-25	2.25+/-0.33	
26-30	2.30+/-0.46	
31-35	/	
36-40	2.32 +/-0.25	
Profession		
Médecin	2.6 +/- 0.6	<u>2.09 (0.016)</u>
Psychologue	2.2 +/- 0.31	
Infirmière	2.45+/-0.4	
Assistante sociale	2.4+/-0.5	
Ergothérapeute	2.5+/-0.3	
Educateur	2.3+/-0.5	
Autre	2.4 +/- 0.56	

3.2- caractéristiques sociodémographiques n=72

	Moyenne ± DS OU pourcentage des répondants
Age en années	37.2 ± 11.05
Expérience professionnelle en années	10.7 ± 9.3
Profession	
Infirmier	38.9
Psychologue	18.1
Médecin	11.1
Autres	31.9
Niveau scolaire complété	
CESS	5.6
Bachelier	52.8
Master	19.4
Master complémentaire	13.9
Autre	5.6

3.3- Moyenne des efforts en fonction du nombre de sociogramme réalisé

	Moyenne des efforts ± DS	ANOVA F (p valeur)
0	4.9 ± 3.2	
]5	6.65 ± 2.45	
[5-10]	7.5 ± 1.7	2.12 (0.090)
[11-20]	6.7 ± 1.5	
]20	5.0 ± 2.61	

3.4 – Moyenne des scores EBPAS en fonction du nombre de sociogrammes réalisés

	Moyenne score EBPAS ± DS	ANOVA F (p valeur)
0	2.5 ± 0.55	
]5	2.2 ± 0.42	
[5-10]	2.6 ± 0.41	1.33 (0.267)
[11-20]	2.1 ± 0.37	
]20	2.54 ± 0.66	

3.5- Tableau - avis concernant les innovations (n=72)

	Pourcentage d'accord	Moyenne de score (sur 4) ± DS
Score Attirance		2.6 ± 0.8
J'utiliserai une innovation si :		
- Il suscite mon intérêt.	93.1	
- S'il a du sens pour moi.	91.7	
- S'il est utilisé par des collègues qui en sont satisfaits.	80.6	
- Si j'ai l'impression d'avoir été suffisamment formé.	88.9	
Score Ouverture:		2.6 ± 0.8
J'apprécie les innovations.	93.1	
J'utilisera une innovation même si je dois utiliser un guide.	80.6	
Je suis disposée à utiliser une innovation proposé par chercheur.	87.5	
Si j'ai le choix, j'utiliserai une innovation.	81.9	
Score Divergence		1.6 ± 0.7
Les innovations ne sont pas utile.	8.3	
L'expérience clinique est plus importante que l'innovation.	58.3	
Je comprends mieux les patients que chercheurs.	61.1	
Si j'ai le choix, je n'utiliserai pas l'innovation.	27.8	
Score Exigence totale		2.0 ± 0.8
J'utiliserai une innovation si elle est exigée par :		
- Supérieur hiérarchique.	69.4	
- Institution.	75.0	
- Politiques gouvernementales.	59.7	
Score EBPAS		2.4 ± 0.5

3.6- Tableau – réalisation ou non du sociogramme en fonction des avis concernant les innovations

	n d'accord n'ayant jamais réalisé	n d'accord ayant déjà réalisé	Chi 2 ou F (p valeur)
J'utiliserai une innovation si :			
- Il suscite mon intérêt.	34	33	F= 1.0 (0.61)
- S'il a du sens pour moi.	32	34	F= 1.06 (0.64)
- S'il est utilisé par des collègues qui en sont satisfaits.	27	31	Chi 2=0.55(0.46)
- Si j'ai l'impression d'avoir été suffisamment formé.	32	32	F= 0.129 (1.0)
J'apprécie les innovations.	33	34	F= 0.35 (1.0)
J'utilisera une innovation même si je dois utiliser un guide.	28	30	Chi 2= 1.34 (0.25)
Je suis disposée à utiliser une innovation proposé par chercheur.	31	32	F= 0.50 (0.71)
Si j'ai le choix, j'utiliserai une innovation.	29	30	Chi 2= 0.78 (0.38)
Les innovations ne sont pas utiles.	4	2	F= 0.61 (0.68)
L'expérience clinique est plus importante que l'innovation.	20	22	Chi2 = 0.12 (0.73)
Je comprends mieux les patients que chercheurs.	24	20	Chi 2= 0.5 (0.48)
Si j'ai le choix, je n'utiliserai pas l'innovation.	13	7	Chi 2= 2.1 (0.15)
J'utiliserai une innovation si elle est exigée par :			
- Supérieur hiérarchique.	27	23	Chi2= 2.65 (0.15)
- Institution.	28	26	Chi2= 0.66 (0.42)
- Politiques gouvernementales.	22	21	Chi2= 0.063 (0.8)

3.7- Tableau- facteurs socio démographiques et nombre de sociogrammes réalisés

	n ayant réalisé moins de 5 sociogrammes	n ayant réalisé plus de 5 sociogrammes	Chi carré x^2 (p valeur)
Age			
21-30	8	8	
31-40	4	4	
41-50	5	2	$x^2 = 1.94 (0.746)$
50+	3	1	
Profession			
Infirmiers	12	8	
Psychologue	2	0	$x^2 = 3.2(0.784)$
Médecin	0	0	
Autre	7	5	
Expérience professionnelle			
0-5	8	7	

6-10	3	2	$x^2 = 4.38 (0.357)$
11-15	2	3	
16-20	6	2	
21-25	1	1	
Niveau d'études	16	11	$x^2 = 0.216(0.90)$
CESS	3	3	
Bachelier	0	0	
Master	0	0	
Master complémentaire	0	0	
Autre	0	0	

3.8 – facteurs sociodémographiques selon l'intention ou non de continuer à utiliser le sociogramme

	n ayant l'intention de continuer	n n'ayant pas l'intention de continuer	Fischer F ou Chi carré x^2 (p de valeur)
Age en années			
20-30	17	8	$x^2 = 4.479 (0.345)$
31-40	9	9	
41-50	11	4	
51+	6	2	
Expérience professionnelle en années			
0-5			$x^2 = 0.605 (0.962)$
6-10			
11-15	16	9	
16-20	8	5	
21+	7	3	
	4	2	
	6	5	
Profession			
Infirmiers	18	9	$x^2 = 16.046 (0.066)$
Psychologue	6	6	
Psychiatre (dont assistant)	7	1	
Autre	12	7	
Niveau scolaire			
CESS	3	1	$x^2 = 4.204 (0.379)$
Bachelier	21	15	
Master	12	2	
Master complémentaire	5	4	
Autre	2	2	

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp