

La fixation d'objectifs dans l'accident vasculaire cérébral : des lignes directrices à la mise en œuvre : une évaluation réaliste

19/03/2024

L Thijs^{1,2}, J Bergs^{2,3}, A Spooren^{1,3}

¹ Centre de recherche sur la réadaptation (REVAL), Faculté des sciences de la réadaptation, Université de Hasselt, Hasselt, Belgique ;

² Groupe de recherche Soins de santé et éthique, Faculté de médecine et des sciences de la vie, Université de Hasselt, Hasselt, Belgique ;

³ Université PXL des sciences appliquées et des arts, département PXL-santé, Hasselt, Belgique.



Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu



ebpracticenet



UZ
LEUVEN



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES



Ce projet de mise en œuvre a été lancé dans le cadre du réseau Evikey avec l'aide financière du FOD Volksgezondheid.
www.evikey.be

Table des matières

FIXATION D'OBJECTIFS EN CAS D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL : DES LIGNES DIRECTRICES À LA MISE EN ŒUVRE ..	5
FINANCEMENT.....	5
INTRODUCTION.....	5
PARCELLE 1 : ÉLABORATION D'UN PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET APPROBATION ÉTHIQUE.....	7
ENREGISTREMENT DU PROJET ET APPROBATION ÉTHIQUE.....	7
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PARTICIPANTS ET CONTEXTE DES SOINS DE SANTÉ	7
LES PARTICIPANTS.....	7
PLAN DE CONCEPTION ET DE MISE EN ŒUVRE	11
PARCELLE 2 : PERFORMANCE DE L'ACTION DE MISE EN ŒUVRE POUR LA LIGNE DIRECTRICE "RÉADAPTATION APRÈS UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL"	12
PLAN DE CONCEPTION ET DE MISE EN ŒUVRE	12
PARCELLE 3 : ÉVALUATION DES ACTIONS DE MISE EN ŒUVRE DU GUIDE CLINIQUE.....	19
ANALYSE DES DONNÉES	19
RÉSULTATS	20
CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS	20
CARACTÉRISTIQUES DES MEMBRES DES PROFESSIONS DE SANTÉ	23
RÉSULTAT DU PROCESSUS : ADHÉSION	25
RÉSULTATS SUR LE DEVENIR DES PATIENTS	37
RÉSULTATS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.....	41
RÉSULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET LES PATIENTS	45
RÉSULTATS DU RETOUR D'INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ - QUESTIONS OUVERTES	50
ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET POINTS D'ATTENTION FUTURS.....	56
FORMATION ET ÉDUCATION.....	56
SOUTIEN CONTINU.....	57
FLEXIBILITÉ DANS LA MISE EN ŒUVRE ET APPROCHE PROGRESSIVE	57
APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT	57
PRISE DE DÉCISION FONDÉE SUR DES DONNÉES ET RÉSISTANCE AU CHANGEMENT.....	58
COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE	58
L'HEURE	58
LES PATIENTS.....	59
CONCLUSION : ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME DE FIXATION D'OBJECTIFS	60
DÉVELOPPEMENT RÉUSSI D'UN PROGRAMME DE FIXATION D'OBJECTIFS	60
CHANGEMENTS POSITIFS.....	60
DOMAINES D'AMÉLIORATION.....	60
AUTRES CONSIDÉRATIONS	61
NOMINATION D'UN EXPERT	61
RÔLE CRUCIAL DES MÉDECINS ET DE LA DIRECTION.....	61
ANNEXE.....	64
ANNEXE 1.....	64
ANNEXE 2.....	68
LISTE DE RÉFÉRENCE	74

Fixation d'objectifs en cas d'accident vasculaire cérébral : des lignes directrices à la mise en œuvre

Financement

Ce projet est financé par le SPF Santé publique.

Introduction

L'AVC est l'un des troubles neurologiques les plus répandus, caractérisé par des conséquences débilantes telles que la diminution de l'autonomie, la perte des capacités fonctionnelles et l'altération des compétences en matière de communication. Les handicaps qui en résultent, qui peuvent se manifester par des déficits moteurs, sensoriels et/ou cognitifs, varient considérablement d'un individu à l'autre, ce qui nécessite des approches personnalisées et centrées sur le patient en matière de gestion et de réadaptation¹.

Les soins centrés sur le patient se sont imposés comme un paradigme essentiel de la réadaptation post-AVC, démontrant leur efficacité pour favoriser la responsabilisation, la motivation, l'autonomie et l'adhésion au traitement du patient². L'élément central de cette approche est la définition des objectifs, un processus collaboratif impliquant les patients et les équipes cliniques multidisciplinaires, visant à déterminer les objectifs et le calendrier des activités de réadaptation³. Cette définition des objectifs doit correspondre étroitement aux besoins, aux valeurs et aux attentes exprimés par les patients afin d'incarner une pratique de réadaptation véritablement centrée sur le patient⁴.

Malgré l'importance reconnue de l'établissement d'objectifs dans la réadaptation post-AVC, sa mise en œuvre cohérente reste un défi. Les lignes directrices existantes, bien que précieuses, manquent souvent de spécificité et ne fournissent pas de voies claires pour l'exécution dans la pratique clinique⁵. En outre, les preuves à l'appui des stratégies optimales de mise en œuvre de la fixation d'objectifs sont rares, ce qui contribue à un faible taux d'adoption dans la pratique⁴.

Les obstacles à la définition d'objectifs centrés sur le patient comprennent l'hésitation des patients à assumer un rôle actif en raison des limitations perçues en matière de compétences ou de capacités de communication, ainsi que les réserves des cliniciens à l'égard de l'engagement des patients présentant des déficiences cognitives ou de communication⁴. En outre, la nature dynamique des contextes de soins de santé et l'évolution des besoins des patients soulignent la nécessité de modèles organisationnels et de processus de soins adaptables⁶.

Les efforts déployés pour combler le fossé entre les données probantes et la pratique dans la prestation des soins de santé ont mis en évidence la nécessité de stratégies de mise en œuvre rigoureuses. Alors que les méthodes traditionnelles telles que les ateliers et le matériel pédagogique ont montré une efficacité limitée, des approches telles que les audits, les mécanismes de retour d'information et les initiatives organisationnelles offrent des voies prometteuses pour promouvoir une mise en œuvre réussie⁷.

Pour faciliter la mise en œuvre réussie des pratiques de fixation d'objectifs dans la réadaptation post-AVC, il est essentiel de disposer d'un programme conceptuel complet. Ce programme, fondé sur la littérature et les meilleures pratiques, doit être affiné et validé de manière itérative pour garantir sa pertinence et son efficacité dans divers contextes cliniques⁸.

Le présent projet vise à évaluer la mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la qualité centré sur la fixation d'objectifs dans le cadre de la rééducation post-AVC, en utilisant une approche d'évaluation réaliste. Grâce à une analyse itérative et à l'engagement des parties prenantes, l'étude cherche à élucider les éléments et l'efficacité du programme de fixation d'objectifs, à évaluer son processus de mise en œuvre, à identifier les ajustements nécessaires et à évaluer son impact sur les résultats pour les patients et les prestataires de soins de santé⁹. Le projet se compose de trois parcelles distinctes, chacune remplissant un rôle spécifique. La parcelle 1 se concentre sur l'élaboration d'actions de mise en œuvre pour le guide clinique "Réadaptation d'un patient victime d'un accident vasculaire cérébral, en mettant l'accent sur la fixation d'objectifs" et sur l'approbation éthique. La parcelle 2 concerne l'exécution de ces actions de mise en œuvre dans

la pratique. Enfin, le volet 3 se concentre sur l'évaluation de l'efficacité de ces actions de mise en œuvre dans le cadre du guide clinique.

En répondant à ces objectifs, le projet s'efforce de contribuer à l'avancement des soins de l'AVC, en mettant l'accent sur l'amélioration de la satisfaction des patients, de leur participation, de leur bien-être émotionnel, de leur autonomisation et de leur qualité de vie globale grâce à des pratiques optimisées de fixation d'objectifs.

Parcelle 1 : élaboration d'un plan de mise en œuvre et approbation éthique

Dans cette parcelle, en collaboration avec des experts et sur la base des informations recueillies dans la littérature, un chemin clinique ou un programme de fixation d'objectifs a été développé. En outre, une analyse approfondie a été menée pour identifier les obstacles potentiels qui pourraient survenir lors de la mise en œuvre du programme de fixation d'objectifs, complétée par une revue de la littérature pour explorer d'autres obstacles. Sur la base de ces obstacles, des stratégies ont été sélectionnées et mises en œuvre. Enfin, un protocole d'étude a été formulé et l'approbation éthique a été demandée et obtenue.

Enregistrement du projet et approbation éthique

Le projet a été approuvé par les comités d'éthique participants (CUSL, UHasselt, Noorderhart, Jessa Hospital et UZLeuven) et enregistré sur <https://clinicaltrials.gov/> ID NCT06065397.

Établissements de santé participants et contexte des soins de santé

Quatre groupes de soins de santé belges ont participé à cette étude. Une institution académique a coordonné le projet, effectué la collecte des données, l'analyse des données et la rédaction des rapports. Chaque groupe de soins de santé comprenait une équipe multidisciplinaire responsable de la réadaptation post-AVC à différents stades, englobant les soins aigus, la réadaptation et les soins chroniques. La composition de ces équipes a été déterminée par les groupes de soins respectifs avant le début de l'étude.

Tous les groupes de soins de santé offrent des services de soins aigus et de réadaptation, le CUSL et l'UZLeuven se concentrant dans ce projet sur les soins aigus, tandis que Jessa et Noorderhart donnent la priorité à la réadaptation dans ce projet. Pendant la phase aiguë, l'accent est mis sur la stabilisation médicale, les examens et l'organisation du suivi, avec une rééducation multidisciplinaire limitée. Les patients sont généralement en contact avec des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes, tandis que des services d'orthophonie ou de psychologie sont disponibles sur demande. Les admissions en phase aiguë durent généralement de 7 à 14 jours, après quoi les patients peuvent être transférés dans des maisons de soins infirmiers ou des centres de réadaptation, ou rentrer chez eux.

Dans les centres de réadaptation, les patients bénéficient d'un minimum de deux heures de thérapie par jour de semaine, comprenant la kinésithérapie et l'ergothérapie, avec la possibilité d'une orthophonie et d'une thérapie psychologique. La durée de l'admission en réadaptation varie en fonction des besoins individuels des patients, avec une moyenne d'environ 3 mois. Les services de réadaptation sont organisés indépendamment par chaque institution, les deux centres participants adhérant à un programme de thérapie prédéterminé. Les soins y sont dispensés par des infirmières et/ou des aides-soignants, avec une participation facultative de la famille. Les décisions médicales et la coordination des soins sont gérées par les médecins, tandis que les disciplines paramédicales et le personnel infirmier sont également supervisés par les chefs de service et la direction. Après leur admission, les patients peuvent rentrer chez eux et poursuivre la thérapie sur une base limitée (soins primaires, 2-3x/semaine, 30-60 minutes de thérapie), passer à des soins ambulatoires (2-3x/semaine, 120 minutes de thérapie), ou être admis dans une maison de repos (2-3x/semaine, 30-60 minutes de thérapie, si nécessaire).

Les participants

Au cours de ce projet, trois groupes cibles ont été identifiés avec les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Fournisseurs de soins de santé :

Critères d'inclusion :

1. Participants employés dans des hôpitaux, des centres de réadaptation et/ou des cabinets privés/établissements de soins de santé primaires situés dans les provinces du Brabant flamand, de Bruxelles, du Brabant wallon et du Limbourg.
2. Participants ayant une profession médicale ou sociale, travaillant dans le domaine de la gestion des services de santé ou de l'amélioration de la qualité.
3. Les participants maîtrisent le flamand ou le français.
4. Participants adultes (≥ 18 ans).

Critères d'exclusion :

1. Absence de consentement éclairé.

Les patients :

Critères d'inclusion :

1. Participants ayant subi un accident vasculaire cérébral.
2. Résider dans l'un des quatre sites participants, soit en soins ambulatoires, soit en traitement dans un établissement de soins primaires.
3. Les participants maîtrisent le flamand ou le français.
4. Participants adultes (≥ 18 ans).

Critères d'exclusion :

1. Absence de consentement éclairé.
2. Présence de comorbidités graves qui interfèrent de manière significative avec le processus de réadaptation ou de définition des objectifs.

Les aidants :

Critères d'inclusion :

1. Aidant naturel d'un patient victime d'un AVC admis dans l'un des quatre sites participants ou recevant des soins ambulatoires.
2. Être capable de participer activement à l'étude.
3. Implication active auprès de la personne touchée par l'accident vasculaire cérébral.
4. Les participants maîtrisent le flamand ou le français.
5. Participants adultes (≥ 18 ans).

Critères d'exclusion :

1. Absence de consentement éclairé.

Finalisation de la théorie initiale du programme

Cette phase a consisté à finaliser le programme initial de définition des objectifs, à réaliser une évaluation de base et à sélectionner des stratégies de mise en œuvre sur la base du cadre ERIC,^{10,11}.

Le programme de définition des objectifs comprenait 8 domaines qui étaient les mêmes pour la phase aiguë et la phase de réadaptation (avec l'expansion des soins primaires), mais le contenu/les étapes à réaliser dans chaque domaine différaient entre les phases du cadre (figure 1-3).

Un programme de définition des objectifs a été défini, ainsi que des stratégies de mise en œuvre visant à lever les obstacles identifiés, classés en quatre groupes : Éducation et formation, Outils, (re)conception de l'organisation et (re)conception sociale. Ces stratégies, proposées par les membres du groupe de travail sur les soins de santé, ont été examinées par une équipe d'experts qui les a approuvées ou a fait part de ses commentaires. Les stratégies, y compris le matériel pédagogique, la liste de contrôle pour la définition des objectifs, une feuille de travail pour la sélection des objectifs, des ateliers et des échelles d'évaluation, ont été compilées et rendues accessibles sur un site web. La sélection et l'élaboration des stratégies ont été basées sur l'analyse Contexte-Mécanisme-Résultat (CMO). Celle-ci comprenait finalement 9 analyses basées sur (1) les différences de formation des différentes professions de santé, le manque de formation à la définition d'objectifs des (2) professionnels de santé et (3) des patients, (4) les limites du système de services mentionnées comme le manque de ressources et les limites de l'attitude professionnelle, (5) les changements des attentes des patients, (6) l'absence d'une structure de consultation pour les patients, (7) l'absence d'un système d'information pour les patients, (6) l'absence de structure de consultation, (7) la perte d'informations lors du transfert entre services ou entre institutions, (8) la différence de vision entre les soins offerts (fixation d'objectifs par le thérapeute) et les soins nécessaires (fixation d'objectifs centrés sur le patient) et (9) les connaissances réduites sur les effets des soins axés sur les objectifs et de la fixation d'objectifs. Voir l'[annexe 2](#) pour la version complète.

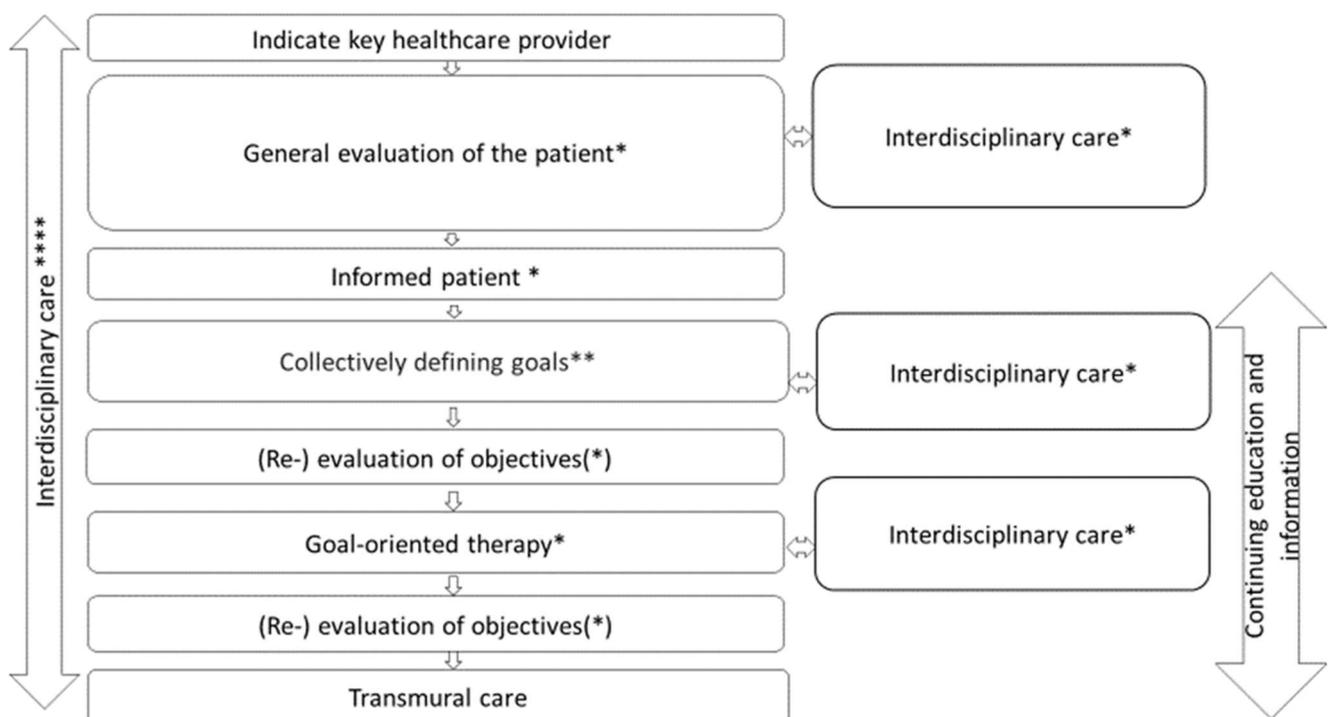


Figure 1 Présentation schématique du programme de fixation d'objectifs, présentation de la vue d'ensemble des huit domaines inclus dans le programme de fixation d'objectifs.

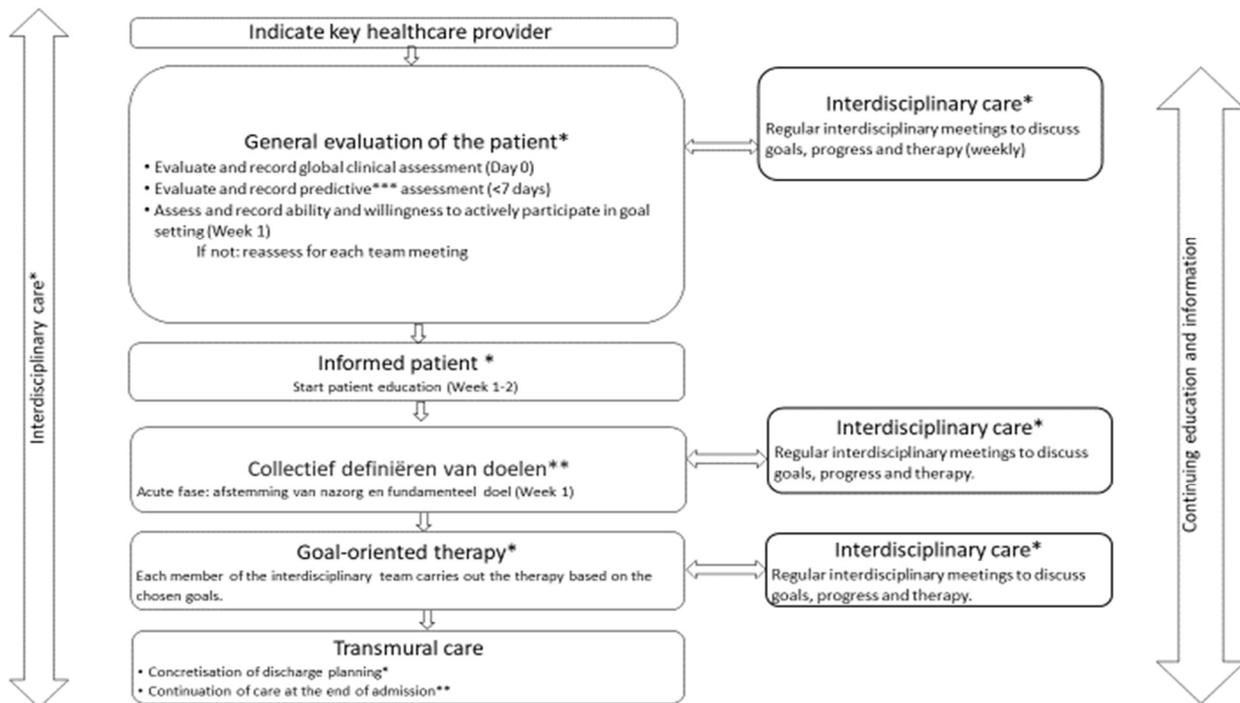


Figure 2 Présentation schématique du programme de fixation d'objectifs dans un établissement spécialisé dans les accidents vasculaires cérébraux. Dans ce programme, l'accent est mis sur le dépistage initial, l'éducation, l'établissement d'objectifs globaux et l'évaluation des patients afin d'établir des prévisions réalistes.

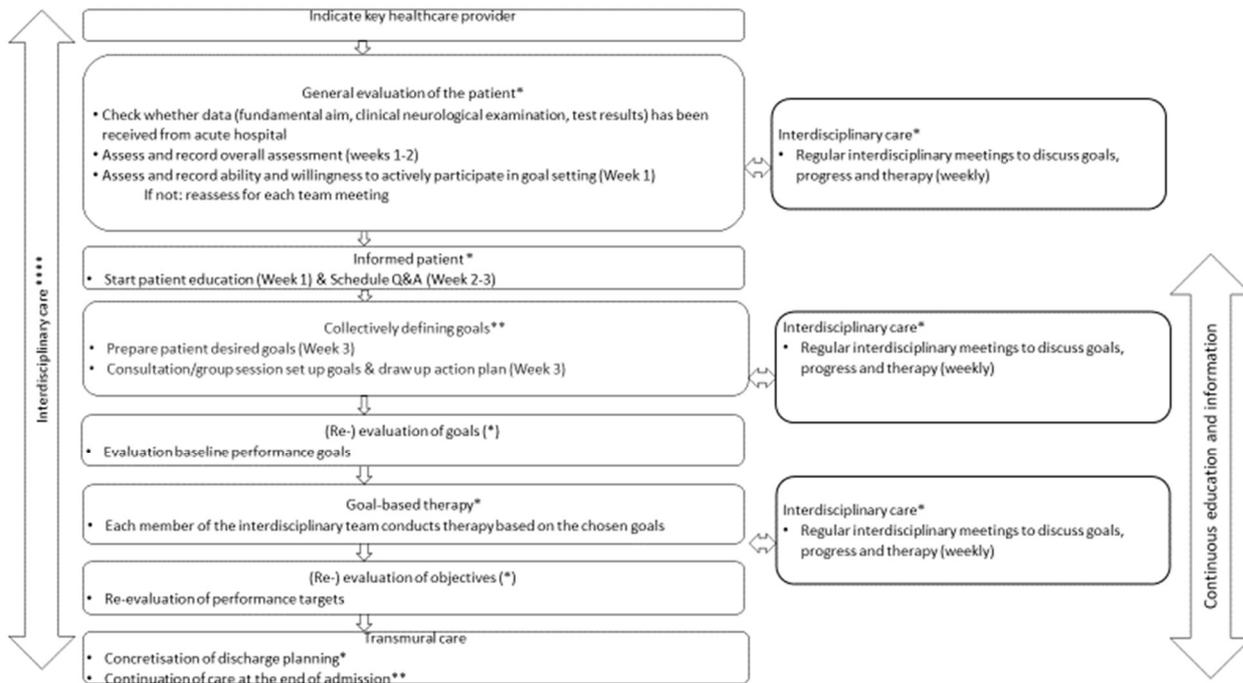


Figure 3 Présentation schématique du programme de définition des objectifs dans un centre de réadaptation. Dans ce programme, l'accent est mis sur l'évaluation complète du patient, la sélection d'objectifs spécifiques et d'un plan d'action, l'évaluation des performances et des progrès des objectifs fixés, l'initiation et la poursuite de l'éducation du patient, la promotion de la communication interdisciplinaire, la discussion régulière des objectifs et des progrès avec le patient, et la garantie de la continuité des soins dans les différents environnements de soins de santé.

Matériel d'intervention du programme de fixation des objectifs

Le matériel d'intervention en français et en néerlandais est disponible sur le site web de Google.



Plan de conception et de mise en œuvre

En outre, un plan de mise en œuvre a été élaboré, qui sera expliqué plus en détail dans la parcelle 2.

Parcelle 1: Produits à livrer

- *Work package 1 : Concrétisation de la recommandation prioritaire interventions concrétisées pour la recommandation "goal setting" pour le milieu subaigu dans le cadre de la collaboration interdisciplinaire et de la première ligne dans les soins transmuraux.*
- *Lot de travail 2 : plan de mise en œuvre*
- *Lot de travail 3 : Matériel pour la stratégie de mise en œuvre : outils de mise en œuvre*

<https://sites.google.com/uhasselt.be/goalsetting/home>

- *Module de travail 4 :*
 - *Approbation du CEMT et évaluation du protocole, suivi et évaluation*
 - **Voir rapport parcelle 1**
https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1R_xulv5k6DRf0TT7M9_SmmRYUxA7cMO et sharepoint.
 - Documentation sur l'approbation éthique : Voir sharepoint
 - Approbation éthique ([annexe 1](#))

Parcelle 2 : Performance de l'action de mise en œuvre pour la ligne directrice "Réadaptation après un accident vasculaire cérébral".

Dans cette parcelle, le programme de définition des objectifs a été introduit dans chaque groupe, les stratégies et les outils de mise en œuvre ont été installés et les interventions ont été mises en œuvre. Au cours de cette phase, le protocole d'évaluation (tel qu'il a été établi et approuvé par le comité d'éthique médicale au cours de la parcelle 1) a été déployé.

Plan de conception et de mise en œuvre

Ce projet a adopté une conception longitudinale multicentrique utilisant une approche d'évaluation réaliste à méthodes mixtes pour évaluer la mise en œuvre d'un programme de fixation d'objectifs dans le cadre de la réadaptation après un accident vasculaire cérébral (AVC).

Une évaluation réaliste permettra de mieux comprendre les résultats par rapport à la politique et à la pratique et donnera l'occasion d'évaluer et d'affiner le programme de fixation d'objectifs en permanence. L'amélioration et l'adaptation du programme de fixation d'objectifs se fondent sur des données qualitatives et quantitatives provenant d'observations itératives, d'évaluations, d'exams de notes de cas, d'entretiens et de groupes de discussion. Le projet se compose de plusieurs phases, cinq au total, représentées schématiquement dans la figure 1.



Figure 4 Présentation schématique du projet :

L'étape 3.a est répétée toutes les 2 à 3 semaines. Après une période de trois mois (en répétant l'étape 3.a trois fois), les données sont analysées (étape 3.b), suivies de la validation de la configuration Contexte-mécanisme-résultat (CMD) du programme de fixation d'objectifs (étape 4.a) et de l'affinement du programme de fixation d'objectifs (étape 4.B).

1. Évaluation de base et formation des coordinateurs d'étude locaux

Au cours de cette phase, une ou deux personnes par centre (agissant en tant que coordinateurs locaux de l'étude) ont reçu une formation supplémentaire sur le projet, les stratégies de mise en œuvre et leurs tâches respectives pour le reste du projet.

La mesure de base comprend des évaluations quantitatives de la pratique actuelle de fixation des objectifs en examinant les dossiers des patients et en évaluant des paramètres de base tels que la satisfaction à l'égard des soins de l'AVC, la participation, l'état émotionnel, l'autonomisation et la qualité des soins pour les prestataires de soins de santé et les patients (tableau 1).

Tableau 1 Évaluation à la fin de la période d'étude des performances et de la satisfaction à l'égard des soins de santé

	Composant spécifique	Sources de données
Fixation d'objectifs au niveau de l'organisation	Fixation d'objectifs centrés sur le patient **	Examen des dossiers médicaux, observations Les détails de ce qui sera évalué se trouvent à l'annexe 2.
	Satisfaction globale des patients **	Dossiers de chaque hôpital
Évaluation du patient	Questionnaire sur la satisfaction à l'égard des soins prodigués aux victimes d'AVC (SASC-19)	Questionnaire, intervalle [8-32] réponse sur une échelle de Likert en 4 points score plus élevé meilleure satisfaction sous-partie hospitalisation (8 items) fiabilité test-retest, bonne validité
	Participation des patients * Le questionnaire sur la participation des patients à la réadaptation (PPRQ)	Questionnaire, échelle [23-115] réponse sur échelle de Likert en 5 points, 23 items score plus élevé, évaluations moins favorables forte cohérence interne, fiabilité test-retest élevée. cohérence interne, fiabilité test-retest élevée ¹²
	Autonomisation des patients * Inventaire de l'autonomisation des soins de santé	Questionnaire, plage [8-40] réponse sur une échelle de Likert en 5 points, 8 items score plus élevé, plus d'engagement dans les soins de santé
	Niveau de dépression * Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) *	Questionnaire, intervalle [0-27] Symptômes autodéclarés au cours des deux dernières semaines, réponse à 9 éléments

		sur une échelle de Likert en 4 points score plus faible, changement de dépression plus faible
	Auto-efficacité * Échelle générale d'auto-efficacité (GSES)	Questionnaire, échelle [10-40] réponse sur une échelle de Likert en 5 points, 10 items les scores les plus élevés indiquent un comportement de résolution de problèmes plus important et une confiance en soi élevée. tion interne élevée ¹³
	Auto-efficacité * Questionnaire d'auto-efficacité de l'AVC	Questionnaire, plage [0-120] réponse sur une échelle de 0-10, 12 items des scores plus élevés indiquent une meilleure gestion de soi et une plus grande confiance en soi pour les performances fonctionnelles fiabilité interne et validité de critère élevées
Membres du secteur de la santé l'évaluation	Implication du patient ** Questionnaire d'auto-efficacité en matière de centrage sur le patient (SEPCQ-27)	Patient Centeredness ** Satisfaction of employees in healthcare survey Questionnaire, range [27-135] response on a scale from 0-5, 27 items high scores, indicate greater self-efficacy in delivering patient-centered care high internal reliability ¹⁴
	Satisfaction des prestataires de soins de santé ** Satisfaction des employés dans le cadre de l'enquête sur les soins de santé	Questionnaire, fourchette [20-86] réponse sur une échelle de 0-4 pour 19 items, 1-10 pour 1 item, 20 items scores plus élevés, indiquent une plus grande satisfaction à l'égard de leur travail dans le domaine de la santé haut niveau de satisfaction à l'égard des soins de santé. fiabilité interne et validité convergente ¹⁵
	Acceptabilité de l'intervention Mesure***	Questionnaire, intervalle [4-20] réponse sur une échelle de 0 à 5 sur 4 scores plus élevés, indiquent une plus grande acceptation et volonté des personnes de mettre en œuvre une intervention spécifique validité structurelle ¹⁶
	Mesure de l'adéquation de l'intervention***	Questionnaire, intervalle [4-20] réponse sur une échelle de 0 à 5 sur 4 scores plus élevés, indiquent une plus grande acceptation et volonté des personnes de mettre

		en œuvre une intervention spécifique .16
	Faisabilité de l'intervention Mesure***	Questionnaire, intervalle [4-20] réponse sur une échelle de 0 à 5 sur 4 scores plus élevés, indiquent une plus grande acceptation et une plus grande volonté des personnes de mettre en œuvre une intervention spécifique .validité structurelle 16
	Comment se déroule la fixation des objectifs dans le système de santé ?	Questionnaire, entretien en face à face avec des usagers des soins de santé
	Questions ouvertes sur ce que les professionnels de la santé aiment et n'aiment pas dans le programme et les stratégies de mise en œuvre, et sur ce qui devrait être ajusté***.	Questions ouvertes
<p>* L'évaluation est également réalisée au niveau de base et aux points d'évaluation intermittents (phase 3).</p> <p>** Évaluation uniquement au début et à la fin de l'étude</p> <p>*** Évaluation uniquement à l'intermittence et à la fin de l'étude</p>		

2. Mise en œuvre du programme de définition des objectifs

Après l'évaluation de base, deux groupes se sont vu attribuer des tâches : **(1) les coordinateurs locaux de l'étude** ont informé les professionnels de la santé, adapté le programme de fixation d'objectifs à leur contexte de soins, réparti les tâches au sein du groupe et contrôlé la mise en œuvre à l'aide de documents d'évaluation. **(2) Les professionnels de la santé ont suivi une formation** comprenant la consultation d'informations spécifiques au projet, une formation continue sur le programme de fixation d'objectifs, des modules en ligne, des exercices, des tests et des ateliers multidisciplinaires sur site. L'ensemble du programme de définition des objectifs a été introduit dans les quatre groupes en même temps, ainsi que les stratégies de mise en œuvre pour observer le traitement. Il est important de noter que les établissements ont eu la possibilité d'adapter le contenu et le calendrier du programme à leur contexte, tout en évaluant en permanence les raisons et les méthodes de changement possibles. Les groupes ont également été autorisés à modifier les stratégies de mise en œuvre utilisées ou à fournir un retour d'information à tout moment au cours des réunions mensuelles avec l'équipe d'experts. Les patients ont été invités à remplir ou non des questionnaires supplémentaires et leurs dossiers ont pu être examinés, mais ils ont dû donner leur accord. L'objectif du projet était d'être mis en œuvre chez toutes les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral.

3. Tester le programme

L'adoption et la fidélité du programme de fixation d'objectifs ont été évaluées toutes les 2 à 3 semaines au cours du projet (figure 4, tableau 1 et parcelle 1). Le coordinateur local de l'étude a examiné le dossier électronique du patient pour évaluer la mise en œuvre des éléments du programme, le respect des délais prédéterminés et la prise en compte de toute modification apportée aux éléments.

Au cours du projet, les patients séjournant dans les établissements pendant plus de trois semaines ont fait l'objet d'une réévaluation des mesures de base. Les patients participant à l'étude ont été évalués une semaine avant leur sortie par le biais de questionnaires. En outre, un sous-ensemble de patients a été interrogé sur ses expériences en matière de soins de santé. Ces entretiens ont eu lieu 3, 6 et 9 mois après le début du projet. Les critères de sélection comprenaient une admission d'au moins 5 jours dans un hôpital de soins aigus ou d'au moins 1 mois dans un établissement de réadaptation, ainsi qu'une communication et des capacités cognitives adéquates pour une participation active à l'entretien. La sélection des patients s'est faite par échantillonnage raisonné, ce qui a permis d'inclure des personnes dont le niveau de participation au processus de définition des objectifs était variable.

Les données qualitatives ont été obtenues par le biais d'entretiens individuels approfondis ou de groupes de discussion, choisis pour leur efficacité à susciter les croyances et les expériences des participants, à favoriser l'interaction et la réflexion. Les entretiens et les groupes de discussion ont été menés dans un format semi-structuré, guidés par des questions prédéfinies, et ont impliqué des patients, des aidants naturels et des prestataires de soins de santé dans des groupes distincts. Les professionnels de la santé ont donné leur avis sur le programme de définition des objectifs et les stratégies de mise en œuvre à plusieurs reprises (à 3, 6 et 9 mois). Des enregistrements audio et des notes de terrain ont été pris pendant les entretiens. Ces enregistrements ont été utilisés avec les transcriptions mot à mot pour l'analyse des données.

Au cours de ces intervalles, les professionnels de la santé ont également reçu un questionnaire sollicitant leur avis sur le programme, évaluant leur perception de son adéquation, de sa faisabilité et de l'acceptation du programme de fixation d'objectifs.

Les professionnels de la santé ont également reçu un questionnaire contenant des questions ouvertes à deux moments différents, afin d'obtenir un retour d'information sur ce qu'ils appréciaient dans le programme de définition des objectifs et les stratégies de mise en œuvre employées, sur les domaines à améliorer et sur les modifications suggérées. Les réponses ont été codées et la fréquence des réponses a été calculée.

4. Affinement du programme fixer des objectifs

Les résultats de la phase précédente ont été analysés, résumés et présentés à un panel composé des coordinateurs locaux de l'étude à différents moments. Ce panel comprenait des membres de l'équipe multidisciplinaire impliqués dans les différentes phases des soins de l'AVC, qui se sont réunis régulièrement tout au long de l'étude. Ils ont discuté des éléments du programme de définition des objectifs qui étaient faciles ou difficiles à mettre en œuvre et ont procédé à des ajustements en fonction des commentaires reçus. Les stratégies de mise en œuvre, ainsi que les autres stratégies de mise en œuvre et les changements apportés au programme de définition des objectifs, ont été suivis et discutés au sein de ce groupe. Les coordinateurs locaux de l'étude pouvaient demander conseil aux autres membres du groupe lorsqu'ils étaient confrontés à des difficultés ou à des limites dans la mise en œuvre du programme au sein de leur établissement.

Après l'affinage, l'ensemble du processus recommence jusqu'à la fin de l'étude.

5. Évaluation finale

Après une période d'évaluation et de perfectionnement de 10 mois, l'évaluation finale a été réalisée. Une réévaluation des prestataires de soins de santé participants et des patients restants a été réalisée (tableau 1).

Le tableau 2 présente une vue d'ensemble du nombre de participants (patients, professionnels de la santé) et du nombre de dossiers de patients examinés. Pour les professionnels de la santé, le nombre de participants varie de 3 (CUSL) à 48 (Jessa), pour les patients, il varie de 16 participants après un accident vasculaire cérébral (Noorderhart) à 38 participants après un accident vasculaire cérébral pour l'hôpital Jessa.

Au cours du projet, la participation des professionnels de la santé et des patients a été très variable (tableau 2). L'hôpital Jessa a atteint les objectifs fixés pour les deux groupes. Noorderhart a atteint l'objectif fixé pour les professionnels, mais n'a pas atteint le nombre de patients en raison de la fermeture de certains services de réadaptation (en raison de l'emploi limité de médecins de réadaptation ou de l'impossibilité de trouver un médecin spécialiste). Les deux établissements ont accueilli diverses disciplines et ont accordé du temps aux coordinateurs locaux. Les coordinateurs locaux de l'étude ont suivi le projet de près. L'UZLeuven n'a pas atteint ses objectifs mais a recruté dans deux services, offrant ainsi plus d'options pour les professionnels et le recrutement des patients. Elle a donné la priorité aux premiers adoptants pour la mise en œuvre du programme, ce qui s'est traduit par une exécution efficace, mais une coordination moins centralisée et une expansion du programme. En outre, il y a eu plus d'abandons parmi les professionnels de la santé et tous les patients n'ont pas été dépistés ou évalués conformément au protocole. Le CUSL a nommé un coordinateur de soins local, mais l'observation a montré qu'il n'a pas étendu le programme à d'autres disciplines ou services, ce qui a entraîné une diminution du nombre de professionnels impliqués. En outre, les évaluations décrites n'ont pas été suivies, de sorte que la plupart des patients n'ont pas été évalués conformément au protocole.

À Noorderhart, 5 personnes sont considérées comme des décrocheurs. La raison invoquée est que ces personnes ne sont temporairement ou définitivement plus employées au sein de l'institution. A l'hôpital Jessa, il a été indiqué qu'une personne n'est plus employée dans l'institution, tandis que d'autres abandons n'ont pas rempli le questionnaire final malgré plusieurs rappels. La même situation s'applique à l'UZ Leuven, où les questionnaires n'ont pas été complétés après plusieurs rappels. La raison n'a pas été précisée

Tableau 2 Aperçu des participants

	Professionnels de la santé Baseline	Professionnels de la santé - Fin du projet (nombre de participants pour lesquels aucune évaluation de fin de projet n'était disponible = nombre d'abandons)	Professionnels de la santé - Données incomplètes (partie du questionnaire)	Patients-Screened	Patients- Nombre de patients dont le dossier médical a été examiné	Patients - Nombre d'individus pour lesquels aucun questionnaire de base n'a été administré	Patients- - Nombre de personnes pour lesquelles aucun questionnaire de fin de projet n'a été administré
CUSL	N= 3	N= 0	N= 3	N= 24	N= 23	N= 9	N= 16
Jessa	N= 48	N= 11	N= 5	N= 38	N= 37	N= 1	N= 12

Noorderhart	N= 42	N= 5	N= 15	N= 16	N= 15	N= 0	N= 7
UZLeuven	N = 21	N = 9	N = 9	N = 24	Aiguë N= 16 Réhabilitation N= 8	N= 2	N= 14

Parcelle 2 : Produits à livrer

Paquet de travail 1 & 2 : Rapport avec les mesures de mise en œuvre prises et les ajustements nécessaires (point 1-5).

Modules 1 et 2 : rapport sur la portée de ces actions en termes de nombre de prestataires de soins de santé et de nombre de patients (tableau 2).

Parcelle 3 : évaluation des actions de mise en œuvre du guide clinique

Analyse des données

Analyses statistiques

TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Étant donné l'absence de données claires sur les effets de la mise en œuvre de la fixation d'objectifs chez les patients victimes d'un AVC dans la littérature antérieure, notre approche s'inspire du New South Wales (NSW) Stroke Audit Program, qui a mis en œuvre un programme national d'amélioration de la qualité prospectif et non randomisé. Un audit pré-post a révélé un changement net global de l'observance de 23 % à 3 à 6 mois après l'amélioration des services d'AVC¹⁷. Le calcul a priori de l'échantillon à l'aide d'un test t paramétrique (bilatéral, $\alpha = 0,05$, puissance = 80 %, taille de l'effet = 0,23) dans G*Power a déterminé une taille de groupe de 151 personnes¹⁸.

ANALYSE

Le test de Shapiro-Wilk a évalué la normalité des données (bilatéral, $\alpha = 0,05$). Les statistiques descriptives résument les caractéristiques des patients et des professionnels ainsi que les réponses au questionnaire. Les données normalement distribuées ont été présentées à l'aide de valeurs moyennes et d'écart types, tandis que les données non distribuées normalement ont été présentées à l'aide de valeurs médianes et d'intervalles. Les différences au sein des groupes ont été comparées à l'aide de tests t pour échantillons appariés pour les données paramétriques et de tests de rangs signés de Wilcoxon pour les données non paramétriques (bilatéral, $\alpha = 0,05$). L'ANOVA à sens unique a permis de calculer les différences entre les groupes (différence entre les différents établissements de soins) à chaque point dans le temps pour les données normales et le test de Kruskal-Wallis pour les données non paramétriques. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de SPSS¹⁹, les données manquantes étant traitées selon la méthode de la dernière observation reportée.

L'analyse des données qualitatives a consisté à transcrire les enregistrements des entretiens, puis à procéder à une condensation systématique du texte (CST) sur les questions ouvertes des professionnels de la santé (effectuée par un chercheur) et les codes ont été présentés sous forme de fréquences. L'analyse thématique de Braun et Clarke²⁰ a été utilisée pour l'analyse des groupes de discussion et des entretiens avec les patients et les professionnels de la santé (codage effectué par deux chercheurs indépendants et revu par un troisième évaluateur). Les impressions initiales des thèmes des entretiens associés à la fixation active d'objectifs, à la participation des patients, à l'expérience des services de santé, à l'autonomisation et à la collaboration ont été identifiées par des lectures répétées. Les contenus significatifs

ont été codés et regroupés en thèmes par un groupe de relecture, et les résumés ont été généralisés. Les données qualitatives ont été transcrites et analysées dans MAXQDA²¹.

Résultats

Le projet a débuté le 16 janvier 2023, le recrutement des patients s'est déroulé jusqu'au 1er novembre 2023 et le projet s'est terminé le 1er février 2024.

Caractéristiques des participants

Caractéristiques des patients

En, les dossiers de 102 patients ont été examinés au moins une fois. La plupart des patients étaient âgés de plus de 70 ans (51,96%), avaient subi un AVC ischémique (68,63%) et avaient été admis dans un établissement de réadaptation (58,82%) (tableau 3).

Tableau 3 : Caractéristiques des patients

Caractéristiques	n*	%	Caractéristiques	n*	%
Total des patients ayant subi un AVC	102	/	Comorbidités		
L'âge			<i>Antécédents de diabète ?</i>	23	22,55%
24-70	46	45,10%	<i>Antécédents d'AIT ?</i>	3	2,94%
>70	53	51,96%	<i>Tension artérielle élevée ou basse ?</i>	59	57,84%
Inconnu	4	2,94%	<i>Antécédents de problèmes cardiovasculaires ?</i>	64	62,75%
Le sexe			<i>Antécédents d'accident vasculaire cérébral ("AVC") ?</i>	18	17,65%
Homme	60	58,82%	<i>Antécédents de paralysies périodiques ?</i>	5	4,90%
Femme	38	37,25%	<i>Antécédents d'épilepsie ?</i>	6	5,88%
Inconnu	3	3,92%	<i>Antécédents de cancer ?</i>	14	13,73%
L'éducation			<i>Troubles de la thyroïde ?</i>	9	8,82%
Enseignement primaire	4	3,92%	<i>Maladies du système respiratoire ?</i>	16	15,69%
Enseignement secondaire inférieur	14	13,73%	<i>Maladies du système digestif ?</i>	14	13,73%
Enseignement secondaire supérieur	14	13,73%	<i>Maladies des reins ?</i>	9	8,82%
Enseignement supérieur A1/A2/ Licence	17	16,67%	<i>Maladies du système urinaire/génital ?</i>	16	15,69%
Formation universitaire/ Master	17	16,67%	<i>Maladies infectieuses graves ?</i>	5	4,90%
Doctorat	2	1,96%	<i>Maladies de la peau ?</i>	4	3,92%
Je ne souhaite pas répondre	4	3,92%	<i>Anomalies congénitales ?</i>	7	6,86%
Inconnu	30	29,41%	<i>Maladies musculaires ?</i>	4	3,92%
Transfert			<i>Migraine ?</i>	3	2,94%
Oui	10	9,80%	<i>Allergie ? : (Alimentaire/médicamenteuse/autre)</i>	13	12,75%
Non	70	68,63%	<i>Troubles neurologiques/psychiatriques connus ?</i>	16	15,69%
Inconnu	22	21,57%	<i>Accidents antérieurs avec lésions cérébrales/commotion cérébrale/perde de conscience ?</i>	4	3,92%
Type d'accident vasculaire cérébral			Participants dans chaque groupe		
Ischémique	70	68,63%	Jessa ziekenhuis (n) :	38	37%
			- Centre de réadaptation(n) :	38	
Hémorragique	24	23,53%	Noorderhart (n) :	16	16%
			- Centre de réadaptation(n) :	16	
			Cliniques universitaires Saint-Luc (n) :	24	24%
			- Aiguë (n) :	24	
Inconnu	8	7,84%	UZLeuven (n) :	24	24%
			- Hôpital aigu (n) :	18	
			- Centre de réadaptation (n) :	6	
Côté affecté			Temps écoulé depuis l'AVC		
Droit	44	43,14%	Médiane [Min-Max]		21,5 d [1-102]
Gauche	43	42,16%	La maison de Jessa : Médiane [Min-Max]		27,5 [8-102]

Inconnu	14	14,71%	Noorderhart : Médiane [Min-Max]	52 [15-102]
			Cliniques universitaires Saint-Luc : Médiane [Min-Max]	9 [2-79]
			UZLeuven : Médiane [Min-Max]	9,5 [1-22]

Évaluation des patients au départ

Tous les patients n'ont pas fait l'objet d'évaluations préalables et postérieures dans le cadre du projet, ce qui rend impossible toute comparaison dans le temps. Par conséquent, ces évaluations sont représentées comme des données de base dans l'ensemble de données. En outre, l'analyse ultérieure se concentre sur la population pour laquelle ces données étaient disponibles, ce qui permet d'effectuer des pré- et post-analyses au sein de ce sous-ensemble (tableau 4).

Tableau 4 : Évaluation des patients au départ. Caractéristiques des patients - résultats des questionnaires de base

Caractéristiques de base	JESSA	NOORDERHART	CUSL	UZLEUVEN
Questionnaire sur la satisfaction à l'égard des soins de l'AVC (SASC-19)	N = 37 M = 27 [21-31] m = 26,76 (3.09) ^N	N = 16 M = 22,5 [4-30] ^{NN} m = 21,56 (6.59)	N = 15 M = 26 [8-32] ^{NN} m = 24.33 (6.75)	N = 22 M = 27,50 [19-32] ^{NN} m = 27,18 (4.47)
Inventaire des compétences en matière de soins de santé (HCEI)	N = 37 M = 32 [24- 40] m = 32.43 (4.5) ^N	N = 15 m 31,07 IQR 1 27 IQR 3 34 SD 4,10	N = 13 M = 28 [4-34] ^{NN} m = 26.62 (7.97)	N = 22 m 31,68 IQR 1 29 IQR 3 36 SD 5,24
Questionnaire sur la santé du patient 9 (PHQ-9)	N = 37 M = 11 min 1 max 27	Aantal 15 m 8,6 IQR 1 3,5 IQR 3 12,5 SD 6,28	N = 9 m 5,33 IQR 1 3 IQR 3 8 SD 3,24	Aantal 22 m 8,4 IQR 1 3 IQR 3 12 SD 5,82
Questionnaire sur la participation des patients à la réadaptation (PPRQ)	N = 37 m 46,59 IQR 1 40 IQR 3 55 SD 13,20	N = 15 m 47,53 IQR 1 36,5 IQR 3 55,5 SD 17,59	N = 13 m 42,08 IQR 1 33 IQR 3 50 SD 10,00	N = 22 m 43,73 IQR 1 34,5 IQR 3 51,5 SD 12,51
Échelle générale d'auto-efficacité (GSES)	N = 37 M = 34 min 12 max 40	N = 15 M = 30 m 29,6 min 11 max 37	N = 5 m 31,4 min 27 max 34	N = 19 m 27,53 IQR 1 24,5 IQR 3 32 SD 7,17
Questionnaire sur l'auto-efficacité face à l'AVC (SSE-Q)	N = 36 M = 86 min 12 max 119	N = 15 m 73,4 IQR 1 52,5 IQR 3 97,5 SD 32,35	N = 12 m 63,25 IQR 1 38,25 IQR 3 96,75 SD 37,88	N = 19 m 73,05 IQR 1 49 IQR 3 98,5 SD 27,63

Caractéristiques des membres des professions de santé

115 professionnels de santé ont participé au moins une fois au remplissage des questionnaires. La majorité d'entre eux travaillaient dans un établissement de réadaptation, étaient des femmes, des infirmières et avaient moins de 5 ans d'expérience (tableau 5).

Tableau 5 Caractéristiques des professionnels de la santé

Paramètres	n	%
Total des professionnels	115	/
Taal		
<i>Pays-Bas</i>	109	94,78
<i>Inconnu</i>	6	5,22
Genre		
<i>Femme</i>	92	80,00
<i>Homme</i>	17	14,78
<i>Inconnu</i>	6	5,22
Discipline		
<i>Médecin</i>	6	5,22
<i>Orthophoniste</i>	6	5,22
<i>Psychologue</i>	7	6,09
<i>Ergothérapeute</i>	24	20,87
<i>Infirmière</i>	30	26,09
<i>Service social</i>	2	1,74
<i>Agent de promotion de la santé</i>	/	
<i>Kinésithérapeute</i>	21	18,26
<i>Médecin en formation</i>	/	
<i>Décideur politique</i>	2	1,74
<i>Responsable qualité</i>	/	
<i>Chercheur</i>	/	
<i>Autres</i>	8	6,96
<i>Inconnu</i>	9	7,83
Instelling		
<i>Jessa</i>	48	42
<i>UZLeuven</i>	21	18,26
<i>CUSL</i>	4	3,48
<i>Noorderhart</i>	42	36,62
<i>Pratique privée</i>	/	
<i>Autres</i>	/	
Procédures de revalidation		
<i>Soins aigus (1)</i>	13	11,30
<i>Centre de réhabilitation (2)</i>	93	80,87
<i>Soins de première ligne (3)</i>	/	
<i>Soins ambulatoires (4)</i>	/	
<i>Inconnu</i>	9	7,83

Jaren werkzaam		
<i><5 ans (1)</i>	39	33,91
<i>5-10 ans (2)</i>	22	19,13
<i>10-20 ans (3)</i>	25	21,74
<i>>20 ans(4)</i>	19	16,52
<i>Inconnu</i>	10	8,70

Résultat du processus : adhésion

Protocole de dépistage des patients

Les dossiers des patients ont été examinés toutes les trois semaines afin d'évaluer le respect du parcours clinique. Les évaluateurs ont vérifié si les éléments du parcours étaient exécutés et s'ils respectaient les intervalles de temps prédéfinis. Des notes ont été attribuées en fonction de l'adhésion : 0 pour la non-exécution/ pas dans le délai spécifique, 1 pour l'exécution précise/ dans le délai spécifié, et 2 pour l'inapplicabilité. Les modifications apportées aux éléments du parcours ont été documentées, ainsi que leur nature.

Pour chaque élément du programme de fixation des objectifs, un pourcentage a été calculé afin de déterminer le degré d'adhésion. Ce pourcentage a été calculé à partir de la fréquence d'exécution de l'élément tel qu'il est décrit dans le cheminement clinique ou dans le délai spécifié, divisé par le nombre total de patients pour lesquels l'élément aurait dû être exécuté.

Résultats

Résultats globaux du dépistage

Le tableau présente les résultats globaux (combinant toutes les périodes et tous les établissements de soins) du dépistage. Les résultats sont classés en trois groupes selon qu'ils ont été exécutés, exécutés (à temps) ou non dans les résultats du dépistage.

Tableau 6 Résultats globaux de la sélection

Résultats du dépistage			
Objet	<25%	25-75%	>75%
1. Un soin de santé clé est-il indiqué pour le patient ?	6,51%		
2. En temps utile_Un soin de santé clé est-il indiqué pour le patient ?	6,51%		
3. Les données ont-elles été reçues de l'hôpital de soins aigus		73,65%	
4. En temps utile_Les données ont-elles été reçues de l'hôpital de soins aigus ?		73,65%	
5. Évaluation (NIHSS et MOCA)			92,95%
6. Évaluation en temps utile (NIHSS et MOCA)			92,95%
7. Évaluer (Fugl Meyer)		67,52%	
8. Timely_Evaluate (Fugl Meyer)		67,52%	
9. Évaluer (ARAT)	4,49%		
10. Évaluer en temps utile (ARAT)	4,49%		
11. Évaluer (10MWT)		64,90%	
12. Évaluer en temps voulu (10MWT)		41,33%	
13. Évaluer (évaluations-ED-5D)			88,89%
14. Timely_Evaluate (évaluations-ED-5D)			88,89%
15. Évaluer (évaluations - échelle de classement modifiée)			81,25%
16. Timely_Evaluate (évaluations - échelle de classement modifiée)		58,33%	
17. Le dossier indique-t-il si d'autres solutions ont été proposées si le patient n'est pas suffisamment communicatif ou cognitif ?			81,82%
18. Le dossier indique-t-il si d'autres solutions ont été proposées si le patient n'est pas en mesure de communiquer ou s'il n'a pas les facultés cognitives suffisantes ?		60,14%	
19. A-t-on demandé au patient (et noté dans le dossier) son consentement pour impliquer les aidants informels dans le processus de définition des objectifs ?		54,55%	
20. En temps utile_Le patient a-t-il été invité (et cela a-t-il été consigné dans le dossier) à donner son consentement à l'implication des aidants naturels dans le processus de définition des objectifs ?		30,07%	
21. L'éducation du patient a-t-elle été entamée ?	0,00%		
22. En temps utile_L'éducation du patient a-t-elle été entamée ?	0,00%		
23. L'atelier de définition des objectifs ou l'entretien individuel ont-ils été planifiés ?	14,08%		
24. En temps voulu_L'atelier de définition des objectifs ou la réunion individuelle ont-ils été planifiés ?	14,08%		

25. Les préférences en matière de soins complémentaires sont-elles interrogées et consignées ?	2,11%		85,00%
26. En temps utile_La préférence pour d'autres soins est-elle interrogée et consignée.	2,11%		
27. A-t-on eu l'occasion de poser des questions supplémentaires sur l'éducation ou la fixation d'objectifs ?			69,57%
28. En temps utile_L'occasion a-t-elle été donnée de poser des questions supplémentaires sur l'éducation ou la fixation d'objectifs ?		69,57%	
29. Le patient a-t-il défini les objectifs qu'il souhaite atteindre ?		69,34%	69,34%
30. En temps voulu_Le patient a-t-il fixé les objectifs qu'il souhaite atteindre ?		69,34%	
31. Les buts ont-ils été consignés dans le procès-verbal ?			96,97%
32. En temps utile_Les buts ont-ils été consignés dans le procès-verbal ?			96,97%
33. Un plan d'action a-t-il été élaboré et inclus dans le dossier ?		73,91%	73,91%
34. En temps utile_Un plan d'action a-t-il été établi et inclus dans le dossier ?		73,91%	
35. Les objectifs ont-ils été établis dans une pièce calme ?			78,89%
36. Opportunité_Les objectifs ont-ils été élaborés dans une pièce calme ?			78,89%
37. Les objectifs ont-ils été fixés lors d'une session de groupe ?		70,21%	70,21%
38. En temps utile_Les objectifs ont-ils été fixés lors d'une session de groupe ?		70,21%	
39. Les objectifs ont-ils été fixés alors que la famille apportait son soutien ?		47,37%	47,37%
40. En temps voulu_Les objectifs ont-ils été fixés pendant que la famille apportait son soutien ?		47,37%	
41. La douleur ou la fatigue était-elle trop importante pour fixer les objectifs ?			84,62%
42. Temps opportun_La douleur ou la fatigue était-elle trop importante pour que les objectifs puissent être fixés ?		73,37%	
43. L'ensemble de l'équipe multidisciplinaire est-elle au courant des objectifs ?		71,79%	56,41%
44. En temps utile_L'ensemble de l'équipe multidisciplinaire est-elle au courant des objectifs ?		56,41%	
45. Le fonctionnement de base des objectifs souhaités a-t-il été évalué par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et noté ?		70,70%	66,03%
46. En temps utile_Le fonctionnement de base des objectifs souhaités a-t-il été évalué par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et noté ?		66,03%	
47. La thérapie multidisciplinaire axée sur les objectifs a-t-elle commencé ?		66,03%	50,33%
48. En temps voulu_La thérapie multidisciplinaire axée sur les objectifs a-t-elle commencé ?		50,33%	
49. Les objectifs ont-ils été réévalués ?		50,33%	50,33%
50. Opportunité_Les objectifs ont-ils été réévalués ?		50,33%	
51. Les réévaluations des objectifs ont-elles été discutées ?	14,91%		14,91%
52. En temps utile_Les réévaluations des objectifs ont-elles été discutées ?	14,91%		

53. Tous les documents nécessaires sont-ils inclus dans le dossier du patient ?		55,56%	
54. En temps utile_Tous les documents nécessaires sont-ils inclus dans le dossier du patient ?		55,56%	
55. Les aidants ont-ils été informés de la phase suivante ?		53,52%	
56. En temps utile_Les aidants ont-ils été informés de la phase suivante ?		53,52%	

Interprétation des résultats

FACTEURS CONSIDÉRÉS COMME DE BONNES PERFORMANCES (>75% D'ADHÉSION)

Nous analysons divers facteurs essentiels pour garantir des résultats optimaux pour les patients, en nous concentrant sur des taux d'adhésion supérieurs à 75 %. Ces facteurs englobent les évaluations, les évaluations en temps opportun, les pratiques de documentation, les procédures de définition des objectifs et les considérations relatives au confort du patient et à la communication.

- 1.Évaluation de l'échelle NIHSS et MOCA/ dans les délais impartis
- 2.Évaluation des évaluations-ED-5D/ dans les délais impartis
- 3.Évaluer les évaluations - modified ranking scale
- 4.Alternatives en cas de limitation de la communication ou de la cognition
- 5.Possibilité de poser des questions supplémentaires sur l'éducation ou la fixation d'objectifs
- 6.Les objectifs ont-ils été consignés dans le dossier du patient/ dans les délais impartis ?
- 7.Objectifs fixés dans une pièce calme/ dans un délai imparti

FACTEURS DONT LA PERFORMANCE EST MOYENNE (25-75% D'ADHÉSION)

50-75% D'ADHÉSION

1. Les données ont-elles été reçues de l'hôpital de soins aigus/ dans les délais ?
2. Évaluer (Fugl Meyer)/ dans les délais impartis
3. Évaluer (10MWT)
4. Évaluations - échelle de classement modifiée dans les délais impartis
5. Le dossier indique si d'autres solutions ont été proposées si le patient n'est pas suffisamment communicatif ou cognitif dans les délais impartis.
6. A-t-on eu l'occasion de poser d'autres questions sur l'éducation ou la **fixation d'objectifs** dans les délais impartis ?
7. Le patient a-t-il fixé les **objectifs** qu'il souhaite atteindre dans les délais impartis ?
8. Un **plan d'action** a-t-il été élaboré et inclus dans le dossier/ dans les délais ?
9. **Les objectifs** ont-ils été fixés au cours d'une session de groupe/ dans les délais impartis ?
10. La douleur ou la fatigue était-elle trop importante **pour que les objectifs puissent être fixés** dans les délais impartis ?
11. L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est-elle **informée des objectifs/du** calendrier ?
12. **Le fonctionnement de base des objectifs souhaités** a-t-il été évalué par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et noté/ dans les délais ?
13. La thérapie multidisciplinaire axée sur les **objectifs** a-t-elle **commencé/dans les** délais ?
14. **Les objectifs ont-ils été réévalués/** dans les délais ?

15. Tous les documents nécessaires sont-ils inclus dans le dossier du patient/ dans les délais ?
16. Les soignants ont-ils été informés lors de la phase suivante/ dans les délais ?

La majorité des facteurs montrant une performance modérée se concentrent sur les procédures de fixation des objectifs, l'évaluation et la réévaluation, ainsi que sur la communication concernant les objectifs et l'élaboration de plans d'action. L'évaluation des échelles de mesure dans le délai prédéfini n'a pas été réalisée de manière cohérente.

25-50% D'ADHÉSION

1. Évaluer 10MWT dans les délais impartis
2. A-t-on demandé au patient (et consigné dans le dossier) son consentement pour impliquer les aidants informels dans le processus de définition des objectifs dans les délais impartis ?
3. Les objectifs ont-ils été fixés avec le soutien de la famille ou dans les délais impartis ?

Dans cette fourchette de scores, on constate que l'implication des membres de la famille n'est pas toujours enregistrée et qu'elle ne se fait pas dans les délais impartis.

FACTEURS DE MAUVAISE PERFORMANCE (< 25 D'ADHÉSION)

1. Un soin de santé clé est-il indiqué pour le patient / dans les délais ?
2. Évaluer l'ARAT/ dans les délais
3. L'éducation du patient a-t-elle été entamée/ dans les délais prévus ?
4. L'atelier de définition des objectifs ou l'entretien individuel ont-ils été planifiés / dans les délais ?
5. La préférence pour d'autres soins est-elle remise en question et enregistrée / dans les délais ?

Des lacunes ont été observées dans l'évaluation de l'échelle ARAT, la désignation d'un prestataire de soins clé, l'établissement d'objectifs individuels ou collectifs, l'évaluation des besoins en matière de soins et la mise en place d'une éducation du patient dans le cadre du parcours clinique.

L'évolution dans le temps

Le tableau 7 présente une comparaison dans le temps. Les résultats ont été comparés en combinant les données des trois premiers mois avec celles des trois derniers mois de dépistage. Les éléments en gras se sont améliorés avec le temps, tandis que ceux en italique et soulignés se sont détériorés avec le temps.

Tableau 7 Résultats du dépistage, résultats du dépistage au cours des trois premiers mois du projet et des trois derniers mois du projet.

Résultats du dépistage						
Objet	Février-mars-avril			Août-Sept-Oct		
	<25%	25-75%	>75%	<25%	25-75%	>75%
1. Un soin de santé clé est-il indiqué pour le patient ?	2,63%			7,81%		
2. En temps utile_Un soin de santé clé est-il indiqué pour le patient ?	2,63%			7,81%		
3. Les données ont-elles été reçues de l'hôpital de soins aigus		47,22%				76,56%
4. En temps utile_Les données ont-elles été reçues de l'hôpital de soins aigus ?		36,11%			59,38%	
5. Évaluation (NIHSS et MOCA)			96,67%			96,88%
6. Évaluation en temps utile (NIHSS et MOCA)			93,33%			93,75%
7. Évaluer (Fugl Meyer)		46,67%			73,44%	
8. Timely_Evaluate (Fugl Meyer)		36,67%			60,94%	
9. Évaluer (ARAT)	2,94%			6,56%		
10. Évaluer en temps utile (ARAT)	2,94%			6,56%		
11. Évaluer (10MWT)		40,00%			67,19%	
12. Évaluer en temps voulu (10MWT)	12,00%				53,97%	
13. Évaluer (évaluations-ED-5D)			76,92%			93,75%
14. Timely_Evaluate (évaluations-ED-5D)		69,23%				82,81%
15. Évaluer (évaluations - échelle de classement modifiée)			91,30%			85,25%
16. Timely Evaluate (évaluations -modified ranking scale)			78,26%		65,57%	
17. Le dossier indique-t-il si d'autres solutions ont été proposées si le patient n'est pas suffisamment communicatif ou cognitif ?			90,91%			85,25%
18. Le dossier indique-t-il si d'autres solutions ont été proposées si le patient n'est pas en mesure de communiquer ou s'il n'a pas les facultés cognitives suffisantes ?			77,27%		67,21%	
19. A-t-on demandé au patient (et noté dans le dossier) son consentement pour impliquer les aidants informels dans le processus de définition des objectifs ?	13,64%				65,57%	
20. En temps utile_Le patient a-t-il été invité (et cela a-t-il été consigné dans le dossier) à donner son consentement à l'implication des aidants naturels dans le processus de définition des objectifs ?	4,55%				37,70%	
21. L'éducation du patient a-t-elle été entamée ?	0,00%			0,00%		

22. En temps utile_L'éducation du patient a-t-elle été entamée ?	0,00%			0,00%		
23. L'atelier de définition des objectifs ou l'entretien individuel ont-ils été planifiés ?	9,52%			16,39%		
24. En temps voulu_L'atelier de définition des objectifs ou la réunion individuelle ont-ils été planifiés ?	9,52%			13,11%		
25. Les préférences en matière de soins complémentaires sont-elles interrogées et consignées ?	0,00%			0,00%		
26. En temps utile_La préférence pour d'autres soins est-elle interrogée et consignée.	0,00%			0,00%		
27. A-t-on eu l'occasion de poser des questions supplémentaires sur l'éducation ou la fixation d'objectifs ?			100,00%			86,89%
28. En temps utile_L'occasion a-t-elle été donnée de poser des questions supplémentaires sur l'éducation ou la fixation d'objectifs ?			90,48%			76,67%
29. Le patient a-t-il défini les objectifs qu'il souhaite atteindre ?	25,00%					78,69%
30. En temps voulu_Le patient a-t-il fixé les objectifs qu'il souhaite atteindre ?	25,00%				72,13%	
31. Les buts ont-ils été consignés dans le procès-verbal ?			100,00%			100,00%
32. En temps utile_Les buts ont-ils été consignés dans le procès-verbal ?			100,00%			100,00%
33. Un plan d'action a-t-il été élaboré et inclus dans le dossier ?	0,00%					86,44%
34. En temps utile_Un plan d'action a-t-il été établi et inclus dans le dossier ?	0,00%					86,44%
35. Les objectifs ont-ils été établis dans une pièce calme ?	0,00%					93,22%
36. Opportunité_Les objectifs ont-ils été élaborés dans une pièce calme ?	0,00%					93,22%
37. Les objectifs ont-ils été fixés lors d'une session de groupe ?		41,67%				76,92%
38. En temps utile_Les objectifs ont-ils été fixés lors d'une session de groupe ?		41,67%				69,23%
39. Les objectifs ont-ils été fixés alors que la famille apportait son soutien ?	0,00%					65,38%
40. En temps voulu_Les objectifs ont-ils été fixés pendant que la famille apportait son soutien ?	0,00%					61,54%
41. La douleur ou la fatigue était-elle trop importante pour fixer les objectifs ?		65,79%				90,63%
42. Temps opportun_La douleur ou la fatigue était-elle trop importante pour que les objectifs puissent être fixés ?		55,26%				70,31%
43. L'ensemble de l'équipe multidisciplinaire est-elle au courant des objectifs ?		51,72%				76,56%
44. En temps utile_L'ensemble de l'équipe multidisciplinaire est-elle au courant des objectifs ?		48,28%				57,81%
45. Le fonctionnement de base des objectifs souhaités a-t-il été évalué par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et noté ?		70,00%				73,44%
46. En temps utile_Le fonctionnement de base des objectifs souhaités a-t-il été évalué par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et noté ?		56,67%				70,31%

47. La thérapie multidisciplinaire axée sur les objectifs a-t-elle commencé ?		40,00%				82,81%
48. En temps voulu_La thérapie multidisciplinaire axée sur les objectifs a-t-elle commencé ?	12,00%				62,50%	
49. Les objectifs ont-ils été réévalués ?		51,72%			65,63%	
50. Opportunité_Les objectifs ont-ils été réévalués ?		44,83%			62,50%	
51. Les réévaluations des objectifs ont-elles été discutées ?	0,00%				10,94%	
52. En temps utile_Les réévaluations des objectifs ont-elles été discutées ?	0,00%				10,94%	
53. Tous les documents nécessaires sont-ils inclus dans le dossier du patient ?		38,10%			50,00%	
54. En temps utile_Tous les documents nécessaires sont-ils inclus dans le dossier du patient ?		38,10%			50,00%	
55. Les aidants ont-ils été informés de la phase suivante ?		33,33%			54,10%	
56. En temps utile_Les aidants ont-ils été informés de la phase suivante ?		33,33%			54,10%	

Interprétation des résultats

En analysant les résultats, nous pouvons suivre l'évolution dans le temps, en identifiant les éléments qui ont constamment obtenu de bons résultats, ceux qui ont connu une amélioration significative et ceux qui ont continué à être moins performants.

FACTEURS PERMETTANT D'OBTENIR DE BONNES PERFORMANCES AU DÉBUT ET À LA FIN DU PROJET (>75% D'ADHÉSION)

1. Évaluation (NIHSS et MOCA) / **dans les délais impartis**
2. Évaluer (évaluations-ED-5D)
3. Évaluer (évaluations -modified ranking scale)
4. Le dossier indique-t-il si d'autres solutions ont été proposées si le patient n'est pas en mesure de communiquer ou s'il n'est pas suffisamment fort sur le plan cognitif ?
5. A-t-on eu l'occasion de poser des questions supplémentaires sur l'éducation ou la fixation d'objectifs **dans les délais impartis ?**
6. Les objectifs ont-ils été consignés dans le dossier/ **dans les délais ?**

FACTEURS PERMETTANT D'OBTENIR UNE MAUVAISE PERFORMANCE AU DÉBUT DU PROJET (<25% D'ADHÉSION) ET UNE BONNE PERFORMANCE À LA FIN DU PROJET (>75% D'ADHÉSION)

1. Le patient a-t-il fixé les objectifs qu'il souhaite atteindre **dans les délais impartis ?**
2. Un plan d'action a-t-il été élaboré et inclus dans le dossier/ **dans les délais ?**
3. Les objectifs ont-ils été élaborés dans une pièce calme/ **dans les délais impartis ?**
4. *Les réévaluations des objectifs ont-elles été discutées / **dans les délais ?***

FACTEURS DE MAUVAISE PERFORMANCE AU DÉBUT ET À LA FIN DU PROJET (<25% D'ADHÉSION)

1. Un soin de santé clé est-il indiqué pour le patient/ **dans les délais ?**
2. Évaluer (ARAT)/ **dans les délais impartis**
3. L'éducation du patient a-t-elle été entamée/ **dans les délais prévus ?**
4. L'atelier de définition des objectifs ou l'entretien individuel ont-ils été planifiés / **dans les délais ?**
5. La préférence pour d'autres soins est-elle interrogée et consignée/ **dans les délais ?**

La possibilité de poser des questions supplémentaires a démontré une performance constante depuis le début du projet. De même, l'inclusion des objectifs des patients dans les dossiers médicaux et la mise à disposition d'options alternatives pour les personnes ayant des limitations cognitives ou de communication ont maintenu une efficacité élevée. Cependant, des facteurs tels que la désignation du principal prestataire de soins, l'évaluation à l'aide de méthodes telles que l'ARAT, la mise en œuvre inadéquate de l'éducation et la fixation d'objectifs sans réunions individuelles ou ateliers ont constamment été sous-performants. En outre, les préférences des patients en matière de poursuite des soins n'ont été que rarement documentées. À l'inverse, les éléments montrant une évolution positive se concentraient principalement sur les processus de définition des objectifs, tels que l'établissement d'objectifs et de plans d'action, la tenue de séances dans des environnements calmes et la discussion de la progression des objectifs (tableau 7).

Résultats sur le devenir des patients

La satisfaction des patients, mesurée par le SASC-19, a montré une augmentation significative ($p = 0,025$, $N = 43$) pendant l'admission des patients dans les établissements de réadaptation. Aucune différence significative n'a été observée au sein des groupes ou entre les groupes (tableau 8).

Le niveau de responsabilisation des patients n'a pas changé de manière significative au fil du temps dans l'ensemble de la population ($p = 0,40$, $N = 43$), ni lorsqu'il est examiné dans les différents établissements de soins de santé. De même, aucune différence significative n'a été observée entre les différents établissements à différents moments (tableau 8).

En ce qui concerne les symptômes de dépression, évalués à l'aide du questionnaire PHQ-9, une diminution significative a été observée à la fois dans l'ensemble du groupe ($p < 0,001$, $N = 42$). Cependant, aucune différence significative n'a été observée entre les deux points de mesure ou dans les scores de changement au sein des groupes (tableau 8).

Les patients ont signalé une meilleure participation à leurs propres soins au fil du temps ($p < 0,001$, $N = 43$), ce qui était cohérent dans les trois établissements de santé. Aucune différence significative n'a été observée entre les établissements de santé (tableau 8).

En ce qui concerne la confiance des patients dans l'exécution de tâches après un AVC, une amélioration significative a été observée au fil du temps pour l'ensemble du groupe ($p < 0,001$, $N = 39$), ainsi qu'au sein de l'institution de soins de santé Jessa ($p = 0,001$) et de l'institution de soins de santé UZLeuven ($p = 0,03$). Cependant, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes aux deux points dans le temps ou dans les scores de changement (tableau 8).

Lors de l'évaluation de l'auto-efficacité à l'aide d'un questionnaire non spécifique à l'AVC, une différence significative entre les groupes a été observée au départ ($p = 0,002$). Il a été constaté que l'établissement de santé UZLeuven avait un score moyen de changement significativement meilleur que l'établissement de santé 1 ($p < 0,001$). Aucune différence significative au sein du groupe n'a été trouvée ($p = 0,81$, $N = 40$) (tableau 8).

Tableau 8 : Résultats du questionnaire pour les patients

	Pré	Poste	Score de changement	Analyse au sein du groupe
--	-----	-------	---------------------	---------------------------

Questionnaire sur la satisfaction à l'égard des soins de l'AVC (SASC-19) [8-32] (N=43)	M= 27.00 [11-32] ^{NN} m= 26,28 (4.22)	M= 28.00 [22-32] ^{NN} m= 28.02 (3.11)	M= 1 [-6:9] m= 1.47(3.63) ^N	p = 0.025 ^w
JESSA (N=25)	M= 28.00 [21-32] m= 27.2 (2.90) ^N	M= 29.00 [23-32] m= 28.64 (2.89) ^N	M= 4.5 [-5-8] m= 1.44 (3.84) ^N	p = 0.07 ^t
SANS ORDRE (N=8)	M= 23.50 [11-29] ^{NN} m= 22.75 (5.28)	M= 27.5 [24-30] ^{NN} m= 27.25 (2.66)	M= 4.5 [-5-8] m= 3.38(4.07) ^N	p = 0.08 ^w
UZLEUVEN (N=10)	M= 28.50 [19-32] m= 26.8 (5.03) ^N	M= 27 [22-32] m= 27.1 (3.87) ^{NN}	M= 1.5 [-2-8] ^{NN} m= 2.20 (3.05)	p = 0.89 ^w
Analyse entre groupes	p = 0.99 ^k 2-1 p= .11 2-3 p=.21 1-3 p= 1.00	p = 0.35 ^k 2-1 p= 0.25 2-3 p= 0.08 1-3 p= 0.25	p=0.147 ^A 2-1 p= 0.19 2-3 p= 0.05 1-3 p= 0.29	
Inventaire des compétences en matière de soins de santé (HCEI) [8-40] (N=43)	M= 27 [11-32] ^{NN} m= 30.91 (9.00)	M= 32.00 [23-40] m= 32.67 (4.08) ^N	M= 1.00 [-8-11] m= 0.35 (4.24) ^N	p = 0.40 ^w
JESSA (N=25)	M= 32 [24-40] m= 32.8 (4.68) ^N	M= 32 [25-40] m= 33.32 (3.85) ^N	M= 1.00 [-8-11] m= 0.52(3.86) ^N	p = 0.51 ^t
SANS ORDRE (N=8)	M= 32 [24-40] m= 30.88 (3.44) ^N	M= 32 [25-40] m= 30.13 (5.17) ^N	M= 1 [-7-8] m= -0.75 (6.09) ^N	p = 0.75 ^w
UZLeuven (N=10)	M= 31.5 [27-35] m= 32.4 (4.53) ^N	M= 32.5[28-39] m= 33.1 (3.18) ^N	M= 2.5 [-5-5] ^{NN} m= 0.8 (3.7)	p = 0.68 ^w
Analyse entre groupes	p = 0.10 ^k 2-1 p= 0.29 2-3 p=0.51 1-3 p= 0.76 p=0.26 ^A 2-1 p= 0.78	p=0.23 ^A 2-1 p= 0.82 2-3 p= 0.29 1-3 p= 0.09	p = 0.60 ^k 2-1 p= 0.89 2-3 p= 0.41 1-3 p= 0.34	

	2-3 p= 0.30 1-3 p= 0.11			
Questionnaire sur la santé du patient 9 (PHQ-9) [0-27] (N=42)	M= 9 [0-26] ^{NN} m= 8.83 (5.93)	M= 4.5 [0-18] ^{NN} m= 5.43 (4.37)	M= -3 [-11-7] m= -3.48 (4.72) ^N	p < 0.001 ^w
JESSA (N=25)	M= 12 [1-26] ^{NN} m= 9.36 (6.03)	M= 4 [1-18] ^{NN} m= 5.16 (4.49)	M= -4 [-11-7] m= -4.2 (4.92) ^N	p < 0.001 ^w
SANS ORDRE (N=7)	M= 8 [1-12] m= 6.71 (4.31) ^N	M= 6 [1-8] m= 4.71(2.50) ^N	M= 4.5 [-8-5] m= -2 (4.73) ^N	p=0.23 ^t
UZLEUVEN (N=10)	M= 10 [0-18] m= 9 (6.83) ^N	M= 5.5 [0-15] m= 6.6 (5.19) ^N	M= -2 [-8-4] m= -2.4 (4.17) ^N	p=0.10 ^t
Analyse entre groupes	p = 0.52 ^k 2-1 p= 0.26 2-3 p= 0.38 1-3 p= 0.89	p = 0.68 ^k 2-1 p= 0.83 2-3 p=0.64 1-3 p=0.38	p=0.41 ^A 2-1 p= 0.35 2-3 p= 0.94 1-3 p= 0.24	
Le questionnaire sur la participation des patients à la réadaptation (PPRQ) [23-115] (N=43)	M= 43.00 [25-82] m= 28(12.87) ^N	M= 36 [23-68] ^{NN} m= 38.30 (12.53)	M= -9 [-31-13] m= -7.42(10.55) ^N	p < 0.001 ^w
JESSA (N=25)	M= 43 [25-82] ^{NN} m= 47.52(13.67)	M= 38 [23-60] m= 38.48 (12.05) ^N	M= -10 [-31-13] m= -10 (12.04) ^N	p = 0.002 ^w
SANS ORDRE (N=8)	M= 47.5 [29-66] m= 45.63 (12.31) ^N	M= 32.5 [23-61] m= 36.37(13.54) ^N	M= 8[-25- -2] m= -9.25(7.36) ^N	p = 0.009 ^t
UZLEUVEN (N=10)	M= 47.5 [29-66] m= 45.63 (12.31) ^N	M= 32.5 [25-68] m= 39.3 (14.12) ^N	M= -2 [-12-9] m= -1.9 (6.85) ^N	p = 0.001 ^t
Analyse entre groupes	p = .70 ^A 2-1 p= 0.72 2-3 p= 0.72 1-3 p= 0.41	p = .88 ^A 2-1 p= 0.69 2-3 p= 0.63 1-3 p= 0.87	p = .17 ^A 2-1 p= 0.96 2-3 p= 0.14 1-3 p= 0.07	
Échelle générale d'auto-efficacité (GSES) [10-40] (N=39)	M= 32.00 [16-40] ^{NN}	M= 32.00 [12-40] ^{NN}	M= 1[-21-16] ^{NN}	p = 0.81 ^w
JESSA (N=25)	M= 34 [16-40] ^{NN} m= 31.59 (5.81)	M= 33 [12-40] ^{NN} m= 31.03 (7.27)	M= 0 [-21-8] ^{NN} m= -0.56 (7.27)	p = 0.26 ^w
SANS ORDRE (N=7)	M= 30 [30-37] ^{NN} m= 33.48 (5.33)	M= 33 [12-40] m= 28.86 (6.69) ^N	M= 0 [-21-8] m= -3 (9.26) ^N	p = 0.54 ^w
UZLEUVEN (N=7)	M= 30 [30-37] ^{NN} m= 31.86 (2.91)	M= 30 [28-35] m= 31 (3.26) ^N	M= 6 [2-16] m= 6.43 (4.79) ^N	p = 0.11 ^w

Analyse entre groupes	p = 0.002 ^k 2-1 p= 0.26 2-3 p=0.60 1-3 p < 0.001	p = 0.43 ^k 2-1 p= 0.23 2-3 p= 0.76 1-3 p= 0.43	p = 0.003 ^k 2-1 p= 0.79 2-3 p= 0.01 1-3 p < 0.001	
Questionnaire sur l'auto-efficacité face à l'AVC (SSE-Q) [0-120] (N=40)	M= 80.00 [22-119] ^{NN} m= 77.75 (27.90)	M= 100.5 [23-120] ^{NN} m= 94.05(23.41)	M= 15 [-22-73] m= 16.3 (22.38) ^N	p < 001 ^w
JESSA (N=25)	M=94 [32-119] ^{NN} m=84.40 (26.88)	M= 109 [35-120] ^{NN} m=97.96 (23.60)	M= 8 [-22-73] ^{NN} m=15.08 (23.11)	p = 0.01 ^w
SANS ORDRE (N=7)	m= 69.57(29.46) ^N M= 66.00 [22-113]	M= 95 [23-109] ^N m= 84.29(29.21)	m= 15.00 (21.24) ^N M = 8 [-10-40]	2 p = 0.18 ^w
UZLEUVEN (N=8)	M= 59.50 [31-102] m= 64.13 (26.10) ^N	M= 91.00 [66-110] m= 90.38 (15.69) ^N	M= 29.50 [0-50] m= 26.75 (17.05) ^N	p = 0.02 ^w p = 0.03 ^t
Analyse entre groupes	p = 0.16 ^k 2-1 p= 0.27 2-3 p= 0.63 1-3 p= 0.07	p = 0.10 ^k 2-1 p= 0,08 2-3 p= 0,89 1-3 p= 0.10	p = 0.41 ^A 2-1 p= 0.99 2-3 p= 0.30 1-3 p= 0.20	
- M= Médiane, m= Moyenne, ^k = Test de Kruskal-Wallis, ^A = Anova à une voie, ^t = Tests t pour échantillons appariés, ^M = Moyenne (écart-type), ^{MD} = Médiane [valeur minimale - valeur maximale], ^N = Distribution normale, ^{NN} = Distribution non normale				

Résultats pour les professionnels de la santé

La **satisfaction des employés** dans l'enquête sur les soins de santé n'a révélé aucune différence significative tout au long de la période de mise en œuvre ($p = 0,223$), et aucune différence n'a été observée au sein des institutions de soins de santé individuelles au fil du temps. Si l'on examine les différences entre les établissements, aucune différence significative n'a été détectée avant ($p = 0,69$) et après ($p = 0,12$) la période d'étude. Cependant, l'analyse de la perception par les professionnels de santé du programme mis en œuvre (**acceptabilité**) a révélé des différences significatives entre les différents établissements au départ ($p < 0,001$) et à la fin du projet ($p < 0,001$). Une analyse plus poussée n'a révélé aucune différence significative entre les institutions Noorderhart-UZLeuven ($p = 0,85$), mais des différences significatives ont été observées entre Jessa-Noorderhart ($p < 0,001$) et Jessa-UZLeuven ($p = 0,006$). Ces différences sont restées significatives après l'intervention. L'analyse au sein du groupe a également montré une différence significative pour l'ensemble du groupe ($p = 0,02$) et pour l'institution de soins de santé Noorderhart ($p = 0,01$), ce qui indique que les professionnels de l'institution Noorderhart ont moins bien accepté le programme au fil du temps. L'évaluation de la **faisabilité** du programme a donné des résultats similaires entre les différentes institutions, avec des différences significatives observées à la fois avant ($p < 0,001$) et à la fin ($p < 0,001$) de la période de mise en œuvre. Aucune différence significative n'a été observée au sein des groupes. En outre, des différences significatives entre les groupes ont été observées en ce qui concerne l'**adéquation** du programme. Plus précisément, l'institution Jessa-Noorderhart a montré des différences significatives à la fois au départ ($p < 0,001$) et après ($p < 0,001$) la mise en œuvre, tandis que Jessa-UZLeuven a montré une différence significative pendant la mise en œuvre du programme ($p = 0,01$). Lors de l'évaluation de l'**auto-efficacité** des professionnels de la santé au fil du temps (analyse au sein du groupe), des différences significatives ont été observées pour l'ensemble du groupe ($p < 0,001$) ainsi que pour les établissements de santé individuels.

Tableau 9 : Résultats du questionnaire destiné aux professionnels de la santé

	Pré	Poste	Changement avant-après	Échantillons apparentés
Enquête sur la satisfaction des salariés dans le secteur des soins de santé				
TOTAL (83)	M : 58 [40-78] ^N m : 57.71 (8.14) ^N	M : 60 [38-86] ^N m : 58.71 (9.06) ^N	M : 0 [-14-21] ^N m : 1 (6.24) ^N	0.223
JESSA (37)	m : 57.81 (8.38) ^N	m : 59.38 (7.86) ^N	m : 1.57 (5.91) ^N	0.112
NOORDERHART (35)	m : 57.11 (7.36) ^N	m : 57.03 (10.31) ^N	m : -0.09 (6.63) ^N	0.734
UZLEUVEN (11)	m : 59.27 (10.09) ^N	M : 63 [41-70] ^{NN} m : 61.82 (8.15) ^{NN}	m : 2.55 (5.96) ^N	0.349
Entre les groupes	0.689	0.115	0.335	
J-N	0.746	0.251	0.204	
N-U	0.388	0.043	0.247	

J-U	0.518	0.211	0.770	
Acceptabilité de la mesure d'intervention				
TOTAL (71)	M : 13[4-20] ^N m : 12.76 (3.94) ^N	M:12 [4-20] ^{NN} m : 11.66(4.04) ^{NN}	M:0 [-12-8] ^{NN} m : -1.10 (3.32) ^{NN}	0.024
JESSA (32)	m : 9.78 (3.48) ^N	M : 8 [4-14] ^{NN} m : 8.44 (2.61) ^{NN}	m : -1.33 (3.97) ^N	0.500
NOORDERHART (33)	m : 15.17 (2.56) ^N	m : 14.24 (3.14) ^N	m:-0.93 (2.88) ^N	0.013
UZLEUVEN (6)	m : 14.50 (2.07) ^N	m : 13.67 (3.14) ^N	m : -0.83 (2.40) ^N	0.414
Entre les groupes	<0.001	<0.001	0.720	
J-N	<0.001	<0.001	0.420	
N-U	0.847	0.979	0.755	
J-U	0.006	0.005	0.890	
Faisabilité de la mesure d'intervention				
TOTAL (75)	M : 11 [4-20] ^{NN} m : 11.11 (4.01) ^{NN}	M : 12 [4-20] ^{NN} m : 10.93 (3.72) ^{NN}	M : 0 [-11-10] ^{NN} m : -0.17 (3.24) ^{NN}	0.652
JESSA (34)	M : 8 [4-20] ^{NN} m : 8.06 (3.28) ^{NN}	M : 8 [4-16] ^{NN} m : 8.56 (2.87) ^{NN}	M:0 [-8-10] ^N m : 0.5 (3.31) ^N	0.405
NOORDERHART (35)	M : 14 [8-20] ^{NN} m : 13.89 (2.39) ^{NN}	M : 13 [4-20] ^N m : 13 (3.20) ^N	M : 0 [-11-8] ^{NN} m : -0.89 (3.26) ^{NN}	0.117
UZLEUVEN (6)	M : 12.5 [7-16] ^N m : 12.17 (3.06) ^N	M : 13 [8-16] ^N m : 12.33 (3.27) ^N	M : 0 [-3-3] ^N m : 0.17 (2.14) ^N	0.854
Entre les groupes	<0.001	<0.001	0.220	
J-N	<0.001	<0.001	0.087	
N-U	0.290	0.745	0.445	
J-U	0.021	0.015	0.867	
Mesure de l'adéquation de l'intervention				
TOTAL (74)	M : 12 [4-20] ^{NN} m : 11.64 (3.52) ^{NN}	M : 12 [4-20] ^{NN} m : 11.43 (3.86) ^{NN}	M:0 [-10-16] ^{NN} m : -0.20 (3.54) ^{NN}	0.469
JESSA (34)	M : 8 [4-20] ^{NN} m : 9.41 (3.31) ^{NN}	M : 8 [4-20] ^{NN} m : 9.06 (3.20) ^{NN}	M : 0 [-10-16] ^{NN} m : -0.35 (4.23) ^{NN}	0.397
NOORDERHART (34)	m : 13.62 (2.22) ^N	M : 14.5 [4-20] ^{NN} m : 13.74 (3.21) ^{NN}	m : 0.12 (2.99) ^N	0.750
UZLEUVEN (6)	m : 13.00 (3.69) ^N	m : 11.83 (2.71) ^N	m : -1.17 (1.94) ^N	0.197
Entre les groupes	<0.001	<0.001	0.404	

J-N	<0.001	<0.001	0.380	
N-U	0.759	0.278	0.222	
J-U	0.014	0.075	0.458	
Questionnaire sur l'auto-efficacité en matière de centrage sur le patient				
TOTAL (83)	M:101 [33-129] ^{NN} m : 96.98 (13.96) ^{NN}	M:108 [27-133] ^{NN} m : 102.67 (17.63) ^{NN}	M : 0 [-79-39] ^{NN} m : 1.66 (15.33) ^{NN}	<0.001
JESSA (35)	M : 100 [58-129] ^N m : 96.34 (13.67) ^N	M : 106 [72-133] ^{NN}	M : 2 [-23-39] ^N m : 5.46 (14.72) ^N	<0.001
NOORDERHART (37)	M : 102 [33-113] ^{NN}	M : 107 [27-120] ^{NN}	M : -1 [-79-16] ^{NN}	0.008
UZLEUVEN (11)	M : 104 [83-114] ^N m : 101.91 (8.35) ^N	M : 1069 [101-129] ^{NN} m : 111.73 (7.70) ^N	M : 0 [-8-31] ^{NN}	0.007
Entre les groupes	0.210	0.070	0.143	
J-N	0.492	0.578	0.060	
N-U	0.192	0.022	0.236	
J-U	0.077	0.057	0.917	
<i>m : moyenne, M : médiane, J : Jessa, N : Noorderhart, U : UZLeuven, SEHC : Enquête sur la satisfaction des employés dans les soins de santé, SEPCQ-27 : Self-efficacy in patient centeredness questionnaire, N : distribution normale, NN : distribution non normale</i>				

L'acceptabilité, la faisabilité et l'adéquation ont également été évaluées à mi-parcours (5 mois après le début du projet). Des résultats similaires ont été observés lors de cette évaluation intermédiaire, comme le montre le tableau 10.

Tableau 10 : Résultats concernant l'acceptabilité, la faisabilité et l'adéquation (à tous les moments)

	Pré	Intermédiaire	Poste	Changement Pré-intermédiaire	Changement Intermédiaire - Post	Exemples connexes Pré-intermédiaire	Échantillons associés Intermédiaire - Poste
Acceptabilité de la mesure d'intervention							
TOTAL	M : 13 [4-20] ^N m : 12.76 (3.94) ^N	M:12 [6-20] ^{NN} m:12.37 (3.48) ^{NN}	M:12 [4-20] ^{NN} m : 11.66 (4.04) ^{NN}	M : 0 [-6-5] ^{NN} m : -0.39 (2.51) ^{NN}	M : 0 [-10-8] ^{NN} m : -0.71 (2.84) ^{NN}		
Entre les groupes	<0.001	<0.001	<0.001	0.324	0.348	0.303	0.043
J-N	<0.001	<0.001	<0.001	0.206	0.241		

N-U	0.789	0.697	0.880	0.255	0.246		
J-U	0.007	<0.001	0.002	0.703	0.646		
Mesure de l'adéquation de l'intervention							
TOTAL	M : 12 [4-20] ^{NN} m : 11.71 (3.61) ^{NN}	M : 12 [6-18] ^{NN} m : 12.17 (3.43) ^{NN}	M : 12 [4-20] ^{NN} m : 11.58 (3.86) ^{NN}	M : 0 [-8-9] ^N m : 0.46 (2.86) ^N	M:0 [-8-14] ^{NN} m : -0.59 (3.39) ^{NN}	0.164	0.056
Entre les groupes	<0.001	<0.001	<0.001	0.806	0.890		
J-N	<0.001	<0.001	<0.001	0.666	0.934		
N-U	0.843	0.397	0.267	0.552	0.631		
J-U	0.015	0.019	0.087	0.729	0.667		
Faisabilité de la mesure d'intervention							
TOTAL	M : 12 [4-20] ^{NN} m : 11.37 (3.94) ^{NN}	M : 12 [4-20] ^{NN} m : 11.61 (3.48) ^{NN}	M : 12 [4-20] ^{NN} m : 10.99 (3.66) ^{NN}	M : 0 [-8-7] ^{NN} m : 0.24 (2.87) ^{NN}	M : 0 [-9-10] ^{NN} m : -0.62 (2.85) ^{NN}	0.381	0.052
Entre les groupes	<0.001	<0.001	<0.001	0.100	0.986		
J-N	<0.001	<0.001	<0.001	0.033	0.882		
N-U	0.274	0.737	0.766	0.443	0.966		
J-U	0.029	0.014	0.010	0.667	0.901		
<i>m : moyenne, M : médiane, J : Jessa, N : Noorderhart, U : UZLeuven, SEHC : Enquête sur la satisfaction des employés dans les soins de santé, AIM : Mesure de l'acceptabilité de l'intervention, FIM : Mesure de la faisabilité de l'intervention, IAM : Mesure de l'adéquation de l'intervention, SEPCQ-27 : Questionnaire d'auto-efficacité en matière de centrage sur le patient, N : distribution normale, NN : distribution non normale.</i>							

Résultats des entretiens avec les professionnels de la santé et les patients

Participants hôpitaux de soins aigus

Ces participants sont tous des adopteurs précoces, ceux qui ont été chargés d'appliquer le programme. Les autres professionnels de la santé (ceux qui ont été moins impliqués dans le programme) n'étaient pas présents lors des sessions d'entretien.

Tableau 14 Participation des professionnels de santé et des patients à l'entretien dans le cadre des soins aigus

	Session 1	Session 2	Session 3
CUSL (Professionnels de la santé)	kinésithérapeute (N=2) ergothérapeute (N=2)	kinésithérapeute (N=2) ergothérapeute (N=1)	kinésithérapeute (N=1) ergothérapeute (N=1)
CUSL (patients)	2 patients et 1 membre de la famille		2 patients
UZLeuven (Professionnels de la santé)	kinésithérapeute (N=3) ergothérapeute (N=3)	kinésithérapeute (N=1) ergothérapeute (N=3)	ergothérapeute (N=3)
UZLeuven (Patients)	2 patients		1 patient

Centres de réadaptation des participants

Les participants des centres de réadaptation sont à la fois les premiers à avoir adopté le programme et d'autres professionnels de la santé recrutés dans le cadre du programme.

Tableau 15 Participation des professionnels de la santé à la session d'entretien dans la phase de réadaptation

	Session 1	Session 2	Session 3
JESSA (Professionnels de la santé)	Soins infirmiers (N=2), logo (N=1), psychologue (N=1), ergo (N=1), kine (N=1), ambulanciers en chef (N=1), médecin de réadaptation, fonction de recherche (N=1)	logo (N=1), psychologue (N=1), ergo (N=1), kine (N=1), médecin de réadaptation, fonction de recherche (N=1)	Logo (N=1), psychologue (N=1), ergo (N=1), kine (N=1), fonction de recherche (N=1)

JESSA (patients)	2 patients	2 patients	3 patients
NOORDERHART	Soins infirmiers (N=3), logo (N=1), psychologue (N=1), ergo (N=1), kine (N=1)	Soins infirmiers (N=2), logo (N=1), psychologue (N=1), ergo (N=1), kine (N=1)	Soins infirmiers (N=2), logo (N=1), psychologue (N=1), ergo (N=1), kine (N=1)
NOORDERHART (Patients)	1 patient, 1 membre de la famille		1 patient

Principales conclusions

CHANGEMENTS APPORTÉS AU PROGRAMME ET/OU AUX STRATÉGIES DE FIXATION DES OBJECTIFS

Les changements mis en œuvre par les prestataires de soins de santé dans leurs centres varient. L'UZLeuven et l'hôpital Jessa ont choisi d'introduire des objectifs plus tôt dans le processus de réadaptation. L'UZLeuven a commencé à appliquer le chemin clinique de la phase de réadaptation dès la phase aiguë. L'hôpital Jessa a commencé à préparer la liste des activités et des objectifs lors du premier contact avec le patient. En outre, l'hôpital Jessa a organisé des séances d'information en face à face sur les objectifs et le chemin clinique du projet, et a coordonné la distribution de questionnaires aux professionnels de la santé dès le début du projet. Ces groupes n'ont pas modifié davantage leurs chemins cliniques, leurs systèmes de soins de santé ou les stratégies mises en œuvre. Noorderhart a ajusté la structure et la fonction de ses réunions multidisciplinaires, modifié ses pratiques infirmières, facilité les enquêtes individuelles ou collectives des professionnels de la santé, commencé à améliorer le dossier médical électronique (bien qu'il ait rencontré des problèmes logistiques) et progressé dans l'amélioration des soins transmuraux. Les CUSL ont révisé le document de sortie/transfert pour mieux répondre aux besoins de leur institution.

COMMUNICATION INTERDISCIPLINAIRE

Au cours des entretiens, il a été mentionné que dans la majorité des cas, seuls les premiers à avoir adopté le programme au sein de l'équipe interdisciplinaire, composée principalement d'ergothérapeutes ou de kinésithérapeutes, l'ont mis en œuvre. De nombreux professionnels de la santé ont exprimé un sentiment d'exclusion du projet, bien qu'ils aient participé à la formation et aux enquêtes. À Noorderhart, des tentatives ont été faites pour impliquer davantage de disciplines, bien que l'orthophonie et la psychologie aient trouvé difficile de fixer des objectifs. Les infirmières ont rencontré des difficultés avec la formation en ligne et ont suggéré une formation spécifique à leur discipline en raison de leurs équipes tournantes et de leurs tâches de soins. Elles ont parfois pris l'initiative d'activités telles que l'aide à l'hygiène personnelle. La communication interdisciplinaire a eu lieu principalement lors des réunions pluridisciplinaires, qui ont révélé des possibilités d'amélioration. La fixation d'objectifs, la répartition des tâches et le retour d'information n'ont pas été systématiquement abordés. Deux établissements ont adapté leurs structures, l'un d'entre eux se concentrant sur la fixation d'objectifs, l'adaptation de la prise de notes et la représentation des professionnels en contact avec les patients lors des réunions. Un autre problème cité par plusieurs établissements de santé est la forte rotation des soignants et les absences pour cause de maladie, qui rendent la communication interprofessionnelle difficile. Lors des entretiens, les professionnels de la santé ont insisté sur le fait que les médecins devaient diriger et superviser le projet. Les patients ont mentionné à plusieurs reprises qu'ils apprécient beaucoup que tous les membres de l'équipe soient informés des événements ou des situations. Cela leur donne le sentiment que la communication entre les membres de l'équipe est excellente et ils apprécient de ne pas avoir à expliquer individuellement et à plusieurs reprises leur histoire à tout le monde.

La communication transmurale a été identifiée comme un obstacle à la définition des objectifs. Il a été difficile d'impliquer des personnes du secteur des soins primaires en raison de leur participation limitée et de contraintes pratiques. Afin d'améliorer les soins transmuraux au cours du projet, un document résumant les résultats des tests et décrivant les objectifs généraux et les plans d'action a été créé. Des efforts ont été faits pour établir une communication directe avec les professionnels des soins primaires. Bien que les professionnels de la santé aient indiqué qu'ils

remplissaient les documents, la communication directe avec les soins primaires n'était pas une pratique courante et la responsabilité était souvent laissée au patient. Bien que le document ait été placé dans le dossier médical du patient, le suivi ou le retour d'information de la part des soins primaires n'était pas courant. Noorderhart a reconnu le problème et a pris des mesures pour améliorer les soins transmuraux. Ils ont élaboré des plans pour améliorer leurs soins transmuraux, ont demandé l'avis d'un expert en mise en œuvre et ont obtenu un financement supplémentaire pour un projet visant à améliorer l'ensemble de leurs soins transmuraux.

Les entretiens avec les patients ont révélé un manque important de connaissances sur ce à quoi ils peuvent s'attendre ou sur les étapes nécessaires au moment de la transition vers la phase suivante de la réadaptation ou du retour à domicile. Au cours des entretiens, les patients ont fréquemment interrogé les enquêteurs sur leurs attentes en matière de soins à domicile.

PRÉDICTION

Au cours de la phase préparatoire du projet, l'importance de fixer des attentes réalistes a été soulignée. Cependant, les prestataires de soins de santé n'étaient pas toujours convaincus de la nécessité de procéder à des évaluations pour faire des prévisions. Les établissements de soins de santé n'ont pas tous la même approche de la discussion d'attentes et d'objectifs réalistes avec les patients. Alors que la plupart d'entre eux se sont engagés dans ces conversations, en utilisant des plans d'action ou des connaissances scientifiques, un établissement a fait part de sa réticence, craignant de confronter les patients et d'atténuer leurs espoirs. Les patients ont souligné l'importance de l'honnêteté plutôt que d'être induits en erreur.

FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Au cours du projet, il a été décidé de proposer toute la formation en une seule fois, y compris des modules en ligne couvrant divers sujets tels que l'aperçu du projet, la transition des objectifs à long terme aux objectifs à court terme, la création de plans d'action, les techniques de fixation d'objectifs, la fixation d'objectifs centrés sur le patient, les définitions d'objectifs, les objectifs et le modèle de la CIF, ainsi que des informations supplémentaires. En outre, un atelier complet a été organisé au cours duquel les professionnels de la santé ont travaillé sur une étude de cas portant sur la collaboration interdisciplinaire. Les entretiens ont mis en évidence la nécessité d'adapter ces modules en ligne, jugés trop complexes et trop lourds pour la plupart des professionnels. Les préférences des participants en matière de formation en ligne ou hors ligne varient. Si certains préfèrent les modules en ligne pour des raisons de flexibilité, la majorité d'entre eux préfèrent une combinaison de formation en ligne et en face à face. En outre, il a été noté que les besoins éducatifs variaient selon les disciplines, les infirmières exprimant le besoin d'acquérir davantage de connaissances de base. Certains professionnels de la santé ont exprimé leur crainte de commettre des erreurs et, par conséquent, ont hésité à poser des questions à leurs collègues.

ÉDUCATION ET INFORMATION DU PATIENT

Les professionnels de la santé ont trouvé que l'éducation en ligne des patients fournie dans le cadre du projet était insuffisante et n'était pas adaptée aux personnes ayant des capacités de communication ou de cognition limitées. Le format de l'éducation a fait l'objet d'un débat, certains préconisant la diffusion en ligne tandis que d'autres préféraient une version papier. Cependant, les brochures disponibles étaient rarement connues ou proposées aux patients, selon les professionnels interrogés. Aucune stratégie éducative alternative n'a été développée au cours du projet.

Dans les CUSL, les patients ont déclaré avoir pu choisir parmi une variété de séances d'information adaptées à leurs besoins au cours de la phase de réadaptation. Ils ont reçu des explications en personne et des documents. Les patients des CUSL ont été capables de se souvenir brièvement des informations fournies, ce qui suggère une bonne rétention des connaissances. En revanche, dans les autres groupes de soins, la plupart des patients ne se souvenaient que très peu des informations fournies. Ils avaient une connaissance limitée de l'AVC, des attentes réalistes en matière de réadaptation ou des attentes concernant le milieu familial. En outre, les objectifs leur étaient souvent inconnus et seuls quelques patients ont pu établir un lien entre la thérapie/les soins dispensés et les objectifs fixés.

Tant les patients que les professionnels de la santé ont noté que les explications données par les médecins étaient mieux retenues que celles données par d'autres prestataires de soins. Les patients ont souligné l'importance des moments de suivi qui les impliquent, eux et leur famille, et qui permettent de mieux comprendre le fonctionnement du patient. Les discussions de groupe avec les thérapeutes impliqués et les patients/familles ont été vécues de manière variable, mais le plus souvent de manière positive. Toutefois, les patients ont souligné l'importance d'être inclus dans les discussions plutôt que d'en parler.

Les membres de la famille en phase de réadaptation se sont déclarés satisfaits des explications qu'ils ont reçues, en particulier par rapport à l'implication parfois limitée dans le cadre de la phase aiguë. Les membres de la famille ont souligné l'importance d'une communication continue, en particulier lorsque le patient admis présente des troubles de la communication ou des troubles cognitifs.

MISE EN ŒUVRE

Les entretiens ont révélé des motivations diverses pour la mise en œuvre du programme axé sur les objectifs dans les établissements de soins de santé. Dans le cluster CUSL, la résistance initiale provenait de la charge de travail perçue et des évaluations supplémentaires. Cependant, au fur et à mesure de l'avancement du projet, les professionnels ont trouvé que l'exécution des étapes était plus facile à gérer, ont réussi à mettre en œuvre tous les aspects et prévoient de continuer à utiliser le document de transfert après le projet. À Noorderhart, les professionnels ont identifié des domaines à améliorer, soulignant la nécessité d'investir du temps, d'optimiser les processus et d'organiser des sessions de formation personnalisées afin d'améliorer la compréhension du programme et la définition des objectifs.

De même, à l'UZLeuven, le programme a été principalement adopté par les premiers utilisateurs, bien que l'adoption par les autres professionnels ait été limitée. Parmi les difficultés rencontrées, citons les limites imposées par les patients, les contraintes de temps liées au projet et la nature non standard des évaluations. Pour y remédier, l'UZLeuven a accéléré la sélection des activités et la définition des objectifs, en donnant la priorité à ces étapes dans le cadre de la durée d'admission limitée. Malgré les limitations et les difficultés liées au suivi des patients, les professionnels sont restés engagés dans le programme.

L'hôpital Jessa a fait preuve d'une grande performance dans l'examen des dossiers des patients tout au long du projet, malgré une résistance initiale. Les professionnels ont exprimé le besoin de thérapeutes pour diriger la mise en œuvre du programme, soulignant les incertitudes dans les interactions avec les patients et la complexité de la définition des objectifs. Malgré ces difficultés, les professionnels sont restés engagés et se sont attachés à surmonter les obstacles. En outre, Noorderhart a reconnu les limites du processus de mise en œuvre, mais a pris de nombreuses initiatives pour améliorer ses processus de soins.

La mise en œuvre du programme axé sur les objectifs dans les établissements de soins de santé a révélé une série de résultats positifs et d'efforts visant à améliorer les soins aux patients. Malgré les difficultés initiales, telles que la charge de travail perçue et les limites imposées par les patients, les professionnels de la santé ont fait preuve de résilience et d'adaptabilité pour surmonter ces obstacles.

Dans le groupe CUSL, les professionnels ont réussi à surmonter les résistances en trouvant que l'exécution des étapes du programme était plus facile à gérer au fil du temps. Noorderhart a identifié des domaines d'amélioration et a poursuivi activement des initiatives visant à optimiser les processus et à améliorer la compréhension du programme grâce à des sessions de formation personnalisées.

À l'UZLeuven, en dépit d'une adoption limitée par les professionnels, les premiers utilisateurs ont effectivement donné la priorité à la sélection des activités et à la définition des objectifs pendant la durée du projet, démontrant ainsi leur engagement à l'égard des objectifs du programme. De même, l'hôpital Jessa a fait preuve d'une grande performance

dans l'examen des dossiers des patients et est resté engagé à relever les défis, tels que les incertitudes dans les interactions avec les patients et les complexités liées à la définition des objectifs.

Dans l'ensemble, les établissements de santé ont fait preuve d'un engagement collectif pour améliorer les soins aux patients grâce à la mise en œuvre du programme axé sur les objectifs, en faisant preuve de résilience, d'adaptabilité et d'une approche proactive pour relever les défis.

Résultats du retour d'information des professionnels de la santé - questions ouvertes

Afin d'obtenir un retour d'information de la part d'un groupe plus large, et pas seulement des personnes interrogées, une série de questions ouvertes a été envoyée aux candidats. Les commentaires sur ce que les professionnels de santé ont apprécié dans le programme de définition des objectifs et les stratégies de mise en œuvre employées, les domaines d'amélioration et les suggestions de modifications ont été codés et la fréquence des réponses est présentée dans le tableau 11-14. Au total, 55 professionnels de santé ont répondu à l'enquête intermédiaire et 58 à la fin du projet

Tableau 11 : Caractéristiques des participants

Paramètres	N (intermédiaire)	N (fin du projet)
Total des professionnels	55	58
Genre		
<i>Femme</i>	44	51
<i>Homme</i>	10	8
<i>Inconnu</i>	1	0
Discipline		
<i>Médecin (1)</i>	3	2
<i>Orthophoniste (2)</i>	3	4
<i>Psychologue (3)</i>	6	6
<i>Ergothérapeute (4)</i>	12	15
<i>Infirmière praticienne (5)</i>	10	10
<i>Service social(6)</i>	0	1
<i>Agent de promotion de la santé (7)</i>	0	0
<i>Kinésithérapeute (8)</i>	15	16
<i>Médecin en formation (9)</i>	0	0
<i>Décideur politique (10)</i>	1	0
<i>Responsable qualité (11)</i>	0	0
<i>Chercheur (12)</i>	0	0
<i>Autres (13)</i>	4	4
<i>Inconnu</i>	2	0
Instelling		
<i>Jessa (1)</i>	23	29
<i>UZLeuven (2)</i>	7	7
<i>CUSL (3)</i>	0	0
<i>Noorderhart (4)</i>	24	23
<i>Pratique privée (5)</i>	/	/
<i>Autres (6)</i>	/	/
<i>Inconnu</i>	2	0
Procédures de revalidation		
<i>Soins aigus (1)</i>	7	6
<i>Phase de réhabilitation (2)</i>	47	53
<i>Inconnu</i>	2	0
Jaren werkzaam		
<i><5 ans (1)</i>	21	22
<i>5-10 ans (2)</i>	8	8
<i>10-20 ans (3)</i>	16	18
<i>>20 ans(4)</i>	9	10
<i>Inconnu</i>	2	1

Point positif du programme

D'après les commentaires des professionnels de la santé aux stades intermédiaires et à la fin de l'étude, les points forts notables du chemin clinique et des stratégies de mise en œuvre sont l'implication accrue du patient/de la famille (15,38 % au stade intermédiaire, 17,81 % à la fin), l'établissement d'objectifs en collaboration (15,38 % au stade intermédiaire, 1,37 % à la fin) et la compréhension des problèmes/limites importants pour le patient/la famille (12,31 % au stade intermédiaire, 8,22 % à la fin). En outre, les thérapeutes ont noté une amélioration de la motivation et de l'attention portée au patient (7,69% à un stade intermédiaire, 6,85% à la fin), une meilleure information du patient (4,11% à un

stade intermédiaire, 6,85% à la fin) et une plus grande attention portée aux objectifs personnels (6,15% à un stade intermédiaire, 2,74% à la fin). Les fréquences détaillées figurent dans le tableau 14.

Tableau 14 Fréquence des éléments jugés positifs

	Intermédiaire (%)	Fin de l'étude (%)
Plus grande implication du patient/de la famille	15,38%	17,81%
Fixer des objectifs avec les patients	15,38%	1,37%
Comprendre les questions importantes pour le patient/la famille	12,31%	8,22%
Stimule la réflexion/perspective	9,23%	2,74%
Plus d'attention portée aux objectifs	7,69%	5,48%
Davantage axé sur la personne/motivation	7,69%	6,85%
Plus d'objectifs personnels	6,15%	2,74%
Bonne structure, contenu correct	4,62%	4,11%
Plus d'attention aux objectifs	4,62%	1,37%
Outil d'évaluation de la prise de conscience de la limitation causée par l'accident vasculaire cérébral	4,62%	1,37%
Une prise de conscience plus rapide de la limitation du point de vue du patient.	3,08%	
Outil de travail en équipe	3,08%	1,37
Plus d'uniformité/plus de structure	1,54%	6,85%
Évaluations structurées	1,54%	2,74%
Plus d'exercices fonctionnels	1,54%	1,37%
Possibilité d'une meilleure collaboration entre les différentes disciplines		5,48%
Plus d'informations pour le patient		4,11%
Progression plus rapide des patients / respect des délais		1,37%
Programme adapté aux capacités du patient		1,37%
Rendre les objectifs réalisables		1,37%
Considérer activement les objectifs		1,37%
Adapter la réadaptation au patient		1,37%
Une réadaptation plus individualisée		1,37%
L'ensemble des activités importantes demandées aux patients constitue une bonne base.		1,37%

Adaptation nécessaire

D'après les commentaires des thérapeutes sur deux périodes, les principaux points à améliorer sont la flexibilité du programme (10,77% & 2,74%), la rationalisation de son contenu (7,69%) et l'allocation de plus de temps pour la définition des objectifs (7,69% & 1,37). En outre, les thérapeutes ont suggéré d'améliorer l'éducation des patients (7,69%) et de réduire les tâches administratives (3,08% & 10,96%), de raccourcir le questionnaire pour les activités que

les patients jugent importantes (7,69%) et d'améliorer la communication au sein de l'équipe (4,11%). Les fréquences détaillées de ces suggestions figurent dans le tableau 12.

Tableau 12 : Fréquence des éléments nécessitant des ajustements

	Intermédiaire (%)	Fin de l'étude (%)
Plus de flexibilité dans le programme	10,77%	2,74%
Rendre le texte plus concis	7,69%	
Allouer plus de temps	7,69%	1,37%
Faciliter l'éducation des patients / mettre en place un système d'information en direct	7,69%	
Raccourcir et rendre plus conviviale la série d'activités	7,69%	4,11
Rendre la formation professionnelle plus intéressante/plus claire	3,08%	
Fournir une mise en œuvre plus pratique	3,08%	
Réduire les tâches administratives	3,08%	
Planifier les réunions	3,08%	
Planifier les réunions des thérapeutes	3,08%	
Rendre facultative la structuration de l'installation	3,08%	
Retirer la batterie de tests standard en milieu aigu	1,54%	
Adapter l'arbre de décision à MoCA	1,54%	
Moins d'étapes à franchir	1,54%	
Ne pas travailler avec la structure	1,54%	
Besoin de plus de temps et de personnel, moins d'administration		10,96%
Améliorer la communication au sein de l'équipe		4,11%
Renforcer la formation des professionnels de la santé en matière de fixation d'objectifs		2,74%
Mieux prendre en compte les limites du patient		2,74%
Les sessions d'éducation doivent être adaptées		2,74%
Confiance dans les capacités des thérapeutes		2,74%
Mettre à disposition des sous-objectifs prédéfinis		1,37%
Identification claire des patients pouvant bénéficier du programme		1,37%

Désigner une personne pour se concentrer sur les objectifs afin d'éviter la perte d'heures de thérapie.		1,37%
La fixation d'objectifs n'est pas réaliste		1,37%
Ne demander des objectifs qu'à l'admission, aucune autre évaluation n'est souhaitée.		1,37%

Moins bon

D'après les commentaires des thérapeutes aux stades intermédiaires et à la fin de l'étude, les principaux domaines d'amélioration du programme de définition des objectifs et des stratégies de mise en œuvre comprennent la création de plus de temps (27,69 % au stade intermédiaire, 5,48 % à la fin de l'étude). Les professionnels de la santé ont indiqué à plusieurs reprises que les limites de la communication du patient (24,62 % à un stade intermédiaire, 10,96 % à un stade final) ou la conscience réaliste du patient de ses limites (18,46 % à un stade intermédiaire, 6,85 % à un stade final) peuvent rendre impossible la fixation d'objectifs. Les fréquences détaillées se trouvent dans le tableau 13.

Tableau 13 : Fréquence des éléments considérés comme moins bons

	Intermédiaire (%)	Fin de l'étude (%)
Créer plus de temps	27,69%	5,48%
État du patient (phatique/communication)	24,62%	10,96%
État du patient (conscience de la maladie/objectifs irréalistes)	18,46%	6,85%
Collaboration interdisciplinaire	10,77%	1,37%
Programme trop complexe	7,69%	
Difficile à mettre en œuvre dans certains délais	7,69%	
Le patient est incapable de se fixer des objectifs	6,15%	
Le programme n'est pas clair	6,15%	
Il n'est pas nécessaire de fixer des objectifs	4,62%	
Fixer des objectifs trop tôt au cours de l'hospitalisation	4,62%	
Programme non applicable	4,62%	
Durée de l'admission	3,08%	
Confrontation pour le patient	3,08%	
Nombre de questionnaires	1,54%	5,48%
Le patient n'est pas tenu de fixer des objectifs	1,54%	
Exige trop de temps/trop d'administration		12,33%
Un traitement aigu trop précoce		5,48%
Programme trop vaste		4,11%
Trop difficile pour le patient : trop de responsabilité pour le patient		4,11%
Les professionnels de la santé ont besoin de davantage de conseils en matière d'éducation. Le site web n'est pas accessible de la même manière		2,74%
L'éducation n'est pas utile/prend trop de temps		2,74%
Trop de faux espoirs pour les patients		2,74%

Le patient a besoin de beaucoup de conseils		1,37%
Difficultés pratiques		1,37%
L'arbre de décision avec MOCA semble incorrect, le patient est encore trop affaibli sur le plan cognitif.		1,37%
Difficile de réorienter le patient		1,37%
Difficile pour le thérapeute		1,37%
Programme trop rigide : plus de flexibilité		1,37%
La définition des objectifs ne doit pas être l'apanage du patient.		1,37%
Différence d'objectifs entre les patients et les professionnels de la santé		1,37%
Les thérapeutes ont besoin de temps pour préparer les objectifs et le plan d'action		1,37%

Enseignements tirés et points d'attention futurs

Formation et éducation

L'état actuel de l'éducation se traduit par des programmes de formation génériques qui sont perçus comme inadéquats. Les professionnels de la santé ont du mal à se préparer à la complexité du processus de définition des objectifs et se sentent dépassés par l'abondance d'informations qu'ils doivent assimiler. Les entretiens ont révélé qu'une approche personnalisée de la formation est essentielle pour les professionnels de la santé. Fournir une formation générale et complète par le biais de modules en ligne s'avère insuffisant. Il faut au contraire une délimitation claire par discipline et un plan de formation bien défini, permettant aux utilisateurs d'accéder à des informations supplémentaires en cas de besoin.

À la lumière de ces résultats, plusieurs suggestions peuvent être formulées pour l'enseignement futur des soins de santé. Tout d'abord, la recherche suggère que des programmes tels que le "protocole de formation à l'intelligence spirituelle" et le "programme de développement de l'identité professionnelle" se sont avérés efficaces pour améliorer la satisfaction au travail²².

Pour apprendre efficacement et se tenir au courant, les professionnels de la santé peuvent suivre les conseils suivants :

- Le temps et les ressources étant limités, des stratégies d'apprentissage efficaces sont nécessaires, en particulier lorsque les possibilités d'apprentissage formel sont peu nombreuses²³.
- Les motivations intrinsèques telles que la curiosité sont plus efficaces que les récompenses externes. Ils favorisent l'autonomie, la curiosité et les valeurs éducatives, ce qui conduit à un développement professionnel continu^{24,25, 26}.
- Les professionnels de la santé doivent prendre la responsabilité d'identifier leurs besoins spécifiques en matière d'apprentissage, en recherchant le soutien de leurs superviseurs, de leurs mentors, de leurs pairs et de leurs patients^{27,28, 29}.
- Le développement d'un état d'esprit d'apprentissage actif, caractérisé par la curiosité, le questionnement, la recherche d'un retour d'information et un mode de vie sain, favorise la croissance professionnelle^{30,31}.
- Utiliser divers outils d'apprentissage formels et informels tels que la prise de notes active, la répétition espacée, la lecture active et les cartes heuristiques (**Hartley et Davies, 2006 ; Ausubel et Youssef, 2010 ; Robinson, 1970 ; Buzan, 2018**). L'apprentissage non formel et informel, y compris la réflexion personnelle, la médecine fondée sur les preuves (EBM), les évaluations sur le lieu de travail (WBA) et les événements d'apprentissage supervisés (SLE), sont également essentiels^{32,33, 34}.
- Trouver une stratégie d'apprentissage personnelle adaptée aux préférences de chacun est crucial pour un apprentissage et une croissance professionnelle efficaces³⁵.

Soutien continu

La mise en place de mécanismes de soutien permanent, tels que des rencontres régulières, des programmes de mentorat ou des forums en ligne, est essentielle pour relever les défis, fournir des conseils et favoriser un sentiment d'appartenance à une communauté parmi les professionnels de la santé. Ce soutien peut être facilité par des praticiens de l'aide à la mise en œuvre. Le soutien peut être facilité par des praticiens du soutien à la mise en œuvre, qui opèrent à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des organisations, sous contrat avec des agences ou des organisations pour fournir de l'aide³⁶. Ces professionnels, connus sous divers titres tels que coachs ou conseillers, aident à la mise en œuvre de programmes fondés sur des données probantes. Ils possèdent des compétences de base en matière d'engagement et de maintien du changement. Travaillant au sein ou en dehors des organisations, ils améliorent les résultats grâce à leurs compétences relationnelles, leur adaptabilité et leur approche collaborative, considérant leur rôle comme un art. Il existe un besoin évident d'experts locaux en mise en œuvre ayant reçu une formation approfondie et habilités à assurer le suivi et le retour d'information nécessaires au niveau institutionnel.

Cela devrait comprendre non seulement le soutien continu d'un spécialiste de la mise en œuvre, mais aussi l'engagement total de la direction et des chefs de service dans la mise en œuvre du programme, en apportant le soutien nécessaire aux professionnels de la santé, le cas échéant. Une étude réalisée par Eckhaus (2022)³⁷ a examiné l'influence de l'ancienneté des cadres de santé sur la mise en œuvre de méthodes innovantes. Elle a révélé que les cadres supérieurs sont généralement moins enclins à innover et à mettre en œuvre des changements, adoptant souvent une approche peu encline à prendre des risques. À l'inverse, les jeunes cadres ont tendance à être plus ouverts à l'investissement dans l'innovation, bien que cette tendance diminue avec l'âge et le nombre d'années de service. En outre, la durée du mandat des dirigeants est en corrélation négative avec l'innovation, car les dirigeants plus âgés peuvent considérer que la mise en œuvre de nouvelles méthodes est coûteuse et prend du temps. Les professionnels qui occupent le même poste depuis longtemps peuvent faire preuve de rigidité, car la familiarité avec les processus existants peut les dissuader d'adopter le changement. Une étude réalisée à partir de 57 entretiens approfondis a montré que les jeunes cadres sont plus enclins à adopter l'innovation.

Flexibilité dans la mise en œuvre et approche progressive

Il est important de reconnaître la diversité des établissements de santé et d'adapter les stratégies de mise en œuvre en conséquence, afin de permettre une certaine flexibilité dans l'application du programme pour tenir compte des différents flux de travail et des différentes populations de patients. En outre, le retour d'information du projet souligne l'importance d'adopter une approche progressive plutôt que de submerger les établissements de santé avec la mise en œuvre de toutes les stratégies et de tous les éléments du programme en même temps. En ce qui concerne les caractéristiques des lignes directrices, il a été constaté que la complexité a une influence négative sur la mise en œuvre. Plus les lignes directrices sont faciles à comprendre et à appliquer, plus elles sont mises en œuvre rapidement. Dans une moindre mesure, il a été constaté que les lignes directrices fondées sur des données probantes sont mises en œuvre plus rapidement que les lignes directrices ne reposant pas sur des données scientifiques claires. preuves scientifiques claires³⁸.

Approche centrée sur le patient

Il est primordial de donner la priorité à la participation et à l'autonomisation des patients tout au long du processus de soins, en intégrant leurs préférences, leurs objectifs et leurs commentaires dans la prise de décision et la planification du traitement. Les soins de santé centrés sur la personne sont censés améliorer la compréhension, la compétence, la confiance dans la prise de décision et la conscience de la santé, des maladies, des options de traitement, des symptômes et du bien-être.viors^{39, 40, 41, 42, 43}. Cependant, nous devons tenir compte du fait que l'évaluation de l'impact des soins centrés sur le patient dans le domaine de la réadaptation révèle des résultats mitigés. Si les patients se déclarent plus satisfaits de la qualité des soins, la nature chronophage des soins personnalisés peut avoir un impact négatif sur les résultats thérapeutiques à court et à long terme. à court et à long terme⁴⁴. Tout comme les commentaires de certains professionnels de la santé, la thérapie centrée sur le client souligne les défis que représente l'équilibre entre l'évaluation diagnostique et le traitement dans le cadre d'un temps de thérapie limité. Malgré la perception par les patients d'une amélioration de la qualité de la thérapie, la fatigue cognitive et physique, ainsi que d'autres mesures de la qualité de vie, montrent des résultats équivoques.résultats équivoques⁴⁵.

Prise de décision fondée sur des données et résistance au changement

Il est essentiel de souligner l'importance de la collecte et de l'analyse des données relatives à la mise en œuvre du programme et aux résultats pour les patients, afin d'identifier les domaines à améliorer et d'orienter les futures itérations du programme. Il est essentiel de promouvoir activement les avantages du programme auprès des professionnels de la santé et des patients, en soulignant sa capacité à améliorer les résultats, à accroître la satisfaction des patients et à rationaliser la prestation des soins.

La résistance au changement est un problème courant dans les établissements de soins de santé⁴⁶. Les facteurs qui contribuent à cette résistance sont notamment l'intérêt personnel, les malentendus, le manque de confiance, les évaluations divergentes et la faible tolérance au changement. Le bouleversement d'une situation connue peut créer un sentiment d'incertitude parmi les professionnels de la santé, entraînant diverses réactions et réponses. Individuellement, il a été observé que les ergothérapeutes, agissant en tant qu'agents de changement, reliaient les pratiques de changement aux principes fondamentaux de leur profession et aux subtilités de leur travail clinique. Cela suggère qu'il y a moins de résistance lorsque le changement proposé s'aligne étroitement sur les pratiques existantes. À l'inverse, des disciplines comme la kinésithérapie et l'orthophonie se sont principalement concentrées sur la mise en œuvre de changements liés à des pratiques et à des interventions fondées sur des données probantes. L'acceptation du changement par les professionnels de la santé peut être influencée par une combinaison de facteurs structurels et psychologiques, découlant à la fois de la dynamique individuelle et de la dynamique de groupe. Ces facteurs englobent des éléments psychologiques tels que les attitudes et les intentions, ainsi que des facteurs structurels, émotionnels et cognitifs, notamment les pensées et les croyances. Bien que les équipes soient composées d'individus, les interactions au sein d'une équipe influencent considérablement la réaction de chaque membre au changement. Dans l'ensemble, ces observations mettent en évidence l'interaction complexe des facteurs qui façonnent les réactions individuelles au changement dans les environnements de soins de santé.

Collaboration interdisciplinaire

Il est essentiel d'encourager la collaboration et la communication entre les différentes disciplines de soins de santé afin de garantir une approche holistique des soins aux patients et d'optimiser l'efficacité des interventions. Ce sentiment est partagé par les patients et les professionnels de la santé, soulignant le rôle central des médecins dans la mise en œuvre des soins de santé. L'implication des médecins est primordiale dans divers domaines, notamment l'amélioration des performances organisationnelles, la garantie de la qualité et de la sécurité, la promotion du travail d'équipe, l'amélioration de la satisfaction professionnelle et la facilitation de la prise de décision et de la responsabilisation. Des études ont montré que l'implication des médecins a un impact positif sur les résultats organisationnels, l'expérience des patients, l'efficacité et la satisfaction du personnel⁴⁷.

En ce qui concerne les caractéristiques des professionnels de la santé, il a été observé que le manque de connaissance de certaines lignes directrices peut constituer un obstacle à une pratique efficace. En outre, les professionnels plus jeunes ou moins expérimentés sont plus enclins à adhérer aux lignes directrices que leurs homologues plus âgés et plus expérimentés.⁴⁸

Inversement, les liens et le soutien jouent un rôle essentiel dans la facilitation d'une expérience de transition positive pour les professionnels de la santé. Le soutien des collègues et des superviseurs est crucial durant cette phase. Les facteurs organisationnels, tels que le soutien aux infirmières nouvellement diplômées, peuvent avoir des effets variables selon la manière dont ils sont fournis. Il a été démontré qu'un soutien adéquat par le biais d'un préceptorat et d'une participation à des programmes de transition avait un impact positif sur les infirmières nouvellement diplômées⁴⁹.

Lors de l'élaboration des stratégies, il est essentiel de ne pas se limiter à un groupe limité d'experts, mais d'impliquer un éventail plus large de professionnels de la santé au sein des institutions afin de favoriser l'appropriation et l'engagement.

L'heure

Il convient de consacrer suffisamment de temps à la mise en œuvre progressive et aux séances de formation en face à face, sachant que la formation en ligne seule peut être insuffisante pour les patients et les professionnels de la santé. Les contraintes de temps soulignent également l'importance de l'automatisation lorsque cela est possible afin de rationaliser les processus. En outre, les résultats du projet ont mis en évidence la nécessité d'une approche soutenue et à long terme de la mise en œuvre. Le temps alloué à l'élaboration et au déploiement des plans et stratégies de mise en œuvre était limité. À l'avenir, il conviendrait d'accorder plus de temps pour faciliter les changements durables et permettre une analyse complète du système, ce qui permettrait d'ajuster les stratégies si nécessaire. Il est essentiel de mettre en place

des mécanismes d'amélioration continue de la qualité, en intégrant le retour d'information des parties prenantes et en contrôlant les principaux indicateurs de performance afin d'affiner la mise en œuvre du programme au fil du temps.

Les patients

L'éducation des patients reste un aspect crucial qui nécessite plus d'attention, en mettant l'accent sur la détermination des méthodes, du calendrier et des lieux de diffusion de l'information les plus efficaces pour garantir un impact durable.

Les prestataires de soins de santé peuvent améliorer l'éducation des patients⁵⁰ en :

- Déléguer des responsabilités au personnel de soutien et donner la priorité à l'éducation.
Le projet stipule qu'une personne responsable doit être désignée pour lancer l'éducation. L'appropriation et la motivation sont nécessaires pour assurer le suivi ou le démarrage de l'éducation.
- Commencer l'éducation dès l'admission, évaluer les connaissances et corriger les informations erronées.
L'éducation commence dès le début du programme de définition des objectifs, mais on entend souvent dire que c'est trop tôt ou trop difficile pour le patient. Commencer l'éducation sur l'AVC et la définition des objectifs le plus tôt possible, mais répéter l'éducation lors de l'admission.
- Utiliser un langage simple et des supports visuels.
Les aides visuelles doivent être utilisées au maximum. Des diapositives et des images ont été utilisées dans ce projet, mais des illustrations claires pourraient être utilisées davantage, par exemple.
- Confirmation de la compréhension par une démonstration en retour.
Les démonstrations de retour sont encouragées ; prévoyez des moments standard pendant l'enregistrement pour ce faire. De même, pendant le programme de définition des objectifs, il n'était pas toujours évident de savoir si le patient avait compris les informations.
- Encourager les patients à expliquer leur état de santé et les instructions relatives aux médicaments.
Demandez au patient d'expliquer les informations de manière simple et vérifiez/améliorez les informations reçues.

En outre, ces stratégies peuvent favoriser la réussite scolaire :

- Utilisation de la technologie éducative.
- Adapter les méthodes d'enseignement au style d'apprentissage du patient.
- Susciter l'intérêt des patients et répondre à leurs préoccupations.
- Tenir compte des limites et des points forts du patient.
- Impliquer les membres de la famille dans la gestion des soins de santé.

Une observation notable du projet est le biais inhérent à la sélection des patients, les patients ne présentant pas de troubles cognitifs ou de communication et ayant une bonne compréhension de la maladie étant automatiquement choisis. Les entretiens ont révélé le scepticisme des professionnels quant à la faisabilité d'impliquer dans le projet des patients présentant des limitations plus sévères. Par conséquent, le projet a négligé d'explorer la pertinence du programme pour ce groupe de patients ou les stratégies pour répondre à leurs besoins. À l'avenir, il est impératif d'inclure des patients présentant divers degrés de limitations et de renforcer la confiance des professionnels de la santé dans la gestion de ces cas.

Parcelle 3 : Produits livrables

Lot de travail 1 : rapport contenant l'évaluation des résultats

Work package 2 : rapport sur les effets intermédiaires

Lot de travail 3 : rapport contenant l'évaluation du processus

Lot de travail 4 : Rapport final

Conclusion : Élaboration et mise en œuvre d'un programme de fixation d'objectifs

Développement réussi d'un programme de fixation d'objectifs

L'élaboration du programme de fixation d'objectifs a été menée à bien avec l'aide d'une équipe d'experts et d'une analyse documentaire. Les points suivants sont importants :

- **Implication des professionnels de la santé** : Les professionnels de la santé doivent s'impliquer davantage. Pour ce faire, il convient de les associer à l'élaboration ou à l'adaptation des stratégies.
- **Contraintes de temps et limites des patients** : Les contraintes de temps et les limites imposées aux patients ont souvent été citées comme des obstacles à la mise en œuvre du programme.
- **Acceptation et faisabilité** : L'acceptation, l'adéquation et la faisabilité du programme varient d'un établissement à l'autre.

Changements positifs

Des changements notables ont été observés :

- Objectifs dans les dossiers des patients : Les objectifs sont mieux intégrés dans les dossiers des patients.
- Plan d'action : Le plan d'action est élaboré plus fréquemment.
- Implication accrue des patients : Les patients ont été davantage impliqués dans leur propre processus de soins et ont assumé une plus grande responsabilité dans leur rétablissement.
- Stimulation de la réflexion : Les patients ont été encouragés à réfléchir à leurs propres objectifs et à ce qu'ils voulaient réaliser.
- Fixer des objectifs du point de vue du patient : Les objectifs ont été fixés du point de vue du patient, ce qui a permis de mieux répondre à ses besoins et à sa motivation.
- Une image plus rapide du patient : Les professionnels de la santé se font plus rapidement une meilleure idée du patient, de ses objectifs et de sa motivation.

Avantages supplémentaires mentionnés par les professionnels de la santé :

- Une plus grande attention portée aux besoins individuels du patient : Le processus de définition des objectifs a permis de se concentrer sur les besoins individuels de chaque patient, plutôt que d'adopter une approche unique.
- Motivation accrue des patients : Le processus de fixation d'objectifs et de suivi des progrès a contribué à accroître la motivation des patients.
- Amélioration du travail d'équipe : Le processus de définition des objectifs a encouragé le travail d'équipe entre les patients, les professionnels de la santé et les familles.

Domaines d'amélioration

- Mise en œuvre : La mise en œuvre du programme avec toutes ses stratégies a été écrasante. Une approche plus longue et plus progressive est nécessaire pour assurer la réussite de la mise en œuvre.
- L'éducation : L'enseignement doit être adapté à chaque discipline et présenté de la manière la plus simple possible.
- L'éducation des patients : L'éducation des patients est un domaine important pour l'avenir. Il convient d'étudier les moyens d'informer les patients, en prêtant attention au moment et à la répétition des informations.

Autres considérations

- Le programme doit être adapté aux besoins spécifiques de chaque institution et de chaque établissement de soins.
- Le programme doit être régulièrement évalué et mis à jour pour garantir son efficacité.
- Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier les moyens les plus efficaces d'éduquer et d'impliquer les patients et les professionnels de la santé dans le processus de définition des objectifs.

Nomination d'un expert

Chaque établissement de soins de santé devrait désigner un expert (interne ou externe) ayant les connaissances nécessaires pour suivre de près le projet de mise en œuvre. Cet expert peut apporter son soutien en

- Répondre aux questions
- Résoudre les problèmes
- Accompagner les professionnels de la santé
- Évaluer les progrès

Rôle crucial des médecins et de la direction

Les médecins et la direction ont un rôle crucial à jouer dans l'orientation positive du processus de mise en œuvre. Pour ce faire, ils peuvent

- Communiquer clairement sur l'importance du programme
- Créer une culture où la fixation d'objectifs est valorisée
- Allouer du temps et des ressources pour la mise en œuvre
- Reconnaître et récompenser les succès

Dans l'ensemble, le développement du programme de fixation d'objectifs est une étape prometteuse vers l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients victimes d'un AVC. En poursuivant les efforts et en affinant le programme, celui-ci pourrait avoir un impact significatif sur la vie des patients victimes d'un AVC et de leurs familles.

Diffusion des connaissances aux acteurs du paysage belge de la réadaptation par le biais d'une conférence ou d'une journée d'étude

Une journée d'étude a été organisée le 31 janvier 2024, principalement à l'intention des partenaires de première ligne. La journée comprenait des ateliers afin que le retour d'information des partenaires de première ligne puisse également être interrogé et pris en compte. Le succès a toutefois été limité. Par ailleurs, des entretiens ont été menés avec des personnes travaillant dans le domaine de la thérapie ambulatoire. Ceux-ci ont indiqué qu'ils voyaient la valeur ajoutée de la définition d'objectifs et du programme. Le 20 mars, la faculté a organisé un LOK au cours duquel 26 kinésithérapeutes se sont engagés à fixer des objectifs. Ce LOK a été un succès et sera répété l'année prochaine.

'Implementatie van de praktijkrichtlijn Revalidatie van een patiënt na een CVA: goalsetting in interdisciplinaire context' met workshops omtrent implementatie voor zorgverleners, leidinggevenden en beleidsmakers in de zorg.

Deze inspiratiedag start met presentaties van masterstudenten ergotherapeutische wetenschappen omtrent participatiegerichte assessment en interventies aangevuld met een posterbeurs.

Registreer je voor de studiedag.

Datum:

- 31.01.2024
- 10.00u - 17.20u

Locatie:

- Faculteit Revalidatiewetenschappen
Wetenschapspark 7
UHasselt - Campus Diepenbeek
3590 Diepenbeek
België

Programma:

- [Het volledige programma kan je terugvinden op de website.](#)

Studiedag - Doelgerichte zorg in de revalidatie bij personen na een beroerte.

Het belang van vroegtijdige revalidatie voor personen met een beroerte is aangetoond en vertaald in evidence-based richtlijnen. Echter, een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van deze richtlijnen is dat deze richtlijnen op consistente wijze door zorgverstrekkers worden toegepast. Dit is echter niet eenvoudig. Dit project heeft de prioritaire aanbeveling 'opstellen van revalidatiedoelen en revalidatieplan in een interdisciplinaire setting' vorm gegeven van concretisatie van de richtlijn tot formuleren van implementatiestrategieën en deze uitgerold in verschillende klinische settings.

De resultaten van dit project worden toegelicht. De verschillende stappen voor het opstellen van doelen en uitrollen van het behandelplan worden toegelicht. De programmatheorie met verschillende implementatiestrategieën worden besproken. Daarna worden de resultaten van het implementatieproces besproken. Vanuit het werkveld worden ervaringen en tips gegeven die helpen omtrent implementeren van richtlijnen in de praktijk.



Diffusion des connaissances

Nous pensons que l'ouverture et l'adaptation de l'outil peuvent avoir un impact significatif sur la vie des patients victimes d'un AVC. Nous nous engageons à travailler avec nos partenaires pour faire de cette vision une réalité.

RENDRE L'OUTIL ACCESSIBLE ET ADAPTABLE

Nous pensons que l'ouverture de l'outil et son adaptation à différents types de professionnels pourraient considérablement accroître son impact. Ce faisant, nous pouvons permettre à un plus grand nombre de personnes d'utiliser l'outil et de faire une différence positive dans la vie des patients victimes d'un AVC.

Voici quelques pistes d'ouverture et d'adaptation de l'outil :

Proposer l'outil en tant que solution d'apprentissage mixte. Il s'agirait de combiner des modules en ligne avec une formation et une assistance en personne. Cela rendrait l'outil plus accessible aux professionnels qui ont des styles d'apprentissage et des préférences différents.

Adapter l'outil aux besoins spécifiques des différents groupes professionnels. Par exemple, nous pourrions créer une version de l'outil pour les infirmières, une autre pour les médecins, etc. Cela permettrait de s'assurer que l'outil est pertinent et facile à utiliser pour chaque groupe de professionnels.

Fournir un soutien et des conseils continus aux utilisateurs de l'outil. Cela pourrait se faire par le biais de forums en ligne, de webinaires ou d'un accompagnement individuel. Cela aiderait les utilisateurs à tirer le meilleur parti de l'outil et à surmonter les difficultés qu'ils pourraient rencontrer.

L'IMPORTANCE D'UNE BONNE ORIENTATION

Nous reconnaissons qu'il est essentiel, pour le succès de l'outil, de fournir de bonnes orientations à ses utilisateurs. Cependant, nous reconnaissons également qu'il s'agit d'une activité à forte intensité de ressources.

En l'absence de financement spécifique à cette fin, nous avons exploré d'autres moyens de fournir des conseils. Par exemple, nous avons développé une série de tutoriels et de FAQ en ligne. Nous avons également mis en place un forum où les utilisateurs peuvent poser des questions et échanger des conseils.

Bien que ces mesures aient été utiles, nous pensons que davantage pourrait être fait pour fournir des conseils aux utilisateurs de l'outil. Nous espérons qu'à l'avenir, nous serons en mesure d'obtenir un financement pour soutenir ce travail important.

Annexe

Annexe 1

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur (unique en Belgique), selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif à ce projet pour lequel nous avons reçu l'avis des comités d'éthique locaux susmentionnés et en avons tenu compte.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement et de leur distribution aux différents comités d'éthique locaux.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liés à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Po Mme I. de HEMPTINNE
Membre CEHF


Pde P:upout

Prof. J.-M. MALOTEUX
Président



 CEHF-FORM-006-13.0	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 19/09/2022

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Président ▪ Vice-présidents ▪ Secrétaire ▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL ▪ Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Ethicien ▪ Juriste ▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale ▪ Psychologue ▪ Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Méthodologiste ▪ Collaborateurs Scientifiques, PhD ▪ Représentants Volontaires Sains 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jean-Marie MALOTEUX, Docteur en médecine ▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste et représentante des patients* ▪ Yves HUMBLET, Docteur en médecine ▪ Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine ▪ Martine BERLIERE ▪ Yves HORSMANS ▪ Laurent HOUTEKIE ▪ Luc ROEGIER¹ ▪ Bénédicte BRICHARD¹ ▪ Christiane VERMYLEN ▪ Dominique LAMY ▪ Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)¹ ▪ Eric GAZIAUX ▪ Alain LOUTE ▪ Geneviève SCHAMPS ▪ Cécile COUPEZ ▪ Claire DETIENNE¹ ▪ Nicolas VERMEULEN¹ ▪ Pascale de PIERPONT¹ ▪ Séverine HALLEUX¹ ▪ Niko SPEYBROECK ▪ Isabelle de HEMPTINNE¹ ▪ Anne GABRIEL¹ ▪ Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUT¹

¹: invité

* Membre remplaçant comme représentante des patients : Aurélie Carlier

Annexe 2

Théorie du programme décrite dans les configurations de l'OCM

	Contexte +	Mécanisme =	Résultats	Stratégies (suggestions)
Capacité	<p>1 Les prestataires de soins de santé et les groupes professionnels ont des formations et des traditions différentes en matière de centrage sur le patient.</p>	<p>Par conséquent, le concept de fixation d'objectifs sera défini différemment. Par conséquent, les cliniciens donneront à ce concept une signification différente, parfois contradictoire (cohérence) - par <i>exemple</i>, en raison d'une inadéquation des valeurs et des priorités. À partir de cette compréhension, des points de vue différents émergent également sur la meilleure façon d'opérationnaliser le concept dans la pratique.</p>	<p>Cela conduit à l'utilisation de différentes méthodes de fixation d'objectifs par les prestataires de soins de santé individuels ou les groupes professionnels.</p>	<p>Formation des prestataires de soins de santé, rendre la formation dynamique</p> <p>Restructuration environnementale</p> <p>Développer les relations entre les parties prenantes (améliorer la collaboration et les activités interprofessionnelles, mener des discussions sur le consensus local)</p>
	<p>2 Les prestataires de soins de santé n'ont pas reçu de formation formelle sur les méthodes de fixation des objectifs.</p>	<p>Différentes interprétations sur la meilleure façon d'opérationnaliser le concept dans la pratique.</p>	<p>Cela conduit à l'utilisation de différentes méthodes de fixation d'objectifs par les prestataires de soins de santé individuels ou les groupes professionnels.</p>	<p>Formation interactive sur le thème de la fixation d'objectifs/atelier pratique interdisciplinaire ^A</p>

	<p>3 Les patients peuvent ne pas comprendre pleinement la signification de la fixation d'objectifs dans le cadre de leur processus de réadaptation.</p>	<p>Les prestataires de soins interprètent cela comme l'incapacité du patient à participer activement au processus de définition des objectifs. Dans une culture dirigée par les prestataires de soins, les décisions relatives à la définition des objectifs sont prises par les prestataires de soins. Cela est renforcé par le fait que les patients attendent généralement des prestataires de soins qu'ils prennent l'initiative dans le cadre d'une relation thérapeutique.</p>	<p>Les patients n'ont pas la possibilité de s'impliquer activement dans le processus de définition des objectifs (pas de définition d'objectifs centrés sur le patient).</p>	<p>Formation interactive pour les professionnels de la santé sur la manière d'améliorer la responsabilisation des patients</p> <p>Éducation du patient^B et moment de suivi pour une éducation plus poussée et des questions éventuelles</p>
<p>Opportunité</p>	<p>4 Les restrictions du système, telles que les ressources limitées et les attitudes professionnelles, sont perçues comme un frein aux pratiques de fixation d'objectifs centrés sur le patient.</p>	<p>Pour éviter les conflits (entre les personnes ou les priorités organisationnelles) dans les situations de fixation d'objectifs, les prestataires de soins de santé évitent les discussions relatives à la perception qu'ont les patients de leurs objectifs et se montrent totalement prescriptifs à l'égard des objectifs des patients.</p>	<p>Les patients sont rarement considérés comme faisant partie de l'équipe interdisciplinaire. La pratique de fixation des objectifs n'est donc pas centrée sur le patient, mais essentiellement thérapeutique, du point de vue du prestataire de soins de santé.</p>	<p>Dynamiser la formation en utilisant la méthode de l'enquête appréciative^C</p>

5	Les attentes du patient en matière de fixation d'objectifs évoluent en fonction de son système client (état fonctionnel, émotionnel et psychosocial du patient et de son environnement).	L'agence diffère selon l'implication du patient en fonction de l'environnement thérapeutique et de l'environnement du patient (par <i>exemple</i> , service de soins aigus, unité de réadaptation, soins à domicile).	Il en résulte des objectifs mal alignés ou mal assortis.	Éducation des patients (vérifier et revérifier) sur la façon d'accroître la sensibilisation.
				Établir un parcours de soins transmurale
				Élaborer un plan d'action : Intégrer l'environnement du patient dans l'ensemble du parcours de soins
6	L'existence d'une structure de consultation formelle avec une responsabilité partagée et un processus de prise de décision établi, aligné sur le flux de travail de l'équipe multidisciplinaire, permet une implication authentique des personnes qui peuvent assumer en toute sécurité leur rôle de défenseur dans ce contexte.	Sans cela, la fixation d'objectifs sera vécue comme un alignement ad hoc d'intérêts (personnels) au sein d'une culture organisationnelle hiérarchique, ce qui affectera la <i>sécurité psychologique</i> . L'action individuelle des prestataires de soins de santé diminuera, ce qui compromettra leur rôle de défenseur des intérêts en ce qui concerne leur contribution spécifique à la profession.	En conséquence, la fixation d'objectifs risque de perdre sa perspective interdisciplinaire. Ce qui se traduit par une fixation d'objectifs mal alignée.	Élaborer un schéma directeur (parcours de soins) ^D Identifier les premiers utilisateurs

	<p>7 Les informations sur le processus de définition des objectifs sont perdues lors des phases de transition dans le processus de réadaptation (<i>par exemple</i>, transfert du patient entre les unités, sortie vers une autre institution ou vers le domicile).</p>	<p>L'admission dans un nouvel environnement est considérée comme un nouveau point de départ du processus de définition des objectifs. En conséquence, le processus de réadaptation est abordé de manière plutôt fractionnée. La cohérence et la compréhension des informations nécessaires au transfert font défaut. Le transfert d'informations est donc perçu comme n'étant ni utile ni efficace. Il en résulte une démotivation, car les informations essentielles ne sont pas fournies.</p>	<p>Manque de continuité dans la définition des objectifs et absence d'informations essentielles. Les objectifs sont désormais élaborés à partir d'une vision fragmentée des objectifs dans la perspective de la phase active, sans tenir compte des objectifs à long terme.</p>	<p>Créer une coalition entre les différents milieux et institutions</p> <p>Promouvoir le tissage de réseaux</p> <p>Mener des discussions de consensus au niveau local</p> <p>Élaborer un plan directeur sur le parcours de soins transmurals^D, définir les informations nécessaires</p>
<p>Motivation</p>	<p>8 Les prestataires de soins de santé pensent qu'ils sont centrés sur le patient. En même temps, leurs hypothèses sur l'incapacité des patients à s'engager activement dans le processus - en raison de leur manque de connaissances ou d'expertise, de leur manque de confiance, de leurs attentes irréalistes quant aux objectifs futurs et de leur manque de coopération - sont perçues comme les principaux obstacles à l'implication des patients dans les processus de définition des objectifs.</p>	<p>Si ces hypothèses ne sont pas activement remises en question lors des réunions interprofessionnelles et objectivement vérifiées, on supposera à tort que le patient ne peut pas participer.</p>	<p>Les prestataires de soins de santé ne sont pas motivés pour impliquer les patients dans le processus de définition des objectifs.</p>	<p>Contrôle de la capacité du patient à participer activement au processus de définition des objectifs (cognition, communication, motivation).</p> <p>Élaborer un plan directeur sur la manière d'évaluer, le moment d'évaluer et de réévaluer ou de rechercher des alternatives (par exemple, inclure les aidants naturels).</p>

			Former les professionnels de la santé
			Informers les leaders d'opinion locaux
			Changement de mandat
			Former le formateur
			Identifier les premiers utilisateurs
			Recueillir et partager les connaissances locales
9	Les informations sur les résultats de la définition d'objectifs centrés sur le patient ne sont pas facilement accessibles aux prestataires de soins de santé. En outre, les conséquences de l'application des principes centrés sur le patient dans la définition des objectifs n'ont pas été évaluées de manière rigoureuse sur des aspects autres que les effets psychologiques.	Le manque d'informations sur l'efficacité de la fixation d'objectifs entraîne une perte de sens. Par conséquent, les efforts perçus comme nécessaires pour mettre en œuvre la fixation d'objectifs centrés sur le patient ne correspondent pas à l'avantage relatif de la fixation d'objectifs centrés sur le patient par rapport à une autre approche.	Les prestataires de soins de santé estiment que l'adoption dans la pratique n'est pas entièrement justifiée.
			Organiser des réunions de l'équipe de mise en œuvre clinique
			Promouvoir le tissage de réseaux
			Réexaminer à dessein la mise en œuvre
			Faire appel à des experts en données
			Impliquer les patients/consommateurs et les membres de la famille
			Développer et organiser des systèmes de contrôle de la qualité ^E .
			Promouvoir la capacité d'adaptation

^A Les professionnels doivent être formés à l'approche centrée sur le client (sensibilisation au travail centré sur le patient, implication des membres de la famille dans le partage d'informations/la participation plus active à la définition des objectifs, formation aux techniques d'écoute et de communication, aux techniques de négociation, à l'entretien motivationnel, à la décomposition des objectifs à long terme en objectifs plus modestes, explication de la formation à la prise de décision partagée et au développement et à la définition d'objectifs tout au long de la vie) Les professionnels doivent également être formés à l'expérience psychologique et physique des patients victimes d'un AVC et à la manière dont cela affecte leurs perspectives en matière d'engagement avec les professionnels de la santé et de planification de la réadaptation.

^B L'éducation doit prendre différentes formes : explication de la terminologie de la fixation d'objectifs et du processus de fixation d'objectifs, apprentissage du lien entre les interventions thérapeutiques et les objectifs fixés, rôle du rééducateur et des soignants, outil de fixation de l'agenda, informations sur les options de rééducation (exercices actifs, tâches domestiques et soins personnels, exercices fonctionnels), pathologie de l'AVC, pronostic de récupération et processus de rééducation, et encouragement à renforcer la confiance en soi, même si une récupération complète est improbable.

^C L'enquête appréciative est une méthode qui utilise des expériences et des exemples positifs dans le contexte professionnel comme base d'apprentissage. Fe Partager une expérience positive de fixation d'objectifs ? Visualiser le résultat souhaité, quels sont les rêves ? À quoi ressembleraient ces rêves ? Examinez les facteurs de réussite : Pourquoi cette expérience s'est-elle bien déroulée ? Élaborez un plan spécifique. Comment pouvez-vous améliorer cette expérience (sélectionner des stratégies de mise en œuvre) ?

^D Parcours de soins concrets, quand faire quoi, qui faire quoi, comment faire ?

^E Évaluation, analyse et retour d'information aux cliniciens

Reference list

- ¹ L. Cahill, L. Carey, N. Lannin, C. Neilson, E. Lynch, and J. McKinstry, CeHan, "Implementation interventions to promote the uptake of evidence-based practices in stroke rehabilitation," *Cochrane Database Syst. Rev. Implement.*, no. 10, p. Art. No.: CD012575., 2020, doi: 10.1002/14651858.CD012575.pub2.www.cochranelibrary.com.
- ² Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M., & Van Wijck, F. (2013). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation - a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 177–190. doi: 10.3109/09638288.2012.690501
- ³ Plant, S., & Tyson, S. F. (2018). A multicentre study of how goal-setting is practised during inpatient stroke rehabilitation. *Clin. Rehabil.*, 32(2), 263–272. doi: 10.1177/0269215517719485
- ⁴ Rosewilliam, S., Roskell, C. A., & Pandyan, A. D. (2011). A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 25(6), 501–514. doi: 10.1177/0269215510394467
- ⁵ Veerbeek, J., et al. (2017). *KNGF-richtlijn Beroerte*. Amersfoort: Drukkerij De Gans.
- ⁶ Beer, M., & Nohria, N. (2001). Cracking the Code of Change. Retrieved from www.hbr.org.
- ⁷ Juckett, L. A., Wengerd, L. R., Faieta, J., & Griffin, C. E. (2020). Evidence-based practice implementation in stroke rehabilitation: A scoping review of barriers and facilitators. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(1). doi: 10.5014/ajot.2020.035485
- ⁸ Powell, B. J., et al. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement. Sci.*, 10(1), 1–14. doi: 10.1186/s13012-015-0209-1
- ⁹ Murrell, J. E., Pisegna, J. L., & Juckett, L. A. (2021). Implementation strategies and outcomes for occupational therapy in adult stroke rehabilitation: A scoping review. *Implement. Sci.*, 16(1). doi: 10.1186/s13012-021-01178-0
- ¹⁰ Powell, B. J., et al. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement. Sci.*, 10(1), 1–14. doi: 10.1186/s13012-015-0209-1
- ¹¹ Murrell, J. E., Pisegna, J. L., & Juckett, L. A. (2021). Implementation strategies and outcomes for occupational therapy in adult stroke rehabilitation: A scoping review. *Implement. Sci.*, 16(1). doi: 10.1186/s13012-021-01178-0
- ¹² Melin, J., & Årestedt, K. (2020). The Patient Participation in Rehabilitation Questionnaire (PPRQ): Psychometric evaluation and revision for use in neurological rehabilitation. *Disabil Rehabil.*, 42(10), 1454–1461. doi: 10.1080/09638288.2018.1528303
- ¹³ Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- ¹⁴ Zachariae, R., O'Connor, M., Lassesen, B., Olesen, M., Kjær, L. B., Thygesen, M., & Mørcke, A. M. (2015).
- ¹⁵ Chang, E., et al. (2017). Measuring job satisfaction among healthcare staff in the United States: A confirmatory factor analysis of the Satisfaction of Employees in Health Care (SEHC) survey. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 262–268. doi: 10.1093/intqhc/mxz012
- ¹⁶ Weiner, B. J., et al. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12(1), 108. doi: 10.1186/s13012-017-0635-3
- ¹⁷ Cadilhac, D. A., Pearce, D. C., Levi, C. R., & Donnan, G. A. (2008). Improvements in the quality of care and health outcomes with new stroke care units following implementation of a clinician-led, health system redesign program in New South Wales, Australia. *Qual. Saf. Heal. Care*, 17(5), 329–333. doi: 10.1136/qshc.2007.024604
- ¹⁸ Faul, F., Erdfelder, E., & Lang, A.-G. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav. Res. Methods*, 39, 175–191.
- ¹⁹ IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows*. IBM Corp, Armonk, NY.
- ²⁰ Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp0630a
- ²¹ VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022* [Computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available from maxqda.com.
- ²² Niskala, J., et al. (2020). Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*, 76(7), 1498–1508. doi: 10.1111/jan.14342
- ²³ Pandit, A. S. (2022). Contemporary learning techniques for healthcare professionals: A narrative review. *Frontiers in Education*, 7. doi: 10.3389/educ.
- ²⁴ Deci, E. L., et al. (1991). Motivation and education: The self-determination perspective. *Educ. Psychol.* 26, 325–346. doi: 10.1080/00461520.1991.9653137
- ²⁵ Abrahamson, S., et al. (1999). Continuing medical education for life. *Acad. Med.* 74, 1288–1294. doi: 10.1097/00001888-199912000-00008

-
- ²⁶ Snelgrove, S., & Slater, J. (2003). Approaches to learning: Psychometric testing of a study process questionnaire. *J. Adv. Nurs.* 43, 496–505. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02747.x
- ²⁷ Fox, R. D., & Bennett, N. L. (1998). Continuing medical education: Learning and change: Implications for continuing medical education. *BMJ*, 316, 466. doi: 10.1136/bmj.
- ²⁸ Grant, A., McKimm, J., & Murphy, F. (2017). *Developing reflective practice: A guide for medical students, doctors and teachers*, 1st ed. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
- ²⁹ Walsh, K. (2006). How to assess your learning needs. *J. R. Soc. Med.* 99, 29–31. doi: 10.1258/jrsm.99.1.29
- ³⁰ Dyche, L., & Epstein, R. M. (2011). Curiosity and medical education. *Med. Educ.* 45, 663–668. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.03944.x
- ³¹ Lee, J. Y., et al. (2021). The medical pause: Importance, processes and training. *Med. Educ.* 55, 1152–1160. doi: 10.1111/medu.14529
- ³² Davis, L., Taylor, H., & Reyes, H. (2014). Lifelong learning in nursing: A delphi study. *Nurs. Educ. Today* 34, 441–445. doi: 10.1016/j.nedt.2013.04.014
- ³³ Swanson, J. A., Schmitz, D., & Chung, K. C. (2010). How to practice evidence-based medicine. *Plast. Reconstr. Surg.* 126, 286–294. doi: 10.1097/prs.0b013e3181dc54ee
- ³⁴ Liu, C. (2012). An introduction to workplace-based assessments. *Gastroenterol. Hepatol. Bed Bench* 5, 24–28
- ³⁵ Hayes, J., & Allinson, C. W. (1994). Cognitive style and its relevance for management practice. *Br. J. Manage.* 5, 53–71. doi: 10.1111/j.1467-8551.1994.tb00068.x
- ³⁶ Metz, S. (2020). A Practice Guide to Supporting Implementation [Brochure]. Education Resources Information Center. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov>
- ³⁷ Eckhaus, E., Iholkina, V., & Shkolnik, E. (2022). The impact of healthcare executive seniority on implementation of innovative methods of diagnosis and prevention. *Health Policy*, 126(10), 996–1001. doi: 10.1016/j.healthpol.2022.07.006
- ³⁸ Francke, A. L., et al. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(1), 38. doi: 10.1186/1472-6947-8-38
- ³⁹ Lawn, S., Battersby, M., & Lindner, H., et al. (2009). What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives. *Australian Journal of Primary Health*, 15, 37–44.
- ⁴⁰ Johnston, L., Lardner, C., & Jepson, R. (2008). Overview of the evidence relating to shifting the balance of care: A contribution to the knowledge base. Final report. Edinburgh: Scottish Government Social Research.
- ⁴¹ Boyce, T., Robertson, R., & Dixon, A. (2008). Commissioning and Behaviour Change: Kicking Bad Habits. Final report. London: The King's Fund London.
- ⁴² Lawn, S., Battersby, M. W., & Pols, R. G. (2005). National Chronic Disease Strategy – Self-Management. Report to the Australian Government Department of Health and Ageing. Adelaide: Flinders Human Behaviour & Health Research Unit, Flinders University.
- ⁴³ Rogers, A., Kennedy, A., Nelson, E., & Robinson, A. (2005). Uncovering the limits of patient-centeredness: Implementing a self-management trial for chronic illness. *Qualitative Health Research*, 15(2), 224–239.
- ⁴⁴ Eyssen, I. C. J. M., et al. (2013). A cluster randomised controlled trial on the efficacy of client-centred occupational therapy in multiple sclerosis: Good process, poor outcome. *Disability and Rehabilitation*, 35(19), 1636–1646.
- ⁴⁵ Eyssen, I. C. J. M., et al. (2014). Client-centred therapy in multiple sclerosis: More intensive diagnostic evaluation and less intensive treatment. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46, 527–531.
- ⁴⁶ Beasley, L., Grace, S., & Horstmanshof, L. (2020). Responding and adapting to change: An allied health perspective. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*, 33(4), 339–349. doi: 10.1108/lhs-07-2019-0050.
- ⁴⁷ Prenestini, A., Palumbo, R., Grilli, R., & Lega, F. (2023). Exploring physician engagement in health care organizations: A scoping review. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 1029. doi: 10.1186/s12913-023-09935-1
- ⁴⁸ Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J. E., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>
- ⁴⁹ Masso, M., et al. (2022). Practice readiness of new graduate nurses and factors influencing practice readiness: A scoping review of reviews. *Int J Nurs Stud*, 129, 104208. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104208
- ⁵⁰ Wolters Kluwer. 5 strategies for providing effective patient education. Retrieved from <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/5-strategies-for-providing-effective-patient-education>