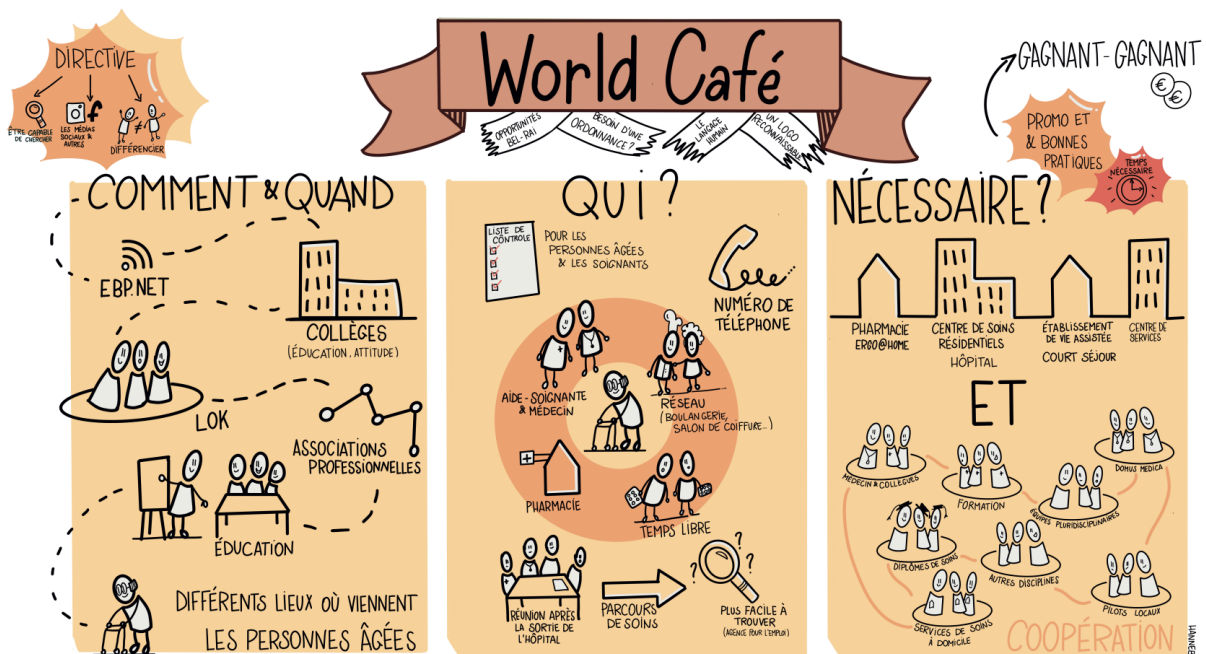


Rapport final

Élaboration d'un plan pour la mise en œuvre d'une ligne directrice d'ergothérapie pour le maintien de la fonctionnalité et de la participation sociale de la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile.



Anne Ledoux (UCLouvain) - Stijn De Baets (UGent)

Promoteurs
Thérèse Van Durme (UCLouvain)
Patricia De Vriendt (VUB)
Dominique Van de Velde (UGent)

Table des matières

Introduction.....	4
Personnes âgées fragiles	4
L'ergothérapie.....	4
L'objectif de la ligne directrice : fonctionnalité et participation sociale.....	5
La première ligne	5
Ergothérapie en première ligne	6
Méthodologie	8
Volet 1 : Analyse approfondie des obstacles et des facteurs facilitants à l'implémentation de la première ligne belge, selon les parties prenantes.....	10
Volet 2 : Identification de stratégies pour surmonter les obstacles identifiés dans le WPI et pour soutenir les opportunités.	12
Volet 3. Priorisation et articulation pour le plan stratégique pour faciliter l'implémentation de la ligne directrice.	13
Résultats.....	14
Résultats des analyses qualitatives	14
Thème 1: Facilitateurs et barrières au niveau micro	16
Thème 2: Facilitateurs et barrières au niveau meso	17
Thème 3: Facilitateurs et barrières au niveau macro.....	18
Thème 4: Facilitateurs et barrières au niveau de la directive elle-même ou aux niveaux micro, méso et macro.	21
Résultat de l'étude Delphi	25
Le premier round du Delphi.....	25
Les résultats de l'ensemble des répondants	25
Les résultats en fonction du type de répondant (profession) :	27
Le deuxième round du Delphi.....	32
Les 12 priorités reconnues comme « haute » suite au 2 ^{ème} round sont :.....	33
Après les deux tours du Delphi : création d'un modèle logique reliant les stratégies, déterminants de l'implémentation, avec les résultats.....	34
Discussion et conclusions.....	37
Bref résumé des résultats.....	37
Discussion.....	38
Forces et faiblesses de l'étude.	40
Limitation concernant le début et le calendrier du projet.....	41
Conclusion générale.....	42
Liste des annexes, tableaux et figures	43

Références.....	44
Annexe 1: Profils invités aux différentes activités lors du processus.....	49
Annexe 2 : Guide d’entretien pour les entretiens individuels semi-structurés et pour les focus group	50
Annexe 3 : Les 7 thèmes et leurs subdivisions	52
Annexe 4 : priorités calculées pour chaque proposition suite au premier round du Delphi.....	55
Annexe 5: priorisation du round I par type de profession	59
Annexe 6: 2 ^{ème} round Delphi : comparaison entre niveau de priorité après le 1 ^{er} round et octroyé à la fin du deuxième round.....	63

Introduction

Personnes âgées fragiles

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) encourage le vieillissement actif et sain (Active and Healthy Ageing ou AHA), qu'elle définit comme le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité afin d'améliorer la qualité de vie des personnes qui vieillissent et de prévenir la fragilité. La fragilité représente le plus grand risque dans le domaine du vieillissement et a attiré l'attention ces dernières décennies en tant que syndrome gériatrique majeur (OMS, 2015).

Au départ, la fragilité était principalement considérée comme « un état ou un syndrome résultant d'une réduction multisystémique de la capacité de réserve, au point qu'un certain nombre de systèmes physiologiques sont proches du seuil de défaillance clinique symptomatique ou l'ont dépassé » (Campbell & Buchner, 1997), en particulier la fragilité physique. Le « golden standard » de la fragilité physique est le « Phénotype de fragilité » (Fried et al., 2001). Ce cadre comprend les critères suivants : perte de poids, épuisement, réduction de l'activité physique, réduction de la vitesse de marche, réduction de la force de pression des mains. Ces dernières années, une approche multidimensionnelle a également été adoptée, prenant en compte les éléments psychosociaux (Roppolo, Mulasso, Gobbens, Mosso, & Rabaglietti, 2015). Par ailleurs, les chercheurs et les cliniciens adoptent également un modèle par étapes dans lequel la préfragilité est considérée comme une étape intermédiaire. Le moindre facteur de stress entraîne des effets négatifs sur la santé, tels que des chutes, des hospitalisations, la perte d'activités significatives, des limitations de l'indépendance, une participation réduite, le déménagement dans un établissement résidentiel et un décès prématuré, entre autres. La fragilité a un impact sur la qualité de vie de la personne âgée, mais celle-ci risque en outre de voir la charge de soins augmenter pour les aidants proches et sa qualité de vie diminuer. Tout cela entraîne une augmentation des coûts des soins de santé et constitue donc un défi sociétal (Fried et al., 2001 ; Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010). Une identification du stade préalable de la fragilité et une approche préventive adaptée sont nécessaires (Walston et al, 2018 ; Travers et al, 2019), tout comme une approche adaptée de la fragilité elle-même.

En raison des différentes approches de la fragilité, il est difficile de donner des chiffres de prévalence précis. Les chiffres varient de 5 à 58 % selon l'outil de mesure utilisé (Sternberg et al, 2011). Ce qui est certain, c'est que la prévalence augmente avec l'âge, tout comme la prévalence des maladies chroniques, qui sont souvent associées à la fragilité (Statbel, 2019).

L'ergothérapie

L'auto-efficacité, l'autogestion, les activités significatives et la participation (sociale) font partie du cœur de métier de l'ergothérapeute. En général, l'ergothérapie ne se concentre pas sur la « pathologie » mais sur ses conséquences et - dans une situation idéale - sur sa prévention grâce à des programmes de prévention. L'incapacité à fonctionner ou à participer de manière autonome est appelée « problème d'action » dans le jargon de l'ergothérapie. C'est la raison de l'inscription ou de l'orientation vers un ergothérapeute. Ce problème peut résulter d'un déséquilibre entre la personne (par exemple, une maladie, un traumatisme ou une pathologie), l'activité (activités bénévoles, domestiques, d'autosoins ou de relaxation, etc. Par conséquent, l'ergothérapie est une discipline indépendante de la pathologie et de l'âge qui permet aux personnes (enfants, adultes et personnes âgées) de retrouver leur capacité à mener une vie aussi autonome que possible (malgré les affections auxquelles elles sont confrontées) et à participer à la vie sociale et communautaire (participation). Pour parvenir à cette vie « optimale », il faut trouver un équilibre entre les capacités physiques, mentales et cognitives de la personne, la complexité de l'activité à réaliser et l'environnement, qui devrait avoir un rôle de soutien mais qui, souvent, a aussi un rôle d'entrave.

L'objectif de la ligne directrice : fonctionnalité et participation sociale

La ligne directrice développée se concentre sur la fonctionnalité et la participation sociale. La fonctionnalité est généralement assimilée à la capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) de manière indépendante et traditionnellement divisée en AVQ de base (b-), les activités d'autosoins nécessaires pour rester en vie (Reuben et al, 1991) et AVQ instrumentales (i-), les activités nécessaires pour vivre de manière indépendante (Reuben et al, 1991). Un terme couramment utilisé pour désigner les problèmes liés aux AVQ est celui de « handicap ». Cependant, des recherches récentes montrent également que les AVQ avancées (a-) jouent un rôle dans le fonctionnement d'une personne (Costenoble, 2019). Il s'agit de toutes les activités qui n'appartiennent pas aux catégories b- et i-ADL et qui sont liées à la personne et à la culture (Reuben et al, 1991). La participation sociale ensuite, selon Levasseur et al, est “a very broad concept that can take many forms, including leisure activities, meeting friends, volunteering, and more” (Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010). Sur cette base, Duppen et al (2019) la définit comme suit : « La participation sociale comprend toutes les activités où les gens interagissent avec d'autres, des activités à orientation sociale aux activités à orientation sociale ».

La première ligne

En raison des évolutions démographiques (plus de personnes âgées, plus de maladies chroniques, plus de multimorbidités), on a assisté ces dernières années à un glissement vers la première ligne au détriment de la deuxième ligne et des autres. La première ligne constitue donc la base du système de santé. En Flandre, cela s'est traduit par un redécoupage du paysage des soins de santé avec la construction de 60 zones de première ligne, avec les diplômes de soins correspondants et la création de l'Institut flamand de première ligne. Cette réorganisation est limitée à la Flandre ; il n'existe pas à ce jour d'organisation similaire en Belgique francophone, bien que des étapes importantes soient franchies à Bruxelles et en Wallonie, pour organiser la première ligne selon une logique territoriale locale (cf. Plan Social Santé Bruxellois et Proxisanté Wallon).

Utiliser les directives et les preuves dans la pratique

La mise en œuvre des preuves dans la pratique n'est pas une tâche facile. Il est généralement admis qu'il faut en moyenne 17 ans pour que les données probantes soient intégrées dans la pratique courante et que seule la moitié des lignes directrices sont mises en pratique. Dans ce contexte, on parle d'un « écart entre les preuves et la pratique » (Lang, 2007). Des recherches sont menées, des données factuelles et des lignes directrices sont créées, mais on attend ensuite trop des professionnels qu'ils trouvent leur propre chemin et mettent en œuvre les preuves de leur propre chef, abandonnant pour ce faire les vieilles routines familières. En conséquence, de nombreuses recherches sont sous-utilisées et de nombreuses personnes ayant des besoins en matière de soins et de soutien se voient refuser les soins appropriés. La mise en œuvre des lignes directrices est un processus complexe qui peut être entravé par de nombreux facteurs : individuels (pas de connaissance des lignes directrices, pas de temps pour les examiner, résistance à l'innovation), organisationnels (pas d'intégration structurelle de l'examen des preuves disponibles, pas d'accès aux bases de données, concentration excessive sur la productivité) et systémiques (pas de financement des innovations).

Dans le secteur de la première ligne, le défi est encore plus grand car, après tout, il s'agit généralement de mettre en œuvre des interventions dites complexes, étant donné que la première ligne est principalement confrontée à des maladies chroniques et à la multimorbidité et que l'objectif est d'offrir des soins centrés sur la personne (*person-centered care*). L'introduction de nouveaux soins centrés sur la personne n'est pas facile pour les cabinets de première ligne. La recherche montre l'existence d'obstacles spécifiques à la première ligne : le manque de connaissances, de compétences et de motivation des professionnels pour appliquer les preuves dans la pratique, et la résistance à le faire. Evidence-based practice net (ebpracticenet) tente de remédier à cette situation en créant une équipe chargée de faciliter la mise en œuvre des lignes directrices. On peut s'attendre à ce qu'il en soit de

même pour les directives relatives à l'ergothérapie en première ligne pour les personnes âgées fragiles. Par définition, des interventions complexes sont attendues pour les personnes âgées fragiles vivant à domicile. En outre, l'ergothérapie n'a pas encore été pleinement mise en œuvre dans de la première ligne. Ce point est abordé plus en détail dans une section ultérieure.

La conclusion est qu'il est nécessaire d'accorder beaucoup d'attention à la recherche sur la mise en œuvre, de mettre les preuves en pratique de telle sorte que l'effet escompté puisse être atteint tout en adaptant la nouvelle forme de travail ou le nouveau programme aux circonstances locales. Pour cela, il est nécessaire de comprendre les obstacles et les facteurs qui peuvent entraver ou faciliter la mise en œuvre, ainsi que les processus et les personnes concernés. Il existe de nombreux modèles et théories dans le contexte des sciences de la mise en œuvre, qui se concentrent soit sur les processus, les déterminants, les théories, les modèles d'évaluation ou plusieurs éléments ensemble. Une étude récente a identifié 15 modèles de processus et 17 cadres avec déterminants, dont quatre modèles comprenant des éléments des deux (Ine). Parmi ces quatre modèles, c'est le « Consolidated Framework for Implementation Research » qui a été choisi ici (CFIR Research Team-Centre for Clinical Management Research, 2009).

Organisation de l'ergothérapie en Belgique : enseignement et emploi

La formation en ergothérapie (anciennement ergothérapeute) en Belgique remonte à 1959. Le premier diplôme a été décerné en 1962. Depuis 1996, la formation est un programme de trois ans de type bachelor, tant en Flandre qu'en Wallonie. Huit Hautes Ecoles proposent ce cours en Flandre, sept en Wallonie. Environ 1 000 nouveaux ergothérapeutes sont diplômés chaque année, 725 en Flandre et 275 en Wallonie. En Flandre, depuis l'année académique 2010-2011, il existe un programme de master proposé de manière interuniversitaire. Depuis lors, il existe 188 personnes disposant d'un master en ergothérapie. C'est différent dans nos pays voisins, par exemple, il y a des pays qui ont des programmes de licence en quatre ans, avec seulement des masters, tant académiques que professionnels, et il y a des doctorats en ergothérapie. Ce dernier n'existe pas en Belgique, ce qui fait que certains choisissent le doctorat en sciences de la santé ou le doctorat en gérontologie, par exemple, après l'obtention du master.

Selon des chiffres récents du SPF, il y a un total 12 963 ergothérapeutes agréés en Belgique, dont 8019 en région flamande, 2603 en région wallonne et 682 dans la région de Bruxelles-Capitale. Parmi ces ergothérapeutes, 188 sont donc titulaires d'un master en ergothérapie, mais un nombre inconnu est également titulaire d'un autre master, tel qu'un master en gérontologie, en promotion de la santé, en politique de la santé, en santé publique, etc. Parmi ces ergothérapeutes, 88% sont salariés (9362), 3% (313) sont indépendants, et 9% ont un statut mixte (947).

En Flandre, il existe une association professionnelle qui compte 450 à 500 membres ; en Wallonie, il en existe également une qui compte entre 300 et 400 membres, selon l'année. Au sein de l'association professionnelle flamande, un groupe de travail « Services ergothérapeutiques à domicile » (EDITH) a été créé pour soutenir les ergothérapeutes de première ligne. Des travaux récents portent également sur les cercles d'ergothérapie, à titre de soutien. L'association professionnelle francophone assure le suivi des projets de première ligne, ce qui laisse supposer qu'une vingtaine d'ergothérapeutes sont actifs dans ces projets. Des cercles ont émergé là aussi.

Ergothérapie en première ligne

Le nombre précis d'ergothérapeutes travaillant au niveau de la première ligne est inconnu. Un rapport du Council for Occupational Therapy for the European Countries (COTEC) datant de 2021 mentionne quelque 600 ergothérapeutes travaillant en première ligne, et ce chiffre inclut également les ergothérapeutes travaillant dans les centres de soins résidentiels (car ceux-ci sont assimilés au lieu de résidence de la personne).

L'ergothérapie n'est pas encore totalement développée en Belgique, contrairement aux évolutions observées dans d'autres pays. Les différentes études menées dans le cadre de la révision de l'arrêté royal de 1996 initiée par Ergothérapie Belgique montrent la nécessité pour les ergothérapeutes d'être présents dans les soins de première ligne mais à ce jour, ce n'est manifestement pas encore le cas. Le projet de recherche de 2003 à 2006 de Van de Velde & De Vriendt a également montré clairement que l'ergothérapeute est une discipline très jeune et qu'elle n'est pas encore très bien établie dans de la première ligne, bien que l'ergothérapeute soit apprécié par d'autres parce qu'il peut bien saisir le contexte de la personne, selon les pratiques de première ligne interrogées. Dans le même projet, la première intervention flamande pour les personnes âgées fragiles a également été développée et l'étude a montré que l'intervention centrée sur le client et orientée vers l'activité avait des effets positifs sur l'auto-efficacité, la douleur et la qualité de vie liée à la santé (Van de Velde, 2009 ; De Vriendt, 2014).

Ces dernières années, l'ergothérapie a été mise en œuvre de différentes manières dans de la première ligne, dans les mutualités, les magasins de matériel de soins à domicile, les centres de services locaux, les services de soins à domicile, ... Plusieurs projets ont été lancés (par exemple, le projet « Problèmes fonctionnels à domicile pour publics vulnérables », financé par la Fondation Roi Baudouin). Une nomenclature limitée de l'ergothérapie a également été élaborée. De plus en plus d'ergothérapeutes indépendants se sont également établis. Mais l'absence d'une nomenclature adéquate rend l'exercice de l'ergothérapie financièrement peu viable dans le système de santé actuel. Par conséquent, l'ergothérapie en première ligne n'est pas (encore) une norme dans la Belgique et dans la pratique, il existe de grandes différences par région.

Il est crucial de développer une stratégie pour mettre en œuvre la directive d'ergothérapie pour les personnes âgées fragiles dans de la première ligne, au bénéfice de la personne âgée fragile et de son environnement, tout en tenant compte du contexte des soins de santé.

Méthodologie

Pour commencer, nous proposons de clarifier la **définition** de l'implémentation d'une ligne directrice selon le rapport 2017 du KCE. L'implémentation désigne « l'utilisation de stratégies visant à favoriser l'adoption et l'intégration des lignes directrices et autres produits EBP dans les pratiques de routine. Cela implique d'identifier les obstacles à cette mise en pratique et de proposer des solutions pour les contourner » (Adriaenssens et al., 2017), page 10). Selon les auteurs de ce rapport, le concept d'implémentation est quelquefois difficile à distinguer de celui de la dissémination, qui est « la distribution activement ciblée de l'information EBP vers un public spécifique. » (Adriaenssens et al., 2017), page 10). Dans le cadre de cette recherche, les stratégies portant sur la dissémination feront partie de l'analyse et des recommandations.

Suite à l'appel à candidatures, cette partie propose de répondre aux **deux questions de recherches** suivantes, en suivant le cadre d'analyse du Consolidated Framework for Implementation Research (Cadre consolidé de recherche sur l'implémentation) (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009) et la revue des revues systématiques de Lau, portant sur la gestion de l'innovation en première ligne (Lau et al., 2015):

1. Quels sont les **obstacles et les facteurs facilitants** à une implémentation réussie de la ligne directrice? Ces obstacles et ces opportunités sont-ils liés à l'un des domaines suivants
 - à la ligne directrice elle-même,
 - aux individus eux-mêmes (niveau micro) :
 - les ergothérapeutes, les prescripteurs de l'ergothérapie et les autres professionnels de la première ligne,
 - au niveau de l'utilisateur des services de santé, son aidant proche,
 - au processus de mise en œuvre lui-même (par exemple, la planification, le déploiement, la réflexion sur la mise en œuvre, la présence de personnes clés dans le processus),
 - au contexte interne de l'organisation qui organise l'ergothérapie (par exemple, au niveau méso-professionnel),
 - au contexte externe dans lequel les soins à domicile sont dispensés :
 - au niveau méso-organisationnel,
 - au niveau macro : politiques provinciales, régionales, fédérales, ... ?
2. **Quels outils peuvent être fournis pour soutenir les facteurs facilitants et surmonter ces obstacles ?**

Pour répondre à ces questions, nous avons fait appel à différentes méthodes séquentielles, qui sont reprises dans la Figure 1.

- L'analyse approfondie des facteurs facilitants et des obstacles à l'implémentation de la ligne directrice dans le contexte belge (sur la base des réponses à la question 1 et ses sous-domaines) et
- Le projet de plan d'implémentation et le feedback aux parties prenantes (sur la base des réponses à la question 2).
- La priorisation des étapes du plan d'implémentation.

Ces volets sont examinés dans l'ordre ci-dessous.

Il est à souligner qu'à intervalles réguliers, l'équipe de chercheurs a interagi à trois reprises avec les parties prenantes¹, afin de récolter leur avis sur le plan de recherche et les résultats intermédiaires. L'équipe de chercheurs, quant à elle, s'est réunie au cours de réunions au moins mensuelles, voire hebdomadaires dans les phases finales.

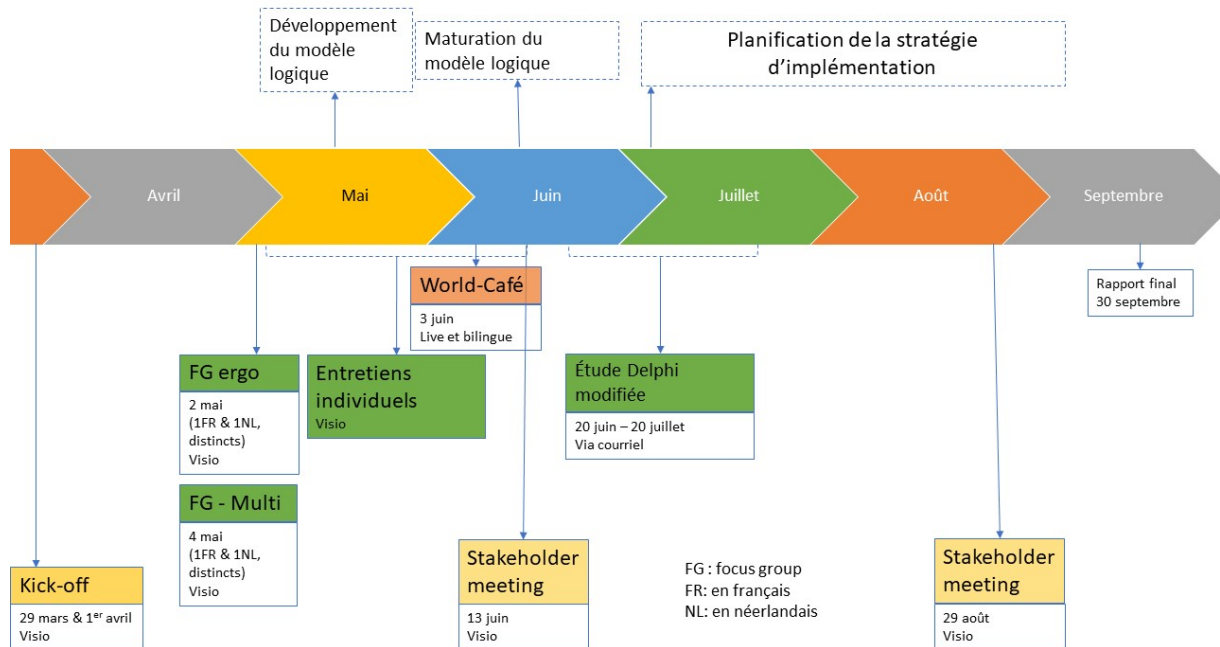


Figure 1. Résumé graphique de l'ensemble des étapes pour cette partie

¹ Les profils des participants aux réunions de parties prenantes, ceux ayant participé aux interviews, focus groups et world café, sont repris dans la partie Résultats.

Volet I : Analyse approfondie des obstacles et des facteurs facilitants à l'implémentation de la première ligne belge, selon les parties prenantes.

Méthode : devis de recherche qualitatif avec des focus groups et des entretiens individuels semi-structurés.

1. **Identification des parties prenantes** pertinentes pour ce cadre, qui sont devenues nos participants aux focus groups et entretiens individuels.
 - **Usagers finaux.** La voix des utilisateurs finaux était essentielle pour identifier les obstacles et les facteurs facilitants. Le temps imparti ne nous permettait pas de faire appel aux personnes âgées en situation de fragilité. Nous avons donc fait appel aux associations pouvant les représenter au mieux, via l'expertise des partenaires de nos réseaux respectifs, identifiés au cours de nos recherches et projets antérieurs, en leur demandant d'identifier à leur tour des profils pertinents, notamment via des associations d'usagers et aidants proches (par exemple : la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), Aidants proches ASBL et Vlaams Patiëntenplatform (VPP) et le Vlaamse Academie voor de Eerste Lijn, Be.Hive et Belgian Ageing Studies.
 - **Utilisateurs.** Le groupe d'utilisateurs comprenait un large éventail de parties prenantes. Il y a tout d'abord le groupe des soignants, parmi lesquels les ergothérapeutes figurent en première place, mais aussi les collègues des autres disciplines de la première ligne, qu'ils soient prescripteurs de l'ergothérapie ou non. Ici également, nous avons fait appel aux mêmes réseaux que pour identifier des représentants des usagers finaux.
 - **Autres parties prenantes.** Enfin, il était très important d'inclure la perspective des partenaires tels que les autorités en charge de la santé au niveau fédéral et les entités fédérées, du niveau communal, des représentants des universités et hautes écoles en charge de la formation initiale et continue des prestataires de la première ligne. Nous avons opté ici pour des entretiens individuels. Pour cette partie, nous avons également fait appel aux partenaires du réseau.
 - **Sources de données :** nous avons cherché à obtenir un **maximum de diversité** en ce qui concerne la localisation géographique, (pour les professionnels) la discipline et le mode d'exercice (indépendant, en pratique de groupe mono-ou pluriprofessionnelle, salarié, ayant fait partie de projets antérieurs incluant l'ergothérapie, parmi d'autres). Nous avons en effet émis l'hypothèse que les facteurs contextuels au niveau méso-professionnel et méso-organisationnel diversifiés apporteraient une image très riche de la panoplie de facteurs facilitants et de barrières à l'implémentation. De plus, le fait même de la diversité de ces contextes d'exercice locaux permettait de croiser les regards et d'apporter des nuances, nécessaires à la compréhension d'une réalité locale souvent complexe en raison de visions différentes de la réalité. La liste des profils des parties prenantes est reprise en **Annexe I**.
 - **Focus groups ou entretiens individuels ?** La plupart des entretiens avec les professionnels ont eu lieu via des groupes focaux mais, au vu que certaines personnes avaient un conflit d'agenda pour pouvoir assister aux groupes focaux, des entretiens individuels ont été proposés. Dans les deux cas, le même guide d'entretien a été proposé.
2. **Le guide d'entretien** était basé sur une revue littéraire et sur les construits du CFIR. En outre, les participants étaient invités à lire la version brouillon de la recommandation,

envoyée par le Groupe d'élaboration de la ligne directrice fin mars 2022. Le guide d'entretien a été prétesté, notamment par rapport à son niveau de compréhension par les participants, et n'a pas dû être adapté suite à ce prétest. Ce guide d'entretien se trouve à l'**Annexe 2**.

3. Analyse

Les entretiens individuels et focus groups ont été enregistrés avec l'accord des participants et retranscrits verbatim. L'analyse du matériau ainsi collecté s'est faite à l'aide d'une analyse thématique, partant des domaines du CFIR (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009) et ceux de Lau (Lau et al., 2015), tout en laissant la place aux thématiques émergentes. SDB et AL ont d'abord codé les résultats séparément et les thématiques ont été au cours de réunions hebdomadaires. L'analyse thématique, quant à elle, a été effectuée en suivant la méthode (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006; Chapman et al., 2015). Ces auteurs proposent de procéder à six phases, permettant d'approfondir la perception des participants (Braun & Clarke, 2006), qu'ils soient professionnels de la santé ou représentants d'associations de patients, d'aidant proches ou d'autorités en charge de la santé. Ces six phases sont reprises dans le tableau NN ci-dessous.

Tableau 1. Les six étapes de l'analyse thématique selon Boyatzis et al., 1998 (traduction libre)

Phase	Description du processus	
1	Se familiariser avec vos données	Retranscrire les données (si nécessaire), lire et relire les données, noter les idées initiales.
2	Générer des codes initiaux	Coder les caractéristiques intéressantes des données de manière systématique, parmi l'ensemble des données, tout en rassemblant les données pertinentes à chaque code.
3	Rechercher des thèmes	Rassembler les codes en thèmes potentiels, tout en rassemblant les données pertinentes pour chaque thème potentiel.
4	Réviser les thèmes	Vérifier si les thèmes correspondent aux extraits codés (niveau 1) et l'ensemble des données (niveau 2), permettant de générer une carte thématique de l'analyse.
5	Définir et nommer les thèmes	Continuer l'analyse, de manière à affiner les nuances de chaque thème et le narratif général de l'analyse, tout en générant des définitions claires et des noms pour chaque thème.
6	Réaliser le rapport	Il s'agit de l'opportunité finale de réaliser l'analyse. Sélectionner des extraits parlants et pertinents, finir l'analyse des extraits finaux, les relayant à la question de recherche et à la littérature, de manière à produire un rapport scientifique de l'analyse effectuée.

Volet 2 : Identification de stratégies pour surmonter les obstacles identifiés dans le WPI et pour soutenir les opportunités.

Cette approche co-créative est partie des résultats collectés dans le volet I décrit ci-dessus. Elle avait pour but de confronter ces résultats, aux bonnes idées et pratiques pour contrer les obstacles et identifier des stratégies pour soutenir les facteurs facilitants. Avec le retour des différentes parties prenantes, cela permettait d'aboutir à une vision à 360° des stratégies possibles.

Méthode : world café (Brown, 2010).

Cette technique permet la modération de groupes de discussions avec différents types de parties prenantes, en approfondissant au fur et à mesure certaines représentations de la réalité. Par un va-et-vient entre la réflexion individuelle et celle du groupe, elle fait appel à la fois à l'intelligence individuelle et collective, afin d'identifier les points de convergence et de divergence.

Le World Café s'est déroulé le 3 juin, à la Fondation Roi Baudouin. Il a bénéficié d'une traduction simultanée, afin de permettre les échanges entre groupes linguistiques lors de la plénière. Lors des sessions par tables, les participants étaient répartis selon leur langue.

Le World Café s'est déroulé en quatre parties.

1. Introduction en séance plénière :
 - a. Résumé des résultats des barrières et facteurs facilitants à l'implémentation de la ligne directrice.
 - b. Présentation des domaines de la revue systématique de Lau (Lau et al., 2015)
 - c. Présentation du déroulement du World Café
2. Présentation des questions qui seront posées à chaque table : les participants identifient les stratégies pour contrer les obstacles et stimuler les facteurs facilitants **selon 1 ou 2 domaines du CFIR** (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009).
3. Démarrage des tours (par table) : chaque tour comprend 5 minutes d'introduction et de présentation. Dès le deuxième tour, l'hôte va résumer les éléments amenés lors du tour précédent, suivies de 20 minutes de discussion. A la fin de chaque tour, 5 minutes sont prévues pour que les « ambassadeurs » changent de table. Au total, trois tours ont été effectués.
4. Restitution globale et clôture (plénière). Chaque hôte résumait en trois minutes les idées phares issues de sa table et des trois tours, en s'aidant de ses écrits. Cette partie a été accompagnée par une ergothérapeute graphiste (« *visual harvester* »), qui illustre via un dessin, les propos échangés par les hôtes. Ceci permettait de faciliter la discussion des participants, notamment en leur permettant de s'exprimer par rapport à l'exactitude des propos que nous avons compris.

Trois observateurs ont pris des notes d'observation durant le World Café. Sur base des résultats collectés durant le World Café, les chercheurs ont listé les stratégies identifiées par le World Café pour l'implémentation, pouvant servir au volet 3.

Volet 3. Priorisation et articulation pour le plan stratégique pour faciliter l'implémentation de la ligne directrice.

Méthode : Delphi modifié : en ligne et à deux tours (Humphrey-Murto et al., 2017).

Sur base du volet 2, les chercheurs ont formulé 40 affirmations, qui ont été soumises aux parties prenantes. Ces affirmations étaient réparties en 7 domaines.

Tournée 1 du Delphi : Pour chaque stratégie prédéfinie, les répondants étaient invités à (a) commenter la stratégie et (b) choisir pour les deux éléments suivants :

1. leur **niveau de contrôle et de responsabilité perçus**, par rapport à la stratégie proposée (« sous mon contrôle et ma responsabilité », « sous mon contrôle mais plutôt en-dehors de ma responsabilité », « hors de mon contrôle »).
2. leur **niveau de priorité** (« priorité faible » (à réaliser endéans les 5 ans), « priorité moyenne » (à réaliser endéans les mois après la publication de la ligne directrice), « haute priorité » (à réaliser endéans les semaines après la publications de la ligne directrice), « priorité maximale » (à réaliser avant la publication de la ligne directrice).

Tournée 2 du Delphi : les mêmes stratégies que lors de la première tournée ont été proposées, toutefois avec quelques légères reformulations pour en accroître la lisibilité. Les résultats de la première tournée étaient visibles et les participants à cette deuxième tournée étaient invités à s'exprimer et commenter uniquement le niveau de priorité.

Résultats

Résultats des analyses qualitatives

Au total, 74 personnes différentes ont participé à la collecte de données qualitatives.

Leur profil figure dans le **tableau 2**, ainsi que le type d'activité à laquelle ils ont participé. La répartition selon la langue était semblable.

Tableau 2. Nombre de participants selon leur profil et participation

	Focus group	Interviews	World café
<i>Ergothérapeutes</i>	11	3	12
<i>Infirmiers</i>	4	1	5
<i>Médecins généralistes</i>	3	1	3
<i>Kinésithérapeutes</i>	2	1	1
<i>Pharmaciens</i>	2	2	1
<i>Psychologues</i>	1	0	1
<i>Logopèdes</i>	1	1	0
<i>Autres (Coordinatrices ou assimilés)</i>	3	0	2
<i>Représentants</i> - Association de patients et d'aidants proches, - Associations professionnelles, - Administrations - Mutuelles		7	6
<i>Total</i>	27	16	31

Lors de l'analyse des données qualitatives, les différentes composantes du " Consolidated Framework for Implementation Research " (Damschroder et al., 2021, Kirk et al., 2016) ont été prises en compte. Ce cadre identifie cinq piliers qui sont importants dans le cadre de la cartographie des composants essentiels d'un processus de mise en œuvre, à savoir ; (1) les caractéristiques de l'intervention, (2) le contexte dans lequel la mise en œuvre aura lieu, (3) l'organisation, (4) les caractéristiques des participants individuels et enfin (5) les éléments spécifiques liés au processus concret de mise en œuvre (Damschroder et al., 2009 ; Kirk et al., 2016). Sur la base de ces idées théoriques, combinées à une connaissance approfondie des données, à la suite de la transcription, de la lecture et de la relecture des données des entretiens, des groupes de discussion et du "world café", quatre niveaux ont été définis dans lesquels les données peuvent être représentées de manière structurée. Ces quatre niveaux sont le niveau micro, le niveau méso, le niveau macro et enfin les éléments qui peuvent être directement liés à la ligne directrice développée.

Le **niveau micro** contient tous les éléments qui peuvent être reconnus au niveau individuel, notamment dans l'environnement immédiat du client. En outre, cette section contient également des thèmes qui peuvent être liés au fonctionnement de l'aidant individuel. Il s'agit du niveau où le soignant interagit avec le client. Par exemple, les connaissances de l'ergothérapeute lorsqu'il travaille avec un groupe cible spécifique ou les attentes du client vis-à-vis du traitement ergothérapeutique. Il s'agit effectivement des interventions cliniques qui ont lieu au sein, par exemple, d'une région particulière (Beard et al., 2012). Le **niveau méso** se concentre sur les thèmes de mise en œuvre qui peuvent être reconnus entre organisations ou entre prestataires. Il s'agit, par exemple, de la répartition des tâches au sein d'une collaboration multidisciplinaire, ou de l'utilisation et de l'échange d'informations concernant le client. À ce niveau, on peut trouver une responsabilité globale pour certaines "zones de

soins" ou "programmes cliniques", qui fournissent un soutien à un groupe similaire de clients. Cela implique souvent le fonctionnement d'une organisation plus importante (par exemple : un service de soins à domicile) (Beard et al., 2012). Il y a ensuite le **niveau macro**, qui met l'accent sur le "système de soins" global. Nous pouvons citer ici, par exemple, des éléments concernant le financement ou la législation qui peuvent également jouer un rôle important dans la mise en œuvre. Ce niveau contient le niveau stratégique le plus élevé du "système", comparable à un parapluie couvrant tous les secteurs, départements, prestataires et personnels (Beard et al., 2012). Enfin, dans le quatrième thème, sont indiqués les éléments qui peuvent être directement **liés à la ligne directrice** développée d'une part. Par exemple, les perceptions des participants concernant la qualité et l'applicabilité de la ligne directrice, comme preuve que l'intervention produira les résultats souhaités. Ou, à l'inverse, avoir une portée générale pour le niveau micro, méso ou macro. Un exemple est le besoin d'éducation et de formation.

Tableau 3. Thèmes identifiés pour l'analyse des données des groupes de discussion, des entrevues et du world café, tirées des domaines du CFIR (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009)

Thème 1: Facilitateurs et barrières au niveau micro

Sous-thème 1.1	Perception par les prestataires de soins de santé de la valeur ajoutée de la ligne directrice.
Sous-thème 1.2	L'utilisation de la "pratique fondée sur les preuves" peut faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice.
Sous-thème 1.3	La connaissance de l'offre locale en services de santé est insuffisante
Sous-thème 1.4	Une collaboration concrète dans le contexte de soins efficaces est un élément facilitant le déploiement des recommandations.

Thème 2: Facilitateurs et barrières au niveau meso

Sous-thème 2.1	Perception de la valeur ajoutée de l'ergothérapie par les autres prestataires de soins de santé.
Sous-thème 2.2	Le manque de clarification des rôles au sein de la première ligne complique le déploiement de la ligne directrice.
Sous-thème 2.3	Une vue d'ensemble de tous les ergothérapeutes de première ligne avec leur expertise respective est nécessaire.
Sous-thème 2.4	L'ergothérapie sur ordonnance.

Thème 3: Facilitateurs et barrières au niveau macro

Sous-thème 3.1	Il est nécessaire de définir des formes claires de financement de l'ergothérapie dans le cadre de la première ligne.
Sous-thème 3.2	Le temps est-il venu de changer la façon de penser de la société ?
Sous-thème 3.3	Manque de communication entre les lignes.
Sous-thème 3.4	Absence de "point d'entrée central" pour le dépistage des personnes âgées fragiles.
Sous-thème 3.5	Nécessité d'intégrer les recommandations des lignes directrices dans l'enseignement de l'ergothérapie et l'apprentissage tout au long de la vie.
Sous-thème 3.6	L'ergothérapeute assure le suivi de l'approche de la vision holistique au sein de l'équipe de soins.

Thème 4: Facilitateurs et barrières au niveau de la ligne directrice ou transversaux pour les niveaux micro- meso- et macro.

Sous-thème 4.1	La ligne directrice clarifie les raisons de l'orientation vers un ergothérapeute en première ligne.
Sous-thème 4.2	La ligne directrice élaborée crée un besoin (et une opportunité) de formation et d'éducation.
Sous-thème 4.3	La ligne directrice facilite la mise en œuvre des objectifs de soins.
Sous-thème 4.4	L'ergothérapie est une profession relativement nouvelle et la ligne directrice offre de nouvelles possibilités de collaboration.
Sous-thème 4.5	Chevauchement entre la profession d'ergothérapeute et le contenu de la ligne directrice elle-même.
Sous-thème 4.6	La difficulté des interventions dans la ligne directrice de même que la complexité et le nombre d'étapes nécessaires pour mettre en œuvre les interventions.
Sous-thème 4.7	L'introduction directe des connaissances issues de la ligne directrice dans l'éducation et la formation.
Sous-thème 4.8	L'approche monodisciplinaire de la ligne directrice.

Thème I: Facilitateurs et barrières au niveau micro

Sous-thème 1.1: Perceptions par les prestataires de soins de santé de la valeur ajoutée de la ligne directrice.

Les participants ont indiqué que travailler sur la base d'une ligne directrice peut avoir une forte valeur ajoutée pour les ergothérapeutes. De cette façon, on travaille automatiquement sur la base des meilleures preuves disponibles dans cette discipline spécifique. Il fournit également des lignes directrices claires pour effectuer une admission, une évaluation et une intervention uniformes en tant qu'ergothérapeute. La ligne directrice insiste sur l'importance de travailler avec le client et son environnement le plus proche (ex. : aidant proche), ce qui semble être essentiel dans la pratique de l'ergothérapie. L'accent mis sur ce point est donc un plus et cela s'est reflété à la fois dans les groupes de discussion avec les ergothérapeutes et les autres soignants, et au cours des entretiens individuels.

« La plus-value c'est, par exemple par rapport aux outils qu'on peut utiliser pour l'évaluation, d'avoir le même langage autour des difficultés qu'une personne peut rencontrer. » (FG, ergo).

Sous-thème 1.2: L'utilisation de la "pratique fondée sur les preuves" peut faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice.

Les ergothérapeutes en exercice, lorsqu'ils travaillent avec ce groupe cible spécifique, ont besoin de connaissances spécifiques sur les interventions (telles que décrites dans la ligne directrice) mais aussi sur la pathologie sous-jacente et les substrats du fonctionnement quotidien. Par exemple, il est nécessaire de disposer de connaissances spécifiques sur la "fragilité" et la "conduite", parmi de nombreux autres sujets abordés dans le cadre des recommandations des lignes directrices. De plus, la lecture d'un guide n'est pas une tâche évidente selon les professionnels de la santé rencontrés au sein des groupes de discussion. Les professionnels de la santé indiquent qu'ils ne sont pas suffisamment familiarisés avec le guide, en particulier les professionnels qui exercent depuis longtemps. En outre, le temps disponible dans le cadre de l'intervention en cours est souvent trop court.

“Zonder een negatief beeld te geven ... maar ... ergotherapeuten die afgestudeerd zijn voor 2002 hebben nooit geleerd om echt ‘evidence based’ te werk te gaan. Dit kan ons wel de mogelijkheid geven om ergotherapeuten te overtuigen om met richtlijnen te werken. We kunnen dit promoten en opleiding geven.” (INT, ergotherapeut)

“Evidence based werken moet zeker gepromoot worden onder ergotherapeuten.” (FG, ergotherapeut)

Sous-thème 1.3: La connaissance de l'offre locale en services de santé est insuffisante.

Une connaissance approfondie et actualisée du réseau communautaire est un aspect essentiel de la mise en œuvre des recommandations de la directive. Actuellement, l'intégration de l'ergothérapeute dans ce réseau informel et local n'est pas évidente et souvent inexistante. La nécessité de mettre davantage l'accent sur la collaboration locale est donc indiquée. Il est nécessaire de connaître le contexte et d'avoir les "compétences" nécessaires pour réaliser une analyse approfondie du contexte. Au sein de la profession d'ergothérapeute, nous pouvons affirmer qu'il est nécessaire d'évaluer les différentes composantes d'une action significative. La personne, l'environnement et l'activité à réaliser.

“Veel mensen zouden baat hebben bij een ergotherapeut. Wij komen er zelf weinig mee in contact en weten ook niet hoe we moeten doorverwijzen. Misschien kan dit duidelijk worden met deze richtlijn. Preventie is ook heel belangrijk, nu is het vaak al te laat. Op vlak van zelfredzaamheid en autonomie dus zeker een meerwaarde.” (FG, MD)

L'ergothérapeute doit en outre faire partie de la "communauté locale" afin de mener à bien les interventions qui contribuent à maintenir la "participation sociale" du client. Actuellement, c'est également une difficulté, car le lien avec le "travail communautaire" est difficile à réaliser, et il n'est certainement pas possible de détecter un ergothérapeute suffisamment intégré dans le tissu social local, dans chaque quartier ou région locale.

Enfin, les participants au world café indiquent que la collaboration locale, et l'appel à des partenaires locaux qui peuvent promouvoir la participation sociale (boulangier, coiffeur, club de sport, service social de la municipalité, etc.), est une recommandation qui peut certainement être réalisée par l'ergothérapeute, entre autres.

“Kenbaar maken wat ergotherapeuten doen, good practices, opmaken van de sociale kaart. Ook nadenken over de juiste communicatie.” (INT, ergotherapeut)

Sous-thème 1.4: Une collaboration concrète dans un contexte de soins efficaces est un élément facilitant le déploiement des recommandations.

Au niveau micro, il a également été indiqué qu'une collaboration dans le contexte concret des soins à domicile esquisse la possibilité de discuter des problèmes avec les partenaires présents à ce moment-là. De cette façon, les connaissances tirées de la ligne directrice peuvent être partagées avec les autres professionnels, par exemple, et les besoins et les souhaits du client peuvent également être inclus dans l'ensemble du processus ergothérapeutique.

« Moi je suis très souvent en rendez-vous avec des aides familiales, des infirmières, des kinés donc on essaie vraiment de faire des rendez-vous groupés très régulièrement pour pouvoir échanger sur nos pratiques. Surtout avec les aides familiales parce qu'elles sont dans le quotidien des personnes et que nous on agit beaucoup sur le quotidien des personnes. Ce que je remarque c'est ce que ce travail finalement quand on fait des binômes entres professionnels ça porte beaucoup plus ses fruits que quand chacun travaille de son côté. » (FG ergo).

Thème 2: Facilitateurs et barrières au niveau meso

Sous-thème 2.1: Perception de la valeur ajoutée de l'ergothérapie par les autres prestataires de soins de santé.

Les groupes de discussion montrent clairement que l'ergothérapeute est un pilier au sein de l'équipe de soins de première ligne dans la ligne directrice développée. Pour l'ergothérapeute, cela offre des possibilités d'innovation profonde de la profession et de la pratique quotidienne.

« Pour moi les ergothérapeutes c'est aussi ceux qui savent identifier toutes les capacités restantes et donc partir des besoins des gens pour rester à domicile avec une vie de qualité et donc si ça pouvait être plus mis en évidence que les ergothérapeutes puissent aller à domicile pour identifier ça. » (FG autre F, neuropsych)

Sous-thème 2.2: Le manque de clarification des rôles au sein de la première ligne complique le déploiement des lignes directrices.

Cependant, il existe également des problèmes qui peuvent entraver la poursuite du déploiement de la ligne directrice dans le cadre de la première ligne. Pour réaliser les recommandations de la ligne directrice, il est clairement nécessaire d'avoir une connaissance mutuelle des tâches des différents professionnels de la santé, et à l'heure actuelle, on ne peut pas dire que cela soit déjà suffisamment présent. Un autre aspect est la poursuite du développement des « possibilités d'extension » des centres de deuxième ligne. Actuellement, les ergothérapeutes de ces centres ont des connaissances spécifiques (par exemple, la gestion du comportement transgressif des personnes souffrant de lésions cérébrales acquises à domicile) qui peuvent certainement aider l'ergothérapeute de la première ligne. Malheureusement, cette possibilité et la collaboration entre les lignes ne sont pas suffisamment développées et connues. Néanmoins, en utilisant les recommandations de la ligne directrice, une plus

grande uniformité et une meilleure harmonisation des pratiques seront réalisées, ce qui profitera au suivi et à la qualité. En outre, dans plusieurs établissements, au sein de la première ligne, proposant de l'ergothérapie, il n'y a pas de possibilité de suivi fréquent des clients, et il est donc impossible d'organiser une thérapie à long terme par un ergothérapeute à domicile. Cependant, il convient de mentionner ici que cela ne s'applique qu'aux ergothérapeutes ayant le statut d'employés; les ergothérapeutes totalement indépendants peuvent réaliser ce suivi.

“Vanuit de ‘farmacie’ hadden wij een aantal stagedagen waarbij wij andere disciplines mee gevolgd hebben, de ergotherapeut ontbrak daar wel. Het zou nuttig zijn als zij daar ook bij zouden zitten. Je leer hier veel door bij. Dit zou in alle zorgopleidingen moeten zitten. Vanuit de gerontologie heb ik één dag mee gevolgd met een ergotherapeut en dat was een openbaring. Op die manier kan je elkaars expertise leren kennen.” (FG, MD)

Sous-thème 2.3: Une liste de tous les ergothérapeutes de la première ligne avec leurs compétences respectives est nécessaire.

Un autre sujet de préoccupation est la disponibilité d'un répertoire d'ergothérapeutes travaillant dans le secteur de la première ligne et possédant une expertise conforme à la ligne directrice. Il est actuellement difficile pour les autres professionnels et les clients de trouver un ergothérapeute dans la région concernée qui possède également les compétences requises.

« Il n'y a pas de cadastre dynamique. Ce qui manque dans toutes nos professions c'est un vrai cadastre dynamique qui permet justement de pouvoir trouver la bonne personne au bon endroit et ce n'est pas normal qu'un médecin traitant perde un temps fou à trouver la bonne personne. » (FG autre, kiné)

Sous-thème 2.4: Ergothérapie sur ordonnance.

En outre, les interventions ergothérapeutiques nécessitent une prescription médicale, ce qui peut être considéré comme un facteur de facilitation, mais aussi d'entrave. La prescription d'ergothérapie est nécessaire pour être en règle avec les législations sous-jacentes, et le lien avec l'exercice de services indépendants en tant que prestataire de soins de santé. La prescription d'ergothérapie par un médecin (généralement un médecin généraliste (MG) dans le cadre de la première ligne) permet au MG d'avoir une idée des tâches et des capacités de l'ergothérapeute, et de savoir où il peut être appelé. D'autre part, la nécessité d'une prescription médicale peut également constituer une étape supplémentaire dans le processus, ce qui crée un obstacle de plus dans certaines situations.

« Moi je crois que les ergothérapeutes auraient besoin de mieux se faire connaître par les autres partenaires autour du patient à commencer par le médecin traitant dans le sens où il est le prescripteur et il peut être prescripteur d'une visite d'ergothérapeute au domicile pour une mission déterminée et pas seulement pour améliorer son intérieur. » (FG autres, kiné)

Thème 3: Facilitateurs et barrières au niveau macro

Sous-thème 3.1: Il est nécessaire de définir des formes claires de financement de l'ergothérapie dans le cadre de la première ligne.

Cependant, une incitation financière claire de la part de la politique de soins de santé est nécessaire pour que les recommandations indiquées dans la ligne directrice soient mises en pratique de manière efficace. Par exemple, il n'existe actuellement aucun remboursement structurel des activités d'ergothérapie, dans le cadre des soins de première ligne et pour ce groupe cible, dans le budget du comité d'assurance de l'INAMI ou d'autres organismes gouvernementaux fédéraux et régionaux. Le soutien à l'ergothérapie dans le cadre des soins de première ligne ne se fait actuellement que par le biais d'un financement de projets temporaires, et n'envisage pas un déploiement futur de l'ergothérapie tel que décrit dans cette ligne directrice. Le soutien des interventions ergothérapeutiques dans le cadre

des soins de première ligne est une nécessité absolue pour mettre en pratique les recommandations formulées dans les lignes directrices. Concrètement, il s'agit, par exemple, de la possibilité de développer une nomenclature performante pour l'ergothérapie à domicile.

“Is het nu de bedoeling dat er hierdoor een terugbetaling kan volgen? Ik denk persoonlijk dat die terugbetaling zeer belangrijk zal zijn als je wilt implementeren. In de apotheek hoor ik vaak dat mensen naar de kiné stappen en niet naar een ergo, op basis van terugbetaling soms.” (FG, ergotherapeut)

« En tout cas, ce ne sera plus en travaillant dans les soins à domicile. Je devrai trouver un autre boulot parce que pour l'instant c'est grâce aux prestations qui sont financées que je peux travailler dans les soins à domicile. En plus, j'exerce dans une zone où beaucoup de personnes sont dans la précarité : ils ne payeront pas des prestations à 50 ou 55€ pendant 2h, c'est certain ! Déjà les prestations d'aide familiale à 6€ c'est compliqué.» (FG ergo)

Sous-thème 3.2: Le temps est-il venu de changer la pensée sociétale ?

D'autre part, les participants ont soulevé la question de savoir si " le moment est venu " pour le gouvernement (avec les modalités de financement correspondantes) de s'engager pleinement dans un thème tel que la " participation sociale " ? En outre, on peut également mentionner le concept d'"âgisme", selon lequel il est nécessaire de modifier la pensée sociale à l'égard des personnes âgées vulnérables. De plus, la population ciblée constitue également un obstacle. Ils ont eux aussi besoin d'un coup de pouce supplémentaire pour participer aux interventions d'ergothérapie.

“Als je mij de vraag stelt of ons gezondheidszorgsysteem klaar is voor sociale participatie? Dan denk ik nee. Zolang ‘fee for service blijft bestaan is dat de foute incentive. We moeten gaan naar ‘value’ creëren. (...) Als we natuurlijk altijd wachten op de overheid gaat er niets veranderen. Daarom moeten we eerst bij onszelf starten, hoe klein ons project ook is.” (FG, MD)

Sous-thème 3.3: Le manque de communication entre les lignes.

Il y a trop peu de concertation entre de la première et la deuxième ligne, ce qui peut entraîner des difficultés pour travailler avec cette population spécifique et échanger des informations. On l'a déjà mentionné, mais ici aussi, le besoin urgent d'un répertoire numérique des ergothérapeutes de première ligne, de leur expertise et de la région où ils sont employés apparaît. De cette manière, les contacts peuvent être établis facilement et les collaborations facilitées.

En outre, il semble également approprié d'informer les centres de soins du contenu de la ligne directrice, car ils sont également des partenaires dans le parcours de soins des personnes ciblées.

“Een duidelijke samenwerking tussen de professionals binnen en over de lijnen heen kan de uitrol zeker faciliteren. Een centraal communicatiepunt is tevens ook aangewezen.” (FG, MD)

« Je trouve qu'il y a quand même un manque de communication malheureusement assez important au niveau de la première ligne. Avec les médecins ça va maintenant, c'est vraiment cet outil qu'il faudrait essayer de développer soit via le réseau santé wallon ou d'autres plateformes pour que tout le monde ait la bonne information pour la prise en charge de patients. » (FG autres, infj)

Il existe un " fossé " évident entre de la première ligne et les soins offerts dans les centres spécialisés. Les participants ont indiqué qu'il est courant qu'un client sorte de l'hôpital et qu'il n'y ait pas de suivi, ou un suivi insuffisant, dans le cadre du domicile, des éléments abordés dans la ligne directrice. La pénurie et la méconnaissance (absence de vue d'ensemble) d'ergothérapeutes ayant une expertise spécifique dans le domaine des recommandations de la ligne directrice constituent une pierre d'achoppement majeure dans l'engagement de l'ergothérapeute. Enfin, il y a trop peu de collaboration entre les différents prestataires de services (par exemple, les centres de soins de jour, les centres de

services locaux, les organisations de santé, les mutuelles, l'hôpital, CPAS, la pharmacie, etc.) impliqués dans les soins et l'accompagnement de la personne âgée fragile vivant à domicile, ce qui est l'objectif de ce guide.

“De overdracht van gezondheidsgegevens van patiënten met andere beroepsbeoefenaars is problematisch, aangezien velen gebruik maken van een papieren overdracht, wanneer elektronische dossiers worden gebruikt, zijn deze niet interoperabel met de patiëntendossiers van andere beroepsbeoefenaars.” (INT, ergotherapeut)

Thema 3.4: Absence de "point d'entrée centralisé" pour le dépistage des personnes âgées fragiles.

En outre, il a également été indiqué au cours du " world café " que l'absence d'un point d'entrée centralisé pour le " dépistage " des personnes âgées fragiles peut entraîner des difficultés dans l'orientation du client ayant une demande d'aide spécifique vers l'ergothérapeute. Un plaidoyer a été fait pour opter pour un point d'entrée centralisé ou unique.

« Plus largement, moi je pense qu'il faudrait un guichet d'entrée unique sur un territoire déterminé pour pouvoir trouver les professionnels sur sa région, parfois ça a pris la tournure de réseau multidisciplinaire local etc. mais il faut un point d'entrée pratique et pragmatique pour la personne sur son territoire. Ca doit être organisé sur une base territoriale et que les gens puissent s'y retrouver. » (FG autres, MG)

Sous-thème 3.5: Il est nécessaire d'intégrer les recommandations des lignes directrices dans l'enseignement de l'ergothérapie et dans les initiatives d'apprentissage tout au long de la vie.

Au niveau macro, les participants ont également indiqué des éléments qui pourraient faciliter le déploiement de la ligne directrice dans la pratique. Par exemple, il est nécessaire d'intégrer les recommandations de la ligne directrice dans l'enseignement de l'ergothérapie. Cependant, les participants ont également noté que les étudiants ont un intérêt limité à travailler avec ce groupe cible particulier. En outre, dans le cadre des entretiens individuels, il a également été question d'établir un lien éventuel entre les évaluations et le BelRAI. Les cercles de première ligne peuvent également jouer un rôle important. Et pour donner un coup d'accélérateur au déploiement des connaissances contenues dans la ligne directrice, il est nécessaire d'identifier les "premiers adoptants" des recommandations de la ligne directrice.

« Je pense que quelque chose qui pourrait être envisagé c'est dans les écoles. S'ils pouvaient au moins commencer à aborder le sujet des autres praticiens, expliquer qui fait quoi mais pas seulement l'ergo on pourrait mettre la logopédie... Il y a des cercles infirmiers aussi qui sont en train de se créer un peu partout, on ne parle que des cercles de médecine générale mais les cercles d'infirmiers c'est aussi une porte d'entrée pour des informations sur les autres praticiens. » (FG autres, infi)

Il est essentiel d'impliquer les écoles ergothérapie du paysage flamand et francophone. Il est également logique d'informer d'autres formations, étant donné la collaboration structurelle dans la pratique quotidienne et la nécessité de pouvoir identifier les contours des rôles de chacun. En outre, les associations professionnelles d'ergothérapie ont été impliquées dans le développement, ce qui devrait sans aucun doute être poursuivi dans le cadre du processus de mise en œuvre. Enfin, d'autres associations professionnelles peuvent également apporter leur soutien au déploiement.

« Au niveau des soins à domicile, il n'y a rien à faire, ce n'est pas vraiment abordé dans la formation initiale. [...] dans la formation de base il y aurait moyen d'améliorer un petit peu certains points et de développer vraiment le sujet : l'ergothérapie est vraiment proche des personnes et donc est vraiment proche du domicile, même si on travaille dans un centre de revalidation, le but c'est quand même que les personnes rentrent à domicile. Je pense que le sujet devrait être vraiment beaucoup plus abordé. » (FG ergo, 4)

Sous-thème 3.6: L'ergothérapeute assure le suivi de l'approche de la vision holistique au sein de l'équipe de soins.

Enfin, au niveau macro, il y a une recommandation essentielle à faire, à savoir que si un ergothérapeute n'est pas impliqué dans l'équipe de soins, des questions essentielles dans la vision holistique sont négligées. La conclusion est qu'il est nécessaire d'intégrer structurellement l'ergothérapeute dans le travail de la première ligne.

« Voilà je trouve que l'ergothérapeute vraiment est moins cloisonné dans sa prise en charge que d'autres professionnels, [...]. Le médecin généraliste devrait avoir cette vision holistique mais il ne vient pas toujours au domicile et la personne, quand le médecin généraliste arrive, a une autre attitude que quand c'est la gentille ergo qui passe. Là, elle est plus détendue et on est plus dans la situation réelle. » (FG ergo Fr)

Thème 4: Facilitateurs et barrières au niveau de la directive elle-même ou aux niveaux micro, méso et macro..

Sous-thème 4.1: La ligne directrice clarifie les raisons de l'orientation vers un ergothérapeute en première ligne.

Les participants indiquent que la ligne directrice garantit que les professionnels de la première ligne peuvent identifier les raisons d'orienter une personne vers un ergothérapeute. En outre, cette ligne directrice peut soutenir le développement de partenariats plus larges dans le domaine (par exemple, CPAS, pharmacie, neurologue, transport, ...). En outre, il est clairement indiqué que le médecin généraliste est un partenaire actif, demandant activement la collaboration de l'ergothérapeute. Le retour d'information positif de ce défenseur peut faciliter la poursuite du déploiement. La demande et le besoin croissants de clarté et de communication ainsi que la nécessité d'une collaboration au sein du réseau formel et informel en première ligne sont inextricablement liés à cette situation.

“Als ik dit lees als logopedist geeft mij dit een houvast om te weten wat binnen de expertise valt van de ergotherapeut. Op die manier kan ik aan de juiste persoon advies vragen. Het geeft visibiliteit aan de acties die een ergotherapeut doet bij deze doelgroep.” (FG, MD)

“De huisartsen zullen niet al de patiënten kunnen opvolgen met een geriatrisch assessment, dus op zich is wel goed als ergotherapeuten dit kunnen doen.” (FG, MD)

Sous-thème 4.2: La directive élaborée crée un besoin (et une opportunité) de formation et d'éducation.

Les participants aux groupes de discussion indiquent clairement que la ligne directrice élaborée crée des opportunités pour organiser des formations et des enseignements ; et que cela est également approprié pour indiquer clairement la meilleure approche possible de l'ergothérapeute lorsqu'il travaille avec ce groupe cible. D'une part, la formation peut être proposée aux ergothérapeutes employés dans le cadre de la première ligne ; mais elle peut également être proposée au sein des organisations, que ce soit ou non à des ergothérapeutes et/ou à d'autres professionnels de la santé. L'organisation d'un symposium pour présenter la ligne directrice à un large public semble être un facteur de soutien important qui ressort des entretiens. Par la suite, il semble également approprié de proposer de courtes sessions de formation, éventuellement en combinaison avec l'organisation d'un service d'assistance, comme une forme d'évaluation progressive par les pairs. Les grandes organisations (telles que les principales associations professionnelles en première ligne) peuvent certainement aussi être impliquées dans le déploiement, et si ces organisations peuvent mettre en œuvre les recommandations dans leurs actions, un large soutien pour les recommandations de la ligne directrice pourra être rapidement obtenu. Les personnes interrogées indiquent qu'il est nécessaire d'intégrer les résultats dans les cours d'ergothérapie existants en Belgique, de manière à ce que les professionnels débutants puissent se faire une idée claire de cette spécificité du domaine de l'ergothérapie. En outre,

il existe également des opportunités pour les professionnels "chevronnés", la ligne directrice permettant de mettre à jour leurs connaissances pour ce groupe cible spécifique.

« Pour utiliser ces tests, ça demande d'avoir la connaissance de ces tests, d'être peut-être formé à ces tests voilà ça fait longtemps que je suis sortie de l'école je ne suis plus à jour entre guillemets par rapport à tous ces tests-là donc la formation continue est très importante par rapport à tout ça. » (FG ergo)

Sous-thème 4.3: La ligne directrice facilite la mise en œuvre des objectifs de soins.

Enfin, les recommandations de la ligne directrice garantissent l'établissement clair des objectifs au sein de l'accompagnement multidisciplinaire et, par conséquent, la possibilité de les répartir de manière claire entre les différents membres de l'équipe.

Sous-thème 4.4: L'ergothérapie est une profession relativement nouvelle et la ligne directrice offre de nouvelles possibilités de collaboration.

L'ergothérapeute est actuellement peu visible au sein de la première ligne, alors que la ligne directrice offre des opportunités en termes de promotion de l'ergothérapeute dans ce cadre spécifique. Enfin, l'utilisation de la ligne directrice offre des possibilités de collaboration entre ergothérapeutes et avec d'autres disciplines pour poursuivre des objectifs de soins communs et mettre en œuvre des approches globales et holistiques. En outre, il est nécessaire d'assurer des interventions entre les ergothérapeutes et les autres prestataires de soins. A l'heure actuelle, cette situation n'existe pas suffisamment et peut donc entraver le déploiement de la ligne directrice.

“Er zijn veel mogelijkheden om samen te werken; enkele voorbeelden; samenwerking na het ontslag van een persoon uit de residentiële zorg, samenwerken met lokale dienstencentra, samenwerken met woonzorgcentra, samenwerken met CAW's, (...), samenwerken met beroepsverenigingen voor huisartsen...” (INT, ergotherapeut)

Sous-thème 4.5: Chevauchement entre le domaine de l'ergothérapie et le contenu de la ligne directrice elle-même.

Les résultats des entretiens individuels indiquent qu'il existe un chevauchement entre la description et l'identification des questions cliniques et le domaine de l'ergothérapie. Par conséquent, il existe un lien étroit entre les sujets abordés dans la ligne directrice et le fonctionnement de l'ergothérapeute en première ligne. Il s'agit là, dans une large mesure, d'un facteur de facilitation important pour le déploiement de la ligne directrice.

Sous-thème 4.6: La difficulté des interventions dans la ligne directrice ainsi que la complexité et le nombre d'étapes nécessaires pour mettre en œuvre les interventions.

Tout d'abord, les participants ont indiqué que le fait que la ligne directrice ait été élaborée à différents niveaux pouvait entraîner des difficultés de mise en œuvre. Ainsi, des recommandations ont été faites au niveau individuel, mais aussi au niveau organisationnel. En outre, il est également nécessaire d'élaborer en détail le contenu des recommandations et des interventions fournies afin de pouvoir déployer des pratiques correctes.

Sous-thème 4.7: L'intégration directe des connaissances de la ligne directrice dans l'éducation et la formation.

Le guide élaboré garantit que la meilleure approche pour ce groupe cible est présentée de manière structurée et peut donc être immédiatement appliquée dans les cours de bachelier et de master pertinents (ergothérapie, mais aussi d'autres professionnels de la santé).

Sous-thème 4.8: L'approche monodisciplinaire de la ligne directrice.

En outre, il a été déclaré que la dimension interdisciplinaire n'était pas suffisamment expliquée dans la ligne directrice et que l'élaboration d'une ligne directrice monodisciplinaire est une occasion manquée de décrire également la vaste approche multidisciplinaire. En outre, un certain nombre de recommandations sont également citées dans la ligne directrice (évaluations et activités de groupe) qui

ne sont pas entièrement applicables dans tous les contextes de soins à domicile. Enfin, selon les participants aux groupes de discussion, aux entretiens et au world café, la lisibilité de la ligne directrice telle qu'elle a été élaborée à ce jour est insuffisante, et il n'est pas évident qu'elle puisse être lue facilement.

“De richtlijn is vanuit de ergotherapie opgesteld maar we moeten opletten dat we niet te monodisciplinair gaan werken. Ik ben van mening dat we geen richtlijn apart moeten opstellen maar wel samen (samen met andere zorgverleners) een richtlijn moeten opstellen. Zowel in de ziekenhuizen als in de eerste lijn.” (FG, MD)

“ Quand j'ai parcouru le document, le guide, je me suis dit que c'était fort traduit littéralement du flamand, ce n'est pas du français !” (FG, ergotherapeute)

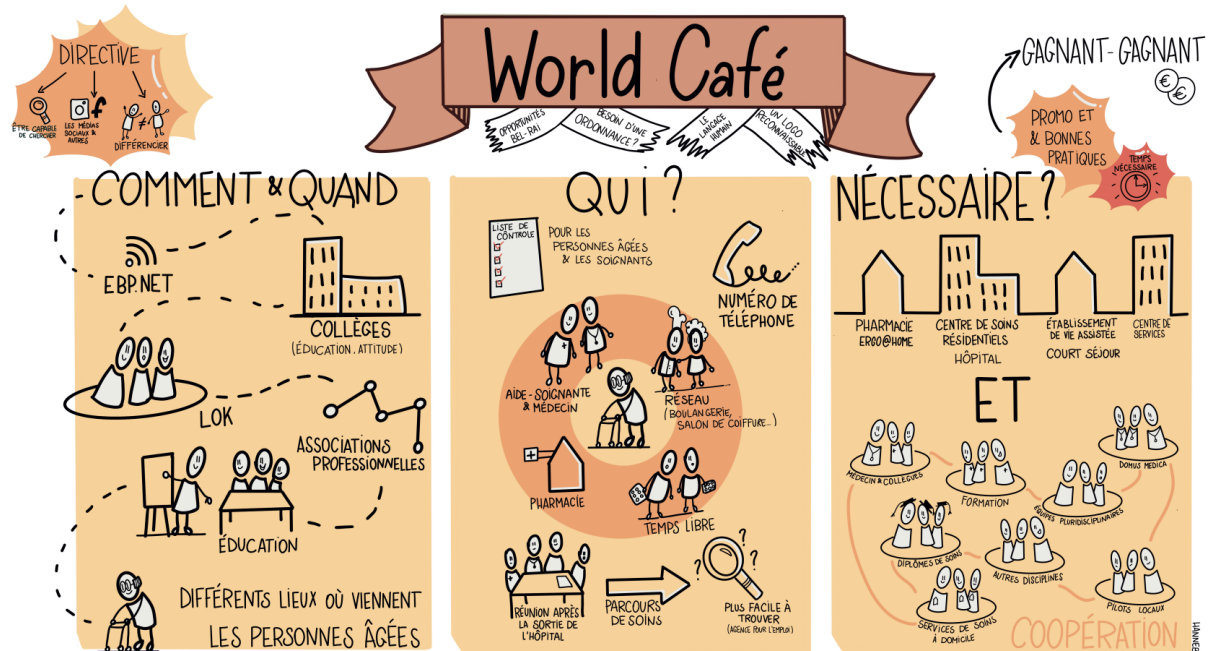
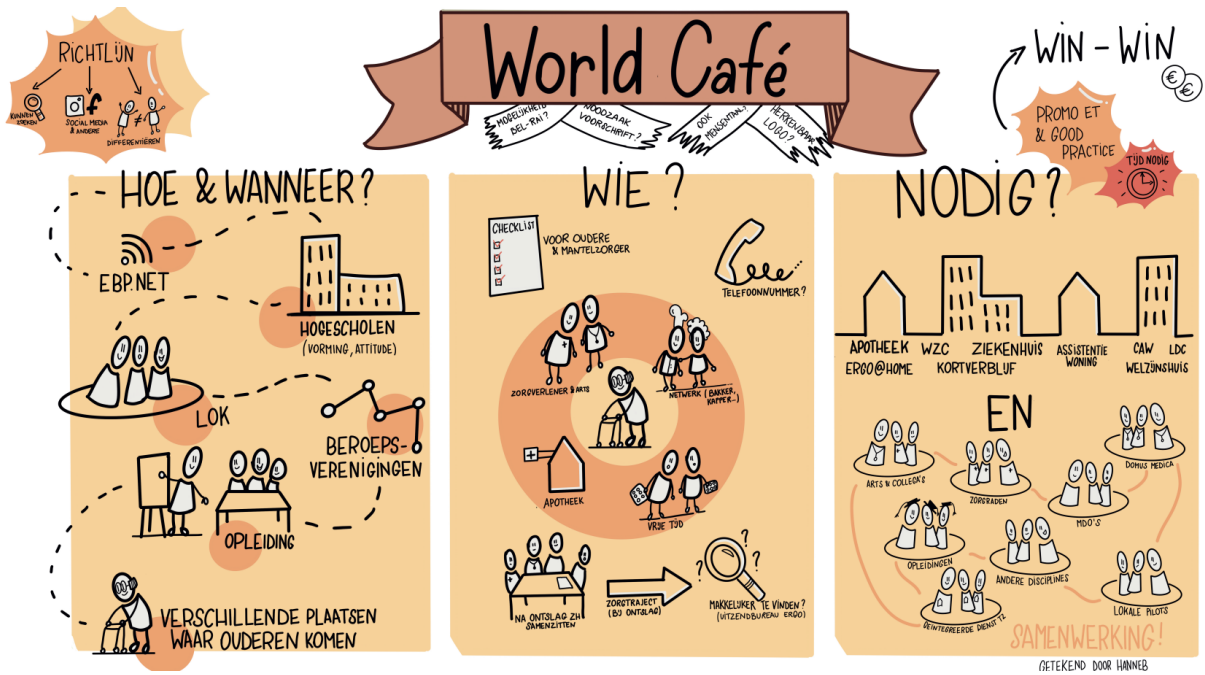
Il est également nécessaire de fournir, en plus de la description complète, un résumé « point of care », disponible sur le lieu de soins, qui peut être utilisé plus facilement comme point de départ.

Sous-thème 4.9: La large élaboration des recommandations dans la ligne directrice est un point fort.

Enfin, les participants ont également fait part de leurs réflexions sur la ligne directrice. Par exemple, ils ont trouvé particulièrement intéressant le fait qu'une vision large ait été adoptée lors de l'élaboration des recommandations (bien-être, santé et résilience). Les participants se sont également demandé si l'aptitude à la conduite devait être incluse dans cette ligne directrice.

Après avoir identifié les obstacles et les facilitateurs, le groupe de recherche a présenté ces résultats lors d'un world café dans un modèle logique le 3 juin 2022. Les résultats des discussions tenues lors du world café ont été présentés par un « moissonneur visuel » (visual harvester) et sont présentés dans la **figure 2**.

Figure 2: Résultats du "moissonneur visuel".



Résultat's de l'étude Delphi

L'étude Delphi s'est déroulée en 2 rounds, le premier à la fin du mois de juin et le second durant le mois de juillet 2022.

Le premier round du Delphi

Pour le premier round du Delphi, 13 personnes ont répondu du côté francophone, 8 du côté néerlandophone. Parmi les répondants francophones, 7 étaient des ergothérapeutes, aucun n'était un potentiel prescripteur, les 6 derniers représentaient soit les utilisateurs finaux, soit les autres professions de la première ligne. Parmi les répondants néerlandophones, 6 étaient des ergothérapeutes, aucun n'était un potentiel prescripteur et les 2 derniers représentaient soit les utilisateurs finaux, soit les autres professions de la première ligne.

Les propositions qui ont servi de base pour le premier Delphi étaient réparties en 7 thèmes, eux-mêmes subdivisés (la liste complète se trouve en **annexe 3**):

1. Stratégie au niveau du client ou de son aidant proche
2. Stratégie au niveau des prestataires de soins individuels
3. Stratégie au niveau méso (prestataires de soins et entre prestataires de soins, organisations)
4. Stratégies au niveau macro (autorités, gouvernement, ...)
5. Communication à propos de la ligne directrice
6. Prévoir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention.
7. Apprentissage initial et continu de l'EBP et des spécificités du travail de première ligne

Les propositions étaient identiques pour les deux groupes linguistiques, à deux exceptions près :

- La proposition suivante était présente lors des deux rounds flamands mais vu la non-existence de « zone de première ligne » en Wallonie et à Bruxelles, il n'était pas pertinent de la faire apparaître dans les questionnaires destinés aux francophones : 4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..).
- La proposition 4.3 différait également : deux items étaient présents dans la version néerlandophone 4.3.1. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes et 4.3.2. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des « living labs » pour permettre de piloter et de tester des systèmes au forfait pour le financement de l'ergothérapie. Ceux-ci permettent d'inclure le temps nécessaire à la coordination des activités nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins basé sur une décision négociée et partagée. Alors que seul le 4.3.2 se retrouvait dans la version francophone (sous la numérotation 4.3.1).

Les résultats de l'ensemble des répondants

Lors du premier round, il était demandé aux participants de se positionner, pour chaque proposition, d'une part par rapport à leur niveau de contrôle et de responsabilité, et d'autre part, par rapport au niveau de priorité.

La détermination des niveaux de priorité a été réalisée en calculant la moyenne des résultats obtenus. Les seuils suivants ont été utilisés pour déterminer les niveaux de priorité à utiliser lors du deuxième round :

- Moyenne inférieure à 2 → niveau de priorité faible
- Moyenne entre 2 et 3 → niveau de priorité moyen
- Moyenne au-delà de 3 → niveau de priorité élevé

Les niveaux de priorité étaient définis comme suit :

- « Priorité faible » : à réaliser endéans les 5 ans,
- « Priorité moyenne » : à réaliser endéans les mois après la publication de la ligne directrice,
- « Haute priorité » : à réaliser endéans les semaines après les publications de la ligne directrice,
- « Priorité maximale » : à réaliser avant la publication de la ligne directrice.

Ce calcul des niveaux de priorités révèle que 7 propositions ont été classées avec une priorité « haute », 30 avec une priorité « moyenne » et 2 avec une priorité « faible ». Aucune priorité maximale n'a été relevée. Ceci peut paraître surprenant puisque 4 propositions (4.2) traitaient des lignes directrices elles-mêmes et que des modifications pourraient encore y être apportées (puisqu'elles ne sont pas encore publiées). En **annexe 4**, les priorités calculées pour chaque proposition sont indiquées.

Les 7 priorités hautes sont données aux propositions suivantes :

- 1 : stratégie au niveau du client ou de son aidant proche
 - o 1.1. Lors des interactions avec le client ou son aidant proche, des techniques d'entretien motivationnel sont utilisées pour expliquer la valeur ajoutée de l'intervention recommandée par l'évaluation, comme le recommande la ligne directrice.
 - o 1.2. Le client et son aidant proche, sont informés de l'importance d'agir et de commencer l'intervention au moment de la détection de la fragilité (et de ne pas attendre un évènement indésirable).
- 2 : stratégie au niveau des prestataires de soins
 - o 2.1. Les prestataires de soins suivent une formation continue afin d'augmenter leurs compétences pour travailler dans les soins de première ligne (en tant qu'ergothérapeute mais aussi pour les autres prestataires de la première ligne), spécifiquement pour l'évaluation et l'intervention au niveau de la fragilité (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique...).
- 3 : stratégies au niveau méso
 - o 3.1.2. S'assurer que ces dossiers patients soient conformes aux normes de rapportage en cours, pour ce qui est des interventions ergothérapeutiques.
 - o 3.2.4. Créer un flux de travail entre de la première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice versa.
- 4 : stratégies au niveau macro
 - o 4.1.3 Fournir un résumé des résultats les plus importants – accessible sur le lieu de soins - dans le but de faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.

- 5 : Communication à propos de la ligne directrice
 - o 5.3 Intégrer la ligne directrice dans les programmes d'études d'ergothérapie existants et dans les cours d'ergothérapie dans lesquels la fragilité est mentionnée. Par exemple, médecine générale, soins infirmiers, travail social, gérontologie.

Tous les thèmes ont donc des points d'attention, à l'exception des thèmes 6 (incitants financiers) et 7 (apprentissage initial et continu de l'EBP), endéans les semaines après la publication des lignes directrices :

- Au niveau micro, c'est l'information de la personne et de son aidant proche qui sont au centre des préoccupations.
- Au niveau méso, c'est la formation et la communication en vue d'un travail multidisciplinaire et interligne optimal qui est plébiscité, de même que l'importance d'être formé (pour tous) aux spécificités du travail en première ligne.
- Au niveau macro, les points d'attention sont liés d'une part à l'accessibilité « point of care » de la ligne directrice et d'autre part, à l'intégration des lignes directrices dans la formation.
- Quant aux modalités de financement de l'ergothérapie dans le cadre d'une intervention auprès d'une personne âgée fragile, elles ne sont pas reprises ici malgré leur importance sans aucun doute car les répondants ont conscience qu'il faudra plus que quelques semaines pour y remédier comme cela a été mentionné tant dans les focus group que dans les entretiens individuels.

Les priorités faibles ont été données au 4.2.4 et 4.2.5, les stratégies de communication autour de l'ergothérapie ne sont donc pas considérées comme prioritaires par les répondants. Ceci peut surprendre au vu des focus group et des entretiens qui ont mis en évidence une méconnaissance de l'ergothérapie par les professionnels de la première ligne.

Toutes les autres propositions se sont vu attribuer le niveau de priorité moyenne c'est-à-dire qu'elles doivent être réalisées dans les mois après la publication de la ligne directrice. Il y a donc un ensemble important d'actions à entreprendre rapidement après la publication des lignes directrices et ce tant au niveau micro, que méso ou encore macro.

Les résultats en fonction du type de répondant (profession) :

Si les résultats sont traités en regard du type de professionnel répondant : ergo (n = 13) – non ergo (n = 8), les niveaux de priorité sont répartis comme suit (les résultats pour toutes les propositions se trouvent dans l'annexe 5):

Nombres propositions Niveau priorité ergo versus non ergo

20/39	=	Ergo et non ergo très proches
5/39	Ergo >	Priorité supérieure pour les ergothérapeutes
2/39	Ergo > beaucoup	Priorité fortement supérieure pour les ergothérapeutes
12/39	Ergo <	Priorité inférieure pour les ergothérapeutes

- Sur les 39 propositions, 20 peuvent être considérées comme ayant une priorité similaire pour l'ensemble des professionnels, il s'agit donc d'une majorité de propositions.

- Les 2 propositions considérées comme ayant une priorité beaucoup plus importante pour les ergothérapeutes sont :
 - 2.4 Participer aux réseaux d'apprentissage en ergothérapie (communautés de pratique, (futurs) cercles, etc.)
 - 4.3.2. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des « living labs » pour permettre de piloter et de tester des systèmes au forfait pour le financement de l'ergothérapie. Ceux-ci permettent d'inclure le temps nécessaire à la coordination des activités nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins basé sur une décision négociée et partagée.

Ces résultats indiquent un besoin ressenti par les ergothérapeutes en ce qui concerne :

- Au niveau méso, le réseautage avec les autres ergothérapeutes exerçant en première ligne. Est-ce lié au nombre d'ergothérapeutes pratiquant en première ligne ? Au manque de lieu pour permettre aux ergothérapeutes d'échanger (comme les GLEM...) ? A un manque dans la formation qu'elle soit initiale ou continue ?
- Au niveau macro, le financement de l'intervention d'un ergothérapeute en première ligne.

- 5 propositions ont été jugées comme étant plus prioritaires par les ergothérapeutes que par les autres professionnels :
 - 1.1. Lors des interactions avec le client ou son aidant proche, des techniques d'entretien motivationnel sont utilisées pour expliquer la valeur ajoutée de l'intervention recommandée par l'évaluation, comme le recommande la ligne directrice.
 - 2.1. Les prestataires de soins suivent une formation continue afin d'augmenter leurs compétences pour travailler dans les soins de première ligne (en tant qu'ergothérapeute mais aussi pour les autres prestataires de la première ligne), spécifiquement pour l'évaluation et l'intervention au niveau de la fragilité (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique...).
 - 4.4.1. Le SOC est le point final de chaque module de formation initiale et d'apprentissage tout au long de la vie pour les ergothérapeutes et les prestataires de soins de première ligne.
 - 4.4.2. Fournir des outils permettant d'identifier les objectifs de vie des personnes physiquement fragiles et socialement vulnérables et les mettre à la disposition des ergothérapeutes travaillant dans le secteur des soins de première ligne et de tous les prestataires travaillant avec cette population.
 - 5.1 Prévoir un plan de communication général sur l'existence de la ligne directrice, par le biais des organisations professionnelles (de différentes professions) et des médias sociaux.

Ceci reflète des points d'attention des ergothérapeutes et ce en lien avec leur formation :

- Au niveau micro : l'information de la personne et de son environnement en vue de l'obtention du consentement à l'intervention (accompagnement centré sur le client)
- Au niveau méso : l'importance de la formation continue et de la pratique probante ; de rendre la personne actrice de l'accompagnement comme le préconisent les nombreux modèles de pratique en ergothérapie

- Au niveau macro : le besoin de communiquer sur l'existence de la ligne directrice en ergothérapie. Un déficit perçu de connaissance – reconnaissance (par les ergothérapeutes) de sources de pratique probante et de l'ergothérapie (par les autres intervenants de la première ligne) étant régulièrement mentionné notamment durant les focus group et les entretiens individuels.

- Aucune proposition n'a été considérée comme ayant une priorité beaucoup plus importante pour les autres professionnels que pour les ergothérapeutes.
- Enfin, les 12 propositions estimées comme étant plus prioritaires par les autres professionnels que par les ergothérapeutes sont:
 - 1.3. L'identité et le rôle de chaque prestataire de soins sont expliqués et consignés par écrit dans un document et un langage adapté au client et son aidant proche.
 - 3.1.2. S'assurer que ces dossiers patients soient conformes aux normes de rapportage en cours, pour ce qui est des interventions ergothérapeutiques.
 - 3.2.4 Créer un flux de travail entre de la première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice versa.
 - 3.3.1. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des ergothérapeutes travaillant dans le domaine des soins de première ligne. Inclure leur profil et/ou leur spécialisation.
 - 3.3.2. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des autres prestataires de la première ligne, y compris leur profil et leur spécialisation.
 - 4.1.1 Ajouter le niveau de preuve, le grade des recommandations et la liste des références dans la ligne directrice
 - 4.1.3 Fournir un résumé des résultats les plus importants – accessible sur le lieu de soins - dans le but de faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.
 - 4.1.4 Fournir une version pour un public non-spécialiste et facile d'accès de la ligne directrice
 - 4.3.1. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.
 - 5.3 Intégrer la ligne directrice dans les programmes d'études d'ergothérapie existants et dans les cours d'ergothérapie dans lesquels la fragilité est mentionnée. Par exemple, médecine générale, soins infirmiers, travail social, gérontologie.
 - 6.1 Fournir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention de l'ergothérapeute chez les personnes âgées fragiles.
 - 7.3. Fournir un accès aux lignes directrices de qualité pour les ergothérapeutes et autres professionnels de la première ligne.

Ceci se traduit au niveau :

- Micro : par une attention à accorder à l'identification écrite, auprès de la personne, des différents intervenants. Les ergothérapeutes ont peut-être plus besoin d'être reconnu en tant que professionnel de la première ligne plutôt qu'en tant qu'individu ?

- Méso : sont pointés par les différents professionnels, le besoin d'avoir des dossiers patients centralisés, une collaboration entre la première et la deuxième ligne, certainement facilitée par l'existence et la mise à jour de liste tant des ergothérapeutes que des autres professionnels et enfin la nécessité d'introduire les lignes directrices dans le cursus initial des ergothérapeutes. Ces préoccupations, certes essentielles, ne sont sans doute pas aussi prioritaires pour les ergothérapeutes au vu des difficultés à se faire connaître ou encore à être financés pour une intervention en première ligne.
- Macro : par un questionnement sur le financement innovant tant de l'ergothérapie que de la prévention en première ligne, mais aussi sur l'accès facile à des lignes directrices de qualité pour tous les intervenants.
- Enfin, la forme des lignes directrices en elles-mêmes semble plus préoccuper les autres intervenants que les ergothérapeutes eux-mêmes puisque les autres professionnels pointent le besoin d'indiquer le niveau de preuve, de fournir un résumé ou encore une version tout public des lignes directrices.

Nous avons également demandé aux participants quel était leur niveau de contrôle et de responsabilité perçus, par rapport à la stratégie proposée. Comme le groupe de répondants était très hétérogène et que la majorité des stratégies s'adressaient à des parties prenantes diverses, nous avons choisi de ne présenter ici que les stratégies qui s'adressaient aux ergothérapeutes, en reprenant les réponses des douze ergothérapeutes ayant répondu au Delphi.

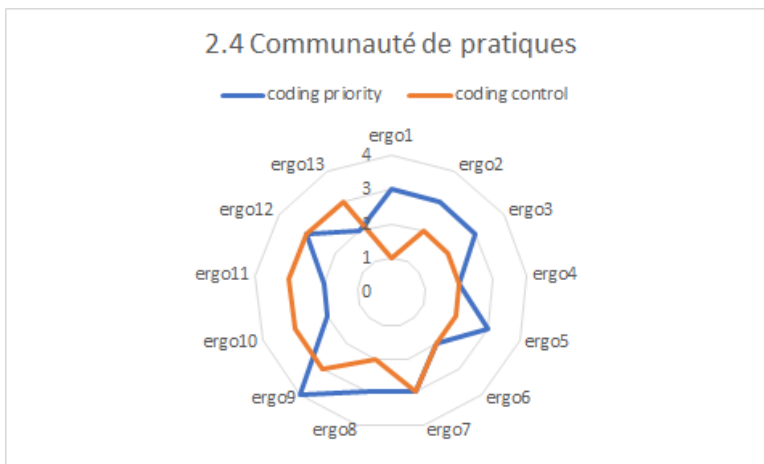
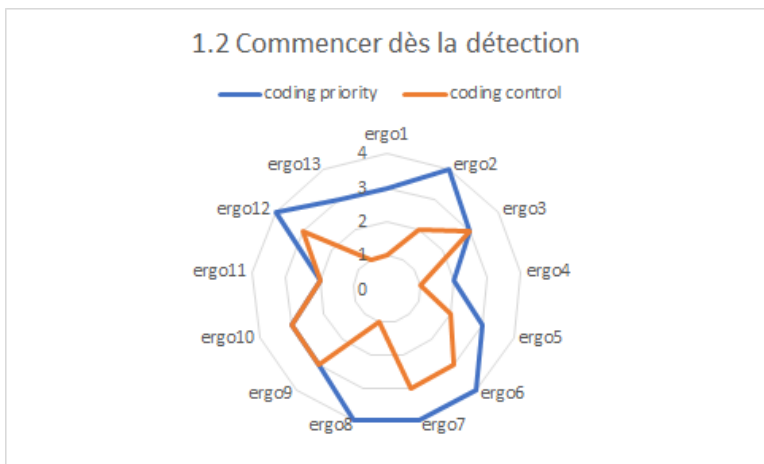
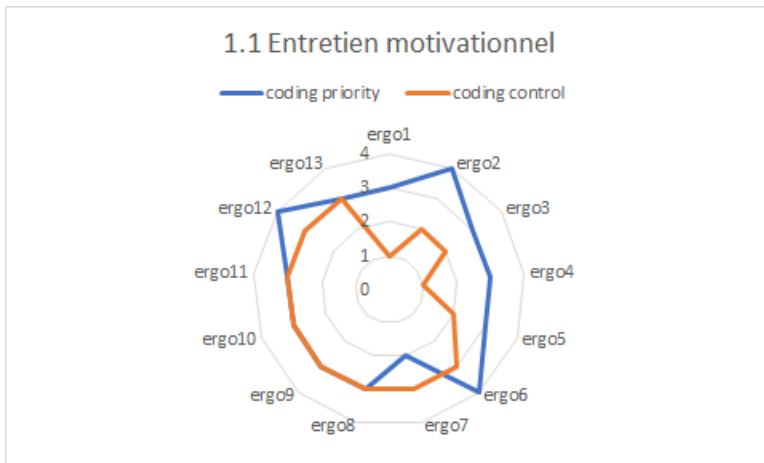
Pour la stratégie 1.1 "Lors des interactions avec le client ou son aidant proche, des techniques d'entretien motivationnel sont utilisées pour expliquer la valeur ajoutée de l'intervention recommandée par l'évaluation, comme le recommande la ligne directrice.", la majorité des ergothérapeutes estimaient que cela relevait de leur responsabilité (8/12), alors que 10/12 trouvait qu'il s'agissait d'une priorité haute, voire maximale (cf. plus haut).

Pour la stratégie "1.2. Le client et son aidant proche sont informés de l'importance d'agir et de commencer l'intervention au moment de la détection de la fragilité (et de ne pas attendre un évènement indésirable).", seuls 5/12 estimaient que cette intervention relevait de leur contrôle et responsabilité, alors que 10/12 trouvait que cette stratégie méritait une priorité haute ou maximale.

Pour la stratégie 2.4 "Participer aux réseaux d'apprentissage en ergothérapie (communautés d pratique, (futurs) cercles, etc.)", 6/11 ergothérapeutes ayant répondu trouvaient que cette stratégie relevait de leur contrôle et de leur responsabilité alors que 6/11 trouvait que cette stratégie méritait une priorité haute ou maximale.

Ces résultats sont résumés dans les **Figure 3**, ce qui permet de voir que, pour la moitié des répondants ergothérapeutes, bien que cette stratégie leur soit adressée et qu'elle semble prioritaire, ils ne la sentent ni sous leur contrôle, ni sous leur responsabilité.

Figure 3 : entretien Motivationnel, Commencer la détection, communauté de pratiques.



Le deuxième round du Delphi

À la suite de l'analyse des résultats du premier round, certaines propositions ont été légèrement reformulées et les niveaux de priorité ajustés en vue du second round. Les propositions adaptées sont :

- 1.4. Chaque prestataire de soins explique clairement ce que le client et son aidant proche peuvent attendre de l'intervention ergothérapeutique (et ce que à quoi ils ne peuvent s'attendre), ainsi que dans quel délai. Est devenu : 1.4. Chaque prestataire **explique** au client et à son aidant proche **ce qu'il ou elle peut attendre** de l'ergothérapie - ou non - et dans quel délai.
- 2.4 Participer aux réseaux d'apprentissage en ergothérapie (communautés de pratique, (futurs) cercles, etc.) est devenu : 2.4 Participer aux réseaux d'apprentissage/d'échanges de bonnes pratiques en ergothérapie (communautés de pratique, (futurs) cercles, etc.)
- 3.1.3. Fournir une formation à l'utilisation de ces dossiers patients électroniques est devenu : 3.1.3. Fournir une formation à l'utilisation de ces dossiers médicaux électroniques.
- 3.2.2. Elaborer des accords formels entre les organisations afin de clarifier les rôles de chacune d'entre elles en ce qui concerne les différents rôles et fonctions repris dans la ligne directrice. Est devenu : 3.2.2. Elaborer des accords formels entre les organisations de la première ligne, afin de clarifier les rôles de chacune d'entre elles en ce qui concerne les différents rôles et fonctions repris dans la ligne directrice.
- 3.2.4. Créer un flux de travail entre de la première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice versa. Est devenu : 3.2.4. Créer un flux de travail entre les soins de première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice-versa.
- 4.3. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes. Est devenu : 4.3. Tester des modalités financières innovantes.
- Une question a été rajoutée chez les francophones (elle était présente dans le questionnaire néerlandophone dès le début) en 4.3.1. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.
- Le 4.3.1. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des « living labs » pour permettre de piloter et de tester des systèmes au forfait pour le financement de l'ergothérapie. Ceux-ci permettent d'inclure le temps nécessaire à la coordination des activités nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins basé sur une décision négociée et partagée. Est donc devenu le 4.3.2. et n'a pas été reformulé.

Lors du deuxième round, il a été demandé de se positionner, au moyen d'un questionnaire Qualtrics, par rapport au niveau de priorité obtenu lors du premier round. A la fin de chacun des thèmes, les commentaires éventuels étaient collectés.

Nous avons obtenu 20 réponses pour le questionnaire francophone mais 7 ont dû être écarté car incomplets et 28 réponses pour le questionnaire néerlandophone mais 6 ont dû être écarté car ils n'étaient pas complets. Au total du questionnaire francophone, 8 commentaires étaient présents et il y en avait 11 dans le questionnaire néerlandophone.

Malheureusement nous n'avons pas de données permettant d'identifier les professions des répondants lors de ce deuxième round.

Dans l'**annexe 6** se trouvent les niveaux de priorité octroyés lors du premier et du second round de l'étude Delphi.

Les 12 priorités reconnues comme « haute » suite au 2^{ème} round sont :

1. Stratégie au niveau du client ou de son aidant proche
 - 1.1. Lors des interactions avec le client ou son aidant proche, des techniques d'entretien motivationnel sont utilisées pour expliquer la valeur ajoutée de l'intervention recommandée par l'évaluation, comme le recommande la ligne directrice.
 - 1.2. Le client et son aidant proche, sont informés de l'importance d'agir et de commencer l'intervention au moment de la détection de la fragilité (et de ne pas attendre un évènement indésirable).
 - 1.3. L'identité et le rôle de chaque prestataire de soins sont expliqués et consignés par écrit dans un document et un langage adapté au client et son aidant proche.
2. Stratégie au niveau des prestataires de soins individuels
 - 2.1. Les prestataires de soins suivent une formation continue afin d'augmenter leurs compétences pour travailler dans les soins de première ligne (en tant qu'ergothérapeute mais aussi pour les autres prestataires de la première ligne), spécifiquement pour l'évaluation et l'intervention au niveau de la fragilité (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique...).
3. Stratégie au niveau méso (prestataires de soins et entre prestataires de soins, organisations)
 - 3.1. Dossier patient électronique
 - 3.1.2. S'assurer que ces dossiers patients soient conformes aux normes de rapportage en cours, pour ce qui est des interventions ergothérapeutiques.
 - 3.2. Clarification des rôles
 - 3.2.3. Créer un flux de travail logique entre les différents professionnels de la santé et de l'aide sociale afin que l'orientation, l'évaluation de la fragilité, l'évaluation fonctionnelle l'évaluation de la participation ainsi que l'intervention ergothérapeutique et le retour d'information au médecin généraliste puissent se dérouler sans heurts dans un contexte multidisciplinaire.
 - 3.2.4. Créer un flux de travail entre les soins de première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice-versa.
4. Stratégies au niveau macro (autorités, gouvernement, ...)
 - 4.1. La ligne directrice elle-même
 - 4.1.3 Fournir un résumé des résultats les plus importants – accessible sur le lieu de soins - dans le but de faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.
 - 4.3. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.
 - 4.3.1. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.
 - 4.3.2. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des « living labs » pour permettre de piloter et de tester des systèmes au forfait pour le financement de l'ergothérapie. Ceux-ci permettent d'inclure le temps nécessaire à la coordination des activités nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins basé sur une décision négociée et partagée.

5. Communication à propos de la ligne directrice

5.3 Intégrer la ligne directrice dans les programmes d'études d'ergothérapie existants et dans les cours d'ergothérapie dans lesquels la fragilité est mentionnée. Par exemple, médecine générale, soins infirmiers, travail social, gérontologie.

6. Prévoir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention.

6.1 Fournir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention de l'ergothérapeute chez les personnes âgées fragiles.

Tous les thèmes, à l'exception du thème 7 (Apprentissage initial et continu de l'EBP), reprennent au moins une priorité considérée comme importante.

Si ces priorités sont replacées dans le cadre micro, méso, macro, il est possible d'en retirer les éléments importants suivants :

- 3 correspondent au niveau micro, il s'agit des priorités relevant du 1^{er} thème (au niveau du client ou de son aidant proche : 1.1 , 1.2 et 1.3) qui pointent l'importance de l'entretien motivationnel, d'une intervention précoce (dès détection de la fragilité) et d'une identification précise des divers intervenants et de leurs rôles au sein de l'intervention.
- 4 correspondent au niveau méso : il s'agit des priorités relevées en lien direct avec les thèmes 2 (Stratégie au niveau des prestataires de soins individuels) et 3 (Stratégie au niveau méso (prestataires de soins et entre prestataires de soins, organisations)) et plus précisément des propositions 2.1, 3.1.2, 3.2.3 et 3.2.4. La formation continue des différents prestataires de soins pour travailler en première ligne et la communication entre les divers acteurs que ce soit au travers de l'utilisation de dossiers médicaux conformes, de flux de travail adéquat entre les intervenants de la même ligne ou entre les lignes différentes sont les éléments à traiter rapidement.
- 4 propositions correspondant au niveau macro ont également été retenues comme prioritaires : il s'agit des propositions en lien avec le thème 4 (Stratégies au niveau macro (autorités, gouvernement, ...)) : 4.1.3, 4.3.1, 4.3.2 et 6.1) et plus particulièrement de fournir une version « point of care » des recommandations et d'envisager des modalités innovantes, y compris des systèmes au forfait, pour le financement des interventions menées par les ergothérapeutes de la 1^{ère} ligne auprès des personnes âgées fragiles.
- La onzième proposition retenue est en lien avec le thème 5 (Communication à propos de la ligne directrice : 5.3) et vise l'intégration de la ligne directrice dans tous les cursus où il est fait mention de la fragilité.

Après les deux tours du Delphi : création d'un modèle logique reliant les stratégies, déterminants de l'implémentation, avec les résultats.

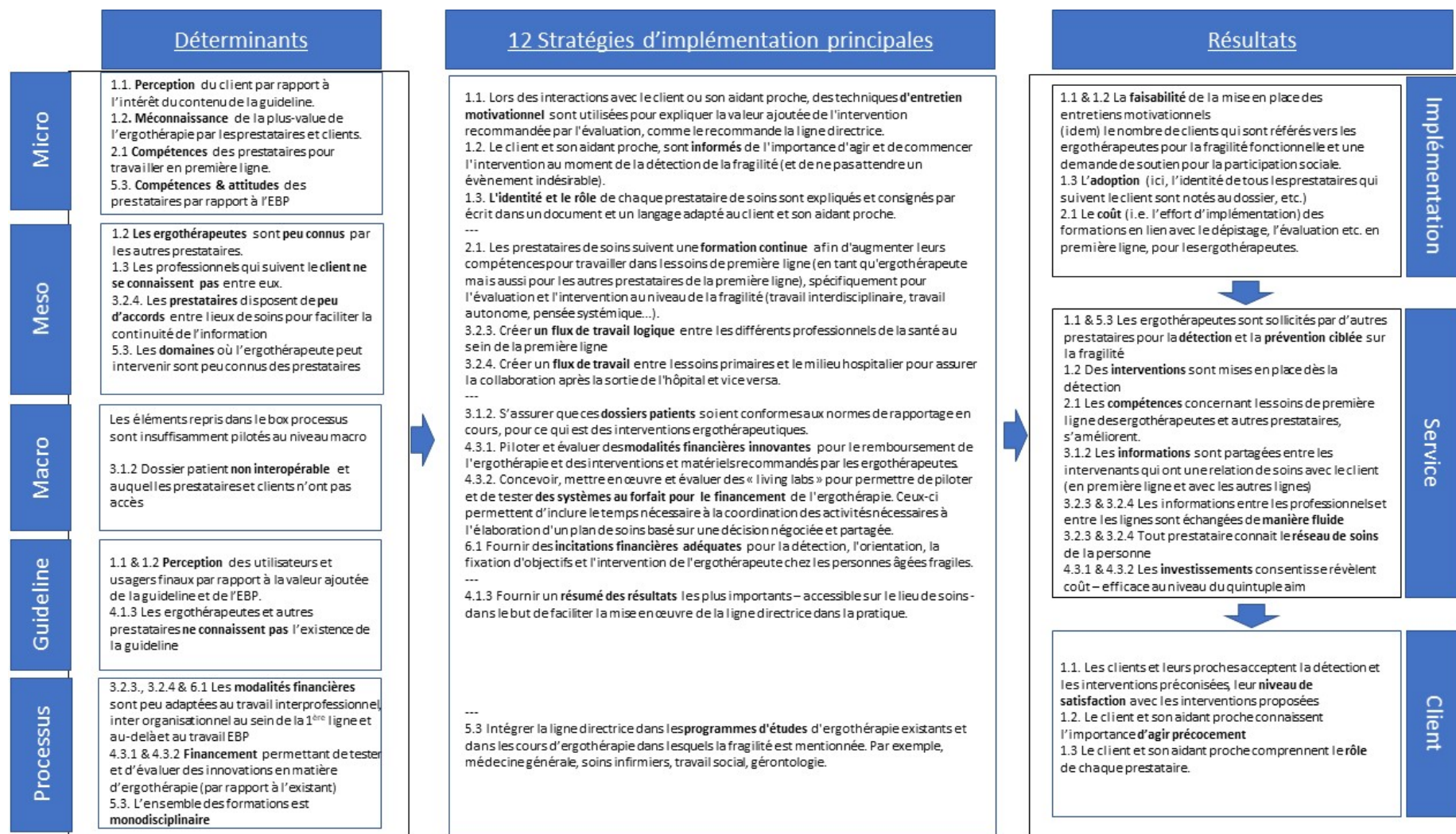
Sur la base des résultats issus des étapes précédentes, nous avons ensuite procédé à présenter, dans un même tableau, les stratégies d'implémentations notées comme étant les plus prioritaires lors du deuxième tour du Delphi. Ensuite, nous avons cherché à rattacher chacune de ces stratégies d'implémentation, aux déterminants à l'implémentation (barrières et facteurs facilitants), identifiés lors des focus group et entretiens individuels. Enfin, ces stratégies et les déterminants ont été reliés aux résultats. Pour guider cet exercice, nous nous sommes inspirés des travaux de recherche basés sur le CFIR (Damschroder, Reardon, Opra Widerquist, & Lowery, 2022; Smith, Li, & Rafferty, 2020)

1. La colonne « stratégies d'implémentations principales » reprend les 12 stratégies notées comme prioritaires par les participants au Delphi du deuxième tour.
2. La colonne « déterminants », contient les barrières et facilitateurs, identifiés lors des focus groups et des entretiens semi-directifs, classés selon les niveaux « micro, meso et macro », tels que définis dans ce document. A ces 3 niveaux s'ajoute un niveau « au niveau de la ligne directrice elle-même », lorsque le facteur d'implémentation concernait la ligne directrice et un niveau « processus », lorsque le déterminant traversait les 3 niveaux du système de santé (p.ex., la manière dont les participants décrivent les connaissances antérieures par rapport à l'EBP est un déterminant au niveau micro, mais est aussi une caractéristique concernant l'organisation ou l'équipe à laquelle appartient le prestataire (meso) et une caractéristique de l'ensemble du système).
3. La colonne « résultats » a été répartie en trois domaines :
 - a. Résultats d'implémentation. Ceux-ci concernent l'acceptabilité, la pertinence, la faisabilité, l'adoption, le degré de couverture, le coût, etc, du processus d'implémentation (Damschroder et al., 2022)
 - b. Résultats de services. Le degré auquel les services sont efficaces, sûrs, centrés sur les objectifs de vie de la personne, délivrés à temps, efficaces, équitables et pérennes.
 - c. Résultats au niveau du client (ou de son aidant proche) : la satisfaction, le fonctionnement, l'évolution des symptômes.

L'articulation entre ces trois parties s'est faite au cours de plusieurs réunions entre chercheurs, durant le mois de septembre. Le résultat est présenté dans le **Figure 4**.

L'exercice s'est avéré ardu par moment, notamment en raison de la confusion, faite par les participants, entre l'implémentation de la ligne directrice, et l'implémentation de l'ergothérapie en première ligne.

Figure 4. Modèle logique reliant les 12 stratégies d'implémentation principales, aux déterminants d'implémentation et aux résultats de l'implémentation



Discussion et conclusions

Bref résumé des résultats.

Cette étude visait à préparer un **plan de mise en œuvre** d'une ligne directrice déjà élaborée par un autre groupe de recherche. La préparation du plan de mise en œuvre a été réalisée dans les délais convenus avec le client.

Pour élaborer le plan de mise en œuvre, une **méthodologie mixte** a été utilisée. Outre une étude documentaire sur le sujet, des **groupes de discussion, des entretiens individuels approfondis, un world café et une étude Delphi** avec deux tours de décision ont été utilisés. Tout au long du processus, un total de **83 parties prenantes ont été impliquées** afin de présenter un plan bénéficiant d'un large soutien.

Le résultat est représenté visuellement dans un **modèle logique** (voir **figure 4**) basé sur Smith et al. (2020), composé de trois blocs principaux : les **déterminants de la mise en œuvre, les stratégies de mise en œuvre et les résultats de la mise en œuvre**, avec un aperçu des stratégies à mettre en œuvre et du moment où elles doivent l'être selon les parties prenantes.

1. Les **déterminants de la mise en œuvre** ont été représentés thématiquement comme des obstacles et des facilitateurs de la mise en œuvre. Les déterminants ont été décrits d'une part (1) au niveau **micro** (les bénéficiaires des recommandations du guide et la relation entre le bénéficiaire et ses prestataires de soins de santé), au niveau **méso** (les professionnels/utilisateurs du guide) et au niveau **macro** (les décideurs politiques au niveau local, régional et fédéral) et d'autre part (2) au niveau du guide lui-même et du processus. Ces déterminants sont basés sur les données issues des groupes de discussion et des entretiens individuels approfondis. Les directives pour le format des guides d'entretien et les analyses sont basées sur le **Consolidated Framework for Implementation Research** (équipe de recherche CFIR-Centre for Clinical Management Research, 2009).

Tous les thèmes sont présentés dans le tableau 3.

En résumé, **au niveau micro**, des obstacles ont été formulés concernant la perception et la valeur ajoutée de la ligne directrice, les connaissances et l'expertise des ergothérapeutes concernant le groupe cible, la pratique fondée sur les preuves (EBP) et la présence d'un répertoire incluant les prestataires de la première ligne, dont les ergothérapeutes. La collaboration dans le contexte de soins de la personne âgée est considérée comme un facilitateur. **Au niveau méso**, les déterminants sont principalement formulés concernant la connaissance limitée des autres groupes professionnels sur l'expertise spécifique et le rôle de l'ergothérapeute dans de la première ligne (y compris l'articulation avec les autres disciplines), ainsi que sur le manque de lignes de communication et de partenariats avec les ergothérapeutes dans la première ligne. La clarification des rôles des différentes disciplines a été considérée comme un facteur de facilitation. **Au niveau macro**, les obstacles ont été principalement identifiés dans le domaine du financement de l'ergothérapie, de l'organisation des soins de santé et du lien entre la première et la deuxième ligne. Les facilitateurs ont surtout été vus dans les bonnes stratégies de communication et dans l'intégration des lignes directrices dans les cours de formation.

2. Les **stratégies de mise en œuvre** sont représentées comme les mesures de soutien possibles qui peuvent augmenter l'utilisation et l'adoption des lignes directrices. Les obstacles

et les facilitateurs de la première phase ont été convertis en stratégies par les chercheurs via une technique de world-café et des discussions d'accompagnement, et ont été divisés en 7 thèmes. Quatre thèmes étaient directement liés au niveau micro, méso ou macro. Les trois autres thèmes traitent d'aspects transversaux applicables à chacun des trois niveaux : stratégies de communication des lignes directrices, manque d'incitations financières suffisantes pour l'ergothérapie en première ligne et stratégies pour l'EBP et l'apprentissage tout au long de la vie.

Au total, 43 stratégies ont été déterminées (42 pour les partenaires francophones, car 1 stratégie s'appliquait aux zones de première ligne en Flandre et celles-ci n'existent pas en Belgique francophone), qui ont toutes été priorisées par l'étude Delphi. Douze stratégies ont ainsi été retenues comme hautement prioritaires, 28 comme moyennement prioritaires et 2 comme faiblement prioritaires (**voir annexe 4**).

3. Enfin, ces stratégies ont été converties en **résultats concrets et attendus de la mise en œuvre** au niveau des bénéficiaires, des prestataires et des politiques.

Les résultats attendus pour le bénéficiaire (la personne âgée et son aidant informel) sont à la fois la prise de conscience de l'existence de la ligne directrice et une augmentation de l'acceptabilité de la ligne directrice (et donc de son accessibilité) pour la personne âgée elle-même grâce aux techniques d'entretien motivationnel. Au niveau des prestataires de soins, les résultats attendus sont une détection, une intervention et un suivi plus fluides des personnes âgées fragiles par l'ergothérapeute, un partage fluide des informations entre les prestataires de soins dans le cadre de la première ligne et, par extension, des soins de deuxième ligne. En termes de mise en œuvre proprement dite, les résultats escomptés sont que les traitements d'ergothérapie soient financés, que toutes les disciplines aient connaissance de l'application de la ligne directrice et que les ergothérapeutes soient informés de l'évolution de la situation.

Discussion

Cette directive **peut** fournir des conseils pour **l'évaluation** aux ergothérapeutes en exercice, le **traitement** et le **suivi** des personnes âgées fragiles. En même temps, la directive peut stimuler le déploiement et l'intégration de l'ergothérapie dans de la première ligne, ce qui est considéré comme une situation gagnant-gagnant par les ergothérapeutes des deux parties du pays qui étaient impliqués dans le groupe de parties prenantes.

La mise en œuvre de la ligne directrice peut être facilitée par l'application de différentes stratégies. Dans cette discussion, ces stratégies ont été vérifiées par rapport à la littérature disponible afin de voir si les stratégies proposées seront réellement efficaces.

Nous discutons des stratégies par ordre de priorité. En ce qui concerne l'utilisation des techniques d'entretien motivationnel (stratégie I.1). La recommandation est d'enseigner aux ergothérapeutes les techniques de l'entretien motivationnel et de les utiliser lors de la mise en œuvre de la ligne directrice. En effet, la littérature montre que l'utilisation de l'entretien motivationnel dans un programme d'intervention physique a un **effet positif significatif** sur les capacités fonctionnelles des personnes âgées fragiles (Harvey, 2018). Deux aspects sont importants ici : d'une part, l'expérience réussie de l'ergothérapeute dans l'application de la directive se traduira par une mise en œuvre plus aisée parmi

les autres et, d'autre part, l'accessibilité et l'acceptabilité de la directive par les personnes âgées fragiles seront favorisées.

La deuxième stratégie concerne **l'information rapide et l'initiation rapide de l'intervention** ergothérapeutique (stratégie 1.2). Une intervention n'aura un effet positif sur le fonctionnement et la survie des personnes âgées fragiles que si elle est lancée tôt (Chen, 2018). Il est très important d'informer rapidement les personnes âgées elles-mêmes, leurs aidants informels et leurs aidants professionnels de l'existence de la ligne directrice et de l'intervention qui l'accompagne. Communiquer fréquemment et dans un langage compréhensible sur l'existence de la ligne directrice ainsi que sur son contenu à tous les niveaux (micro, méso, macro) facilitera son utilisation. Par exemple, les personnes âgées fragiles ou leur aidant informel peuvent contacter eux-mêmes le médecin généraliste et ce dernier peut faire appel à l'ergothérapeute (stratégie 5, communication sur la ligne directrice).

Concernant la clarification du rôle et de l'identité de chaque prestataire de soins (stratégie 1.3), la littérature montre qu'une **vision claire des rôles de chaque discipline** améliore significativement les soins (Solis, 2018). Il convient toutefois de noter ici que les parties prenantes ont indiqué que l'élaboration d'une ligne directrice pour une seule discipline dans un groupe cible qui, par définition, nécessite une approche interdisciplinaire, n'est pas logique et va à l'encontre de la vision commune de la vulnérabilité et des preuves qui existent déjà. Par conséquent, l'intégration de cette ligne directrice dans des lignes directrices plus larges et la création d'un flux de travail entre les différentes disciplines (stratégie 3.2.3) ont été considérées par les parties prenantes comme une stratégie importante pour le succès de cette ligne directrice. Cependant, cette stratégie ne peut être considérée indépendamment de la stratégie 3.3 et des sous-stratégies sous-jacentes concernant la nécessité de dresser un **inventaire des ergothérapeutes, des prestataires de services d'ergothérapie et des organisations vers lesquelles un ergothérapeute peut se tourner** (ceci n'est pas considéré comme une priorité élevée, mais est nécessaire à moyen terme). La stratégie consistant à donner aux professionnels la possibilité d'étudier davantage la fragilité (stratégie 2.1) est une tâche qui incombe aux hautes écoles et aux universités. Ils devraient l'inclure dans leurs programmes d'études (stratégie 5). Un récent *position paper* sur la fragilité publié dans le Lancet soutient qu'il est nécessaire d'accroître les **connaissances sur les stratégies d'intervention en matière de fragilité**, ainsi que de les diffuser auprès des utilisateurs par le biais de la formation (Dent, 2019). La diffusion et la propagation d'une culture globale des soins axée sur les objectifs (stratégie 4.4 et niveaux sous-jacents) sont également importantes dans le contexte de la fragilité. Ici, outre les **hautes écoles et les universités, les associations professionnelles** jouent également un rôle important. Un manque d'EBP a été indiqué comme un obstacle. Pour contrer cela, les ergothérapeutes (et par extension tous les autres professionnels de la santé) devraient être correctement formés à l'utilisation des preuves et plus particulièrement à l'utilisation des lignes directrices (stratégie 7 et stratégies sous-jacentes). La ligne directrice elle-même peut alors être un levier important pour devenir plus factuelle. C'est ce que montrent les études de Thomas (Thomas, 2013) et Lindström (Lindström 2018). En outre, une étude très récente a montré, par le biais d'un essai contrôlé, que la formation à l'EBP a un effet positif significatif sur l'attitude, le comportement, les connaissances des prestataires de soins de santé et sur les résultats de l'intervention. Les compétences globales en matière d'EBP, quelle que soit la forme de la formation (par exemple via un enseignement ex cathedra ou via des groupes de lecture et des interventions) augmentent de manière significative (Goodarzi, 2021). Cela indique également l'importance de la stratégie d'organisation en **réseaux d'apprentissage et en cercles de connaissances** (stratégie 2.4), bien que les parties prenantes ne l'aient pas indiquée comme une stratégie prioritaire. Une étude menée au Canada montre que **l'organisation et la participation à des communautés d'apprentissage autour de la fragilité est un moyen viable d'accroître**

les connaissances sur la population cible, de partager des données probantes en apprenant les uns des autres (Thandi, 2021).

En ce qui concerne la ligne directrice elle-même, des obstacles ont été détectés, principalement liés à la langue (y compris la traduction) et à la conception, d'une part, et à l'absence de documentation concernant les niveaux de preuve (GRADE), d'autre part. Cela a tout à voir avec le calendrier des deux projets distincts. Afin de promouvoir l'utilisation du guide, les parties prenantes ont recommandé (stratégie 4.1.1) : d'améliorer la **lisibilité dans les deux langues** (voir ci-dessous ; limites de l'étude), de fournir un **court résumé** dans un langage simple qui peut être mis à disposition dans les lieux où le guide sera utilisé (pensez aux salles d'attente des médecins généralistes, etc.) et d'ajouter les preuves (note : les preuves et le GRADE ont été ajoutés après la collecte des données ; voir ci-dessous « forces et limites de l'étude »). **La recommandation de rendre les directives accessibles par divers canaux et de rédiger des directives faciles à lire est conforme à la littérature existante sur l'utilisation des directives dans la pratique** (Grimshaw, 2004).

Les participants ont recommandé que des modalités de **financement** adéquates soient offertes pour l'ergothérapie dans de la première ligne (stratégie 6), ce qui n'est pas le cas actuellement. Cette stratégie, bien qu'elle soit considérée comme hautement prioritaire, ne peut être mise en œuvre immédiatement. Cependant, il est clair qu'il n'est pas possible de mettre en œuvre la ligne directrice sans un nombre suffisant d'ergothérapeutes dans de la première ligne pour effectuer le travail.

Les participants ont également souligné la nécessité d'une centralisation des dossiers des patients (stratégie 3.1.2) qui peut non seulement favoriser la **collaboration entre toutes les disciplines** en première ligne, mais aussi la collaboration entre la première et la deuxième ligne.

Forces et faiblesses de l'étude.

La force de cette étude réside principalement dans (1) la large **participation des parties prenantes** aux niveaux micro, méso et macro, (2) l'approche **bilingue et multidisciplinaire** tout au long du projet et (3) la triangulation des méthodes (**méthode mixte**). Il en résulte des propositions de mise en œuvre qui sont élaborées en profondeur, largement soutenues et applicables dans toute la Belgique.

(1) **Les parties prenantes.** Les parties prenantes ont dû déployer beaucoup d'efforts pour s'engager dans ce projet en un court laps de temps. La taille du groupe de parties prenantes (un total de **83 personnes** réparties dans différentes organisations ayant un lien avec la première ligne) a permis de garantir que, pour chacune des étapes de la recherche, un nombre suffisant de parties prenantes ont participé à la collecte de données en profondeur et en largeur jusqu'à la **saturation** des données. Le groupe de recherche a considéré comme une difficulté l'investissement important en temps pour les parties prenantes participantes (nous estimons qu'elle s'élève à **9 heures** par personne, sans compter le temps de déplacement), la durée limitée de 3 mois et **l'impossibilité de rémunérer** ces tâches par le biais, par exemple, d'indemnités de présence ou d'indemnités horaires. En même temps, le taux de réponse élevé indique un haut niveau d'implication, ce qui fait que le modèle logique est largement accepté. Cela améliorera considérablement son potentiel de mise en œuvre. Une des limites de l'étude est que nous n'avons impliqué les patients/clients que par le biais des associations de patients et que nous n'avons pas **impliqué directement les personnes fragiles ou les aidants proches**.

(2) **L'approche bilingue et multidisciplinaire.** Tout au long du processus, des chercheurs des deux parties du pays ont été impliqués. Une collaboration intensive a eu lieu pour la rédaction de la méthodologie, la collecte des données, l'analyse des données et l'établissement des rapports. La langue

de travail lors des réunions de recherche était l'anglais, et si nécessaire, la langue natale était utilisée pour clarifier les nuances. Cette approche a permis d'obtenir un modèle logique valable dans le contexte des deux régions linguistiques. Un inconvénient est qu'il a fallu consacrer du temps à la traduction de documents et de présentations alors que le temps disponible était court.

(3) **La méthode mixte.** La méthode des groupes de discussion a permis d'organiser des discussions avec des ergothérapeutes et de différentes disciplines de la première ligne, sur les obstacles et les facilitateurs liés à la mise en œuvre de la ligne directrice. Les discussions ont été menées en ligne par équipes ou par zoom et par groupe linguistique. Le format en ligne était initialement considéré comme une limitation possible. Mais les réunions en ligne étaient bien établies entre toutes les parties prenantes, ce qui n'a pas été un facteur limitant. Par la suite, cela s'est avéré être une bonne méthode pour impliquer 83 parties prenantes à court terme. Les discussions ont fourni de riches informations pour l'élaboration des déterminants de la mise en œuvre. Les discussions de groupe ont été menées à dessein par groupe linguistique afin de saisir le contexte de la région respective. Des efforts supplémentaires ont été faits pour interroger 21 participants supplémentaires (10 néerlandophones et 11 francophones) qui n'ont pas pu assister aux groupes de discussion, par le biais d'entretiens individuels approfondis. Pour ces entretiens individuels, le même guide d'entretien a été utilisé mais les informations ont été reprises des groupes de discussion et interrogées jusqu'à saturation. Une discussion commune avec interprétation simultanée a ensuite eu lieu lors de la phase suivante, celle du world café. La technique du world café a été spécifiquement choisie par le groupe de recherche pour faciliter les discussions entre toutes les parties prenantes afin de développer des stratégies de mise en œuvre possibles. La traduction simultanée (grâce à la Fondation Roi Baudouin) de chaque table de discussion a été considérée comme un atout, car elle a permis un débat commun sur les stratégies de mise en œuvre dans les régions flamande et francophone. La rencontre en présentiel a été considérée comme une grande valeur ajoutée par les participants présents (n=25). Grâce à la présence d'un moissonneur visuel, les résultats ont été immédiatement présentés visuellement à l'ensemble du groupe, ce qui a permis de clarifier immédiatement pour tous les stratégies proposées (qui, quoi, où, quand, comment et pourquoi). Enfin, les stratégies de mise en œuvre proposées ont été synthétisées en 43 propositions et le groupe de parties prenantes a été sondé une dernière fois. Dans le cadre d'une étude Delphi (avec deux tours de décision), un outil en ligne a été utilisé pour sonder la priorité de chacune des stratégies proposées et la personne qui pourrait en assumer la responsabilité. Au total, 51 personnes se sont exprimées à ce sujet. Les résultats donnent un aperçu clair de la priorité de chaque stratégie recommandée. La question de savoir qui pourrait être responsable de la mise en œuvre de la recommandation n'a pas été abordée dans cette mission. **Ce n'était pas non plus directement dans les attributions de cette étude, mais le groupe de recherche a considéré qu'il s'agissait d'un point d'intérêt pour l'avenir et d'une prochaine étape possible pour l'étude commandée.**

Limitation concernant le début et le calendrier du projet.

Seule une version préliminaire du guide et des recommandations qui l'accompagnent (non approuvée par le CEBAM) a été transmise au groupe de recherche (version néerlandaise le 25/03/22 et version française le 21/04/22) afin de préparer les discussions de groupe, les entretiens individuels approfondis et le world café. Lors du coup d'envoi du processus de stratégie de mise en œuvre le 29/03/2022, une brève présentation a été faite aux parties prenantes par les développeurs de la ligne directrice. Les versions préliminaires (NL et FR) ont été remises aux participants en préparation des groupes de discussion, des entretiens individuels approfondis et du world-café. Les préoccupations suivantes ont été soulevées par les participants : (a) la ligne directrice (en néerlandais et surtout en français) n'est

pas facile à lire et doit être affinée ; (b) le degré de preuve fait défaut. Il était donc difficile pour les participants de se faire une idée concrète des recommandations, ce qui a entraîné une évaluation négative de la ligne directrice.

Quatre aspects ont été identifiés concernant la structure et la lisibilité de la ligne directrice :

1. Dans certaines recommandations, des concepts différents (par exemple, l'action utile, la participation, la connaissance de la santé, les stratégies d'autogestion,...) ont été regroupés, ce qui ne permet pas au lecteur de comprendre comment la recommandation peut être appliquée dans une situation concrète ;
2. Certaines recommandations sont composées de deux ou trois sous-recommandations, ce qui a entraîné une certaine confusion ;
3. Le manque de contexte entourant la recommandation a parfois fait paraître les recommandations contradictoires
4. Les recommandations adressées à la zone de première ligne en néerlandais ont été littéralement traduites par « une zone de première ligne » dans la version française. Comme il n'y a pas de zones de première ligne en Belgique francophone, la version française de la version préliminaire n'est pas suffisamment contextualisée.

Les parties prenantes ont déclaré avoir abandonné la lecture de la version préliminaire en raison des arguments cités. Pour cette raison, les participants ont souvent pris de la distance par rapport aux recommandations individuelles et ont plutôt débattu à un niveau global : comment pouvons-nous aider à mettre en œuvre la directive ergothérapeutique développée pour promouvoir la fonctionnalité et la participation sociale dans son intégralité. La version française au moment d'effectuer cette recherche n'avait pas encore été validée par le CEBAM. L'idéal aurait été de pouvoir disposer d'une version validée et facile d'utilisation de ligne directrice, vu qu'un des aspects évalué portait précisément sur ce point.

Comme le groupe de recherche voulait vérifier si toutes les stratégies de mise en œuvre couvraient les recommandations de la ligne directrice, un tableau à deux entrées a été établi, avec les différentes stratégies dans les lignes et les différentes recommandations de la ligne directrice dans les colonnes. Un exemple est fourni à **l'annexe 7**. Toutes les stratégies de mise en œuvre couvrent les recommandations, ce qui nous permet d'affirmer que si la stratégie de mise en œuvre est suivie, il est possible de garantir que les recommandations sont réellement réalisables.

Les preuves selon le grade manquaient, ce qui rendait difficile l'évaluation de la force des recommandations (le classement par recommandation nous a été communiqué après que la dernière étape de ce processus de mise en œuvre, l'étude Delphi, ait démarré). Ce point a été considéré comme une lacune majeure, en particulier par les parties prenantes ayant une formation universitaire. Ils ont estimé qu'il n'était pas possible de parler de mise en œuvre et de commencer à définir une stratégie de mise en œuvre à ce stade.

Conclusion générale

Sur la base d'une méthode mixte, une stratégie de mise en œuvre a été développée en co-création avec 83 parties prenantes réparties en Flandre et en Belgique francophone pour la directive d'ergothérapie visant à promouvoir la fonctionnalité et la participation sociale des personnes âgées physiquement fragiles vivant à domicile. Au total, 43 stratégies ont été déterminées qui pourraient être soutenues dans la mise en œuvre. Celles qui avaient la plus haute priorité ont été représentées visuellement dans un modèle logique. Les stratégies proposées ont été vérifiées par rapport à la littérature existante sur la fragilité et la mise en œuvre des lignes directrices afin d'évaluer leur efficacité.

Liste des annexes, tableaux et figures

Annexes:

Annexe 1: Profils invités aux différentes activités lors du processus

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les entretiens individuels semi-structurés et pour les focus group

Annexe 3 : Les 7 thèmes et leurs subdivisions

Annexe 4 : priorités calculées pour chaque proposition suite au premier round du Delphi

Annexe 5: priorisation du round I par type de profession

Annexe 6: 2ème round Delphi : comparaison entre niveau de priorité après le 1er round et octroyé à la fin du deuxième round

Annex 7: Vergelijkende tabel tussen de richtlijn aanbevelingen en de implementatiestrategieën. Voorbeeld.

Tabellen:

Tableau 1. Les six étapes de l'analyse thématique selon Boyatzis et al., 1998 (traduction libre).

Tabel 2. Aantal deelnemers volgens profiel en activiteit

Tabel 3. Geïdentificeerd thema's bij het analyseren van de data van focusgroepen, interviews en world café, afgeleid uit de domeinen van de CFIR (Damschroder et al., 2021)

Figuren :

Figure 1: Résumé graphique de l'ensemble des étapes pour cette partie

Figuur 2: Resultaat Visual Harvesting

Figuur 3: entretien Motivationnel, Commencer la détection, communauté de pratiques.

Figure 4: Modèle logique reliant les 12 stratégies d'implémentation principales, aux déterminants d'implémentation et aux résultats de l'implémentation

Références

- Abellan van Kan et al. 2008. The IANA task force on frailty assessment. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. Jan;12(1):29-37. doi: 10.1007/BF02982161
- Adriaenssens, J., Eyssen, M., Mertens, R., Benahmed, N., Paulus, D., Ameye, F., . . . Walraevens, M. (2017). *EBP Plan* (291).
- Beard, P., Greenall, J., Hoffman, C. E., Nettleton, S., Popescu, I. C., Ste-Marie, M., Walsh, D., & White, J. (2012). Canadian incident analysis framework. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 1-15.
- Bernstein SJ, Hofer TP, Meijler AP, Rigter H. Setting standards for effectiveness: a comparison of expert panels and decision analysis. *Int J Qual Health Care*. 1997;9(4):255–64.
- Black N, Murphy M, Lamping D, McKee M, Sanderson C, Askham J, et al. Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. *J Health Serv Res Policy*. 1999;4(4):236–248.
- Boger E, Ellis J, Latter S, et al. Self-management and selfmanagement support outcomes: a systematic review and mixed research synthesis of stakeholder views. *PLoS One* 2015;10:e0130990
- Boexkstaens, P., Boeykens, D., Macq J., Vandenbroeck, P. Goal oriented care, a shared language and co-creative practice for health and social sciences. Fonds Daniël De Coninck. Koning Boudewijnstichting
- Brown, J., Isaacs, D., & the World Café Community. (2005). *The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations that Matter*. Retrieved from <http://www.theworldcafe.com/key-concepts-resources/world-cafe-method/>
- Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, Sherrington C, Lord SR, Kurrle SE. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med*. 2013 Mar 11;11:65. doi: 10.1186/1741-7015-11-65. PMID: 23497404; PMCID: PMC3751685.
- Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*. 1997;26(4):315-18.
- CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research. (2009). Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) Retrieved from <https://cfirguide.org/constructs/>
- Chen CY, Gan P, How CH. Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. *Singapore Med J*. 2018 May;59(5):240-245. doi: 10.11622/smedj.2018052. Erratum in: *Singapore Med J*. 2018 Jun;59(6):338. PMID: 29799055; PMCID: PMC5966632.
- Costenoble, A., Knoop, V., Vermeiren, S., Vella, R. A., Debain, A., Rossi, G., . . . Gerontopole Brussels Study, G. (2019). A Comprehensive Overview of Activities of Daily Living in Existing Frailty Instruments: A Systematic Literature Search. *Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnz147
- Daniels R., et al. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons. *European Journal of Aging*. 2010.
- Daniels, R., van, R. E., de, W. L., Kempen, G. I., & van den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv. Res.*, 8:278. doi: 10.1186/1472-6963-8-278., 278-278.
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2021). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L., & Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*, 65(8), 1863-1869. doi:10.1111/jgs.14889

- Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*. 2019 Oct 12;394(10206):1376-1386. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31785-4. PMID: 31609229.
- Dijkers MP. Issues in the conceptualization and measurement of participation: an overview. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91: S5–S16.
- De Vriendt, P., Gauwe, V., & Van de Velde, D. (2019). CLEVER doelen bepalen in de eerste lijn. Betekenisvolle activiteiten als hefboom om doelgerichte zorg te faciliteren? Politeia.
- De Vriendt, P., Peersman, W., Florus, A., Verbeke, M., & Van de Velde, D. (2014). Improving health related quality of life and independency in community dwelling older adults through a client-centred and activity oriented program. A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of nutrition health and ageing*
- De Vriendt, P., Cornelis, E., Desmet, V., Vanbosseghem, R., & Van de Velde, D. (2018). Quality in dementia care: A cross sectional study on the Bio-Psycho-Social competencies of health care professionals. *PLoS One*, 13(2), e0191440. doi:10.1371/journal.pone.0191440
- Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, Van Rompaey B, Remmen R, Paulus D. Verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 212As. D/2013/10.273/86
- De Witte. N., Gobbens, R., De, D. L., Dury, S., Buffel, T., Schols, J., & Verte, D. (2013). The comprehensive frailty assessment instrument: development, validity and reliability. *Geriatr.Nurs.*, 34(4), 274-281.
- Duppen, D., Lambotte, D., Dury, S., Smetcoren, A. S., Pan, H., De Donder, L., & Consortium, D. S. (2019). Social Participation in the Daily Lives of Frail Older Adults: Types of Participation and Influencing Factors. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. doi:10.1093/geronb/gbz045
- Eyssen M, Benahmed N, Paulus D. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – Deel 2: implementatie en performance management – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 291As. D/2017/10.273/10
- Fastame MC, Hitchcott PK, Penna MP. The impact of leisure on mental health of Sardinian elderly from the 'blue zone': evidence for ageing well. *Aging Clin Exp Res*. 2018 Feb;30(2):169-80.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? *Scand J Occup Ther*, 20(3), 162-173. doi:10.3109/11038128.2012.754492
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Fried et al., 2001; Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci.*, 56(3), M146-M156.
- Gobbens et al (2011) *Nutr Health Aging*. 2010 Mar;14(3):175-81. doi: 10.1007/s12603-010-0045-6. *Adv Nurs*. 2012 Sep;68(9):2047-60. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05896.x. Epub 2011 Dec
- Gobbens, R. J., van Assen, M. A., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am.Med.Dir.Assoc.*, 11(5), 344-355.
- Gobbens, R. J., van Assen, M. A., Luijkx, K. G., & Schols, J. M. (2012). The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. *Gerontologist*, 52(5), 619-631. doi:10.1093/geront/gnr135
- Godfrey CM, Harrison MB, Lysaght R, Lamb M, Graham ID, Oakley P. Care of self - care by other - care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *Int J Evid Based Healthc*. 2011;9(1):3-24.
- Goldberg B, Brintnell ES, Goldberg J. The Relationship Between Engagement in Meaningful Activities and Quality of Life in Persons Disabled by Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2002;18(2):17-44.
- Goodarzi H, Teymourzadeh E, Rahimi S, Nasiri T. Efficacy of active and passive evidence-based practice training for postgraduate medical residents: a non-randomized controlled trial. *BMC*

- Res Notes. 2021 Aug 19;14(1):317. doi: 10.1186/s13104-021-05732-3. PMID: 34412699; PMCID: PMC8374403.
- Griep Y, Hanson LM, Vantilborgh T, Janssens L, Jones SK, Hyde M. Can volunteering in later life reduce the risk of dementia? A 5-year longitudinal study among volunteering and non-volunteering retired seniors. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173885.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004 Feb;8(6):iii-iv, 1-72. doi: 10.3310/hta8060. PMID: 14960256.
- Haak M, Lofqvist C, Ullen S, Horstmann V, Iwarsson S. The influence of participation on mortality in very old age among community-living people in Sweden. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Feb;31(2):265-71.
- Harold A. Linstone, Murray Turoff (1975), *The Delphi Method: Techniques and Applications*, Reading, Mass.: Addison-Wesley, ISBN 978-0-201-04294-8, archived from the original on 2008-05-20
- Harvey JA, Chastin SFM, Skelton DA. Breaking sedentary behaviour has the potential to increase/maintain function in frail older adults. *J Frailty Sarcopenia Falls*. 2018 Mar 1;3(1):26-31. doi: 10.22540/JFSF-03-026. PMID: 32300691; PMCID: PMC7155349.
- Hsu CC, Sandford B. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation* 2007;12:1-8.
- Humphrey-Murto, S., Varpio, L., Wood, T. J., Gonsalves, C., Ufholz, L.-A., Mascioli, K., . . . Foth, T. J. A. M. (2017). The use of the Delphi and other consensus group methods in medical education research: a review. 92(10), 1491-1498.
- Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311:376–380. doi: 10.1136/bmj.311.7001.376.
- Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci*. 2016;11:72. Published 2016 May 17
- Lang S, Wyer, R, Haynes, R. *Ann Emerg Med Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap* . 2007 Mar;49(3):355-63. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.08.022.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640-649.
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., ... & Peacock, R. (2015). Achieving change in primary care—effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews. *BMJ open*, 5(12), e009993.
- Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Levasseur M, et al. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. 2010 Dec;71(12):2141-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041.
- Lindström, A.-C. and S. Bernhardtsson (2018). "Evidence-Based Practice in Primary Care Occupational Therapy: A Cross-Sectional Survey in Sweden." *Occupational Therapy International* 2018: 5376764
- Matuska, K., Bass, J., & Schmitt, J. S. (2013). Life balance and perceived stress: predictors and demographic profile. *OTJR (Thorofare N J)*, 33(3), 146-158. doi:10.3928/15394492-20130614-03
- Metzelthin, S. F., van, R. E., de Witte, L. P., Ambergen, A. W., Hobma, S. O., Sipers, W., & Kempen, G. I. (2013). Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 347:f5264. doi: 10.1136/bmj.f5264., f5264.
- Mold, J. (2017). Goal-Directed Health Care: Redefining Health and Health Care in the Era of Value-Based Care. *Cureus*, 9(2), e1043. doi:10.7759/cureus.1043
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. and Elmagarmid, A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.
- Potter M, Gordon S, Hamer P. The Nominal Group Technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. *NZ J Physiotherap*. 2004;32(2):70-75.

- Piskur B, Daniels R, Jongmans MJ, Ketelaar M, Smeets RJ, Norton M, et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clin Rehabil* 2014; 28: 211–220.
- Purkale, B. A., Mold, J. W., & Chen, S. (2016). Encouraging Patient-Centered Care by Including Quality-of-Life Questions on Pre-Encounter Forms. *Ann Fam Med*, 14(3), 221-226. doi:10.1370/afm.1905
- Rizzuto D, Orsini N, Qiu C, Wang HX, Fratiglioni L. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based
- Roppolo M, Mulasso A, Gobbens RJ, Mosso CO, Rabaglietti E, Roppolo M, et al. A comparison between uni- and multidimensional frailty measures: prevalence, functional status, and relationships with disability. *Clin Interv Aging*. 2015 Oct 22;10:1669-78. doi: 10.2147/CIA.S92328.
- Reuben, D. B., Laliberte, L., Hiris, J., & Mor, V. (1990). A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 38(8), 855-861.
- Renger R., Titcomb, A.. A Three-Step Approach to Teaching Logic Models, *The American Journal of Evaluation*, Volume 23, Issue 4, 2002, Pages 493-503, ISSN 1098-2140, [https://doi.org/10.1016/S1098-2140\(02\)00230-8](https://doi.org/10.1016/S1098-2140(02)00230-8).
- Safaeinili, N, Brown-Johnson, C, Shaw, JG, Mahoney, M, Winget, M. CFIR simplified: Pragmatic application of and adaptations to the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for evaluation of a patient-centered care transformation within a learning health system. *Learn Health Sys*. 2020; 4:e10201. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10201>
- Satink, T., Josephsson, S., Zajec, J., Cup, E. H., de Swart, B. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2016). Negotiating role management through everyday activities: narratives in action of two stroke survivors and their spouses. *Disability and Rehabilitation*, 38(24), 2354-2364. doi:10.3109/09638288.2015.112944
- Satink, T., & Van de Velde, D. (2018). Het kennisdomein van de ergotherapie. In A. Kinebanian & M. le Granse (Eds.), *Gronslagen van de ergotherapie* (2 ed., pp. 117-148). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. (Reprinted from: Not in File).
- Smit LC, Schuurmans MJ, Blom JW, Fabbriotti IN, Jansen APD, Kempen GJMJ, Koopmans R, Looman WM, Melis RJF, Metzelthin et al. Unravelling complex primary-care programs to maintain independent living in older people: a systematic overview. *J Clin Epidemiol*. 2018 Apr;96:110-119. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.12.013. Epub 2017 Dec 28. *J Clin Epidemiol*. 2018. PMID: 29289764
- Smith, J.D., Li, D.H. & Rafferty, M.R. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Sci* 15, 84 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8>.
- Solis GR, Mancera BM, Shen MJ. Strategies used to facilitate the discussion of advance care planning with older adults in primary care settings: A literature review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2018 May;30(5):270-279. doi: 10.1097/JXX.000000000000025. PMID: 29757843
- Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium)
- Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Nov;59(11):2129-38.
- Thandi M, Wong ST, Aponte-Hao S, Grandy M, Mangin D, Singer A, Williamson T. Strategies for working across Canadian practice-based research and learning networks (PBRLNs) in primary care: focus on frailty. *BMC Fam Pract*. 2021 Nov 12;22(1):220. doi: 10.1186/s12875-021-01573-y. PMID: 34772356; PMCID: PMC8590340.
- Thomas A, Law M. Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: a scoping study. *Am J Occup Ther*. 2013 Jul-Aug;67(4):e55-65. doi: 10.5014/ajot.2013.006395. PMID: 23791325.
- Travers J, Romero-Ortuno R, Bailey J, Cooney MT. Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. *Br J Gen Pract*. 2019 Jan;69(678):e61-e69.

- Van de Velde D, Eijkelkamp A, Peersman W, et al. How competent are healthcare professionals in working according to a bio-psycho-social model in healthcare? The current status and validation of a scale. *PLoS One* 2016;11:e0164018.
- Van de Velde, Dominique, Marieke Coussens, Stijn De Baets, et al. "Application of Participation in Clinical Practice: Key Issues." *JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE* 50.8 (2018): 679–695. Print
- Van de Velde, D. (2012). *Competenties en leerresultaten van de professionele bachelor in de ergotherapie* (1 ed.). Antwerpen: Standaard uitgeverij/professional.
- Van de Velde, D., Bracke, P., G., V. H., Josephsson, S., & Vanderstraeten, G. (2012). Participatie, hoe wordt het gemeten? *Nederlands Wetenschappelijk Tijdschrift Ergotherapie*(4)
- Van de Velde, D., Bracke, P., Van Hove, G., Josephsson, S., & Vanderstraeten, G. (2010). Perceived Participation, experiences from persons with spinal cord injury in their transition period from hospital to home. *Int J Rehabil Res*, 33(4), 346-355.
- Van de Velde, D., Bracke, P., Van Hove, G., Josephsson, S., Viaene, A., De Boever, E., . . . Vanderstraeten, G. (2016). Measuring participation when combining subjective and objective variables: the development of the Ghent Participation Scale (GPS). *Eur J Phys Rehabil Med*, 52(4), 527-540.
- Van de Velde, D., Coorevits, P., Sabbe, L., De Baets, S., Bracke, P., Van Hove, G., . . . Vanderstraeten, G. (2016). Measuring participation as defined by the World Health Organization in the International Classification of Functioning, Disability and Health. Psychometric properties of the Ghent Participation Scale. *Clin Rehabil*, %20. pii: 0269215516644310., 0269215516644310.
- Van de Velde, D., & De Vriendt, P. (2009). *Ergotherapie in de thuiszorg, verslag van aan multidisciplinaire studie in Oost-Vlaanderen*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*, 9(7), e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775
- Walston J, Buta B, Xue QL. Frailty Screening and Interventions: Considerations for Clinical Practice. *Clin Geriatr Med*. 2018 Feb;34(1):25-38.
- WHO. *World report on ageing and health*. 2015
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health* (W. H. Organisation Ed.). Geneva: World Health Organisation.

Annexe I: Profils invités aux différentes activités lors du processus

Focus group		Interviews	World café
<i>Ergothérapeutes</i>	Professionnels n'ayant pas pu se libérer aux dates pour les focus groups	Ergothérapeutes	Ergothérapeutes
<i>Infirmières</i>		Infirmières	Infirmières
<i>Médecins généralistes</i>		Médecins généralistes	Médecins généralistes
<i>Kinésithérapeutes</i>		Kinésithérapeutes	Kinésithérapeutes
<i>Pharmaciens</i>		Pharmaciens	Pharmaciens
<i>Psychologues</i>		Psychologues	Psychologues
<i>Logopèdes</i>		Logopèdes	Logopèdes
<i>Assistants sociaux</i>		Assistants sociaux	Assistants sociaux
<i>Dentistes</i>		Dentistes	Dentistes
		Représentants des entités suivantes :	
		Associations de patients	
		Associations d'aidants proches	
		Associations de professionnels mentionnés ci-dessus	
		Administrations	
		Mutuelles	
		Organisations faitières	
		Organisations d'appui à la première ligne (VIVEL, Brusano)	
		Sociétés scientifiques	
		Collègues enseignants des hautes écoles	

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les entretiens individuels semi-structurés et pour les focus group

Introduction : présentation de la personne (description du poste et lien avec la 1^{ère} ligne et l'ergothérapie). Le modérateur vérifie que le participant a lu la ligne directrice.

L'ordre des thèmes abordé ne suit pas forcément la chronologie du guide.

Caractéristiques des lignes directrices :	
Quelle est la plus-value d'utiliser cette ligne directrice ? et pour qui (quel groupe cible ?)	
Quelles difficultés percevez-vous en vue de la mise en œuvre des interventions proposées par les lignes directrices ?	
Quels sont les coûts que vous anticipez pour la mise en œuvre des lignes directrices (pour les 5 questions cliniques : le screening – détection, l'évaluation, la détermination des objectifs, l'intervention ergo et enfin l'intégration des soins) ?	
Relance :	Les lignes directrices sont-elles adaptables au contexte local (ou sont-elles trop rigides), peuvent-elles être affinée en fonction des besoins? Si oui, qu'est-ce qui devrait être changé pour que les lignes directrices soient efficaces dans votre contexte ? Quels sont les éléments qui ne devraient pas être changé ?
	Que pensez-vous des preuves de l'efficacité des lignes directrices : <ul style="list-style-type: none"> - Pour la détection – le screening - Pour l'évaluation - Pour la détermination des objectifs - Pour l'intervention - Pour l'intégration des soins
Contexte externe	
Est-ce que les besoins (et les ressources) sont reconnus par notre système de santé comme étant prioritaires ? Ou Quels politiques, plans, programmes ou règlements peuvent favoriser ou freiner la mise en œuvre des lignes directrices ? Ou Comment la mise en œuvre du screening par d'autres professionnels que les ergothérapeutes peut-elle influencer l'implémentation des lignes directrices ? Ce screening par les autres professionnels représente-t-il un obstacle ou un facilitateur à la mise en œuvre des lignes directrices ?	
Comment les ergothérapeutes peuvent-ils partager de l'information avec les professionnels qui travaillent en dehors de leur profession (autres professions)? + les outils pour ce faire (plateforme électronique – papier...)	
Comment est-il possible de transférer ces lignes directrices dans le cadre de la formation (et donc de former de nouveaux professionnels de la santé aux derniers développements et preuves scientifiques) ? (Bac, master, formation continue)	
Relance :	Comment l'organisation des interactions entre les ergothérapeutes et les autres intervenants (les réseaux hospitaliers, les autres organisations...) peut-elle influencer la mise en œuvre des lignes directrices ?
Contexte interne	
Quels sont les opportunités et les obstacles (en termes d'engagement, d'implication et de responsabilités) de la direction à la mise en œuvre des lignes directrices ?	
Relance	Comment la communication au sein de votre organisation peut-elle jouer un rôle dans la mise en œuvre des lignes directrices (communication formelle et informelle) ?
	Comment la culture au sein de votre organisation peut-elle influencer le processus de mise en œuvre (de ces lignes directrices-ci) ?
	Quelles sont les caractéristiques structurelles de votre organisation qui peuvent influencer le processus de mise en œuvre des lignes directrices (taille de l'organisation, structure de gestion...) ?
Caractéristiques des individus	

Vous sentez-vous capable de mettre en œuvre ces lignes directrices en ergothérapie (quelles sont vos connaissances de l'ergothérapie)? Vous sentez-vous suffisamment formé (information sur l'ergothérapie) pour cette mise en œuvre? Quelles sont vos forces / faiblesses ressenties pour la mise en œuvre des lignes directrices ?	
Relance	Comment percevez-vous les lignes directrices ?
	Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients des lignes directrices?
Processus de mise en œuvre	
Qui sont les leaders d'opinion (pionniers dans la mise en œuvre)? A quel niveau se trouvent-ils (au sein de votre organisation, en dehors...)? (champions dans le domaine)	
Comment est-il possible de favoriser leur implication ?	
Comment contrer les obstacles ?	
Comment est-il possible d'informer les bénéficiaires et leurs aidants proches de l'existence de ces lignes directrices ?	
Comment évaluer la réussite de l'implémentation ?	
Quels sont les résultats attendus d'une mise en œuvre réussie (c'est à dire que devrait-on observer si les recommandations font partie de la routine des pratiques)?	
Relance	Quels acteurs sont impliqués dans la mise en œuvre des lignes directrices ?
	Quels sont les éléments importants dans la dissémination des lignes directrices (médias sociaux, éducation, modèles, formation...)?
	De quelles assistances techniques auriez-vous besoin ?
	Comment est-il possible d'informer les autres professionnels de l'existence de ces lignes directrices ? comment est-il possible de savoir s'ils connaissent l'existence des lignes directrices ?

Clôture : y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter et qui n'aurait pas encore été abordé ? (lignes directrices – autres choses)

Rappel du document de consentement et réinvitation au World Café du 3 juin à la Fondation Roi Baudouin.

Annexe 3 : Les 7 thèmes et leurs subdivisions

	1. Stratégie au niveau du client ou de son aidant proche
Micro	1.1. Lors des interactions avec le client ou son aidant proche, des techniques d'entretien motivationnel sont utilisées pour expliquer la valeur ajoutée de l'intervention recommandée par l'évaluation, comme le recommande la ligne directrice.
Micro	1.2. Le client et son aidant proche, sont informés de l'importance d'agir et de commencer l'intervention au moment de la détection de la fragilité (et de ne pas attendre un évènement indésirable).
Micro	1.3. L'identité et le rôle de chaque prestataire de soins sont expliqués et consignés par écrit dans un document et un langage adapté au client et son aidant proche.
Micro	1.4. Chaque prestataire de soins explique clairement ce que le client et son aidant proche peuvent attendre de l'intervention ergothérapeutique (et ce que à quoi ils ne peuvent s'attendre), ainsi que dans quel délai.
	2. Stratégie au niveau des prestataires de soins individuels
Micro	2.1. Les prestataires de soins suivent une formation continue afin d'augmenter leurs compétences pour travailler dans les soins de première ligne (en tant qu'ergothérapeute mais aussi pour les autres prestataires de la première ligne), spécifiquement pour l'évaluation et l'intervention au niveau de la fragilité (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique...).
Micro	2.2. Ces formations, incluent l'apprentissage en ligne, des simulations, en ce compris en interdisciplinarité dans le secteur des soins de première ligne, notamment en matière d'évaluation et d'intervention dans le domaine de la fragilité.
Méso	2.3 (pour les non-ergothérapeutes) S'engager à travailler avec des ergothérapeutes (connaître leurs compétences et leur valeur ajoutée dans l'accompagnement de la population cible)
Méso	2.4 Participer aux réseaux d'apprentissage en ergothérapie (communautés de pratique, (futurs) cercles, etc.)
	3. Stratégie au niveau méso (prestataires de soins et entre prestataires de soins, organisations)
	3.1. Dossier patient électronique
Méso	3.1.1. Acquérir des logiciels métiers pour le dossier patient électronique faciles à utiliser, interopérables et accessibles aux prestataires qui accompagnent le client.
Macro	3.1.2. S'assurer que ces dossiers patients soient conformes aux normes de rapportage en cours, pour ce qui est des interventions ergothérapeutiques.
Méso	3.1.3. Fournir une formation à l'utilisation de ces dossiers patients électroniques
Méso	3.1.4. Les objectifs ciblés pour le client et son aidant proche sont accessibles à la lecture pour tous les autres professionnels des soins et de l'aide
	3.2. Clarification des rôles
Méso	3.2.1. Fournir un soutien et des espaces pour permettre aux professionnels de clarifier leurs rôles et fonctions à mobiliser mentionnés dans la ligne directrice : qui peut faire le dépistage, à qui peut-il s'adresser, qui fait l'évaluation, qui fournit quelle intervention, etc.
Méso	3.2.2. Elaborer des accords formels entre les organisations afin de clarifier les rôles de chacune d'entre elles en ce qui concerne les différents rôles et fonctions repris dans la ligne directrice.
Méso	3.2.3. Créer un flux de travail logique entre les différents professionnels de la santé et de l'aide sociale afin que l'orientation, l'évaluation de la fragilité,

	l'évaluation fonctionnelle, l'évaluation de la participation ainsi que l'intervention ergothérapeutique et le retour d'information au médecin généraliste puissent se dérouler sans heurts dans un contexte multidisciplinaire.
Méso	3.2.4. Créer un flux de travail entre de la première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice versa.
	3.3. Inventaire
Méso	3.3.1. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des ergothérapeutes travaillant dans le domaine des soins de première ligne. Inclure leur profil et/ou leur spécialisation.
Méso	3.3.2. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des autres prestataires de la première ligne, y compris leur profil et leur spécialisation.
Méso	3.3.3. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des organismes susceptibles d'être recommandés par l'ergothérapeute.
	4. Stratégies au niveau macro (autorités, gouvernement, ...)
	4.1. La ligne directrice elle-même
Ligne directrice	4.1.1 Ajouter le niveau de preuve, le grade des recommandations et la liste des références dans la ligne directrice
	4.1.2 Améliorer la convivialité de la ligne directrice (langue et présentation)
	4.1.3 Fournir un résumé des résultats les plus importants – accessible sur le lieu de soins - dans le but de faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.
	4.1.4 Fournir une version pour un public non-spécialiste et facile d'accès de la ligne directrice
	4.2. Promouvoir les compétences de l'ergothérapie en matière d'amélioration des activités et de la participation à la société.
Macro	4.2.1 Planifier une stratégie de communication à propos de la plus-value de l'ergothérapie au niveau local, à l'intention des professionnels (inventaire des parties prenantes, identification des canaux et médias de communication appropriés, calendrier, etc.) .
Macro	4.2.2 Planifier une stratégie de communication à propos de la plus-value de l'ergothérapie via les mutuelles, à l'attention des professionnels (inventaire des parties prenantes, identification des canaux et médias de communication appropriés, calendrier, etc.), en ciblant particulièrement les médecins et pharmaciens.
Macro	4.2.3 Planifier une stratégie de communication sur la plus-value de l'ergothérapie via les syndicats et organisations professionnelles (AXXON,...).
Macro	4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..) Cette proposition était présente lors des deux rounds flamands mais n'apparaissait pas dans les questionnaires pour les francophones.
Macro	4.2.5 Planifier une stratégie de communication vers la 2ème ligne sur la plus-value de l'ergothérapie en soins de première ligne
	4.3. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.
Macro	4.3.1. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.

Macro	4.3.2. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des « living labs » pour permettre de piloter et de tester des systèmes au forfait pour le financement de l'ergothérapie. Ceux-ci permettent d'inclure le temps nécessaire à la coordination des activités nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins basé sur une décision négociée et partagée.
	4.4. Diffuser une culture globale de soins axés sur les objectifs du client (SOC).
Macro	4.4.1. Le SOC est le point final de chaque module de formation initiale et d'apprentissage tout au long de la vie pour les ergothérapeutes et les prestataires de soins de première ligne.
Macro	4.4.2. Fournir des outils permettant d'identifier les objectifs de vie des personnes physiquement fragiles et socialement vulnérables et les mettre à la disposition des ergothérapeutes travaillant dans le secteur des soins de première ligne et de tous les prestataires travaillant avec cette population.
	5. Communication à propos de la ligne directrice (cette stratégie s'étend également au niveau micro et méso)
Macro	5.1 Prévoir un plan de communication général sur l'existence de la ligne directrice, par le biais des organisations professionnelles (de différentes professions) et des médias sociaux.
Macro	5.2 Concevoir un plan de communication axé sur l'impact d'une ergothérapie sur le niveau de fonctionnement quotidien et de participation sociale par le biais des médias sociaux - médias classiques - sites web - EBPnet
Macro	5.3 Intégrer la ligne directrice dans les programmes d'études d'ergothérapie existants et dans les cours d'ergothérapie dans lesquels la fragilité est mentionnée. Par exemple, médecine générale, soins infirmiers, travail social, gérontologie.
	6. Prévoir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention (cette stratégie s'étend également au niveau micro et méso).
Macro	6.1 Fournir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention de l'ergothérapeute chez les personnes âgées fragiles.
	7. Apprentissage initial et continu de l'EBP et des spécificités du travail en première ligne (cette stratégie s'étend également au niveau micro et méso).
Macro	7.1 Fournir une formation pratique aux ergothérapeutes pour qu'ils puissent travailler dans le domaine des soins de première ligne, en particulier dans l'évaluation et l'intervention auprès des personnes âgées fragiles (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique, soins axés sur les objectifs, fixation d'objectifs, etc.)
Macro	7.2 Créer une culture EBP chez les ergothérapeutes et les autres professionnels de la première ligne.
Macro	7.3. Fournir un accès aux lignes directrices de qualité pour les ergothérapeutes et autres professionnels de la première ligne.

Annexe 4 : priorités calculées pour chaque proposition suite au premier round du Delphi

Propositions	Priorités		
	Haute	Moyenne	Basse
I. Stratégie au niveau du client ou de son aidant proche			
1.1. Lors des interactions avec le client ou son aidant proche, des techniques d'entretien motivationnel sont utilisées pour expliquer la valeur ajoutée de l'intervention recommandée par l'évaluation, comme le recommande la ligne directrice.	X (3)		
1.2. Le client et son aidant proche, sont informés de l'importance d'agir et de commencer l'intervention au moment de la détection de la fragilité (et de ne pas attendre un évènement indésirable).	X (3.16)		
1.3. L'identité et le rôle de chaque prestataire de soins sont expliqués et consignés par écrit dans un document et un langage adapté au client et son aidant proche.		X (2.29)	
1.4. Chaque prestataire de soins explique clairement ce que le client et son aidant proche peuvent attendre de l'intervention ergothérapeutique (et ce que à quoi ils ne peuvent s'attendre), ainsi que dans quel délai.		X (2.6)	
2. Stratégie au niveau des prestataires de soins individuels			
2.1. Les prestataires de soins suivent une formation continue afin d'augmenter leurs compétences pour travailler dans les soins de première ligne (en tant qu'ergothérapeute mais aussi pour les autres prestataires de la première ligne), spécifiquement pour l'évaluation et l'intervention au niveau de la fragilité (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique...).	X (3.05)		
2.2. Ces formations, incluent l'apprentissage en ligne, des simulations, en ce compris en interdisciplinarité dans le secteur des soins de première ligne, notamment en matière d'évaluation et d'intervention dans le domaine de la fragilité.		X (2.89)	
2.3 (pour les non-ergothérapeutes) S'engager à travailler avec des ergothérapeutes (connaître leurs compétences et leur valeur ajoutée dans l'accompagnement de la population cible)		X (2.74)	
2.4 Participer aux réseaux d'apprentissage en ergothérapie (communautés de pratique, (futurs) cercles, etc.)		X (2.29)	
3. Stratégie au niveau méso (prestataires de soins et entre prestataires de soins, organisations)			
3.1. Dossier patient électronique			
3.1.1. Acquérir des logiciels métiers pour le dossier patient électronique faciles à utiliser, interopérables et accessibles aux prestataires qui accompagnent le client.		X (2.95)	
3.1.2. S'assurer que ces dossiers patients soient conformes aux normes de rapportage en cours, pour ce qui est des interventions ergothérapeutiques.	X (3.12)		

3.1.3. Fournir une formation à l'utilisation de ces dossiers patients électroniques		X (2.56)	
3.1.4. Les objectifs ciblés pour le client et son aidant proche sont accessibles à la lecture pour tous les autres professionnels des soins et de l'aide		X (2.89)	
3.2. Clarification des rôles			
3.2.1. Fournir un soutien et des espaces pour permettre aux professionnels de clarifier leurs rôles et fonctions à mobiliser mentionnés dans la ligne directrice : qui peut faire le dépistage, à qui peut-il s'adresser, qui fait l'évaluation, qui fournit quelle intervention, etc.		X (2.53)	
3.2.2. Elaborer des accords formels entre les organisations afin de clarifier les rôles de chacune d'entre elles en ce qui concerne les différents rôles et fonctions repris dans la ligne directrice.		X (2.44)	
3.2.3. Créer un flux de travail logique entre les différents professionnels de la santé et de l'aide sociale afin que l'orientation, l'évaluation de la fragilité, l'évaluation fonctionnelle l'évaluation de la participation ainsi que l'intervention ergothérapeutique et le retour d'information au médecin généraliste puissent se dérouler sans heurts dans un contexte multidisciplinaire.	X	(2.77)	
3.2.4. Créer un flux de travail entre de la première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice versa.	(3)	X	
3.3. Inventaire			
3.3.1. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des ergothérapeutes travaillant dans le domaine des soins de première ligne. Inclure leur profil et/ou leur spécialisation.		X (2.77)	
3.3.2. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des autres prestataires de la première ligne, y compris leur profil et leur spécialisation.		X (2.88)	
3.3.3. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des organismes susceptibles d'être recommandés par l'ergothérapeute.		X (2.77)	
4. Stratégies au niveau macro (autorités, gouvernement, ...)			
4.1. La ligne directrice elle-même			
4.1.1 Ajouter le niveau de preuve, le grade des recommandations et la liste des références dans la ligne directrice		X (2.5)	
4.1.2 Améliorer la convivialité de la ligne directrice (langue et présentation)		X (2.875)	
4.1.3 Fournir un résumé des résultats les plus importants – accessible sur le lieu de soins - dans le but de faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.	X (3)		
4.1.4 Fournir une version pour un public non-spécialiste et facile d'accès de la ligne directrice		X (2.93)	

4.2. Promouvoir les compétences de l'ergothérapie en matière d'amélioration des activités et de la participation à la société.			
4.2.1 Planifier une stratégie de communication à propos de la plus-value de l'ergothérapie au niveau local, à l'intention des professionnels (inventaire des parties prenantes, identification des canaux et médias de communication appropriés, calendrier, etc.) .		X (2.95)	
4.2.2 Planifier une stratégie de communication à propos de la plus-value de l'ergothérapie via les mutuelles, à l'attention des professionnels (inventaire des parties prenantes, identification des canaux et médias de communication appropriés, calendrier, etc.), en ciblant particulièrement les médecins et pharmaciens.		X (2.95)	
4.2.3 Planifier une stratégie de communication sur la plus-value de l'ergothérapie via les syndicats et organisations professionnelles (AXXON,...).		X (2.63)	
4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..) Cette proposition était présente lors des deux rounds flamands mais n'apparaissait pas dans les questionnaires pour les francophones.		(2.74)	X
4.2.5 Planifier une stratégie de communication vers la 2ème ligne sur la plus-value de l'ergothérapie en soins de première ligne			X (1.71)
4.3. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.			
4.3.1. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.	X	(2.71)	
4.3.2. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des « living labs » pour permettre de piloter et de tester des systèmes au forfait pour le financement de l'ergothérapie. Ceux-ci permettent d'inclure le temps nécessaire à la coordination des activités nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins basé sur une décision négociée et partagée.	X	(2.87)	
4.4. Diffuser une culture globale de soins axés sur les objectifs du client (SOC).			
4.4.1. Le SOC est le point final de chaque module de formation initiale et d'apprentissage tout au long de la vie pour les ergothérapeutes et les prestataires de soins de première ligne.		X (2.72)	
4.4.2. Fournir des outils permettant d'identifier les objectifs de vie des personnes physiquement		X (2.83)	

fragiles et socialement vulnérables et les mettre à la disposition des ergothérapeutes travaillant dans le secteur des soins de première ligne et de tous les prestataires travaillant avec cette population.			
5. Communication à propos de la ligne directrice			
5.1 Prévoir un plan de communication général sur l'existence de la ligne directrice, par le biais des organisations professionnelles (de différentes professions) et des médias sociaux.		X (2.94)	
5.2 Concevoir un plan de communication axé sur l'impact d'une ergothérapie sur le niveau de fonctionnement quotidien et de participation sociale par le biais des médias sociaux - médias classiques - sites web - EBPnet		X (2.77)	
5.3 Intégrer la ligne directrice dans les programmes d'études d'ergothérapie existants et dans les cours d'ergothérapie dans lesquels la fragilité est mentionnée. Par exemple, médecine générale, soins infirmiers, travail social, gérontologie.	(3.16)	X	
6. Prévoir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention.			
6.1 Fournir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention de l'ergothérapeute chez les personnes âgées fragiles.	X	(2.61)	
7. Apprentissage initial et continu de l'EBP et des spécificités du travail en première ligne			
7.1 Fournir une formation pratique aux ergothérapeutes pour qu'ils puissent travailler dans le domaine des soins de première ligne, en particulier dans l'évaluation et l'intervention auprès des personnes âgées fragiles (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique, soins axés sur les objectifs, fixation d'objectifs, etc.)		X (2.95)	
7.2 Créer une culture EBP chez les ergothérapeutes et les autres professionnels de la première ligne.		X (2.78)	
7.3. Fournir un accès aux lignes directrices de qualité pour les ergothérapeutes et autres professionnels de la première ligne.		X (2.79)	

Annexe 5: priorisation du round I par type de profession

Propositions	Priorisation
I. Stratégie au niveau du client ou de son aidant proche	
1.1. Lors des interactions avec le client ou son aidant proche, des techniques d'entretien motivationnel sont utilisées pour expliquer la valeur ajoutée de l'intervention recommandée par l'évaluation, comme le recommande la ligne directrice.	Ergo >
1.2. Le client et son aidant proche, sont informés de l'importance d'agir et de commencer l'intervention au moment de la détection de la fragilité (et de ne pas attendre un évènement indésirable).	Ergo > légèrement
1.3. L'identité et le rôle de chaque prestataire de soins sont expliqués et consignés par écrit dans un document et un langage adapté au client et son aidant proche.	Ergo <
1.4. Chaque prestataire de soins explique clairement ce que le client et son aidant proche peuvent attendre de l'intervention ergothérapeutique (et ce que à quoi ils ne peuvent s'attendre), ainsi que dans quel délai.	=
2. Stratégie au niveau des prestataires de soins individuels	
2.1. Les prestataires de soins suivent une formation continue afin d'augmenter leurs compétences pour travailler dans les soins de première ligne (en tant qu'ergothérapeute mais aussi pour les autres prestataires de la première ligne), spécifiquement pour l'évaluation et l'intervention au niveau de la fragilité (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique...).	Ergo >
2.2. Ces formations, incluent l'apprentissage en ligne, des simulations, en ce compris en interdisciplinarité dans le secteur des soins de première ligne, notamment en matière d'évaluation et d'intervention dans le domaine de la fragilité.	=
2.3 (pour les non-ergothérapeutes) S'engager à travailler avec des ergothérapeutes (connaître leurs compétences et leur valeur ajoutée dans l'accompagnement de la population cible)	=
2.4 Participer aux réseaux d'apprentissage en ergothérapie (communautés de pratique, (futurs) cercles, etc.)	Ergo > beaucoup
3. Stratégie au niveau méso (prestataires de soins et entre prestataires de soins, organisations)	
3.1. Dossier patient électronique	
3.1.1. Acquérir des logiciels métiers pour le dossier patient électronique faciles à utiliser, interopérables et accessibles aux prestataires qui accompagnent le client.	=
3.1.2. S'assurer que ces dossiers patients soient conformes aux normes de rapportage en cours, pour ce qui est des interventions ergothérapeutiques.	Ergo <
3.1.3. Fournir une formation à l'utilisation de ces dossiers patients électroniques	=
3.1.4. Les objectifs ciblés pour le client et son aidant proche sont accessibles à la lecture pour tous les autres professionnels des soins et de l'aide.	=
3.2. Clarification des rôles	
3.2.1. Fournir un soutien et des espaces pour permettre aux professionnels de clarifier leurs rôles et fonctions à mobiliser mentionnés dans la ligne directrice : qui peut faire le dépistage,	=

à qui peut-il s'adresser, qui fait l'évaluation, qui fournit quelle intervention, etc.	
3.2.2. Elaborer des accords formels entre les organisations afin de clarifier les rôles de chacune d'entre elles en ce qui concerne les différents rôles et fonctions repris dans la ligne directrice.	=
3.2.3. Créer un flux de travail logique entre les différents professionnels de la santé et de l'aide sociale afin que l'orientation, l'évaluation de la fragilité, l'évaluation fonctionnelle l'évaluation de la participation ainsi que l'intervention ergothérapeutique et le retour d'information au médecin généraliste puissent se dérouler sans heurts dans un contexte multidisciplinaire.	=
3.2.4. Créer un flux de travail entre de la première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice versa.	Ergo <
3.3. Inventaire	
3.3.1. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des ergothérapeutes travaillant dans le domaine des soins de première ligne. Inclure leur profil et/ou leur spécialisation.	Ergo <
3.3.2. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des autres prestataires de la première ligne, y compris leur profil et leur spécialisation.	Ergo <
3.3.3. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des organismes susceptibles d'être recommandés par l'ergothérapeute.	=
4. Stratégies au niveau macro (autorités, gouvernement, ...)	
4.1. La ligne directrice elle-même	
4.1.1 Ajouter le niveau de preuve, le grade des recommandations et la liste des références dans la ligne directrice	Ergo <
4.1.2 Améliorer la convivialité de la ligne directrice (langue et présentation)	Ergo < légèrement
4.1.3 Fournir un résumé des résultats les plus importants – accessible sur le lieu de soins - dans le but de faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.	Ergo <
4.1.4 Fournir une version pour un public non-spécialiste et facile d'accès de la ligne directrice	Ergo <
4.2. Promouvoir les compétences de l'ergothérapie en matière d'amélioration des activités et de la participation à la société.	
4.2.1 Planifier une stratégie de communication à propos de la plus-value de l'ergothérapie au niveau local, à l'intention des professionnels (inventaire des parties prenantes, identification des canaux et médias de communication appropriés, calendrier, etc.) .	=
4.2.2 Planifier une stratégie de communication à propos de la plus-value de l'ergothérapie via les mutuelles, à l'attention des professionnels (inventaire des parties prenantes, identification des canaux et médias de communication appropriés, calendrier, etc.), en ciblant particulièrement les médecins et pharmaciens.	Ergo > légèrement
4.2.3 Planifier une stratégie de communication sur la plus-value de l'ergothérapie via les syndicats et organisations professionnelles (AXXON,...).	=

4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..) Cette question était présente lors des deux rounds flamands mais cela ne correspond pas à la réalité à Wallonie et à Bruxelles donc cela n'apparaît pas dans les questionnaires pour les francophones.	Ergo > légèrement
4.2.5 Planifier une stratégie de communication vers la 2ème ligne sur la plus-value de l'ergothérapie en soins de première ligne	=
4.3. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.	
4.3.1. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.	Ergo <
4.3.2. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des « living labs » pour permettre de piloter et de tester des systèmes au forfait pour le financement de l'ergothérapie. Ceux-ci permettent d'inclure le temps nécessaire à la coordination des activités nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins basé sur une décision négociée et partagée.	Ergo > beaucoup
4.4. Diffuser une culture globale de soins axés sur les objectifs du client (SOC).	
4.4.1. Le SOC est le point final de chaque module de formation initiale et d'apprentissage tout au long de la vie pour les ergothérapeutes et les prestataires de soins de première ligne.	Ergo >
4.4.2. Fournir des outils permettant d'identifier les objectifs de vie des personnes physiquement fragiles et socialement vulnérables et les mettre à la disposition des ergothérapeutes travaillant dans le secteur des soins de première ligne et de tous les prestataires travaillant avec cette population.	Ergo >
5. Communication à propos de la ligne directrice	
5.1 Prévoir un plan de communication général sur l'existence de la ligne directrice, par le biais des organisations professionnelles (de différentes professions) et des médias sociaux.	Ergo >
5.2 Concevoir un plan de communication axé sur l'impact d'une ergothérapie sur le niveau de fonctionnement quotidien et de participation sociale par le biais des médias sociaux - médias classiques - sites web - EBPnet	=
5.3 Intégrer la ligne directrice dans les programmes d'études d'ergothérapie existants et dans les cours d'ergothérapie dans lesquels la fragilité est mentionnée. Par exemple, médecine générale, soins infirmiers, travail social, gérontologie.	Ergo <
6. Prévoir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention.	
6.1 Fournir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention de l'ergothérapeute chez les personnes âgées fragiles.	Ergo <
7. Apprentissage initial et continu de l'EBP et des spécificités du travail en première ligne	

7.1 Fournir une formation pratique aux ergothérapeutes pour qu'ils puissent travailler dans le domaine des soins de première ligne, en particulier dans l'évaluation et l'intervention auprès des personnes âgées fragiles (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique, soins axés sur les objectifs, fixation d'objectifs, etc.)	=
7.2 Créer une culture EBP chez les ergothérapeutes et les autres professionnels de la première ligne.	=
7.3. Fournir un accès aux lignes directrices de qualité pour les ergothérapeutes et autres professionnels de la première ligne.	Ergo <

Annexe 6: 2^{ème} round Delphi : comparaison entre niveau de priorité après le 1^{er} round et octroyé à la fin du deuxième round

Propositions	Fin 1 ^{er} round	Résultats 2 ^{ème} round
1. Stratégie au niveau du client ou de son aidant proche		
1.1. Lors des interactions avec le client ou son aidant proche, des techniques d'entretien motivationnel sont utilisées pour expliquer la valeur ajoutée de l'intervention recommandée par l'évaluation, comme le recommande la ligne directrice.	Haute	Haute
1.2. Le client et son aidant proche, sont informés de l'importance d'agir et de commencer l'intervention au moment de la détection de la fragilité (et de ne pas attendre un évènement indésirable).	Haute	Haute
1.3. L'identité et le rôle de chaque prestataire de soins sont expliqués et consignés par écrit dans un document et un langage adapté au client et son aidant proche.	Moyenne	Haute
1.4. Chaque prestataire de soins explique clairement ce que le client et son aidant proche peuvent attendre de l'intervention ergothérapeutique (et ce que à quoi ils ne peuvent s'attendre), ainsi que dans quel délai.	Moyenne	Moyenne
2. Stratégie au niveau des prestataires de soins individuels		
2.1. Les prestataires de soins suivent une formation continue afin d'augmenter leurs compétences pour travailler dans les soins de première ligne (en tant qu'ergothérapeute mais aussi pour les autres prestataires de la première ligne), spécifiquement pour l'évaluation et l'intervention au niveau de la fragilité (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique...).	Haute	Haute
2.2. Ces formations, incluent l'apprentissage en ligne, des simulations, en ce compris en interdisciplinarité dans le secteur des soins de première ligne, notamment en matière d'évaluation et d'intervention dans le domaine de la fragilité.	Moyenne	Moyenne
2.3 (pour les non-ergothérapeutes) S'engager à travailler avec des ergothérapeutes (connaître leurs compétences et leur valeur ajoutée dans l'accompagnement de la population cible)	Moyenne	Moyenne
2.4 Participer aux réseaux d'apprentissage en ergothérapie (communautés de pratique, (futurs) cercles, etc.)	Moyenne	Moyenne
3. Stratégie au niveau méso (prestataires de soins et entre prestataires de soins, organisations)		
3.1. Dossier patient électronique		
3.1.1. Acquérir des logiciels métiers pour le dossier patient électronique faciles à utiliser, interopérables et accessibles aux prestataires qui accompagnent le client.	Moyenne	Moyenne
3.1.2. S'assurer que ces dossiers patients soient conformes aux normes de rapportage en cours, pour ce qui est des interventions ergothérapeutiques.	Haute	Haute
3.1.3. Fournir une formation à l'utilisation de ces dossiers patients électroniques	Moyenne	Moyenne
3.1.4. Les objectifs ciblés pour le client et son aidant proche sont accessibles à la lecture pour tous les autres professionnels des soins et de l'aide.	Moyenne	Moyenne

3.2. Clarification des rôles		
3.2.1. Fournir un soutien et des espaces pour permettre aux professionnels de clarifier leurs rôles et fonctions à mobiliser mentionnés dans la ligne directrice : qui peut faire le dépistage, à qui peut-il s'adresser, qui fait l'évaluation, qui fournit quelle intervention, etc.	Moyenne	Moyenne
3.2.2. Elaborer des accords formels entre les organisations afin de clarifier les rôles de chacune d'entre elles en ce qui concerne les différents rôles et fonctions repris dans la ligne directrice.	Moyenne	Moyenne
3.2.3. Créer un flux de travail logique entre les différents professionnels de la santé et de l'aide sociale afin que l'orientation, l'évaluation de la fragilité, l'évaluation fonctionnelle l'évaluation de la participation ainsi que l'intervention ergothérapeutique et le retour d'information au médecin généraliste puissent se dérouler sans heurts dans un contexte multidisciplinaire.	Haute Moyenne	Haute
3.2.4. Créer un flux de travail entre de la première ligne et le milieu hospitalier pour assurer la collaboration après la sortie de l'hôpital et vice versa.	Haute	Haute
3.3. Inventaire		
3.3.1. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des ergothérapeutes travaillant dans le domaine des soins de première ligne. Inclure leur profil et/ou leur spécialisation.	Moyenne	Moyenne
3.3.2. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des autres prestataires de la première ligne, y compris leur profil et leur spécialisation.	Moyenne	Moyenne
3.3.3. Fournir un inventaire (ou faire une mise à jour) des organismes susceptibles d'être recommandés par l'ergothérapeute.	Moyenne	Moyenne
4. Stratégies au niveau macro (autorités, gouvernement, ...)		
4.1. La ligne directrice elle-même		
4.1.1 Ajouter le niveau de preuve, le grade des recommandations et la liste des références dans la ligne directrice	Moyenne	Moyenne
4.1.2 Améliorer la convivialité de la ligne directrice (langue et présentation)	Moyenne	Moyenne
4.1.3 Fournir un résumé des résultats les plus importants – accessible sur le lieu de soins - dans le but de faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.	Haute	Haute
4.1.4 Fournir une version pour un public non-spécialiste et facile d'accès de la ligne directrice	Moyenne	Moyenne
4.2. Promouvoir les compétences de l'ergothérapie en matière d'amélioration des activités et de la participation à la société.		
4.2.1 Planifier une stratégie de communication à propos de la plus-value de l'ergothérapie au niveau local, à l'intention des professionnels (inventaire des parties prenantes, identification des canaux et médias de communication appropriés, calendrier, etc.) .	Moyenne	Moyenne

4.2.2 Planifier une stratégie de communication à propos de la plus-value de l'ergothérapie via les mutuelles, à l'attention des professionnels (inventaire des parties prenantes, identification des canaux et médias de communication appropriés, calendrier, etc.), en ciblant particulièrement les médecins et pharmaciens.	Moyenne	Moyenne
4.2.3 Planifier une stratégie de communication sur la plus-value de l'ergothérapie via les syndicats et organisations professionnelles (AXXON,...).	Moyenne	Moyenne
4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..) Cette question était présente lors des deux rounds flamands mais comme cela ne correspond pas à la réalité à Wallonie et à Bruxelles, elle n'apparaît pas dans les questionnaires pour les francophones.	Faible	Faible
4.2.5 Planifier une stratégie de communication vers la 2ème ligne sur la plus-value de l'ergothérapie en soins de première ligne	Faible	Faible
4.3. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.		
4.3.1. Piloter et évaluer des modalités financières innovantes pour le remboursement de l'ergothérapie et des interventions et matériels recommandés par les ergothérapeutes.	Haute Moyenne	Haute
4.3.2. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des « living labs » pour permettre de piloter et de tester des systèmes au forfait pour le financement de l'ergothérapie. Ceux-ci permettent d'inclure le temps nécessaire à la coordination des activités nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins basé sur une décision négociée et partagée.	Haute Moyenne	Haute
4.4. Diffuser une culture globale de soins axés sur les objectifs du client (SOC).		
4.4.1. Le SOC est le point final de chaque module de formation initiale et d'apprentissage tout au long de la vie pour les ergothérapeutes et les prestataires de soins de première ligne.	Moyenne	Moyenne
4.4.2. Fournir des outils permettant d'identifier les objectifs de vie des personnes physiquement fragiles et socialement vulnérables et les mettre à la disposition des ergothérapeutes travaillant dans le secteur des soins de première ligne et de tous les prestataires travaillant avec cette population.	Moyenne	Moyenne
5. Communication à propos de la ligne directrice		
5.1 Prévoir un plan de communication général sur l'existence de la ligne directrice, par le biais des organisations professionnelles (de différentes professions) et des médias sociaux.	Moyenne	Moyenne

5.2 Concevoir un plan de communication axé sur l'impact d'une ergothérapie sur le niveau de fonctionnement quotidien et de participation sociale par le biais des médias sociaux - médias classiques - sites web - EBPnet	Moyenne	Moyenne
5.3 Intégrer la ligne directrice dans les programmes d'études d'ergothérapie existants et dans les cours d'ergothérapie dans lesquels la fragilité est mentionnée. Par exemple, médecine générale, soins infirmiers, travail social, gérontologie.	Haute	Haute
6. Prévoir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention.		
6.1 Fournir des incitations financières adéquates pour la détection, l'orientation, la fixation d'objectifs et l'intervention de l'ergothérapeute chez les personnes âgées fragiles.	Haute Moyenne	Haute
7. Apprentissage initial et continu de l'EBP et des spécificités du travail en première ligne		
7.1 Fournir une formation pratique aux ergothérapeutes pour qu'ils puissent travailler dans le domaine des soins de première ligne, en particulier dans l'évaluation et l'intervention auprès des personnes âgées fragiles (travail interdisciplinaire, travail autonome, pensée systémique, soins axés sur les objectifs, fixation d'objectifs, etc.)	Moyenne	Moyenne
7.2 Créer une culture EBP chez les ergothérapeutes et les autres professionnels de la première ligne.	Moyenne	Moyenne
7.3. Fournir un accès aux lignes directrices de qualité pour les ergothérapeutes et autres professionnels de la première ligne.	Moyenne	Moyenne

Annex 7: Vergelijkende tabel tussen de richtlijn aanbevelingen en de implementatiestrategieën. Voorbeeld.

		Klinische vraag 1: Hoe kan de fysiek kwetsbare oudere persoon worden gedetecteerd? Hoe kan de fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn sociale context efficiënt en effectief doorverwezen worden naar een ergotherapeut?											
		Wij bevelen aan:											
Strategieën voor implementatie/aanbevelingen richtlijn		om frailty op te sporen bij oudere thuiswonende personen vanaf 75 jaar.	dat de zorgverleners die hoog risicopersonen op frailty screenen een opleiding krijgen om de signalen en symptomen van kwetsbaarheid te leren herkennen.	dat ergotherapeuten zich profileren als expert in het screenen van problemen in het functioneren in het dagelijks leven.	om valide beoordelingsinstrumenten in de vorm van zelfrapportage, klinische observatie of een combinatie van beide te gebruiken voor het detecteren van frailty.	dat de keuze van beoordelingsinstrument voor frailty wordt bepaald door het doel dat men voor ogen heeft en de context waarin het instrument zal gebruikt worden.	dat eerstelijns ergotherapeuten zich transparant profileren als expert in het functioneren in het dagelijks leven en de omgeving waarin dit functioneren plaats vindt	dat ergotherapeuten hun bereikbaarheid kenbaar maken zowel binnen een eerstelijnszone, als naar de diensten geriatrie van de tweede lijn in hun zorgregio om zo een gestroomlijnde doorverwijzing na te streven en geïntegreerde cliënt gecentreerde zorg te verlenen	dat alle gezondheids- en welzijnswerkers die direct of indirect in contact komen met oudere personen, binnen hun eerstelijnszone getraind worden om kwetsbare oudere personen en hoog-risicopersonen op frailty op te sporen en door te verwijzen naar relevante zorgverleners, waaronder ergotherapeuten.	dat ergotherapeuten kwetsbare oudere personen en hoog-risicopersonen op frailty opsporen en in het kader van interdisciplinaire aanpak ook doorverwijzen naar de relevante zorgverleners.	om binnen een eerstelijnszone een procedure vast te leggen waarin is opgenomen hoe de detectie en doorverwijzing van hoog-risicopersonen aangaande kwetsbaarheid verloopt (door wie, hoe, wanneer en naar wie)*	om per eerstelijnszone een coördinator aan te duiden die dit proces monitort, concreet: opvolgt, periodisch evalueert en bijstuurt*	dat alle gezondheids- en welzijnswerkers up-to-date zijn van de opsporings- en doorverwijzingsprocedure in hun eerstelijnszone*
2. Strategieën op niveau van de cliënt en zijn mantelzorger													
1.1. Gebruik technieken van motiverende gespreksvoering in interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger om de													

aan het richten van de communicatie tot de huisarts als gatekeeper en de apotheker als laagdrempelig aanspreekpunt.													
4.2.2 Plan een communicatiestrategie gericht op professionals betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een ziekenfonds. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc.													
4.2.3 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut voor de verschillende medische en paramedische beroepsverenigingen zoals bv Axxon, domus medica, etc.													
4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc.) Dit voorstel was aanwezig in beide Vlaamse rondes, maar kwam niet voor in de vragenlijsten voor Franstaligen.													
4.2.5 Werk een communicatiestrategie uit naar de 2e lijn toe betreffende de competenties van de ergotherapeut in de eerstelijnszorg.													
4.3. Voorzie proefprojecten van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie.													
4.3.1. Voorzie financiering voor de coördinatie van activiteiten die nodig zijn voor het opmaken van een zorgplan dat gebaseerd is op gezamenlijke besluitvorming.													
4.3.2. Ontwerp en evalueer proeftuinen om systemen voor de financiering van ergotherapie-interventies mogelijk te maken.													
4.4. Verspreiden van een algemene doelgerichte zorgcultuur (Goal Oriented Care – GOC).													
4.4.1. Beschouw de principes van GOC als het eindpunt van elke e-learningmodule en Levenslang leren-module voor ergotherapeuten en eerstelijnszorgverstrekkers bij frêle ouderen													
4.4.2. Voorzie instrumenten om de levensdoelen van frêle personen te identificeren; en deze vervolgens ter beschikking te stellen voor ergotherapeuten en andere zorgverstrekkers uit de eerste lijn.													
5. Communicatie over de richtlijn.													
5.1 Zorg voor een algemeen communicatieplan over het bestaan van de richtlijn via beroepsorganisaties (van de verschillende beroepsgroepen) en via sociale media.													
5.2 Zorg voor een communicatieplan (via sociale media - standaard media - websites – EBP-net) met betrekking tot de effectiviteit van ergotherapie op het dagelijks functioneren en de sociale participatie													
5.3 Neem de richtlijn op als studiemateriaal in bestaande ergotherapiecurricula en in andere opleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.													

6. Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, het opstellen van doelen en de ergotherapeutische interventie.												
6.1 Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en de interventies van de ergotherapeut bij frêle ouderen.												
7. Initieel en levenslang leren met betrekking tot evidence based practice (EBP)												
7.1 Bied praktijkgerichte opleiding aan voor ergotherapeuten om extra competenties over eerstelijnszorg te verwerven. De specifieke focus ligt hierbij op de beoordeling en interventie van frêle ouderen (interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken, doelgerichte zorg, doelen stellen, ...).												
7.2 Creëer een cultuur bij ergotherapeuten om volgens EBP principes te werken.												
7.3 Zorg voor toegang tot EBP bronnen voor ergotherapeuten en stimuleer het gebruik van websites als EBP-practicenet.												