

Mise en œuvre et validation

Introduction

Dans cette section du guide de pratique clinique, nous discutons de la faisabilité et des conditions de mise en œuvre des recommandations. Nous suggérons également des étapes qui peuvent favoriser la mise en œuvre et des moyens d'évaluer la mise en œuvre du guide de pratique clinique (validation). Dans la première partie, nous discutons des stratégies génériques de mise en œuvre des interventions cliniques (Kirchner et al., 2020) et de leur pertinence pour la mise en œuvre du présent guide de pratique clinique. Dans la deuxième partie, nous analysons pour chaque question clinique le contexte belge de mise en œuvre, ses obstacles et les facilitateurs, sur la base du Implementation Research Logic Model (Smith et al., 2020).

Méthode

La description des déterminants est partie de la consultation des parties prenantes lors des réunions organisées pendant l'élaboration du guide de pratique clinique (voir le rapport méthodologique) et a été complétée par les informations tirées de la littérature (comme décrit dans le rapport méthodologique), la recherche scientifique sur les obstacles aux soins intégrés (Danhieux et al., 2021) et les expériences tirées de la pratique personnelle. L'article sur les stratégies de mise en œuvre de (Kirchner et al., 2020) a servi de base à l'identification des stratégies possibles. Les stratégies ont été sélectionnées en fonction de leur applicabilité aux déterminants identifiés, des preuves de la littérature et de leur pertinence dans le contexte belge. La version 1.0 a été distribuée à toutes les parties prenantes du guide de pratique clinique, en les invitant à faire part de leurs commentaires par écrit. Une discussion a eu lieu avec les parties prenantes qui avaient des commentaires substantiels (validation interne). Elle a également été discutée avec EBP-net (validation externe). La version actuelle 2.0 est le résultat final de cette validation. Ce document sera joint au dossier de soumission, dans les deux langues nationales.

Le guide de pratique clinique fournit diverses recommandations pour les questions cliniques 2 à 4, mais n'a pas trouvé de justification hiérarchiser les différentes recommandations. Le choix entre les recommandations dépend, entre autres, du type de cancer dont souffre une personne, de ses comorbidités et de son âge. Il est possible qu'un examen plus approfondi de la littérature ou des entretiens avec des experts auraient permis de mieux orienter les prestataires de soins de santé dans la mise en œuvre de ces recommandations.

Stratégies génériques de mise en œuvre

De nombreuses recherches ont été menées sur la mise en œuvre des interventions cliniques (dont font partie les recommandations) dans la pratique quotidienne. Nous présentons ici une vue d'ensemble des stratégies génériques de mise en œuvre avec une indication sur leur pertinence et de leur applicabilité par rapport aux recommandations de notre guide de pratique clinique.

Catégorisation des stratégies	Explication	Pertinence pour la mise en œuvre
A. Utiliser des stratégies d'évaluation et des stratégies itératives		
Évaluer l'état de préparation et identifier les obstacles et les facilitateurs	Discuter avec les responsables de la mise en œuvre et les bénéficiaires	Ce processus a commencé dans le plan de mise en œuvre
Effectuer des audits et donner un retour d'information	Audits réguliers avec retour d'information sur l'analyse comparative avec les pairs	Faisable pour les recommandations avec des critères de validation clairs (par exemple 1.3)
B. Fournir une assistance interactive		
Assurer la supervision clinique	Formation formelle suivie d'un enregistrement des cas et d'une supervision continue par un expert de la pratique.	La supervision clinique pourrait devenir pertinente pour la formation si de nouveaux rôles et fonctions sont créés et si la formation est développée. La supervision pourrait alors faire partie des stages pratiques.
Facilitation	La facilitation est une stratégie à multiples facettes qui applique une variété de stratégies discrètes (par exemple, l'audit et le retour d'information, la conduite de réunions éducatives, l'identification de champions) en fonction de ce qui est nécessaire.	L'exploration des différentes stratégies peut se faire avec les parties prenantes dans une phase ultérieure.
C. S'adapter au contexte		
Promouvoir la capacité d'adaptation	L'identification des moyens d'adapter une innovation clinique aux besoins locaux peut être un élément essentiel d'une mise en œuvre réussie.	Les différentes organisations peuvent discuter ensemble de la manière dont la ligne directrice peut être adaptée au mieux aux circonstances régionales et locales. En particulier la question KI 2.
Adapter les stratégies	Il peut également s'avérer nécessaire d'adapter et de personnaliser des stratégies de mise en œuvre discrètes afin de lever les obstacles et de tirer parti des éléments facilitateurs identifiés au cours du processus de mise en œuvre.	
D. Développer les relations entre les parties prenantes		
Identifier et préparer les champions	La plupart des efforts de mise en œuvre ont en commun l'identification et la préparation de cliniciens et/ou d'autres membres	Identifier les premiers adoptants grâce au réseau des parties prenantes

	du personnel qui se consacrent à la direction, au soutien et à la promotion d'un effort de mise en œuvre afin de surmonter l'indifférence ou la résistance que l'innovation peut susciter au sein d'une organisation.	
Identifier les premiers utilisateurs	En identifiant les premiers adoptants sur le site local ou dans d'autres contextes, les personnes chargées de mettre en œuvre l'innovation clinique dans leurs soins et celles qui l'appliquent déjà peuvent apprendre et même s'inspirer de leurs expériences.	
Recruter, désigner et former des dirigeants	Les efforts de changement requièrent certains types de dirigeants, et les organisations peuvent avoir besoin de recruter en conséquence plutôt que de supposer que leur personnel actuel peut mettre en œuvre le changement.	Pertinent, par exemple, pour la coordination des soins KI question 5
E. Former et éduquer les parties prenantes		
Organiser des réunions éducatives	Les réunions éducatives ont généralement lieu au début du processus de mise en œuvre et peuvent prendre la forme de sessions didactiques formelles ou d'efforts éducatifs en petits groupes ou même individuels. L'intérêt de ces réunions est de s'assurer que tout le personnel administratif et clinique clé est au courant de l'effort de mise en œuvre, qu'il y a une compréhension commune des composantes de l'innovation clinique et qu'il y a une opportunité pour les participants du site de poser des questions sur les activités de mise en œuvre et/ou sur l'innovation clinique elle-même.	Pertinent pour tous les aspects
Créer une collaboration d'apprentissage	Les collaborations d'apprentissage peuvent être une stratégie précieuse par laquelle le personnel clinique et opérationnel d'une clinique, d'une équipe ou d'un site qui peut être plus avancé dans le processus de mise en œuvre ou qui	Concerne KI vr 5

	a connu des obstacles similaires à la mise en œuvre peut partager ses "leçons apprises".	
F. Soutenir les cliniciens		
Créer de nouvelles équipes cliniques	L'intégration d'une nouvelle innovation dans un environnement clinique existant peut nécessiter la création de nouvelles équipes cliniques.	Concerne KI vr 5
Réviser les rôles professionnels	La révision des rôles professionnels comprend l'élargissement des rôles pour couvrir la fourniture de l'innovation clinique et l'élimination des obstacles aux soins, y compris les politiques du personnel.	Pertinent, par exemple, pour la coordination des soins KI question 5
G. Impliquer les consommateurs		
Préparer les patients/consommateurs à être des participants actifs	Les patients sont également des personnes clés impliquées dans la mise en œuvre d'une innovation clinique. Préparer les consommateurs à s'informer sur des pratiques spécifiques peut impliquer de poser des questions et d'éduquer les patients/consommateurs sur l'existence de traitements étayés par des preuves, ainsi que de les inviter explicitement à participer au processus de prise de décision en matière de traitement.	Pertinent pour tous les aspects
Intervenir auprès des patients/consommateurs pour améliorer l'adoption et l'adhésion.	Cette stratégie peut inclure des rappels aux patients/consommateurs et des incitations financières à se rendre aux rendez-vous. Le retour d'information concernant la compréhension et l'utilisation du traitement par les patients/consommateurs peut également fournir des informations importantes sur le degré de fidélité de la mise en œuvre de l'innovation.	Peut-être moins pertinent
H. Utiliser des stratégies financières		
Financer l'innovation clinique et passer un contrat à cet effet	Les gouvernements et autres payeurs de services peuvent lancer des appels d'offres pour la mise en œuvre de l'innovation, utiliser des procédures contractuelles pour motiver les fournisseurs à mettre en	Pertinent pour de nombreux aspects

	œuvre l'innovation clinique, puis élaborer de nouvelles formules de financement qui rendent plus probable la mise en œuvre de l'innovation par les fournisseurs.	
Développer des mesures dissuasives	Certains efforts de mise en œuvre prévoient des mesures financières dissuasives en cas d'échec de la mise en œuvre ou de l'utilisation des innovations cliniques.	Pertinence potentielle, discuter de la faisabilité avec l'INAMI.
I. Modifier l'infrastructure		
Modifier les systèmes d'enregistrement	Un effort de mise en œuvre peut modifier les systèmes d'enregistrement pour permettre une meilleure évaluation de la mise en œuvre ou des résultats cliniques.	Surtout pertinent pour kl vr 5, mais aussi pour d'autres aspects. L'adaptation du codage ICPC doit être évaluée.
Changement de mandat	Les dirigeants et/ou les organisations dirigeantes peuvent déclarer la priorité de l'innovation et leur détermination à la mettre en œuvre sous la forme d'un mandat. Il est important de s'assurer que les personnes qui mandatent le changement ont le pouvoir de le faire, car les personnes chargées de la mise en œuvre n'ont souvent pas cette autorité.	Impliquer les parties prenantes

Contexte de mise en œuvre par question clinique

QC 1 : Quelles sont les interventions pharmacologiques nécessaires pour la prise en charge des principales affections physiques au cours du processus de réadaptation ?

Le guide comprend neuf recommandations pour la prise en charge de la douleur, une pour la fatigue et quatre pour l'anxiété. Les recommandations consistent en une évaluation ou un dépistage régulier des symptômes et, le cas échéant, en des interventions ciblées. Les barrières génériques au niveau individuel sont le manque (de connaissance) des outils qui peuvent aider à cela et le manque de temps ; au niveau institutionnel, le financement partiellement incomplet des interventions possibles disponibles. Les stratégies génériques de mise en œuvre pertinentes des catégories D (éducation), E (soutien aux cliniciens) et G (incitations financières) peuvent contribuer à réduire les obstacles.

			MISE EN ŒUVRE			CRITÈRES D'ÉVALUATION
			Phase 1		Phase 2	
Question clinique	Recommandation	Contexte	Barrière		Approche/conditions	
QC 1 : Quelles sont les interventions pharmacologiques nécessaires pour la prise en charge des principales affections physiques au cours du processus de réadaptation ?						
	Douleur	1. Procéder à une évaluation complète de la douleur afin d'en identifier la cause.		Connaissance des outils permettant d'identifier les différentes plaintes dans la phase de postcure Le temps Financement		
		2. Il faut toujours envisager une récurrence ou une progression du cancer en cas de douleur nouvelle ou aiguë.				

			MISE EN ŒUVRE			CRITÈRES D'ÉVALUATION
			Phase 1		Phase 2	
		3. Envisager des analgésiques adjuvants non opioïdes comme traitement primaire pour divers syndromes douloureux dans la phase de soins de suite chez les patients atteints de cancer.		- Valeurs et préférences : nous nous attendons à ce que certains patients soient plus enclins à utiliser des médicaments pour soulager la douleur, tandis que d'autres patients sont plus enclins à chercher d'autres moyens de soulager la douleur. - Ressources : pas d'obstacle majeur - Équité : le remboursement des médicaments est important pour qu'ils soient accessibles à tous les patients.	Il est important d'informer correctement sur les différentes options de traitement. Il existe des <u>outils de prise de décision</u> partagée. Pour les intégrer correctement dans la pratique clinique, il est recommandé de former les prestataires de soins de santé.	Nombre de patients auxquels des analgésiques adjuvants ont été prescrits ()
		4. Si des opioïdes sont nécessaires, établissez des objectifs de traitement avec le patient et les soignants et utilisez la dose efficace la plus faible pendant la période la plus courte possible.		Faisabilité : pas d'obstacles majeurs, un suivi approprié et une éducation concernant les médicaments peuvent être intégrés dans les consultations normales.		Nombre de patients auxquels des opioïdes ont été prescrits
		5. Éduquer le patient et le soignant sur l'utilisation sûre des opioïdes et sur les risques.		Aucun obstacle majeur n'est identifié. Cette éducation peut être intégrée dans les consultations normales	Le partage des tâches pourrait être revu, avec la possibilité d'une infirmière dans le cabinet du médecin	

			MISE EN ŒUVRE			CRITÈRES D'ÉVALUATION
			Phase 1		Phase 2	
		6. Discuter des résultats attendus du traitement des opioïdes et des conditions qui y sont liées.			généraliste et d'une infirmière à domicile. Présence de matériel d'information destiné aux patients et aux aidants proches	
		7. Réévaluer régulièrement l'efficacité, la sécurité et la nécessité des opioïdes.				
		8. Reconnaître les problèmes médicaux dus à l'utilisation chronique ou à forte dose d'opioïdes et prendre les mesures appropriées, y compris le traitement, l'orientation ou la réduction de la dose.				

			MISE EN ŒUVRE		CRITÈRES D'ÉVALUATION
			Phase 1	Phase 2	
		9. Adresser à un spécialiste les patients qui pourraient bénéficier d'autres interventions contre la douleur. Adresser au stade le plus précoce possible du traitement.	importance des accords de collaboration autour du patient cf question clinique 5	Certains patients qui viennent d'achever le parcours spécialisé peuvent souhaiter être traités plus tôt dans le cadre des soins primaires.	
	Fatigue	1. Procéder à un dépistage de la fatigue chez tous les survivants afin d'identifier ceux qui souffrent d'une fatigue modérée à sévère et de les traiter rapidement et efficacement.		<u>Des études</u> montrent que de nombreux médecins ne posent pas de questions sur la fatigue, alors que de nombreuses personnes en souffrent. C'est un obstacle à une bonne prise en charge personnelle et à d'autres traitements.	Des rappels automatisés dans le DMI facilitent la mise en œuvre. Connaissance des options de prévention de la fatigue et de suivi. Outils valides. Temps de consultation suffisant.
	Anxiété/dépression	1. Dépister l'anxiété, la dépression et le stress chez tous les patients, en particulier en période de diagnostic, de perte importante de		Pas d'obstacle majeur, il est important de disposer d'outils de dépistage et de prévoir un temps de consultation suffisant à cet effet. Connaissance des outils permettant d'identifier les différentes plaintes dans la phase de soins de suite	

			MISE EN ŒUVRE			CRITÈRES D'ÉVALUATION
			Phase 1		Phase 2	
		facultés, d'événements majeurs de la vie ou d'isolement social.				
		2. Envisager l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) et d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) chez les patients souffrant de dépression modérée à sévère, d'anxiété généralisée ou d'état de stress post-traumatique (ESPT).		Il faut s'attendre à une certaine variabilité en raison de la préférence du patient pour un traitement médicamenteux ou non. Équité : les modalités de remboursement des patients ont une incidence sur l'accessibilité et la disponibilité des patients.		
		3. Orienter vers une évaluation et un traitement psychiatriques les patients chez qui l'on soupçonne un diagnostic psychiatrique sévère, y compris une manie ou une psychose, qui ont des antécédents psychiatriques importants et qui présentent un risque	L'accès aux soins psychiatriques est problématique	Valeurs et préférences : possibilité de stigmatisation et de patients évitant les soins ou préférant les soins primaires. Égalité : l'eniveau de remboursement des services spécialisés de santé mentale a un impact significatif sur l'égalité et l'accessibilité pour tous les patients. Faisabilité : les obstacles sont principalement liés à l'accessibilité des soins psychiatriques. Il est	importance des accords de collaboration autour du patient cf question clinique 5	

			MISE EN ŒUVRE		CRITÈRES D'ÉVALUATION
			Phase 1		Phase 2
		modéré à élevé pour la sécurité.		également important de disposer d'instruments de dépistage ⁷ . Un temps de consultation suffisant doit être prévu à cet effet.	
		4. Orienter vers des services de santé mentale si l'effet du traitement primaire est insuffisant.			

QC 2 : Quelles sont les interventions de réadaptation physique appropriées pour les patients oncologiques au cours des différentes phases des soins de suite ?

La ligne directrice comprend quatre recommandations sur les interventions de réadaptation physique. Les recommandations consistent en une thérapie par l'exercice, une activité physique régulière pratiquée par le patient lui-même, consistant en une combinaison d'exercices d'aérobic et de résistance d'intensité modérée pendant au moins 12 semaines, et des programmes d'exercices supervisés si nécessaire. Ces interventions impliquent un changement de comportement, et des obstacles peuvent donc être présents aux niveaux individuel, social et environnemental du patient. Les facteurs individuels sont la motivation, le temps, les ressources. Les facteurs sociaux sont le soutien des proches du patient et des prestataires de soins de santé. Les facteurs environnementaux

sont la proximité et l'accessibilité des possibilités d'exercice et le climat.

Les stratégies génériques de mise en œuvre pertinentes des catégories B (adapter la mise en œuvre aux possibilités du contexte local), C (relations avec les parties prenantes du réseau local), D (éducation), F (impliquer les patients dans l'élaboration des stratégies) et G (incitations financières) peuvent contribuer à réduire les obstacles. Des exemples concrets sont la garantie d'une bonne offre d'exercices dans l'environnement du patient, la mise en place d'un réseau de physiothérapie, le soutien avec des outils numériques et le remboursement d'une offre complète d'une durée suffisante.

QC 2 : Quelles sont les interventions de réadaptation physique appropriées pour les patients oncologiques au cours des différentes phases de la soins de suite ?

		Recommandation	Contexte	Barrière	Approche/conditions	CRITÈRES D'ÉVALUATION
	Fatigue	1. Envisager la thérapie par l'exercice dans la prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux en phase de soins de suite.	Différence d'accessibilité entre les patients selon les modalités de remboursement	Facteurs individuels, sociaux et environnementaux influençant le comportement	Interventions possibles au niveau individuel, social et environnemental (voir texte ci-dessus)	Existence d'offres d'éducation et de soutien aux patients dans la pratique et/ou l'environnement
	Fatigue/anxiété	2. Conseiller une activité physique régulière pour réduire la fatigue, l'anxiété et la dépression chez les survivants du cancer		Bien que les séances de groupe puissent être importantes et réalisables pour différents types de patients, il n'existe actuellement aucun remboursement pour la physiothérapie de groupe.		
	QVLS/fonction cardio-pulmonaire	3. Recommander de combiner des exercices d'aérobic et de résistance d'intensité modérée 2 à 3 fois par semaine pendant au moins 12 semaines pour réduire la fatigue, l'anxiété et la dépression et améliorer la qualité de vie chez les survivants du cancer.				

		4. Conseiller et orienter vers des programmes d'exercices supervisés afin d'améliorer la qualité de vie lié à la santé.	Il existe des programmes d'onco-réhabilitation. Les modalités de remboursement d'un tel programme d'exercices dans le cadre d'une physiothérapie spécialisée ne sont pas claires.	non accessible à tous, selon les modalités de remboursement	Augmenter le financement et la disponibilité de l'offre, notamment en créant des réseaux proches des patients	Proposer des programmes supervisés à proximité du cabinet
--	--	---	---	---	---	---

QC 3 : Quels sont les conseils de style de vie appropriés pour les patients en oncologie au cours des différentes phases de soins de suite ?

Le guide de pratique clinique comprend deux recommandations concernant les conseils sur le mode de vie, qui portent sur l'autogestion, l'éducation et le soutien à un mode de vie sain et à l'activité physique. Ces interventions impliquent un changement de comportement et des barrières peuvent donc être présentes aux niveaux individuel, social et environnemental du patient. Les mêmes facteurs que dans QC 2 entrent en jeu.

Les stratégies génériques de mise en œuvre pertinentes des catégories B (adapter la mise en œuvre aux possibilités du contexte local), C (relations avec les parties prenantes du réseau local), D (éducation), F (impliquer les patients dans l'élaboration des stratégies), G (incitations financières) et H (modifier le système d'enregistrement) peuvent contribuer à abaisser les barrières. Pour le soutien à l'autogestion, les ressources numériques sont de plus en plus disponibles, par le biais de diverses interfaces (sites web, programmes informatiques, smartwatches, conseils personnels combinés à un programme numérique). Parmi les exemples concrets, citons la mise à disposition d'une vue d'ensemble du soutien numérique disponible, l'intégration des programmes et du soutien numériques dans le dossier médical électronique du patient et les portails destinés aux patients.

Kl vr 3 : Quelles sont les recommandations de mode de vie appropriées pour les patients en oncologie au cours des différentes phases de soins de suite						
		Recommandation	Contexte	Barrière	Approche/conditions	CRITÈRES D'ÉVALUATION
		Permettre aux patients d'accéder à une éducation et à un soutien axés sur l'autogestion et portant sur des modes de vie sains afin d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et les résultats physiologiques, et de réduire le risque de rechute.	Organismes de prévention/promotion peu intégrés aux soins du médecin généraliste Augmenter l'offre numérique de soutien	le financement du soutien préventif. Voir aussi QC2 La fracture numérique peut accroître les inégalités	Établir des contacts entre les organisations et les médecins généralistes	Offre d'un soutien numérique et combinaison avec un accompagnement personnel
		Conseiller aux patients de pratiquer une activité physique régulière	Voir QC 2			

QC 4 : Quel soutien psychosocial, quels soins auto-administrés, quelle gestion du stress, quelle réduction de l'anxiété, etc. sont appropriés au cours des différentes phases des soins de suite ?

Il comprend une recommandation sur le soutien psychosocial, l'autogestion, la gestion du stress et la réduction de l'anxiété, qui incite à envisager une orientation vers un soutien psychosocial ou une thérapie intégrative si nécessaire. Le financement du soutien psychologique dans les soins primaires permet une meilleure prise en charge, mais les obstacles dans le paysage actuel des soins de santé sont l'offre disponible d'aide psychologique professionnelle. Les stratégies génériques de mise en œuvre pertinentes qui peuvent contribuer à réduire les obstacles sont les suivantes : B. S'adapter au contexte ; C. Développer les relations entre les parties prenantes ; D. Former et éduquer les parties prenantes ; et E. Soutenir les cliniciens. Parmi les exemples concrets, citons : le développement de stratégies de transition pour les médecins généralistes afin de réduire le temps d'attente pour obtenir une aide en matière de santé mentale, par exemple avec une offre numérique ou sociale ; la création d'une offre adaptée au niveau local en collaboration avec les prestataires de soins de santé et de services sociaux.

KI vr 4 : Quel soutien psychosocial, quels soins auto-administrés, quelle gestion du stress, quelle réduction de l'anxiété, etc. sont appropriés au cours des différentes phases des soins de suite ?						
		Recommandation	Contexte	Barrière	Approche/conditions	CRITÈRES D'ÉVALUATION
		1. Envisager l'orientation vers un soutien psychosocial ou une thérapie intégrative pour réduire la douleur, la fatigue, l'anxiété et la dépression chez les patients atteints de cancer en phase de postcure.	Remboursement possible en première ligne.	Pénurie d'offres de soutien psychologique professionnel	Importance des accords de collaboration autour du patient cf. question clinique 5	Nombre annuel de personnes orientées vers un soutien psychologique.

QC 5 : Comment la coopération doit-elle se dérouler et quelles dispositions doivent être prises entre les différents prestataires de soins lors de la réadaptation des patients oncologiques afin d'améliorer le résultat du processus de réadaptation ?

QC 5 porte sur la collaboration et les accords entre professionnels et comprend donc des conditions de mise en œuvre pour de nombreuses recommandations des questions cliniques précédentes. Il y a des recommandations sur l'identification des besoins et des objectifs, la répartition des tâches et des fonctions, la coordination des tâches et l'accès à l'information. Les obstacles et les stratégies possibles sont détaillés dans le tableau. Parmi les stratégies génériques de mise en œuvre, les plus importantes sont les suivantes : B. Adapter au contexte ; C. Développer les relations entre les parties prenantes ; D. Former et éduquer les parties prenantes ; et E. Soutenir les cliniciens. G (incitations financières) et H (modification du système d'enregistrement).

Outre les conditions de mise en œuvre spécifiques à chaque recommandation, des stratégies de mise en œuvre plus globales sont également possibles. Il s'agit notamment du parcours de soins oncologiques, dans lequel ces recommandations peuvent être formalisées. Un tel parcours formel de soins oncologiques présente des avantages : il peut être évalué à l'aide d'indicateurs de processus et de résultats, la formation des professionnels et la délégation des tâches peuvent y être intégrées et des fonds peuvent être alloués.

QC 5 : Comment la coopération doit-elle se dérouler et quelles dispositions doivent être prises entre les différents prestataires de soins lors de la revalidation des patients oncologiques afin d'améliorer le résultat du processus de revalidation ?

		Recommandation	Contexte	Barrière	Approche/conditions	CRITÈRES D'ÉVALUATION
	Identifier les besoins et les objectifs	1. Organiser des réunions interdisciplinaires pour définir des objectifs communs.	La concertation multidisciplinaire en oncologie existe déjà dans les hôpitaux.	Invitation sporadique par liaison vidéo ; Accent mis sur la médecine et absence de formulation d'objectifs biopsychosociaux ; Paramédicaux non remboursés/invités	Permettre des connexions vidéo dans le cadre des capacités existantes ; Nouvelles opportunités avec une orientation plus biopsychosociale ; participation au remboursement des paramédicaux	Participation annuelle à des réunions interdisciplinaires.
		2. Organiser une téléconsultation, de préférence avec plusieurs professionnels et le patient.	Des outils de vidéoconférence existent et sont assez faciles à utiliser.	La vidéoconférence est facile pour les prestataires de soins de santé, la préférence des patients peut être une consultation en présentiel ;	Horaires partagés dans les agendas des soignants et des patients ; interface mixte distanciel/présentiel ; sélection des patients qui en bénéficient le plus.	

	Répartition des tâches et des fonctions	1. Préparer un plan de suivi. Ce plan permet de répartir les tâches et les fonctions, à condition qu'il soit pluridisciplinaire et rédigé dans un langage accessible à tous.	Directives européennes et exigences de qualité en projet. Ces documents peuvent fournir des indications générales sur les personnes les mieux placées pour assumer telle ou telle tâche.	pas d'outils faciles à utiliser pour l'instant	(dé)stimulation financière ; post-formation	nombre de survivants du cancer en médecine générale pour lesquels un plan de suivi a été mis en place
		2. Utiliser le dossier médical électronique partagé ou les messages électroniques.	les réseaux de santé numériques existent réglementent le partage des données par le biais d'une matrice d'accès	toutes les professions du secteur de l'aide sociale et des soins ne sont pas dans la matrice ; coût de l'informatisation des organisations de première ligne ; manque de liens entre les centres existants	procédure d'acceptation ou de refus pour les patients ; garanties visibles pour la sécurité promouvoir l'acceptation ; post-formation	
	Tâches de coordination	1. La coordination de tous les acteurs se fait par l'intermédiaire d'un interlocuteur unique et clair, tel que l'infirmière coordinatrice en oncologie ou le gestionnaire de cas.	la coordination des infirmières en oncologie existe déjà	tension entre le rôle théorique et la pratique, liée à l'influence/au pouvoir du médecin spécialiste	Augmenter le nombre d'ETP ; renforcer le gestionnaire de cas par des mesures à plusieurs niveaux (formation, organisation, législation)	

	Donner accès à l'information	1. Informer les patients oralement et par écrit.	les outils existants, par exemple les dossiers de liaison	lignes de communication parallèles fragmentation des risques	promouvoir l'utilisation par tous les soignants d'un point d'information central au sein de l'équipe par (dés)stimulation financière ; promouvoir la rapidité de la communication
--	------------------------------	--	---	---	--

Références

- Danhieux, K., Martens, M., Colman, E., Wouters, E., Remmen, R., van Olmen, J. et Anthierens, S. (2021). Qu'est-ce qui rend l'intégration des soins chroniques si difficile ? A macro-level analysis of barriers and facilitators in Belgium. *International Journal of Integrated Care*, 21(S2), 1-15. <https://doi.org/10.5334/ijic.5671>
- Kirchner, J. A. E., Smith, J. L., Powell, B. J., Waltz, T. J. et Proctor, E. K. (2020). Getting a clinical innovation into practice : An introduction to implementation strategies (Mettre en pratique une innovation clinique : une introduction aux stratégies de mise en œuvre). *Psychiatry Research*, 283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.042>
- Smith, J. D., Li, D. H. et Rafferty, M. R. (2020). The Implementation Research Logic Model : A method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8>