



Obstacles et facilitateurs au coaching infirmier auprès des personnes lors de la prise de décision partagée durant le parcours de la maladie chronique : perception des infirmiers/ères

Travail de Bachelor

Par
Jacquat Alissa & Kilchoer Julie
Promotion 2017-2020

Sous la direction de : Senn-Dubey Catherine

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

09 juillet 2020

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de notre formation en soins infirmiers et qui nous ont aidé pour l'écriture de ce travail de Bachelor.

Nous voudrions particulièrement remercier, notre directrice de travail de Bachelor Senn-Dubey Catherine, adjointe académique et professeure HES, pour sa disponibilité, son empathie dans cette période spéciale, son encadrement efficace et ses judicieux conseils.

Nous remercions également nos proches pour leur soutien et leurs encouragements.

Tables des matières

Remerciements	i
Résumé.....	iv
Préambule.....	1
Introduction.....	2
Problématique	4
Question de recherche.....	11
Cadre théorique.....	12
Framework for person-centred nursing.....	13
Knowledge development in nursing	15
Décision partagée	16
Coaching décisionnel.....	19
Concepts.....	20
Méthode	23
Introduction	24
Critères d'éligibilité, limites, filtres	24
Processus de recherche et sélection d'articles.....	25
Extraction des données et évaluation de la qualité des études	26
Résultats	27
Description des articles.....	28
Présentation des données	31
Obstacles et facilitateurs liés à l'infirmier/ère / l'équipe interprofessionnelle	31
Obstacles et facilitateurs liés aux patients	34
Obstacles et facilitateurs liés au contexte	36
Discussion	39
Synthèse des résultats.....	40
Critique des études analysées.....	41
Le rôle infirmier et la collaboration interprofessionnelle.....	42
La formation à la prise de décision partagée	44
Critique de la revue de littérature.....	45
Recommandations pour la pratique	45
Recommandations pour la recherche	46

Recommandations pour l'éducation.....	46
Conclusion.....	47
Références.....	49
Appendice A.....	54
Appendice B.....	58
Appendice C.....	60
Appendice D.....	80
Appendice E.....	101

Résumé

Contexte : La prise de décision partagée est un processus collaboratif dans lequel les patients et les soignants prennent des décisions de santé ensemble basées sur les connaissances scientifiques du soignant et les valeurs et préférences du patient. L'infirmier/ère pratique le coaching patient lui permettant de guider et soutenir la personne dans sa prise de décision. Ce processus est d'autant plus important dans le contexte des soins chroniques.

Problématique : De nombreuses décisions de soins et notamment le choix des traitements sont encore aujourd'hui prises par le médecin. Le processus de prise de décision partagée fait face à beaucoup d'obstacles et n'est ainsi pas mis en œuvre selon les étapes d'Elwyn et al. (2012) par les infirmiers/ères durant le coaching du patient.

Objectif : Le but de cette revue est d'explorer la perception des infirmiers/ères sur les obstacles et les facilitateurs au coaching patient soutenant le processus de prise de décision partagée dans le contexte des soins chroniques.

Méthode : les bases de données PubMed, CINHAL, JBI et UpToDate ont été consultées à l'aide de termes MeSh. L'équation de recherche sur CINHAL a permis d'obtenir six articles dont quatre qualitatifs, un quantitatif et un mixte. Ces articles ont été analysés à l'aide d'une grille de résumé et d'analyse critique par les deux auteurs simultanément. Les résultats ont été catégorisés en trois thèmes.

Résultats : la perception des infirmiers/ères a fait ressortir des facilitateurs et des obstacles liés à l'infirmière, aux patients et au contexte. La collaboration interdisciplinaire, les compétences et les croyances de l'infirmier/ère influencent sa participation au coaching du patient. L'état de santé mental, l'attitude du patient et des aidants familiaux jouent un rôle dans l'implication des patients dans le processus. La politique de l'établissement, les possibilités de formation et le temps à disposition sont des facteurs environnementaux au bon processus de prise de décision partagée.

Discussion : la formation des infirmiers/ères à la prise de décision partagée s'est révélée être un point important à son application dans la pratique. La collaboration interprofessionnelle permet l'implication du patient dans la prise de décision partagée car tous les intervenants communiquent et sont cohérents face au projet de soins. Les infirmiers/ères aimeraient être soutenus par leurs collaborateurs et autres professionnels de la santé. L'infirmier/ère est devenu indispensable dans les soins et acquiert de plus en plus d'autonomie dans ses actes. Ce changement de rôle s'adresse à la formation Master ainsi que Bachelor. La prise de décision partagée devrait être enseignée dans tous les cursus de formation.

Préambule

Nos expériences professionnelles ont mis en évidence des situations dans lesquelles la prise de décision partagée ne semblait pas être un processus respecté. Souvent, le patient manquait d'informations sur les décisions à prendre et le médecin ne donnait pas réellement d'options ou dirigeait fortement le patient sur une solution d'après ses connaissances scientifiques. Celui-ci disposait d'un temps très limité pour faire son choix ou accepter la proposition du médecin. L'infirmier/ère ne prenait aucune position dans le processus.

Ces cas sont-ils généralisés à toute la pratique soignante ? Quel est le rôle de l'infirmier/ère dans cette dyade médecin/patient ? Existe-t-il dans la littérature une marche à suivre permettant au patient d'être réellement impliqué dans la prise de décision ?

Ce questionnement a éveillé notre intérêt à développer nos connaissances sur la prise de décision partagée et sur le rôle infirmier dans ce processus.

Introduction

Le nombre de patients atteints d'une maladie chronique est en constante augmentation et les décisions concernant les soins sont de plus en plus difficiles à prendre face au développement technique et à l'élargissement des possibilités. La fin de l'ère paternaliste, dans laquelle le médecin est le seul décisionnaire, donne aux infirmiers/ères l'opportunité d'élargir leurs compétences et de jouer un rôle indispensable auprès du patient afin de le soutenir dans ses décisions.

La prise de décision partagée est un processus collaboratif dans lequel les patients et les soignants prennent des décisions de santé ensemble basées sur les connaissances scientifiques du soignant et les valeurs et préférences du patient (Chewning et al., 2012). Ce processus permet une gestion réussie des maladies chroniques (De Wit, Kvien, & Gossec, 2015; McCormack et al., 2015; Voshaar, Nota, Van De Laar, & Van Den Bemt, 2015). L'infirmier/ère coach le patient selon un processus bien défini afin d'amener le patient à faire un choix éclairé.

Cependant, sa mise en œuvre continue d'être retardée. Actuellement, les recherches démontrent que moins de la moitié des décisions à prendre sont faites conformément au processus collaboratif entre le patient et l'infirmier/ère établi par les scientifiques.

Le but de cette revue est d'explorer les perceptions des infirmiers/ères sur les obstacles et les facilitateurs du coaching patient soutenant le processus de prise de décision partagée.

Pour que l'infirmier/ère puisse évoluer dans ce nouveau rôle de coach au patient, il a été révélé qu'une formation complète et une collaboration entre les différents soignants sont plus que nécessaires.

Problématique

Le changement de la relation traditionnelle et paternaliste entre le clinicien et la personne vers l'amélioration de l'empowerment et de l'autodétermination de la personne est en route depuis plusieurs décennies. Le droit à l'information a été le premier changement notable dans cette relation. Alors qu'en Suisse seul 10% des personnes atteintes d'un cancer étaient informées de leur diagnostic, 97% d'entre elles l'étaient en 1979 (Robert, 2005). Puis, est apparue la notion de consentement éclairé ou informé, inscrite dans la loi Suisse, qui stipule le contenu et la manière d'informer.

Dans le chapitre intitulé « Droits des patients d'un point de vue matériel », la Confédération a créé un droit au consentement et à l'information que voici :

Un professionnel de la santé ne peut procéder à un traitement qu'avec le consentement de la personne concernée. Il est de plus indispensable que cette personne soit préalablement informée, comme l'indique l'expression « consentement éclairé » (ou informed consent en anglais). Si le patient est incapable de discernement, il faut avoir obtenu le consentement éclairé de la personne habilitée à la représenter. Cette exigence de consentement unanimement reconnue, qui découle des droits fondamentaux, figure dans de nombreuses réglementations fédérales et cantonales, ainsi qu'en droit international. Faute d'un tel consentement, le traitement constitue une violation de la liberté personnelle, qui pourra être poursuivie pénalement en cas d'atteinte à l'intégrité physique. Il peut être dérogé à l'exigence du consentement informé, mais seulement si une base légale le permet, par exemple en cas d'urgence médicale (art. 128 CP) et dans le contexte des mesures de contrainte médicales (art. 434 s. CC) (Confédération Suisse, 2015).

Cet extrait des droits du patient démontre bien l'importance de l'information et du consentement éclairé dans la prise de décision. De plus, un code déontologique pour l'infirmier/ère a été créé afin de respecter quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance (Conseil international des infirmières, 2006). Ce code stipule que l'infirmière doit

transmettre au patient « suffisamment d'informations pour qu'il puisse donner ou non son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devrait recevoir » (Conseil international des infirmières, 2006). Cette phrase fait partie intégrante des prérequis nécessaires pour une prise de décision. L'infirmière doit « assumer une responsabilité personnelle dans l'exercice des soins infirmiers ; à cet égard, elle a des comptes à rendre à la société ; et elle doit maintenir à jour ses connaissances professionnelles par une formation continue » (Conseil international des infirmières, 2006). Ceci montre bien l'importance et la nécessité d'une formation à la prise de décision et une actualisation de ses connaissances dans le but de partager des informations correctes et de soutenir le patient dans le processus. L'infirmière « coopère étroitement avec tous ceux avec lesquels elle travaille, tant dans le domaine des soins infirmiers que dans d'autres domaines » (Conseil international des infirmières, 2006). Ceci est nécessaire afin de collaborer avec le médecin dans le cadre de la prise de décision.

C'est ainsi que les bases légales ont été instaurées.

Il existe de nombreuses décisions que le patient doit prendre durant le cours de sa maladie, les plus importantes étant les décisions en lien avec les traitements. Le médecin informe la personne en lui laissant parfois le choix entre différentes options. Mais, de nombreux traitements sont encore aujourd'hui choisis par le médecin (Gravel, Légaré, & Graham, 2006). Au vu du nombre croissant de personnes souffrant de maladie chronique et de l'importance de la prise de décision partagée dans la prise en charge de ces maladies, certains états, comme le Royaume Uni ou les États-Unis ont été plus loin dans la diminution de l'asymétrie clinicien/patient. Ils préconisent la prise de décision partagée (Shared Decision Making) dans leurs lois et recommandations professionnelles (Frosch et al., 2011; National Health Service, 2008). La prise de décision partagée est un concept de base des soins centrés sur la

personne (McCormack & McCance, 2006), ces derniers étant une dimension centrale pour offrir des soins de qualité (DFI, 2013).

Truglio-Londrigan (2015) a défini la prise de décision partagée comme étant : « un processus dans lequel les patients sont impliqués en tant que partenaires actifs avec le clinicien dans la clarification des options médicales acceptables et dans le choix d'un traitement clinique préféré ». Le rôle de l'infirmier/ère est de préparer le patient à participer aux décisions avec le médecin. Elle doit évaluer les conflits décisionnels des patients et les déficits en matière de connaissance, de valeurs et de soutien. Elle devra également adapter l'aide à la décision aux besoins des patients et fournir des informations basées sur des preuves. Elle doit suivre et faciliter les progrès des patients pour finalement dépister les facteurs influençant la mise en œuvre des décisions (Stacey et al., 2008). Pour l'infirmier/ère il ne s'agit non seulement d'un changement de pratique, mais également un changement de rôle, avec de nouvelles attributions. Ce rôle peut parfois s'appliquer à une infirmière en pratique avancée mais cela est aussi du ressort de l'infirmière Bachelor.

Il est important que le rôle de l'infirmière soit connu de tous. La collaboration interprofessionnelle est une approche importante pour rendre les soins centrés sur la personne effectifs (Johansson, 2013) et ainsi, améliorer les résultats de la santé de la personne comme la qualité de vie (Barnes, Hancock, & Dainton, 2013; Noble, Kelly, Rawlings-Anderson, & Meyer, 2007).

Les étapes de la prise de décision partagée sont : la discussion sur les choix, la discussion sur les options et la discussion sur les décisions (Elwyn et al., 2012). Makoul et Clayman (Oliver et al., 2019) ont édité plus d'étapes afin de clarifier et compléter les phases d'Elwyn et al. (2012). Celles-ci sont : la définition du problème, l'identification des options, la discussion sur les risques et bénéfices, la discussion sur les préférences et valeurs du patient, l'auto-efficacité du patient et de la famille,

les recommandations des infirmières, la compréhension du patient et de la famille, la prise de décision et le suivi.

Aux vues de la complexité du processus de prise de décision partagée, la Joanna Briggs Institute donne des recommandations de bonne pratique la promouvant. Elle englobe différentes étapes et éléments incontournables détaillés dans la théorie de ce travail (Truglio-Londrigan, Slyer T, Singleton K, & Worral S, 2014).

C'est ainsi que les bases théoriques de la prise de décision partagée ont vu le jour. Bien qu'elle fasse l'unanimité autant chez les scientifiques, les éthiciens, les hommes de loi, les professionnels ainsi que chez les patients eux-mêmes, son implémentation et son application dans la pratique doit faire face à de nombreuses barrières (Gravel et al., 2006).

Diverses études ont examiné la pratique de la prise de décision partagée dans différents contextes. Une étude analysant des entretiens avec des patients, réalisés par des infirmières à domicile, démontre que toutes les étapes du processus de prise de décision partagée selon Makoul n'ont pas été complètement respectées (Oliver et al., 2019). La présentation de toutes les options étaient abordées dans 48% des entretiens. Les avantages et les inconvénients étaient présentés dans 32% des visites. Les préférences du patient et de la famille ont été entendues à 60%. Dans 8% des visites, la compréhension du patient et de la famille a été explorée. Dans 22% des entretiens, l'infirmière a évalué les capacités du patient à prendre une décision (Oliver et al., 2019).

Une étude, réalisée avec des patients et des infirmières en chirurgie et en médecine, a examiné le niveau de participation des patients à la prise de décision pendant les soins infirmiers des deux points de vue à l'aide de questionnaires et d'échelles (Kolovos, Kaitelidou, Lemonidou, Sachlas, & Sourtzi, 2015). L'encouragement des patients à participer à leurs soins était présent dans 43,1% des

cas selon la perspective des patients et 42.2% des cas selon la perspective des infirmières. L'explication des décisions déjà prises étaient présente dans 36,7% des cas du point de vue des patients et 31.1% des cas du point de vue des infirmières (Kolovos et al., 2015). Plus de la moitié des patients ont déclaré qu'on ne leur offrait aucune solution de rechange aux soins infirmiers et qu'ils n'avaient pas la possibilité de choisir entre plusieurs solutions. Les patients ont indiqué à 45,6% que leur consentement aux interventions de soins infirmiers n'avait pas été sollicité contrairement au personnel infirmier qui était d'avis qu'il était sollicité plus fréquemment. Il a été jugé que la collaboration entre les patients et les infirmières dans la prise de décision partagée était d'un niveau moyen alors que la majorité des patients et des infirmières ont pensé que la participation des patients à la planification des soins infirmiers était importante (Kolovos et al., 2015).

Dans une étude analysant les consultations infirmières dans le domaine de l'asthme, la vision des infirmières en lien avec la prise de décision partagée a été explorée. Les recherches ont observé que la prise de décision partagée était limitée à donner des informations et sélectionner un inhalateur (Upton et al., 2011). En faisant cela, elles ont manqué l'opportunité de comprendre la vision du patient et de l'inclure dans la prise de décision partagée. Dans sa consultation, l'infirmière essayait de persuader le patient à accepter sa recommandation. Le partenariat, nécessaire à la prise de décision partagée, n'était pas égalitaire (Upton et al., 2011). Les infirmières ont supposé la capacité de certains patients à participer à la prise de décision partagée au lieu de leur demander à quel point ils désiraient prendre part dans le processus. Les infirmières ont déclaré que la prise de décision partagée servait à donner au patient l'illusion du pouvoir (Upton et al., 2011). Elles argumentaient ces propos en expliquant vouloir donner aux patients le meilleur traitement possible. Améliorer le contrôle de l'asthme du patient était plus important que de partager le

pouvoir dans la consultation. Il en ressort de cette étude que les infirmières maintiennent une attitude paternaliste envers les patients (Upton et al., 2011).

Dans une étude appelée « Nurse-led immuotreatment DEcision Coaching In people with Multiple Sclerosis (DECIMS) », les résultats ont démontré que les patients atteints de sclérose en plaque recevant un coaching de l'infirmière dans une approche de prise de décision éclairée se sentaient mieux préparés et informés pour la consultation médicale (Rahn et al., 2018).

Dans l'étude de Truglio-Londrigan M. (2015), les manières et l'attitude de l'infirmière avaient une grande importance. Si celle-ci était engagée dans la conversation, centrée sur le patient, empathique et créant un environnement confortable, le patient se sentait plus à l'aise et en confiance, ainsi, plus enclin à communiquer ses idées et à participer à la prise de décision partagée (Truglio-Londrigan, 2015). Le patient comptait sur l'infirmière pour être professionnelle, bien informée, claire, calme, disponible et transparente. Tout ceci avait pour conséquence d'augmenter la confiance du patient (Truglio-Londrigan, 2015). Si l'infirmière mettait en place un partenariat et explorait ce qui pouvait améliorer la situation, cela permettait au patient d'avoir une part active dans la prise de décision (Truglio-Londrigan, 2015). Si l'infirmière reconnaissait le besoin d'information du patient et qu'elle lui présentait toutes les options et résultats possibles, cela créait un sentiment de contrôle pour le patient et une relation équilibrée (Truglio-Londrigan, 2015). Les patients décrivaient que lorsqu'ils eurent une expérience de prise de décision partagée, ils exigeaient par la suite du respect, de l'écoute et une façon de communiquer où leur opinion était prise en compte. Ils cherchaient des infirmières favorisant la prise de décision partagée (Truglio-Londrigan, 2015).

Le rôle infirmier s'inscrit dans le contexte actuel où il y a un élargissement des possibilités concernant les traitements et les innovations techniques disponibles, ce

qui entraîne une augmentation des options (Stacey et al., 2008). Dans certains cas, le patient aimerait être proactif dans sa prise en charge. Cependant, si les avantages et les inconvénients des différentes options ne sont pas clairs, il y a un conflit décisionnel. Celui-ci est amplifié par le manque de connaissances, des attentes irréalistes, des valeurs personnelles imprécises et un soutien inadéquat dans la prise de décision (Stacey et al., 2008). Des études indiquent que les professionnels de la santé ne sont pas nécessairement à l'aise pour faire participer activement les patients à la prise de décision. Ils ne reconnaissent pas toujours les conflits décisionnels et ils concentrent leurs interventions principalement sur la communication d'informations sans tenir compte des valeurs ou des préférences des patients (Stacey et al., 2008).

Question de recherche

Cet état des savoirs amène la question de recherche allant guider cette revue de littérature :

Quelle est la perception des infirmiers/ères sur les obstacles et les facilitateurs du coaching patient soutenant le processus de prise de décision partagée dans un contexte de soins chroniques chez l'adulte ?

Cadre théorique

Une Cmap conceptuelle permettant de réunir tous les concepts guidant cette revue de littérature a été créée par les auteures afin d'avoir une vue d'ensemble du cadre théorique. Celle-ci se trouve en appendice E.

Framework for person-centred nursing

Le travail est guidé par un cadre de référence qui est la théorie intermédiaire nommée « cadre de travail des soins infirmiers centrés sur la personne » ou « Framework for person-centred nursing » (McCormack & McCance, 2006). Un élément central de cette théorie est la prise de décision partagée. Cette théorie se compose de quatre cercles influençant les résultats des soins centrés sur la personne : les prérequis, l'environnement de soin, les résultats escomptés et le processus centré sur la personne (Figure 1) (McCormack & McCance, 2006). Ceux-ci permettent d'améliorer les résultats de soins suivants : la satisfaction du patient, son engagement dans les soins, un état de bien-être et une alliance thérapeutique.

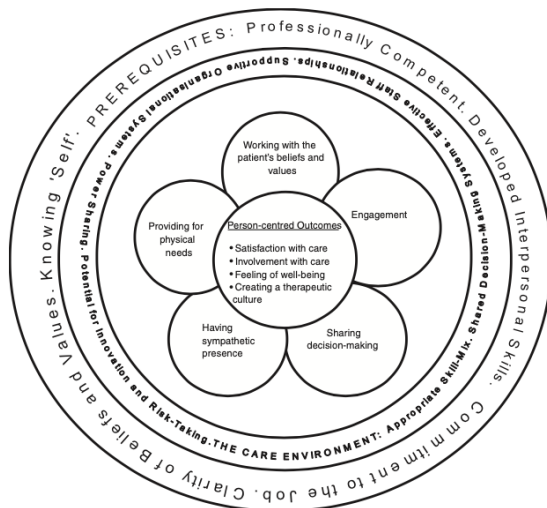


Figure 1. The person-centred nursing framework.

(McCormack & McCance, 2006)

Les prérequis identifiés par cette théorie, comme nécessaires à l'infirmière pour exercer des soins centrés sur la personne, sont le résultat de plusieurs travaux de recherches. Les connaissances, aptitudes et attitudes sont nécessaires aux infirmières pour avoir les compétences dans les quatre domaines suivants : les compétences professionnelles à prendre des décisions et à prioriser les soins, l'engagement dans le travail, la clarté dans ses croyances et ses valeurs et une bonne connaissance de soi-même (McCormack & McCance, 2006).

L'environnement de soin influençant les soins centrés sur la personne se compose du contexte des soins, de la culture du milieu de travail, de la qualité du leadership infirmier et de l'utilisation de multiples sources de preuves évaluant la qualité des soins (McCormack & McCance, 2006).

Les résultats escomptés comprennent la satisfaction et la participation du patient aux soins, le bien-être du patient et la création d'un environnement idéal à la prise de décision partagée (McCormack & McCance, 2006).

Pour mettre en pratique le processus de soins centrés sur la personne, l'infirmier/ère doit y intégrer cinq activités simultanément. La première est de travailler en fonction des valeurs et des croyances du patient. Ceci permet de développer une image claire de ce que le patient apprécie et de savoir ce qu'il comprend de sa situation (McCormack & McCance, 2006). La deuxième est l'engagement dans le processus, qui reflète la qualité de la relation entre l'infirmière et le patient. L'engagement peut être total, partiellement désengagée ou complètement désengagé (McCormack & McCance, 2006). La troisième est la présence éthique qui signifie l'empathie démontrée à l'égard du patient et la prise en compte de l'individualité de celui-ci (McCormack & McCance, 2006). La quatrième est la satisfaction des besoins physiques qui est très importante afin de respecter les besoins du patient (McCormack & McCance, 2006). Finalement, il y a la prise de

décision partagée qui facilite la participation des patients en leur donnant les informations adéquates quant aux options de soin. Ceci permet d'élaborer une base légitime de prise de décision (McCormack & McCance, 2006). Les soignants contribuent à faciliter la participation des patients en adoptant un rôle, pour l'infirmière, de coach décisionnel.

Knowledge development in nursing

Les prérequis de la théorie des soins centrés sur la personne se constituent des compétences infirmières (McCormack & McCance, 2006). Celle-ci sont guidées par un cadre théorique appelé « Knowledge development in nursing » (Chinn & Kramer, 2018). Ses auteurs soutiennent l'idée que l'infirmière offre au patient une prise en charge de qualité en développant sa pratique professionnelle grâce à des savoirs émanant de sources différentes : empiriques, esthétiques, éthiques, personnels et émancipatoires.

Le savoir empirique découle des savoirs produits par les recherches scientifiques basées sur des observations empiriques du monde naturel, la compréhension empirique de l'expérience humaine et les jugements que l'on porte sur les observations et les perceptions (Chinn & Kramer, 2018).

Le savoir esthétique est la connaissance et la compréhension de la personne dans sa singularité. Il permet d'identifier les attentes et les besoins du patient en fonction de sa situation (Chinn & Kramer, 2018).

Le savoir éthique est composé de normes, de valeurs et de standards. Les infirmières doivent connaître le code éthique afin d'agir moralement et de viser le bien-être du patient. Les décisions prises seront le fruit d'un raisonnement moral, responsable et partagé avec le patient (Chinn & Kramer, 2018).

Le savoir personnel est basé sur la connaissance de soi-même et la conscience d'être en relation avec d'autres personnes. Il permet l'ouverture de l'infirmière aux autres et est au centre de la relation thérapeutique (Chinn & Kramer, 2018).

Le savoir émancipatoire est le résultat d'une analyse critique des influences de la société et des liens entre les contextes sociaux et politiques qui permettent l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes (Chinn & Kramer, 2018).

L'infirmière mobilise tous ces savoirs en les combinant afin de prendre en charge une situation de soins de manière efficace, sécuritaire et satisfaisante. Ils sont nécessaires à la mise en place des soins centrés sur la personne et sont essentiels à la pratique du processus de prise de décision partagée.

Décision partagée

Elwyn et al. (2012) ont détaillé trois étapes dans la prise de décision partagée idéale.

La première étape est la discussion sur les choix. Il est ici question d'informer le patient qu'une décision devra être prise selon plusieurs options et que sa participation dans le choix est importante (Elwyn et al., 2012).

La seconde étape se nomme la discussion sur les options. Elle consiste à fournir des informations détaillées sur les interventions possibles tels que les avantages, les inconvénients et les résultats escomptés (Elwyn et al., 2012).

La troisième est la discussion sur les décisions. Le professionnel doit prendre en compte les préférences et valeurs du patient afin de prendre une décision partagée (Elwyn et al., 2012).

Parfois, le patient a besoin d'un temps de réflexion avant de prendre la décision définitive. Un deuxième rendez-vous sera nécessaire (Stiggelbout, Pieterse, & Haes, 2015).

Makoul et Clayman ont détaillé ces trois étapes en neuf étapes.

- Définition du problème : permet au patient ou aux proches de définir et expliquer le problème à traiter (Oliver et al., 2019)
- Identification des options : doivent être expliquées afin que le patient et la famille puissent être au courant de toutes les possibilités (Oliver et al., 2019)
- Discussion sur les risques et les bénéfices : les inconvénients, les risques et les avantages sont abordés (Oliver et al., 2019)
- Discussion des préférences et valeurs du patient : permet de clarifier ses préoccupations et ses idées (Oliver et al., 2019)
- Auto-efficacité du patient et de la famille : contient une discussion de la capacité du patient, de son auto-efficacité et du suivi d'un plan afin de déterminer la viabilité des options (Oliver et al., 2019)
- Recommandations des infirmières : les connaissances infirmières sont partagées au patient en fonction du contexte (Oliver et al., 2019)
- Compréhension du patient et de la famille : permet de déterminer le niveau de compréhension du patient de la situation (Oliver et al., 2019)
- Prise de décision : peut prendre du temps et donc nécessiter un autre entretien (Oliver et al., 2019)
- Suivi : l'infirmière l'organise afin de suivre les résultats de la décision prise ou pour prendre une décision différée (Oliver et al., 2019)

Ces étapes permettent d'améliorer le processus de prise de décision partagée, notamment en veillant à ce que les patients et les familles comprennent le plan de soins et se sentent à l'aise pour le mettre en œuvre. Le personnel soignant peut bénéficier d'une compréhension claire d'un processus de prise de décision partagée plus structuré et d'outils utiles tel que le retour d'expérience. Le défi du modèle de Makoul est d'utiliser tous les éléments en temps utile (Oliver et al., 2019).

Suivant les résultats d'une revue de littérature de 2014, la Joanna Briggs Institute donne des recommandations de bonne pratique promouvant la prise de décision partagée. Elles sont :

- Les patients et les prestataires doivent continuellement réfléchir aux expériences passées et actuelles, tout en partageant honnêtement leurs connaissances, leurs idées et leur ressenti pour parvenir à une prise de décision partagée (Truglio-Londrigan et al., 2014).
- Les patients et les soignants devraient connaître leurs propres attitudes et croyances concernant le pouvoir, le déséquilibre des pouvoirs et le partage du pouvoir (Truglio-Londrigan et al., 2014).
- Les patients et les soignants devraient participer à une évaluation comme s'il s'agissait d'une faveur partagée, où les fournisseurs de soins de santé recueillent des renseignements pour arriver à connaître les besoins, les désirs et les souhaits individuels de leurs patients et où les patients se sentent à l'aise de partager des renseignements (Truglio-Londrigan et al., 2014).
- Les soignants devraient identifier les obstacles potentiels de la prise de décision partagée durant l'évaluation et intégrer des stratégies afin d'éliminer ces obstacles (Truglio-Londrigan et al., 2014).
- Les soignants devraient fournir une éducation à leurs patients afin qu'ils aient les informations nécessaires pour entrer dans le processus de prise de décision partagée (Truglio-Londrigan et al., 2014).
- Les organisations de soins de santé devraient offrir des programmes d'enseignement qui influenceront les compétences et les aptitudes des soignants en ce qui concerne la prise de décision partagée. Les programmes développés devraient mettre l'accent sur ce qu'est la prise de décision partagée et son processus, le développement relationnel, la communication,

la variété d'examens qui peut être requis, la pratique réflexive et la négociation. Ces programmes serviront à renforcer la prise de décision partagée comme l'un des modèles de prise de décision évident dans la pratique (Truglio-Londrigan et al., 2014).

- Les organisations de soins de santé devraient fournir du soutien pour les soignants tels que des consultations si des problèmes moraux ou éthiques apparaissent (Truglio-Londrigan et al., 2014).
- Les soignants devraient fournir une éducation centrée sur la personne, un soutien, et un coaching au patient qui pourrait souhaiter une participation active dans la prise de décision partagée mais qui ne possède pas de compétences (Truglio-Londrigan et al., 2014).

Coaching décisionnel

Pour mieux comprendre le processus de prise de décision partagée, il est nécessaire de définir le rôle du médecin, celui du patient et celui du coach (infirmier/ère Master ou Bachelor) lors de la prise de décision partagée. Le médecin identifie les options cliniquement possibles en fonction des besoins du patient, dépiste les conflits décisionnels, dissuade le patient de prendre certaines décisions, fournit un premier soutien et, si besoin, oriente le patient vers un soutien à la décision. Il s'occupe des patients au point ultime de la prise de décision (Stacey et al., 2008). Le rôle du patient est de partager ses valeurs et ses priorités personnelles. De cette façon, il sera plus simple pour lui de prendre une décision adéquate. S'il lui est facile de choisir parmi les options, le praticien de première ligne sera suffisant. Dans le cas contraire, un coach en prise de décision partagée lui sera adressé (Stacey et al., 2008). Le rôle du coach décisionnel est de guider les patients dans le processus de décision partagée. Le coach doit évaluer les conflits décisionnels des patients et les

déficits en matière de connaissance, de valeurs et de soutien. Il devra également adapter l'aide à la décision aux besoins des patients et fournir des informations basées sur des preuves. Le coach doit suivre et faciliter les progrès des patients pour finalement dépister les facteurs influençant la mise en œuvre des décisions (Stacey et al., 2008).

Les compétences nécessaires à l'encadrement des décisions se font en trois étapes : l'exposition, l'immersion et la compétence. Durant la première étape, l'infirmier/ère prend conscience des rôles interprofessionnels dans l'aide à la décision ainsi que des conflits décisionnels et des facteurs modifiables. Il agit de manière professionnelle à l'égard de la participation du patient dans le processus. Dans la deuxième étape, l'infirmier/ère participe à des activités éducatives. Il fournit un encadrement décisionnel avec des jeux de rôle ou des patients simulés. Ainsi, il peut intégrer le coaching décisionnel dans la pratique clinique et participer à une approche interprofessionnelle de soutien à la prise de décision partagée. Dans la troisième étape, l'infirmier fournit un accompagnement décisionnel de qualité et établit des mécanismes pour faciliter le coaching décisionnel. Il est un modèle de rôle et de mentor pour les entraîneurs à la prise de décision partagée (Stacey et al., 2008).

Concepts

Le partenariat est un concept clé dans la prise de décision partagée. Celle-ci suppose une relation de collaboration entre l'infirmier/ère, le médecin et le patient. Le partenariat est défini comme étant : « l'association d'une personne, de ses proches, des infirmières, qui reconnaissent leurs expertises et leurs ressources réciproques dans la prise de décision par consensus visant la réalisation du projet de vie de la personne. Le partenariat s'actualise par l'approbation de compétences nécessaires menant à l'auto-détermination de chacun » (Luethi & Gallant, 2012). L'origine de ce

concept vient de l'éthique du droit du patient. Le patient a le droit et le devoir de participer à la planification et la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. L'infirmier/ère est un expert de santé qui aide le patient à faire des choix dans les soins qui lui sont destinés (Luethi & Gallant, 2012). Ceci va permettre au patient d'être acteur de sa santé de d'avoir un contrôle plus important sur celle-ci. De ce concept découle les concepts d'autonomie, d'empowerment, d'auto-efficacité et d'autogestion.

L'autonomie définit « la possibilité pour une personne d'effectuer sans aides les principales activités de la vie courante qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement » (Warchol, 2012). L'autonomie intègre l'idée que l'homme détermine lui-même ses propres règles de conduite. Une personne autonome peut alors prendre une décision en connaissant les risques et les conséquences tout en étant responsable. L'infirmier/ère pourra transmettre toutes les informations transmises par le médecin de façon compréhensible pour le patient afin d'accroître son autonomie. Elle permet au patient de donner son consentement ou non à un soin (Warchol, 2012). En favorisant ce choix, le patient aura plus de pouvoir sur le contrôle de sa vie.

L'empowerment est défini comme « un processus de développement et d'acquisition d'un plus grand contrôle ou pouvoir sur sa vie, sa santé » (Gagnon, 2012). Ce concept résulterait d'un processus d'aide permettant à une personne de prendre sa situation en main, d'agir de son propre gré afin d'atteindre un plus grand contrôle de sa vie. Les interventions de soins doivent encourager les personnes dans le processus de prise de contrôle (Gagnon, 2012).

L'auto-efficacité se définit comme étant « le jugement d'une personne de ses capacités à accomplir des tâches ou des objectifs spécifiques » (Mélicha Lavoie, 2012). Si une personne a une bonne auto-efficacité, elle pourra mieux faire face aux

diverses demandes. L'infirmier/ère va amener la personne à développer des croyances plus positives de son efficacité personnelle (Mélissa Lavoie, 2012). Ceci va permettre à la personne malade de mieux gérer sa maladie chronique.

L'autogestion décrit la participation active des patients dans leur traitement. Elle se définit comme « l'apprentissage et la mise en pratique des compétences nécessaires pour pouvoir exercer une vie active et émotionnellement satisfaisante dans une situation de maladie chronique » (Chouinard, 2012). L'infirmier/ère va soutenir l'autogestion du patient.

Méthode

Introduction

Afin de répondre à la question de recherche de ce travail de Bachelor en soins infirmiers intitulé : « Obstacles et facilitateurs au coaching infirmier auprès des personnes lors de la prise de décision partagée durant le parcours de la maladie chronique : perception des infirmiers/ères », une revue de littérature a été rédigée. Le choix des études se concentre sur celles rapportant la perception et l'expérience des infirmiers/ères sur les obstacles et les facilitateurs de la prise de décision partagée. La population concerne les infirmiers/ères de différents milieux de soins. Le contexte touche les adultes souffrant d'une maladie chronique ayant recours à des soins et faisant l'expérience d'une prise de décision partagée. Le phénomène d'intérêt étant le coaching patient soutenant la prise de décision partagée.

Critères d'éligibilité, limites, filtres

La recherche scientifique a été ciblée grâce aux critères d'inclusion et aux limites suivantes (Figure2):

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie chronique • Patients adultes • Infirmiers et infirmières s'exprimant sur leur expérience de la prise de décision partagée • Processus de prise de décision partagée • Étude descriptive qualitative ou mixte • Coaching décisionnel/patient • Obstacles et facilitateurs • Perception
Limites	<ul style="list-style-type: none"> • Anglais, français • < 10 ans

Figure 2. Tableau des critères d'inclusion et limites

Processus de recherche et sélection d'articles

Les recherches des articles à analyser pour répondre à la question de recherche ont débuté le 11 mai 2020 et se sont achevées le 15 mai 2020. Les bases de données consultées étaient PubMed, CINAHL, JBI et UpToDate en utilisant le tableau de termes MeSH présent dans l'appendice A : shared decision, nursing, nurse, chronic disease, coaching, nurse-led coaching, barriers, facilitators. Il a fallu faire différentes associations des termes MeSH et en éliminer certains pour que la recherche aboutisse à un nombre d'articles satisfaisant. L'équation de recherche faite sur Cinhal permettant l'obtention des six articles, équivalents au nombre requis selon les directives de ce travail de Bachelor, se trouve en appendice B. Le diagramme de flux (Figure 3) explique le triage des articles de recherche. Pour la recherche de cette revue, 35 références ont été identifiées par la recherche sur la base de données Cinhal. Aucune autre source n'a été utilisée. Cinq doublons ont été éliminés. Cinq références ont été exclues car elles contenaient des critères d'exclusion tels que le contexte pédiatrique ou la revue de littérature. Les titres des articles restants ont été des facteurs favorables ou non à la lecture de leur résumé. Dix résumés ont été lus. Huit articles ont été évalués en texte intégrale pour leur éligibilité. Deux d'entre eux ont été exclus car ils ne correspondaient finalement pas aux critères d'inclusion de cette étude. Ainsi, quatre études ont été incluses dans la synthèse qualitative, une étude dans la synthèse quantitative et une étude dans la synthèse quantitative mixte.

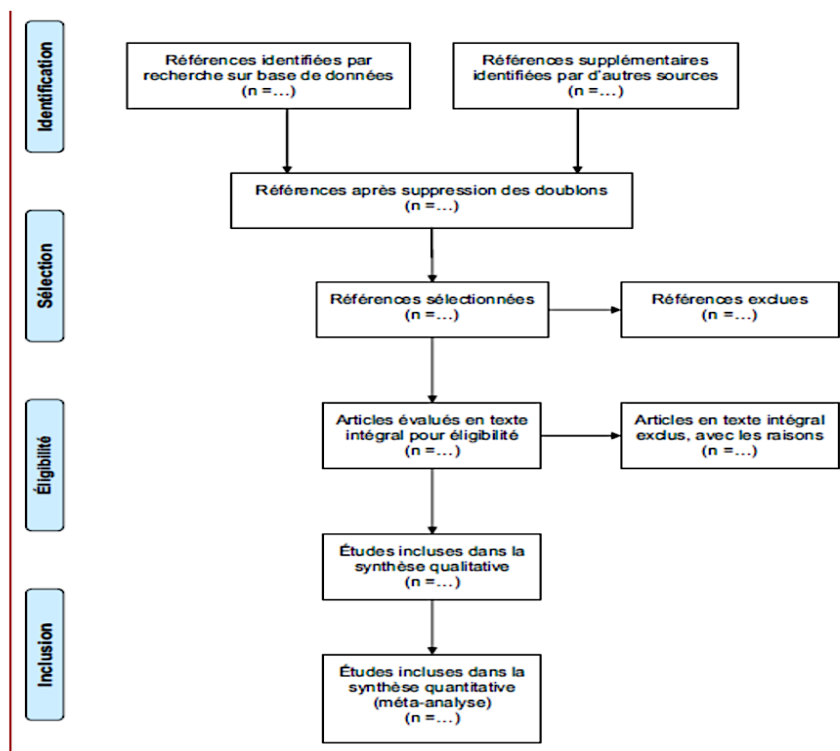


Figure 1. Traduction française originale du diagramme de flux PRISMA 2009.

Figure 3. Diagramme de flux

(Prisma, 2009)

Extraction des données et évaluation de la qualité des études

Les articles ont été résumés et analysés par les deux auteures simultanément en obtenant des compromis pour chaque étape de remplissage des grilles tirées du livre de Fortin et Gagnon (2016), voir appendice C et D. La grille de résumé a permis d'avoir une vue d'ensemble de chaque article en y synthétisant les points clés. La grille d'analyse critique a permis de vérifier la fiabilité des articles. Toutes les grilles complétées ont été corrigées et discutées avec la directrice du travail de Bachelor afin de juger de la validité interne des études. Un tableau récapitulatif de celles-ci a été créé pour synthétiser le contenu des articles (Figure 4). Les résultats des articles ont été discutés et ont subi une première catégorisation par les auteures et la directrice du travail de Bachelor.

Résultats

Description des articles

Cette revue de littérature utilise quatre études qualitatives, une étude quantitative mixte et une étude quantitative. Ces devis ont permis de récolter la perception et l'expérience des soignants quant aux divers obstacles et facilitateurs au coaching infirmier durant le processus de prise de décision partagée. Les divers verbatims présents dans les résultats des différentes recherches ont permis d'enrichir le contenu de cette revue. Les études présentées ont été réalisées entre 2013 et 2019.

Dans les études qualitatives, l'échantillon variait de 19 à 31 soignants dont 2 à 30 infirmiers/ères. Ces études comprenaient différents environnements de soins chroniques tels que des patients en maison de retraite en Italie et aux Pays-Bas (Mariani, Vernooij-Dassen, Koopmans, Engels, & Chattat, 2017), des patients en hôpital et en ambulatoire dans la région du Midwest des États-Unis (McCarter et al., 2016), des patients de huit hôpitaux des Pays-Bas (Savelberg et al., 2019) et des patients en hôpital et dans les soins primaires en Australie (Chong, Aslani, & Chen, 2013). Dans ces quatre études, les récoltes de données se sont faites par l'intermédiaire d'entretiens enregistrés menés par les soignants avec leurs patients et d'interviews menées par les chercheurs auprès des soignants et des patients. Trois articles respectent les considérations éthiques requises pour une étude qualitative. Ils respectent l'anonymat et les données personnelles tout en demandant un consentement écrit aux participants (Chong et al., 2013; McCarter et al., 2016; Savelberg et al., 2019). Ces trois études ont reçu une approbation éthique de divers comités d'éthique. Une étude ne fait pas mention de ces considérations (Mariani et al., 2017).

Dans l'étude quantitative mixte (Lenzen, Daniëls, van Bokhoven, van der Weijden, & Beurskens, 2018), l'échantillon se composait de 15 infirmières praticiennes dans un contexte de soins chroniques aux Pays-Bas. La récolte de données a été faite

quantitativement par l'intermédiaire d'un questionnaire et d'enregistrements de consultations entre l'infirmière et le patient. La récolte de données qualitative s'est faite par des entretiens individuels d'infirmières et de patients ainsi que par des groupes de discussion entre infirmières. Cet article a respecté les considérations éthiques en demandant le consentement des patients et par approbation d'un comité d'éthique.

Dans l'étude quantitative (Chung, Juang, & Li, 2019), l'échantillon se composait de 422 professionnels de la santé dont 248 infirmiers/ères. Elle se déroulait dans un contexte hospitalier à Taïwan. La récolte de données s'est faite à l'aide d'un questionnaire. Les considérations éthiques ont été respectées conformément à la déclaration d'Helsinki (Chung et al., 2019).

La qualité de toutes ces études a été évaluée par le biais d'une grille de résumé (Appendice C) et d'une grille d'analyse (Appendice D) remplies par les deux auteures simultanément et validées par la directrice du travail de Bachelor (Fortin & Gagnon, 2016). La Figure 4 présente une synthèse des articles analysés.

Titre, auteurs	But de la recherche	Devis	Echantillon	Méthode	Principaux résultats
Mariani, E., Vernooij-Dassen, M., Koopmans, R., Engels, Y., & Chattat, R. (2017).	L'objectif principal de l'étude est d'identifier les obstacles, les facilitateurs et les facteurs influençant la mise en œuvre de la PDP pour la planification des soins dans deux maisons de retraites.	Devis qualitatif exploratif	19 soignants dont 13 assistants de santé, 2 infirmiers, 2 assistants d'activité, 1 directeur des soins infirmiers, 1 physiothérapeute	Entretiens avec les patients et les soignants enregistrés, transcription des entretiens	Liés à l'infirmière : communication et soutien entre collègues, approche, multidisciplinaire, compétences communicationnelles Liés au patient : statut cognitif, attitude des aidants familiaux et leur implication, aspect émotionnel des aidants familiaux, culture des patients et de leurs proches Liés au contexte : jeux de rôle techniques utiles pour apprendre, obstacle de temps, personnel disponible, plan de travail ajusté, environnement adéquat, politique de l'institution, soutien de la direction, manque de financement, réglementations organisationnelles
Savelberg, W., Boersma, L. J., Smidt, M., Goossens, M. F. J., Hermanns, R., & van der Weijden, T. (2019).	Explorer les expériences, les questions et les préoccupations des professionnels des équipes qui ont utilisé le programme d'implémentation à la PDP.	Devis qualitatif descriptif	27 soignants dont 9 chirurgiens du cancer du sein, 11 infirmières praticiennes, 7 infirmières spécialisées	Bandes audios d'entretiens entre patients et soignants. Interviews avec les soignants	Liés à l'infirmière : vision commune dans l'équipe, attitude positive pour PDP, compréhension du modèle de PDP, expérience professionnelle, attitude critique pour PDP, penser que le tumor board a choisi le bon traitement, penser que le patient peut choisir un traitement inférieur, augmentation de la complexité des soins, manque de connaissances, utilisation de l'ADP comme une fin plutôt qu'un moyen, doute de l'applicabilité en oncologie, considérer les croyances et valeurs du patient, se sentir incompetent. Liés au patient : patient vulnérable, fragile, faible intellectuellement

					Liés au contexte : coût supplémentaire sans revenu supplémentaire, formation, coaching
McCarter, S. P., Tariman, J. D., Spawn, N., Mehmeti, E., Bishop-Royse, J., Garcia, I., ... Szubski, K. (2016).	Le but de cette recherche est d'identifier les obstacles et les promoteurs pour les infirmières à la participation dans la prise de décision partagée dans le choix d'un traitement anticancéreux.	Devis qualitatif et descriptif	30 infirmières dont 19 infirmières en oncologie et 11 praticiennes en oncologie	Entretiens en salle de conférence menés par le chercheur principal, enregistrés et retranscrits	Liés à l'infirmière : manque d'uniformité des normes de la pratique standard, manque d'expérience professionnelle, manque d'autonomie, évaluation de l'infirmière sur la PDP, connaissances des pathologies, traitements, valorisation de l'infirmière Liés au patient : manque de préparation émotionnelle et mentale à participer à la PDP, préférence d'un médecin dans le processus Liés au contexte : exigence de la supervision d'un médecin, rôle mal défini pour l'infirmière, manque de formation, manque de structure, loi fédérale empêchant l'infirmière d'initier une nouvelle pratique ou thérapie, couverture d'assurance, manque de supports et de ressources, approche multidisciplinaire d'équipe
Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013).	Le but de cet article est de présenter des données qualitatives sur les obstacles et les facilitateurs perçus de la PDP et de la collaboration interprofessionnelle par des prestataires de soins de santé mentale.	Devis qualitatif exploratif	31 professionnels de la santé dont 4 psychiatres, 4 médecins généralistes, 11 pharmaciens, 7 infirmières en psychiatrie, 5 autres thérapeutes	Entretiens entre soignants et patients enregistrés et retranscrits	Liés à l'infirmière : adaptation des informations pour le consommateur, se poser des questions sur la capacité du consommateur à prendre une décision, motivation et volonté de s'engager dans la PDP, intérêt réel pour le point de vue du consommateur, empathie, connaissances et compétences communicationnelles et interpersonnelles, contradictions et recommandations différentes de la part de plusieurs soignants Liés au patient : manque de capacités cognitives, manque de perspicacité, paranoïa, stigmatisation sociale liée à la maladie mentale, déni de la maladie, croyances religieuses et culturelles, désir et intérêt à participer à la PDP, connaissance de la maladie et des traitements, avoir des options de traitement pour participer à la PDP, fournir des infos et de la psychoéducation au patient, participation des proches aidants, éducation de la famille Liés au contexte : groupe d'éducation encourageant la participation, relation asymétrique entre soignant et patient, temps, disponibilité d'outils, approche interprofessionnelle, opportunité aux consommateurs de s'engager, prestataire de soins régulier
Lenzen, S. A., Daniëls, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2018).	Examiner comment notre approche (axée sur le soutien du personnel infirmier pour l'encadrement des patients dans la prise de décision partagée sur les objectifs et les actions) fonctionne dans la pratique.	Devis mixte quantitatif et qualitatif	15 infirmières praticiennes	Questionnaire sur la PDP, cassettes audios de consultation, interview avec des infirmiers et les patients	Liés à l'infirmière : difficultés de s'écarter du protocole médical, vivre l'approche comme une tâche supplémentaire, peur du manque de compétences, peur de s'écarter du sujet, peur de ce que le patient pourrait penser Liés au patient : difficile si nouveau patient Liés au contexte : manque de temps, manque de formation et encadrement, aides au soignant difficiles à utiliser, méthode différente du travail habituel, soutien de l'équipe interdisciplinaire
Chung, M. C., Juang, W. C., & Li, Y. C. (2019).	Cette étude vise à explorer la perception de la PDP par les professionnels de la santé.	Devis quantitatif descriptif	422 professionnels de la santé dont 56 médecins, 15 pharmaciens, 248 infirmiers/ères, 81 autres	Questionnaire conçu selon le modèle CAC	Liés à l'infirmière : manque de connaissances, manque d'expérience pratique, désir de pratiquer la PDP, peur des aléas que peut provoquer le processus, temps d'activité, connaissances Liés au contexte : manque de temps, difficulté à développer des ADP, manque d'ADP, type d'hôpital, type de service

Figure 4. Tableau récapitulatif des études

Présentation des données

Les auteures de cette revue de littérature et la directrice du travail de Bachelor ont fait une première catégorisation des résultats selon trois thèmes : obstacles et facilitateurs à la prise de décision partagée liés à l'infirmier/ère, liés aux patients, liés au contexte.

Obstacles et facilitateurs liés à l'infirmier/ère / l'équipe interprofessionnelle

Les obstacles et les facilitateurs à la prise de décision partagées liés à l'infirmier/ère sont séparés en trois catégories : la collaboration interdisciplinaire, ses compétences et ses croyances/attitudes.

Selon les infirmiers/ères de l'étude de Mariani et al. (2017), la communication qui permet de partager sa compréhension sur le projet de soins et le soutien entre collègues favorisent l'accomplissement des tâches. Ainsi, la collaboration en équipe et une approche multidisciplinaire facilitent la réalisation du projet de soins et l'implication des résidents et des familles dans la prise de décision partagée (Mariani et al., 2017). Les infirmières de l'étude de McCarter et al. (2016) partagent l'idée que l'approche multidisciplinaire augmente la participation à la prise de décision partagée (McCarter et al., 2016). Les participants de l'étude de Savelberg et al. (2019) soutiennent que l'attitude de l'équipe à l'égard de la prise de décision partagée et de l'aide décisionnelle au patient dépend d'une vision commune dans l'équipe et de l'expérience professionnelle. La plupart des soignants ont considéré la prise de décision partagée comme un processus d'équipe où chacun est responsable de la réaliser (Savelberg et al., 2019). Les soignants de l'étude de Chong et al. (2013) déclarent qu'une approche interprofessionnelle dans la prestation des soins facilite l'implication du consommateur dans la prise de décision partagée. Malgré cela, certains prestataires se préoccupent d'avoir des recommandations différentes ou

contradictaires pouvant semer la confusion chez le consommateur et ainsi nuire à sa confiance (Chong et al., 2013). Certains prestataires de soins décrivent le manque d'intérêt des médecins quant au rôle de l'infirmière dans le coaching en santé comme un obstacle. Les infirmières aimeraient plus d'échanges avec leurs collègues et les médecins afin de se sentir plus soutenues (Lenzen et al., 2018).

Les participants de l'étude de Mariani et al. (2017) décrivent les compétences communicationnelles comme indispensables et que la communication non verbale est très importante pour les résidents atteints de démence (Mariani et al., 2017). Le manque de compétences et d'expérience professionnelle sur la mise en œuvre du processus de prise de décision partagée influence négativement sa réalisation (McCarter et al., 2016). Cet article souligne le besoin de bonnes connaissances de la maladie et des traitements afin de mieux participer à la prise de décision partagée (McCarter et al., 2016). Dans l'étude de Salveberg et al. (2019), les soignants ayant une mauvaise utilisation et manquant de connaissances sur l'aide décisionnel aux patients ont eu des attentes inexactes qui, de ce fait, ont limité l'implémentation de la prise de décision partagée. Selon eux, cela a engendré une utilisation du processus comme une discussion des choix et des options uniquement (Savelberg et al., 2019). Pour les infirmières ayant participé à l'étude de Chong et al. (2013) avoir de bonnes compétences communicationnelles et interpersonnelles est important. Continuer son développement professionnel dans le domaine de la santé mentale est utile pour mieux s'engager avec les consommateurs dans les soins primaires (Chong et al., 2013). Le processus de prise de décision partagée a été influencé négativement par les soignants qui ont eu peur de s'écarter du sujet principal de la discussion avec le patient et de ne plus avoir assez de compétences pour continuer (Lenzen et al., 2018). Un facilitateur au processus, pour les participants, est une bonne connaissance de la théorie du changement de comportement d'un patient (Lenzen et

al., 2018). Chung et al. (2019) démontrent que 38.25% des difficultés à pratiquer la prise de décision partagée sont liées au manque de connaissance et à 32.25% au manque d'expérience pratique.

Dans l'article de McCarter et al. (2016), les infirmières pensent que si elles se sentent valorisées, elles seront plus susceptibles à participer à la prise de décision partagée. Si elles mettent de la valeur à la participation dans la prise de décision partagée, elles seront plus impliquées dans le processus (McCarter et al., 2016). Dans l'étude de Savelberg et al. (2019), certains soignants ont eu une attitude critique envers la prise de décision partagée en estimant que le tumor board avait déjà pris la meilleure décision possible pour le patient et que l'impliquer pourrait conduire à un choix de traitement inférieur. Ceci influence négativement l'implication des soignants dans le processus. L'attitude positive des soignants envers l'aide décisionnelle au patient permettait une participation active du patient dans le processus (Savelberg et al., 2019). Les soignants qui considéraient comme important la prise en compte des valeurs, des préférences et des préoccupations du patient réalisaient un meilleur processus de prise de décision partagée (Savelberg et al., 2019). Un obstacle était le doute des soignants quant à l'applicabilité de la prise de décision partagée dans le domaine oncologique (Savelberg et al., 2019). Le dernier obstacle de cet article était de considérer le patient comme étant vulnérable, fragile ou faible intellectuellement. Cela résultait en une attitude plus paternaliste des soignants (Savelberg et al., 2019). Selon les participants de l'étude de Chong et al. (2013), la volonté de s'engager dans une prise de décision partagée avec le consommateur est un facilitateur important. Une attitude et un comportement collaboratif caractérisé par un intérêt réel pour le point de vue du consommateur, une empathie pour leurs besoins et la volonté de fournir une discussion honnête sur les effets secondaires des traitements, permettaient de développer une relation thérapeutique nécessaire à la prise de

décision partagée (Chong et al., 2013). Dans l'étude de Lenzen et al. (2018), les soignants, ayant trouvé dur de s'éloigner du protocole médical car considéré comme plus important et ayant vécu l'approche comme très différente de leur méthode de travail habituel, ont eu de la peine à s'engager dans le processus de prise de décision partagée. Dans l'étude de Chung et al. (2019), les soignants ont trouvé qu'un des facilitateurs était le désir de pratiquer la prise de décision partagée et d'avoir une vision des avantages qu'elle apporte comme fournir des meilleurs soins et améliorer son expertise clinique.

Obstacles et facilitateurs liés aux patients

Les obstacles et les facilitateurs à la prise de décision partagées liés au patient sont séparés en trois catégories : son état de santé mentale, son attitude et ses aidants familiaux.

Dans Mariani et al. (2017) les prestataires de soins ont identifié le statut cognitif des résidents comme étant un influenceur à leur participation à la prise de décision partagée. Selon eux, la déficience cognitive des patients pouvait entraver la conversation et l'identification des objectifs de soins appropriés (Mariani et al., 2017). Les participants de l'étude de Chong et al. (2013) expriment que le manque de capacité cognitive associé à la maladie mentale des patients tels que le manque de perspicacité et la paranoïa peuvent affecter leur habilité à conceptualiser les informations et communiquer efficacement avec le prestataire de soins. Les options de traitements étaient considérées comme un facteur important pour participer à la prise de décision partagée. Les soignants ont perçu comme difficile pour les patients de participer à la prise de décision partagée dû à leurs difficultés cognitives liées à la maladie mentale (Chong et al., 2013).

Les infirmières de l'étude de Chong et al. (2013) ont trouvé que l'attitude et le comportement des patients peuvent influencer la prise de décision partagée. Elles disent que la stigmatisation sociale associée à la maladie mentale influence négativement l'attitude du consommateur à l'égard de la prise de décision partagée (Chong et al., 2013). Pour les participants, cette stigmatisation sociale provoque un déni de la maladie mentale ce qui rend le patient retissant à demander une aide médicale ou discuter de sa santé mentale. Les soignants décrivent que les croyances religieuses et culturelles concernant la maladie et les médicaments peuvent influencer le jugement du patient (Chong et al., 2013). Le désir ou l'intérêt des consommateurs à participer à la prise de décision partagée était considéré comme un facilitateur. Les participants décrivent un lien entre la prise de décision partagée, les connaissances et la compréhension de la maladie mentale et des traitements par le patient (Chong et al., 2013). Le manque de préparation émotionnelle et mentale des patients à participer à la prise de décision partagée affecte son processus du point de vue des soignants (McCarter et al., 2016). Ceux-ci ont rapporté que les patients décrivaient une préférence pour avoir un médecin dans le processus (McCarter et al., 2016).

Les soignants de l'étude de Mariani et al. (2017) ont décrit que l'attitude des aidants familiaux peut soit aider ou entraver l'implication des résidents dans le processus de planification des soins. Lorsque les aidants avaient une attitude de soutien et d'encouragement, les soignants se disaient plus confortables pour mener la conversation en prenant en compte le point de vue des résidents. Lorsque l'aidant était intrusif et se substituait au résident, il était difficile de prendre en compte le point de vue du résident (Mariani et al., 2017). La relation entre l'aidant familial et le patient influence la prise de décision partagée. Les participants disent que s'il y a des conflits ou que les personnes ne sont pas proches, il est difficile pour le professionnel de

mener une conversation entre les deux (Mariani et al., 2017). Si la famille ne s'investie pas dans la vie du résident, il est difficile de l'inclure dans le plan de soins. Selon les participants, certaines familles n'ont pas ressenti le besoin de participer au processus, pensant que l'équipe les connaissait déjà suffisamment eux et le résident (Mariani et al., 2017). Les participants supposent que les sentiments du proche aidant interfèrent avec sa motivation à s'investir comme par exemple le sentiment de culpabilité lié à l'institutionnalisation (Mariani et al., 2017). Pour les participants, la famille peut avoir de la peine à s'investir dans les décisions si celles-ci touchent un sujet tabou tel que les relations intimes de la personne âgée (Mariani et al., 2017). Les soignants de l'étude de Chong et al. (2013) mettent en évidence le rôle des familles dans la prise de décision partagée et leur influence sur le patient dans le choix des traitements.

Obstacles et facilitateurs liés au contexte

Les obstacles et les facilitateurs à la prise de décision partagée liés au contexte décrivent tout ce qui est lié à la politique de l'établissement, la formation, le temps, le coût et l'environnement global.

Les soignants de l'étude de Mariani et al. (2017) décrivent qu'un soutien de la direction et des principes reflétant leur vision étaient des facilitateurs majeurs. Les réglementations organisationnelles étaient vues comme des obstacles à l'innovation. Ils ont eu du mal à trouver un équilibre entre les limitations imposées et la fourniture des soins aux résidents. D'autres soignants ont trouvé qu'il y avait une trop grande absence de règlement ou de ligne directrice (Mariani et al., 2017). Les participants de l'étude de McCarter et al. (2016) décrivent que l'exigence de la supervision d'un médecin sur le processus au lieu d'une collaboration avec l'infirmière peut être un obstacle à la prise de décision partagée. Des rôles mal définis pour les infirmières entraînent un manque d'orientation et de structure dans la participation au processus

(McCarter et al., 2016). Un obstacle décrit était l'impossibilité pour les infirmières d'initier une nouvelle thérapie anticancéreuse ou une autre pratique en raison de la loi fédérale. Les infirmières voyaient le manque d'uniformité dans les normes de la pratique standard pour les infirmières participant à la prise de décision partagée comme un obstacle (McCarter et al., 2016). Le manque de ressources adéquates et de supports était décrit comme un obstacle. Les soignants de l'étude de Savelberg et al. (2019) font part d'un conflit d'intérêt entre les exigences de la National Breast Cancer Audit et les conséquences d'une prise de décision partagée. Si les soignants suivent ces exigences de qualité, le traitement devrait commencer cinq semaines après le diagnostic ce qui limiterait fortement le temps pour une décision réfléchie selon le processus de prise de décision partagée (Savelberg et al., 2019).

Les soignant de l'étude de Mariani et al. (2017) ont trouvé que les jeux de rôle étaient une technique très utile pour apprendre à faire participer le résident et le proche aidant de manière optimale. Ils trouveraient intéressant de pouvoir bénéficier de feedbacks de la part d'un formateur. Les participants de l'étude de Savelberg et al. (2019) mentionnent l'utilité d'avoir un coach, une formation ou des instructions sur le terrain. Les soignants de l'étude de Lenzen et al. (2018) ont trouvé utile d'avoir un formateur à disposition durant les exercices pendant la période de formation à la prise de décision partagée. Ils mettent de la valeur à un coaching individuel et à un encadrement à la prise de décision partagée en cours d'emploi (Lenzen et al., 2018).

Les participants de l'étude de Mariani et al. (2017) décrivent que le temps et le personnel disponible peuvent influencer la participation au projet d'implantation de la prise de décision partagée. Les soignants de l'étude de Chong et al. (2013) décrivent la contrainte de temps comme un obstacle important pour la prise de décision partagée. Les infirmières de l'étude de Lenzen et al. (2018) décrivent qu'elles n'ont pas eu assez de temps pour explorer en profondeur le point de vue du patient. Les

résultats de l'étude de Chung et al. (2019) montrent que parmi tous les obstacles, 57.5% d'entre eux sont liés au manque de temps. Les participants de l'étude de Mariani et al. (2017) exprime que le manque de financement est un obstacle majeur pour la mise en œuvre de la prise de décision partagée et de tout projet d'amélioration de la qualité des soins. Selon les soignants de l'étude de Savelberg et al. (2019), le processus de prise de décision partagée entraînerait des coûts supplémentaires sans revenus supplémentaires. L'étude explique que les prix ne sont pas adaptés à la taille de l'hôpital, ce qui engendrerait des inégalités (Savelberg et al., 2019). Les soignants des diverses études déclarent que l'environnement est un facteur facilitateur à la prise de décision partagée s'il est adéquat comme par exemple par le biais d'une pièce silencieuse (Mariani et al., 2017), d'un temps d'écoute suffisant (Mariani et al., 2017), d'une disponibilité d'outils et d'un espace désigné (Chong et al., 2013). Certains soignants expriment qu'avoir un prestataire de soins habituel et régulier pour le patient est un facilitateur à la prise de décision partagée (Chong et al., 2013).

Discussion

Synthèse des résultats

Cette étude met en lumière quelques obstacles et facilitateurs du coaching patient soutenant le processus de décision partagée selon la perception des infirmiers/ères dans un contexte de soins chroniques. Les résultats des études analysées montrent des obstacles et des facilitateurs liés à l'infirmier/ère, au patient et au contexte.

La collaboration interdisciplinaire a été décrite par les participants comme une nécessité au bon processus de prise de décision partagée. Elle permet d'impliquer et de favoriser la participation des patients et des proches aidants dans le processus (Chong et al., 2013; Mariani et al., 2017; McCarter et al., 2016; Savelberg et al., 2019). Les participants soutiennent l'idée que la prise de décision partagée doit être un processus d'équipe où chacun est responsable de le mettre en œuvre (Savelberg et al., 2019). Il est important que les rôles soient définis et connus, surtout celui de l'infirmier/ère en tant que coach décisionnel (Lenzen et al., 2018). Plusieurs participants des différentes études ont décrit les compétences communicationnelles, interpersonnelles et les connaissances de la maladie, des traitements et du processus de prise de décision partagée comme étant des facilitateurs à la pratique de celui-ci (Chong et al., 2013; Chung et al., 2019; Lenzen et al., 2018; Mariani et al., 2017; McCarter et al., 2016). La vision et la valeur que donnent les soignants à la prise de décision partagée influencent sa pratique (Chong et al., 2013; Chung et al., 2019; McCarter et al., 2016; Savelberg et al., 2019). La perception que les soignants ont sur leurs patients et leur capacité à participer à la prise de décision partagée influence sa mise en œuvre (Chong et al., 2013; Savelberg et al., 2019). Les protocoles médicaux ont été jugés comme des obstacles au processus par les participants (Lenzen et al., 2018).

Les participants des études ont déclaré que l'état de santé physique et mental des patients était un influenceur à leur participation à la prise de décision partagée. Le

manque de capacité cognitive était un obstacle (Chong et al., 2013; Mariani et al., 2017). Le comportement, les connaissances, les croyances et l'intérêt des patients pour la prise de décision partagée sont décrits, par les participants de l'étude, comme des facteurs influençant le processus (Chong et al., 2013; McCarter et al., 2016). Les soignants ont décrit que l'attitude, l'implication et la relation des aidants familiaux avec les patients étaient des facteurs à la réalisation de la prise de décision partagée (Chong et al., 2013; Mariani et al., 2017).

Le manque de temps, de soutien de l'institution et des collaborateurs et le manque de financement étaient décrits comme des obstacles à la pratique de la prise de décision partagée (Chong et al., 2013; Chung et al., 2019; Lenzen et al., 2018; Mariani et al., 2017). Les soignants ont décrit la formation comme un facilitateur à la mise en œuvre du processus (Lenzen et al., 2018; Mariani et al., 2017). Des rôles mal définis pour les infirmiers/ères étaient un obstacle au processus (McCarter et al., 2016).

Critique des études analysées

Les quatre études qualitatives analysées (Chong et al., 2013; Mariani et al., 2017; McCarter et al., 2016; Savelberg et al., 2019) ont mis en évidence des limites dans leurs articles tels que le nombre limité de participants, l'inconsidération de l'état mental des patients (Mariani et al., 2017), une possibilité de différence dans l'interprétation des entretiens dû aux langues (Mariani et al., 2017), le fait que l'étude soit insuffisante pour représenter tous les facteurs favorisant la prise de décision partagée (McCarter et al., 2016), la difficulté à refléter les résultats à toute la population en générale (Chong et al., 2013; McCarter et al., 2016) et le fait que les participants soient déjà favorables à la prise de décision partagée (Savelberg et al., 2019). Dans l'étude quantitative mixte de Lenzen et al. (2018), les limites étaient le petit taux de réponses à la demande d'enregistrements audios, le fait que les

participants soient déjà intéressés par la prise de décision partagée et que les patients ont été choisis par les infirmières. L'étude quantitative de Chung et al. (2019) décrivait comme principale limite l'origine des résultats qui n'étaient que du sud de Taïwan.

Le rôle infirmier et la collaboration interprofessionnelle

L'infirmière est devenue, avec les années, une actrice des soins avec un rôle à part entière, indispensable et autonome. De nos jours, l'infirmière pratique non seulement des soins médicaux délégués mais aussi des soins infirmiers autonomes. Elle collabore étroitement avec le médecin et pratique le leadership dans son équipe intradisciplinaire. Les patients atteints d'une maladie chronique sont impactés dans leur vie quotidienne et doivent prendre des décisions complexes sur leurs traitements. Ainsi, l'infirmier/ère a un rôle d'autant plus important à jouer. Selon Stacey et al. (2008), le rôle du coach décisionnel que l'infirmier/ère prend est de guider le patient lors de la décision thérapeutique. Elle évalue les connaissances, les valeurs et les préférences du patient et l'informe de manière complète. La tâche est complexe et ce changement de rôle demande à l'infirmier/ère de s'émanciper et pour cela, de maîtriser différents savoirs. C'est un rôle complexe que celui de devenir un coach décisionnel. Celui-ci serait plus adapté aux infirmières de pratique avancée. Mais en Suisse, une minorité d'infirmiers/ères continuent leur formation jusqu'à l'obtention d'un Master et pas tous les services ont engagé des infirmières de ce niveau. Ainsi, ce rôle n'incombe pas seulement aux infirmières cliniciennes et praticiennes ayant un Master mais aussi à celles ayant un degré Bachelor. Ces infirmières sont-elles conscientes de ce nouveau rôle et les a-t-on formées pour le réaliser ? Certains participants de l'étude de Lenzen et al. (2018) se sont plaint du manque d'intérêt des médecins vis-à-vis du rôle de l'infirmière dans le processus de prise de décision partagée. Les infirmières de l'étude de McCarter et al. (2016) pensent que si elle se

sentent valorisées, elles seront plus susceptibles de participer à la prise de décision partagée. Un apprentissage et une valorisation des rôles de chacun est nécessaire au bon déroulement des soins, d'autant plus celui de l'infirmière qui est en constant développement. Cet aspect démontre l'importance de la collaboration interprofessionnelle.

Afin de mettre en place un bon processus de prise de décision partagée, la collaboration interprofessionnelle s'est révélée être une priorité. Dans les études de Mariani et al. (2017), McCarter et al. (2016), Savelberg et al. (2019), Chong et al. (2013) et Lenzen et al. (2018), les soignants partagent l'idée qu'une bonne collaboration et une approche intégrant toutes les disciplines permettent l'implication du patient dans la prise de décision partagée. Grâce à une communication interprofessionnelle efficace, la cohérence entre les intervenants sur la réalisation du projet de soins s'en trouve amplifiée. Les infirmières décrivent l'importance du soutien des autres collaborateurs dont les médecins et des échanges riches afin d'assumer pleinement leur rôle dans le processus de prise de décision partagée (Lenzen et al., 2018). La théorie « Framework for person-centred nursing » décrit que la culture du milieu de travail influence les soins centrés sur la personne et la réalisation du processus de prise de décision partagée. Ainsi, ce processus doit être connu de tous les soignants et faire partie de l'environnement de soin pour pouvoir être bien appliqué (McCormack & McCance, 2006). Dans la théorie du coaching décisionnel, il est mentionné que l'infirmière travaille en collaboration avec le médecin et le patient. Dans la première étape du coaching décisionnel, il est recommandé que l'infirmière et l'équipe interprofessionnelle prennent conscience des rôles interprofessionnels afin que chacun respecte sa mission auprès du patient (Stacey et al., 2008).

La formation à la prise de décision partagée

La formation des soignants à la prise de décision partagée s'est révélée comme étant un point clé à son application dans la pratique. Dans les études de Mariani et al. (2017), Savelberg et al. (2019) et Lenzen et al. (2018), les participants mentionnent l'utilité d'une formation à la prise de décision partagée contenant des exercices techniques, un coaching des soignants, un formateur à disposition et un encadrement en cours d'emploi. Les soignants ayant eu un manque de formation n'ont pas pratiqué la prise de décision partagée de manière adéquate. La Joanna Briggs Institute recommande que les institutions offrent des programmes d'enseignement sur la prise de décision partagée, le développement relationnel, la communication, la pratique réflexive et la négociation. Elle soutient l'idée que ce genre de programme renforce la mise en œuvre de la prise de décision partagée (Truglio-Londrigan et al., 2014). Grâce à une formation continue, l'infirmier/ère s'actualise et fournit des informations de qualité. Ainsi, des apprentissages réguliers sur la prise de décision partagée permettent sa bonne application. Le cadre théorique « Knowledge development in nursing » soutient l'idée que grâce à des compétences acquises de sources différentes (empirique, esthétique, personnel, éthique et émancipatoire), l'infirmier/ère peut offrir au patient une prise en charge satisfaisante (Chinn & Kramer, 2018). Les connaissances, aptitudes et attitudes sont nécessaires aux infirmières pour avoir les compétences dans les quatre domaines suivants : les compétences professionnelles à prendre des décisions et à prioriser les soins, l'engagement dans le travail, la clarté dans ses croyances et ses valeurs et une bonne connaissance de soi-même (McCormack & McCance, 2006). Ceci permet au soignant d'offrir des soins centrés sur la personne (McCormack & McCance, 2006). Les compétences nécessaires sont vastes et complexes ce qui rend la formation d'une infirmière primordiale.

Critique de la revue de littérature

Les limites de cette revue de littérature rejoignent celles des six études analysées. Le nombre d'articles utilisé pour répondre à la question de recherche s'est limité à six, ce qui est un chiffre trop faible pour réaliser une recherche systématique des données existantes sur le sujet. Les résultats de cette revue sont difficilement généralisables mais permettent de donner une piste de réflexion sur les facilitateurs et les obstacles à la prise de décision partagée. Les forces de cette revue de littérature sont la qualité des études utilisées, l'analyse de celles-ci en dyade et leur validation par la directrice de ce travail de Bachelor. De plus, les résultats des six études, décrivant la perception des infirmiers/ères, se rejoignent et sont cohérents malgré la disparité des contextes de soins.

Recommandations pour la pratique

Le processus de prise de décision partagée est un moyen de prendre une décision concernant des soins en partenariat avec le patient. Il permet de prendre en compte les valeurs et les préférences du patient et de le rendre actif dans sa prise en charge. Il est d'ailleurs vu dans la littérature que le patient a une envie grandissante à participer aux décisions le concernant (McCarter et al., 2016). Cette pratique permet une meilleure satisfaction dans le travail fourni ainsi qu'une amélioration de l'expertise clinique individuelle du soignant (Chung et al., 2019; Mariani et al., 2017). La prise de décision partagée améliore l'observance, les connaissances et la qualité des décisions prises (Chong et al., 2013). Tout ceci permet de fournir de meilleurs soins de santé et de répondre aux attentes de la société (Chung et al., 2019). Ainsi, il est recommandé d'introduire ce processus de prise de décision partagée dans la pratique quotidienne des soignants. Il est recommandé que la pratique bénéficie de formations, de documents adaptés, de rôles professionnels définis et de temps. Il est

conseillé que toute l'équipe interprofessionnelle s'engage dans la pratique de la prise de décision partagée. Enfin, il est recommandé que les patients et les familles soient informés de tout le processus de décision partagée.

Recommandations pour la recherche

L'état actuel des connaissances sur le sujet amène des informations sur la théorie et l'application de la prise de décision partagée. Il serait intéressant de découvrir, par de futures recherches, les meilleures techniques de formation des soignants à la prise de décision partagée afin que celle-ci soit complètement intégrée dans la prise en charge du patient et assez efficiente pour qu'elle surpasse tous les obstacles à sa pratique. De plus, il est conseillé que des études testent ce nouveau rôle infirmier afin d'évaluer son efficacité. Il serait intéressant que la recherche développe toutes les compétences infirmières et celles de l'équipe interprofessionnelle nécessaires à la prise de décision partagée.

Recommandations pour l'éducation

La prise de décision partagée est un processus complexe marqué par plusieurs étapes et nécessitant des compétences multiples émanant de différents savoirs. Actuellement, cette pratique n'est pas abordée dans tous les cours de la formation en soins infirmiers. Le changement de rôle de l'infirmière et ce processus de prise de décision partagée nécessitent d'être enseignés dans le cursus de formation des infirmiers/ères par des cours théoriques et de la pratique en simulation. Ceci permettrait une pratique facilitée de ce processus et une meilleure prise en charge du patient.

Conclusion

La fin de la relation paternaliste entre le médecin et le patient a engendré un changement dans le rôle de l'infirmier/ère. Celui-ci se révèle être d'une importance majeure auprès du patient. L'infirmier/ère informe et conseille le patient d'après ses connaissances scientifiques et ses compétences multiples. Elle soutient le patient dans sa prise de décision et amène celle-ci à être un partage et un processus collaboratif. Tout ceci ne serait possible sans une formation à la prise de décision partagée dans le cursus de formation Bachelor et Master. Beaucoup d'efforts sont à pourvoir dans ce domaine afin que la prise de décision partagée devienne une pratique courante. L'infirmier/ère n'est pas seul dans ce processus. La collaboration interprofessionnelle est une priorité dans la prise en charge globale du patient et dans le soutien du rôle infirmier.

Références

- Barnes, T., Hancock, K., & Dainton, M. (2013). Training nurses to support greater patient engagement in haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 39(SUPPL.2), 10–18. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2013.12028.x>
- Chewning, B., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A., & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (10ème; Elsevier, ed.). Missouri.
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: A qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 373–379. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503>
- Chouinard, M. (2012). Autogestion. In *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 85–87).
- Chung, M. C., Juang, W. C., & Li, Y. C. (2019). Perceptions of shared decision making among health care professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1080–1087. <https://doi.org/10.1111/jep.13249>
- Confédération Suisse. (2015). *Droits des patients et participation des patients en Suisse*.
- Conseil international des infirmières. (2006). *International nursing code*.
- De Wit, M. P. T., Kvien, T. K., & Gossec, L. (2015). Patient participation as an integral part of patient-reported outcomes development ensures the representation of the patient voice: A case study from the field of rheumatology. *RMD Open*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000129>
- DFI, D. F. de l'Intérieur. (2013). *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral*. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Frosch, D. L., Moulton, B. W., Wexler, R. M., Holmes-Rovner, M., Volk, R. J., & Levin, C. A. (2011). Shared decision making in the United States: Policy and implementation activity on multiple fronts. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 105(4), 305–312. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.004>
- Gagnon, J. (2012). Empowerment. In *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 172–175).
- Gravel, K., Légaré, F., & Graham, I. D. (2006). Barriers and facilitators to

- implementing shared decision-making in clinical practice: A systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-16>
- Johansson, L. (2013). Shared Decision Making And Patient Involvement In Choosing Home Therapies. *Journal of Renal Care*, 39(SUPPL. 1), 9–15. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2013.00337.x>
- Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., & Sourtzi, P. (2015). Patient Participation in Decision Making During Nursing Care in Greece-A Comparative Study. *Nursing Forum*, 50(3), 147–157. <https://doi.org/10.1111/nuf.12089>
- Lenzen, S. A., Daniëls, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2018). What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 80(June 2017), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.005>
- Luethi, F. T., & Gallant, S. (2012). Partenariat. In *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 234–235).
- Mariani, E., Vernooij-Dassen, M., Koopmans, R., Engels, Y., & Chattat, R. (2017). Shared decision-making in dementia care planning: barriers and facilitators in two European countries. *Aging and Mental Health*, 21(1), 31–39. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1255715>
- McCarter, S. P., Tariman, J. D., Spawn, N., Mehmeti, E., Bishop-Royse, J., Garcia, I., ... Szubski, K. (2016). Barriers and Promoters to Participation in the Era of Shared Treatment Decision-Making. *Western Journal of Nursing Research*, 38(10), 1282–1297. <https://doi.org/10.1177/0193945916650648>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5, 1–15. Retrieved from <http://www.fons.org/library/journal.aspx>
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Mélissa Lavoie, M.-C. C. (2012). Auto-efficacité. In *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 83–85).
- National Health Service. (2008). *High quality care for all: NHS Next Stage Review Final Report*.
- Noble, H., Kelly, D., Rawlings-Anderson, K., & Meyer, J. (2007). A concept analysis of renal supportive care: The changing world of nephrology. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 644–653. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04383.x>
- Oliver, D. P., Washington, K., Demir, G., Nursing, B., Systems, H., Wallace, A., ... City, S. L. (2019). *Shared decision making in home hospice nursing visits: A qualitative study*. 55(3), 922–929.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.022.Shared>

- Rahn, A. C., Köpke, S., Backhus, I., Kasper, J., Anger, K., Untiedt, B., ... Heesen, C. (2018). Nurse-led immunotreatment DEcision Coaching In people with Multiple Sclerosis (DECIMS) – Feasibility testing, pilot randomised controlled trial and mixed methods process evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 78(August 2017), 26–36. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.011>
- Robert, C.-N. (2005). Le droit de savoir. *Revue Médicale Suisse*, 1. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-19/1717>
- Savelberg, W., Boersma, L. J., Smidt, M., Goossens, M. F. J., Hermanns, R., & van der Weijden, T. (2019). Does lack of deeper understanding of shared decision making explains the suboptimal performance on crucial parts of it? An example from breast cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 38(July 2018), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.004>
- Stacey, D., Murray, M. A., Légaré, F., Sandy, D., Menard, P., & O'Connor, A. (2008). Decision coaching to support shared decision making: A framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(1), 25–35. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00108.x>
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & Haes, J. C. J. M. De. (2015). Patient Education and Counseling Shared decision making : Concepts , evidence , and practice \$. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172–1179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>
- Truglio-Londrigan, M. (2015). The patient experience with shared decision making: A qualitative descriptive study. *Journal of Infusion Nursing*, 38(6), 407–418. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000136>
- Truglio-Londrigan, M., Slyer T, J., Singleton K, J., & Worral S, P. (2014). A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(5), 121–194. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L600024269%5Cnhttp://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2014-1414%5Cnhttp://limo.libis.be/resolver?&sid=EMBASE&issn=22024433&id=doi:10.11124%2Fjbisrir-2014-1414&atitle=A+qualitative+systema>
- Upton, J., Fletcher, M., Madoc-Sutton, H., Sheikh, A., Caress, A. L., & Walker, S. (2011). Shared decision making or paternalism in nursing consultations? A qualitative study of primary care asthma nurses' views on sharing decisions with patients regarding inhaler device selection. *Health Expectations*, 14(4), 374–382. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00653.x>
- Voshaar, M. J. H., Nota, I., Van De Laar, M. A. F. J., & Van Den Bemt, B. J. F. (2015). Patient-centred care in established rheumatoid arthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 29(4–5), 643–663. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.09.007>

Warchol, N. (2012). Autonomie. In *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 87–89).

Appendice A

Tableau termes MeSH

CONCEPTS	ANGLAIS	SYNONYMES (Thésaurus)	DESCRIPTEUR MeSH	DEFINITION
Décision	Decision	Accord, agreement, arrangement, choice, compromise, determination, finding, judgement, opinion, outcome, resolution, result, ruling, selection, settlement, verdict	Decision support techniques	Action de décider après délibération, acte par lequel une autorité prend parti après examen. Acte par lequel quelqu'un opte pour une solution, décide quelque chose ; résolution, choix.
Partager	To share	Contribution, dividend, division, interest, part, percentage, proportion, stake	/	Diviser quelque chose en plusieurs éléments distincts, marquer le partage, la division de quelque chose.
Partage	Sharing	Allocation, distribution	/	Action de diviser une chose en portion.
Décision partagée	Shared decision	Free decision Shared governance	Shared decision making Patient participation	Modèle de prise de décisions partagées utilisé dans le contexte clinique, selon lequel, le médecin transmet son savoir et le patient fait valoir ses préférences et valeurs. (IUMSP)
Soins	Nursing, care, caring	Attending, cherishing, fostering, tending, caring for, watching over	Nursing	Acte par lequel on veille au bien- être de quelqu'un, actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un.
Chronique	Chronic	Constant, continual, continuing, continuous,	/	Se dit d'une maladie d'évolution lente et sans tendance

		deep-rooted, deep-seated, habitual, incurable, lifelong, persistent, recurrent, sustained		à la guérison, qui dure, qui persiste.
Maladie chronique	Chronic disease	/	Chronic disease	Affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes. (OMS).
Infirmier	Nurse	Nurse, nursing	Nurse	Personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale
Coaching / coaching décisionnel / coaching patient	Coaching, nurse led coaching	Teach, train, tutor, educate, prepare	/	Fonction-activité de coach. Conseiller professionnel qui cherche à développer des

				performances d'une personne.
Implantation/ Implémentation	Implementantation, implement	Application, discharge, employment, practice, usage, use, utilisation, operation, exertion	Implantation	Mise en place, fait d'être implanté
Pratique infirmière	Nursing practice	Method, proceeding, process, usage	Practice nursing	Application de la discipline infirmière
Facteurs	Factors	Aspect, element, component, point, thing, influence	Factor	Agent, élément qui concourt à une résultat, une cause.
Obstacles	Barriers	Limit, obstacle, boundary	/	Ce qui arrête ou ralentit le mouvement, la progression, le passage de quelqu'un ou quelque chose.
Facilitateurs	Facilitators	Promotor	/	Qui est chargé de faciliter le déroulement d'une action, d'un processus
Perception	Perception	Approach, attitude, impression, opinion, thought, viewpoint		Acte de percevoir par les organes des sens. Idée- compréhension plus au moins nette de quelque chose.

Appendice B

Équation de recherche

Cinhal

Date	Equation	Limites	Nbre articles obtenus	Nbre résumés lus	Nbre d'articles lus	Articles retenus
15 mai	TI shared decision making AND (obstacles or barriers or challenges) AND (nurse or nurses or nursing)	10 ans Anglais ou français	35	10	6	6

Appendice C

Grilles de résumé

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: A qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 27(5), 373–379. https://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503
Introduction Problème de recherche	Des études antérieures ont montré que la PDP dans les soins de santé mentale sont pratiqués à un faible niveau dans les établissements psychiatriques et généraux. Malgré que les consommateurs de santé mentale expriment le besoin de participer à la PDP. Même s'il y a des résultats positifs de la collaboration interprofessionnelle sur les processus de soins tel que la PDP, il reste encore des obstacles à une collaboration efficace. Une meilleure compréhension des obstacles et facilitateurs pour la PDP et la collaboration interprofessionnelle sont précieuses pour la mise en œuvre d'une PDP efficace selon une approche interprofessionnelle.
Recension des écrits	Dans le passé, il y a eu un changement de paradigme dans les soins de santé, en mettant l'accent sur les pratiques et les services axés sur le rétablissement et sur les consommateurs. Les soins centrés sur le patient sont devenus plus importants et il y a eu un appel à la participation plus active des consommateurs à la planification et la prestation des soins de santé. La PDP a démontré des résultats positifs en matière de santé mentale (amélioration de l'observance, connaissances des consommateurs, qualité des décisions cliniques et satisfaction du consommateur). La PDP s'est étendue au-delà de la dyade médecin-patient pour inclure l'équipe interprofessionnelle. Dans les soins de santé mentale, différents prestataires de soins interviennent donc il est important que tous participent à la PDP en soutenant les consommateurs pour parvenir à des choix acceptés par l'équipe et le consommateur. C'est là que la collaboration interprofessionnelle intervient.
Cadre théorique ou conceptuel	Processus de décision partagée : la participation du consommateur est particulièrement pertinente. La PDP est un processus de collaboration dans lequel une décision de santé est faite par le prestataire avec le consommateur. Ceci afin d'intégrer les valeurs et préférences du consommateur. Les prestataires sont experts des maladies, des traitements, risques et bénéfices. Les consommateurs sont experts de leurs valeurs, préférences et objectifs de traitement. La PDP favorise l'autonomisation et l'autogestion de la maladie.
Question de recherche/buts	Le but de cet article est de présenter des données qualitatives sur les obstacles et les facilitateurs perçus de la PDP et de la collaboration interprofessionnelle par des prestataires de soins de santé mentale.
Méthodes Devis de recherche	Étude qualitative exploratoire
Population, échantillon et contexte	Population : professionnels de la santé Échantillon : 31 professionnels de la santé dont 4 psychiatres, 4 médecins généralistes, 11 pharmaciens, 7 infirmières en psychiatrie, 5 ergothérapeutes/psychologues/travailleurs sociaux. Contexte : hôpital et soins primaires (cabinet), ce travail s'inscrit dans un travail plus large explorant les problèmes d'observance du traitement dans les cas de dépression.

Méthode de collecte des données	Une analyse thématique a permis d'identifier les thèmes de la transcription de l'entretien. Les thèmes et sous thèmes émergents des données ont été condés, organisés et regroupés. Les interviews transcrites ont été lues plusieurs fois pour établir l'exhaustivité dans l'analyse des données. Ils ont utilisé l'approche de comparaison constante pour que les thèmes et les modèles soient continuellement affinés, comparés et contrastés avec toutes les données. Les données ont été évaluées entre chaque profession et chaque contexte pour explorer les similitudes et les différences. Les résultats ont été discutés à intervalle régulier au sein de l'équipe pour affiner et clarifier les thèmes émergents jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. Le logiciel Nvivo 9 a été utilisé pour aider à l'organisation et au codage des données.
Déroulement de l'étude	Ils ont procédé à un échantillonnage ciblé. Les prestataires soins étaient sélectionnés sur la base de leur expérience et leurs antécédents en santé mentale. Échantillonnage en boule de neige : certains prestataires de soins ont nommé d'autres participants potentiels. Les participants avaient de l'expériences dans diverses unités de santé mentale. Des entretiens semi-structuré ont été menés à l'aide d'un guide, celui-ci avait des questions ouvertes pour susciter une discussion sur l'implication des consommateurs dans la PDP et sur la collaboration interprofessionnelle en santé mental et sur les problèmes d'adhérence au traitement dans la dépression. Les interviews ont été conduites par le premier auteur, Wen Chong, soit sur le lieu de travail du prestataire de soins soit dans l'institution de l'auteur. Les entretiens ont duré entre 25 et 60 minutes. Toutes les interviews étaient enregistrées et retranscrites mot par mot (verbatim) à l'exception d'un prestataire qui ne voulait que la prise de note durant l'entretien. Des notes ont été prises pendant et après les interviews pour décrire les perceptions du chercheur sur la rencontre et ses différentes réflexions sur les informations recueillies. Ceci a été utilisé pour explorer la réflexivité du chercheur et pour soutenir l'interprétation des données. Les entretiens ont été menés jusqu'à la saturation thématique et aucuns nouveaux thèmes sont apparus.
Considérations éthiques	Participation volontaire et consentement écrits. Approbation éthique de cette étude obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche humaine de l'université de Sidney.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Pas présent dans les résultats, expliqué dans la méthode.
Présentation des résultats	Facteurs associés aux consommateurs de service de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • Liés à la maladie mentale du consommateur : manque de capacité cognitive associée à leur maladie mentale tel que le manque de perspicacité et la paranoïa, ce qui peut affecter leur habilité à conceptualiser les informations et communiquer efficacement avec le prestataire de soins. • Liés à leur attitude et comportement influençant la PDP : en particulier la stigmatisation sociale associée à la maladie mentale, influence négativement l'attitude du consommateur à l'égard de la PDP. Cette stigmatisation sociale provoque un déni de la maladie mentale ce qui les rend retissant à demander une aide médicale ou discuter de leur santé mentale. Les croyances religieuses et culturelles concernant la maladie et les médicaments peuvent influencer leur jugement. Le désir ou l'intérêt des

consommateurs à participer à la PDP étaient considérés comme un facilitateur.

- Liés à leurs connaissances et leur compréhension de la maladie mentale et des traitements : les options de traitement étaient considérées comme un facteur important pour participer à la PDP. Fournir des informations au consommateur ainsi que la psychoéducation étaient des facilitateurs importants pour la PDP (conseils verbaux, informations écrites, sites internet). Conduire des groupes d'éducation encourageant la participation et la facilitation de l'échange d'informations était un facilitateur. Cependant, c'était perçu comme difficile dû aux difficultés cognitives liées à la maladie mentale. Adapter les informations au niveau de la guérison aide la compréhension du consommateur. Certains prestataires de soins perçoivent toujours un défi de la PDP car l'information est asymétrique (inégalité de la relation dans les connaissances) et qu'ils se posent beaucoup de questions sur la capacité du consommateur à prendre une décision éclairée.
- Liés à leur réseau de soutien : les prestataires de soins ont également reconnu le rôle des familles et autres aidants dans la PDP y compris leur influence dans le choix de traitement des consommateurs. Engager la participation des familles dans les soins de santé du consommateur et leur éducation sur les maladies mentales et les traitements sont des facilitateurs dans le processus de PDP.

Facteurs associés aux prestataires de soins :

- La motivation (attitude) des prestataires à mettre en œuvre la PDP : la volonté de s'engager dans une PDP avec le consommateur est un facilitateur important. Une attitude et un comportement collaboratif caractérisé par : un intérêt réel pour le point de vue du consommateur, une empathie pour leurs besoins et la volonté de fournir une discussion honnête sur les effets secondaires des traitements. Cela permet de développer une relation thérapeutique nécessaire à la PDP.
- La capacité (connaissances, compétences) des prestataires à engager le consommateur dans la PDP : avoir une bonne communication et des compétences interpersonnelles étaient vues comme importantes. Continuer son développement professionnel dans le domaine de la santé mentale était utile pour mieux s'engager avec les consommateurs dans les soins primaires.

Facteurs associés à la prestation des services de soins :

- Environnement professionnel des prestataires (ressources, infrastructures) : la contrainte du temps est un obstacle important pour la PDP autant dans le cabinet qu'à l'hôpital. La disponibilité d'outils facilitant la participation des consommateurs et un espace désigné pour les conseiller sont des facilitateurs à la PDP.
- Approche interprofessionnelle dans la prestation des soins : facilite l'implication du consommateur dans la PDP en tenant compte des contraintes de temps et en fournissant des opportunités au consommateur de s'engager dans une discussion avec les différents prestataires de soins sur les questions liées au traitement. Malgré cela, certains prestataires ont des préoccupations sur le fait qu'il peut y avoir des recommandations différentes ou contradictions des différents prestataires pouvant semer la confusion chez le consommateur et ainsi nuire à sa confiance envers les prestataires de soins.
- Accessibilité aux services de soins : avoir un prestataire de soins régulier et habituel est un facilitateur à la PDP.

Discussion Interprétation des résultats	<p>Ces deux concepts (PDP, collaboration interprofessionnelle) incarnent le concept de soins centré sur le consommateur. Ils sont également importants pour une approche visant à soutenir les consommateurs dans leur PDP en matière de soins de santé. Les prestataires de soins ont quand même une attitude positive à l'égard de la PDP. Sa mise œuvre implique plus que simplement l'approbation du concept, ils ont ainsi observé des obstacles et facilitateurs à différents niveaux. Les obstacles le plus souvent identifiés sont : préoccupations sur la capacité des consommateurs à participer, stigmatisation de la santé mentale. Dans une autre étude, ils ont rapporté trois principaux obstacles : contraintes de temps, manque d'applicabilité en raison des caractéristiques des patients, manque d'applicabilité dû à la situation clinique. Même si dans certaines situations la PDP n'est pas appropriée, il y a eu des preuves qu'il faut soutenir la capacité des consommateurs de soins en santé mentale à prendre des décisions. Les résultats de cette étude sont conformes à des études menées dans d'autres pays. Les facilitateurs les plus importants sont : l'information et la psycho éducation des consommateurs et leur famille. Malgré cela, des études antérieures montrent que les consommateurs des services de santé mentale sont souvent insatisfaits des informations fournies. La PDP n'est pas simplement un effort pour transmettre des connaissances mais c'est s'impliquer auprès des consommateurs, obtenir et intégrer leurs préférences dans les décisions et répondre à leurs préoccupations. Une étude Cochrane a conclu que les aides à la décision améliorent les connaissances du consommateur, réduisent les conflits décisionnels et réduisent la proportion de consommateurs passifs dans la PDP. Cependant, il n'existe pas beaucoup d'aides à la décision. La collaboration interprofessionnelle assure la continuité des soins y compris dans la PDP. Les deux concepts placent le consommateur au centre de la prestation de soins, il y a un chevauchement des facteurs identifiés dans les deux concepts : attitudes des prestataires de soins, la formation des prestataires en santé mentale, communication claire et l'exigence de ressources telles que le temps. Selon certains prestataires, la collaboration interprofessionnelle influence l'efficacité du processus de PDP. Exemple : une mauvaise collaboration interprofessionnelle conduit à des messages contradictoires des différents prestataires de soins et peut compliquer d'avantage la PDP pour le patient. S'il y a un manque de planification partagée ou des valeurs partagées parmi les prestataires il peut y avoir des tensions influençant la PDP. Une bonne collaboration réduit au minimum le facteur temps de la PDP. En conclusion, une approche interprofessionnelle de la PDP n'est efficace que si tous les prestataires de soins contribuent à soutenir les consommateurs dans la PDP tout en tenant compte des pratiques et des valeurs des autres professionnels. Malheureusement, cela est difficile car il y a encore une hiérarchie professionnelle trop présente avec domination médicale du processus de soins. Il y a également un déséquilibre de pouvoir entre le consommateur et le prestataire de soins qui peut entraver la PDP. La formation interprofessionnelle à la PDP est utile et facilite la prise de décision chez le consommateur.</p>
Forces et limites	<p>Cette étude a été menée dans une partie de l'Australie et il n'est pas clair si les variations d'état ou de territoire ont une influence sur la perception des prestataires exerçant ailleurs. Cette étude fait partie d'une étude sur l'observance des traitements dans la dépression et il est donc possible qu'elle n'ait pas couvert toutes les questions dans le domaine de la santé mentale.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Des recherches futures devraient inclure le développement et l'essai d'aide à la décision. Un changement significatif de la PDP par les consommateurs nécessite un changement aussi d'attitude des prestataires de soins et cela par de la formation sur l'importance de la PDP.</p>

	Il est important pour des recherches futures d'explorer la perspective des consommateurs de soins en santé mentale sur une approche interprofessionnelle de la PDP pour faciliter les stratégies.
Commentaires	

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Mariani, E., Vernooij-Dassen, M., Koopmans, R., Engels, Y., & Chattat, R. (2017). Shared decision-making in dementia care planning : barriers and facilitators in two European countries. <i>Aging and Mental Health</i> , 21(1), 31–39. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1255715
Introduction Problème de recherche	L'utilisation de la PDP avec les personnes atteintes de démences et leur famille est limitée, spécialement dans les maisons de retraites. Il est difficile pour le personnel soignant d'inclure les résidents dans la PDP. C'est peut-être dû au déficit cognitif qui empêche la personne d'exprimer ses souhaits, entre d'autres facteurs comme l'attitude du personnel, la qualité de l'interaction avec la famille et les facteurs contextuels, culturels et émotionnels. Inclure les résidents atteints de démence et les aidants familiaux dans le processus de soins n'est pas encore une pratique courante.
Recension des écrits	Le processus de prise de décision partagée (PDP) est de plus en plus répandu. La prise de conscience des avantages de la PDP pour les personnes atteintes de démence et leur famille est en augmentation. La PDP semble être la méthode préférée pour permettre aux personnes démentes de participer à la prise de décision concernant leurs traitements et leur santé. Le processus engage les patients et les aidants familiaux en avance dans leur plan de soins et à prendre des décisions. Cette approche permet de dépasser l'idée que les patients atteints de démence ne sont que passifs dans la prise de décision. Vision de santé sociale, se concentrer sur le potentiel de l'individu. Selon l'OMS, il y a trois dimensions de la santé sociale. Si les personnes démentes sont impliquées dans la PDP, cela peut optimiser leur capacité à faire des choix et encourager l'autonomie et la participation. Il existe des programmes spécifiques développés dans le domaine des soins chroniques pour améliorer la coopération et la communication entre la personne, les aidants et le personnel soignant. Il y a une politique appelée « participation des familles » au Pays-Bas qui favorise l'implication des aidants familiaux. En Italie, c'est le plan de santé qui souligne l'importance d'impliquer le citoyen dans les décisions. En Italie, les barrières culturelles comme la vision paternaliste et protectrice envers les patients semblent interférer avec les décisions à prendre, contrairement au Pays-Bas. Analyser les différences entre les deux pays pourrait fournir des informations utiles sur le potentiel de la PDP dans différentes cultures.
Cadre théorique ou conceptuel	Théorie du processus de décision partagée par Elwyn et al. (2010). La santé sociale : capacité à réaliser son potentiel et à remplir ses obligations.
Question de recherche/buts	Elle a consisté à faire participer le personnel soignant, les aidants familiaux et aussi les résidents dans le processus de soins. La PDP pourrait permettre aux personnes atteintes de démence d'exprimer leurs opinions et leurs souhaits au cours du processus de soins.

	L'objectif principal de l'étude est d'identifier les obstacles, les facilitateurs et les facteurs influençant la mise en œuvre de la PDP pour la planification des soins dans deux maisons de retraites.
Méthodes Devis de recherche	Étude qualitative exploratrice.
Population, échantillon et contexte	Contexte : 2 maisons de retraites similaires en termes d'utilisation et de réglementation du plan de soins, l'un en Italie, l'autre au Pays-Bas ayant des résidents atteints de démence. Population : 19 soignants en maison de retraite Échantillon : 13 assistants de santé, 2 infirmiers, 2 assistants d'activité, 1 directeur des soins infirmiers, 1 physiothérapeute.
Méthode de collecte des données	Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré pour identifier les obstacles et les facilitateurs à tous les stades de processus d'implantation de la PDP. Ils ont utilisé Skype ou le face à face entre les équipes de recherche pour redéfinir les questions et les traduire de l'anglais dans les deux langues nationales. Les entretiens avec les patients étaient dirigés par un modérateur expérimenté et un modérateur adjoint. Les interviews ont été enregistrées et retranscrites mot pour mot (verbatim). Le contenu a été traduit en anglais, les transcriptions des entretiens ont été codées avec un analyseur de contenu. En premier, les entretiens ont été lus attentivement. Ensuite, les parties des entretiens saisissant les facteurs influençant ont été identifiées et codées. Deux chercheurs indépendants ont discuté des codes jusqu'à trouver une entente, si aucun consensus n'était trouvé, un troisième chercheur était consulté. Ensuite, les codes ont été classés en catégories. Celles-ci ont été regroupées en thèmes principaux.
Déroulement de l'étude	Les chercheurs ont choisi des entretiens avec des groupes de discussion pour partager leur opinion et leurs pensées sur les facteurs influençant la PDP dans son implantation. Différentes étapes : <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels impliqués devaient assister à un cours de compétences en communication • Les professionnels devaient effectuer des entretiens de sur la PDP avec les résidents ayant une démence et leurs proches aidants pour identifier et prioriser leurs besoins • Les plans de vie et de soins ont été adaptés à leurs besoins et leurs préférences Les participants ont été comparés à d'autres maisons de retraite. Les deux maisons de retraites choisies ont une organisation et l'élaboration du plan de soins sont similaires. Celui-ci est signé par une équipe multidisciplinaire, le proche aidant et si possible, le résident. Ils ont mené des interviews avec les soignants et les résidents 6 mois après avoir assisté au cours.
Considérations éthiques	
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les données ont été divisées en 6 thèmes dont 15 catégories. Deux auteurs indépendants ont effectué l'analyse de données et ont extrait des mots clés représentant et résumant les obstacles et facilitateurs au sein de chaque thème identifié.

Présentation des résultats	<p>Résultats et outils professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la formation : les soignants ont trouvé que les jeux de rôle étaient une technique très utile pour apprendre à faire participer le résident et le proche aidant de manière optimale. Cependant, les professionnels néerlandais auraient voulu avoir plus de temps pour pratiquer entre les formations afin de pouvoir présenter leur première expérience de la pratique à la formation pour avoir des feedbacks. • Avantages professionnels : les professionnels italiens ont trouvé que ça permettait de mieux connaître les résidents et d'avoir une meilleure satisfaction dans son travail. • Activités améliorant la qualité : en plus d'impliquer les familles et le résident dans le plan de soins, les professionnels ont développé de nouvelles pratiques ou ils ont amélioré des outils de soins pour faciliter la pratique. Un professionnel a développé une section dans le plan de soins « besoins psychosociaux ». Des professionnels néerlandais ont commencé à documenter plus d'informations dans le plan de soins du résident et ont déclaré que d'intégrer cette pratique dans leur routine à faciliter la division des tâches (formulation des objectifs) entre le proche aidant et le soignant. <p>Facteurs associés à l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charge de travail : les professionnels ont eu la sensation que le temps et le personnel disponible durant les heures de travail pouvait influencer la participation au projet d'implantation de la PDP. Les professionnels italiens ont trouvé que leur plan de travail leur permettait de se dédier au processus. Les professionnels néerlandais ont déclaré que dans leur maison de retraite, ils devaient travailler dur pour accomplir leurs tâches et deux d'entre eux ont trouvé difficile d'aménager du temps pour appliquer ce qu'ils ont appris à la formation. Un manque de personnel a été mentionné que pas les néerlandais. Ceci a un impact majeur sur les soins et empêcher de complètement répondre aux besoins des familles. • Environnement : un environnement adéquat est important pour des personnes atteintes de démence. Faire l'entretien de PDP dans une pièce silencieuse en ayant du temps d'écoute était un facteurs facilitateur pour les résidents. • Politique et gestion des maisons de retraite : les professionnels ont déclaré que le soutien de la direction et des principes reflétant leur vision étaient des facilitateurs majeurs. <p>Contexte économique et régulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de financement : obstacle majeur dans les deux pays pour la mise en œuvre de l'intervention et de tout projet d'amélioration de la qualité des soins. • Régulation : les réglementations organisationnelles étaient vues comme des obstacles à l'innovation. Ils ont eu du mal à trouver un équilibre entre les limitations imposées et la fourniture des soins aux résidents pour les néerlandais. Les italiens, au contraire, ont trouvé qu'il y avait une trop grande absence de règlement ou de ligne directrice. <p>Compétences relationnelles des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration en équipe : la communication et le soutien entre collègues favorisent l'accomplissement des tâches. La communication permet de partager sa compréhension sur le projet. Une approche multidisciplinaire facilite la réalisation du projet et l'implication des résidents et des familles. • Compétences communicationnelles : se sont développées durant la formation jusqu'à atteindre un niveau optimal avec les aidants familiaux et
----------------------------	--

	<p>les résidents. La communication non verbale a été très importante pour les résidents atteints de démence.</p> <p>Attitude et statut cognitif des bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut cognitif des résidents : les néerlandais ont trouvé que le statut cognitif était un grand challenge. Ils ont estimé que la déficience cognitive des patients pouvait entraver la conversation et l'identification des objectifs de soins appropriés. • Attitudes des aidants familiaux : aider ou entraver l'implication des résidents dans le processus de planification des soins et si les aidants avaient une attitude de soutien et d'encouragement, les soignants sont plus confortables pour mener la conversation en prenant en compte le point de vue des résidents. Lorsque l'aidant est intrusif et se substitue au résident, il est difficile de prendre en compte le point de vue du résident. • L'implication des aidants familiaux : le degré d'implication habituel dans la vie du résident est essentiel. Si il y a des conflits ou que les personnes ne sont pas proche, il est difficile pour le professionnel de mener une conversation entre les deux. Si la famille ne s'investie pas dans la vie du résident, il est difficile de l'inclure dans le plan de soins. Certaines familles n'ont pas ressenti le besoin de participer au processus, pensant que l'équipe les connaissait déjà suffisamment eux et le résident. <p>Facteurs associé à sa propre culture :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspect émotionnel des aidants familiaux : les obstacles ne sont apparus qu'en Italie. Les sentiments de culpabilité ressentis par de nombreux aidants familiaux à l'égard de l'institutionnalisation a eu un impact sur leur capacité à se confier pleinement aux professionnels. Les sentiments interfèrent avec la motivation du proche aidant à s'investir. • Relations intimes des résidents : les relations intimes sont un besoin psychosocial du résident et le professionnel s'est senti mal à l'aise de poser des questions à ce sujet devant la famille. Les relations est un sujet tabou de la famille chez la personne âgée.
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Le contexte social, en particulier la collaboration entre collègues, et l'engagement de la direction sont apparus comme les principaux facilitateurs à mettre en œuvre le processus de PDP. La communication entre collègues pour donner des informations sur les étapes du projet ainsi que le soutien de la direction ont favorisé les changements dans la pratique clinique. Le contexte économique et politique (réglementation) était l'un des principaux obstacles, en particulier, le manque de ressources financières. Les soignants ne peuvent pas forcément fournir les soins que le résident mérite car ils manquent de ressources. Les néerlandais ont perçu un manque de temps et de professionnels, ce qui a entravé le processus. Dans les deux pays, une augmentation du niveau d'innovation a favorisé la mise en œuvre d'activité d'amélioration de la qualité et d'outils. Tout cela facilitant le travail des professionnels. Les aspects culturels étaient différents dans chaque pays dont le tabou de l'intimité qui a interféré avec le processus de PDP. Le degré d'implication des résidents était différent dans chaque pays et prenait en compte leur état cognitif. Au Pays-Bas, l'état cognitif est considéré comme un problème majeur qui a entravé la mise en œuvre du processus car ils n'ont pas sélectionné leurs patients contrairement à l'Italie qui avait déjà fait un premier tri. De nombreux professionnels italiens ont été surpris du nombre de résidents qui pouvaient encore répondre à certaines questions. Selon le concept de santé social, il est important de reconnaître les capacités restantes des résidents. Les résultats semblent indiquer que les professionnels ont tendance à prendre le contrôle de la prise de décision et suppose que les résidents souffrant de troubles cognitifs ne peuvent pas exprimer leur opinion ou répondre à des questions. Le fait d'impliquer les membres de la famille dans la vie des résidents permet de faciliter la communication entre famille-</p>

	soignants-résidents et de favoriser l'engagement de ceux-ci dans la PDP. Plus la famille est impliquée, plus les soignants se sentent en confiance pour trouver avec eux une meilleure façon de satisfaire les résidents. Les résultats de cette recherche indiquent qu'il est possible d'impliquer la famille et les résidents atteints de démence pour qu'ils soient entendus et reconnus. Cela pousse les professionnels et les aidants à reconnaître l'autonomie et la personnalité des résidents.
Forces et limites	Le nombre limité de cas et de participants peut avoir affecté la validité externe. Le fait d'avoir autorisé la participation de tous les patients quel que soit le stade de démence à influencer les différences entre les deux pays concernant la participation à la PDP. Il peut y avoir eu des différences dans l'interprétation des entretiens car ils ont été menés dans deux langues différentes.
Conséquences et recommandations	Cette étude indique que la formation aux techniques de communication est un préalable essentiel pour la mise en œuvre de la PDP afin d'améliorer les soins avec les résidents atteints de démence. Les jeux de rôle et les feedbacks semblent être une méthode d'apprentissage appréciée. Il est essentiel d'inclure les aidants familiaux dans les soins car plus les familles sont impliquées, plus la communication entre tous augmente, plus l'engagement dans la PDP s'améliore. Il est important que les proches aidants suivent aussi une formation pour traiter tous les aspects qui empêchent la participation des proches à la PDP.
Commentaires	

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	McCarter, S. P., Tariman, J. D., Spawn, N., Mehmeti, E., Bishop-Royse, J., Garcia, I., ... Szubski, K. (2016). Barriers and Promoters to Participation in the Era of Shared Treatment Decision-Making. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 38(10), 1282–1297. https://doi.org/10.1177/0193945916650648
Introduction Problème de recherche	Des obstacles et des promoteurs à la mise en œuvre du processus de prise de décision partagée et d'une approche centrée sur le patient ont été observés. Beaucoup de facteurs influencent la prise de décision sur un choix de traitement en oncologie : manque de temps, manque de capacité à prendre des décisions, les situations cliniques spécifiques, difficultés à mesurer les préférences du patient concernant leur participation à la PDP, la motivation personnelle du clinicien à s'impliquer, la perception de l'impact de la PDP sur le processus clinique.
Recension des écrits	Une revue systématique a montré que 80% des patients atteints de cancer préfèrent avoir un rôle dans la prise de décision du traitement. Les infirmières jouent un rôle de défenseuses du patient surtout lorsque le patient lui-même ne peut pas le faire. La PDP confie aux infirmières plusieurs rôles tels que : éducatrice, informatrice, défenseuse. Il y a l'explication du modèle de décision partagée selon Charles, Gafni et Whelan (1997). Les compétences infirmières sont décrites : l'éducation thérapeutique, partage d'informations, rôle d'advocacy (aider le patient à obtenir des services, ses droits et ses avantages). Il y a une recension sur le rôle d'advocacy contenant six rôles infirmiers pour la prise de décision partagée d'un traitement : informateur dans l'équipe multidisciplinaire, éducateur du patient, gestion des effets secondaires, défenseur du patient, soutien psychologique et évaluateur des résultats. Il mentionne

	également l'écart entre le rôle que les infirmières jouent réellement contre leur rôle idéal dans la PDP.
Cadre théorique ou conceptuel	La prise de décision partagée expliquée avec le modèle de prestation de soins de santé par Charles, Gafni et Whelan (1997). L'explication du rôle d'advocacy de l'infirmière auprès du patient.
Question de recherche/buts	Le but de cette recherche est d'identifier les obstacles et les promoteurs pour les infirmières à la participation dans la prise de décision partagée dans le choix d'un traitement anticancéreux.
Méthodes Devis de recherche	Cette étude a utilisé un devis de recherche qualitatif et descriptif utilisant des entretiens semi-structurés, ceci afin d'obtenir une plus large perspective sur les rôles infirmiers et leur participation dans la PDP.
Population, échantillon et contexte	Population : sous-entendu dans l'introduction, infirmières en oncologie Échantillon : 30 participants à l'étude comptaient 19 infirmières en oncologie, 11 infirmières praticiennes en oncologie. Contexte : hospitalier et ambulatoire dans la région du Midwest des États-Unis.
Méthode de collecte des données	L'entretien semi-structuré se fait dans une salle de conférence privée à l'école d'infirmière. Toutes les interviews ont été menées par le chercheurs principal afin d'assurer cohérence et fiabilité. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrit manuellement par trois étudiants diplômés et ensuite revérifier par le chercheur principal. Celui-ci a utilisé un livre de codes pour faire correspondre la transcription dont seul lui avait l'accès.
Déroulement de l'étude	Les chercheurs ont utilisé des questions ouvertes telles que : « Quelles améliorations peuvent être apportées pour renforcer votre participation à la PDP dans le traitement du cancer ? ». Ils ont élaboré des questions plus spécifiques concernant les obstacles et les promoteurs à la PDP ainsi que des questions sur leurs valeurs et leur préférence en matière de PDP. Les codeurs ont utilisé des procédures d'analyse de contenu dirigé avec lesquels ils ont développé des thèmes majeurs. Ils ont comparé les codes obtenus dans cette étude avec des données préliminaires.
Considérations éthiques	Les noms d'identification et les noms propres n'ont pas été inclus dans la retranscription. Aucune données sensibles ont récolté sur les participants.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les entretiens semi-structurés ont permis d'obtenir des descriptions détaillées des obstacles et des promoteurs favorisant la participation des infirmiers à la PDP.
Présentation des résultats	Obstacle de la pratique : manque d'uniformité dans les normes de la pratique standard pour les infirmières participant à la PDP. Obstacles pour les patients : manque de préparation émotionnelle et mental à participer à la PDP, préférence d'un médecin dans le processus. Obstacle politique institutionnelle : exigence de la supervision d'un médecin au lieu d'une collaboration avec l'infirmière. Des rôles mal définis pour les infirmières entraînant un manque d'orientation, structure dans la participation à la PDP. Obstacles professionnels : manque de formation et d'expérience professionnelle. Manque de culture professionnelle dans la mise en œuvre du processus de PDP.

	<p>Obstacle au champ d'application de la pratique : lorsque les infirmières ne peuvent pas initier une nouvelle thérapie anticancéreuse ou autre pratique en raison de la loi fédérale.</p> <p>Obstacle de la couverture d'assurance : si le paiement de l'assurance pour ce service est faible, l'infirmière aura plus de patients et moins de temps. L'assurance ne couvre pas suffisamment le traitement pour qu'il soit une option.</p> <p>Obstacle de l'administration : celle-ci ne fournit pas des ressources adéquates ou des supports pour les travailleurs ou une assez grande autonomie aux infirmières.</p> <p>Approche multidisciplinaire : augmentation de la participation à la PDP s'il y a une approche multidisciplinaire ou approche d'équipe.</p> <p>Les infirmières ont leur mot à dire : si elles se sentent valorisées, elles seront plus susceptibles à participer à la PDP.</p> <p>Niveau de connaissance maladie et traitement : lorsque les infirmières ont de meilleure connaissance de la pathologie et des traitements, elles peuvent mieux participer à la PDP.</p> <p>Évaluation personnelle de la participation à la PDP par l'infirmière : si elles mettent de la valeur à la participation dans la PDP, elles seront donc plus impliquées dans le processus.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les soins infirmiers se développent et donc les responsabilités infirmières aussi. Ils sont bien formés pour soutenir les patients et ont un rôle intégral pour assurer le continuum dans le traitement du cancer. Le processus de la prise de décision partagée est dynamique et évolutif. Éliminer les obstacles à la PDP ne tient pas seulement aux infirmiers, cela incombe également au soutien organisationnel. Le cadre et les lois infirmières doivent continuer à soutenir les infirmiers et leurs intérêts. Il est important de soutenir la formation dans la PDP. L'étude démontre que les infirmiers sont des acteurs clés dans la PDP. En élargissant le rôle et l'autonomie de l'infirmière, le processus de PDP sera amélioré et ça engendre une meilleure satisfaction des patients. Les infirmières doivent être actives dans la défense du patient et sont éduquées pour parvenir à une PDP satisfaisante. Les patients apprécient et souhaitent une participation plus active à la PDP. Il est important de soutenir les promoteurs pour améliorer la satisfaction des patients et prévenir les regrets décisionnels.</p>
Forces et limites	<p>Les valeurs et les opinions décrites peuvent ne pas refléter celles de la population en général. La taille de l'échantillon est relativement petite. Un atout est la représentation de différents postes infirmiers ce qui donne une large perspective sur la participation des infirmiers dans la PDP. L'étude présente ne suffit pas pour déterminer à elle seule les facteurs favorisant une plus grande participation à la PDP.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Une étude supplémentaire est recommandée ainsi qu'un soutien financier. Les chercheurs recommandent l'élaboration d'une mesure des compétences des infirmières en oncologie dans la PDP pour pouvoir évaluer objectivement la capacité à participer au processus.</p>
Commentaires	

Éléments du rapport	Contenu de l'article
---------------------	----------------------

Références complètes	Savelberg, W., Boersma, L. J., Smidt, M., Goossens, M. F. J., Hermanns, R., & van der Weijden, T. (2019). Does lack of deeper understanding of shared decision making explains the suboptimal performance on crucial parts of it? An example from breast cancer care. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 38(July 2018), 92–97. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.004
Introduction Problème de recherche	Bien qu'il y ait une adoption grandissante de la PDP et un développement grandissant des aides au patient pour la PDP, l'implémentation de ce processus est lente et comporte de nombreux défis. Souffrance du manque de connaissances et d'efficacité personnelle et l'attitude négative des soignants envers la PDP. Malgré que les interventions aidant à l'implémentation de la PDP soient ajustées au calendrier des soignants et qu'elles ne fassent pas perdre de temps, ils ne savent toujours pas quand est le meilleur moment ni les meilleures procédures pour intégrer la PDP dans la pratique.
Recension des écrits	Les femmes doivent faire un choix entre une thérapie de conservation du sein ou mastectomie, les deux ont un pronostic de survie identique. Le choix se fera selon les préférences de la patiente influencées par la peur et l'anxiété, l'image corporelle et leur opinion vis-à-vis de la radiothérapie. Impliquer les patientes dans la PDP améliore leurs connaissances sur les risques et bénéfices liés au traitement et leur satisfaction sur la décision prise. De plus en plus de patientes veulent prendre une part active dans la PDP.
Cadre théorique ou conceptuel	Théorie sur la prise de décision partagée par Elwyn et al. (2013). Utilisation d'outils de soutien à la PDP améliorant le processus d'implication des patients dans la PDP par Stacey (2014).
Question de recherche/buts	Explorer les expériences, les questions et les préoccupations des professionnels des équipes qui ont utilisé le programme d'implémentation à la PDP.
Méthodes Devis de recherche	Étude qualitative descriptive
Population, échantillon et contexte	Population : équipes spécialisées dans le cancer du sein ayant une attitude positive envers la PDP et ayant une envie d'améliorer le processus de PDP. Sept équipes y ont participé. Au minimum une infirmière et un chirurgien spécialiste du cancer du sein devaient être inclus dans l'étude. Échantillon : 27 soignants dont 9 chirurgiens du cancer du sein, 11 infirmières praticiennes et 7 infirmières spécialisées dans le cancer du sein. Contexte : l'étude a duré deux ans, les équipes font partie de huit hôpitaux de l'ouest et du sud des Pays-Bas.
Méthode de collecte des données	Les soignants ont dû enregistrer des bandes audios de contacts avec les patientes. Ensuite, ils ont effectué des interviews semi structurées face à face portant sur les sujets suivants : leur attitudes et comportements vis-à-vis de la PDP, leurs connaissances sur la PDP et l'aide décisionnel au patient et l'utilisation de celle-ci dans le processus de la PDP. Les interviewers ont également pris des notes écrites. Le modèle d'Elwyn a été montré durant l'interview afin que les soignants soient conscients des différentes étapes. Le contenu des audios fait avec les patients ont été discuté et comparé avec les résultats de recherches antérieures. L'outil Observer OPTION a été utilisé pour mesurer dans quelle mesure le patient est impliqué dans la PDP concernant le traitement.

Déroulement de l'étude	Les équipes ont eu un accès gratuit sur le web à l'aide à la PDP. Les équipes ont été invitées à une réunion d'introduction du programme. Celui-ci a formulé des recommandations adaptées au besoin de l'hôpital et de l'équipe : 1. Procédure de la manière de présenter l'aide décisionnel au patient. 2. Ajustement mineur du parcours. 3. Visionnage d'un cours vidéo de 10 minutes sur l'éducation et 5 minutes sur la motivation. La vidéo sur la motivation montre comment exécuter le processus de la PDP. Ils ont donné une explication sur la procédure d'utilisation de l'aide décisionnel au patient.
Considérations éthiques	Le comité éthique du centre médical universitaire de Maastricht a déclaré que cette étude ne relève pas du champ d'application de la loi sur la recherche médicale impliquant des sujets humains. Le traitement des données personnelles a été effectué conformément à la loi néerlandaise sur la protection des données personnelles et à la loi sur la recherche médicale.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les interviews ont été retranscrites avec des verbatim et utilisées anonymement. Chaque interview a été codée par deux auteurs en appliquant des thèmes pour l'analyse en utilisant le software NVivo. Ils ont évalué les audios avec l'outil Observer OPTION. Deux membres de l'équipe ont discuté des différences obtenues. Évaluation de la mesure dans laquelle les soignants ont impliqué les patients dans la PDP par l'outil SPSS. Pour déterminer les moyennes, les médianes et les fourchettes pour chaque élément. Le score total a été obtenu en ajoutant le score de chaque item recalculé pour obtenir une valeur entre 0 et 100. Un score élevé indique que les soignants ont impliqué le patient dans le processus de PDP.
Présentation des résultats	<p>Les interviews ont duré en moyenne 23 minutes et les thèmes sont : attitudes divergentes des soignants à l'égard de la PDP et de l'aide décisionnelle au patient, faciliter la mise en œuvre de l'aide décisionnelle au patient, obstacles à la mise en œuvre de l'implémentation de la PDP.</p> <p>Attitudes divergentes des soignants à l'égard de la PDP et de l'aide décisionnelle au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effort d'équipe : l'attitude à l'égard de la PDP et de l'aide décisionnelle au patient dépend d'une vision commune dans l'équipe et de l'expérience professionnelle. La plupart des soignants se sont montrés positifs envers la PDP et l'ont considéré comme un processus d'équipe où chacun est responsable de réaliser une PDP appropriée. Les infirmières étaient considérées comme gestionnaires du dossier avec une contribution importante dans la communication discrète avec le patient et dans l'exécution de plusieurs étapes de la PDP. Les infirmières jouent un rôle important dans la préférence et les étapes de la discussion sur la décision. Bien que les soignants aient compris le modèle de la PDP, nommer les préférences n'était pas courant et les patients semblaient influencés par les préférences des soignants. • Attitudes critiques : certains soignants ont une attitude critique envers la PDP et l'aide décisionnelle au patient, elle est jugée perturbateur par rapport aux routines. Selon ces soignants, le meilleur traitement possible a déjà été choisi dans l'équipe multidisciplinaire du tumor board. Impliquer le patient pourrait conduire à un choix de traitement inférieur. D'autres soignants pensent que cela pourrait augmenter la complexité des soins et confondre le patient. <p>Faciliter la mise en œuvre de l'aide décisionnelle au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de l'aide décisionnelle au patient : les soignants étaient positifs quant à l'utilisation de l'aide décisionnelle au patient. Il procurait des informations facilement accessibles, facilitait des choix de traitement plus conscients et permettait une participation active du patient. La façon d'introduire cet outil s'est améliorée au fil de l'étude car il devenait une

routine dans le travail des soignants. C'était surtout due aux infirmières car elles ont agi comme un lien important dans la mise en œuvre de l'aide décisionnelle du patient et la promotion de son utilisation. Les infirmières ont ressenti être les seules à fournir un effort pour utiliser cette aide décisionnelle. Le taux de distribution de l'aide décisionnelle au patient s'est amélioré mais par contre la qualité de l'intégration de celle-ci variait d'un hôpital à un autre.

- L'expérience des soignants à l'égard de l'aide décisionnelle au patient : ils ont exprimé être enthousiaste et ont fait l'expérience de plusieurs avantages malgré que plusieurs soignants manquaient de connaissance sur l'aide décisionnelles au patient (contenu, utilisation). De ce fait, ça a engendré des attentes inexactes concernant l'aide décisionnelle au patient et cela à limiter l'implémentation de la PDP. Certains soignants ont utilisé l'ADP comme une fin en soi plutôt que comme un moyen soutenant la PDP. Ceci à limiter la PDP à seulement une discussion de choix et des options. Les soignants avaient de grandes attentes des patient et l'utilisation de cet outil mais l'adoption a été modérée (grande quantité d'informations données).
- Coûts supplémentaires : le processus entrainerait des coûts supplémentaire sans revenus supplémentaires. Des entreprises ont des obligations d'utilisation de ADP pour garder leur certificat de qualité. Le prix est le même pour tous les hôpitaux sans prendre en compte la taille et nombre de patients de chacun.

Obstacles à la mise en œuvre de l'implémentation de la PDP :

- Performance à la PDP : les audios ont démontré que l'utilisation de la PDP est en dessous de la moyenne (limité ou inexistant) contrairement à ce que les soignants pensaient. Une minorité de soignants avaient une vue adéquate sur la manière de réaliser la PDP. Ils se sont limités sur la discussion des options et du choix du traitement malgré leur conscience des différentes valeurs, préférences du patient. Obtenir les valeurs, les préférences et les préoccupations du patient n'a pas été spontanément considéré comme important par les soignants. Il y a eu très peu de place pour la discussion de la décision finale. Dans certains hôpitaux, ils ont donné les flyers mais sans donner suite à un entretien. La plupart des soignants estiment que la décision est influencée par le tumor board et les différents soignant (surtout s'il n'y a qu'une option de traitement). La décision est tellement complexe dans le domaine cancérologique qu'ils doutent de l'applicabilité de la PDP dans ce domaine. Certains patients ont été considérés comme vulnérables, fragile ou faible intellectuellement qu'ils avaient tendance à les protéger et à être plus paternalistes. Aux vues des résultats Observer OPTION, certains soignants ont reconnus être inconsciemment incompetents ou qu'ils manquaient de compréhension de la PDP. Ils ont mentionné l'utilité d'avoir un coach ou une formation ou des instructions sur le terrain.
- Conflits d'intérêts : conflits entre les conséquences de la PDP avec les exigences de qualité de NBQA. Si les soignants suivent ces exigences de qualité, le traitement devrait commencer 5 semaines après le diagnostic (limitation du temps pour une décision réfléchié selon le processus PDP).

Discussion Interprétation des résultats	<p>L'étude a atteint ses objectifs, les résultats montrent que les équipes sont des adeptes de la PDP et donne un aperçu véritable sur l'utilisation de la PDP. C'est un effort d'équipe dont chaque membre a sa responsabilité avec un rôle très important pour l'infirmière. Mais malgré ces exemples de meilleure pratique, il y a de fausses idées, du paternalisme, du scepticisme et une mise en œuvre limitée de la PDP. La plupart des soignants de semblent pas avoir des connaissances approfondies de la PDP car ils se concentrent surtout les premières étapes et négligent les préférences et la discussion sur la décision. Les principaux obstacles sont les recommandations de traitement établies par le tumor board, le conflit entre le temps nécessaire pour la PDP et les critères de références pour le traitement en temps utile requis. Comme dans d'autres études, les résultats ont montré que les soignants ne sont pas conscients de leur déviation de comportement de la PDP. Cette étude démontre que l'attitude envers la PDP dépend de l'attitude de l'équipe envers ce processus et de sa compréhension. Les équipes désireuses d'explorer le rôle de chacun dans l'équipe et motiver à améliorer les tâches pourraient améliorer le processus de PDP. Les infirmières ont un rôle essentiel pour la mise en œuvre de la PDP et de l'ADP. Ça montre que même si les patients ont les connaissances requises, il est difficile d'aller contre un avis formulé par le tumor board. Les préférences du patient ne sont pas complètement prises en compte lors des entretiens car les soignants communiquent leur préférence discutée au tumor board, ceci contribue à maintenir un déséquilibre de pouvoir entre le patient et le professionnel. Les résultats révèlent les difficultés à changer leur routine pour mieux implanter la PDP. Ils expriment le besoin de support afin d'implanter l'ADP comme une part de la PDP. La vulnérabilité des patients est une barrière à l'implantation de la PDP. Elle ne convient pas à chaque patient, elle dépend de son état intellectuel, son âge avancé et la motivation à participer au processus. Il y a un préjugé entre ce que les patients veulent au lieu de juste leur demander le niveau d'implication qu'ils désirent. Les soignants sont inquiets de ces nombreux outils et informations qui peuvent être une surcharge pour les patients. Les coûts sont inquiétants pour les petits hôpitaux, ce qui crée des limitations à la PDP.</p>
Forces et limites	<p>Avoir fait des interviews avec des soignants étant en train d'implanter la PDP est un biais. La taille de l'échantillon s'est avérée suffisant pour la récolte des données. Un biais de sélection conscient est le fait que chaque participant était favorable à la PDP et ont adopté ce processus dès le début de leur carrière. Cela sous-estime les attitudes critiques, les obstacles et la complexité du processus. Même s'il s'agit d'un travail d'équipe, l'échantillon était composé de personnes individuelles. Une limitation est qu'ils n'ont pas pris en compte les radiothérapeutes et les médecins oncologues.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Ils veulent convaincre les soignants que l'utilisation de l'ADP dans le parcours clinique n'amènera pas forcément une meilleure performance dans le processus de PDP. les équipes voulant implanter la PDP ne doivent pas seulement se concentrer sur la discussion entre le patient et le médecin mais aussi intégrer l'infirmière et partager les tâches à toute l'équipe.</p>
Commentaires	

Résumé de l'article	
Références complètes (APA style)	Chung, M. C., Juang, W. C., & Li, Y. C. (2019). Perceptions of shared decision making among health care professionals. <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i> , 25(6), 1080–1087. https://doi.org/10.1111/jep.13249
But(s) de la recherche	Cette étude vise à explorer la perception de la PDP par les professionnels de la santé.
Devis de recherche	Etude quantitative descriptive
Contexte Population et échantillon	Professionnels de la santé travaillant dans divers hôpitaux de Taiwan. Cette étude s'est déroulée du 9 novembre 2018 au 8 janvier 2019. 422 répondants donc 400 réponses valables. Comprenant des médecins, pharmaciens, infirmières et d'autres professionnels de la santé. 248 infirmières ont répondu au questionnaire. Voir Table 1 pour les caractéristiques de l'échantillon à l'étude.
Instruments de mesure utilisés	Les chercheurs ont appliqué divers modèles de régressions linéaire multivariés pour estimer les scores du CAC. Afin d'explorer les facteurs potentiels affectant les scores moyens des trois composantes du modèle CAC, les chercheurs ont effectué des analyses de régression linéaires multiples.
Intervention (si présente)	Utilisation d'un questionnaire conçu selon le modèle CAC sur la base de revues de littératures et de discussions avec des experts cliniques. Ils ont examiné la validité et fiabilité du questionnaire. Ils ont invité trois experts de la santé et des soins pour estimer la validité.
Tests statistiques utilisés	
Résultats principaux	17.25% des répondants ont déjà développer une ADP et 45.75% des répondants ont déjà utilisé une ADP. Ils ont examiné les difficultés potentielles de la pratique de la PDP : 57.5% manque de temps, 38,25% manque de connaissances, 37.75% difficulté à développer des ADP, 36.75% manque d'ADP, 32.25% manque d'expérience pratique. Ils ont également analysé la volonté des soignants à pratiquer la PDP. Chez les personnes prêtes à pratiquer la PDP, ils ont dit que cela pouvait : fournir de meilleurs soins de santé aux patients (81.62%), maintenir et améliorer l'expertise clinique individuelle (77.38%), répondre aux attentes du patient et de la société (48.4%), répondre aux exigences d'accréditation des hôpitaux (38.51%). Pour les soignants non désireux de pratiquer la PDP, ils sont préoccupés par : leur travail quotidien et les aléas qui peuvent survenir (96.58%), leur temps d'activité (40.17%), inutile pour leur profession (19.65%), un échec à répondre aux attentes des patients et de la société (14.52%). Les analyse de corrélation indique que le modèle CAC est favorable et que chaque item (attitude-comportement-connaissance) sont positivement corrélés. Les résultats ont également montré que le score moyen des connaissances est influencé positivement par le type d'hôpital, le statut du directeur, le travail dans le département de chirurgie générale, le fait d'avoir développé l'ADP et d'en avoir utilisé. L'attitude a été influencée positivement et significativement par le fait de travailler dans un centre médical. Le comportement a été influencé positivement et significativement par le fait d'avoir développé une ADP.

Résumé de l'article	
Forces, limites, Niveau de preuve	L'étude a été faite au sud de Taiwan donc les résultats doivent être interprétés avec prudence. La majorité des répondants au questionnaire n'était pas des médecins. Une étude plus approfondie est nécessaire pour évaluer la pratique de la PDP de divers professionnels et dans différents contextes.
Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail	

Résumé de l'article	
Références complètes (APA style)	Lenzen, S. A., Daniëls, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2018). What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 80(June 2017), 1–11. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.005
But(s) de la recherche	Examiner comment notre approche (axée sur le soutien du personnel infirmier pour l'encadrement des patients dans la prise de décision partagée sur les objectifs et les actions) fonctionne dans la pratique.
Devis de recherche	Devis quantitatif et qualitatif
Contexte Population et échantillon	Contexte : maladie chronique Population : infirmières Echantillon : 15 infirmières praticiennes travaillant avec des patients de maladies chroniques ayant au moins une année d'expérience professionnelle. 10 patients souffrant de diabète, asthme, maladie cardiovasculaire ou BPCO.
Instruments de mesure utilisés	Quantitatif : questionnaire sur les méthodes de travail actuelles concernant la PDP demandé avant, pendant et après la formation. Les infirmières ont remis 1 ou 2 cassettes audios de consultations dans lesquelles elles ont pratiqué l'approche. Le questionnaire contenait 2 parties : méthode de travail actuelle en matière de PDP sur les objectifs et la méthode de travail actuelle en matière de PDP sur les actions. Pour la deuxième partie, ils ont utilisé les éléments du Shared Decision Making Questionnaire-Physician. Ils y ont rajouté un point concernant la documentation de l'action. Les parties ont été testées pour leur clarté auprès de 3 infirmières praticiennes. Qualitatif : les infirmières ont participé à des entretiens individuels, seules les infirmières ayant participé au cours en premier ont dû en plus participer à un groupe de discussion. Les infirmières ont été interrogées sur l'expérience de l'approche et de la formation, elles ont dû réfléchir sur leurs processus d'apprentissage, sur ce qui les a soutenu, ce qu'elles voulaient encore apprendre. Les patients ont également été interrogés sur leur expérience de consultation avec les infirmières.
Intervention (si présente)	Les chercheurs ont créé une approche visant à former les infirmières afin d'accompagner le patient dans la PDP. Avec des experts, des professionnels, des patients et des médecins de famille visant à aider les infirmières à explorer la perspective du patient et à l'accompagner de manière personnalisée. Tout cela afin de planifier des objectifs et des actions avec le patient. Ils ont formé les infirmières au coaching du patient avec trois objectifs principaux : explorer les perspectives du patient d'un point de vue holistique, formuler des objectifs et actions avec le patient et personnaliser le coaching.

Résumé de l'article	
	<p>Ils ont utilisé l'outil des 4 cercles visant à soutenir les professionnels à explorer la situation du patient en matière de santé, dans la vie quotidienne, dans son environnement social et physique et ses stratégies d'adaptation.</p> <p>L'approche a inclut un modèle du profil du patient servant à étudier la motivation et l'état de préparation du patient à fixer des objectifs et établir un plan d'action et ainsi, adapter leur coaching en conséquence. Les comportements typiques de chaque profil ont été décrits ainsi des moyens pour les infirmières à adapter leur encadrement au besoin de la personne.</p> <p>Les ont participé à une formation sur le coaching en PDP. Ce cours avait pour but de stimuler les infirmières à réfléchir sur leur pratique quotidienne et leur attitude. Le cours a consisté à une journée de session de formation, un coaching individuel sur le lieu de travail et une réunion de suivi. La formation contenait une introduction au coaching de santé et à la PDP par le biais de discussions, jeux de rôle, démonstration.</p>
Tests statistiques utilisés	<p>Quantitatif : utilisation du logiciel SPSS version 23 pour les questionnaires et ils ont développé un formulaire d'observation basé sur deux objectifs comportementaux (exploration du point de vue du patient, formulation explicite des objectifs et actions) pour les audios.</p> <p>Qualitatif : toutes les données ont été enregistrées et retranscrites manuellement (varbatim), ils ont appliqué l'analyse de contenu en utilisant le logiciel NVivo 10. Ils ont commencé avec un codage ouvert, puis un codage axial.</p>
Résultats principaux	<p>Quantitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audios : aucune des 9 infirmières ayant rendu les audios ont rempli tous les objectifs de performance. Mais elles ont toutes au moins rempli un des déterminants comportementaux. Trois infirmières ont débuté leur consultation en invitant le patient à poser des questions. 5 infirmières ont discuté de l'expérience du patient en matière de soins non médicaux (outil des 4 cercles). Seulement deux de ces 5 infirmières ont utilisé l'outil des 4 cercles. Ils ont observé la formulation explicite d'objectifs seulement dans trois consultations. • Questionnaire : avant la formation, les infirmières se sont donné un score relativement haut sur leur travail actuel concernant la fixation d'objectifs et la planification d'actions. La moyenne des scores de tous les items a légèrement augmenté durant la période de formation. L'augmentation la plus importante entre avant et après la formation était pour l'item « exploration du besoin d'informations du patient » plus « explorer si les patients ont accepter la maladie » plus « explorer la motivation au changement » plus « mise par écrit des objectifs ». <p>Qualitatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interview individuelles et groupe de discussion : le modèle de profils a aidé les infirmières à voir au-delà maladie. Accompagnement plus personnalisé : Outil profil utilisable et permet d'accorder de l'attention à la personne derrière le patient pour établir objectifs plus personnalisés. Utile surtout pour patient réticents à changer habitudes. • Plus d'exploration du point de vue du patient : recueil d'infos plus pertinentes. Outil 4 cercles utile pour voir au-delà des aspects médicaux, plus d'infos sur situation patient -> centré sur personne. Permet d'évaluer des facteurs qui empêchent le changement. 3 infirmières n'ont pas utilisé l'outil des 4 cercles pensant qu'elles connaissaient suffisamment le patient. • Efforts pour intégrer l'approche dans la routine des soins : très difficile de s'écarter du protocole médical. Vécu l'approche comme une tâche supplémentaire Pas eu le temps d'explorer en profondeur point de vue du patient. Obstacle du temps. • Modèle des profils : approche difficile à utiliser : aimeraient plus de conseils pratiques de comment utiliser les outils (ex. questions à poser au patient). Peur de s'écarter du sujet, de plus avoir les compétences pour y faire face, de partir trop loin dans la discussion. Difficile à utiliser avec de nouveaux patients.

Résumé de l'article	
	<ul style="list-style-type: none"> • Moments d'exercices utiles : utile d'avoir un formateur à disposition dans les exercices pendant la période de formation et par téléphone-mail (motivant, encourage à continuer). • Valeurs d'un coaching individuel : encadrement en cours d'emploi sur PDP apprécié par infirmières. Pas de jugement, rétroaction positive, sécurité. Compétences en communication du coach appréciées. Très utile d'observer le coach en action avec un patient au niveau communication. • Sensibilisation accrue à leurs propres méthodes de travail, forces, pièges et croyances : ont pris conscience de leur méthode de travail. Aperçu points forts et pièges. Plus grande capacité à faire face aux situations stressantes. Appris à se mettre en retrait, favoriser autogestion du patient. Peur de montrer les outils (4 cercles) au patient de peur de ce qu'il pourrait penser. • Plus de conscience sur le processus de changement de comportement : prend du temps, est complexe et difficile. • Difficulté d'ajuster leur routine de travail : approche très différente de leur méthode de travail habituelle. Dure de s'écarter du protocole médical. Rendement travail évalué par applicabilité du protocole. Examens médicaux plus important que le point de vue du patient et objectifs centrés sur la personne. Sentiment d'auto-efficacité basse pour changer le protocole. • Besoin de plus de soutien : sentiment de manque d'intérêt des médecins. Délégation du coaching en santé sans discuter de la nouvelle approche. Aimait plus d'échanges avec collègue et médecin. Aimait plus d'encadrement en milieu de travail et plus de feedback. • Différences remarquées : 5 sur 10 patient n'ont pas remarqué de différence. Mesures médicales habituelles prises, questions sur mode de vie. • Plus de questions : 3/5 ont remarqué plus de questions, se sont sentis plus écoutés et ont eu l'impression que les infirmières avaient plus de temps pour eux. • L'outil 4 cercles : 2 patients l'ont rempli avec une infirmière. Outil décrit comme précieux, meilleure compréhension situation résultant à des objectifs plus concrets. Consultation plus utile. • Prise de décision partagée : 9 patients ne savent pas si l'infirmière a demandé ce qu'ils voulaient accomplir. Aucun objectif explicitement convenu. 5 patients ont reçu des conseils à appliquer.
Forces, limites, Niveau de preuve	<p>Limites : petit taux de réponse à la demande d'enregistrements audios, infirmières intéressées par la PDP incluses pour l'étude et pas les autres, patients choisis par les infirmières est un biais, données qualitatives pas codées indépendamment par 2 chercheurs, aucun instruments standardisés utilisés, validité du questionnaire non testé.</p> <p>Forces : développement de l'approche sur les interventions, cours de formation complet, utilisation de la méthode qualitative et quantitative.</p>
Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail	

Appendice D

Grilles d'analyse de lecture critique

Éléments du rapport	Questions	O ui	No n	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: A qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 27(5), 373–379. https://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Concept : Shared decision making Population : professionnels de la santé dans le milieu de la santé mentale
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Problème : Pas clair Méthode : ils ont conduit des interviews semi-structurés avec 31 prestataires de santé (psychiatre, médecins, pharmaciens, infirmiers, ergothérapeutes, psychologue, travailleurs sociaux). Résultats : Facteurs associés aux consommateurs de santé mentale (manque de compétence, partage d'informations sur maladies et ttt par les prestataires aux patients), facteurs liés aux prestataires de soins de santé (amélioration expertise professionnelle, partage d'informations entre établissements) et les facteurs liés à la prestation des services de santé. Discussion : l'étude suggère que des changements sont nécessaires au niveau des consommateurs-des prestataires-de l'environnement pour implanter la PDP efficace et la collaboration interprofessionnelle en santé mentale.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Ils mettent en avant le problème de la pratique de la PDP. Elle est peu utilisée malgré que des études antérieures aient prouvé son efficacité. Il parle du contexte du changement de paradigme dans les soins de santé mentale.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Soins centrés sur le patient sont devenus plus importants et il y a eu un appel à la participation plus active des consommateurs.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Donne une définition et des informations sur la PDP.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			But : l'étude explore les obstacles et les facilitateurs de la PDP et de la collaboration interprofessionnelle dans le milieu de la santé mentale.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Etude qualitative exploratrice

	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui car on recherche les perceptions des professionnels de la santé. A partir de ces perceptions, ils cherchent des thèmes concernant les obstacles et facilitateurs. (on ne propose pas juste des thèmes et ils doivent choisir entre ces propositions)
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			On sait que c'est des professionnels de la santé mais ils ne sont pas tous que dans les soins psy, mais tous soignent des patients en psychiatrie.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			31 professionnels de la santé dont 4 psychiatre, 4 médecins généralistes, 11 pharmaciens, 7 infirmières en psy, 5 thérapeutes (ergo, psy, travailleurs sociaux)
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Où : lieu de travail du prestataire ou institution de l'auteur Avec qui : par l'auteur principal (Wen Chong) Saturation : entretiens menés jusqu'à saturation thématique et qu'aucun nouveau thème ait apparue Enregistrement : entretien audio enregistrés Transcription : mot à mot (verbatim)
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Echantillonnage puis entretiens semi-structurés, retranscription, analyse avec logiciel Nvivo afin de coder les thèmes.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Participation volontaire, consentement écrit, approbation éthique de la recherche humaine de l'uni de sydney
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Pas dans les résultats mais dans la méthode
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	On sait que les transcriptions ont été lues plusieurs fois pour trouver des thèmes. Résultats discutés à interval régulier au sein de l'équipe pour affiner et clarifier les thèmes émergents jusqu'à un consensus. Mais on ne sait pas si un expert a relu les résultats.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Divisé en 3 grands thèmes et en quelques sous-thèmes. Utilisation de verbatims.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Oui, explore les différents obstacles et facilitateur à la PDP et la collaboration interpro.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Aucune information à ce sujet.

Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les résultats de cette étude ont des similitudes avec d'autres études faites antérieurement. Rajoute aussi des informations de différentes études. Voir résumé.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Une des limites montrent que c'est mené dans une partie de l'Australie et que l'on ne sait pas si les variations d'état ou de territoire influencent la perception des prestataires pratiquant ailleurs.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Voir résumé.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il est bien structuré et les résultats sont détaillés (beaucoup de facteurs présents).
Commentaires :					

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Savelberg, W., Boersma, L. J., Smidt, M., Goossens, M. F. J., Hermanns, R., & van der Weijden, T. (2019). Does lack of deeper understanding of shared decision making explain the suboptimal performance on crucial parts of it? An example from breast cancer care. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 38(July 2018), 92–97. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.004				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Concept oui : manque de compréhension plus approfondie de la prise de décision partagée
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Problème : la mise en œuvre de la PDP est limitée Méthode : étude descriptive qualitative, interview 9 chirurgiens, 11 infirmières praticiennes et 7 infirmières, mettre en œuvre la PDP dans les équipes de lutte contre le cancer du sein. Résultats : Travail-effort d'équipe où tout le monde prend sa responsabilité, ignorance des préférences et des décisions, adoption de l'outil très difficile, dernières étapes PDP ont été déléguées aux infirmières par les chirurgiens. Un des obstacles est la non

					conscience de son manque de connaissance. La discussion se trouve dans la conclusion : les soignants doivent mieux comprendre ce qu'est la PDP, les infirmières jouent un rôle important mais qui n'est pas clair, les équipes devraient rétablir les tâches de chacun.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Implémentation PDP lente et comportant de nombreux défis. Souffrance du manque de connaissance, d'efficacité personnelle et une attitude négative des soignants envers PDP. Manque de connaissance sur le meilleur moment et les meilleures procédures pour mettre en place PDP.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Résumé sur les choix de traitement pour le cancer du sein. Influences sur les choix pour la PDP du patient (peur, anxiété, image corporelle, opinion radio). Avantages d'impliquer patient à la PDP. Volonté patients de prendre part active à la PDP.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Théorie PDP par Elwyn et Al 2013 Théorie utilisation outil PDP par Stacey et Al 2014
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Explorer les expériences, les questions et les préoccupations des professionnels qui ont utilisé le programme d'implémentation de la PDP.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Etude qualitative descriptive
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Ils veulent explorer les expériences, les préoccupations des équipes donc du qualitatif est plus adapté.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Equipes spécialisées dans le cancer du sein ayant une attitude positive envers la PDP.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			27 soignants : 9 chirurgiens du cancer du sein, 11 infirmières praticiennes et 7 infirmières spécialisées dans le cancer du sein.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Interview semi-structuré enregistré face à face sur des sujets spécifiques puis ils leur ont montré le modèle d'Elwyn et ils ont parlé des bandes audio enregistrées auparavant. Transcription mot à mot avec verbatims et anonyme par des codeurs. Bande audio avec enregistrement d'un contact avec patient fait avant l'interview.

					Ne disent pas où ni qui est l'interviewer
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Accès au web sur l'aide à la PDP pour les soignants. Réunions d'intro avec recommandations entre chercheur et soignants. Vidéos explicatives procédure utilisation aide décisionnelle au patient. Enregistrement audio entre soignant et patient. Interview entre soignants et chercheurs. Analyse des résultats.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le traitement des données a été fait conformément à la loi sur la protection des données personnelles et à la loi sur la recherche médicale.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Entretiens transcrits mot à mot (avec verbatims). Codage avec analyse de contenu thématique avec le logiciel Nvivo par deux codeurs. Analyse des enregistrements audio avec patient à l'aide de l'outil Observer OPTION par 2 membres de l'équipe séparément puis discussion des différences ensemble. Evaluation de la mesure dans laquelle les soignant ont impliqué les patients dans la PDP par l'outils SPSS, pour déterminer les moyennes, les médianes et les fourchettes pour chaque élément (thèmes). Score total a été obtenu en ajoutant le score de chaque item recalculé pour obtenir une valeur entre 0 et 100. (score élevé = niveau supérieur d'implication du patient dans la PDP)
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Fiabilité inter-juges mesurée par le Kappa de Cohen. 2 codeurs pour faire les thèmes. 2 membre de l'équipe pour utiliser Observer OPTION séparément puis ensemble pour discuter des différences.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Verbatims utilisés pour chacun des thèmes des résultats.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Attitudes divergeantes des soignants à l'égard de la PDP et de la ADP. Facilitation de la mise en œuvre de l'ADP au patient. Obstacles à la mise en œuvre de l'implémentation de la PDP.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Pas dans les résultats.
Discussion	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			La seule référence à une étude antérieure est que les soignants ne sont pas conscient de leur déviation du comportement requis pour la PDP.

Interprétation des résultats	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Ils ne disent rien au sujet de la transférabilité.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Ils disent qu'il faut informer les soignants que l'ADP ne suffit pas pour l'exécution d'un bon processus de PDP. Les équipes qui veulent implanter la PDP ne doivent pas seulement se concentrer sur la discussion entre le patient et le médecin mais intégrer l'infirmière et partager les tâches à toutes l'équipe.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Très bien structuré et très complet dans ses résultats.
Commentaires :					

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	McCarter, S. P., Tariman, J. D., Spawn, N., Mehmeti, E., Bishop-Royse, J., Garcia, I., ... Szubski, K. (2016). Barriers and Promoters to Participation in the Era of Shared Treatment Decision-Making. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 38(10), 1282–1297. https://doi.org/10.1177/0193945916650648				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			X	Il précise le concept à l'étude qui est la prise de décision partagée, la population n'est par contre pas précisée.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le problème est identifié : il y a des promoteurs et des barrières dans la prise de décision partagée. La méthode est résumée : dit que c'est qualitatif et que les données ont été analysées directement Le résultat est résumé : dit qu'il y a des obstacles dans la pratique, des obstacles chez les patients, des obstacles dans la politique de l'institution, des problèmes de couverture d'assurance, des obstacles administratives. Il est dit qu'il y a également des promoteurs tels que : une approche multidisciplinaire, la participation de l'infirmière dans le processus de PDP, le haut niveau de connaissance, l'importance-la perception donnée à la PDP par l'infirmière La discussion est résumée : il y a bcp d'obstacles et de promoteurs dans la PDP, qu'il faut un support organisationnel de la PDP pour des meilleurs résultats dans le

					traitement du cancer, qu'il y a un besoin d'étude supplémentaire pour analyser les promoteurs à la participation dans la PDP.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Ils ont identifié des obstacles et promoteurs à la prise de décision partagée dans un contexte oncologique.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Ils parlent d'une revue systématique sur la préférence des patients à participer à la PDP, des rôles infirmiers dans la PDP, explication du modèle de la PDP, explication de la théorie entourant le rôle d'advocacy.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Sur la PDP et le rôle d'advocacy.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche n'est pas formulée mais le but de l'étude est présenté : le but de cette recherche est d'identifier les obstacles et les promoteurs pour les infirmiers à la participation dans la PDP dans le choix d'un ttt anticancéreux.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Devis de recherche qualitatif et descriptif avec des entretiens semi-structurés.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Le problème de recherche nécessite des réponses descriptives afin de répondre à la question de recherche.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Sous entendu dans l'introduction : Des infirmières en oncologie
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			30 infirmières : 19 infirmières en onco et 11 praticiennes en onco en milieu hospitalier et ambulatoire.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Salle de conférence, par un chercheur principal, retranscription des interview manuellement par des étudiants diplômés, livre de codes utilisés.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Le style de questions posées durant l'interview est décrit mais pas dans les détails.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Etude anonyme, nom d'identification et nom propre n'ont pas été inclus dans la retranscription. Salle de conférence PRIVEE, pas de données sensibles récoltées sur les participants.

Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?			X	Ils expliquent que les résultats ont été codés en thème majeur mais ce n'est pas détaillé.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Ils ont utilisé un livre de codes et un programme analytique qualitatif.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats ont été classés : obstacles de la pratique-pour les patients-politique et institutionnels-professionnels-au champ d'application de la pratique-de la couverture d'assurance-de l'administration // Promoteurs : approche multidisciplinaire, les infirmières ont leur mot à dire, niveau de connaissance maladie et ttt, évaluation personnelle de la participation à la PDP par l'infirmière Verbatims dans les tableaux de résultats (exemples de réponses)
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les résultats font bien le tour de toutes les barrières et les promoteurs que les infirmières ont décrits.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			1 infirmière diplômée et 1 infirmière praticienne ayant participé à l'étude ont approuvé les résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Ils font allusion à une étude de 2015 disant que le rôle des infirmières en oncologie et infirmières praticiennes dans la PDP est dynamique et évolutif. Une étude de 1997 dit que les infirmières doivent être actives dans l'éducation du patient et dans sa défense pour atteindre un accord mutuel et une satisfaction. Une étude de 2012 dit que les patients désirent une participation plus active de l'infirmière dans la PDP. Une étude de 2008 dit qu'il y a encore peu d'études sur les obstacles et les facilitateurs à la PDP. Ils disent que c'est la première étude à analyser cette problématique.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Ils disent que les valeurs et les opinions décrites peuvent ne pas refléter celle de la population en générale.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Ils recommandent des études supplémentaires à ce sujet. Ils recommandent l'élaboration d'un outil de mesure des compétences des infirmières en oncologie dans la PDP pour pouvoir évaluer objectivement leur capacité à participer au processus. Il est important de soutenir les promoteurs et éliminer les obstacles à la PDP pour améliorer la satisfaction des patients et prévenir les regrets décisionnels.

Éléments du rapport	Questions	O ui	No n	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article répond à notre question de recherche. Donne des intéressants résultats selon 30 infirmières. Les résultats sont cependant assez succinct. L'article est bien structuré.
Commentaires :					

Éléments du rapport	Questions	O ui	No n	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Mariani, E., Vernooij-Dassen, M., Koopmans, R., Engels, Y., & Chattat, R. (2017). Shared decision-making in dementia care planning: barriers and facilitators in two European countries. <i>Aging and Mental Health</i> , 21(1), 31–39. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1255715				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Il y a le concept de shared decision-making et « la réponse à la question de recherche » barriers and facilitators. Concept : soins de démence Pas de population.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Problème : Inclure la famille et les résidents ayant une démence dans la PDP peut être un challenge pour les soignants. Méthode : entretien de groupe mené avec des professionnels de la santé qui après avoir eu une formation de la PDP, l'ont appliquée. Analyse de contenu utilisée. Résultats : 6 thèmes et 15 catégories. La collaboration d'équipe, la compétence en communication, et la politique maison de soin → sont des facilitateurs. Les réglementation, le manque de financement et le manque d'implication des aidants familiaux sont les principaux obstacles. L'attitude des familles à l'égard de la PDP peut être à la fois un obstacle et un facilitateur. La principale différence entre les deux pays est le statut cognitif des résidents qui influence le degré d'implication dans la PDP. Discussion : pour accroître la participation des familles et des résidents, il semble crucial de favoriser la formation des professionnels aux techniques de communication, de former les aidants familiaux et que la direction s'implique dans le processus.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			L'utilisation de la PDP avec les personnes démentes est limitée. Il est difficile pour le personnel soignant d'inclure les résidents dans la PDP.

Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Recension d'autres études antérieures sur la démence avec la PDP.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Le cadre théorique est défini. (ce qu'est la PDP)
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Objectif : identifier les obstacles et les facilitateurs concernant l'implantation de la PDP dans le planning de soin dans deux maisons de retraite (Italie et Pays-Bas).
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Etude qualitative explorative
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			On recherche des obstacles et des facilitateurs selon la perception des différents professionnels.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Des soignants en maison de retraite.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			19 soignants dont 13 assistant santé, 2 infirmiers, 2 assistants d'activité, 1 directeur des soins inf, 1 physio
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré pour identifier les obstacles et les facilitateurs du processus d'implémentation de la PDP. Interview enregistrées et retranscrites mot à mot. Traduit en anglais. Codage avec analyseur de contenu.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			3 étapes : cf résumé Interview réalisées 6 mois après avoir assisté au cours.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	Pas d'information à ce sujet.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Expliqué dans la méthode : codage du contenu en catégories et thèmes.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			2 auteurs ont effectué l'analyse des données.
	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il	X			Verbatim soutiennent les résultats classés dans les différents thèmes et catégories.

Présentation des résultats	des extraits rapportés (verbatim) ?				
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les catégories sont des barrières ou facilitateurs ou point de vue durant le processus de PDP ressenti par les professionnels. Ils montrent bien les différents aspects de la PDP dans la pratique.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Pas d'information à ce sujet.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les principaux résultats sont tous comparés à des recherches antérieures.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Pas d'information à ce sujet.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			L'implication des proches est très importante pour que la communication s'améliore et ainsi que la participation du résident à la PDP.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il est bien structuré, très complet dans ses résultats.
Commentaires :					

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Lenzen, S. A., Daniëls, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2018). What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. International Journal of Nursing Studies, 80(October 2017), 1–11. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.005				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problème : respect du processus de prise de décision partagée (du coaching patient) difficile. Concept : Prise de décision partagée Population : les infirmières
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche :	X			Pas le problème ni la discussion. Contexte : Les infirmières jouent un rôle crucial envers les patients dans la PDP.

	problème, méthode, résultats et discussion ?				<p>Problème : Cela représente un défi pour les infirmières qui sont souvent habituées à des routines de travail basées sur des protocoles.</p> <p>Méthode : Ils ont utilisé un cadre pour la PDP sur les objectifs et les actions, un outil pour explorer la perspective du patient, un modèle de profil du patient et un cours de formation . Entretien avec les infirmières, un groupe de discussion avec les infirmières, des entretiens avec les patients. Infirmières ont rempli un questionnaire sur leur routine de travail avant pendant et après le cours de formation. Elles ont dû remettre aux chercheurs les audios des entretiens.</p> <p>Résultats : Les infirmières ont estimé que cette approche les aidaient à accompagner les patients dans la PDP. Elles sont devenues plus consciente de leur attitude et besoin d'apprentissage, ont déclaré avoir des discussions plus approfondies avec les patients. Les infirmières ont eu du mal à intégrer l'approche dans les soins de routine. Elles ont exprimé l'importance de recevoir un soutien et la nécessité d'intégrer l'approche dans la pratique du médecin de famille.</p> <p>Discussion : (conclusion) l'étude montre que le changement du rôle des infirmières, qui est de passer d'expert médical à coach dans la PDP est très complexe et exige de prêter attention aux compétences, aux attitudes et aux facteurs contextuels. Il faudra plus de temps et de formation pour cette transition de rôle. + recommandations</p>
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			<p>Rôle crucial des infirmières : encadrement et PDP sur les objectifs et les actions avec des patients atteints de maladie chronique</p> <p>Challenge : de passer d'un travail davantage basé sur les protocoles médicaux à un encadrement-coaching des patients dans la PDP en faisant attention aux attitudes et aux compétences. Les protocoles médicaux sont en conflit avec les principes du coaching en santé et de PDP.</p> <p>L'infirmière trouve difficile d'évaluer les besoins du patient, d'explorer ses perceptions, d'établir des objectifs et d'adapter sa méthode de travail à chaque patient.</p> <p>Formations plus poussées sont nécessaires. → élaboration d'une approche pour aider les infirmières.</p>

					Infirmières ressentent un besoin important de soutien et d'une manière d'intégration de la PDP dans la pratique.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Parle de l'autogestion - >nécessite autogestion émotionnelle et sociale. Importance de l'établissement des objectifs et de planifier des mesures pour les atteindre.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			PDP : moyen d'aider les patients à faire un choix en santé. Dialogue continu pour explorer leur situation et leur objectifs. Coaching en santé : aide les patients à acquérir des connaissances-compétences-habiletés avec pour objectif d'améliorer la motivation du patient en fixant des objectifs et en tenant compte des situations, motivations et à ce qui est important pour le patient. Explication de toute l'approche contenant un cadre, l'outil des 4 cercles, un modèle profil patient, un cours de formation infirmière
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Examiner comment notre approche (axée sur le soutien du personnel infirmier pour l'encadrement des patients dans la prise de décision partagée sur les objectifs et les actions) fonctionne dans la pratique. Comment mise en pratique et facteurs de succès.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ?	X			Qualitatif et quantitatif
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Parle de professionnels de la santé
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			15 infirmière praticienne avec au moins 1 ans d'expérience professionnelle travaillant avec des patients atteints de maladies chroniques. 10 patients souffrant de maladie chronique (
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Ils ont pris des infirmières selon plusieurs critères et 15 ont accepté de participer.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et	Les instruments de collecte des	X			Quantitatif : Questionnaire + cassettes audio

instruments de mesure	données sont-ils décrits clairement ?				Qualitatif : interviews individuels et groupe de discussion
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			<p>Ils ont créé une approche afin de former les infirmières au coaching afin d'accompagner le patient dans la PDP. Contenait un cadre théorique sur la PDP, l'outil des 4 cercles, un modèle profil du patient et une formation sur le coaching.</p> <p>Quantitatif :</p> <p>Les infirmières ont dû remplir un questionnaire sur leur méthode de travail en regard à la PDP. Elles ont remis aux chercheurs 1-2 cassettes audi des consultations avec leurs patients.</p> <p>Qualitatif :</p> <p>Elles ont participé à des entretiens individuels et à des groupes de discussion pour certaines afin d'être interrogées sur leur expérience. Puis les patients ont été interrogés.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			<p>Les infirmières ont dû demander le consentement des patients.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale L'Atrium Medical Center, Heerlen, Pays-Bas. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<p>Quantitatif : Utilisation du logiciel SPSS version 23 pour faire des statistiques descriptives (moyenne et médiane) sur les questionnaires et développement d'un formulaire d'observation basé sur 2 objectifs comportementaux → objectifs d'exploration de la perspective du patient et formulation explicite d'objectifs et de plan d'action pour les cassettes audio.</p> <p>Qualitatif : interview transcrite en verbatim, codage ouvert, codage axial</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les réponses sont séparées en titres.</p> <p>Tableaux + textes narratifs pour les réponses au questionnaire. Et texte narratif pour les enregistrements cassettes.</p> <p>Résumé narratif + verbatims pour les interviews.</p>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - l'approche aide à encadrer les patients dans la prise de décision partagée - les infirmières sont devenues plus conscientes de leurs propres attitudes par les entretiens avec le patient. - les infirmières se sont senties plus en collaboration avec le patient. - les cours de formation sont un vrai soutien

					- difficulté d'intégration de l'outil
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Disent que la littérature montre que le coaching en santé est difficile et qu'il requiert différentes compétences. Il est vécu comme plus complexe qu'un simple protocole. - Certains chercheurs sont d'accord que les professionnels doivent avoir une formation en coaching et PDP. - Basé sur une revue systématique des programmes de coaching en santé, l'étude suggère qu'il est important de former les professionnels à la théorie des changement comportementaux, aux stratégies motivationnelles et d'auogestion et des techniques de communication. - dans la littérature sur la PDP, il est dit que les patients varient dans leur préférence et leur habileté concernant leur participation dans la PDP. - la littérature dit que l'hésitation des patients à participer à la PDP peut résulter du fait qu'ils ont l'habitude que les infirmières prennent leur rôle d'experte médicale. Il serait important de mieux informer les patients du rôle de coaching des infirmières. - la littérature dit que les infirmières considèrent souvent le soutien à l'auogestion comme une activité qui prend du temps et qui est futile. - Une étude révèle que les infirmières considèrent souvent que la gestion médicale est leur tâche principale. → c'est donc difficile d'établir un partenariat collaboratif avec le patient. - Il a été constaté que le sens de responsabilité des infirmières pour l'amélioration de la santé de leur patient et leurs attentes irréalistes les conduisaient à continuer à contrôler le processus des patients -> entrave PDP. - la littérature suggère que les infirmières doivent être soutenues par leur supérieurs pour passer d'une routine de travail protocolaire et orientée vers la maladie à une approche plus holistique et flexible.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Petit taux de réponse à la demande d'enregistrement audio de consultation - Infirmières intéressées par la prise de décision partagée incluent pour l'étude et pas les autres. - Les patients ont été choisis par les infirmières -> biais - Les données qualitatives n'ont pas été codées indépendamment par deux chercheurs.

					<ul style="list-style-type: none"> - Aucun n'instrument standardisé n'a été utilisé. - Validité du questionnaire n'a pas été testée.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	En outre, en fournissant des des informations sur le contexte, les participants et la collecte de données de cette étude, la transférabilité a été augmentée.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Que changer le rôle de l'infirmière de experte médicale à coach en santé est très complexe et qu'il faut se concentrer sur les attitudes et les compétences de l'infirmière. Plus de temps et de formation est nécessaire.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les résultats montrent que d'autres recherches doivent être réalisées sur le développement et l'évaluation des approches du coaching sur la prise de décision partagée. Il pourrait être utile de se concentrer sur l'apprentissage organisationnel, afin d'accroître la capacité à apprendre et modifier les routines de travail et les rôles dans un processus de collaboration. Ils disent que plus d'études devraient être entreprises pour élaborer des approches de coaching en santé pour la prise de décision partagée.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Contient toutes les parties d'une étude et est complet.
Commentaires :					

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Chung, M. C., Juang, W. C., & Li, Y. C. (2019). Perceptions of shared decision making among health care professionals. <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i> , 25(6), 1080–1087. https://doi.org/10.1111/jep.13249				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le concept de prise de décision partagée est précisé et la population des professionnel de la santé aussi.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode,	X			Problème : Il est pas clair si les professionnels comprennent bien le processus de PDP, si ils pensent que c'est aidant dans leur pratique

	résultats et discussion ?				quotidienne et si ils sont disposés à pratiquer la PDP dans leurs activités. Méthode : un questionnaire a été délivré pendant 2 mois à des professionnels de la santé travaillant dans des hôpitaux au sud de Taiwan. L'étude explore les obstacles à la pratique de la PDP et la volonté des soignants à la pratiquer. Les variables prédictives étaient soumises à une analyse de régression linéaire multiple pour étudier la perception de la PDP par les professionnels . Résultats : 400 répondants, les caractéristiques des différents professionnels avaient une influence sur le KAB (connaissanc-attitude-cmpt). 3 obstacles : manque de temps, manque de connaissance, difficulté à élaborer des aides à la décision pour les patients. Les personnes favorables à la PDP étaient d'avis que celle-ci peut fournir des meilleurs soins de santé au patient, peut maintenir et améliorer l'expertise clinique et peut répondre aux attentes des patients et de la société. Conclusion : Le cmpt des professionnels peut être influencé par l'éducation concernant la PDP et la promotion d'une attitude positive envers elle.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Problème : définir et mettre en œuvre PDP est complexe. Compréhension et utilité de la PDP n'est pas clair chez les professionnels de la santé. Phénomène à l'étude : processus de prise de décision partagée. → le contexte n'est pas clair, mais à prioris le milieu hospitalier.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?		X		Il n'y a pas de recension des écrits sur des connaissances actuelles de la PDP.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			Le cadre théorique (connaissance-attitude-comportement) est mentionné.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'objectif de cette étude était d'appliquer le modèle « connaissance-attitude-comportement » (KAB) pour sonder les perceptions des professionnels de la santé sur la PDP.

Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ?	X			C'est une analyse quantitative descriptive.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmières et autres)
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			422 répondants mais 400 réponses valides des professionnels de la santé. Dans le tableau, il y a les caractéristiques de l'échantillon à l'étude.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Ils disent avoir utilisé un questionnaire conçu selon le modèle connaissances-attitudes-comportements.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Perception des soignants tout en prenant un grand échantillon, d'où l'utilité d'un questionnaire.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	Ils expliquent bien les analyses utilisées et les statistiques afin d'analyser les réponses au questionnaire. Expliquent moins comment ils ont répondu au questionnaire.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Conformément à la déclaration d'Helsinki et ratifiée par la commission de révision institutionnelle de l'hôpital général des Vétérans.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Pas dans le résultat. Ils disent juste qu'ils ont effectué des analyses de régression linéaire multiple afin d'explorer les facteurs potentiels affectant les scores moyens des trois composante du modèle CAC (connaissance, attitude, comportement). → Ils ne donnent pas plus de détail sur l'analyse du reste des réponses dans les résultats. 3 experts de la santé et des soins ont examiné la validité et la fiabilité du questionnaire. Le questionnaire a été établi sur la base de revues de littérature et de discussion avec des experts.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire	X			Les résultats sont compréhensibles. Organisés en paragraphes. Des tableaux à l'appui.

	(résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?				Pas de verbatim.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?				<p>Oui, un tableau montre les résultats en fonction du KAB.</p> <p>Cette étude soutient l'hypothèse d'une interrelation entre la PDP et CAC. Les connaissances de la PDP entraîne une attitude positive et augmente la volonté de la pratiquer chez les soignants. Le modèle CAC indique que les connaissances autant que l'attitude tendent à façonner les actions. L'accumulation de connaissances semble être la principale ressource dans le modèle CAC et cette accumulation fait des variations d'attitude et/ou de comportement. Une plus grande familiarité avec la PDP est un facteur influençant positivement l'attitude envers la PDP, ce qui influence sa pratique. Le manque de temps est un facteur relevé dans l'étude qui revient dans d'autres recherches. Il n'y a pas de preuve solide qui démontre que la PDP demande plus de temps que les soins habituels mais il y a une perception universelle d'un besoin en temps excessif. Les taiwanais considèrent que la PDP doit être faite pour tous les patients et cela crée une impression de pression dans le temps. Les professionnels de la santé qui limitent la PDP à des candidats appropriés pourraient ainsi améliorer la pratique de la PDP. Des facteurs situationnels ont influencé la pertinence de l'utilisation de la PDP : caractéristiques de la maladie, caractéristiques des options thérapeutiques, caractéristiques du patient. Un autre obstacle est le manque de connaissances. Les soignants peuvent manquer de facilité avec certaines informations de la PDP en dépit de leur niveau d'éducation. Fournir de la formation continue pour les professionnels est la clé pour une bonne promotion de la PDP dans la pratique.</p> <p>D'autres obstacles découragent également les professionnels à pratiquer la PDP : manque de d'ADP et manque de développement d'ADP. Les ADP pouvant être faites en version papier, en ligne ou vidéo peuvent faciliter la compréhension de preuves cliniques pertinentes et ainsi aider à communiquer ses préférences éclairées. Les professionnels n'ayant pas d'ADP ont plus de difficultés à discuter des options de traitement avec le patient. Fournir un enseignement pour l'utilisation et le développement des ADP joue un rôle important pour la pratique de la PDP.</p> <p>L'étude a également exploré la volonté des soignants à pratiquer la PDP. Voir résultats, ceux qui ont la volonté vs ceux qui ne l'ont pas. C'est conforme à des résultats de recherches antérieurs montrant que les résultats patient, l'impact positif sur le processus clinique et fournir de la motivation constituent les facteurs facilitateurs de la PDP les plus cités.</p>
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			3-4 études antérieures ont été citées pour comparer et soutenir leurs résultats.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'étude a été faite au sud de Taiwan donc les résultats doivent être interprétés avec prudence. La majorité des répondants au questionnaire n'étaient pas des médecins. Une étude plus approfondie est nécessaire pour évaluer la pratique de la PDP de divers

					professionnels et dans différents contextes.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Utiliser les données récoltées avec prudence si extrapolation des résultats. (car fait au Sud de Taiwan).
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?				Les facteurs individuels des soignants ne sont pas cruciaux pour les soins et la PDP. Les directeurs ont plus d'opportunités de recevoir des informations sur la PDP et de la promouvoir dans leur département. Augmenter son expérience sur les ADP tend vers une compréhension et une volonté de pratiquer la PDP. Le modèle de CAC est utile pour explorer la perception des professionnels de la santé de la PDP.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Une étude plus approfondie est nécessaire pour évaluer la pratique de la PDP de divers professionnels et dans différents contextes.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Bien structuré. Peut être pas assez détaillé dans leur modèle théorique CAC.
Commentaires :					

