



Heds FR

Haute école de santé Fribourg
Hochschule für Gesundheit Freiburg

BACHELOR EN SOINS INFIRMIERS / BACHELOR IN PFLEGE

Influence de la décision partagée en santé mentale sur la satisfaction des patients

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

Ludivine Dumas

Alison Sousa Figueiredo

Promotion 2016-2019

Sous la direction de : Marco Matrascia

Haute École de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

11 juillet 2019

Résumé

Background et objectifs : La décision partagée est un processus complexe à mettre en place et dépend de beaucoup de facteurs pour sa réussite. De plus, il a été démontré qu'il n'est que peu utilisé dans le domaine de la psychiatrie ambulatoire. Cette revue de littérature met en lumière les facteurs influençant la mise en place de la décision partagée auprès du patient. **Méthode :** Les recherches ont été faites sur les bases de données Cinhal, Pub Med et APA PsychNet. Des descripteurs et des mots-clés sont utilisés pour la recherche. Sept articles ont été analysés à l'aide d'une grille de résumé et d'une de lecture critique. De celles-ci, il en est ressorti que trois études sont des devis quantitatifs, deux qualitatifs et deux mixtes. **Résultats :** Les résultats sont l'importance de la relation thérapeutique, l'inclusion des préférences des patients concernant leur traitement ou leur prise en charge, l'inclusion de la famille dans le processus de décision partagée ainsi que la nécessité de former le personnel soignant à celle-ci. La contrainte de temps liée à la mise en place du processus, la stigmatisation sociale des patients psychiatriques, l'inquiétude des soignants face aux capacités cognitives et décisionnelles ainsi que les désaccords entre patient et soignant font également partis des résultats. **Discussion :** Les résultats sont mis en relation avec le cadre théorique, *Person Centred Nursing* de McCance et McCormack ainsi qu'avec les concepts de partenariat et de satisfaction. Afin de faciliter la mise en place du processus, des pistes ainsi que des recommandations pour la pratique, la recherche et la formation sont démontrées dans cette revue de littérature. Et pour finir les limites et les forces de cette revue de littérature sont énoncées.

Mots-clés : Shared Decision Making ; Mental Health ; Satisfaction ; Barriers and Facilitators.

Tables des matières

| | |
|--|-----|
| Résumé..... | ii |
| Liste des tableaux..... | v |
| Remerciements..... | vi |
| Glossaire..... | vii |
| Introduction..... | 1 |
| Problématique..... | 3 |
| Question de recherche..... | 6 |
| Objectifs..... | 6 |
| Cadre théorique..... | 7 |
| Théorie / Aspects théoriques..... | 8 |
| Concepts..... | 11 |
| Partenariat..... | 11 |
| Satisfaction..... | 12 |
| Méthode..... | 14 |
| Devis de recherche..... | 15 |
| Stratégie de recherche..... | 15 |
| Critères d'inclusions et d'exclusions..... | 17 |
| Diagramme de flux..... | 20 |
| Résultats..... | 21 |
| Caractéristiques et qualité méthodologique..... | 22 |
| Présentations de chaque article..... | 25 |
| Catégorisation des résultats..... | 25 |
| Facteurs facilitant le processus de décision partagée..... | 25 |
| Concernant les patients..... | 26 |
| Concernant l'interaction patient - soignant..... | 27 |
| Concernant la prise en charge..... | 29 |
| Concernant le soignant..... | 30 |
| Facteurs entravant le processus de décision partagée..... | 32 |
| Concernant les patients..... | 32 |
| Concernant les désaccords entre patient - soignant..... | 33 |
| Concernant l'environnement de soins..... | 34 |
| Discussion..... | 36 |

| | |
|---|-----|
| Interprétation des résultats en lien avec le cadre théorique | 37 |
| Facteurs entravant le processus de décision partagée | 43 |
| Réponse à la question de recherche | 47 |
| Recommandations pour la pratique, la recherche et la formation..... | 50 |
| Recommandations pour la recherche | 50 |
| Recommandations pour la pratique | 50 |
| Recommandations pour la formation | 51 |
| Forces et limites..... | 51 |
| Conclusion | 52 |
| Références | 54 |
| Appendice A | 58 |
| Appendice B | 60 |
| Appendice C | 62 |
| Appendice D | 72 |
| Appendice E | 86 |
| Appendice F | 98 |
| Appendice G | 108 |
| Appendice H | 119 |
| Appendice I | 132 |
| Appendice J | 146 |
| Appendice K | 148 |
| Appendice L | 162 |
| Appendice M | 164 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs..... | 16 |
| Tableau 1 : Équation de recherche numéro 1 | 17 |
| Tableau 2 : Équation de recherche numéro 2..... | 18 |
| Tableau 3 : Équation de recherche numéro 3..... | 18 |
| Tableau 4 : Équation de recherche numéro 4..... | 18 |
| Tableau 5 : Équation de recherche numéro 5..... | 19 |
| Tableau 6 : Équation de recherche numéro 6..... | 19 |

Remerciements

Nous remercions notre directeur de travail de Bachelor, Monsieur Marco Matrascia, pour son accompagnement, sa disponibilité et son soutien tout au long de la rédaction de cette revue de littérature.

Nous sommes également reconnaissantes auprès de René Charrière, de Florence Meyer et de Noémie Richoiz pour la relecture et la correction de notre travail.

Pour finir, nous aimerions remercier nos proches et nos collègues qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Glossaire

SDM Shared decision making

PCN Person Centred Nursing

Introduction

De nos jours, une grande partie de la population suisse est touchée par des maladies mentales. Avec la reconnaissance accrue de celles-ci, sa prise en charge est en pleine évolution. Malheureusement, les patients psychiatriques n'ont pas souvent leur mot à dire quant à leur prise en charge en raison d'une stigmatisation sociale toujours présente. Leurs préférences ne sont pas toujours respectées ou écoutées. Actuellement, un modèle de prise de décision « paternaliste » est privilégié dans les services de santé mentale. En effet, le médecin a souvent le monopole des décisions et ne laisse pas la place aux patients de s'exprimer face à celles-ci, ce qui entrave de façon significative leur partenariat et leur relation thérapeutique. De ce fait, il est primordial d'instaurer de façon régulière ce procédé afin de permettre une meilleure implication et participation du patient. En effet, selon Gerber et al. (2014), il favorise l'autonomie et la responsabilisation du patient ainsi que sa satisfaction, ce qui est primordial dans le contexte psychiatrique. En centrant la prise en charge sur les patients, les professionnels valorisent leur partenariat et par conséquent leur satisfaction. De plus, la théorie de soins *Person Centred Nursing* (théorie centrée sur la personne) est étroitement liée au processus de décision partagée mettant toutes deux l'accent sur le patient. C'est pourquoi les auteures ont choisi cette théorie de soins.

Cette revue de littérature met en exergue les facteurs favorisant et défavorisant de la mise en place d'une décision partagée au sein des services de psychiatrie ambulatoire afin de pouvoir influencer positivement la satisfaction des patients par la suite.

Problématique

La décision partagée est un processus interactif, entre le médecin et le patient, exigeant une participation à part égale basée sur l'échange d'informations. Ce processus favorise l'autonomie et la responsabilisation du patient ainsi que sa satisfaction. (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2014)

Une grande partie de la population suisse est touchée par des troubles psychiatriques. La dépression est le trouble le plus fréquent (24.9%) chez les 50-64 ans, suivie des troubles névrotiques liés au stress somatoforme (15.1%) chez les 15-34 ans et des psychoses (14.9%) chez les 35-49 ans. Au vu de ces chiffres, on remarque l'importance d'améliorer la prise en charge et l'évidence d'une mise en place d'une décision partagée. (OBSAN, 2017) Selon Hamman, Bühner, & Rüschi (2017), et afin de jouer un rôle actif dans l'accompagnement et la prise de décisions, les patients doivent avoir certaines compétences pour participer à la décision partagée. La « communication critique et participative » définit un patient comme impliqué, celui qui ose exprimer ses points de vue et défier l'opinion du médecin tout en affirmant ses désaccords. (Hamann, Bühner, & Rüschi, 2017) Nier sa maladie ou ne pas suivre de traitement par peur des stigmatisations n'est pas adéquat à une mise en place optimale du processus de décision partagée. A contrario, avoir de bonnes capacités cognitives, des attitudes et des comportements appropriés ainsi que de bonnes connaissances en lien avec sa pathologie et les options de traitement sont des compétences nécessaires et avantageuses. Dans le système de santé, une décision partagée entre médecin et patient diminue la prescription de traitement souvent jugée peu ou pas nécessaire par le patient. L'effet démontré sur la santé est une augmentation de l'observance du traitement. (Gerber et al., 2014)

Selon Gerber et al. (2014), le 57% des patients juge nécessaire d'inclure la décision partagée dans leur prise en charge, le 17% pense que seul lui-même est

apte à choisir pour sa propre santé alors que le 23% estime que seul le médecin doit être responsable décisionnaire. D'autres études ont démontré une participation active plus fréquente chez les femmes, les personnes ayant un niveau de formation supérieur, les personnes issues d'un milieu social élevé, ainsi que chez les autochtones et les plus jeunes. (Hamann et al., 2017)

Plusieurs facteurs peuvent être une contrainte à un comportement actif du patient lors de la décision partagée, tels que des symptômes dépressifs, un manque de motivation ou d'intérêt, des troubles de la pensée ainsi qu'un sentiment d'impuissance. Les préjugés de la société envers les maladies mentales ont un impact important sur leur amour propre et peuvent engendrer un sentiment de honte et d'auto-stigmatisation. Ces effets négatifs peuvent représenter un grand obstacle dans la participation active des patients et entraîner un sentiment de dévalorisation, de démoralisation ainsi que des résultats défavorables. (Hamann et al., 2017) L'auto-stigmatisation et le sentiment de honte élevé sont liés à une faible communication critique et participative, ce qui conduit plutôt à un modèle de décision paternaliste et renforce l'auto-stigmatisation qui engendrera de moins bons résultats pour la santé. (Hamann et al., 2017)

Selon Smith et al. (2014), l'admission involontaire, l'administration de traitement sans consentement, l'isolement et les mesures de contention ainsi que les troubles liés à l'utilisation de plusieurs substances sont également des facteurs contraignants à la mise en place de la décision partagée. En suisse, 14'580 personnes sont placées à des fins d'assistance (PAFA) dans des institutions psychiatriques (Schuler, Tuch, & Peter, 2018) et leurs admissions involontaires sont souvent liées à des mesures de contraintes physiques. L'ensemble de celles-ci est associé à une diminution significative du niveau de satisfaction du patient ainsi qu'à de moins bons résultats de traitement. (Smith et al., 2014)

Les effets provoqués peuvent être une diminution de la recherche d'informations sur la pathologie ainsi que sur l'utilisation des services hospitaliers et ainsi une alliance thérapeutique de mauvaise qualité peut être ressentie de la part du patient. L'auto-stigmatisation et les mesures de contrainte sont les preuves de l'influence des interactions en milieux hospitaliers. (Hamann et al., 2017) Comme mentionné dans les recherches actuelles, les obstacles à une bonne prise de décision partagée sont très nombreux et fréquents. Au contraire, si celle-ci est correctement mise en place et respectée, elle démontre un impact incontestable sur la satisfaction du patient. En effet, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (2011), la satisfaction se traduit par un sentiment de bien-être résultant de l'acte accordé au patient. Ce contentement met en relation les attentes du patient, les soins qui lui sont prodigués ainsi que ses besoins objectifs. Elle peut être altérée par les divers facteurs nommés précédemment. La satisfaction est évaluée à l'aide de différents points tels que la qualité des soins, la possibilité de poser des questions et de la compréhension des réponses données, l'explication des traitements et de la pathologie ainsi que la préparation à une future sortie.

En résumé et selon les connaissances actuelles, la décision partagée est importante dans la prise en charge des patients en contexte ambulatoire, car elle favorise un sentiment d'autonomie, de satisfaction, de responsabilité, d'auto-efficacité et d'adhésion au traitement. Malgré qu'une grande partie de la population suisse soit touchée par des maladies mentales, elle reste toutefois peu instaurée auprès des patients atteints, due aux différents obstacles pour sa mise en pratique dans les soins tels que la stigmatisation, les PAFA, les mesures de contrainte et la gravité de la maladie. Si la prise en charge n'est pas centrée sur le patient mais sur le diagnostic, un impact négatif peut se ressentir de la part du patient et la relation thérapeutique peut en être perturbée. Compte tenu des bénéfices de la prise de décision partagée,

parfois mise à mal par ces nombreux obstacles, les auteures ont trouvé important de centrer la question de recherche de la façon suivante : « Quels sont les facteurs influençant la mise en place de la décision partagée afin de favoriser la satisfaction des patients de 18 à 85 ans atteints de troubles mentaux, dans la prise en charge en milieu ambulatoire ? »

Question de recherche

Suite aux recherches précédentes, cette revue de littérature va tenter d'apporter des réponses à la question de recherche suivante :

« Quels sont les facteurs influençant la mise en place de la décision partagée afin de favoriser la satisfaction des patients de 18 à 85 ans atteints de troubles mentaux, dans la prise en charge en milieu ambulatoire ? »

Dans cette revue de littérature, les auteures se sont intéressées à des patients âgés de 18 à 85 ans, atteints de troubles mentaux tels que la schizophrénie, la bipolarité, la dépression, les troubles de l'humeur, l'anxiété et le stress post-traumatique. Le contexte ambulatoire a été choisi et préféré à celui du milieu hospitalier, car la décision partagée y est beaucoup moins instaurée. Les résultats démontrent des pistes d'amélioration pour une meilleure mise en place du processus de décision partagée dans la prise en charge.

Objectifs

L'objectif de cette revue de littérature est de mettre en lumière les facteurs influençant, autant positivement que négativement, le processus de décision partagée, dans le but d'exposer les pistes facilitant la mise en place d'un tel processus auprès du patient dans un contexte ambulatoire de santé mentale.

Cadre théorique

Théorie / Aspects théoriques

Afin de présenter ce chapitre basé sur le cadre théorique, l'approche des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance y est développée. En plus des quatre concepts centraux de la théorie de soins développés ci-dessous, deux autres concepts, le partenariat et la satisfaction, sont également présentés.

Person Centred Nursing (PCN) est défini comme un positionnement ou un statut attribué à un être humain dans les relations, tout en prenant en compte la reconnaissance, le respect et la confiance. La théorie PCN est une approche pratique qui favorise la formation et la promotion des relations thérapeutiques entre tous les prestataires de soins. (Brendan McCormack & Tanya McCance, 2010)

Professeur Brendan McCormack est le chef de la division des soins infirmiers et artistiques dans laquelle il travaille, ainsi que le directeur associé au Centre de Recherches de la pratique centrée sur la personne de l'université *Queen Margaret University* d'Édimbourg en Ecosse. (McCormack, 2019)

Professeure Tanya McCance est la directrice de l'Institut de Recherches en sciences infirmières et en santé, ainsi que celle du Centre de Recherches de la pratique centrée sur la personne de l'Université d'Ulster en Irlande du Nord. Elle jouit d'une réputation internationale dans le développement de cette théorie grâce à l'utilisation d'approches de recherches participatives telles que le développement de pratiques ainsi que la recherche-action. (McCance, 2019)

Les principes fondamentaux des soins vus par le patient sont la dignité, le respect, la vie privée et la communication. Afin de permettre une meilleure compréhension des principes fondamentaux de cette théorie, une figure concernant le cadre des soins infirmiers centrés sur la personne est illustrée en appendice B.

Les auteures ont choisi cette théorie car elle est étroitement liée au processus de décision partagée et permet d'étayer les résultats en lien avec la question de recherche.

La PCN comprend 4 concepts centraux qui sont :

Prérequis : Ils se portent sur les compétences du professionnel de la santé. Ces dernières sont définies comme « une combinaison des connaissances, des compétences, des attitudes, des valeurs et du jugement, ce qui permet d'obtenir des performances satisfaisantes pour étoffer l'éventail de compétences attendues ». Afin de fortifier les relations thérapeutiques, le travail en équipe pluridisciplinaire/interdisciplinaire fait partie des compétences primordiales à acquérir. Il est aussi important de mettre en avant la compréhension et l'intégration des croyances et des valeurs du patient par le corps soignant. Étant donné « qu'avant d'aider les autres, on doit se connaître soi-même et comprendre comment nous fonctionnons en tant que personne », les soignants doivent pouvoir s'identifier à ce qu'ils apportent dans la relation avec leur patient. (Brendan McCormack & Tanya McCance, 2010)

Environnements de soins : Ce concept englobe différentes caractéristiques telles que les personnes, le processus et la structure qui ont toutes des répercussions sur l'efficacité de la prise en charge. Au niveau personnel, une bonne combinaison de compétences est nécessaire, car les soins infirmiers ne se cantonnent pas seulement aux gestes techniques, mais également au contexte de soins dans lequel ils sont prodigués. D'autres qualités, telles que travailler en équipe pluridisciplinaire, répondre aux questions soulevées durant les consultations, mettre en place des interventions et en évaluer les résultats par la suite, sont aussi importantes. Avoir un environnement propice à l'apprentissage permet aux soignants d'innover et de maximiser leur potentiel. La mise en place d'une équipe continue et intégrée permet

un partage du pouvoir, des relations efficaces et favorise la bonne collaboration ainsi que le processus de décision partagée. L'environnement de soins est également un point important. En effet, et afin d'être centré sur le patient, des espaces de soins dans lesquels la famille et les amis peuvent être accueillis doivent être favorisés. (Brendan McCormack & Tanya McCance, 2010)

Processus centré sur la personne : Selon Benner (1984), l'essentiel du processus centré sur la personne est décrit comme l'art "d'être avec" une personne sans "faire pour" celle-ci. Celui-ci met l'accent sur la relation thérapeutique en comprenant et en intégrant ce qui est important pour le patient, tout en prenant en compte ses croyances et ses valeurs au sein d'un plan de soins personnalisés. Afin de favoriser le processus de décision partagée qui est très étroitement lié au PCN, il faut être impliqué et engagé pour subvenir aux besoins de son patient tout en étant empathique, authentique et congruent dans le but de permettre une présence sympathique. (Brendan McCormack & Tanya McCance, 2010)

Résultats : Afin d'évaluer les résultats du processus centré sur la personne, trois principaux points en sont ressortis, ceux-ci sont : l'implication dans les soins, la satisfaction des soins ainsi que le sentiment de bien-être. Ils peuvent tout aussi bien toucher le patient et sa famille que le personnel soignant. Les points cités ci-dessus permettent de mettre en avant des mécanismes spécifiques et de remanier le processus centré sur la personne. De ce fait, il faut encourager une participation active et continue afin de permettre le développement et l'évaluation des soins centrés sur la personne. (Brendan McCormack & Tanya McCance, 2010).

Ces 4 concepts centraux développés ci-dessus, à savoir les prérequis, les environnements de soins, le processus centré sur la personne et les résultats sont

reliés les uns aux autres et interagissent entre eux. Une quelconque modification apportée sur l'un d'entre eux peut avoir un impact significatif sur les autres.

Concepts

Partenariat

Le partenariat est un concept récent dans le domaine de la santé. Selon Lefebvre (2008), il se définit comme « l'association d'une personne, de ses proches, des infirmières qui reconnaissent leurs expertises et 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'appropriation de compétences nécessaires menant à l'auto-détermination de chacun. » (Formarier & Ljiljana, 2012)

Selon Hook (2006), les attributs du concept sont : la relation, le partage du processus de décision et celui du pouvoir avec le patient, le partage des connaissances, les compétences professionnelles, l'autonomie du patient, la communication et la participation de ce dernier.

Selon la déclaration d'Alma-Ata (1978), "tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés". Étant donné que le patient a droit de décision sur sa propre santé, le partenariat fait partie intégrante de la mise en place de la décision partagée. En instaurant une relation basée sur le partenariat, les soignants rendent le patient acteur de sa propre prise en charge et favorisent le processus centré sur la personne. (Formarier & Ljiljana, 2012)

Ce concept est intéressant et important car il parle de la relation thérapeutique entre le patient et les professionnels de la santé, ce qui est la base de la décision partagée.

Le partenariat est un incontournable dans le processus de décision partagée et pour la théorie choisie.

Satisfaction

La satisfaction fait partie intégrante de la qualité des soins. Le critère principal de ce concept est de connaître dans quelle mesure les soins prodigués approchent les réels besoins des patients, qu'ils soient subjectifs ou objectifs. (Johan Van Der Heyden, 2008) De nos jours, les patients sont beaucoup mieux informés et ont de nouvelles attentes, des désirs et des priorités autres, qui les confrontent aux soignants. Il est important de recueillir des informations précises au sujet de la satisfaction des patients car elles donnent une appréciation des soins et permettent également de déterminer les problématiques et de proposer des solutions et permettre l'évaluation des soins.

Cinq principaux arguments de mesure de la satisfaction sont énoncés ci-dessous :

- La fluctuation de la satisfaction des patients exprime une variation au niveau de la qualité des services donnés
- La satisfaction des patients fait partie intégrante de la qualité de vie
- Seuls les patients ressentent les résultats positifs ou négatifs des traitements
- Les patients sont de plus en plus informés et critiques et sont également aptes à porter un jugement de manière autonome
- Les patients sont souvent les plus aptes à juger de leurs relations sociales

Afin d'avoir des résultats significatifs du niveau de satisfaction, il est préférable de la comparer entre deux différents groupes de patients ou dans des contextes de soins discordants. Les attentes, les besoins ainsi que les soins prodigués aux patients sont les facteurs qui représentent leur degré de satisfaction. L'insatisfaction n'est représentée que si un ou des événements extrêmement négatifs se sont produits.

(Johan Van Der Heyden, 2008)

Méthode

Ce chapitre comprend différents points sur la méthodologie comme le devis de recherche, la stratégie de recherche contenant les descripteurs et les mots-clés sélectionnés ainsi que leurs traductions. Les critères d'inclusions et d'exclusions sont explicités et pour finir un tableau récapitulatif des études choisies est illustré.

Devis de recherche

Le devis utilisé pour ce travail de Bachelor est la revue de littérature. En effet, cette dernière se rapporte à l'analyse et l'évaluation critique d'un ensemble d'études afin de démontrer les idées, les théories ainsi que des évidences basées sur la pratique. La fiabilité de cette revue de littérature se démontre par la recherche d'articles avec un niveau de preuves significatives et ciblées afin de pouvoir répondre à la question de recherche de manière pertinente.

Stratégie de recherche

Des recherches ont été menées à travers plusieurs bases de données telles que CINHALL, Pubmed et APA PsycNet. Des descripteurs et des mots clés ont été traduits et utilisés pour les recherches présentées dans le tableau 1 ci-dessous. Après diverses tentatives en n'utilisant uniquement que les descripteurs et les Mesh Terms, aucun résultat correspondant à la question de recherche n'a été trouvé, raison pour laquelle des mots-clés ont été privilégiés. Cependant des descripteurs Cinhal ont été intégrés dans certaines équations de recherches. Les mots-clés et les descripteurs définis ci-dessous ont été combinés et un filtre temporel de 10 ans ajouter dans le but d'avoir les études les plus récentes possible. Ces études ont été sélectionnées sur la base de leur titre. Un large éventail d'articles a été sélectionné afin d'étoffer les connaissances sur cette thématique.

Les auteures ont poursuivi les recherches en priorisant les données omises et en ciblant sur des articles permettant de répondre à la question de recherche en lien avec la problématique de base. Pour ce faire, les auteures ont sélectionné les articles grâce à leurs résumés. Une fois le panel d'études sélectionnées élaboré, une lecture approfondie de celles-ci a été effectuée.

En raison d'un remaniement de la question de recherche, une nouvelle sélection d'articles a dû être accomplie afin d'y répondre pleinement. Les sources des études choisies ont permis de trouver d'autres ressources en lien avec la problématique. De plus, les auteurs d'articles déjà sélectionnés ont permis d'en trouver d'autres en lien avec le sujet, ce qui a servi à compléter le panel d'articles. Ensuite, les auteures ont discuté de la pertinence des différentes études afin de préciser l'échantillon final.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

| PICO | P | I | Co |
|---|------------------------------------|--|--|
| Synonyme termes proches, termes reliés En français | Patients de 18 à 85 ans Adultes | Prise de décision partagée Préférences des patients et participation Satisfaction patient Prise de décision partagée questionnaire Barrières et facilitateurs SDM-Q-9 | Santé mentale Troubles mentaux Soin psychiatrique Soins en santé mentale Pratique psychiatrique Milieu ambulatoire |
| En Anglais | Patients aged 18 to 85 Adults | Shared decision making Patient's preferences and participation Patient satisfaction Shared decision-making questionnaire Barriers and facilitators SDM-Q-9 | Mental health Mental disease Mental care Mental healthcare Psychiatric care Psychiatric practice Psychiatric outpatients |
| Descripteurs CINHAL | | MW: Mental health MW: Patient satisfaction | |

Critères d'inclusions et d'exclusions

Les critères d'inclusions de ce travail sont :

- Population adulte
- Personnes atteintes de troubles mentaux
- Contexte ambulatoire
- Articles ne datant pas de plus de 10 ans (2009-2019)
- Articles rédigés en français ou en anglais

Les critères d'exclusions de ce travail sont :

- Étude ne se basant que sur une pathologie psychiatrique
- Étude se basant sur des pathologies somatiques
- Contexte hospitalier ou à domicile
- Article traitant du modèle paternaliste
- Revues de littérature

Des revues de littérature ont été préservées à des fins de compréhension et pour de compléter les acquis, mais elles n'ont pas été sélectionnées dans l'ensemble final d'articles.

Tableau 1 : Équation de recherche numéro 1

| | |
|--------------------------------|--|
| Mots-clés | « Shared decision making » AND « Mental Health » AND « Patient's preferences and participation » |
| Base de données | Cinhal |
| Filtre | 2010-2019 |
| Articles trouvés | 13 |
| Articles retenus | 1 |
| Références des articles | |

Fukui, S., Salyers, M. P., Matthias, M. S., Collins, L., Thompson, J., Coffman, M., & Torrey, W. C. (2014). Predictors of shared decision making and level of agreement between consumers and providers in psychiatric care. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 375-382.

Tableau 2 : Équation de recherche numéro 2

| | |
|--|--|
| Mots-clés et descripteurs | « Shared decision making » AND « Mental Health » (MW: word in subject landing) AND « Patient's preferences and participation » |
| Base de données | Cinhal |
| Filtre | 2010-2019 |
| Articles trouvés | 8 |
| Articles retenus | 1 |
| Références des articles | |
| Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. <i>Journal of Mental Health</i> , 24(1), 24-28. | |

Tableau 3 : Équation de recherche numéro 3

| | |
|---|--|
| Mots-clés | « Shared decision making » AND « Mental Health » |
| Base de données | APA PsychNet |
| Filtre | 2010 |
| Articles trouvés | 7 |
| Articles retenus | 1 |
| Références des articles | |
| Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 34(1), 29. | |

Tableau 4 : Équation de recherche numéro 4

| | |
|----------------------------------|---|
| Mots-clés et descripteurs | « Shared decision making » AND « Mental Health » AND «patient satisfaction» (MW: word in subject heading) |
| Base de données | Cinhal |

| | |
|---|-----------|
| Filtre | 2010-2019 |
| Articles trouvés | 20 |
| Articles retenus | 1 |
| Références des articles | |
| Klingaman, E. A., Medoff, D. R., Park, S. G., Brown, C. H., Fang, L., Dixon, L. B., ... & Kreyenbuhl, J. A. (2015). Consumer satisfaction with psychiatric services: The role of shared decision making and the therapeutic relationship. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 38(3), 242. | |

Tableau 5 : Équation de recherche numéro 5

| | |
|---|--|
| Mots-clés | « Shared decision making » AND « Mental healthcare » AND « Barriers and facilitators » |
| Base de données | Cinhal |
| Filtre | 2010-2019 |
| Articles trouvés | 7 |
| Articles retenus | 1 |
| Références des articles | |
| 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. | |

Tableau 6 : Équation de recherche numéro 6

| | |
|--|---|
| Mots-clés | « SDM-Q-9 » AND « Psychiatric outpatients » |
| Base de données | PubMed |
| Filtre | 2010-2019 |
| Articles trouvés | 2 |
| Articles retenus | 2 |
| Références des articles | |
| De las Cuevas, C., Peñate, W., Perestelo-Pérez, L., & Serrano-Aguilar, P. (2013). Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9). <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 9, 1045. | |
| De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2014). To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. <i>Acta neuropsychiatrica</i> , 26(6), 372-381. | |

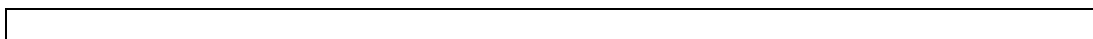


Diagramme de flux

Un diagramme de flux est illustré en appendice J. Celui-ci permet de démontrer le cheminement des auteures pour la sélection des articles de cette revue de littérature.

Résultats

Sept articles ont été sélectionnés et analysés pour l'écriture de cette revue de littérature. Après analyses et lectures plus approfondies de ceux-ci, deux grandes catégories ont été formées et des sous-catégories ont été définies afin de pouvoir expliciter au mieux les résultats. Les principales sont : les facteurs facilitant le processus de décision partagée et les facteurs entravant le processus de décision partagée.

Caractéristiques et qualité méthodologique

Cette revue de littérature comprend sept études scientifiques qui ont toutes été publiées entre 2009 et 2019. Ces sept études sont :

Étude [1] : De las Cuevas, C., Peñate, W., Perestelo-Pérez, L., & Serrano-Aguilar, P. (2013). Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1045.

Étude [2]: Klingaman, E. A., Medoff, D. R., Park, S. G., Brown, C. H., Fang, L., Dixon, L. B., ... & Kreyenbuhl, J. A. (2015). Consumer satisfaction with psychiatric services: The role of shared decision making and the therapeutic relationship. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(3), 242.

Étude [3]: Fukui, S., Salyers, M. P., Matthias, M. S., Collins, L., Thompson, J., Coffman, M., & Torrey, W. C. (2014). Predictors of shared decision making and level of agreement between consumers and providers in psychiatric care. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 375-382.

Étude [4]: Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 34(1), 29.

Étude [5]: Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. *Journal of Mental Health*, 24(1), 24-28.

Étude [6]: 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.

Étude [7]: De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2014). To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. *Acta neuropsychiatrica*, 26(6), 372-381.

Parmi ces études, trois ont un devis quantitatif [1 ; 2 ; 7] dont un essai contrôlé randomisé [1] et une de type coupe-transversal [2], deux autres ont un devis mixte [3 ; 4] dont une de type rétrospectif [3] et une de type randomisé par grappes [4] et les deux dernières sont qualitatives de type exploratoire [5 ; 6]. Les sept études sont toutes rédigées en anglais et sont issues de différents pays tels que l'Espagne [1 ; 7], les États-Unis [2 ; 3 ; 4 ; 5] ainsi que de l'Australie [6]. Le fait d'avoir un grand nombre d'études qui proviennent du même pays, à savoir les États-Unis et l'Espagne, est un avantage car il permet une meilleure comparaison des résultats au sein d'une même culture. La totalité des études comprend des patients âgés de 18 à 85 ans atteints de différentes maladies psychiatriques telles que la schizophrénie, des troubles schizoaffectifs ou psychotiques, des troubles de dépression majeure, la bipolarité, les troubles de l'humeur, du stress post-traumatique et des troubles obsessionnels-compulsifs. Quel que soit son statut, le personnel soignant fait partie intégrante de la population des différentes études. Les médecins tels que les psychiatres et/ou les

psychologues ou les généralistes, les infirmiers praticiens et/ou spécialisés en santé mentale sont aussi acteurs de ce système. Les données sociodémographiques des différents professionnels de la santé n'ont pas été collectées, ce qui peut être une limite pour la compréhension des facteurs influençant concernant le prestataire de soins. Le contexte des différentes études est le milieu ambulatoire dans des centres de santé communautaires [1 ; 3 ; 4 ; 7], des centres de soins primaires [1], des cabinets médicaux [6], des cliniques de santé ambulatoires [2 ; 5] et des hôpitaux [6] où sont menées des consultations externes.

Plusieurs outils et échelles ont été utilisés dans certaines études afin de recueillir des informations et de permettre par la suite une analyse des données et des variables. Les échelles présentées dans la revue sont : l'échelle SDM-Q-9, l'échelle de gradation de Likert, l'échelle STAR-P, l'échelle BASIS-24, l'échelle HPRS, l'échelle MHLC, l'échelle *General Perceived Self-Efficacy Scale* et l'échelle *Drug Attitude Inventory*. De plus, trois éléments tels que l'initiateur à la conversation, la complexité des décisions et le niveau d'accord entre patient et soignant ont été évalués et analysés. L'ensemble des échelles est présenté en appendice M.

Le niveau de preuve des études sélectionnées est de type modéré à faible. L'essai contrôlé randomisé [3] a un niveau de preuve modéré, tandis que les six autres études ont un niveau de preuve faible. [1 ; 2 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7] Des limites sont présentes dans les études citées ci-dessus et le fait que l'échantillon soit de petite taille (4 : n=16 / 5 : n=79 / 6 : n=31) [4 ; 5 ; 6] restreint la généralisation des résultats. Un autre frein, lié au manque d'informations sur la durée de l'étude ou si l'enregistrement a été repris d'études ultérieures [3 ; 5], limite l'apport d'informations concernant le patient et le soignant et ne permet pas de voir les conséquences du processus de décision partagée sur du long terme. Les auteurs ont tout de même décidé de garder ces

différentes études car elles permettent de mettre en évidence certains points tels que les obstacles et les facilitateurs à la mise en place de la décision partagée. Les préférences des patients sont mises en valeur et vont renforcer de manière importante leur participation active au processus et ainsi, les explications concernant les différents obstacles rencontrés en milieu ambulatoire peuvent faire partie intégrante de la prise de décision partagée.

Présentations de chaque article

Un tableau récapitulatif des sept études sélectionnées a été établi et illustré en appendice K. Celui-ci reprend le nom des auteurs, le titre, les objectifs et la question de recherche, le devis et le contexte, la méthode et les résultats.

Catégorisation des résultats

Les auteures ont trouvé pertinent de présenter les résultats en deux catégories principales divisées elles-mêmes en sous-catégories. La première catégorie comprend les facteurs facilitant le processus de décision partagée et se divise en quatre sous-catégories et concernent les patients, l'interaction patient-soignant, la prise en charge et le soignant. La deuxième inclue les facteurs entravant le processus de décision partagée et se divise en trois sous-catégories qui concernent les patients, les désaccords entre patient-soignant et l'environnement de soins.

Facteurs facilitant le processus de décision partagée

Tous les articles traitent des différents facteurs facilitant le processus de décision partagée, cependant l'étude [6] est la seule à traiter des facteurs concernant le soignant.

Concernant les patients. Les préférences des patients se définissent comme « le fait d'avoir le choix concernant leur implication, leur participation ainsi que concernant les différents types de traitements ou de prise en charge à mettre en place ». Selon l'article [1], des comparaisons ont été élaborées entre des patients psychiatriques traités par des professionnels généralistes en soins primaires ou ceux soignés en ambulatoire par des professionnels spécialisés en santé mentale. Les patients en soins primaires ont un score plus élevé dans l'échelle SDM-Q-9 pour les éléments intermédiaires qui sont les options de traitement, l'inclusion des préférences du patient et la négociation. En ce qui concerne les options de traitements, la moyenne s'élève à 3.60 pour les patients en soins primaires contre 2.89 pour ceux en soins psychiatriques ambulatoires. Pour l'inclusion des préférences, elle s'élève à 3.07 pour les patients en soins primaires contre 2.61 pour les patients en ambulatoires. Quant à la négociation, elle s'élève à 3.09 pour les patients en soins primaires contre 2.75 pour les autres. Tous les scores ont été prélevés de l'échelle de SDM Q-9 avec la gradation de Likert allant de 0 « totalement en désaccord » à 5 « totalement en accord » pour un total de 6 points, de ce fait, les scores doivent être interprétés entre 0 et 6 pour chaque élément. Ces résultats démontrent que les patients psychiatriques sont plus satisfaits de la prise en charge en soins primaires plutôt qu'en soins ambulatoires.

Selon l'article [3], un facteur prédicteur de l'accord total entre patient et soignant est de prendre en compte le plus souvent possible les préférences du patient, dans le processus de décision partagée. Ce point va multiplier par quatre la probabilité d'un accord complet entre eux. Celui-ci représente le seul facteur prédictif significatif ($P < 0,01$) d'un niveau d'accord total entre patient et soignant. Il représente 52.5% de la variance d'un accord complet de la part du patient dans le processus. Ceci

démontre que peu importe le prestataire de soins, il est primordial d'inclure les préférences du patient afin d'optimiser la prise de décision partagée.

Selon l'article [4], certains patients veulent prendre la décision seuls afin de favoriser leur autonomie, mais restent ouverts au fait qu'un deuxième avis peut être nécessaire, que ce soit auprès d'un professionnel ou d'autres personnes.

Selon l'article [7], l'attitude positive des patients face à leur traitement ainsi que l'auto-efficacité personnelle est un facteur identifié comme facilitant la décision partagée.

Concernant l'interaction patient - soignant. Selon l'article [1], les patients psychiatriques ambulatoires, traités par leur psychiatre, ont un score plus élevé dans l'échelle SDM-Q-9 pour les éléments initiaux. Si les professionnels de la santé les informent de la nécessité de prendre une décision, la moyenne de cet item est de 4.37 pour les patients psychiatriques en soins ambulatoires et de 3.66 pour ceux en soins primaires. Concernant la manière dont ils souhaitent y être impliqués, la moyenne est de 4.33 pour les patients psychiatriques en ambulatoires et de 3.37 en soins primaires. Toutefois, la moyenne des patients psychiatriques ambulatoires pensant ne pas être informés des différentes options disponibles, ni de ses avantages et de ses inconvénients est de 2.89. Comme ci-dessus, tous les scores ont été pris de l'échelle de SDM Q-9 et analysés à l'aide de la gradation de Likert allant de 0 « totalement en désaccord » à 5 « totalement en accord » pour un total de 6 points. Les scores doivent être interprétés entre 0 et 6 pour chaque élément, de ce fait, les moyennes présentées ci-dessus sont comprises entre ces deux nombres.

Selon l'article [2], les patients sont généralement satisfaits des consultations chez leur clinicien et les scores moyens de l'échelle STAR-P reflètent une relation thérapeutique modérément forte. En effet, des scores élevés indiquent une meilleure

perception du rapport, de la communication des objectifs, de l'ouverture d'esprit et de la confiance au niveau d'une collaboration positive. Les scores élevés des cliniciens indiquent que les patients pensent avoir une bonne écoute, de la considération et des encouragements de leur part.

Selon l'article [3], la complexité de la décision et l'initiation de la discussion par le patient ont été identifiés toutes les deux comme les seuls facteurs significatifs ($P < 0,01$) prédisant un score plus élevé à l'échelle de SDM-Q-9. Cela signifie que plus la décision à prendre est complexe et mieux le patient initie la discussion, plus la décision partagée est meilleure. Ces facteurs expliquent la variance de 37,6% du score global de l'échelle de SDM-Q-9 du point de vue du patient.

Selon l'article [5], l'accord total entre patient et soignant est privilégié lorsque le patient a l'opportunité de pouvoir partager des informations importantes sur sa maladie et son traitement, ainsi que lorsqu'il peut discuter et débattre des options de traitements avec le professionnel de la santé. Cela va lui permettre de se sentir satisfait et responsable face aux traitements ainsi qu'à la décision partagée.

Selon l'article [6], afin de faciliter la mise en place de la décision partagée, les prestataires de soins ont mis en valeur l'intérêt et le désir des patients d'y participer. En effet, le fait que le patient ait des connaissances et une bonne compréhension de sa maladie et de son traitement va faciliter ce processus. Afin d'encourager l'échange d'informations et la participation à la décision partagée, l'importance de l'éducation des patients a été mise en lumière et peut se faire à l'aide de la psychoéducation ou par des groupes d'éducation. Mais, il est également important de lui fournir des informations, tout en prenant en compte son niveau de connaissances et de compréhension sur le sujet.

Selon l'article [7], cinq éléments de l'échelle SDM-Q-9 ont été identifiés comme significatifs pour la décision partagée. Ceux-ci sont ; le fait d'indiquer qu'une décision doit être prise (élément 1) ; le fait d'énoncer différentes options possibles (élément 3) ; de discuter des avantages et des risques des options (élément 4) ; la négociation (élément 7) et l'accord final (élément 9). Pour les patients schizophrènes, les scores sont plus faibles pour les éléments 3-4-9 comparés aux patients dépressifs. Le score est également moins élevé pour l'élément 1 comparé aux patients anxieux ainsi que pour l'élément 7 mesuré aux patients bipolaires et dépressifs. L'élément 5, qui est l'aide du prestataire de soins à faire comprendre les informations et l'élément 9 ont indiqué une satisfaction élevée du point de vue du patient. Ces derniers trouvent que les soignants cherchent un accord commun concernant leur traitement.

Concernant la prise en charge. Selon l'étude [1] et [6], les patients psychiatriques ambulatoires ont obtenu des scores plus élevés dans l'échelle SDM Q-9 pour ce qui est de l'item de modalité de suivi. La moyenne de cet élément étant de 4.33 pour les patients psychiatriques ambulatoires et de 3.37 pour les patients en soins primaires est la preuve que ces premiers sont plus satisfaits de leurs suivis. La régularité et la l'aisance à côtoyer un professionnel de la santé vont faciliter le processus de décision partagée.

Selon l'étude [2], la seule caractéristique démographique ou clinique liée à la satisfaction du patient à l'égard de la visite médicale est l'état matrimonial. En effet, les patients mariés sont plus satisfaits que les célibataires. Dans la recherche, la satisfaction des patients à l'égard des soins de santé identifie l'état matrimonial comme un facteur sociodémographique y étant associé.

Selon les études [5] et [6], des patients ont indiqué leur préférence à inclure leur famille ou conjoint dans ce processus. Les prestataires de soins ont également mis

l'accent sur le rôle et l'influence ceux-ci en les impliquant à l'apprentissage de la maladie et de son traitement. La famille bien informée sur les besoins du proche peut aider et ainsi faciliter la mise en place de la décision partagée. D'autres ont mis en avant le fait que leur conjoint les accompagne régulièrement en consultation, ce qui permet d'avoir des informations complémentaires concernant le traitement et leurs expériences à domicile. On remarque que l'inclusion de la famille et du conjoint dans ce processus favorise un accord complet entre le patient et le soignant. A contrario, tous les patients ne veulent pas inclure leur famille dans la prise en charge car ils estiment que celle-ci n'est pas experte dans le domaine de la santé et n'ont pas les compétences pour participer à la décision partagée.

Selon l'article [6], la possibilité que les patients soient pris en charge par une équipe pluridisciplinaire a été identifiée, par différents soignants, comme facilitant leur implication au processus. En effet, l'occasion de discuter et d'échanger de leurs préoccupations, concernant par exemple de leur traitement, y est démultipliée. A contrario, d'autres prestataires craignent que des recommandations divergentes mettent le patient dans le doute et affectent sa confiance en lui. Afin de faciliter la participation du patient à la décision partagée, des outils tels que des plans de soins ont été établis par les soignants.

Concernant le soignant. Seule une [6], des études choisies parle des attitudes des soignants face à la décision partagée. En effet, celle-ci met en avant plusieurs facilitateurs tels que l'attitude positive et la volonté qu'ont les soignants de mettre en place une décision partagée. Une bonne collaboration comprenant de l'empathie, de la congruence et une volonté véritable de la part du soignant à avoir des discussions honnêtes, vont permettre de développer une belle relation thérapeutique et ainsi une décision partagée satisfaisante. Dans ce même but, les compétences de

communication sont également très importantes. C'est pourquoi, les prestataires de soins indiquent que suivre des formations continues est utile et facilite la mise en place de ce processus.

En résumé, différents facteurs facilitant le processus de décision partagée, tels que prendre en compte les préférences du patient concernant le choix du traitement, avoir une relation thérapeutique forte, des encouragements, le partage d'informations et la possibilité d'en débattre, l'accessibilité au personnel soignant, l'état matrimonial du patient, le choix d'inclure la famille et les proches, les différents outils d'aide ainsi que l'opportunité d'avoir une équipe pluridisciplinaire ont été développés.

Facteurs entravant le processus de décision partagée

Les articles [2 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7] traitent des différents facteurs entravant le processus de décision partagée, à contrario des études [1 ; 3].

Concernant les patients. Selon l'étude [2], les patients les moins satisfaits sont ceux qui doivent chercher personnellement des informations, mais ils expriment tout de même le souhait de participer à la prise de décision partagée. On constate que cette préférence est un indicateur de satisfaction, alors, si des patients expriment l'envie d'y participer, il est primordial d'évaluer et de prendre en compte leurs intérêts. Il n'est pas suffisant d'uniquement leur fournir des informations.

Selon l'étude [4], des patients ont montré une préférence pour un choix de décision « autonome » ou « partagée », mais après un approfondissement de celle-ci, le souhait de vérifier sa validité auprès du prestataire de soins, qui agit en tant qu'autorité de la « bonne » chose à faire, a été révélé. Les patients ont souvent mentionné qu'ils n'abordaient pas tous les sujets avec leur prestataire de soins dus à une sorte de méfiance qu'ils relient à leur manque d'expérience.

Selon l'étude [5], certains patients mettent en avant leur envie de participer à la prise de décision partagée, cependant ils préfèrent laisser le choix final au prestataire de soins. En effet, plusieurs raisons à cette participation partielle ont été citées, comme le fait que le professionnel de la santé soit un expert contrairement à lui-même, ou tout simplement parce qu'il est en accord avec son soignant, le principal étant qu'il le traite de manière optimale. D'autres indiquent avoir créé une relation de confiance mutuelle et savent que leur meilleur intérêt sera pris en compte avant une décision finale. Cette confiance envers leur prestataire de soins aide les patients à se sentir à l'aise afin de prendre l'ultime décision. Malheureusement, d'autres patients

ont déclaré se sentir mal outillés pour prendre une décision adéquate pour leur santé. En effet, ils disent ne pas avoir assez de compétences médicales ou ont peur d'être jugés ainsi que d'outrepasser les limites de la relation patient-soignant et que des représailles leur soient faites.

Selon l'étude [6], les prestataires de soins ont identifié le manque de capacité cognitive comme réel obstacle à la participation des patients à la décision partagée. En effet, celui-ci lié à la maladie mentale peut entraîner un manque de perspicacité ou de la paranoïa, et de ce fait, l'aptitude des patients à comprendre les informations relatives à leur santé et au traitement en est profondément affectée. La capacité de communiquer de manière efficace avec le soignant en devient donc difficile. La stigmatisation sociale est également ressortie comme un obstacle, car elle a un impact relativement négatif sur les attitudes des patients. C'est pourquoi, ces derniers sont amenés à nier leur maladie ou à refuser de l'aide médicale afin de discuter des préoccupations en lien avec leur état mental. Ces réactions peuvent être liées à leurs mauvaises expériences antérieures, leurs antécédents ou croyances religieuses en lien avec la maladie et les médicaments.

Selon l'étude [7], plus les patients sont âgés moins la décision partagée n'est facile à mettre en place. De plus, la pathologie des patients influence également sur ce processus, à savoir par exemple que des patients schizophrènes sont beaucoup moins impliqués dans leur prise de position dans la décision partagée.

Concernant les désaccords entre patient - soignant. Selon l'étude [4], lorsqu'il y a désaccord, les patients se tournent vers leur prestataire de soins car ils estiment que ses idées sont les meilleures. D'autre part, lorsque les patients parlent des désaccords rencontrés, ils ne s'expriment pas sur les circonstances de leur apparition mais plutôt sur la manière dont ils sont gérés avec le prestataire de soins ; cela

provoque la capitulation verbale de la part du patient. Lorsque le prestataire de soins et le patient discutent de la concordance de leurs points de vue, les patients se concentrent généralement sur les aspects de confiance et de respect qui se sont établis mutuellement.

Selon l'étude [5], le processus de décision partagée qui subit également des désaccords entre patient et soignant qui peuvent entacher ou impacter négativement la relation thérapeutique. Ceux-ci sont, par exemple, le fait que le patient doive gérer le mécontentement du soignant et ainsi compromettre leur relation et également la capacité du patient à s'exprimer face à lui. Les participants ont indiqué que ces mésententes sont souvent dues à une mauvaise communication. Afin d'y remédier, des stratégies ont été mises en place par certains participants, comme comprendre d'où viennent les problèmes dans le but d'améliorer la relation ou de renvoyer le professionnel sans entamer de discussion.

Les problèmes de toxicomanie ont également été identifiés comme un facteur pouvant engendrer des préoccupations, de la frustration et des soupçons de la part du soignant, ce qui peut affecter leur relation thérapeutique et la décision partagée.

Selon l'étude [7] et l'échelle SDM-Q-9, l'élément 2 qui définit le degré de désir d'implication du patient ainsi que l'élément 6 qui est l'option préférée pour son traitement, démontrent un désaccord important. Le patient pense que le professionnel ne le considère pas et ne lui demande pas son choix de traitement souhaité.

Concernant l'environnement de soins. Selon l'étude [6], l'équipe pluridisciplinaire a été citée plus haut comme un facteur facilitant la décision partagée, cependant tous les prestataires de soins ne le considèrent pas ainsi. En effet, certains ont mis en avant que l'intégration d'une telle équipe lors de la prise en charge puisse avoir des impacts négatifs dus à des avis divergents et des contradictions sur les

recommandations peuvent provoquer des confusions chez le patient. De ce fait, la confiance et leur relation thérapeutique en sont affectées. Un obstacle dans les ressources pour la bonne mise en place de la décision partagée est une contrainte de temps pour les établissements.

Selon l'étude [7], il a été constaté que dans le domaine de la psychiatrie ambulatoire, la décision partagée n'est que peu utilisée. En effet il a été relevé que les patients schizophrènes sont moins impliqués ($P < 0,01$) dans la prise de décision partagée en comparaison des patients dépressifs, bipolaires ou anxieux.

En résumé, différents facteurs entravant le processus de décision partagée sont mis en évidence tels que la volonté du patient à n'y participer que partiellement en laissant la décision finale au soignant, le manque de capacité cognitive lié à sa maladie mentale, la stigmatisation sociale ou encore l'équipe pluridisciplinaire avec les possibles divergences d'opinions et de désaccords.

Discussion

Dans ce chapitre, les résultats des sept articles sont discutés et mis en relation avec la théorie de soins utilisée, à savoir la théorie de soins centrée sur la personne ainsi qu'avec les concepts de partenariat et de satisfaction. Les résultats en lien avec notre question de recherche sont illustrés et expliqués, les recommandations pour la pratique, la recherche et la formation sont développées. Pour conclure, les limites et les forces de cette revue de littérature sont exposées en fin de chapitre.

Interprétation des résultats en lien avec le cadre théorique

Pour une meilleure comparaison des résultats, les auteures ont catégorisé ceux-ci de manière semblable aux résultats en commençant par parler des facteurs facilitants le processus de décision partagée puis se dirigent vers les facteurs entravant le processus. Des corrélations sont établies afin de permettre une mise en avant des résultats en lien avec la décision partagée et de renforcer son intérêt dans la pratique. Celles-ci sont établies au regard des sept études sélectionnées, de la théorie de soins centrée sur la personne ainsi que des deux concepts qui sont le partenariat et la satisfaction. Les résultats de cette revue de littérature démontrent la complexité de la mise en place de la décision partagée. Ils suggèrent aussi que la volonté des patients à participer au processus, n'est pas le seul facteur entrant en compte pour favoriser celui-ci.

L'environnement de soins est un facteur important dans le processus de soins centré sur la personne. Il englobe différentes caractéristiques telles que les personnes, le processus et la structure. Les résultats en lien avec celui-ci sont expliqués dans la sous-catégorie « concernant la prise en charge » des facteurs facilitant la décision partagée. En effet, l'accessibilité régulière aux services de soins de santé pour les patients a été énoncée comme un facteur facilitant le processus de décision partagée dans l'article [6]. La possibilité que les patients puissent s'y rendre

de manière spontanée lorsqu'ils ont des questions ou des suggestions concernant leur traitement, va leur permettre de se responsabiliser et de favoriser leur sentiment d'autonomie et d'auto-efficacité. Ainsi, l'article [1] explique que les patients en ambulatoire sont plus satisfaits de leur suivi que les patients hospitalisés. Les auteures en déduisent que les grosses thématiques telles que les envies suicidaires et les rechutes ont été abordées au préalable durant l'hospitalisation. De ce fait, lors des consultations, les patients parlent plus facilement sur des sujets du quotidien ou ceux estimés urgents sur le moment. A l'aide des stratégies intégrées préalablement, comme, par exemple, le plan de crise conjoint, des solutions sont discutées avec les patients afin qu'ils puissent rentrer à domicile tout en se sentant en sécurité et en ayant des réponses à ses questions.

L'environnement de soins doit favoriser le partenariat qui se définit comme « l'association d'une personne, de ses proches, de l'infirmière etc. » selon Lefebvre (2008) pour être centré sur le patient. Le processus centré sur la personne met également l'accent sur la relation thérapeutique. Elle comprend et intègre ce qui est important pour le patient tel que leurs croyances et leurs valeurs dans un plan de soins personnalisé. Ceci est décrit dans les résultats au sous-chapitre « concernant l'interaction patient-soignant ». L'article [2], renforce ce point en mettant en lumière que les patients sont généralement plus satisfaits des visites chez leur prestataire de soins si la relation thérapeutique est forte. En effet, la satisfaction du patient est augmentée lorsque le professionnel collabore et contribue positivement à la relation et à la prise de décision. Selon les articles [3 ; 4 ; 5], la relation thérapeutique entre patient et soignant s'est avérée être importante dans la participation des patients. De plus, la collaboration avec le professionnel définie par un intérêt véritable, de l'empathie et une volonté à avoir une discussion honnête sur la décision partagée a été mise en avant afin de faciliter le développement de la relation thérapeutique. De

ce fait, une relation forte ainsi qu'une communication efficace durant la visite médicale ont été identifiées comme des facteurs facilitant la décision partagée et permettant aux patients de surmonter les obstacles de communication durant les soins. C'est pourquoi, il est important que le soignant instaure précocement une relation de confiance, un partenariat et une communication efficace pour que les rôles de chacun soient clarifiés et que le patient se sente à l'aise dans la relation. Le critère principal de la satisfaction est de connaître dans quelle mesure les soins prodigués répondent à leurs besoins, qu'ils soient subjectifs ou objectifs. Les auteures en déduisent qu'en instaurant une relation de confiance avec le patient lors du processus de décision partagée, le dialogue en est grandement facilité et afin de s'assurer que les besoins soient satisfaits, leurs préférences doivent y être incluses. Dans l'ensemble des études analysées, le patient est généralement satisfait des soins lorsqu'il entretient une bonne relation thérapeutique avec son prestataire de soins. De plus, pour faciliter le processus et favoriser la relation thérapeutique et le partenariat, il est important de discuter avec le patient du désir d'y inclure leurs proches ou la famille, comme évoqué dans l'article [5 ; 6]. Étant donné qu'ils connaissent en principe relativement bien ses besoins et l'accompagnent régulièrement en consultation. D'autre part, il est prouvé que les patients mariés sont plus satisfaits des soins médicaux prodigués, ce qui démontre que l'état civil est un facteur prédictif de la satisfaction. C'est pourquoi, les auteures pensent qu'il y a une corrélation entre le fait d'être marié et d'avoir à faire des compromis dans la vie de tous les jours, ceci amenant les patients à être plus ouverts à la discussion concernant leurs soins. La théorie de soins centrés sur la personne met en avant dans l'attribut « environnement de soins » qu'il est nécessaire de promouvoir un environnement où la famille et les proches peuvent être accueillis afin de centrer les soins sur le patient. Pour favoriser ce processus il est préférable d'intégrer ce qui est important pour le patient dans sa propre prise en charge. Après

entente, si le patient le souhaite, les proches et la famille peuvent être inclus dans la discussion. La théorie de soins centrés sur la personne indique dans différents attributs tels que les prérequis et l'environnement de soins, l'importance d'avoir différentes compétences afin d'obtenir des performances satisfaisantes. Celles-ci rendent possible le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire et permettent par la suite de fortifier les relations thérapeutiques. Dans l'étude [6], l'importance d'inclure une telle équipe a été indiquée bénéfique pour la décision partagée, ceci dû aux différentes opportunités amenées comme davantage de temps et d'occasions ainsi que l'apport de différentes expertises et ressources pour le patient. Étant donné que les préférences sont prises en compte et les besoins écoutés, le sentiment de bien-être n'en est que valorisé.

Comme expliqué ci-dessus, il est important d'intégrer les patients afin qu'ils soient actifs et non passifs dans leur prise en charge. De plus, les résultats de l'étude [7] démontrent qu'il est important que les patients soient capables d'agir en tant que décideurs compétents afin de participer à la décision partagée. Ces points sont illustrés dans le chapitre des résultats dans les sous-catégories « concernant l'interaction patient-soignant » et « concernant la prise en charge » des facteurs favorisants. Pour favoriser le processus centré sur la personne qui est étroitement lié à celui de la décision partagée, il faut être impliqué et engagé tout en subvenant aux besoins du patient. Ce qui démontre qu'il est important de prendre en compte les désirs et les intérêts de celui-ci à participer à son processus. Les articles [1 ; 5 ; 6 ; 7] démontrent le désir et l'intérêt des patients à participer au processus de décision partagée comme un facteur facilitant de celui-ci. De ce fait, les patients ayant des connaissances et une bonne compréhension de leur maladie et de leur traitement vont en faciliter sa mise en place. Comme indiqué dans le concept de satisfaction, les patients sont de mieux en mieux informés, critiques et aptes à prendre des décisions

pour leur santé. De ce fait, en prenant en compte les désirs ou les intérêts des patients à participer au processus, leur satisfaction ne pourra en être que meilleure. C'est pourquoi, il est primordial de mettre en place une éducation thérapeutique adaptée à chacun. Pour ce faire, les soignants envisagent de la psychoéducation ou des groupes d'éducation afin de faciliter l'échange d'informations et la participation des patients à la mise en place de la décision partagée. De plus, l'échange d'informations et la possibilité de débattre des traitements avec le prestataire de soins favorisent grandement un accord total entre patient et soignant [5].

Le fait qu'un accord total soit favorisé dans le binôme grâce à tous ces facteurs permet de rebondir sur le point essentiel du processus centré sur la personne qui est « d'être avec » et pas de « faire pour » elle. Ce dernier est illustré dans les résultats sous la sous-catégorie « concernant l'interaction patient-soignant ». En effet, les articles [3 ; 6] indiquent que plus le patient initie la discussion et plus la décision à prendre est complexe, plus le processus de décision partagée en est meilleur. De nos jours, les patients ont de plus en plus de sources d'informations qui les rendent plus compétents et augmentent, leur satisfaction face à ce processus et à la relation thérapeutique. Bien que les patients soient de plus en plus informés et plus compétents à prendre des décisions pour leur santé, ne veut pas dire que ce concept les satisfasse, car ils doivent être à même d'exprimer leurs préférences. Pour preuve, l'étude [3] renforce ce comportement en mettant en avant que la décision partagée est améliorée lorsque les préférences des patients y sont incluses. La probabilité d'obtenir un accord complet entre patient et soignant est augmentée par quatre lorsque celles-ci sont prises en compte. Ce facteur reste significatif, même si un changement de prestataire de soins devrait avoir lieu. Afin d'augmenter le niveau d'accord, il faut investiguer rapidement avec les patients de leurs préférences afin de renforcer leur sentiment d'autonomie. De plus, ces informations évitent au soignant

de sous-estimer les préférences et les capacités cognitives et décisionnelles du patient, ce qui malheureusement arrive régulièrement dans le domaine de la psychiatrie. Ces dires sont énoncés dans diverses études et renforcent le sentiment qu'ont les auteurs de l'importance d'inclure rapidement leurs préférences et leurs valeurs afin d'en tenir compte dans le processus de décision partagée. Cela ne peut être que bénéfique pour satisfaire les besoins du patient. Ce paragraphe renforce la théorie de soins centrés sur la personne indiquant que, pour une bonne prise en charge lors de la décision partagée, les professionnels doivent bénéficier de différentes compétences telles que l'intégration et la compréhension des croyances et des valeurs du patient, ceci afin de satisfaire et fortifier leur relation thérapeutique. Ce dernier illustre bien les préférences des patients en lien avec leur prise en charge. Celles-ci sont présentées dans la sous-catégorie « concernant les patients » dans le chapitre des résultats.

Le paragraphe suivant traite de l'interaction patient-soignant en lien avec les éléments essentiels de la décision partagée pour le patient. Ceux-ci sont expliqués sous les résultats dans la sous-catégorie « concernant l'interaction patient-soignant ». L'étude [7] a permis de mettre en lumière cinq composants identifiés comme significatifs pour les patients. Ces derniers sont le fait d'indiquer qu'une décision doit être prise, le choix de plusieurs options différentes possibles et de devoir discuter des avantages et risques de celles-ci, ainsi que de la négociation et l'accord final entre patient-soignant. Tous ces éléments augmentent l'implication, la participation et la satisfaction des patients dans le processus de décision partagée. De surcroît, l'attitude positive des patients face aux médicaments et l'auto-efficacité personnelle est identifiée comme un facteur favorisant. Ces bienfaits étant mis en avant par les patients comme importants dans leur satisfaction face au processus de

décision partagée, il est appréciable de leurs consacrer davantage de temps afin que la procédure soit centrée sur les besoins et les demandes du patient.

Facteurs entravant le processus de décision partagée

Le chapitre précédent relatait des résultats trouvés en lien avec les facteurs facilitant la décision partagée. Le chapitre suivant énonce et explique les résultats concernant les facteurs entravant le processus de décision partagée.

Comme souligné plus haut, l'environnement de soins est un facteur influant autant le processus de décision partagée que celui des soins centrés sur la personne. Le processus de décision partagée est lié de manière générale à des consultations plus longues, ce qui est associé aux résultats de l'étude [6]. Selon les auteures, il faut favoriser un environnement permettant de mettre ce processus en marche de façon optimale. Cependant l'article [7] souligne qu'aucune preuve n'existe sur le fait que la mise en place du processus de décision partagée prenne plus de temps que de faire des soins courants durant une consultation. De plus, une équipe pluridisciplinaire peut compléter l'environnement de soins, et comme indiqué plus haut, beaucoup de bénéfices peut en être retirés. Cependant une divergence d'opinions et de recommandations de la part des soignants amène les patients à se mettre en retrait face au processus, d'où l'importance d'avoir des formations continues sur la décision partagée même lors d'un travail en équipe pluridisciplinaire. Afin de faciliter la mise en place du processus et d'avoir une meilleure satisfaction de la part des patients, l'inclusion de la famille et des proches a déjà été débattue plus haut. Malgré les avantages de cette intégration, certains patients ont indiqué ne pas vouloir que leurs proches soient impliqués car ils pensent que ces derniers ne disposent pas d'une expertise médicale et considèrent qu'ils n'ont pas les connaissances requises pour y

participer. Afin d'adapter et de centrer les soins sur la personne, il est primordial de prendre le temps nécessaire afin de discuter avec les patients, de leurs envies et de leurs préférences, de ce fait, leur satisfaction n'en sera qu'améliorée. Plusieurs patients expriment une forte volonté à participer au processus de décision partagée, cependant beaucoup d'entre eux préfèrent laisser la décision finale au professionnel de la santé. Afin de justifier cette ultime décision, les différentes raisons ont déjà été citées, mais la principale est que le professionnel a une expertise médicale contrairement à lui-même [3 ; 4 ; 5]. La relation thérapeutique de confiance créée avec le temps envers son médecin va permettre au patient d'estimer que les décisions sont adaptées et dans son intérêt. Souvent les patients se sentent mal outillés et pensent ne pas avoir suffisamment de connaissances leur permettant de prendre une décision éclairée concernant leur santé. De plus, ils déclarent avoir peur d'être jugés et d'outrepasser les limites de la relation patient-soignant et d'en subir des représailles [5]. Toutes ces raisons ne permettent pas de répondre aux différents concepts de la théorie de soins centrés sur la personne. Le fait que les patients se sentent mal outillés face au processus et estiment ne pas avoir assez de connaissances pour prendre une décision adéquate renforce l'idée des auteures. En effet, les auteures pensent que les préférences et connaissances de base des patients ne sont généralement pas évaluées et ne contribuent pas à la mise en pratique de la prise en charge de la décision partagée. Les études [2 ; 5] constatent que plus la décision partagée est imposée auprès des vétérans ou des combattants, moins ils sont satisfaits de leurs visites. Les auteures pensent que l'habitude de recevoir des ordres de la part de leur supérieur induit un modèle « paternaliste » et non « partagé ». Cependant, les auteures sont convaincues que la décision partagée au sein d'un contexte de santé mentale favorise un sentiment de confiance et de responsabilité de la part des patients et ainsi améliore la relation thérapeutique.

L'environnement de soins est important et doit favoriser la mise en place et l'implication des patients dans le processus de soins centrés sur la personne et sur la décision partagée. Celui-ci est présenté dans les sous-catégories « concernant les patients » et « concernant l'environnement » des facteurs entravant la mise en place de la décision partagée dans les résultats. Les articles [3 ; 4 ; 5 ; 6] démontrent que la stigmatisation sociale est négative pour le patient. En effet, elle entrave son implication en le poussant à nier sa maladie et à ne pas en discuter, ni de demander de l'aide la concernant. En effet, il est mis en avant dans l'article [5] que les patients ayant des antécédents de toxicomanie peuvent avoir un impact négatif sur la relation patient-soignant ainsi que sur la décision partagée. Ces agissements engendrent des inquiétudes et des soupçons de la part du soignant sur les intentions premières de son patient et entachent leur relation thérapeutique. Les patients schizophrènes sont également rapidement stigmatisés par les professionnels sur leur capacité cognitive et décisionnelle et ils se sentent moins impliqués dans le processus de décision partagée [7]. Bien que des recherches antérieures démontrent qu'il est possible et même recommandé d'impliquer les patients atteints de schizophrénie ou gravement malades dans des décisions médicales et juridiques, certains prestataires de soins les estiment incapables [7]. Ceci fait penser à un modèle paternaliste que le système de santé veut éviter afin de favoriser la mise en place des soins centrés sur la personne plus appropriée au système de soins de nos jours. De plus, la relation thérapeutique et le partenariat instaurés tout au long de la prise en charge en sont endommagés, ce qui n'est pas négligeable.

L'implication des patients dans le processus de décision partagée peut être compromise par la méfiance que ceux-ci ont envers leur prestataire de soins. Ces points sont illustrés dans les sous-catégories « concernant les patients » ainsi que

dans « concernant les désaccords entre patient-soignant » dans les résultats. En effet, l'étude [4] explique que les patients ne partagent pas tout avec le professionnel, principalement en raison d'un manque d'expérience de celui-ci. D'autre part, des désaccords peuvent compromettre la relation thérapeutique ainsi que le processus de décision partagée. Dans la mesure où le patient doit gérer le mécontentement de son soignant, sa capacité à exprimer ses besoins en est compromise [5]. Afin d'y pallier différentes stratégies ont été trouvées, telles que changer de prestataire de soins sans même lui en avoir parlé, ni discuter de leur désaccord. Les points cités ci-dessus expriment le contraire de la définition du partenariat qui est définie comme « l'association d'une personne, de ses proches, des infirmières etc. » En effet, les craintes des patients pouvant entraver le partenariat et par la même occasion sa satisfaction, il est primordial de favoriser un environnement afin d'aider les patients à exprimer leurs craintes et les peurs. De plus, certains rechignent sur le fait que le degré de désirs de leur implication dans le processus n'est pas toujours pris en compte par les soignants. Ils déclarent avoir été aidé par le médecin afin de comprendre les informations données, mais la question sur l'option qu'ils préfèrent n'a pas été soulevée [1 ; 7]. Les patients estiment majoritairement ne pas être informés des différentes options offertes, ni d'avoir la possibilité de discuter de leurs avantages et inconvénients. Les capacités cognitives des patients étant citées comme un obstacle majeur à la prise de décision partagée explique ce résultat défavorable. De plus, cette difficulté associée à la maladie mentale telle que la paranoïa ou le manque d'habileté complique la participation des patients au processus [6]. En effet, la communication au sein de la relation thérapeutique et la capacité des patients à visualiser et comprendre les informations concernant sa prise en charge peuvent en être affectées. C'est pourquoi, les médecins considèrent « normal » de ne pas instaurer la décision partagée avec les patients sans en avoir d'abord

considérer leur capacité décisionnelle. D'autre part, certains psychiatres jugent inapproprié de partager avec des patients gravement malades les décisions médicales et juridiques les concernant, ceci bien que la recherche démontre le contraire et même recommande cette possibilité [7]. Ceci va à l'encontre du partenariat défini par l'association de personnes et d'expertises et est également l'opposé des principes de la théorie des soins centrés sur la personne qui met l'accent sur la relation thérapeutique en y intégrant les croyances et les valeurs du patient. Dans certaines situations, les patients sont mis de côté et ne sont pas poussés à participer au processus ainsi ils sont également insatisfaits.

Réponse à la question de recherche

Pour répondre à la question de recherche qui est : « Quels sont les facteurs influençant la mise en place de la décision partagée afin de favoriser la satisfaction des patients de 18 à 85 ans atteints de troubles mentaux, dans la prise en charge en milieu ambulatoire ? » diverses pistes ont été soulignées et mises en évidence. De nombreux facteurs influençant positivement la décision partagée tels que l'accessibilité régulière aux services de soins de santé [6] et la possibilité que le patient puisse s'y rendre de manière spontanée en cas de questions ou de suggestions pour leur traitement ont été énoncés. Ceci lui permet de se responsabiliser tout en favorisant son sentiment d'autonomie et d'auto-efficacité et ainsi améliorer la relation thérapeutique. D'autres facteurs sont mis en lumière tels qu'une relation thérapeutique forte entre patient et soignant facilitant le partenariat et permettant d'augmenter la satisfaction du patient concernant sa prise en charge. Cela permet aussi d'évaluer adéquatement son degré d'envie de participation qui est primordiale à une bonne mise en place du processus. Une bonne relation thérapeutique facilite l'échange d'informations dans le binôme, ce qui simplifie

également l'inclusion de ses préférences concernant son processus et sa prise en charge. De plus il est prouvé qu'en les incluant, la probabilité d'obtenir un accord complet entre patient et soignant est multipliée par quatre. Les préférences des patients concernant l'intégration d'une équipe pluridisciplinaire ainsi que l'inclusion de la famille ou des proches dans la prise en charge doivent être considérées, car elles sont indiquées comme des facteurs facilitant la décision partagée. Tous ces éléments augmentent l'implication, la participation et la satisfaction des patients dans le processus de décision partagée.

De ce fait les auteures mettent l'accent sur la valorisation de la relation thérapeutique qui va faciliter l'inclusion des préférences et des croyances des patients concernant son processus et sa prise en charge. Les patients ayant de nombreux moyens de s'informer sur leur santé et leur traitement sont de plus en plus critiques et aptes à prendre des décisions pour leur santé. Les résultats illustrés dans cette revue de littérature mettent l'accent sur les soins centrés de la personne en impliquant, en informant et en incluant davantage les préférences du patient dans tout le processus de décision partagée.

Dans un des sujets précédents, des pistes positives ont été énoncées concernant les facteurs facilitant le processus de décision partagée, cependant certains obstacles ont été soulignés. Bien qu'elle soit généralement associée à des consultations plus longues afin de favoriser la bonne mise en place du processus, la contrainte de temps est identifiée comme un facteur important entravant celui-ci. Cependant l'article [7] met en évidence qu'il n'existe aucune preuve que la décision partagée demande plus de temps qu'une consultation de routine. L'équipe pluridisciplinaire est soulevée comme un facteur facilitant le processus, mais pouvant aussi l'entraver, car la divergence d'opinions et de recommandations des soignants peut compliquer la

participation des patients. De plus, l'inclusion de la famille et des proches a également été identifiée comme un facteur influant, tant positivement que négativement, la décision partagée. C'est pourquoi, et afin de satisfaire les besoins des patients, il est important et primordial d'investiguer ceci rapidement pour que la prise en charge et son environnement de soins soient centrés sur eux-mêmes.

Certains patients désirent participer au processus de décision partagée, mais préfèrent cependant laisser la décision finale à leur prestataire de soins. Afin de justifier ce choix, différentes raisons ont été soulignées, telles que le fait que le professionnel a une expertise médicale contrairement à lui [3 ; 4 ; 5] ; le fait qu'ils se sentent mal outillés et pensent ne pas avoir suffisamment de connaissances leur permettant de prendre cette décision. Ils déclarent également avoir peur d'être jugés et d'outrepasser les limites de la relation patient-soignant et de devoir en subir les représailles [5]. Étant donné qu'elles sont souvent remises en question dans le domaine de la santé mentale, les capacités cognitives et décisionnelles des patients ont été identifiées comme un obstacle important au processus de décision partagée. C'est pourquoi, certains médecins considèrent « normal » de ne pas instaurer la décision partagée avec leurs patients sans en avoir d'abord considéré leurs capacités décisionnelles. De plus, bien que la recherche démontre que cela est possible et recommandé, des psychiatres jugent inapproprié de partager avec les patients gravement malades des décisions médicales et juridiques [7].

Ceci renforce l'idée des auteures qu'il est important d'avoir un environnement favorisant les soins centrés sur la personne ainsi que sur le processus de décision partagée, afin d'instaurer précocement une relation thérapeutique permettant aux patients d'exprimer leurs besoins et envies sans crainte. Dans le but de valoriser le

patient et d'augmenter sa satisfaction, et afin d'aboutir à une décision prise conjointement, les croyances et les préférences doivent également être considérées.

Recommandations pour la pratique, la recherche et la formation

Cette revue de littérature met en avant plusieurs recommandations potentielles pour la pratique infirmière et la recherche. Ces différentes recommandations sont tirées de l'analyse des sept études sélectionnées.

Recommandations pour la recherche

- Il est recommandé de faire davantage de recherches sur la décision partagée en tenant compte des données sociodémographiques des prestataires de soins afin d'avoir plus d'informations concernant les facteurs pouvant influencer le processus.
- Il est recommandé de faire d'autres recherches sur la décision partagée dans le contexte de la santé mentale, plutôt de type longitudinal, afin de pouvoir évaluer les conséquences de ce processus sur la prise en charge et la vie du patient sur le long terme.
- Des études plus approfondies sur la relation thérapeutique patient-soignant et l'inclusion des préférences du patient dans le processus de décision partagée doivent être établies afin d'avoir davantage de preuves.

Recommandations pour la pratique

- Les auteurs des différents articles analysés recommandent de mettre en place de l'éducation thérapeutique afin de permettre aux patients une meilleure

compréhension de leur traitement. Pour cela ils recommandent de la psychoéducation ou des groupes d'éducation permettant de faciliter des échanges.

- La collaboration interprofessionnelle est recommandée car elle peut influencer positivement l'efficacité de la décision partagée en diminuant les contraintes de temps.
- Les préférences du patient concernant la prise de décision partagée doivent être considérées conjointement avec la relation thérapeutique. De ce fait, une base efficace permettant de renforcer l'autonomisation et la participation du patient sera représentée.
- Des interventions, de type électronique, doivent être développées et privilégiées afin de permettre au patient de faire connaître ses valeurs et préférences à son prestataire de soins.

Recommandations pour la formation

- Afin de faciliter la mise en place du processus, des formations continues sur la décision partagée doivent être instaurées auprès des équipes spécialisées et non spécialisées dans le domaine de la santé mentale.
- Il est recommandé d'intégrer dans la formation de base des soignants des cours sur la communication et l'application du processus de décision partagée auprès des patients.

Forces et limites

Différentes limites ont été rencontrées par les auteures durant l'écriture de ce *Bachelor Thesis*. Afin d'analyser et rédiger l'intégralité des différentes parties de ce

travail, la contrainte de temps est identifiée comme une limite majeure. De plus, les études trouvées pour cette revue de littérature sont établies dans différents pays éloignés de la Suisse, ce qui limite la compréhension du système de santé Suisse. L'échantillonnage, relativement petit pour certaines des études, limite la généralisation et la transférabilité des résultats. Par ailleurs, dans différentes études, des données manquantes ou incomplètes concernant les prestataires de soins, ce qui ne permet pas de répondre aux hypothèses les concernant. Il en est de même concernant les patients, ce qui limite les résultats probants en lien avec eux. Le fait qu'une seule étude soit de type contrôlé randomisé avec un niveau de preuve moyen et que les autres aient un niveau plutôt faible est une limite conséquente pour ce travail, cependant les auteures ont tout de même décidé de les garder.

Cependant, cette revue de littérature contient diverses forces. Afin de rédiger de manière optimale cette revue de littérature, les auteures ont réussi à combiner leurs connaissances et les mettre à profit de ce travail. De plus, les études incluses dans la revue de littérature ont toutes été publiées récemment (moins de dix ans). Pour finir, les articles retenus permettent de répondre à la question de recherche et apportent différentes pistes et recommandations pour la pratique.

Conclusion

Afin de permettre une amélioration dans la mise en place du processus de décision partagée auprès du patient, cette revue de littérature a pour but de mettre en lumière les facteurs pouvant l'influencer, positivement ou négativement, dans le domaine de la santé mentale. Pour ce faire, sept articles ont été analysés et retranscrits afin de

mettre en évidence les divers facteurs pouvant faciliter le processus de décision partagée tels que l'accessibilité aux services de soins, la relation thérapeutique entretenue avec les professionnels et l'inclusion des préférences du patient. D'autres facteurs pouvant être un obstacle au processus sont illustrés, tels que la contrainte de temps en lien avec celui-ci, la crainte des professionnels d'y inclure les patients due à leurs incapacités cognitives et décisionnelles, ainsi que la stigmatisation sociale toujours présente dans le domaine de la santé mentale.

Cependant les auteures soulignent l'importance de la relation thérapeutique dans le processus de décision partagée. En l'instaurant et en la valorisant, le travail concernant les facteurs susmentionnés n'en sera que grandement facilité, ainsi le partenariat avec le patient, qui est un point essentiel lors de la mise en place de la décision partagée, sera bénéfique et sa satisfaction assouvie. En effet, les patients estimant avoir une relation thérapeutique forte avec leur prestataire de soins sont davantage plus satisfaits de leur visite. Dans le but de favoriser l'implication du patient et la mise en place de ce processus, les professionnels de la santé doivent le placer au centre de leur prise en charge comme l'explique la théorie de soins choisie pour ce travail, *Person Centred Nursing*.

Références

- Satisfaction des patients hospitalisés en psychiatrie : Adultes. (2018, 18 décembre). Repéré à https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/35/20181120_ANQpsy_rapport-comparatif_national_PatZu_adultes_2017.pdf
- A. Klingaman, E., G. Park, S., Fang, L., M. Hack, S., Walsh, M. B., R. Medoff, D., A. Kreyenbuhl, J. (2015). Consumer Satisfaction With Psychiatric Services: The Role of Shared Decision Making and the Therapeutic Relationship, 38, 242-248. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000114>
- Brendan McCormack, & Tanya McCance. (2010). Person-centred Nursing Theory and Practice (John Wiley and Sons Ltd). Chichester, United Kingdom: (s.n.).
- Chong, W. W., Aslani, P., & F. Chen, T. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators: *Journal of Interprofessional Care: Vol 27, No 5, 27*. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503>
- De las Cuevas, C., & Wenceslao, P. (2014). To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables | *Acta Neuropsychiatrica* | Cambridge Core, 372-381. <https://doi.org/10.1017/neu.2014.21>
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. *Journal of Mental Health*, 24(1), 24-28. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954695>
- État de Fribourg. Notice explicative sur le placement à des fins d'assistance selon les articles 426 – 439 CC (2018). Repéré à https://www.fr.ch/sites/default/files/contens/smc/_www/files/pdf49/PAFA_-_notice_explicative_de_la_JdP.pdf
- Formarier, M., & Ljiljana, J. (2012). Les concepts en sciences infirmières (2ème). (S.I.) : (s.n.). Repéré à <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2014). Décision partagée – Médecin et patient décident ensemble. *Bulletin des médecins suisses*, 7.
- Hamann, J., Bühner, M., & Rüschi, N. (2017). Self-Stigma and Consumer Participation in Shared Decision Making in Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 68(8), 783-788. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600282>
- Johan Van Der Heyden. (2008). Satisfaction du patient. Repéré à https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifr/CROSPFR/HISFR/his08fr/r3/11_satisfactiondupatient_ps_report3_fr.pdf

- McCance, T. (2019). Professeur Tanya McCance | Profil du personnel | Université Queen Margaret. Repéré à <https://www.qmu.ac.uk/about-our-staff/professoriate/professor-tanya-mccance/>
- McCormack, B. (2019). Professeur Brendan McCormack | Profil du personnel | Université Queen Margaret. Repéré à <https://www.qmu.ac.uk/schools-and-divisions/nursing/nursing-staff/professor-brendan-mccormack/>
- OBSAN. (2017). Maladies mentales les plus fréquentes en traitement stationnaire | OBSAN. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/maladies-mentales-les-plus-frequentes-en-traitement-stationnaire>
- OMS. (2018, 30 novembre). OMS | Santé mentale. WHO. Repéré à http://www.who.int/topics/mental_health/fr/
- Pepin, J., Dubois, S., & Bilodeau, K. (2014). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels | Cairn.info. Recherche en soins infirmiers, 43-50. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0043>
- Sadaaki, F., P. Salyers, M., S. Matthias, M., Collins, L., Thompson, J., Coffman, M., & C. Torrey, W. (2013). Predictors of Shared Decision Making and Level of Agreement Between Consumers and Providers in Psychiatric Care | SpringerLink. <https://doi.org/DOI 10.1007/s10597-012-9584-0>
- Sager-Tinguely, C., & Weber, C. (2018). Précis de chronicité et soins dans la durée (2ème édition). (S.I.) : Lamarre.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2018, 5 juin). Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance. OBSAN, 8.
- Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9). (2013). Neuropsychiatric Disease and treatment. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S49021>
- Smith, D., Roche, E., O'Loughlin, K., Brennan, D., Madigan, K., Lyne, J., ... O'Donoghue, B. (2014). Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. Journal of Mental Health (Abingdon, England), 23(1), 38-45. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.841864>
- Université d'Ottawa. (2007). redactionrevue.pdf. Repéré à <https://www.unine.ch/files/live/sites/egalite/files/shared/documents/redactionrevue.pdf>
- Van der Heyden, J. (2008). Satisfaction du patient. Repéré à https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifir/CROSPFR/HISFR/his08fr/r3/11_satisfactiondupatient_ps_report3_fr.pdf
- Windesheim University of Applied Sciences van der Cingel, M., Brandsma, L., Buurtzorg Nederland, van Dam, M., Woonzorgcentra Haaglanden, Den Haag, ... Icare Home Health Care Organisation. (2016). Concepts of person-centred care:

A framework analysis of five studies in daily care practices. *International Practice Development Journal*, 6(2), 1-17. <https://doi.org/10.19043/ipdj.62.006>

Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 29-36. <https://doi.org/10.2975/34.1.2010.29.36>

Appendice A

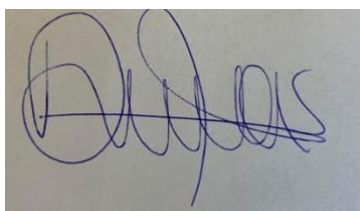
Déclaration d'authenticité

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute École de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

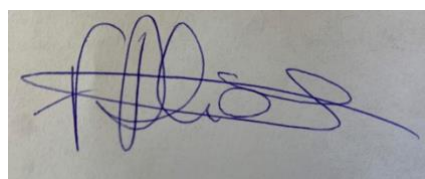
Lieu, date et signature

Fribourg, le 10.07.2019, Dumas Ludivine



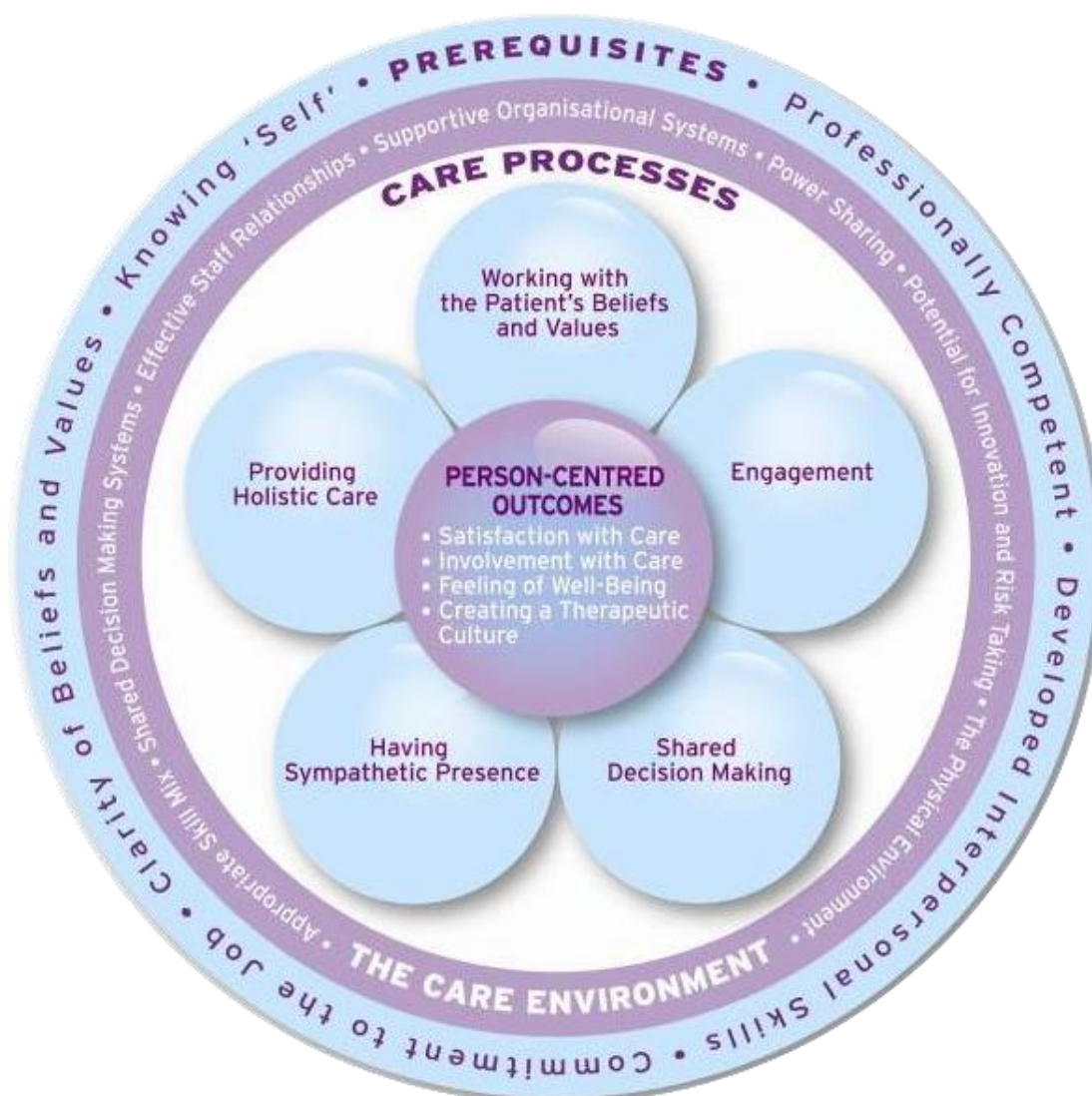
Lieu, date et signature

Fribourg, le 10.07.2019, Sousa Figueiredo
Alison



Appendice B

Figure: *Framework Person Centred Nursing*



(Brendan McCormack & Tanya McCance, 2010)

Appendice C

Grilles de résumé et de lecture critique article [1]

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative**

| Éléments du rapport | Contenu de l'article |
|--|--|
| Références complètes | De las Cuevas, C., Peñate, W., Perestelo-Pérez, L., & Serrano-Aguilar, P. (2013). Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9). <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 9, 1045. |
| Introduction Problème de recherche | Compte tenu des différences considérables entre les deux milieux de soins de santé mentale (centre de santé mentale communautaire et centres de soins primaires), il semble logique de soupçonner qu'en dépit des effets positifs enregistrés dans le milieu des soins de santé mentale, des différences majeures pourraient exister lorsqu'on compare avec la SDM chez les patients non psychiatriques en général à différentes étapes du processus de la SDM. |
| Recension des écrits | Les recherches antérieures menées dans notre système de soins de santé ont révélées une attitude positive à l'égard de la prise de décision partagée, tant chez les professionnels de la santé mentale que chez les patients ambulatoires psychiatriques. |
| Cadre théorique ou conceptuel | Shared decision making SDM = prise de décision partagée |
| Hypothèses/question de recherche/buts | <u>But :</u> Mesurer et comparer le processus de prise de décision partagée à la fois lors de rencontres cliniques en psychiatrie et dans le cadre de soins primaires du point de vue du patient. La comparaison a pris en compte la considération finale de la SDM, et les étapes uniques impliquées dans le processus de la SDM. Les chercheurs ont également cherché à comprendre l'influence des variables cliniques et sociodémographiques sur les processus interactifs du modèle décisionnel clinique. |
| Méthodes Devis de recherche | Quantitatif |

| | |
|--|---|
| Population, échantillon et contexte | <p>1'477 patients recrutés dans les départements de santé mentale et de soins primaires du service de santé des Ile Canaries.</p> <p>Centre de santé mentale communautaire = 682 patients ambulatoires psychiatriques vus par 5 psychiatres.</p> <p>Deux centres de soins primaires = 795 patients en soins primaires vus par 20 médecins généralistes.</p> <p>Ces patients appartiennent à une population de 135'000 habitants bénéficiant de soins de santé de base et utilisant le service de santé des îles Canaries.</p> <p>Les patients en soins primaires traités dans des établissements de santé mentale ont été exclus de l'étude.</p> |
| Méthode de collecte des données et instruments de mesure | <p>SDM-Q-9 :</p> <p>Questionnaire d'auto-évaluation valide, fiable et rapide de prise de décision partagée composé de 9 questions basées sur la théorie qui évalue le point de vue du patient concernant le processus de prise de décision lors d'une consultation. Il a été élaboré pour montrer à quel point les patients ont le sentiment d'être impliqués dans le processus. Les patients doivent donner une note allant de 0 à 5 (6 points) allant de « totalement en désaccord » (0) à « complètement en accord » (5) sur l'échelle de Likert. La somme de tous les éléments donne un score total compris entre 0 et 45. La multiplication du score par 20/9 donne un score transformé compris entre 0 et 100 → 0 = le niveau le plus faible possible de SDM ; 100 = le niveau le plus haut de SDM.</p> <p>Chaque patient a rempli anonymement le questionnaire directement après la consultation clinique avec son psychiatre/médecin généraliste et non en présence du professionnel de la santé traitant. Celui-ci comprenait les variables sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'éducation), les variables cliniques (type de rdv, diagnostic, décision de traitement) ainsi que les variables du professionnel de la santé (médecin, sexe, âge).</p> <p>Le SDM-Q-9 a été adapté en espagnol.</p> |
| Déroulement de l'étude | <p>Pour répondre au SDM-Q-9, les participants ont été priés de réfléchir à leur dernière consultation et d'utiliser cette consultation comme référence pour la notation.</p> <p>Deux types de rendez-vous ont été envisagés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les rendez-vous nouveaux et programmés <p>Correspondent aux patients présentant des affections médicales ou psychiatriques à prévoir périodiquement pour des visites de suivi planifiées, à la fois pour surveiller leur état et modifier le traitement si nécessaire, y compris le renouvellement d'ordonnance.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Les consultations non programmées |

| | |
|--|--|
| | <p>Concernent les patients recherchant des soins médicaux ou psychiatriques non programmés dans des situations qu'ils perçoivent comme une aggravation de leur état ou en cas d'urgence, mais qui dans les faits, ne constituent souvent pas une véritable urgence.</p> <p>Les options de décision de traitement ont été classées comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescription d'un nouveau traitement - Maintien du traitement précédent - Modification du traitement précédent en augmentant ou en diminuant les doses du traitement médicamenteux |
| Considérations éthiques | <p>Chaque participant a reçu une explication écrite complète de l'étude, après quoi il a signé un document de consentement éclairé approuvé par le comité d'éthique local.</p> <p>Les patients n'ont eu aucune compensation financière pour leur participation.</p> <p>L'étude a été réalisée conformément au code éthique de la déclaration d'Helsinki et toutes les procédures et formulaires de consentement ont été examinés et approuvés par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire Nuestra Señora de la Candelaria.</p> |
| Résultats Traitement/Analyse des données | <p>Les informations démographiques des échantillons ont été rapportées par des analyses de fréquence.</p> <p>Pour estimer les différences de perceptions de la SDM entre les patients en soins primaires et les patients en soins communautaires, des Student's t-tests ont été réalisés.</p> <p>Les tailles d'effet ont été calculées par la statistique de Cohen.</p> <p>Afin d'analyser l'orientation des scores item par item, les scores directs ont été transformés en deux catégories « en désaccord » → réponses de 0 à 2 ; et « en accord » → réponses de 3 à 5.</p> <p>Enfin des analyses de régression ont été effectuées pour estimer les meilleurs prédicteurs de la SDM.</p> <p>Un modèle pas à pas a été utilisé pour identifier uniquement les variables jouant un rôle important dans la prévision des score SDM.</p> |
| Présentation des résultats | <p>Le Student's t-test pour le score total (0 à 100 transformé) n'a révélé aucune différence statistiquement significative entre eux → patients en soins primaires = 67.5 +- 21.9 et patient psychiatriques ambulatoire = 68.4 +- 19.7.</p> <p>Le score du patient psychiatrique était plus élevé dans les éléments initiaux (lorsque les professionnels de la santé informent leurs patients de la nécessité de prendre une décision et de la manière dont les patients sont prêts à participer).</p> <p>Le score des patients en soins primaires est plus élevé pour les éléments intermédiaires (options, préférences des patients, négociation, ...).</p> <p>Pour l'item suivi, les patients psychiatriques ont obtenu des scores plus élevés.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Alors que la plupart des patients en soins primaires étaient d'accord avec chacun des items, la plupart des patients ambulatoires en psychiatrie étaient en désaccord avec 5 de ces éléments.</p> <p>Parmi les patients psychiatriques ambulatoires, la plupart sont d'accord avec la divulgation initiale de leur psychiatre selon laquelle une décision doit être prise et que leur médecin voulait savoir exactement comment ils souhaitaient participer à la prise de décision.</p> <p>Cependant, ils ont une grande partie estimée ne pas être informés des différentes options disponibles ni des avantages et inconvénients de ces options.</p> <p>La plupart ont déclaré que leur psychiatre les a aidés à comprendre l'information, mais qu'on ne leur a pas demandé quelle option de traitement ils préféraient, qu'il n'y avait pas de négociation, que le choix du traitement n'était pas une décision consensuelle et qu'un arrangement avait été pris pour le suivi.</p> <p>La prochaine analyse visait à déterminer si des variables cliniques contextuelles telles que le type de rendez-vous (rdv de suivi et consultation non-programmée), les décisions de traitement (maintien du traitement précédent, modification et nouveau traitement) et les variables sociodémographiques (âge, sexe et niveau d'éducation) ont joué un rôle important dans la prédication de ces profils.</p> |
| <p>Discussion Interprétation des résultats</p> | <p>Les chercheurs s'attendaient à ce que les deux contextes de soins médicaux, à savoir les soins primaires et les soins ambulatoires psychiatriques, diffèrent également quant à la manière dont ils procèdent aux différentes étapes du processus de prise de décision partagée.</p> <p>Les résultats ne montrent pas de différences entre les perceptions des patients mais lorsqu'un contraste est fait item par item, plusieurs différences ont été constatées.</p> <p>Ces différences confirment le fait que, quel que soit le résultat final, le processus permettant de prendre une décision partagée a un profil distinct, en fonction du type de soins médicaux. Les soins psychiatriques mettent l'accent sur les étapes initiales, peut-être parce qu'il existe déjà suffisamment de données initiales pour prendre une décision de traitement.</p> <p>Les patients ambulatoires psychiatriques ont estimé que malgré leur accord lors des étapes initiales (lorsqu'une décision devrait être prise), ils signalaient leur désaccord avec les étapes successives du processus de prise de décision. Par ailleurs, la plupart des patients en soins primaires ont déclaré avoir pris part à chaque étape du processus de décision.</p> <p>Des variables telles que le sexe ou le niveau d'éducation ne jouent pas un rôle significatif et l'absence de rôle important dans la décision de traitement est remarquable, puisqu'un accord est attendu lorsqu'il n'y a pas de changement de traitement et plus de difficulté en SDM lorsque le traitement est modifié.</p> |
| <p>Forces et limites</p> | <p><u>Limites :</u></p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Compte tenu des différences considérables entre les deux contextes thérapeutiques, il semble logique de penser que malgré les effets positifs enregistrés dans le cadre de soins de santé mentale, des différences majeures pourraient exister par rapport à la SDM chez les patients en santé autre que mentale. |
| Conséquences et recommandations | Des recherches futures pourraient confirmer l'utilité de la SDM pour les patients atteints de troubles psychiatriques. D'autres études sont nécessaires pour déterminer l'étendue et les caractéristiques de ce phénomène. |
| Commentaires | L'impact positif de la prise de décision partagée a été démontré en améliorant l'observance du traitement, les connaissances et la satisfaction du traitement, l'activation et la participation croissante à la prise de décision, la réduction des symptômes psychiatriques et la tendance générale à la baisse du nombre d'hospitalisations. L'étude a été réalisée de septembre à décembre 2012. |

**Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative**

| Éléments du rapport | Questions | Oui | Non | Peu clair | Commentaires |
|---|--|------------|------------|------------------|--|
| Références complètes | De las Cuevas, C., Peñate, W., Perestelo-Pérez, L., & Serrano-Aguilar, P. (2013). Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9). <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 9, 1045. | | | | |
| Titre | Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ? | X | | | |
| Résumé | Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? | X | | | |
| Introduction de Problème de recherche | Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ? | X | | | |
| 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 | | | |
| Cadre théorique ou conceptuel | Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ? | | | X | La décision partagée mais pas d'autres concepts. |

| | | | | | |
|--|--|------------|------------|------------------|--|
| Hypothèses/question de recherche/buts | Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ? | X | | | |
| Méthodes Devis de recherche | Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ? | X | | | |
| Population, échantillon et contexte | La population à l'étude est-elle définie de façon précise ? | X | | | |
| | L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ? | | | X | Les patients sont divisés en deux groupes selon le lieu de soins mais ne sont pas décrit au niveau sociodémographique. |
| | La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ? | | X | | Il n'y a pas de base scientifique qui justifie la taille de l'échantillon. |
| 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 | | | Le questionnaire SDM-Q-9 est utilisé pour la collecte de données. |
| | 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 | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| Considérations éthiques | A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ? | X | | | |
| Résultats Traitement/Analyse des données | Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ? | X | | | |
| Présentation des résultats | Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ? | X | | | |
| Discussion Interprétation des résultats | Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ? | X | | | Les chercheurs reprennent la décision partagée pour interpréter les résultats. |
| | Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ? | X | | | |
| | Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ? | X | | | |
| | Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ? | X | | | Les chercheurs estiment que l'échantillon ne peut pas représenter la totalité des patients fréquentant les soins psychiatriques. |
| Conséquences et recommandations | Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ? | | X | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| | Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ? | X | | | |
| Questions générales Présentation | L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ? | X | | | |
| Commentaires : | | | | | |

Appendice D

Grilles de résumé et de lecture critique article [2]

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative**

| Éléments du rapport | Contenu de l'article |
|--|---|
| Références complètes | Klingaman, E. A., Medoff, D. R., Park, S. G., Brown, C. H., Fang, L., Dixon, L. B., ... & Kreyenbuhl, J. A. (2015). Consumer satisfaction with psychiatric services: The role of shared decision making and the therapeutic relationship. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 38(3), 242. |
| Introduction Problème de recherche | La documentation manque d'une exploration approfondie de la façon dont les dimensions de la relation thérapeutique et les préférences pour la prise de décision partagée peuvent prédire conjointement la satisfaction à l'égard de l'orientation des tâches et du soutien socio émotionnel lors des visites chez le professionnel. De plus, les cotes de satisfaction ont souvent lieu longtemps après les visites de traitement en question, ce qui introduit un biais de rappel potentiel. |
| Recension des écrits | Au cours de la dernière décennie, les mouvements de défense des intérêts des patients et les recommandations de politiques nationales ont amené les systèmes de soins de santé mentale à adopter un modèle de prestation de services axé sur le patient. Le Surgeon General et l'Institute of Medicine ont souligné la nécessité pour les organismes de soins de santé mentale d'accorder la priorité à la réadaptation et aux droits des patients. La satisfaction des patients est devenue une mesure de plus en plus importante par laquelle les systèmes de soins de santé évaluent leur succès dans la prestation de soins axés sur le patient. La recherche à l'aide d'entrevues qualitatives, de données d'enquête et d'analyses du discours des consommateurs-fournisseurs à un niveau micro a permis d'identifier les facteurs que les consommateurs apprécient concernant la satisfaction à l'égard des interactions avec les fournisseurs. Ils peuvent être regroupés sous deux rubriques générales : la satisfaction à l'égard de l'orientation des tâches (p. ex. les habiletés techniques, la compétence et/ou l'expertise du prestataire) et la satisfaction à l'égard du soutien socio émotionnel (p. ex. courtoisie, respect et/ou savoir-être). La satisfaction à l'égard des services de soins de santé mentale est liée à un meilleur engagement dans le traitement et à des résultats de rétablissement plus positifs chez les patients souffrant de maladies mentales graves. |

| | |
|--|--|
| Cadre théorique ou conceptuel | Patient-centred model = modèle centré sur le patient Recovery model = modèle de rétablissement |
| Hypothèses/question de recherche/buts | <p>L'objectif principal de cette étude était d'explorer la façon dont les dimensions des préférences des patients pour la prise de décision partagée (c'est-à-dire préférence pour obtenir des connaissances sur une maladie mentale grave et a demandé son opinion sur les options de traitement et l'implication dans les décisions de traitement) et la relation thérapeutique (c'est-à-dire la collaboration positive et le type d'entrée clinicien) étaient liés à la satisfaction.</p> <p>L'objectif de l'étude était de combler les lacunes en mesurant la satisfaction des patients immédiatement après les visites chez le professionnel afin de déterminer comment la relation thérapeutique et les préférences pour la prise de décision partagée étaient liées à la satisfaction associée à chaque visite.</p> <p>L'hypothèse est que les préférences pour tous les aspects de la prise de décision partagée et la qualité des relations thérapeutiques seraient associées à la satisfaction des patients à l'égard des visites chez le professionnel.</p> |
| Méthodes Devis de recherche | Étude randomisée contrôlée (ECR) portant sur une intervention informatisée visant à aider les anciens combattants atteints de maladies mentales graves à surveiller les effets secondaires métaboliques des antipsychotiques de deuxième génération (SGA). |
| Population, échantillon Et contexte | <p>Les participants étaient 239 anciens combattants souffrant de maladies mentales graves qui ont rempli un questionnaire d'auto-évaluation de 19 articles évaluant la satisfaction des visites chez les prescripteurs (524 évaluations) immédiatement après les visites.</p> <p>Les participants (239) ont été recrutés dans deux cliniques de santé mentale ambulatoire dans la région du centre littoral de l'Atlantique aux États-Unis.</p> <p>Tous avaient entre 18 et 70 ans ; diagnostiqué avec des maladies mentales graves (schizophrénie, trouble schizoaffectif, troubles psychotiques non spécifié, trouble bipolaire, trouble dépressif majeur ou trouble de stress post-traumatique ; actuellement prescrit au moins un médicament SGA ; et liés aux soins (au moins deux visites ambulatoires chez un psychiatre/infirmier praticien sur ordonnance au cours de la dernière année).</p> |
| Méthode de collecte des données et instruments de mesure | <p>Pour évaluer la satisfaction de la visite, les chercheurs ont utilisé un questionnaire de 19 questions basé sur une mesure existante et validée de la satisfaction du patient (Bertakis et al., 1991).</p> <p>Cette mesure est conçue pour être utilisée conjointement avec des mesures évaluant les schémas de communication patient-fournisseur dans les recherches sur la satisfaction des visites et est</p> |

| | |
|------------------------|--|
| | <p>souvent utilisée par Roter et ses collègues pour évaluer la satisfaction des interactions entre les patients et leurs médecins et/ou infirmiers lors de soins ambulatoires (Cousin, Schmid Mast, Roter, & Hall, 2012 ; Agha, Schapira, Laud, McNutt, & Roter, 2009 ; Schmid Mast, Hall, & Roter, 2007).</p> <p>Les items sont conçus pour se rendre compte de la satisfaction des patients à l'égard des interactions avec leurs prestataires de soins qui se produisent lors d'une visite spécifique et représentent les domaines d'orientation des tâches (11 items) et de soutien socio-mental (8 items).</p> <p>Les réponses sont notées sur une échelle de 5 points (1 fortement en désaccord à 5 tout à fait d'accord), de sorte que les scores les plus élevés représentent une plus grande satisfaction.</p> <p>La sévérité des symptômes psychiatriques au cours de la semaine écoulée a été mesurée par le score moyen de l'Échelle d'identification du comportement et des symptômes auto-rapportée (24 items / BASIS-24), qui a démontré une validité suffisante dans des échantillons de personnes atteintes de maladies mentales graves (Eisen, Normand, Belanger, Spiro, & Esch, 2004).</p> <p>Les réponses sont notées sur une échelle de 5 points (0-4), les scores les plus élevés représentant une plus grande gravité des symptômes.</p> <p>La qualité de la relation thérapeutique a été évaluée à l'aide de trois sous-échelles de 12 questions, Échelle d'évaluation de la relation thérapeutique (STAR-P ; McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson, & Priebe, 2007) : collaboration positive, entrée positive du clinicien et apport non favorable du clinicien.</p> <p>Les réponses sont notées sur une échelle de 5 points (0 jamais à 4 toujours), les scores les plus élevés indiquant la qualité de la relation.</p> <p>Pour évaluer les préférences en matière de prise de décision partagée, les chercheurs ont utilisé le questionnaire en trois points élaboré par Levinson et collègues (2005) pour évaluer les trois composantes des préférences des patients en matière de prise de décision partagée dans un contexte de santé mentale : acquisition de connaissances, demander son opinion sur les options de traitement et la prise de décision.</p> <p>Les réponses sont notées sur une échelle de 6 points (1 fortement d'accord à 6 fortement en désaccord), de sorte que des scores plus élevés indiquent une plus grande préférence pour la participation à cette composante de la prise de décision partagée.</p> |
| Déroulement de l'étude | <p>L'intervention (ou la condition de contrôle) a été réalisée immédiatement avant chaque visite jusqu'à trois visites avec le prescripteur du participant.</p> <p>Les visites ont été espacées d'au moins 4 mois sur une période d'un an.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Les vétérans ont subi une à trois expositions aux conditions d'intervention ou de contrôle, en fonction de leurs visites cliniques programmées.</p> <p>La satisfaction ayant été mesurée immédiatement après chaque rendez-vous, cette étude ne comprend que les participants ayant effectué au moins une visite (n 228) et inclut des données de satisfaction pour chaque visite des participants (n 524 évaluations de satisfaction), quelle que soit la condition de l'intervention.</p> <p>Les préférences pour participer à la prise de décision ont également été évaluée à chaque visite.</p> <p>Les données démographiques, la gravité des symptômes de santé mentale au cours de la dernière semaine et la relation thérapeutique avec le prescripteur n'ont été évaluées qu'au début, c'est-à-dire immédiatement après le consentement et non liées à une visite clinique.</p> |
| <p>Considérations éthiques</p> | <p>Tous les participants ont donné leur consentement informé.</p> <p>Le comité d'examen institutionnel local a approuvé l'étude.</p> |
| <p>Résultats Traitement/Analyse des données</p> | <p>Pour analyser toutes les données disponibles, le modèle d'analyse principal devait prendre en compte deux sources de classification parmi les observations : (a) des mesures répétées au sein d'un individu et (b) des patients multiples au sein du prestataire.</p> <p>Les chercheurs ont utilisé un modèle standard de base mixte à trois niveaux (Singer, 1998) avec des interceptions aléatoires distinctes pour les patients et les fournisseurs pour analyser les prédicteurs de chacune des deux sous-échelles de satisfaction.</p> <p>Les mesures répétées de la satisfaction (niveau 1) sont imbriquées chez les patients (niveau 2), qui sont imbriquées dans les prestataires (niveau 3).</p> <p>Les préférences décisionnelles partagées évaluées à chaque visite et les sous-échelles d'alliance thérapeutique (STAR-P) évaluée au départ étaient les variables indépendantes d'intérêt.</p> <p>Les covariables comprenaient le diagnostic et les symptômes psychiatriques, la race, l'éducation, le sexe, l'âge, l'état matrimonial et le type de prestataire (psychiatrique ou non).</p> <p>La condition d'intervention n'était pas statistiquement significativement liée à la satisfaction ou à aucune des variables d'intérêt indépendantes ($p = 0.05$) et, lorsque le nombre de visites et la condition d'intervention étaient inclus dans le modèle initial, ils n'étaient pas des prédicteurs significatifs de la satisfaction de la visite ; par conséquent, ils ont été supprimés du modèle final.</p> <p>Le modèle a été ajusté à l'aide de la procédure mixte en SAS avec la procédure d'estimation de vraisemblance maximale restreinte (REML).</p> |

| | |
|----------------------------|--|
| | |
| Présentation des résultats | <p>La plupart des participants étaient d'âge moyen, mâle, célibataire, ont identifié leur race comme étant noire ou blanche, et présentait un trouble du spectre de la schizophrénie, un trouble bipolaire ou un TDM.</p> <p>Les participants ont signalé une faible symptomatologie au BASIS-24.</p> <p>La plupart ont été vus par des psychiatres.</p> <p>La plupart des personnes ont eu deux visites possibles sur trois ; près de la moitié ont eu les trois visites.</p> <p>Les participants étaient généralement satisfaits de leurs visites chez le prescripteur et les scores moyens de STAR-P reflétaient une relation thérapeutique modérément forte.</p> <p>Les réponses aux questions relatives aux préférences décisionnelles communes consistant à acquérir des connaissances sur la maladie mentale et à participer aux décisions de traitement ont été distribuées à peu près normalement ; les gammes couvraient l'étendue de l'échelle.</p> <p>Dans toutes les évaluations, il y avait un très grand soutien positif à l'idée de se voir proposer des options et demandé son avis sur les traitements pour la santé mentale ; avec 93,4% des visites, les patients étaient d'accord, approuvant les réponses 1,2 ou 3 ; et dans 75,7% des cas, les patients ont fortement souscrit et ont souscrit à la réponse 1.</p> <p>En raison du manque de variabilité dans cette composante des préférences pour la prise de décision partagée, cela n'a pas été inclus dans le modèle.</p> <p>Les corrélations entre les prédicteurs allaient de 0.01 à 0.80.</p> <p>Les sous-échelles de la mesure de la satisfaction étaient fortement corrélées et les résultats des analyses à plusieurs niveaux étaient comparables pour chacun.</p> <p>Par conséquent, les deux sous-échelles ont été combinées dans une mesure globale de la satisfaction du patient afin d'éliminer les redondances dans la présentation des résultats.</p> <p>En ce qui concerne la relation thérapeutique, la contribution positive du clinicien et la collaboration positive étaient toutes deux associées à une plus grande satisfaction de la visite, alors que la contribution du clinicien non favorable ne l'était pas.</p> <p>En ce qui concerne la prise de décision partagée, une plus grande préférence pour être impliqué dans le processus de prise de décision était associée à une moindre satisfaction de la visite, mais la</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>préférence de se fier à soi-même par rapport au prédécesseur pour obtenir des connaissances sur la maladie mentale était sans rapport avec la satisfaction.</p> <p>La seule caractéristique démographique ou clinique liée à la satisfaction de la visite était l'état matrimonial ; les gens mariés étaient plus satisfaits de leur visite.</p> |
| <p>Discussion Interprétation des résultats</p> | <p>Cette étude fournit des informations importantes sur la nature de la satisfaction des patients vétérans souffrant d'une maladie mentale grave.</p> <p>Les participants étaient généralement très satisfaits des visites de gestion des médicaments, conformément aux recherches sur la satisfaction dans d'autres domaines des soins médicaux (Bertakis, Roter, & Putnam, 1991 ; Ruggeri, Lasalvia, Salvi, Cristofalo, Bonetto, & Tansella, 2007). Certains chercheurs estiment que les patients de services médicaux ne peuvent pas faire la distinction entre leur satisfaction quant à l'orientation des tâches et les aspects socio-émotionnels de leurs soins (Avis, Bond, & Arthur, 1995).</p> <p>En effet, les chercheurs ont constaté que les évaluations des sous-domaines de satisfaction liés à l'orientation vers la tâche et socio-émotionnels étaient fortement corrélées, ce qui indique que ces deux sous-domaines de satisfaction se chevauchent considérablement pour les patients atteints de maladie mentale grave.</p> <p>Les chercheurs ont émis l'hypothèse qu'il y aurait une relation significative entre tous les aspects des préférences décisionnelles partagées et de la satisfaction de la visite ; cette hypothèse a été partiellement soutenue.</p> <p>Les résultats révèlent que la multidimensionnalité des préférences pour la prise de décision partagée est une clé pour comprendre la satisfaction.</p> <p>Les éléments de la prise de décision partagée évalués dans cette étude comprenaient les préférences pour obtenir des connaissances, recevoir et demander son avis sur les options de traitement en santé mentale et la prise de décisions dans un contexte de santé mentale.</p> <p>Les chercheurs ont constaté que plus les patients préféraient prendre les décisions de traitement, moins ils étaient satisfaits de leurs visites.</p> <p>Cela concorde avec les recherches antérieures menées auprès de patients atteints de maladies mentales graves dans les unités de soins hospitaliers (Hamman et al., 2011) et laisse entrevoir la possibilité d'un décalage entre le niveau de participation préféré des patients et le degré avec lequel ils ont ces possibilités dans les visites.</p> |

En d'autres termes, une faible satisfaction à l'égard de l'orientation des tâches et du soutien socio-émotionnel des prescripteurs lors des visites de gestion des médicaments peut indiquer une forte préférence pour être impliqué dans les décisions de traitement.

Les prescripteurs doivent noter qu'un fort désir de participer aux décisions de traitement peut également être un marqueur de moindre satisfaction à l'égard des soins non seulement en milieu hospitalier (Hamman et al., 2011), mais également en psychiatrie ambulatoire.

De même, il existait une relation bidimensionnelle significative entre les préférences en matière de recherche d'informations sur la maladie mentale et sa satisfaction.

Comme pour la préférence pour la participation aux décisions, plus les clients préfèrent rechercher des informations de manière indépendante, moins leur satisfaction est grande.

Toutefois, la préférence pour la recherche d'informations n'était pas un facteur prédictif significatif dans le modèle de régression lorsque la préférence pour la participation aux décisions était incluse, ce qui suggère que la préférence pour la participation aux décisions effectives est l'élément unique du processus décisionnel partagé qui contribue à la satisfaction des patients avec de graves maladies mentales.

En d'autres termes, si les patients expriment le désir de participer au processus de prise de décision, il ne suffit pas de leur fournir uniquement des informations.

Il est nécessaire d'évaluer l'intérêt des patients à participer aux décisions finales et d'en tenir compte. Les chercheurs n'ont pas été en mesure d'évaluer l'association entre les préférences en matière de choix d'option de traitement et la satisfaction, car ces préférences étaient presque universellement préférées dans notre échantillon.

Par conséquent, ils ont trouvé un appui partiel à l'hypothèse selon laquelle il existerait une relation significative entre tous les aspects des préférences décisionnelles partagées et de la satisfaction des visites.

Une ECR n'a pas trouvé d'effet significatif sur l'augmentation de la prise de décision partagée sur la satisfaction, mais il a défini de manière restrictive la prise de décision partagée comme une augmentation des connaissances du patient sur les options de traitement (Hamman et al., 2006).

Cette étude montre que les préférences des patients en matière de participation aux décisions de traitement sont un facteur supplémentaire important.

Une plus grande collaboration dans la communication sur les tâches et les objectifs et des interactions favorables avec les prescripteurs ont prédit une plus grande satisfaction de l'orientation de la tâche et du soutien socio-émotionnel expérimenté lors des visites.

| | |
|-------------------|---|
| | <p>Cependant, les résultats reflètent la complexité des relations thérapeutiques en mettant en évidence une nuance importante : l'apport non clinique du clinicien n'était pas lié à la satisfaction.</p> <p>Il se peut que les éléments qui exploitent cette construction, tels que l'impatience et la sévérité, soient moins pertinents pour les patients dans leurs relations avec les fournisseurs de médicaments que dans d'autres contextes, tels que la psychothérapie.</p> <p>Au lieu de cela, les constructions de collaboration plus orientées vers les tâches et l'apport positifs des cliniciens peuvent être plus saillants lors d'une visite chez le prescripteur.</p> |
| Forces et limites | <p>Les dimensions des préférences pour la prise de décision partagée mesurées dans cette étude ne correspondent pas complètement à chaque domaine de la prise de décision partagée adoptée.</p> <p>Les recherches futures devraient examiner la relation entre les préférences déclarées pour la prise de décision partagée et les comportements.</p> <p>D'autres facteurs pouvant contribuer à la satisfaction des patients devraient également être pris en compte dans les recherches futures, tels que les comorbidités, les difficultés financières et la participation à une thérapie psychosociale (Kilbourne et al., 2006 ; Nordon, Rouillon, Barry, Gasquet, & Falissard, 2012).</p> <p>La formation des prescripteurs et l'encouragement à utiliser la prise de décision partagée dans la pratique quotidienne et la durée de la relation de traitement n'étaient pas mesurés et devraient être explorés dans les études futures.</p> <p>La plupart des patients ont été pris en charge et étaient généralement satisfaits des visites ; par conséquent, les résultats ne se généralisent pas nécessairement aux patients qui se sont désengagés des soins, potentiellement en raison de l'insatisfaction à l'égard du traitement.</p> <p>Les chercheurs ignorent comment les résultats se généralisent aux patients avec des médicaments psychotropes prescrits autres que les SGA.</p> <p>L'échantillon était constitué principalement d'anciens combattants de sexe masculin plus âgés, qui étaient peut-être habitués aux relations hiérarchiques au sein de l'armée et éventuellement avec leurs prescripteurs.</p> <p>Cette recherche peut éclairer les futures études qui devraient explorer la relation entre ces constructions au sein d'autres populations.</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| Conséquences et recommandations | <p>Les patients atteints d'une maladie mentale grave souhaitent plus que la simple collaboration et la contribution positive de leurs prescripteurs ; la préférence pour parvenir à un accord sur le traitement est un facteur supplémentaire lié à la satisfaction de la visite.</p> <p>L'élan nécessaire pour prendre des décisions en commun au sein d'un modèle de soins de santé mentale axé sur le rétablissement est éthique et thérapeutique.</p> <p>Bien que tous les prestataires soient obligés de se distancer des soins paternalistes fournis auparavant aux personnes souffrant de maladies mentales graves, adapter les approches de traitement aux besoins des patients en comprenant et en respectant leur désir de prendre la décision finale en matière de traitement potentiel d'amélioration optimale de la satisfaction à l'égard des services psychiatriques.</p> <p>Les résultats suggèrent également que les préférences pour la prise de décision doivent être considérées conjointement avec la relation thérapeutique.</p> <p>La relation peut constituer une base importante pour la mise en place d'un processus de prise de décision partagée qui soit satisfaisant et efficace pour renforcer l'autonomisation et la participation aux décisions.</p> <p>Les futurs ECR pourraient déterminer si l'optimisation de la prise de décision partagée dans le contexte de relations de grande qualité patients / prescripteurs augmente la satisfaction et si la satisfaction, à son tour, accroît l'adhésion, l'engagement et la récupération.</p> |
| Commentaires | |

**Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative**

| Éléments du rapport | Questions | Oui | Non | Peu clair | Commentaires |
|--|---|-----|-----|-----------|--|
| Références complètes | Klingaman, E. A., Medoff, D. R., Park, S. G., Brown, C. H., Fang, L., Dixon, L. B., ... & Kreyenbuhl, J. A. (2015). Consumer satisfaction with psychiatric services: The role of shared decision making and the therapeutic relationship. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 38(3), 242. | | | | |
| Titre | Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ? | | X | | Il parle uniquement de satisfaction des patients au sein de services psychiatriques mais ne précise pas d'où ils viennent (en l'occurrence d'anciens combattants). Par contre, il parle bien de la décision partagée et de la relation thérapeutique ainsi que de la satisfaction. |
| Résumé | Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? | X | | | Il énonce clairement le but de l'étude à savoir explorer comment les dimensions des préférences des consommateurs en matière de prise de décision partagée et la relation thérapeutique étaient liés à la satisfaction de la visite. Il définit clairement la méthode utilisée pour cette étude à savoir le questionnaire de 19 questions. Et les résultats sont présentés de manière synthétique. Il évoque également une conclusion et des implications pour la pratique. |
| Introduction Problème de recherche | Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ? | X | | | |
| 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 | | | |
| Cadre théorique ou conceptuel | Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ? | | X | | Non les chercheurs ne présentent pas de théorie infirmière. |

| | | | | | |
|--|--|------------|------------|------------------|--|
| | | | | | |
| Hypothèses/question de recherche/buts | Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ? | X | | | |
| Méthodes Devis de recherche | Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ? | X | | | Dès le début du paragraphe qui concerne la méthode, les chercheurs expliquent que les données ont été obtenues à partir d'un essai contrôlé randomisé |
| Population, échantillon et contexte | La population à l'étude est-elle définie de façon précise ? | X | | | La population de l'étude est définie de manière claire dans un paragraphe. L'étude comprend des vétérans souffrant de maladies mentales graves qui font l'objet d'une surveillance des effets secondaires métaboliques des médicaments antipsychotiques de deuxième génération (SGA). Les participants ont été recrutés dans deux cliniques de santé mentale ambulatoires et tous avaient entre 18 et 70 ans, liés aux soins (au moins deux visites ambulatoires chez un psychiatre/infirmier praticien sur ordonnance au cours de la dernière année). |
| | L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ? | X | | | Cf. question du dessus. |
| | 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 | | | Les chercheurs expliquent l'utilisation du questionnaire comprenant 19 questions de manière précise et détaillée. |
| | 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 | | | La procédure est décrite de manière précise dans le paragraphe procédure. |
| Considérations éthiques | A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ? | X | | | Les participants ont tous donné leur consentement informé et le comité d'examen institutionnel local a approuvé l'étude. |
| Résultats Traitement/Analyse des données | Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ? | | | X | Pas d'analyses faites et l'article ne présente que deux tableaux. |
| Présentation des résultats | Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ? | X | | X | Des tableaux représentent les résultats et ceux-ci sont également expliqués dans le texte. |
| Discussion Interprétation des résultats | Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ? | | | X | Peu de liens avec les cadres conceptuels. |
| | Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ? | X | | | |
| | Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ? | X | | | Les chercheurs se rendent compte des limites de l'étude et proposent des pistes pour des recherches futures. |
| | Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ? | X | | | Les chercheurs expliquent que les résultats ne se généralisent pas nécessairement aux consommateurs qui se sont désengagés des soins. Ils ignorent comment les résultats se généralisent aux consommateurs avec des médicaments psychotropes autres que les SGA. |
| Conséquences et recommandations | Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ? | X | | | Dès le résumé les chercheurs décrivent les implications pour la pratique à savoir, qu'il ne faut pas uniquement fournir des informations et des options de traitement mais prendre en |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| | | | | | compte ce que les consommateurs expriment de leur préférence pour être impliqués dans la prise de décision partagée. Ils expliquent également que l'évaluation et l'adaptation des approches de traitement aux préférences du consommateur en matière de prise de décision partagée devraient s'inscrire dans le cadre d'une relation thérapeutique forte. |
| | Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ? | X | | | Ils expliquent dans les limites que les recherches futures devraient examiner la relation entre les préférences déclarées pour la prise de décision partagée et les comportements. Ils disent également que d'autres facteurs susceptibles de contribuer à la satisfaction des consommateurs doivent également être pris en compte dans les recherches futures, comme les comorbidités, les difficultés financières et la participation à une thérapie psychosociale. |
| Questions générales Présentation | L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ? | X | | | |
| Commentaires : | | | | | |

Appendice E

Grilles de résumé et de lecture critique article [3]

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche mixte

| Éléments du rapport | Contenu de l'article |
|--|--|
| Références complètes | Fukui, S., Salyers, M. P., Matthias, M. S., Collins, L., Thompson, J., Coffman, M., & Torrey, W. C. (2014). Predictors of shared decision making and level of agreement between consumers and providers in psychiatric care. <i>Community Mental Health Journal</i> , 50(4), 375-382. |
| Introduction Problème de recherche | <p>Étudier le rôle potentiel des caractéristiques des consommateurs et des prestataires, les caractéristiques de la décision tels que la complexité... et les facteurs interactionnels qui peuvent influencer positivement ou négativement dans le processus de prise de décision partagée.</p> <p>Le problème de recherche est de mieux comprendre l'impact des caractéristiques des patients et des soignants, des facteurs interactionnels dans la conversation, les caractéristiques de la décision ainsi que leurs corrélations afin d'améliorer le processus de décision partagée.</p> |
| Recension des écrits | <p>La prise de décision partagée (SDM) est définie comme « un processus interactif dans lequel les médecins et les patients participent simultanément dans toutes les phases du processus de décision et ainsi négocier un traitement à mettre en place. »</p> <p>Plusieurs études mettent en avant des obstacles à la décision partagée tels que les incertitudes face au capacité décisionnelle, les contraintes de temps ainsi que l'habitude du model paternaliste. D'autres études mettent en avant les caractéristiques des patients ainsi que des prestataires de soins comme des obstacles à la SDM, comme par exemple le fait que le soignant soit plus ancien, avoir une expérience clinique différente et des ressources disponibles différentes fait qu'il est moins susceptible d'utiliser la décision partagée.</p> <p>Au niveau des caractéristiques des patients, l'âge, le sexe, et le statut socio-économique ont un impact sur la SDM, par exemple le fait d'être jeune, d'être une femme et d'avoir un niveau d'étude supérieur va favoriser une participation plus active des patients. Le fait d'être adhérent au traitement et d'avoir un niveau d'étude supérieur vont favoriser la mise en place de SDM par les soignants. La confiance du patient et la confiance en ses propres capacités est un facteur favorisant également. A contrario, le fait d'avoir des maladies graves est plutôt un facteur défavorisant.</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>Des auteurs affirment que, plus la décision est complexe à prendre, plus la décision partagée est nécessaire. Cependant d'autres affirment que toutes les décisions quelques soit leur complexité devrait bénéficier de la SDM. Le temps limité des consultations peut influencer la pratique de la décision partagée. Par rapport aux interactions, plusieurs facteurs rentrent en compte tels que le fait que le patient participe de manière active aux consultations par exemple en faisant des demandes concernant leur traitement, amène le soignant à favoriser la SDM.</p> <p>La décision partagée va donc diminuer potentiellement les conflits de décisions, va augmenter le niveau d'accord entre patient et soignant. Si le patient participe de manière active, la décision devrait en être meilleure. Pour que la décision partagée soit réussie, il faut que tous les éléments de la discussion soient approfondis entre le patient et le soignant, ce qui devrait prédire un bon niveau d'accord.</p> |
| Cadre théorique ou conceptuel | Soins centrés sur la personne |
| Hypothèses/question de recherche/buts | Buts : Examiner de manière quantitative les éléments de la prise de décision partagée. Pour établir des preuves empiriques de la corrélation entre des éléments de la SDM et le degré d'accord entre le patient et le soignant dans les soins psychiatriques. |
| Méthodes Devis de recherche | Étude mixte de type rétrospective |
| Population, échantillon et contexte | <p>170 enregistrements ont été sélectionnés au départ puis 16 n'ont pas pu être utilisés et 26 ne parlaient pas de décision partagée alors ils ont été exclus donc au total il y a 128 enregistrements de participants différents.</p> <p>Il y a 128 participants dont 63 sont des hommes et 65 sont des femmes. 65 étaient blancs de type caucasiens, 56 étaient africains, américains et 6 étaient d'autres origines.</p> <p>Au sujet des pathologies, 72 des patients souffraient de schizophrénie, 30 souffraient de dépression majeure, 18 souffraient de trouble bipolaire et les 8 restants souffraient d'autres pathologies. Collectes d'enregistrements dans 3 centres de santé mentale communautaires. Les données ont été recueillies séparément pour d'autres fins.</p> <p>La collecte de données et des enregistrements s'est faite dans 3 centres de santé mentale communautaire.</p> |

| | |
|--|---|
| Méthode de collecte des données et instruments de mesure | <p>Les données concernaient 8 prestataires de soins et 186 patients adultes. 16 enregistrements n'ont pas pu être utilisés donc 170 enregistrements ont été utilisés. Les enregistrements audio ont été transcrits et vérifiés avec exactitude. Ils ont été gardés pour les transcriptions. 25% des transcriptions ne montraient pas de décision partagée et portaient plutôt sur des check-up et mettaient en avant les progrès des patients. Donc les 128 transcriptions restantes ont été gardées pour l'analyse. Les caractéristiques sociodémographiques des patients ont été recueillies auprès des soignants et d'autres ont été obtenus à l'aide d'un système de gestion d'information automatisé. 5 prestataires de soins étaient des psychiatres et 3 étaient des infirmières praticiennes, la moitié étaient des femmes et l'autre des hommes. Cependant les caractéristiques sociodémographiques des prestataires de soins ne sont pas disponibles.</p> <p>La décision partagée a été évaluée à l'aide de l'échelle de SDM qui comporte 9 éléments de la prise de décision. Ces éléments sont le rôle du patient dans la prise de décision, l'objectif du patient et le contexte de la décision, la question et la nature de la décision, les autres options, les avantages et les inconvénients des alternatives, les incertitudes liées à la décision, l'évaluation de la compréhension du patient, l'évaluation du désir des patients pour d'autres options et l'exploration des préférences du patient.</p> <p>Afin d'être rigoureux dans l'analyse chacun des points cités précédemment sont évalués à l'aide de 3 catégories qui sont Absent = 0 / partiel = 1 / complète = 2. Le score va donc de 0 à 18 qui est le score le plus élevé. L'initiateur de la discussion est également identifié si le patient est l'initiateur cela équivaut à 1 point et le prestataire de soins à 0. Ce qui permet de calculer et d'indiquer si le patient lance les discussions, le score va de 0 à 9 qui indique une bonne participation.</p> <p>Les décisions ont été classées selon leur complexité en prenant en compte les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la vie des patients et le consensus médical de telle sorte, décision de base = 1, moyenne = 2, complexe = 3.</p> <p>Les décisions de bases présentent peu de risques et un bon consensus médical. A contrario les décisions complexes présentent beaucoup de risques. Et les intermédiaires se trouvent entre un bon consensus et l'impact sur le patient. Ce qui a permis de redéfinir les catégories d'évaluation : de base et intermédiaire = 0 et complexe = 1.</p> <p>Le niveau d'accord a également été évalué par un accord total, un accord passif ou la réticence du patient ou du soignant. L'accord total équivaut à 1 et le manque d'accord = 0. Après les premières transcriptions, les notes ont été divisées entre les auteurs afin de garder la fiabilité de l'étude. Les statistiques AC1 ont</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | démontré la fiabilité l'échelle de SDM par les évaluateurs qui permet de tenir compte des erreurs de classements. |
| Déroulement de l'étude | La collecte d'enregistrements s'est faite dans 3 centres de santé mentale communautaires. Les données ont été recueillies séparément pour d'autres fins. Les enregistrements audio ont été transcrit et vérifiés avec exactitude. Les données concernaient 8 prestataires de soins et 186 patients adultes. 16 enregistrements n'ont pas pu être utilisés donc 170 enregistrements ont été gardés pour les transcriptions. 25% des transcriptions ne montraient pas de décision partagée et portaient plutôt sur des check-up et mettaient en avant les progrès des patients. Donc les 128 transcriptions restantes ont été gardées pour l'analyse. Une analyse de régression linéaire à plusieurs niveaux a été faite afin d'évaluer le temps de consultation, la complexité de la décision et l'initiation des discussions. Cette analyse s'est faite à l'aide de l'échelle SAS PROC MIXED. Une seconde analyse a été faite à l'aide de l'échelle SAS PROC GLIMIX afin d'examiner les discussions avec les 9 éléments de la SDM. |
| Considérations éthiques | Le consentement écrit a été obtenu par tous les participants et approuvé par le comité d'examen de l'institution de l'université du Kansas et d'Indiana. |
| Résultats Traitement/Analyse des données | <p>Les premières analyses mettent en avant le niveau de SDM. Une analyse de régression linéaire a été faite pour examiner le temps de consultation, la complexité de la décision (base et intermédiaire = 0 et complexe = 1) et l'initiation des discussions du patient qui prédit le score de SDM. Les caractéristiques sociodémographiques du patient, les caractéristiques du prestataire de soins ont aussi été inclus. Pour l'analyse de régression linéaire à plusieurs niveaux, l'échelle SAS PROC MIXED a été utilisée.</p> <p>Les secondes analyses ont été faites afin de mettre en avant le niveau d'accord entre patient et soignant. Une analyse de régression logistique binaire à différents niveaux a permis d'examiner la rigueur des discussions pour les 9 éléments de l'échelle, tout en incluant les caractéristiques des patients et des soignants. Cette analyse a été faite à l'aide de SAS PROC GLIMIX. Les différences entre les modèles ont été expliquées et calculées avec la formule de Snijders et Bosker (1999)</p> <p>La modélisation à plusieurs niveaux a été utilisée pour inclure la structure des données en cluster ou le patient est étroitement lié aux prestataires de soins. Ex ; l'échantillon des patients qui rencontre régulièrement le même soignant va fausser les estimations des erreurs-types lors des examens des soignants. Afin de privilégier les corrections des erreurs types biaisées, la modélisation à différents niveaux est recommandée.</p> |

| | |
|---|--|
| Présentations des résultats | <p>Le score moyen à l'échelle de décision partagée était de 9,7 sur une échelle qui va de 0 à 18 qui indique la meilleure décision partagée. Le score concernant l'initiation de décision de la part du patient est de 1,7 sur une échelle de 0 à 9. La durée moyenne des consultations était de 16,7 minutes. Avec l'échelle revisitée, 46% des patients avaient des décisions de base et 54% des patients avaient des décisions complexes ou intermédiaires. Lors de décision partagée, l'accord complet a été obtenu dans 101 décisions (79%) en revanche 27 décisions (21%) ont eu des désaccords durant ce processus de la part du patient ou du soignant.</p> <p>L'analyse de régression linéaire a révélé que l'initiation du patient et la complexité de la décision sont des facteurs significatifs prédisant le score de SDM. Ce qui veut dire que la prise décision partagée est meilleure lorsque les décisions sont dites plus complexes et lorsque le patient initie plus les discussions et les décisions partagées. Ça explique les variances de 37,6% du score global de l'échelle de SDM de la part du patient.</p> <p>Dans l'analyse de régression logistique qui permet de prédire un accord total, ça a pu démontrer que le fait de prendre en compte les préférences du patient est un facteur important. Et en prenant en compte ce facteur augmentait de 4x la probabilité d'un accord total. Ce facteur prédictif est le seul qui est indicatif de ce niveau d'accord total. Il représente 52,2% des variances du patient dans l'accord total. Pour les 2 analyses les variances entre les 2 niveaux ne sont pas significatives, ce qui indique que les résultats ne changeaient pas d'un prestataire de soins à l'autre.</p> |
| Discussion Interprétation des résultats | <p>Cette étude est la première à examiner les interactions qui favorise la prise de décision et le degré d'accord dans les décisions cliniques. Le score moyen à l'échelle de SDM était juste au-dessus du point médian qui montre un degré modeste d'utilisation de tous les éléments du processus de prise de décision partagée. Néanmoins 79% des décisions ont été prises avec un accord complet du patient et du soignant.</p> <p>Les constatations sont que les caractéristiques sociodémographiques du patient et du prestataire de soins ne sont pas significativement liées aux scores de SDM. Même si la démographie des patients a été démontré comme importante dans la prise de décision médicale. Les études démontrant ces résultats se basaient sur une auto-évaluation prédisant des préférences pour la SDM plutôt que sur des comportements observés. D'autres ont mis en avant des divergences entres les préférences des patients et leur participation réelle aux processus. Dans le domaine de la psychiatrie, les données démographiques tel que le niveau d'éducation, le statut peuvent être un défi pour le prestataire de soins.</p> |

Concernant les prestataires de soins, selon Young et al. (2008), l'âge est lié significativement à la performance de la SDM. Cependant ces informations n'étaient pas disponibles pour cette étude. C'est pourquoi il faudrait faire d'autres recherches incluant ces caractéristiques. La complexité des décisions et l'implication des patients ont plus d'impact sur le SDM que les facteurs caractéristiques des patients et des soignants. Selon Young et al. (2008) la décision partagée est associée généralement à des consultations plus longues, ce qui n'a pas été démontré dans cette étude. Cependant la complexité de la décision est un prédicteur important de SDM ce qui est cohérent avec les arguments de Braddock et al. (1999) et Whitney et al. (2004) L'implication et l'initiatives du patient est associé à un meilleur SDM. Sa a donc été ajouté à l'échelle de Braddock, ce qui ne permet pas de comparer les résultats avec certains travaux antérieurs selon Young et al. (2008)

L'implication des patients est associée à un score de SDM plus élevé, selon la nouvelle échelle. Des interventions ont été créés afin d'augmenter leur participation. Certains chercheurs ont mis en avant le fait que cette implication pourrait être une menace dû au fait que les patients puissent mettre en doute les recommandations du soignant, les prestataires se sentant impliqués, cela pourrait amener à un modèle paternaliste. La probabilité de bénéficier d'un encadrement sur la communication peut être efficace pour le processus autant pour le patient que pour le soignant.

Des recherches mettent en lumière le fait que les prestataires initiaient régulièrement les discussions amenant à une décision partagée toute fois ils demandent les préférences des patients ou les intègrent sans leur avoir explicitement demandé auparavant. Le fait d'avoir un environnement intégrant de manière optimal la SDM permet au patient d'être actif et au soignant d'être réceptif. Pour ce qui est de l'accord global, le fait de prendre en compte les préférences des patients est le seul prédicteur significatif lors de la discussion. Ce qui multiplie par 4 la probabilité d'un accord complet avec le soignant. Pas d'autres associations n'a été mises en avant pour les éléments de la SDM ainsi que dans les discussions ou les options de traitements. Selon les conclusions de Wolmann et Whitley (2010), lorsqu'il y a désaccord avec le soignant, les patients se focalisent sur leur limite décisionnelle cependant lorsque qu'il y a un accord, le patient se focalise plutôt sur les aspects relationnels de la prise de décision plutôt que sur la décision en elle-même. Une discussion sur leurs préférences va donc renforcer leur sentiment d'autonomie et peut augmenter le niveau d'accord. C'est pourquoi, dès le départ il faudrait investiguer les préférences et les attentes du patient. Ce qui est important dans ce processus car les prestataires peuvent sous-estimer les capacités décisionnelles et préférences des patients, ce qui arrive régulièrement dans le domaine de la psychiatrie, et amène à ce que le patient ne se sente pas capable de prendre des décisions.

| | |
|---------------------------------|---|
| | |
| Forces et limites | <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude faite dans 3 établissements et l'échantillon de commodités a été choisi sur 2 sites, ce qui limite la généralisation des résultats. - Étude transversale qui n'a pas d'informations dans le temps, dans la durée de la relation et sur les conséquences des décisions prises. Des études longitudinales doivent être faites afin d'examiner les liens de causalité entre les variables et les mesures que peuvent prendre les patients suite à la décision finale. - Les données viennent d'études précédentes, ce qui a restreint la quantité d'informations concernant les prestataires de soins, c'est pourquoi il faudrait faire d'autres recherches à ce sujet. - La taille de l'échantillon des prestataires de soins qui n'est que de 8, entraîne une diminution de puissance pour la détection d'un effet différent de zéro dans le modèle d'analyse à plusieurs niveaux. - La majorité des décisions (79%) caractérisée d'un accord complet, basée sur les transcriptions. Le déséquilibre de la taille d'échantillonnage a pu compromettre la détection des prédicteurs significatifs. <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malgré toutes les limites, l'étude permet tout de même de mettre en avant le fait qu'inclure les préférences des patients renforcerait la participation active des patients |
| Conséquences et recommandations | Une étude plus approfondie de type longitudinale est nécessaire afin de mettre en avant d'avantage de preuves et y intégrer un facteur temps et un facteur d'expérience. |
| Commentaires | |

**Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche mixte**

| Éléments du rapport | Questions | Oui | Non | Peu clair | Commentaires |
|---|---|------------|------------|------------------|--|
| Références complètes | Fukui, S., Salyers, M. P., Matthias, M. S., Collins, L., Thompson, J., Coffman, M., & Torrey, W. C. (2014). Predictors of shared decision making and level of agreement between consumers and providers in psychiatric care. <i>Community Mental Health Journal</i> , 50(4), 375-382. | | | | |
| Titre | Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ? | | | X | Le titre précise le concept de prise de décision partagée mais ne parle pas du concept de soins centré sur la personne. Il met en avant la population qui sont les patients dans le domaine de la psychiatrie. |
| Résumé | Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? | | X | | Il résume bien l'étude cependant, il ne décrit pas son déroulement |
| Introduction de Problème de recherche | Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ? | X | | | Le problème de recherche est bien formulé dans l'introduction |
| 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 | | | Les connaissances actuelles sont présentées à l'aide de précédentes études. |
| Cadre théorique ou conceptuel | Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ? | X | | | Les soins centrés sur la personne est le concept intégré dans cette étude. |

| | | | | | |
|--|--|------------|------------|------------------|---|
| Hypothèses/question de recherche/buts | Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ? | | | X | Le but de l'étude n'est pas explicitement formulé dans l'introduction mais dans l'abstract. Aucune hypothèse n'est formulée dans l'introduction. |
| Méthodes Devis de recherche | Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ? | | X | | Il est notifié qu'il s'agit d'une étude rétrospective, probablement avec une approche quantitative mixte du aux statistiques et aux questions ouvertes |
| Population, échantillon et contexte | La population à l'étude est-elle définie de façon précise ? | X | | | La population est décrite de façon précise à l'aide d'un tableau pour les patients, cependant aucune donnée n'a pu être obtenue pour les prestataires de soins. |
| | L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ? | | X | | L'échantillonnage a été fait pour d'autres études, c'est pourquoi la façon dont l'échantillon a été choisis n'est pas expliqué. Il n'y a pas de critères d'inclusions et d'exclusions mis en avant. |
| | La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ? | | X | | La taille de l'échantillon dépend de précédentes études, il n'est donc pas défini selon des bases statistiques |
| 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 | | | Les échelles utilisées sont bien décrites dans la méthode |
| | Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ? | X | | | Les outils utilisés évaluent la SDM, la complexité des décisions à prendre, ce qui est tout à fait en lien avec le sujet de l'étude |
| Déroulement de l'étude | La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ? | X | | | Le déroulement de l'étude est bien expliqué et permet d'avoir une bonne compréhension de la situation |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| Considérations éthiques | A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ? | X | | | Le consentement écrit a été obtenu auprès des participants. |
| Résultats Traitement/Analyse des données | Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ? | X | | | Les statistiques permettent d'illustrer les résultats en lien avec la question de recherche et le but de l'étude. |
| Présentation des résultats | Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ? | X | | | Les résultats sont expliqués et sont illustrés dans des tableaux afin de faciliter leur compréhension, cependant ils pourraient être plus développés. |
| Discussion Interprétation des résultats | Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ? | X | | | Les résultats sont basés sur le concept de décision partagée et démontrent son importance. |
| | Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ? | X | | | Des comparaisons sont faites avec des études ultérieures |
| | Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ? | X | | | Les limites de l'étude sont explicitées dans la discussion de l'étude |
| | Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ? | X | | | La généralisation est abordée mais n'est pas faisable étant donné que l'étude n'a pu se baser que sur 2 sites ce qui n'est pas assez pour la généralisation. |
| Conséquences et recommandations | Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ? | | | X | Ils mettent en avant le fait que l'étude n'a pas été faite avec un facteur temps qui ne permet pas de voir les conséquences de ce processus sur le long terme. |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| | Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ? | X | | | Une étude complémentaire est recommandée afin d'approfondir le sujet et d'avoir plus de preuve à ce sujet. |
| 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 est bien décrit et a permis de faire une analyse détaillée et structurée. |
| Commentaires : | | | | | |

Appendice F

Grilles de résumé et de lecture critique article [4]

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche mixte

| Éléments du rapport | Contenu de l'article |
|--|--|
| Références complètes | Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 34(1), 29. |
| Introduction Problème de recherche | La façon dont les usagers des services publics de santé mentale préfèrent participer aux décisions relatives à leurs soins n'a pas fait l'objet d'une enquête approfondie. De plus, à la connaissance des chercheurs, la façon dont les patients en santé mentale comprennent l'accord ou le désaccord entre les points de vue des patients et des professionnels sur les décisions en santé mentale n'a pas été explorée dans la documentation. |
| Recension des écrits | Les données probantes suggèrent que les usagers des services de santé mentale sont généralement capables de prendre de nombreuses décisions relatives à leurs soins, malgré les déficiences décisionnelles qui caractérisent de nombreux troubles de santé mentale chroniques. Des études ont révélé que de nombreuses personnes chez qui on a diagnostiqué des troubles de santé mentale souhaitent participer aux décisions concernant leurs propres soins et désirent des relations de travail en relation avec leurs cliniciens en santé mentale. En médecine générale, la prise de décision partagée en matière de traitement a été définie comme un processus par lequel le clinicien et le patient communiquent l'information dans les deux sens, clarifient les valeurs et les influences concernant une décision thérapeutique et s'entendent sur un plan d'action. |
| Cadre théorique ou conceptuel | Qualité de vie et satisfaction. |
| Hypothèses/question de recherche/buts | Cette étude cherche à mieux comprendre comment les personnes vivantes avec une maladie mentale grave perçoivent la prise de décision avec les professionnels de la santé du système public de santé mentale. Cette étude examine deux questions de recherches liées à la façon dont les personnes vivant avec une maladie mentale perçoivent le processus décisionnel relatif aux services de santé. 1) Comment les consommateurs comprennent les concepts du style de prise de décision ? |

| | | |
|--|--|--|
| | | 2) Comment les patients comprennent la formulation des décisions avec les gestionnaires de cas ? |
| Méthodes | | Étude mixte randomisée en grappe |
| Devis de recherche | | |
| Population, échantillon et contexte | | <p>N=16 personnes vivant avec une maladie mentale graves traitées dans le système public de soins de santé mentale.</p> <p>Les participants étaient hétérogènes sur le plan démographique et sur le plan diagnostique et reflétaient les populations des trois sites à partir desquels ils ont été échantillonnés.</p> <p>9 participants étaient des hommes et 7 des femmes.</p> <p>Les participants avaient en moyenne 45 ans.</p> <p>6 des participants se sont identifiés comme étant blancs, 7 comme afro-américains et 3 comme latino non afro-américains.</p> <p>8 avaient un diagnostic principal de troubles du spectre de la schizophrénie, 4 avaient un trouble du spectre bipolaire, 2 ont eu un diagnostic de dépression majeure et 2 ont été classés dans la catégorie « autres » troubles de la santé mentale.</p> <p>12 des 16 participants à l'étude travaillent avec leur gestionnaire de cas depuis deux ans au moins.</p> <p>Les 4 autres travaillent avec leur gestionnaire de cas depuis 3 à 8 ans.</p> |
| Méthode de collecte des données et instruments de mesure | | <p>Utilise les données d'une étude d'intervention plus vaste à méthodes mixtes.</p> <p>Les données ont été collectées sur trois sites d'une grande agence de santé mentale, ainsi que divers autres services de santé mentale.</p> |
| Déroulement de l'étude | | <p>Les participants ont été regroupés par le responsable de cas, soit dans la planification de soins habituels, soit dans un processus de planification des soins facilitant la conception des patients via un outil électronique d'aide à la décision.</p> <p>La première version du plan de soins est disponible électroniquement pour les prestataires de soins qui suivent un processus similaire pour enregistrer un plan de soins similaire de leur point de vue.</p> <p>Le système électronique d'aide à la décision fusionne ensuite les deux perspectives et les présente à l'aide de graphiques et de texte.</p> <p>Le tout participe ensuite à une « session de prise de décision partagée » au cours de laquelle les patients et les professionnels prennent les décisions partagées finales.</p> <p>Un groupe qui utilise la version électronique et un groupe de 16 participants en soins habituels.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Les 16 participants et le groupe utilisant l'aide électronique ont pris part à des entretiens qualitatifs individuels après avoir utilisé le système d'aide à la décision en ligne.</p> <p>Pour les entretiens avec les patients, la technique de l'entrevue qualitative en entonnoir décrite par Kvale et Brinkamnn (2008) a été utilisée.</p> <p>Cette méthode implique de commencer l'entretien avec des questions générales sur un sujet général et de centrer des questions plus spécifiques.</p> <p>Les chercheurs sont interrogés les clients sur leur compréhension du processus de gestion de cas, sur son utilité et sur la manière dont ils prennent des décisions avec les professionnels.</p> <p>Les questions du guide thématique portaient sur les domaines généraux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'accord entre le conseiller et le bénéficiaire de soins en ce qui concerne les décisions. 2) La compréhension par le conseiller des priorités des patients en matière d'objectifs et de préférences pour les services. 3) La satisfaction du processus décisionnel. 4) La facilité d'utilisation du système d'aide à la décision. 5) La facilitation par le SSD de la prise de décision partagée. <p>En ce qui concerne la prise de décision partagée, les participants ont été interrogés sur leurs préférences en matière de prise de décision en utilisant une question fermée, avec des invitations de suivi leur demandant de discuter avec leurs propres mots de ce que la prise de décision énoncée signifie.</p> <p>Il a également été demandé aux participants s'ils étaient généralement d'accord ou non avec les professionnels en ce qui concerne les décisions et la manière dont les différends ont été abordés.</p> <p>L'assistant de recherche a lancé l'enregistrement puis est parti et c'est le responsable de cas qui a mis fin à l'enregistrement.</p> |
| <p>Considérations éthiques</p> | <p>Les participants ont consenti séparément à la partie qualitative de l'étude.</p> <p>Les participants des deux groupes ont reçu 20\$ supplémentaires pour leur participation aux entretiens.</p> |
| <p>Résultats Traitement/Analyse des données</p> | <p>Toutes les données qualitatives ont été transcrites textuellement par un transcripteur médical qualifié et leur exactitude a été vérifiée par l'auteur.</p> <p>Une approche inductive a été utilisée pour coder les données, bien que les sujets du guide d'entretien et les questions de recherche générales aient été utilisés pour fournir un échafaudage a priori au processus analytique.</p> <p>Une technique de codage ouvert a été utilisée au cours du processus analytique pour permettre l'émergence de thèmes a posteriori.</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>Les transcriptions qualitatives ont été codées par le premier auteur et la codification et la construction du thème ont été vérifiées avec un sous-échantillon par le deuxième auteur et modifiées pour obtenir un consensus.</p> |
| Présentation des résultats | <p>1) Préférences du consommateur en matière de prise de décision</p> <p>Les patients ont généralement indiqué leur préférence pour un style de décision « autonome » ou « partagé » lors des entretiens, mais une exploration plus approfondie de ces préférences a révélé le souhait de vérifier la validité d'une décision avec un gestionnaire de cas agissant en tant qu'autorité de la « bonne » chose à faire.</p> <p>A la question : comment préférez-vous généralement prendre des décisions concernant des éléments liés à vos objectifs, à vos services ou à votre plan de soins ? les patients considéraient la prise de décision comme une première priorité de l'autonomie, mais impliquait également de solliciter l'avis d'autres personnes s'ils estimaient qu'un deuxième avis était nécessaire.</p> <p>Quelques patients des groupes d'intervention et des groupes de contrôle ont parlé d'une approche « partagée » plus conforme à ce que la littérature considérait comme « partagée ».</p> <p>Aucun participant n'a explicitement approuvé un style de décision paternaliste.</p> <p>Un style de prise de décision « partagée » ou « autonome » a été codé environ 30 fois dans l'interview.</p> <p>Un style de prise de décision « paternaliste » a été codé comme étant clairement approuvé seulement 3 fois, et dans tous les cas, un style « partagé » ou « autonome » a également été codé dans le même entretien.</p> <p>2) Points de vue des participants sur le rôle du gestionnaire de cas dans la prise de décision</p> <p>Les patients ont mentionné qu'il y avait souvent des sujets dont ils ne discutaient pas avec leurs gestionnaires de cas en raison d'une sorte de méfiance, principalement en raison du manque d'expérience avec leurs gestionnaires de cas.</p> <p>Lorsque la discordance était exprimée, les patients s'adressaient souvent à leurs gestionnaires de cas car ils pensaient que leurs idées étaient meilleures.</p> <p>Lorsque les patients ont plutôt déclaré qu'ils étaient généralement d'accord avec leurs professionnels sur les décisions relatives aux plans de soins ou aux services, ils en ont souvent parlé dans le contexte de la relation en cours avec leurs gestionnaires de cas.</p> <p>L'accord semble être interprété comme découlant de processus interactionnels fondamentalement différents du désaccord.</p> <p>D'une part, lorsqu'ils discutent de désaccords, les patients ne parlent pas de la manière dont cette discordance se développe, mais plutôt comment ils gèrent les désaccords avec leurs gestionnaires de cas.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Cela prend souvent la forme d'une capitulation verbale auprès du responsable de l'affaire. D'autre part, lorsqu'ils ont discuté de la convergence des points de vue entre le gestionnaire de cas et les patients, les patients se sont généralement concentrés sur les aspects de confiance et de respect dans la relation clinique qui s'est construite au fil du temps.</p> |
| <p>Discussion Interprétation des résultats</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Les patients de santé mentale semblent avoir une compréhension de l'autonomie dans la prise de décision et une « prise de décision » en matière de santé mentale différente de celle suggérée par la plupart des travaux universitaires sur la SDM. Dans la littérature SDM, « partager » une décision implique généralement une collaboration étroite au moment de la prise de décision. Cela peut inclure l'échange d'informations, la délibération sur les options et le suivi de la décision. Pour les participants à l'étude, le partage d'une décision n'impliquait pas ces actions, mais était plutôt interprété comme le fait de savoir qui avait le contrôle décisionnel. Dans la version des patients, ils conservent le contrôle du processus décisionnel, à moins qu'ils ne demandent à un autre de confiance (souvent le responsable du dossier) de les aider à prendre une décision ou de prendre des mesures de contrôle. ○ Lorsque les chercheurs ont demandé comment les désaccords et les accords étaient compris et traités, les patients se sont concentrés sur des aspects fondamentalement différents du processus d'élaboration d'un plan de soins. Lorsque les patients ne sont pas d'accord avec leurs gestionnaires de cas, ils ont tendance à se concentrer sur leurs propres limites en matière de prise de décision ou sur des problèmes liés à la décision elle-même. Lorsque les patients ont convenu avec leurs gestionnaires de cas des décisions, ils se sont concentrés sur les aspects relationnels et affectifs du processus de prise de décision, plutôt que sur les processus de délibération ou même le contenu de la décision. Dans les deux cas, les patients ont généralement parlé du processus de planification des soins dans son ensemble comme étant de nature itérative et fortement axé sur la relation continue avec leurs gestionnaires de cas. ○ Ce qui est important pour la prise de décision en matière d'interventions décisionnelles dans le contexte de la santé mentale dans le secteur public, c'est que l'interprétation par les patients du partage d'une décision était le plus souvent caractérisée si des conseils supplémentaires sont nécessaires. ○ Il semble que de nombreux patients se fient à leurs gestionnaires de cas en tant que tiers de confiance pour prendre des décisions en matière de qualité de vie face à la maladie ou à l'incertitude. Cela est peut-être dû au fait que les personnes souffrant de maladie mentale grave ont souvent des réseaux sociaux tronqués et ne disposent pas d'amis et de proches facilement |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>disponibles avec lesquels consulter des consultations sur des questions importantes. Bien entendu, une autre interprétation est que les patients ont simplement utilisés leurs référents pour fournir un soutien faisant autorité pour une décision.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour les personnes qui ont été abandonnées ou marginalisées par une société plus large, comme les patients de services publics de santé mentale, des soutiens supplémentaires peuvent être nécessaires pour aider à mettre en avant les perspectives et les préférences des patients. ○ La prise de décision partagée en santé mentale peut nécessiter de mettre l'accent sur l'aspect partenariat de la prise de décision. <p>L'importance de la confiance et du partenariat dans le contexte de la prise de décision peut être particulièrement pertinente pour les relations à long terme entre patients et prestataires rencontrées au cours de la prise en charge de maladies chroniques.</p> |
| Forces et limites | <p>Le petit échantillon de patient de santé mentale issus d'un même organisme suggère de faire preuve de prudence lorsqu'il s'agit de déduire des populations différentes de celles présentées ici.</p> <p>Les données relatives aux perspectives des gestionnaires de cas n'ont pas été incluses dans cette étude. Une analyse dyadique de la rencontre peut être nécessaire pour bien comprendre les facteurs qui influent sur la prise de décisions en santé mentale.</p> <p>Les patients recevaient des services dans une organisation qui prône l'autonomie personnelle dans les décisions concernant la qualité de vie, ce qui peut avoir entraîné un biais de réponse et limité la validité externe des résultats.</p> |
| Conséquences et recommandations | <p>Des interventions telles que des supports de décision électroniques plus sophistiqués conçus pour les consommateurs doivent continuer à être développées afin de permettre aux patients de faire savoir à leurs fournisseurs à la fois leurs valeurs et leurs préférences.</p> <p>Pour les patients, la prise de décision partagée est un processus qui peut impliquer la consultation de professionnels.</p> |
| Commentaires | |

**Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche mixte**

| Éléments du rapport | Questions | Oui | Non | Peu clair | Commentaires |
|--|---|------------|------------|------------------|---|
| Références complètes | Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> , 34(1), 29. | | | | |
| Titre | Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ? | X | | | |
| Résumé | Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? | X | | | |
| Introduction de Problème de recherche | Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ? | X | | | |
| 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 | | | |
| Cadre théorique ou conceptuel | Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ? | | | X | La qualité de vie et la satisfaction sont décrites mais pas définie clairement comme concepts. Il n'y a pas de théorie infirmière utilisée. |
| Hypothèses/question de recherche/buts | Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ? | X | | | |

| | | | | | |
|--|--|------------|------------|------------------|---|
| Méthodes Devis de recherche | Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ? | X | | | L'étude est mixte de type randomisée en grappe. |
| Population, échantillon et contexte | La population à l'étude est-elle définie de façon précise ? | X | | | |
| | L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ? | X | | | |
| | La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ? | | X | | Le nombre de participants est de 16 mais celui-ci n'est pas justifié sur une base statistique. |
| 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 | Deux questions ont été posées aux participants et un outil d'aide à la décision partagée a été utilisé mais celui-ci n'est pas décrit plus précisément. |
| | 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 | | | |
| Considérations éthiques | A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ? | X | | | Les participants ont consenti séparément et ont reçu 20\$ pour leur participation aux entretiens. |
| Résultats Traitement/Analyse des données | Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ? | | | X | Une approche inductive a été utilisée pour coder les données. |
| Présentation des résultats | Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ? | X | | | Les verbatim sont présents. |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
| Discussion Interprétation des résultats | Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ? | X | | | |
| | Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ? | X | | | |
| | Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ? | X | | | |
| | Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ? | | | X | Les chercheurs expliquent que le petit échantillon de patient de santé mentale suggère qu'il faut faire preuve de prudence lorsqu'il s'agit de déduire des populations différentes de celles présentées ici. |
| Conséquences et recommandations | Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ? | X | | | |
| | Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ? | X | | | Mais surtout en lien avec le développement des supports de décision électronique. |
| Questions générales Présentation | L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ? | X | | | |
| Commentaires : | | | | | |

Appendice G

Grilles de résumé et de lecture critique article [5]

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

| Éléments du rapport | Contenu de l'article |
|--|--|
| Références complètes | Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. <i>Journal of Mental Health, 24</i> (1), 24-28. |
| Introduction Problème de recherche | Le problème de recherche est de mieux comprendre l'écart qu'il y a entre le désir exprimé du patient à participer à la prise de décision partagée (SDM) et leurs comportements réels. Pour cela il faut essayer de comprendre la perception qu'a le patient de ce processus et quels facteurs pourraient l'influencer. |
| Recension des écrits | La décision partagée implique un partenariat de collaboration entre le patient et le prestataire de soins, qui sont considérés tout deux comme des experts afin de débattre des décisions concernant le traitement. Des études ont démontré une préférence de la part des patients pour la décision partagée. A contrario, d'autres études font ressortir le fait que la plupart des patients jouent un rôle passif dans la prise de décision. Cela met en avant des facteurs qui peuvent influencer la participation à la prise de décision partagée comme les préférences des patients, la réticence des fournisseurs de soins à renoncer au pouvoir, la gravité de la maladie, les caractéristiques individuelles des patients et des fournisseurs de santé tels que le sexe, l'âge, l'éducation peuvent compliquer la participation des patients. D'autres études sont nécessaires afin de mettre en avant les facteurs qui influencent la participation des patients en santé mentale ainsi que pour comprendre la complexité de ce processus de décision partagée. Afin de surmonter les obstacles au niveau du patient et afin de faciliter le processus de décision partagée dans les soins psychiatriques, il faut avoir une compréhension importante du sujet. Peu d'étude dans le domaine de la santé mentale ont pris en compte l'avis et l'évaluation du patient concernant la façon dont les décisions sont prises en lien avec leur traitement. C'est pourquoi cette étude met en évidence la perception du patient sur la SDM afin de voir les facteurs qui peuvent l'influencer. |
| Cadre théorique ou conceptuel | Décision partagée de façon implicite |

| | |
|--|---|
| | |
| Hypothèses/question de recherche/buts | <p>Hypothèse : Beaucoup de facteurs peuvent impacter la décision partagée. Et donc les préférences et les perspectives des patients peut faciliter ou entraver leur implication dans la SDM, c'est ce qui va essayer d'être prouvé dans cette étude.</p> <p>But : C'est de mieux comprendre et d'investiguer les facteurs au niveau du patient qui peuvent influencer sa participation à la décision partagée.</p> |
| Méthodes Devis de recherche | Étude qualitative avec des entretiens de type exploratoire |
| Population, échantillon et contexte | <p>Les patients ont été recrutés pour une étude plus vaste sur la SDM en utilisant l'échantillonnage de commodité. Ils ont été approchés dans la salle d'attente avant leurs rendez-vous.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 79 patients ont accepté que leurs consultations soient enregistrées et 54 (68%) d'entre eux ont participé à un entretien après leur rendez-vous <p>Les patients qui n'ont pas participé à l'entretien après le rendez-vous, n'ont pas participé par manque d'intérêt et manque de temps.</p> <p>La plupart des patients étaient de race blanche, de sexe masculin et avaient entre 20 et 40 ans et 66% des patients avaient travaillé en moyenne 1 à 3 ans avec le même prestataire de soins.</p> <p>Les participants ont comme pathologies : des troubles de l'humeur, le stress post-traumatique, la schizophrénie.</p> |
| Méthode de collecte des données et instruments de mesure | Les protocoles d'entretiens ont été élaborés à l'aide des conversations informelles avec les prestataires de soins, de plus la littérature lue à ce propos a également permis d'élaborer le questionnaire. Les entretiens étaient d'environ une heure et étaient semi-structuré. Ils étaient menés par quatre assistants de recherche formés et qualifiés. Les questions portaient sur la relation patient-soignant, la prise de décision sur le traitement, l'observance du traitement et la gestion des maladies. Les interviews ont été enregistrés, transcrits et importés dans un fichier d'analyse qualitative |
| Déroulement de l'étude | Les participants ont été recrutés à partir d'une étude exploratoire et ces patients ont été approchés dans la salle d'attente de leur prestataire de soins. Certains patients ont accepté que la consultation soit enregistrée et 68% des patients ont accepté de participer à un entretien suite à leur consultation. Les entretiens ont été menés par 4 assistants de recherches formées. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et importés dans un outil d'analyse qualitative. Les données ont été analysées à l'aide d'une approche thématique inductive qui consiste à identifier et comparer les thèmes communs se démarquant des transcriptions. Les |

| | |
|--|---|
| | auteurs ont tous participés au processus d'analyse, à contrario les chercheurs ont lu différentes transcriptions afin d'avoir une compréhension générale des données récoltées. |
| Considérations éthiques | Les participants ont signé un consentement écrit avant les entretiens. Les procédures de recherches ont été approuvées par le comité d'examen institutionnels locales et le comité de recherche du centre médicale. |
| Résultats Traitement/Analyse des données | Les données ont été analysés avec une approche thématique inductive qui permet d'identifier et comparer les thèmes communs qui ressortent des transcriptions. Les auteurs ont participé à l'analyse des données afin de pouvoir fournir de multiples projections. Puis ils ont lu des données afin d'acquérir une meilleure compréhension générale des données. Les données ont été comparées à l'aide des transcriptions pour identifier les thèmes émergents. Une liste de code préliminaire a été développé par des segments des transcriptions. Les incohérences dans les structures de codages ont été résolues par consensus. Puis les codes préliminaires ont été examinés à l'aide d'une approche itérative ou les codes ont été combinés, éliminés ou développés pour comprendre au mieux les données. Lors du processus d'analyse, des données ont été consultées afin de renforcer les catégories d'analyses et rechercher des preuves vérifiables ou non. La saturation thématique a été établie lorsqu'aucune nouvelle variante d'un thème donné n'a été identifiée et sur la base de preuves de codages répétés dans la même catégorie. |
| Présentation des résultats | <p>Les résultats démontrent un large panel de préférence des patients concernant la prise de décision partagée en lien avec leur traitement ainsi que ses obstacles. Certains privilégient un engagement total, d'autre un engagement partiel et d'autres un rôle passif.</p> <p><u>Engagement total</u></p> <p>Les patients mettent en avant le fait de pouvoir partager des informations importantes sur leur maladie, discuter des options face au traitement, débattre du pour et du contre et par la suite prendre une décision avec le prestataire de soins. Ceci permet d'assurer que les besoins du patient soient satisfaits et leur procure un sentiment de responsabilité et de responsabilisation face au traitement et à la prise de décision.</p> <p><i>« J'aime participer à la prise de décision concernant le médicament que je prends, car cela permet à mon médecin de savoir ce qui m'intéresse et cela me donne plus de perspicacité etc. Cela rend la prise de médicaments plus acceptable. »</i></p> <p>D'autres patients ont indiqué leur préférence dans le fait d'inclure leur famille et leurs amis dans la prise de décision partagée. En expliquant que leurs proches sont bien informés de leurs besoins et peuvent</p> |

contribuer aux prises de décisions. Certains ont mis en avant le fait que les conjoints les accompagnent régulièrement aux consultations et peuvent donc contribuer à fournir des informations importantes concernant le traitement et son expérience. Cependant pas tous les participants veulent inclure la famille, dû au fait que ce ne sont pas des professionnels de la santé et considèrent qu'ils n'ont pas les compétences et les connaissances afin d'y participer.

« Parce que je passe le plus de temps avec ma femme, nous discutons beaucoup et ensuite, quand j'ai un rendez-vous, j'en discute avec le soignant etc. C'est bien pensé entre ma femme, moi et le soignant »

Engagement partiel

Certains participants ont exprimé vouloir laisser la prise de décision sur le traitement au médecin. En mettant en avant leur expertise comme une raison pour leur laisser prendre la décision ou tout simplement dû au fait qu'il était d'accord avec le médecin tant qu'il pouvait obtenir un traitement adéquat.

« C'est une professionnelle. Elle est censée savoir ce qui est le mieux pour moi. J'ai des commentaires à ce sujet mais je préfère qu'elle prenne la décision etc. Elle est allée à l'université et pas moi »

D'autres ont mis en avant le fait d'avoir noué une relation de confiance avec leur prestataire de soins au fil du temps, et considèrent donc que le soignant prend en compte le meilleur intérêt pour le patient et est le plus capable pour prendre cette décision.

« J'aime discuter des différentes options avec mon médecin et déterminer ce qui, à son avis, serait le mieux pour moi, car je fais plus confiance en son opinion que le mien. »

Certains patients préfèrent un rôle passif dans la prise de décision car il se sentent mal outillés afin de porter un jugement adéquat pour sa santé et déclarent ne pas avoir de bonnes connaissances médicales. Certains patients déclarent avoir peur d'être jugé, d'outrepasser les limites de la relation patient-soignant et des possibles représailles de la part du prestataire de soins.

« En ce qui concerne les médicaments, je laisse cela au prestataire de soins. Je ne sais rien des médicaments etc. Si elle me le donne, je le prends etc. Je ne prends aucune décision à ce sujet. »

| | |
|---|--|
| | <p><u>Désaccords patients-soignants</u></p> <p>Les entretiens ont mis en lumière les impacts négatifs que provoquent les désaccords sur la relation thérapeutique tels que le mécontentement du soignant qui doit gérer le patient, le fait de compromettre la relation et donc la capacité à s'exprimer face au prestataire de soins.</p> <p>Des participants utilisent différentes stratégies afin de gérer les désaccords tels que renvoyer le fournisseur de soins et en changer, d'autre ont déclarés en avoir parler avec eux et que cela a permis d'améliorer leur relation.</p> <p><i>« Au cours de la dernière année, j'ai consulté un médecin qui m'a dit que je n'avais aucun problème lié au trouble de stress post-traumatique et que tout ce dont j'avais besoin était d'arrêter de fumer et que mes problèmes seraient résolus etc. J'ai demandé un nouveau médecin. »</i></p> <p><i>« Une fois, elle allait réduire mes médicaments et je lui ai dit que je ne pensais pas ce serait une bonne idée. Je lui expliqué pourquoi et ensuite elle a souscrit à ma décision. Après en avoir discuté, il valait mieux que nous le laissions au même dosage. »</i></p> <p>Les problèmes de toxicomanie sont apparus comme un point négatif important pour la relation patient-soignant et dans la prise de décision. Ce qui pouvait provoquer des inquiétudes, des frustrations voir des soupçons de la part du soignant</p> <p><i>« Depuis que j'ai informé le soignant que j'avais un problème de drogue et d'alcool il y a quelques années etc. elle me testait tous les jours etc. J'ai dit : « Madame, vous pouvez me tester 24 heures par jour, je suis propre et sobre. » Je suis fatigué etc. Elle ne veut pas écouter. »</i></p> |
| <p>Discussion Interprétation des résultats</p> | <p>Les résultats démontrent la complexité de la participation des patients à la prise de décision partagée. Ces résultats mettent en avant que la volonté des patients à participer à la prise de décision peut être indépendante de leur compréhension et de leur opinion face à la décision partagée. Cependant, la relation thérapeutique patient-soignant et des contextes situationnels ont un rôle important dans la participation des patients. Les patients ayant exprimé un attrait positif pour la décision partagée, ont mis en avant leur préférence à ne participer que partiellement ou de façon minimaliste dans le processus de décision partagée dû à la confiance qu'il porte en leur fournisseur de soins.</p> <p>La décision partagée demande bien plus d'implication que seule la décision partagée en elle-même. Une relation patient-soignant forte ainsi qu'une communication efficace durant la visite sont des facteurs qui</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>facilitent la décision partagée et aident les patients à surmonter les obstacles de communication dans les soins. Les prestataires de soins doivent favoriser les relations de confiance et une communication efficace pour que les rôles soient clarifiés, pour éviter que les patients se sentent mal à l'aise ou qu'ils ne soient pas conscients des possibilités de prise en charge et qu'ils ne sachent pas comment y participer.</p> <p>Les problèmes interpersonnels et cliniques peuvent être un obstacle lors des visites de routines. Des participants se considèrent mal équipés dû au manque de connaissance et à la nature de leur maladie mentale afin d'être des partenaires à part entière dans le processus de décision partagée.</p> <p>Ces constatations sont paradoxales selon Joseph-williams et al. (2013), étant donné que les patients sous-estiment souvent leur capacité à acquérir ou comprendre les informations complexes ainsi que leur capacité à transmettre des informations précieuses comme leurs préférences ou leurs expériences personnelles. Ce manque de confiance remet en cause des principes de la décision partagée comme l'échange d'informations et le partenariat. Il faut donc privilégier la mise en place de ce processus de décision partagée à un stade précoce et donner des moyens au patient afin qu'il puisse se prendre en charge lui-même.</p> <p>Les résultats mettent en avant que la relation patient-soignant est longitudinale et dynamique et donc la communication et la décision partagée peuvent changer dans le temps. Les données suggèrent que certains patients se permettent de déroger aux décisions de traitement dû à la relation de confiance avec le prestataire de soins. Cela n'a pas nécessairement un impact négatif dans le processus de prise de décision partagée étant donné les consultations qui sont régulières et qui ne nécessitent pas de grandes discussions.</p> |
| Forces et limites | <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échantillon relativement petit basé sur une seule clinique de santé mentale. - Se base seulement sur la perspective des patients et leurs récits qui présentent une vision limitée de la relation thérapeutique - L'étude transversale limite la compréhension de la gestion de la prise de décision partagée. |
| Conséquences et recommandations | <p>Il est recommandé de faire une étude longitudinale afin d'étudier ses résultats et la mise en pratique de la SDM avec un aspect de temporalité.</p> |
| Commentaires | |

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

| Éléments du rapport | Questions | Oui | Non | Peu clair | Commentaires |
|--|--|-----|-----|-----------|---|
| Références complètes | Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. <i>Journal of Mental Health</i> , 24(1), 24-28. | | | | |
| Titre | Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ? | | X | | Le titre met en avant la population choisies qui est les patients en santé mentale. Cependant les concepts ne sont pas explicitement cités |
| Résumé | Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? | X | | | Le résumé contient et résume bien toutes les parties de la recherche. |
| Introduction Problème de recherche | Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ? | X | | | Oui le problème est explicité tout en intégrant le contexte. |
| Recension des écrits | Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ? | X | | | |
| Cadre théorique ou conceptuel | La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ? | | X | | Les théories et les concepts ne sont pas explicitement cités, cependant la décision partagée peut être utilisée comme concept dans cette étude et le concept de partenariat est intégré implicitement dans l'étude. |
| Question de recherche/buts | La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ? | | | X | L'hypothèse est expliquée dans l'introduction ainsi que le but, cependant il est plus explicite dans le résumé de l'article. |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|--|
| Méthodes Devis de recherche | Le devis de recherche est-il explicité ? | | | X | Le devis n'est pas explicitement cité dans la méthode, mais on trouve des petites parties dans la méthode, les résultats et la discussion qui indique que c'est une étude transversale avec des entretiens de type exploratoires et avec une analyse qualitative |
| | Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ? | X | | | |
| Population, échantillon et contexte | La population à l'étude est-elle définie de façon précise ? | | | X | La population est définie dans la méthode et est illustré à l'aide d'un tableau, cependant peut de caractéristiques des patients sont expliqué. |
| | L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ? | | X | | L'échantillonnage est décrit dans la méthode, cependant les critères d'inclusions et d'exclusions pour l'échantillon ne sont pas expliquer dans l'étude. Ainsi que l'endroit de soins et le pays ou les consultations ont été faite. On suppose dû à la référence que c'est fait aux USA dans un centre de vétérans. |
| Méthode de collecte des données | Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ? | X | | | La méthode de collecte de données est bien expliquée en mettant en avant les participants, les transcriptions, la saturation des thèmes. Cependant le facteurs temps n'est pas inclus dans l'étude. |
| Déroulement de l'étude | Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ? | | | X | Le déroulement de l'étude est bien explicité, cependant il manque des facteurs importants tels que la temporalité qui n'est pas présente dans l'étude, ainsi que les critères d'inclusions et d'exclusions qui permettraient une meilleure compréhension de la situation. |
| Considérations éthiques | A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ? | X | | | Les procédures de recherches ont été approuvé par un comité de recherche et tous les participants ont signé un consentement écrit. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| Résultats Traitement/ Analyse des données | L'analyse des données est-elle détaillée ? | | | X | La méthode d'analyse de donnée est bien expliquée, cependant elle n'est pas expliquée avec les résultats même de l'étude. |
| | Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ? | X | | | L'analyse des données a faite à l'aide d'une approche thématique inductive, ce qui permet la rigueur des résultats. |
| Présentation des résultats | Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ? | X | | | Les résultats sont bien expliqués et illustrés par des cours passage de réponse de la part des patients ou des prestataires de soins. |
| | Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ? | X | | | Les thèmes mis en avant sont les préférences des patients et les obstacles selon les patients, ce qui est bien en lien avec le but de la recherche. |
| | L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ? | X | | | Les données ont été analysé par des chercheurs et les auteurs ont également lu certaines transcriptions afin de bien comprendre les réponses données. |
| Discussion Interprétation des résultats | Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? | X | | | Les résultats de l'études sont comparés à plusieurs études antérieurs. |
| | Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ? | | X | | La transférabilité des conclusions n'est pas abordée dans l'étude. |
| Conséquences et recommandatio ns | Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ? | X | | | Ils recommandent de faire d'autre étude afin de voir la mise en place de SDM avec une notion de temporalité. |

| 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 | | | L'article est bien et permet une bonne compréhension de l'étude, cependant il manque de précisions pour certains points comme les critères d'inclusions et d'exclusion. |
| Commentaires : | | | | | |

Appendice H

Grilles de résumé et de lecture critique article [6]

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

| 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. |
| Introduction Problème de recherche | Avoir une meilleure compréhension des obstacles et des facilitateurs pour la prise de décision partagée et la collaboration interprofessionnelle du point de vue des prestataires de soins peut être intéressant pour la mise en pratique efficace d'une collaboration interprofessionnelle dans le processus de SDM. |
| Recension des écrits | Au cours des dernières années, les soins de santé mentale ont subi de grands changements, en mettant l'accent sur les soins centrés sur la personne. Les soins centrés sur la personne prennent une importance grandissante dans les soins et appellent les patients à participer plus activement dans leur prise en charge. Dans le domaine de la psychiatrie, la participation du patient est primordiale, elle est nécessaire pour la prise de décision partagée. La prise de décision partagée (SDM) est un processus collaboratif où les patients et les prestataires de soins discutent des décisions concernant la prise en charge, ce qui permet d'impliquer le patient et d'intégrer les valeurs et les préférences des patients. Les patients et les soignants sont supposés avoir toutes les connaissances et toutes les informations précieuses concernant le processus de décision. Les soignants apportent au patient un complément d'informations actualisées sur la maladie, les risques et les avantages des différents traitements proposés. Les patients apportent des informations concernant leurs valeurs, leurs préférences et leurs objectifs de traitements. La SDM est importante pour le rétablissement des patients spécialement en santé mentale, car cela favorise l'autonomie du patient et améliore l'autogestion de sa maladie, elle permet également d'améliorer l'adhérence au traitement, les connaissances du patient, la qualité des décisions clinique et la satisfaction du patient. La SDM demande l'implication du patient et du soignant mais également de l'équipe interprofessionnelle, étant donné que les patients sont suivis par plusieurs prestataires de soins durant leur prise en charge. Ce qui permettrait que toute l'équipe participent de manière optimale pour aider au mieux le patient dans ce processus de décision. Cette approche a besoin de la collaboration interprofessionnelle des prestataires de soins qui fournissent un soutien associé au concept de SDM. Cette combinaison est |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>importante pour assurer la continuité du processus de SDM. Dans les services de santé mentale en milieu communautaire et hospitalier, sont composés d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des psychiatres, des psychologues, des médecins, des infirmiers, des pharmaciens, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux. Chacun des prestataires de soins à un rôle important dans la prise en charge et le processus de décision partagée en étant un soutien pour le patient. Des études ont démontré que la SDM est faiblement utilisée dans le domaine des soins psychiatriques, beaucoup d'études n'ont pris en compte le soignant principal dans les données, ce qui fait que peu d'entre elles ont pris en compte la perception de l'équipe pluridisciplinaire dans ce processus. Les résultats positifs en lien avec la collaboration interprofessionnelle et la SDM sont importants, cependant ils restent tout de même des obstacles à une collaboration efficace.</p> |
| Cadre théorique ou conceptuel | Décision partagée / soins centrés sur la personne |
| Hypothèses/question de recherche/buts | Le but est de présenter des données qualitatives sur les obstacles et les facilitateurs de la SDM et de la collaboration interprofessionnelle entre les différents prestataires de soins qu'y sont impliqués. |
| Méthodes Devis de recherche | Étude qualitative |
| Population, échantillon et contexte | <p>31 des prestataires de soins ont accepté de participer, contre 1 qui n'a pas accepté car il ne travaillait pas avec des patients psychiatriques durant la collection des données et 1 qui n'a pas répondu à l'invitation. Les prestataires de soins comprennent un large éventail de profession dans le domaine de la santé qui sont illustrés dans un tableau. Il y a des psychiatres, des psychologues, des médecins généralistes, des infirmières spécialisées en santé mentale, ainsi que des ergothérapeutes ou des travailleurs sociaux. Les prestataires de soins ont été choisis en fonction de leur expérience et de leurs antécédents dans le domaine de la psychiatrie. Ils avaient tous travaillés dans un contexte psychiatrique, que ce soit dans des cabinets, des hôpitaux ou des pharmacies.</p> <p>L'échantillonnage dirigé a été choisi afin de recruter divers professionnels de la santé ayant de différentes spécialisations et venant de différents milieux de soins. Les prestataires de soins ont conseillé des confrères, ce qui a également permis d'utiliser la méthode boule de neige pour l'échantillonnage.</p> <p>L'étude a été menée en Nouvelle-Galles du Sud en Australie.</p> |
| Méthode de collecte des données et | Des entretiens enregistrés semi-structurés ont été fait à l'aide d'un guide d'entretien. Ce guide contient des questions de types ouvertes afin d'encourager la discussion, et la participation des patients à la décision partagée (SDM), la collaboration interprofessionnelle et les problèmes d'observances thérapeutiques. |

| | | |
|--|-----|--|
| instruments de mesure | de | Cependant, la prise de décision partagée et la collaboration interprofessionnelle ont été explorés plus particulièrement. Les conclusions des opinions et des attitudes des prestataires de soins face à la décision partagée et la collaboration interprofessionnelle ont été récoltés. Tout ceci dans le but de faire ressortir les facilitateurs et les obstacles du point de vue du prestataire de soins face à la collaboration interprofessionnelle et la décision partagée en santé mentale. |
| Déroulement de l'étude | de | Les entretiens ont été conduits par le premier auteur Wei Wen Wong sur son lieu de travail privé ainsi que dans les centres de santé. Ils ont duré environ 25 à 60 minutes. Tous les interviews ont été enregistrés par audio et retranscrits textuellement sauf une, un patient a refusé la prise de note. Des notes ont été prises pendant et après les consultations, afin de décrire la perception du prestataire de soins sur la rencontre et les réflexions mises en avant. Ce qui a permis d'explorer la réactivité des chercheurs et étayer l'interprétation des données. Les entretiens ont été menés jusqu'à ce que tous les thèmes aient pu être abordés et réfléchis par la suite. |
| Considérations éthiques | | L'approbation éthique a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche humaine de l'université de Sydney. Tous les participants ont fourni un consentement écrit afin de participer à l'étude. |
| Résultats Traitement/Analyse des données | | Une analyse thématique a été utilisée pour identifier les thèmes communs dans les transcriptions. Les catégories générales sont les obstacles et les facilitateurs à la SDM et la collaboration interprofessionnelle, les thèmes et sous-thèmes jaillissants ont été codés, organisés et regroupés. Afin d'établir la compréhension de l'analyse des données, les transcriptions ont été lues plusieurs fois pour identifier les thèmes principaux. Une approche de comparaison a été utilisée où les thèmes émergents sont continuellement comparés à l'ensemble des données. (Boeije, 2002 ; Silverman, 2006). Les données ont été évaluées et ont été comparées avec les différents contextes et les différents prestataires de soins pour mettre en avant les similitudes et les divergences. L'équipe de recherche discutait régulièrement des résultats pour affiner et clarifier les thèmes qui étaient mis en lumière jusqu'à qu'il y ait un consensus de toute l'équipe. L'utilisation du logiciel NVivo9 (QSR international, Australie) a été utilisée pour faciliter l'organisation et le codage des données. |
| Présentation des résultats | des | Les obstacles et les facilitateurs concernant la SDM et la collaboration interprofessionnelle sont exposés séparément. Les prestataires de soins ont identifié les obstacles et les facilitateurs à la SDM qui sont associés aux patients, aux prestataires de soins et liés au service de soins. Facteurs associés aux patients en santé mentale sur la décision partagée |

- Concernant les obstacles, le manque de capacité cognitive en lien avec la maladie mentale est celui qui a été le plus signalé, et qui entravait au plus la participation des patients. Les problèmes cognitifs tels que le manque d'habileté, la paranoïa peuvent affecter la capacité des patients à visualiser et comprendre les informations concernant sa santé et peut également impacter la communication entre les patients et leurs prestataires de soins ce qui peut avoir un impact sur le processus de décision partagée.
- La stigmatisation sociale à un impact important sur le comportement et l'attitude des patients sur la SDM. Cette stigmatisation pousse les patients à nier leur maladie et les poussent à ne pas demander d'aide médicale ou à discuter de leur problème de santé lié à leur maladie mentale. Ces réactions peuvent être dues à leurs antécédents, leurs expériences antérieures et leurs croyances religieuses concernant la maladie et les médicaments.
- Le désir et l'intérêt du patient à participer à la SDM est vu par les soignants comme un facilitateur. Les connaissances et la compréhension du patient sur sa maladie et ses traitements sont très importantes pour la SDM. C'est pourquoi, les soignants ont indiqué que fournir des informations aux patients et la psychoéducation est un facilitateur important pour la SDM. Ils ont indiqué que les groupes d'éducation permettent de favoriser la participation des patients et faciliter l'échanges d'informations. Certains soignants mettent en avant que le fait de fournir des informations adaptées au niveau de compréhension des patients est important. Cependant, pour les soignants la décision partagée reste un défi de par les différences d'informations et par peur que les patients ne soient pas réellement en mesure de prendre de bonnes décisions pour leur santé. L'éducation des patients s'est révélée être un facteur important pour faciliter la SDM, cependant l'éducation des patients peut être difficile dû à une altération des capacités cognitives.
- La famille a été identifiée comme un facteur facilitant le processus de décision partagée.

Facteurs associés aux prestataires de soins sur la décision partagée

- Comme facilitateurs à la SDM, il y a les attitudes et la volonté des prestataires de soins à instaurer la décision partagée auprès du patient. La collaboration définie par un véritable intérêt, de l'empathie et leur volonté à avoir une discussion honnête sur la prise en charge des patients est importante pour développer la relation thérapeutique.
- Les compétences de communication sont importantes dans le processus de SDM. C'est pourquoi les soignants ont mis en avant le fait d'avoir des formations continues qui peuvent être utiles afin de mieux intégrer les patients dans leur prise en charge.

Facteurs associés aux milieux de soins sur la décision partagée

- Comme obstacle au niveau institutionnel, la contrainte de temps a été identifiée dans le processus de SDM.
- Les facilitateurs identifiés sont des outils tels que les plans de soins, qui permettent de faciliter la participation des patients. Le fait d'avoir des espaces réservés afin de pouvoir discuter et prendre des décisions de manière privée a également été identifié.
- Certains prestataires de soins indiquent qu'une équipe pluridisciplinaire peut faciliter la prise de décision partagée, en offrant d'avantage de temps et d'occasions de discussions aux patients avec les soignants. À contrario d'autres soignants ont mis en avant le fait qu'il peut y avoir une divergence d'opinions entre les soignants, ce qui peut porter à confusion et être difficile pour le patient en impactant sa confiance en lui-même.
- L'accessibilité des services de soins pour les patients réguliers est un facteur facilitant le processus de décision partagée.

Les barrières et les obstacles à la collaboration interprofessionnelle.

Facteurs associés aux prestataires de soins

- Le fait d'instaurer un climat de respect mutuel, avoir des objectifs communs et de favoriser la compréhension des soignants sont des facteurs facilitants la collaboration. Les formations interprofessionnelles sont des facteurs facilitant également, car elles permettent d'encourager les attitudes de collaboration entre collègues.
- Les obstacles identifiés à la collaboration sont la prédominance des modèles médicaux tels que la hiérarchie professionnelle ainsi que le manque de clarification dans les rôles. Les soignants ont indiqué que la collaboration était entachée lorsque les soignants assumaient des rôles et des compétences qui n'étaient pas dans leur cahier des charges. La stigmatisation dans le domaine de la psychiatrie est toujours présente et également dans l'ensemble des services des soins, ce qui, pour certains soignants, pourrait être un obstacle à la collaboration.

Facteurs environnementaux et systémiques

- Le partage d'information et la communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire a été identifié comme un obstacle à la collaboration. Les aspects les plus favorisants sont la qualité des résumés ainsi que le système qui permet de transmettre les informations de façon fiable entre les soignants. Le fait d'intégrer les services de soins primaires dans le système de santé actuelle est

| | |
|---|---|
| | <p>un facteur facilitant le processus de collaboration. Les systèmes de soins de santé améliorent la collaboration entre les professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de ressource tel que le manque de temps, les ressources financières dans le service de soins, sont des obstacles à la collaboration interprofessionnelle. <p>Des solutions telles que des logiciels, des résumés électroniques, de sorties peuvent améliorer l'accessibilité des informations. Des réunions d'équipe régulières et l'utilisation de plan de soins intégrés permettent de faciliter les discussions dans l'équipe. Le leadership peut également être bénéfique pour avoir une bonne collaboration. Le fait d'améliorer les disponibilités et l'accessibilité des services de soins est également une solution mise en avant pour le favoriser sur le long terme.</p> |
| <p>Discussion Interprétation des résultats</p> | <p>Cette étude met en évidence les résultats en lien avec la prise de décision partagée et la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé mentale du point de vu des prestataires de soins. La collaboration interprofessionnelle et la décision partagée font partie intégrante des soins centrés sur la personne. (Barratt, 2008 ; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu, 2005). Ces deux concepts aident le patient à prendre des décisions pour sa prise en charge. Les patients qui ont participé à cette étude avaient une attitude positive face à la SDM. Cependant des études mettent en avant le fait que la SDM soit peu utilisée dans le domaine de la psychiatrie bien que les patients expriment le désir d'y participer. C'est pourquoi les soignants ont mis en avant les facilitateurs et les obstacles à différents niveaux, qui peuvent influencer la SDM. Les obstacles identifiés dans cette étude sont : la stigmatisation en santé mentale et les préoccupations concernant les capacités des patients à participer à la SDM. Selon Lé'gare', Ratte', Gravel, & Graham (2008) les obstacles les plus indiquées du point de vu des médecins sont : les contraintes de temps, le manque d'application des caractéristiques des patients ainsi que le manque d'application en raison de la situation clinique. La SDM ne convient pas à toutes les situations de psychiatrie mais il existe cependant des preuves que les patients ont des capacités afin de prendre des décisions pour leur santé. Les résultats de cette étude concordent avec ceux des précédentes études qui confirment que, les capacités du patient à participer sont des obstacles à la SDM. Cette perception est partagée par plusieurs prestataires de soins en santé mentale, à contrario des soignants en soins généraux. Ceci est probablement expliqué, par le fait que la population est différente avec des contextes de traitements différents.</p> <p>Des études antérieures ont indiqué que les patients ne sont souvent pas satisfaits des informations fournies durant les consultations. Cependant dans cette étude, les soignants ont indiqué que fournir des informations et effectuer de la psychoéducation aux patients et à leur famille est un facilitateur des plus importants. Ce</p> |

qui prouve qu'en fournissant des informations adéquates au patient, la prise de décision partagée est plus simple à mettre en place. Ceci dit, il faudrait discuter longuement avec les patients et prendre en compte leurs préférences dans le processus de décision partagée. Les aides et outils à la décision partagée sont utiles afin de faciliter le processus et améliorent les connaissances des patients, réduit les conflits de décision et la proportion de patient passifs. Mais dans le domaine de la psychiatrie ce genre d'outil est peu disponible en ce qui concerne leur traitement, c'est pourquoi ils sont peu explicités dans cette étude. Afin d'apercevoir un changement significatif, il faut un changement d'attitude de la part des prestataires de soins qui peut être fait à l'aide de formation sur le processus de décision partagée. (Adams & Drake, 2006)

Par rapport à la collaboration interprofessionnelle, les prestataires de soins veulent améliorer les connaissances des soignants dans le domaine de la psychiatrie. Étant donné que le partage d'informations est considéré comme importante par les soignants, il faut prendre note des préoccupations afin de faciliter l'intégration des services de santé et la continuité des soins. Les initiatives tels que Better Access ont permis au soignant de collaborer de manière optimale au problème de santé mentale. Il faut donc cibler les attitudes des patients par de l'éducation telles que l'apprentissage interprofessionnel.

La prise de décision partagée et la collaboration interprofessionnelles sont liées entre elles et centrent les soins sur la personne. Beaucoup de facteurs sont similaires et sont liés entre la SDM et la collaboration comme les attitudes des soignants, leur formation en santé mentale, les ressources comme le temps et une communication claire et adéquate. Les soignants et la littérature mettent en avant le fait que la collaboration influence grandement le processus de décision partagée. La contrainte de temps dans la décision partagée peut être minimisée par la collaboration entre les soignants. Et à contrario si la collaboration n'est pas bonne cela peut provoquer des contradictions chez les soignants et donc compliquer la SDM. Si les soignants manquent de valeurs partagées et de planification partagée, cela peut provoquer des tensions et influencer la SDM. Si les prestataires de soins aident les patients à prendre des décisions tout en tenant compte des pratiques et des valeurs des autres soignants, cela permet d'améliorer la collaboration interprofessionnelle. Cependant, cela peut être difficile dû au déséquilibre des pouvoirs dans les domaines des soins ce qui peut entacher le processus de décision partagée. Des interventions ont été trouvées afin de favoriser le processus de SDM comme des formations interprofessionnelles et des réunions interprofessionnelles concernant des cas, tout en impliquant le patient et sa famille.

| | |
|---------------------------------|--|
| Forces et limites | <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fait que l'étude ait été faite que dans une petite partie de l'Australie, empêche de voir la généralisation des résultats dans d'autres états ou pays. - L'étude était basée sur les comportements de prise de médicaments, il est donc possible que les problèmes dans un contexte plus large n'aient pas été pris en compte. <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ça a permis de comprendre les obstacles et les facilitateurs à la collaboration et à la décision partagée. |
| Conséquences et recommandations | Des recherches futures sur la décision partagée en santé mentale doivent être faites en incluant les outils de décisions en tenant compte de la population, des types de décisions et de l'environnement clinique. Il faut faire des recherches supplémentaires sur les facteurs identifiés afin de les approfondir et sur les perspectives des patients en santé mentale sur la décision partagée et la collaboration interprofessionnelle. |
| Commentaires | |

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

| Éléments du rapport | Questions | Oui | Non | 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. | | | | |
| Titre | Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ? | X | | | Le concept de décision partagée et la population sont explicités dans le titre. |
| Résumé | Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? | | X | | Le résumé n'est pas structuré selon les points demandés. |
| Introduction Problème de recherche | Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ? | | | X | Le problème de recherche est explicité de façon sournoise |
| Recension des écrits | Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ? | X | | | L'introduction présente les données actuelles sur le sujet |
| Cadre théorique ou conceptuel | La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ? | X | | | Les concepts sont bien explicités et définis. |
| Question de recherche/buts | La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ? | X | | | Le but de l'étude est bien formulé dans l'introduction |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|------------|------------|------------------|---|
| Méthodes de Devis de recherche | Le devis de recherche est-il explicité ? | X | | | |
| | 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 ouvertes et donc les statistiques ne sont pas adéquates. |
| Population, échantillon et contexte | La population à l'étude est-elle définie de façon précise ? | | | X | La population est définie, cependant peu d'information sont disponible |
| | L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ? | | X | | L'échantillonnage n'est pas décrit de façon détaillée, les critères d'inclusions et d'exclusions ne sont pas explicitement cités. |
| 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 | | | La méthode de collecte de données est bien expliquée |
| Déroulement de l'étude | Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ? | X | | | Le déroulement de l'étude est décrit de structurer et mets en avant tous les points nécessaires à sa compréhension. |
| Considérations éthiques | A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ? | X | | | L'approbation éthique a été obtenue ainsi qu'un consentement écrit par tous les participants. |
| Résultats | L'analyse des données est-elle détaillée ? | X | | | L'analyse des données est faite de façon structuré et détaillé à l'aide de la méthode d'analyse thématique. |

| | | | | | |
|--|---|------------|------------|----------------------|--|
| Traitement/ Analyse des données | Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ? | X | | | L'analyse thématique permet d'assurer une rigueur scientifique dans l'étude. |
| Présentation des résultats | Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ? | X | | | Les résultats sont compréhensibles et sont illustré par des discours de verbatim. |
| | Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ? | X | | | Les résultats sont présentés par thème et sous thèmes afin de rendre les résultats plus compréhensibles. |
| | L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ? | | | X | Les données ont été évalué probablement par l'auteur, cependant ce n'est pas explicitement cité. |
| Discussion Interprétation des résultats | Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? | X | | | Les résultats de ces études sont comparés à différentes précédentes études. |
| | Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ? | X | | | La transférabilité n'est pas assurée étant donné que cette étude n'a été faite que dans une partie de l'Australie. |
| Conséquences et recommandatio ns | Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ? | X | | | Des recommandations ont été faites, comme le fait de devoir faire d'autre études afin d'approfondir le thème. |
| 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 | | | L'analyse de l'étude a pu être faite de façon minutieuse même si l'échantillonnage n'est pas complet, les résultats sont bien détaillés et structurés. |
| Commentaires : | | | | | |

Appendice I

Grilles de résumé et de lecture critique article [7]

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative**

| Éléments du rapport | Contenu de l'article |
|--|--|
| Références complètes | De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2014). To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. <i>Acta neuropsychiatrica</i> , 26(6), 372-381. |
| Introduction Problème de recherche | Comprendre dans quelles mesures les patients psychiatriques se sentent impliqués dans la prise de décision concernant leurs soins de santé mentale. |
| Recension des écrits | <p>Durant de longues années, le domaine de la psychiatrie était associé à un modèle paternaliste en ce qui concerne les décisions à prendre. Cependant depuis peu ce modèle prend du recul pour être remplacé gentiment par un modèle prenant en compte les préférences et les valeurs du patient concernant les décisions cliniques. Ce qui permet au patient de partager sa compréhension et de se sentir responsable face à sa prise en charge. Diverses raisons ont été mise en lumière afin de favoriser la participation du patient à ce processus tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'impératif juridique : qui dit que chaque patient doit être informés des chances et des risques de traitements disponibles - L'impératif éthique : qui démontre un nombre important de patient qui souhaitent d'avantage participer - Les bases de preuves cliniques : qui indiquent que le traitement sera plus efficace si le patient est impliqué dans la décision - Une raison économique : qui va permettre de réduire la prescription de traitement non souhaité <p>Afin d'atteindre cet objectif, il faut mettre en place la décision partagée (SDM) qui est définie comme un processus interactif où le patient et le prestataire de soins sont impliqués activement et à part égale et où ils peuvent partager d'importantes informations pour aboutir à un accord conjoint. Les composantes essentielles de la décision partagée sont la participation du patient et du soignant durant toutes les étapes du processus, comprenant la négociation, l'échange d'information, l'exposition des options etc. Chaque</p> |

| | |
|--|---|
| | étape a un sens et peut être mises en place indépendamment des autres. C'est pourquoi la relation thérapeutique peut varier à chaque étape de ce processus et chaque étape peut inclure différentes formes de SDM. |
| Cadre théorique ou conceptuel | Person-centered care |
| Hypothèses/question de recherche/buts | <u>But :</u> Mesurer dans quelle mesure les patients psychiatriques se sentent impliqués dans le processus de décision partagée et les différentes étapes de la prise de décision concernant les choix du traitement dans leurs consultations psychiatriques et d'analyser l'influence des processus sociodémographiques, cliniques et psychologiques sur cette perception. |
| Méthodes Devis de recherche | Quantitatif Étude en coupe transversale |
| Population, échantillon et contexte | 1'100 patients psychiatriques ambulatoires ont été contactés et 77% (n= 846) ont répondu positivement à l'étude. Ile Canarie, Espagne <i>Critères d'inclusion à l'étude :</i> Âgés de 18 ans et plus, diagnostiqués par leur psychiatre avec des troubles psychiatriques en utilisant les codes schizophrénie (F20), troubles affectif bipolaire (F31), épisode dépressif et trouble dépressif récurrent (F32-33), trouble obsessionnel-compulsif et autre trouble neuro, de stress et somatoformes (F40-48) de la CIM-10 |
| Méthode de collecte des données et instruments de mesure | <u>Mesures :</u> Les caractéristiques sociodémographiques et les variables cliniques → âge, sexe, niveau d'éducation (pas d'éducation formelle, études primaires, études secondaires et diplôme universitaire), les antécédents en tant que patient psychiatrique (en années) et le type de médicaments psychoactifs actuellement pris ont été évalués. Les médicaments ont été divisés en groupes communs de psychotropes : <ul style="list-style-type: none"> - Antidépresseurs (tricycliques, inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline) - Stabilisateurs de l'humeur - Benzodiazépines |

- Antipsychotiques (classiques et atypique)

A des fins d'analyse statistique, une variable nombre de médicaments différents a été établie comme mesure indirecte de la complexité du traitement. La durée du traitement en mois, le nombre de différents psychiatres qui les ont traités et le nombre d'admissions psychiatriques en précisant si volontaire ou non ont été enregistrés. Les diagnostics et les traitements des patients ont été recueillis à partir de leurs fiches de recommandations thérapeutiques.

Instruments :

SDM-Q-9 :

Questionnaire de prise de décision partagée en 9 points, valide, fiable et bref qui évalue le point de vue des patients sur le processus de décisionnel lors d'une consultation qui a été adapté en espagnol. Le questionnaire se compose de 9 éléments, chacun décrivant une étape du processus SDM. Élaboré pour montrer dans quelle mesure les patients se sentent impliqués dans le processus en évaluant 9 éléments sur une échelle de Likert en 6 points, 0 « totalement en désaccord » et 5 « entièrement d'accord ». En additionnant tous les items, on obtient un score total compris entre 0 et 45. La multiplication de ce score totale par 20/9 donne un score transformé de 0 à 100, où 0 indique le niveau le plus bas possible de la SDM et 100 indique le niveau le plus haut de la SDM. Les patients ont rempli le formulaire immédiatement après leur consultation avec leur psychiatre et non en présence du professionnel de la santé traitant.

Hong Psychological Reactance Scale (HPRS) :

Questionnaire d'auto-évaluation en 14 points conçu pour mesure la différence individuelle de la prédisposition à la réactance, c'est-à-dire la prédisposition d'une personne à avoir une réaction psychologique en raison de ses traits. La réaction psychologique suppose que, lorsque la liberté d'un individu est menacée, l'individu sera motivé à restaurer la perte de liberté perçue. Les participants ont indiqué dans quelle mesure ils approuvaient chaque énoncé sur une échelle de Likert en 5 points, 1 « fortement en désaccord » et 5 « fortement d'accord ».

Multidimensional Health Locus of Control (MHLC): Form C Scale:

La forme C de l'échelle MHLC est une échelle de contrôle en 18 points, d'usage général, spécifique à une condition, qui peut facilement être adaptée pour être utilisée avec n'importe quelle condition médicale ou liée à la santé. Il y a 4 sous échelles de la forme C de la MHLC :

- L'échelle (locus) de contrôle interne de la santé (IHLC) : qui est la croyance que ses propres comportements affectent son état de santé.
- L'échelle de contrôle de santé aléatoire (CHLC) : qui est la croyance que l'état de santé d'une personne est une question de destin, de chance ou de hasard.

| | |
|------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle de contrôle des médecins (DHCL) : qui est la croyance que ce sont les médecins qui déterminent les résultats de la santé des patients. - L'échelle de contrôle de la santé d'autres personnes (PHLC) : qui est la croyance que d'autres personnes, comme la famille et les amis, ont le contrôle sur l'état de santé d'une personne. <p>Les sous-échelles interne et aléatoire comprenaient 6 items, celle pour les médecins et les autres personnes en comprenaient 3, totalisant 18 items sur le questionnaire. Les participants ont dû être évalués sur une échelle de Likert de 6 points, dans laquelle ils sont en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Des scores plus élevés pour chaque sous-échelle indiquent une plus grande confiance dans ce type de contrôle.</p> <p><u>General Perceived Self-Efficacy Scale:</u> L'échelle générale d'auto-efficacité perçue est une échelle d'auto-évaluation en 10 points qui mesure l'auto-efficacité générale en tant que construction prospective et opérationnelle. Cette échelle fait explicitement référence à la capacité d'action personnelle, c'est-à-dire la conviction que les actions d'une personne sont responsables des résultats positifs. Chaque élément est noté de 1 (pas du tout vrai) à 4 (complètement vrai). La note varie de 10 à 40, la note la plus élevée indiquant un niveau élevé d'auto-efficacité.</p> <p><u>Drug Attitude Inventory :</u> L'inventaire des attitudes à l'égard des médicaments est une échelle d'auto-évaluation en 10 points élaborée pour évaluer la perception des patients quant à l'efficacité des médicaments. L'échelle mesure les réponses subjectives et les attitudes des patients psychiatriques à l'égard de leur traitement en révélant si les patients sont satisfaits de leurs médicaments et en évaluant leur compréhension de la façon dont le traitement les affecte. Les éléments représentent des expériences subjectives présentées comme des énoncés d'auto-évaluation avec lesquels le patient est d'accord ou pas. Celles-ci sont fondées sur les comptes rendus enregistrés et transcrits des patients, et les options de réponse ne sont que vraies ou fausses. Chaque réponse est notée +1 si elle est correcte et -1 si elle est incorrecte. La note finale est le total général des points positifs et négatifs et varie de 10 à -10, un score plus élevé indiquant une attitude plus positive à l'égard des médicaments. Un score total positif signifie une réponse subjective positive et inversement.</p> |
| Déroulement de l'étude | Les patients ont rempli le formulaire SDM-Q-9 immédiatement après leur consultation avec leur psychiatre et non en présence du professionnel de la santé traitant. Avant la consultation avec son psychiatre, chaque participant a reçu une explication complète de l'étude à la suite de quoi il a signé un document de consentement éclairé approuvé par le comité d'éthique |

| | |
|--|--|
| Considérations éthiques | Avant la consultation avec son psychiatre, chaque participant a reçu une explication complète de l'étude à la suite de quoi il a signé un document de consentement éclairé approuvé par le comité d'éthique de la recherche clinique du Nuestra Señora de Candelaria Teaching Hospital à Santa Cruz de Tenerife. |
| Résultats Traitement/Analyse des données | Des analyses de fréquences ont été faite afin de décrire l'échantillon de la population. Des tests ANOVA ont été faites afin de comparer les niveaux de bases de SDM et ses étapes spécifiques selon les différents diagnostics de maladie psychiatrique. Une analyse de régression logistique a été fait pour mettre en avant les estimations des variables explicatives les plus importantes dans ce processus. Une variable dichotomique a été calculée : Participation faible des patients à la décision partagée (score SDM égale ou inférieur à 25/100) Participation élevée des patients à la décision partagée (score SDM égale ou supérieur à 75/100) Les analyses statistiques ont été faite uniquement avec les participants ou toutes les données étaient disponible. Ce qui peut expliquer des différences dans la taille de l'échantillon. |
| Présentation des résultats | Le taux de participant était de 846 patients psychiatriques dans un contexte ambulatoire. L'âge moyen des participants est de 49,9 ans et 64,4% des participants étaient des femmes. Au niveau de l'éducation des participants 37,2% avaient terminé leurs études secondaires, 34,5% avaient leurs études primaires, 19,2% avaient un diplôme universitaire et 9,1% ne savaient que lire et écrire. Le diagnostic principal des participants étaient des troubles dépressifs (49,8%), la schizophrénie (20%), des troubles anxieux (17,9%) et des troubles bipolaire (12,2%). La durée moyenne des traitements était de 9,8ans allant de 0,08 a 40ans. Le nombre moyen de médicaments étaient de 3 allant de 0 à 8 médicaments. En ce qui concerne le nombre de médicament à prendre, 27,9% des patients avait 2 médicaments à prendre, 25,6% en avaient 3 à prendre, 17,6% en avaient 4 à prendre, 14,4% en avaient 5 ou plus à prendre contre seulement 12,6% qui en avaient qu'un à prendre. Les benzodiazépines ont été identifié comme les médicaments les plus utilisés, puis il y a les antidépresseurs utilisé par 70,4%, les antipsychotique utilisés par 33% et les stabilisateurs de l'humeur utilisé par 31,9%. Les résultats en lien avec l'échelle SDM Q-9, mets en avant le fait que ce processus soit peu utilisé dans les soins ambulatoires psychiatrie. Les résultats démontrent que la moyenne de l'échantillon était inférieure à la médiane de l'échelle. Des niveaux d'accord très différents ont été indiqués dans les différents éléments du processus de décision partagée. 5 items sur 9 ont été identifié comme majoritairement en désaccord du point de vue du patient. En ce qui concerne le désaccord le plus marqué, il a été identifié dans les items 2 et 6 qui illustrent les étapes les plus importantes dans le processus. Ils ont mis en avant majoritairement comme raison, le fait que le prestataire de soins ne voulait pas savoir le degré de désirs d'implication des |

patients concernant ce processus et le fait qu'ils ne demandaient même pas les préférences des patients concernant ses options.

Le score de SDM Q-9 varie de manières significatives selon les différentes pathologies des patients. Cependant le score moyen indiquer pour les 4 groupes est en dessous de la moyenne dans le processus de décision partagée. Il n'existe qu'une différence significative qui est que les patients dépressifs ont un score plus élevé a la SDM a contrario des patients atteints de schizophrénie ($P < 0,001$). Une tendance a été mise en avant entre les patients bipolaires et les patients schizophrènes mais elles n'étaient pas significatives.

Une nouvelle analyse ANOVA a été faite tout en considérant la SDM comme un processus en plusieurs étapes. 5 éléments ont été identifié comme significatifs à savoir, le fait d'indiquer qu'une décision devait être prise (éléments 1), le fait d'indiquer qu'il y a différentes options (élément 3), le fait de discuter des avantages et des risques des options (élément 4), la négociation (élément 7), et l'accord final (élément 9). Pour les patients schizophrènes, les scores étaient plus faibles pour les éléments 3-4-9 comparé aux patients dépressifs, pour l'élément 1 comparé au patient anxieux et pour l'éléments 7 comparés aux patients bipolaires et dépressifs. En ce qui concerne les points 2 et 6 les patients indiquent un désaccord car ils considèrent que les prestataires de soins ne sont pas d'accord pour la déclaration d'égalité et qu'ils ne leur demandent pas quel traitement ils aimeraient avoir. A contrario les points 5 et 9 montrent un niveau d'accord plus élevé car les patients ont l'impression que les soignants essaient de comprendre les infos et chercher un accord commun concernant le traitement.

Une analyse de régression logistique a été faite pour expliquer les différentes variables possibles sur les perceptions des patients concernant la SDM. Une variable binaire a été calculé avec le score faible de SDM Q-9 $< 25/100$ et l'autre avec un score élevé de SDM Q-9 $> 75/100$. Le groupe avec le score faible étaient composé de 229 patients comprenant 102 patients dépressifs, 43 patients anxieux, 59 schizophrènes et 25 patients bipolaires. Le groupe avec les scores élevés comptaient 131 patients comprenant 73 patients dépressifs, 26 patients anxieux, 17 patients schizophrènes et 16 patients bipolaires. Les variables prédictives tels que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la durée de traitement et de diagnostic ainsi que le processus psychologique ont été pris en compte et analysé. Ce qui a permis de mettre en avant que 5 variables soient statistiques dans les équations tels que l'âge, la durée de traitement, les troubles schizophréniques, l'attitude positive à l'égard des traitements et l'auto-efficacité. Ce qui indique que plus l'âge augmente, moins il y a de décision partagée et que la schizophrénie est associée à une faible mise

| | |
|---|--|
| | <p>en place de la décision partagée. L'attitude positive face au médicament et l'auto-efficacité personnelle ont été identifiées comme un facteur ayant un niveau élevé de SDM.</p> |
| <p>Discussion Interprétation des résultats</p> | <p>Selon le score total de SDM-Q-9, les niveaux auto déclarés de SDM des patients psychiatriques étaient modérés, tendant à être faibles, ce qui est conforme aux études antérieures menées dans un contexte de soins de santé similaire mais avec d'autres méthodes, où la plupart des patients ont été informés qu'ils jouaient un rôle passif, leur psychiatre prenant la décision finale après avoir examiné l'avis du patient. Il est clair que bien que les patients aient reçu certains aspects de la SDM (ex. : participer à la prise de décision d'une certaine façon), ils se sont mal renseignés sur certaines étapes, car ils ont peu souvent répondu à la SDM, car la plupart des patients croient que le lien avec le traitement est inégal et ils ne participent pas aux choix de celui-ci. Par contre, la grande majorité des patients ont déclaré que leur psychiatre les avait aidés à comprendre toute l'information et qu'il avait conclu une entente de suivi. Lorsque ces résultats sont analysés en tenant compte du diagnostic du patient, les personnes atteintes de schizophrénie ont signalé une participation moindre à la SDM. Le fait que les patients psychiatriques aient déclaré eux-mêmes une faible participation à la SDM peut être attribué à diverses situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il pourrait s'agir d'un reflet objectif de la réalité. Puisque la SDM exige que les patients soient capables d'agir en tant que décideurs compétents, il est approprié que les psychiatres n'utilisent pas la SDM avec tout le monde mais qu'ils considèrent d'abord la capacité décisionnelle du patient. La psychopathologie des patients, comme les troubles de la pensée, la dépression, la manie ainsi que les troubles compulsifs, peuvent conduire à une capacité décisionnelle altérée et amener les psychiatres à ne pas pratiquer la SDM avec des patients présentant aucune de ces caractéristiques. Tous les psychiatres ne sont pas d'accord avec la SDM ou ne l'appliquent pas dans leur pratique clinique. Certains d'entre eux perçoivent les décisions médicales et juridiques comme inappropriées à partager avec les patients schizophrènes ou ceux qui sont gravement malades, même si la recherche a montré que c'est possible et recommandable. <p>La littérature a montré trois principaux obstacles à la mise en place de la SDM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des médecins surchargés de travail et disposant de peu de temps - Une formation insuffisante des prestataires de soins de santé sur la SDM et l'utilisation des aides à la décision des patients - Des systèmes d'information clinique qui ne permettent pas de suivre les patients dans le processus décisionnel et qui ne peuvent pas intégrer de manière efficace les étapes de la SDM au travail quotidien |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>D'autres obstacles potentiels sont l'absence de culture de soutien, les perceptions erronées au sujet du désir des patients d'être informés et impliqués, ainsi que l'utilité et de la qualité des aides à la décision. Bien que les cliniciens aient souvent souligné que les contraintes de temps constituent le principal obstacle à la SDM, il n'existe actuellement aucune preuve qu'il faut plus de temps pour s'engager dans la SDM dans la pratique clinique que pour offrir des soins courants.</p> <p>Pour que les patients et les professionnels aient un rôle plus égal dans les décisions relatives aux soins, les professionnels doivent posséder des compétences variées.</p> <p>Il faut garder à l'esprit qu'une proportion considérables des patients préféreraient un contrôle décisionnel passif.</p> <p>Dans l'étude, la SDM a été évaluée en fonction de la perception qu'on les patients de leurs expériences de participation à leur dernière consultation qui a eu lieu quelques minutes auparavant. Dans ce contexte, seules l'auto-efficacité et les attitudes à l'égard des médicaments semblent jouer un rôle pertinent, alors que ni le locus de contrôle de la santé ni la réactivité psychotique n'ont enregistré de différences significatives. Les préférences des patients peuvent être influencées par leurs souhaits et leur volonté de participer à une procédure de SDM.</p> |
| Forces et limites | <p><u>Limites :</u></p> <p>Les chercheurs n'ont pas étudié directement les consultations des patients, mais seulement la perception qu'ont les patients enregistrés de leur expérience de prise de décision.</p> <p>L'étude n'a pu démontrer que les associations et non la causalité due au fait que ce soit une enquête transversale.</p> <p>Le fait que l'échantillon comprenait plus de femmes que d'hommes reflète le facteur récurrent de nombreuses études démographiques axées sur les déterminants de l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale qui avaient révélé une prévalence plus élevée du sexe féminin.</p> <p><u>Forces :</u></p> <p>Le grand nombre de patients psychiatriques externes qui ont accepté de participer à l'étude et le grand nombre de variables sociodémographiques, cliniques et personnelles incluses.</p> <p>Que les analyses de régression effectuées ont été contrôlées pour la contribution des variables.</p> |
| Conséquences et recommandations | <p>Les résultats de l'étude doivent être interprétés avec prudence étant donné la nature exploratoire de l'étude réalisée.</p> <p>D'autres recherches sont nécessaires pour reproduire et évaluer la pertinence des résultats et pour clarifier si le faible niveau de participation à la SDM déclaré par les patients psychiatriques est justifié par leur</p> |

| | |
|--------------|--|
| | <p>capacité décisionnelle ou s'il est la conséquence du manque de compétences en communication d'un psychiatre nécessaire à une bonne SDM ou de la préférence paternaliste du psychiatre dans sa relation avec ses patients.</p> <p><u>Implications cliniques :</u></p> <p>La faible perception de la participation à la SDM chez les patients psychiatriques oblige les professionnels de la santé mentale à réfléchir davantage à la participation du patient aux décisions concernant les soins de santé chaque fois qu'une prise de décision pertinente sur le traitement doit être faite.</p> |
| Commentaires | |

**Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative**

| Éléments du rapport | Questions | Oui | Non | Peu clair | Commentaires |
|---|---|------------|------------|------------------|---|
| Références complètes | De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2014). To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. Acta neuropsychiatrica, 26(6), 372-381. | | | | |
| Titre | Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ? | X | | | Le titre explique précisément le problème de recherche mais pas les concepts. |
| Résumé | Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? | X | | | Toutes les parties sont expliquées. |
| Introduction de Problème de recherche | Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ? | X | | | |
| 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 | | | |
| Cadre théorique ou conceptuel | Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ? | X | | | Il y a un lien expliqué avec le concept de soins centré sur la personne. |

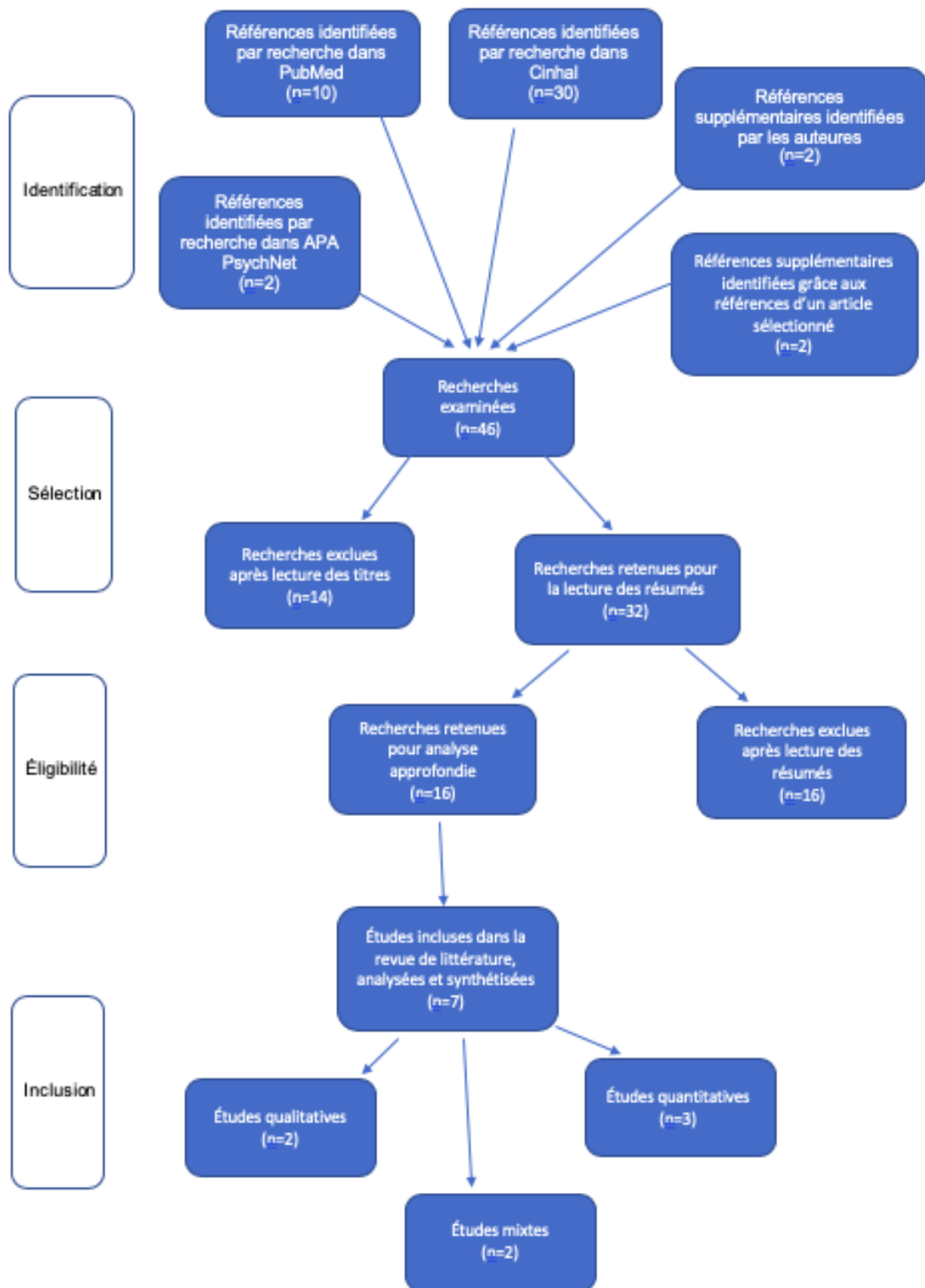
| | | | | | |
|--|--|------------|------------|------------------|--|
| Hypothèses/question de recherche/buts | Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ? | | | X | Le but et la question de recherche sont bien formulés, cependant il n'y a pas d'hypothèse. |
| Méthodes Devis de recherche | Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ? | | | X | Il ne mette pas en avant le fait que l'étude soit quantitative, cependant il est formulé qu'il s'agit d'une étude en coupe-transversal. |
| Population, échantillon et contexte | La population à l'étude est-elle définie de façon précise ? | X | | | |
| | L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ? | X | | | Les critères d'inclusions sont explicités dans la partie méthode. |
| | La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ? | | X | | Aucune de preuve de bases statistiques n'est expliciter. |
| 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 | | | |
| | 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 | Le déroulement de l'étude n'est pas tout à fait décrit clairement, il manquera des éléments afin d'avoir une compréhension totale de celle-ci. |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| Considérations éthiques | A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ? | X | | | |
| Résultats Traitement/Analyse des données | Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ? | X | | | |
| Présentation des résultats | Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ? | X | | | Les résultats sont bien explicités et sont illustrés à l'aide de tableaux clairs permettant une meilleure compréhension de ceux-ci. |
| Discussion Interprétation des résultats | Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ? | | X | | Aucun lien n'est fait entre les résultats et le concept majeur de l'étude qui est les soins centrés sur la personne |
| | Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ? | X | | | |
| | Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ? | X | | | |
| | Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ? | X | | | |
| Conséquences et recommandations | Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ? | X | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| | Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ? | X | | | Ils recommandent de faire d'autre recherche afin de vérifier et justifier le rôle du patient et du psychiatre dans ce processus 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 | | | L'article permet une bonne compréhension lors de la lecture des différents éléments de l'étude. |
| Commentaires : | | | | | |

Appendice J

Diagramme de Flux



Appendice K

Tableau récapitulatif des articles sélectionnés

| Auteur (S)/ Année | Titre | Objectifs question recherche / de | Devis / participants / contexte | Méthode / outils / procédure | Résultats |
|---|--|--|--|---|---|
| Carlos De Las Cuevas, Wenceslao Penate, Lilisbeth Perestelo-Pérez, Pedro Serrano-Aguilar, Année : 2013 | Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) | <p>But :</p> <p>Mesurer et comparer le processus de prise de décision partagée à la fois lors de rencontres cliniques en psychiatrie et dans le cadre de soins primaires du point de vue du patient.</p> <p>Question de recherche :</p> <p>Comprendre l'influence des variables cliniques et sociodémographiques sur les processus interactifs du modèle décisionnel clinique.</p> | <p>Devis :</p> <p>Quantitatif</p> <p>Participants :</p> <p>1477 patients</p> <p>682 : qui viennent de centre de santé mentale communautaire</p> <p>795 : qui viennent de centre de soins primaire</p> <p>Contexte :</p> <p>Consultation ambulatoire dans un centre de santé mentale communautaire et primaire</p> | <p>SDM-Q-9 :</p> <p>- Questionnaire d'auto-évaluation de SDM composé de 9 questions qui évaluent le point de vue du patient sur la SDM lors d'une consultation. Permet de montrer à quel point les patients se sentent engagés dans le processus de SDM. Patients mettent des notes de 0 « totalement en désaccord » à 5 « complètement en accord » sur l'échelle de Likert. Une multiplication des résultats donne un score entre 0 et 100.</p> <p>- Remplissage anonyme du questionnaire directement après la consultation avec son psychiatre/médecin généraliste.</p> <p>- A été adapté en espagnol.</p> <p>- 2 types de rdv ont été envisagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RDV nouveaux et programmés : patients présentant des affections médicales ou psychiatriques à prévoir périodiquement pour un suivi planifié pour suivre état mais aussi ajustement de traitement et renouvellement d'ordonnance. ○ RDV non-programmés : pour patients recherchant des soins médicaux ou psychiatriques non-programmés lorsqu'ils | <ul style="list-style-type: none"> ○ Score des patients psychiatriques plus élevé <ul style="list-style-type: none"> ○ Dans les éléments initiaux → lorsque professionnels informent les patients de l'importance de prendre une décision et de la manière dont les patients sont prêts à participer ○ Dans l'item suivi ○ Dans le partage d'information au sujet des différentes options possibles et des avantages et inconvénients de celles-ci ○ Score des patients en soins primaires plus élevé <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour les éléments intermédiaires → options, préférences des patients, négociation. |

| Auteur (S)/ Année | Titre | Objectifs question recherche / de | Devis / participants / contexte | Méthode / outils / procédure | Résultats |
|---|--|---|--|--|---|
| Elizabeth A. Klingaman, Stephanie G. Park, Lijuan Fang, Samantha M. Hack, Mary Brigid Walsh, Deborah R. Medoff, Clayton H. Brown, Lisa B. Dixon, Stephanie L. Tapscott, Julie A. Kreyenbuhl Année : 2015 | Consumer Satisfaction with Psychiatric Services: The Role of Shared Decision Making and the Therapeutic Relationship | But : Explorer la façon dont les dimensions des préférences des patients pour la prise de décision partagée (c'est-à-dire préférence pour obtenir des connaissances sur une maladie mentale grave et a demandé son opinion sur les options de traitement et l'implication dans les décisions de traitement) et la relation thérapeutique (c'est-à-dire la collaboration positive et le type d'entrée clinicien) étaient liés à la satisfaction. | Devis : Étude randomisée contrôlée (ECR) Participants : 239 patients anciens combattants atteints de maladies mentales graves Contexte : Deux cliniques de santé mentale ambulatoire dans aux États-Unis | perçoivent une aggravation de leur état ou lors de situation d'urgence. - Questionnaire de 19 questions basé sur une mesure existante et validée de la satisfaction des patients qui a pour but d'évaluer la satisfaction des interactions entre le patient et les professionnels de la santé lors de soins ambulatoires. - Les réponses sont notées sur une échelle de 5 points → 1 = fortement en désaccord et 5 = tout à fait d'accord → scores plus élevés = plus grande satisfaction. - BASIS-24 : échelle d'identification du comportement et des symptômes auto-rapportés, comprend 24 items → réponses sont notées sur une échelle de 0 à 4, scores plus élevés = plus grande sévérité des symptômes. - Qualité de la relation thérapeutique : évaluée à l'aide de 3 sous-échelles de 12 questions → scores notés sur une échelle de 0 à 4 → scores plus élevés indique la qualité de la relation. - Préférences en matière de prise de décision : évalué par le questionnaire de Levinson et ses collègues (2005), évalue les 3 préférences des patients en matière de SDM dans un contexte de santé mentale (STAR-P) → score noté sur une échelle de | - Patients ont indiqués une faible symptomatologie au BASIS-24. - Patients étaient généralement satisfaits des visites chez le professionnel et les scores de la STAR-P reflétaient une relation thérapeutique modérément forte. - SDM : une plus grande préférence pour être impliqué dans la SDM était associée à une moindre satisfaction de la visite. - Les gens mariés étaient plus satisfaits. |

| | | Comblent les lacunes en mesurant la satisfaction des patients immédiatement après les visites chez le professionnel afin de déterminer comment la relation thérapeutique et les préférences pour la prise de décision partagée étaient liées à la satisfaction associée à chaque visite. | | 1 : fortement d'accord à 6 : fortement en désaccord → score plus élevé = plus grande préférence pour la participation à la SDM. <ul style="list-style-type: none"> ○ Acquisition des connaissances ○ Demander son opinion sur les options de traitement ○ Prise de décision | |
|--|--|--|--|---|---|
| Auteur (S)/ Année | Titre | Objectifs / question de recherche | Devis / participants / contexte | Méthode / outils / procédure | Résultats |
| Sadaaki Fukui, Michell P. Salyers, Marianne S. Matthias, Linda Collins, John Thompson, | Predictors of shared Decision making and level of agreement between consumers and providers in | But : Examiner de manière quantitative les éléments de la prise de décision partagée. Pour établir des preuves empiriques de la corrélation entre des éléments de | Devis : Étude mixte de type rétrospective Participants : 128 participants dont 63 sont des hommes et 65 sont des femmes | Les données ont été recueillies pour d'autres fins sous formes d'enregistrements audio. 170 enregistrements ont été retranscrits et vérifiés exactitudes et donc 128 enregistrements seulement ont été gardés pour être analysés, car 25% des transcriptions ne parlaient pas de décision partagée. Les caractéristiques des patients ont été recueillies auprès des soignants et sur une base de données d'informations automatisées. Les données ont été analysées la première fois à l'aide de la méthode d'analyse de régression | Le score moyen à l'échelle de SDM Q9 était de 9,7 sur une échelle de 0 à 18 qui indique une meilleure décision partagée. Par rapport à l'initiation du patient à la discussion, le score était de 1,7 sur une échelle de 0 à 9. La durée moyenne des consultations était de 16,7 minutes. |

| | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|--|
| <p>Melinda Coffman, William C. Torrey</p> <p>Année : 2013</p> | <p>psychiatric care.</p> | <p>la SDM et le degré d'accord entre le patient et le soignant dans les soins psychiatriques.</p> | <p>Contexte : Consultations ambulatoires dans 3 centres de santé communautaire</p> | <p>linéaire et une seconde analyse a été faite à l'aide de la méthode d'analyse de régression logistiques</p> <p>Outils :</p> <p>Échelle SDM Q-9</p> <p>Contient 9 éléments qui sont le rôle du patient dans la prise de décision, l'objectif du patient et le contexte de la décision, la question et la nature de la décision, les autres options, les avantages et les inconvénients des alternatives, les incertitudes liées à la décision, l'évaluation de la compréhension du patient, l'évaluation du désir des patients pour d'autres options et l'exploration des préférences du patient. Chaque item est évalué avec 3 catégories ; absent= 0, partiel=1, complet= 2, le score va de 0 à 18 18 étant le score indiquant la meilleure participation.</p> <p>Les décisions ont été classé selon leurs complexités en prenant en compte les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la vie des patients et le consensus médical de tels sorts, décision de base = 1, moyenne = 2, complexe = 3.</p> <p>L'initiateur de la discussion est également identifié si le patient est l'initiateur sa équivalent à 1 point et le prestataire de soins a 0. Ce qui permet de calculer et indiquer si le patient lance les discussions, le score va de 0 à 9 qui indique une bonne participation.</p> <p>Le niveau d'accord a également été évalué par un accord total, un accord passif ou la réticence du patient ou du soignant. L'accord totale équivalent à 1 et le manque d'accord = 0.</p> | <p>46% des décisions étaient de types basic, 54% étaient de type intermédiaire ou complexe. Lors de décision partagée, l'accord complet entre patient et soignant e été identifié a 79% contre 21% qui ont subi des désaccords.</p> <p>L'analyse de régression linéaire a mis en lumière que le fait que la complexité des décision et l'initiation des patient a la SDM est le seul facteur significatifs qui va prédire un bon score à SDM. Ce qui veut dire que plus la décision est complexe à prendre et plus le patient initie la discussion plus la décision partagée va être mise en place et donc meilleure. Sa explique 37,6% des variances du score globale de SDM de la part du patient.</p> <p>L'analyse de régression logistique mets en avant que le fait d'inclure les préférences et l'avis du patients dans la décision partagée prédira un accord total. En prenant en comptes ses préférences, ça va augmenter de 4x la probabilité d'un accord totale entre le patient et le soignant. Ce facteur prédictif est le seul indicatif d'un accord total entre le patient et le soignant. Sa explique 52,2% des variances au niveau du patient pour l'accord totale.</p> |
|---|--------------------------|---|---|---|--|

| Auteur (S)/ Année | Titre | Objectifs question recherche / de | Devis / participants / contexte | Méthode / outils / procédure | Résultats |
|---|--|--|--|---|--|
| Emily M. Woltmann, Rob Whitley Année: 2010 | Shared Decision Making in Public Mental Health Care: Perspectives from Consumers Living with Severe Mental Illness | <p>But :</p> <p>Examine deux questions de recherches liées à la façon dont les personnes vivant avec une maladie mentale perçoivent le processus décisionnel relatif aux services de santé.</p> <p>1) Comment les consommateurs comprennent les concepts du style de prise de décision ?</p> <p>2) Comment les bénéficiaires de soins comprennent la formulation des décisions avec les questionnaires de cas ?</p> | <p>Devis : Étude mixte</p> <p>Participants : 16 patients vivants avec des maladies mentales graves, 9 participants étaient des hommes et 7 des femmes. Ils avaient en moyenne 45 ans.</p> <p>Contexte : Consultations ambulatoire dans un système de soins public de santé mentale.</p> | <p>- Données : collectées sur 3 sites d'une agence de santé mentale et dans divers services de santé mentale.</p> <p>- Participants ont été regroupés par le responsable de cas : planification de soins habituels / processus de planification des soins facilitant la conception des patients à l'aide d'un outil électronique d'aide à la décision.</p> <p>- 1^{ère} version du plan de soins = disponible électroniquement pour les professionnels. Système électronique fusionne les 2 perspectives et les ressort en graphiques et textes.</p> <p>- Ensuite, une « session de prise de décision partagée » avec les patients et les professionnels est organisée pour prendre les décisions finales. Les patients utilisant l'aide électronique participent à des entretiens qualitatifs individuels.</p> <p>- Les chercheurs ont interrogé les clients sur leur compréhension du processus de gestion de cas, sur son utilité et la manière dont les décisions sont prises avec les professionnels. Les questions portaient sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accord entre conseiller et patient concernant les décisions - Compréhension du conseiller des priorités des patients en matière | <p>- Préférence du patient en matière de SDM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients préfèrent prise de décision « autonome » ou « partagée » pour les entretiens mais ils souhaitent vérifier validité de la décision avec un professionnel pour être sûr que c'est la « bonne » décision. Considèrent la SDM comme priorité de l'autonomie mais demandent un 2^{ème} avis si nécessaire. Aucun patient n'a approuvé un style de décision « paternaliste ». <p>- Points de vue des patients sur le rôle du professionnel dans la prise de décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients expliquent ne pas discuter de tout avec leur prestataire de soin en raison d'une sorte de méfiance qu'ils relient au manque d'expérience du professionnel. ○ Lorsqu'il y avait un désaccord, ils s'adressaient au professionnel car ils pensent que leur idée sont meilleures. L'accord avec les professionnels découle d'un processus interactionnel. |

| | | | | <p>d'objectifs et de préférences pour les services</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction du processus décisionnel - Facilité d'utilisation du système d'aide à la décision - Facilitation par système informatique de la SDM - SDM : interrogation des patients sur leurs préférences à l'aide de questions fermées avec invitations de suivi pour qu'ils puissent discuter de ce que signifie la SDM pour eux et aussi de leur accord ou désaccord avec les professionnels sur la SDM. - Assistant de recherche débute enregistrement et professionnel de la santé l'éteint. | |
|--|---|--|--|--|--|
| Auteur (S)/ Année | Titre | Objectifs question recherche / de | Devis / participants / contexte | Méthode / outils / procédure | Résultats |
| Johanne Eliacin, Michelle P. Salyers, Marina Kukla, Marianne S.Matthias Année : 2014 | Factors influencing patient's preferences and perceived involvement in shared decision- in mental health care | But : C'est de mieux comprendre et d'investiguer les facteurs au niveau du patient qui peut influencer sa participation à la décision partagée. Hypothèse : Beaucoup de facteurs peuvent | Devis : Étude qualitative avec des entretiens exploratoires. Participants : 79 patients ont accepté que leurs consultations soient enregistrées et 54 d'entre eux | 79 patients ont accepté que leurs consultations aient été enregistrés et 54 d'entre eux ont accepté de participer à un entretien suite à leur rendez-vous. Les entretiens ont été menés par 4 assistants de recherches formés. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et importés dans un outil d'analyse qualitative. Les guides d'entretiens ont été élaborer à l'aide des conversations informelles avec les prestataires de soins, de plus la littérature lue à ce propos a également permis d'élaborer le questionnaire. Les données ont été analysé à l'aide d'outils qualitatif et d'une approche thématique inductive. | Résultats en lien avec un engagement totale des patients pour la SDM. - Le fait de partager des informations importantes et de pouvoir en débattre avec le soignant ainsi que de poser le pour et le contre des différentes options et par après prendre une décision conjointe va favoriser cet engagement. - Le fait d'inclure la famille et les conjoints qui connaissent bien les besoins et les valeurs du patient permet un meilleur engagement de celui-ci. Cependant pas tous les patients veulent inclure la famille en mettant en avant |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| | | <p>impacter la décision partagée. Et donc les préférences et les perspectives des patients sur peut faciliter ou entraver leur implication dans la SDM, c'est ce qui va essayer d'être prouvé dans cette étude.</p> | <p>ont participé à un entretien après leur rendez-vous</p> <p>Contexte : Dans une clinique ou les patients ont été approché dans la salle d'attente de leurs prestataires de soins</p> | <p>Les auteurs ont participé au processus d'analyse, cependant les chercheurs ont lu quelques transcriptions afin d'avoir une meilleure compréhension des données. Les données ont été comparées afin d'identifier les thèmes émergents</p> | <p>le fait que ce ne sont pas des professionnels de la santé et donc n'ont pas les connaissances adéquates sur le sujet.</p> <p>Résultats en lien avec l'engagement partiel du patient pour la SDM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des patients mettent en avant leur envie de participer au processus mais préfèrent laisser la décision finale au médecin et comme raison ils ont citée, l'expertise médicale des soignants, leur relation de confiance avec ceux-ci, ou du à leur sentiment d'être mal outillés, de ne pas avoir les connaissances adéquates pour prendre de bonne décision pour leur santé ou leur peur d'outrepasser les limites de la relation. <p>Résultats en lien avec le désaccord patient-soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les désaccords entre le patient et le soignant a des impacts négatifs importants tels que le mécontentement du soignant que le patient doit gérer et le fait de compromettre la relation thérapeutique et la capacité du patient à s'exprimer face aux soignants. - La toxicomanie est un point ressortant qui a un impact important sur la relation thérapeutique et donc la décision partagée. Il en est ressorti que les soignants pouvaient avoir des inquiétudes, voir des soupçons sur les intentions et les comportements du patient. |
|--|--|---|---|---|--|

| Auteur (S)/ Année | Titre | Objectifs question recherche / de | Devis / participants / contexte | Méthode / outils / procédure | Résultats |
|---|--|---|---|---|--|
| Wei Wen Chong, Parisa Aslani, Timothy F. Chen Année : 2013 | Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. | But : Présenté des données qualitatives sur les obstacles et les facilitateurs de la SDM et de la collaboration interprofessionnelle entre les différents prestataires de soins qui y sont impliqués. | Devis : Étude qualitative de type exploratoire Participants : 33 prestataires de soins au départ Finale :31 prestataires de soins comprenant des psychiatres, des psychologues, des médecins généralistes, des infirmières spécialisés en santé mentale ainsi que des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux Contexte : consultations ambulatoires faites dans des | Des entretiens semi-structuré ont été créé à l'aide d'un guide d'entretien. Ce guide contient des questions de types ouvertes. Ils durent entre 25 et 60 minutes et ont été mené par l'auteur de la recherche M. Chong. Tous les entretiens ont été enregistrés. Puis les enregistrements ont été retranscrits, ce qui a permis d'analyser les données. Une analyse thématique a été utilisé pour identifier les thèmes communs dans les transcriptions. Une approche de comparaison a été utilisé afin de comparer les thèmes avec toutes les données. Le logiciel NVivo (QSR international, Australie) a été utilisé pour organiser et codé les données plus facilement. | Résultats associés aux patients pour la SDM : <u>Obstacles</u> - Le manque de capacité cognitives souvent en lien avec la maladie mentale et le plus signalé comme facteurs entravant la participation des patients a la SDM. - La stigmatisation sociale a un impact important sur le patient et car peut pousser le patient à nier sa maladie et donc ne pas demander d'aide pour sa maladie. <u>Facilitateurs</u> - Le désirs et l'intérêt du patient à apprendre des informations et à comprendre leur maladie et leurs traitements et un facteurs important pour la SDM. -> C'est pourquoi les soignants ont indiqué que la psychoéducation ou les groupes d'éducatifs peuvent être aidant et faciliter la décision partagée. - La famille a été identifié comme un facteurs facilitant la décision partagée. Résultats en lien avec les soignants pour la SDM. <u>Facilitateurs</u> - Les attitudes et la volonté des soignants a instaurés la décision partagée dans les |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | | <p>cabinets médicaux, des hôpitaux et des pharmacies en Nouvelles-Galles du Sud en Australie.</p> | | <p>consultations est un facteur facilitants la SDM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une bonne collaboration avec de l'empathie et congruence durant les consultations va développer la relation thérapeutique et donc faciliter la SDM. - Une bonne communication est favorable à la décision partagée, c'est pourquoi les professionnels de la santé ont mis en avant le fait d'avoir des formations continue pour favoriser l'intégration du patient a la SDM. <p>Résultats en lien avec le lieu de soins pour la SDM</p> <p><u>Facilitateurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accessibilité des lieux de soins a été identifié comme un facteurs favorable. - L'utilisation d'outils tels que des plans de soins permet de facilité la mise en place de SDM. - Une équipe pluridisciplinaire a également été identifié comme facilitant la décision partagée, car sa permet au patient d'avoir plus de temps avec les soignants et donc plus de temps et plus de personnes avec qui discuter des décisions à prendre. <p><u>Obstacles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La contrainte de temps des consultations a été signalé comme un obstacle à la mise en place de la SDM. - Cependant le fait d'avoir une équipe pluridisciplinaire a été identifié comme un obstacle à la SDM, car les soignants peuvent avoir des divergences au niveau des |
|--|--|--|---|--|---|

| | | | | | <p>décisions de traitements ou d'informations, ce qui peut porter à confusion et être difficile pour le patient</p> <p>Barrières et facilitateurs de la collaboration interprofessionnel.</p> <p><u>Facilitateurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir un climat de confiance, en favorisant la compréhension de tous les soignants en instaurant par exemple des formations a été identifié comme facilitant la collaboration - Mettre en place des logiciels avec des résumé électroniques, des plans de soins intégré ou des réunions d'équipes régulières a été identifié comme ressources. <p><u>Obstacles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le modèle hiérarchique et la stigmatisation présent sur le lieu de travail ont été identifié - Le manque de temps et de ressources financières a également été mis en avant. |
|---|--|---|---|---|--|
| Auteur (S)/ Année | Titre | Objectifs question de recherche | Devis participants / contexte | Méthode / outils / procédure | Résultats |
| De las Cueavas, Carlos Wenceslao Penate | To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their | <p>But :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesurer dans quelle mesure les patients psychiatriques se sentent impliqués dans le processus de SDM et ses | <p>Devis :</p> <p>Quantitatif de type coupe transversale</p> <p>Population :</p> <p>1'100 patients contactés et</p> | <p>Caractéristiques sociodémographiques et variables cliniques ont été analysées ainsi que les médicaments qui ont été classés en groupe de psychotropes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antidépresseurs (tricycliques, inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et inhibiteurs sélectifs du recaptage de la noradrénaline) | <p>Les résultats en lien avec l'échelle SDM-Q-9 ont démontrés que le processus de SDM est peu utilisé dans les soins psychiatriques ambulatoires.</p> <p>5 items sur 9 ont été identifiés comme majoritairement en désaccord du point de vue du patient.</p> |

| | | | | | |
|---------------------|---|---|---|--|---|
| <p>Année : 2014</p> | <p>mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables.</p> | <p>étapes concernant le choix du traitement dans leurs consultations psychiatriques.</p> <p>- Analyser l'influence des processus sociodémographiques, cliniques et psychologiques sur cette perception.</p> | <p>846 d'entre eux ont accepté de participer</p> <p>Contexte : Psychiatrie ambulatoire</p> | <p>- Stabilisateurs de l'humeur - Benzodiazépines - Antipsychotiques (classiques et atypique)</p> <p>Instruments :</p> <p>- SDM-Q-9 : questionnaire de prise de décision partagée en 9 points chacun décrivant une étape du processus de SDM. Adapté en espagnol. Élaboré pour montrer dans quelle mesure les patients se sentent impliqués dans le processus de SDM. Scores reportés sur une échelle de graduation de Likert allant de 0 « totalement en désaccord » à 5 « entièrement d'accord ». La multiplication du score de l'échelle de Likert donne un résultat entre 0 et 100 qui indique le niveau le plus haut de SDM. Les patients remplissent le questionnaire directement à la sortie de leur consultation.</p> <p>- Hong Psychological Reactance Scale (HPRS) : questionnaire d'auto-évaluation en 14 points conçu pour mesurer la prédisposition d'une personne à avoir une réaction psychologique en raison de ses traits. Les patients ont indiqué dans quelle mesure ils approuvaient chaque énoncé sur une échelle de graduation de Likert allant de 0 « fortement en désaccord » à 5 « fortement d'accord ».</p> <p>- Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) form C Scale : échelle de</p> | <p>Les désaccords les plus marqués a été identifié dans les items 2 et 6 qui illustrent les étapes les plus importantes du processus. La raison est que le prestataire de soins ne voulait pas savoir le degré de désir d'implication du patient dans la SDM et le fait qu'il ne demande pas les préférences des patients concernant les différentes options.</p> <p>Les patients dépressifs ont un score plus élevé à la SDM que les patients schizophrènes.</p> <p>Suite à une analyse ANOVA 5 éléments ont été identifiés comme significatifs à savoir : indiquer qu'une décision doit être prise (élément 1), indiquer qu'il y a différentes options (élément 3), discuter des avantages et des risques des options (élément 4), négociation (élément 7), l'accord final (élément 9).</p> <p>Pour les patients schizophrènes, les scores plus faibles de SDM sont dans les éléments 3,4 et 9 comparé aux patients dépressifs, pour l'élément 1 comparé aux patients anxieux et pour l'élément 7 comparés aux patients bipolaires et dépressifs.</p> <p>En ce qui concerne les points 2 et 6 les patients indiquent un désaccord car ils considèrent que les prestataires de soins ne sont pas d'accord pour la déclaration d'égalité et qu'ils ne leur demandent pas quel traitement ils souhaiteraient avoir. A contrario, les points 5 et 9 montrent un niveau élevé d'accord car les patients ont l'impression que</p> |
|---------------------|---|---|---|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>contrôle en 18 points d'usage générale et qui est spécifique à une condition. Comprend 4 sous-échelles : 1. Locus de contrôle interne de la santé : croyance que ses propres comportements affectent son état de santé. 2. Lors de contrôle de santé aléatoire : croyance que l'état de santé d'une personne est une question de destin, de chance ou de hasard. 3. Locus de contrôle des médecins : croyance que ce sont les médecins qui déterminent les résultats de santé des patients. 4. Lors de contrôle de la santé d'autres personnes : croyance que d'autres personnes, comme la famille et les amis ont le contrôle sur l'état de santé d'une personne. Les patients ont dû être évalués sur une échelle de graduation de Likert de 6 points dans laquelle ils ont été en accord ou pas avec chaque énoncé. Des scores plus élevés pour chaque sous-échelle indiquent une plus grande confiance dans ce type de contrôle.</p> <p>- General Perceived Self-Efficacy Scale : échelle d'auto-évaluation en 10 points qui mesure l'auto-efficacité. Fait référence à la conviction que les actions d'une personne sont responsables des résultats positifs. Chaque élément est noté 1 « pas du tout vrai » à 4 « complètement vrai » ce qui donne des notes en 10 et 40, la note la plus élevée indique un niveau élevé d'auto-efficacité.</p> | <p>les soignants essaient de comprendre les informations et cherchent un accord commun concernant le traitement.</p> <p>Une analyse de régression logistique a été réalisée pour expliquer les différentes variables possibles sur les perceptions des patients concernant la SDM.</p> <p>Le groupe avec le score le plus faible était composé de 229 patients comprenant 102 dépressifs, 43 anxieux, 59 schizophrènes et 25 bipolaires.</p> <p>Le groupe avec le score le plus élevé était composé de 131 patients comprenant 73 dépressifs, 26 anxieux, 17 schizophrènes et 16 bipolaires.</p> <p>5 caractéristiques sociodémographiques ou variables cliniques sont statistiquement significatives à savoir, l'âge, la durée du traitement, les troubles schizophréniques, l'attitude positive à l'égard des traitements et l'auto-efficacité.</p> <p>Ce qui indique que plus l'âge augmente, moins il y a de SDM mise en place. Ce qui indique également que la schizophrénie est associée à une faible mise en place de la SDM.</p> <p>L'attitude positive face aux médicaments et l'auto-efficacité personnelle ont été identifiées comme un facteur ayant un niveau élevé de SDM.</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>- Drug Attitude Inventory : échelle d'auto-évaluation en 10 point élaborée pour évaluer la perception des patients face à l'efficacité des médicaments. Les éléments représentent des expériences subjectives présentées comme des énoncés d'auto-évaluation avec lesquels le patient est d'accord ou pas. Chaque réponse est notée +1 si elle est correcte et -1 si elle est incorrecte. Le score final varie entre -10 et +10, un score élevé indiquant une attitude plus positive à l'égard des médicaments.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

Appendice L

Tableau synoptique

| | | Article 1 : Carlos De Las Cuevas, Wenceslao Penate, Lilisbeth Perestelo-Pérez, Pedro Serrano-Aguilar, (2013) | Article 2 : Elizabeth A.Klingaman, Stephanie G. Park, Lijuan Fang, Samantha M. Hack, Mary Brighid Walsh, Deborah R. Medoff, Clayton H. Brown, Lisa B.Dixon, Stephanie L.Tapscott, Julie A. Kreyenbuhl (2015) | Article 3 : Sadaaki Fukui, Michell P. Salyers, Marianne S. Matthias, Linda Collins, John Thompson, Melinda Coffman, Wiliam C. Torrey (2013) | Article 4: Emily M. Woltmann, Rob Whitley (2010) | Article 5 : Johanne Eliacin, Michelle P. Salyers, Marina Kukla, Marianne S.Matthias (2014) | Article 6: Wei Wen Chong, Parisa Aslani, Timothy F. Chen (2013) | Article 7: De las Cueavas, Carlos Wenceslao Penate (2014) |
|---|--|--|--|---|--|--|---|---|
| Facteurs favorisant la décision partagée | Lié aux patients Préférences, désirs, complexité de décision, etc. | X | | X | | | X | X |
| | Inclusion de la famille | | X | | | X | X | |
| | Relation thérapeutique | X | X | X | | X | | X |
| | Équipe pluridisciplinaire | | | | | | X | |
| | Utilisation d'outils | | | | X | | X | |
| | Le suivi | X | | | | | X | |
| | Lié au soignant | X | | | | | X | |
| Facteurs entravant la décision partagée | Participation partielle | | | | X | X | | X |
| | Contrainte de temps | | | | | | X | |
| | Équipe pluridisciplinaire | | | | | | X | |
| | Désaccord | | X | | X | X | | X |
| | Capacité cognitive | | | | | | X | |
| | Stigmatisation sociale | | | | | X | X | X |

Appendice M

Liste des échelles présentes dans les articles

L'échelle SDM Q-9 qui contient 9 items a été relevée dans différents articles [1 ; 3 ; 7]. Elle permet d'évaluer les différents éléments de la décision partagée tels que le rôle du patient dans la prise de décision partagée, l'objectif du patient et le contexte de décision, la question et la nature de la décision, les différentes options de traitement, les avantages et les inconvénients des différentes alternatives, les incertitudes liées à la décision, l'évaluation de la compréhension du patient, l'évaluation du désir des patients pour d'autres options et l'exploration des préférences du patient.

Une échelle de Likert allant de 0 « totalement en désaccord » à 5 « totalement en accord », allant jusqu'à 45 points au total, a été utilisée dans une des études [1], dans le but de montrer à quel point les patients ont le sentiment d'être impliqués dans le processus de prise de décision partagée.

L'échelle d'évaluation de la relation thérapeutique (STAR-P) comprenant 12 questions est utilisée dans l'article [2] dans le but d'évaluer la qualité de la relation thérapeutique avec les trois thèmes principaux qui sont : collaboration positive, entrée positive du clinicien et apport non favorable du clinicien.

L'échelle d'identification du comportement et des symptômes auto-rapportés, BASIS-24, qui a pour but d'évaluer la sévérité des symptômes psychiatriques au cours de la semaine écoulée a également été utilisée dans l'article [2].

L'échelle *Hong Psychological Reactance Scale (HPRS)* composée de 14 items a été utilisée afin de mesurer la différence de prédisposition d'une personne à avoir une réaction psychologique en lien avec sa personnalité ; chaque patient doit évaluer les items selon la gradation de Likert allant de 1 « fortement en désaccord » à 5 « fortement en accord ».

L'échelle *Multidimensional health locus of control (MHLC) : Form C scale*, composée de 18 items et quatre sous-échelles de la force C de la MHLC qui sont l'échelle de contrôle interne de la santé (IHLC), l'échelle de contrôle de santé aléatoire (CHLC), l'échelle de contrôle des médecins (DHCL) et l'échelle de contrôle de la santé d'autres personnes (PHLC). Les sous-échelles internes et aléatoires comprennent six items et celles pour les médecins et les autres personnes en comprennent trois. Ils ont été évalués à l'aide de la gradation de Likert allant de zéro à six points ; plus le score est élevé, meilleur est le degré de confiance.

L'échelle *General Perceived Self-Efficacy Scale* est une échelle d'auto-évaluation comprenant dix points mesurant l'auto-efficacité générale. Elle fait référence à la capacité d'action personnelle, donc les patients ont la conviction d'être responsables des résultats positifs. Chaque élément de l'échelle est noté de 1 « pas du tout vrai » à 4 « complètement vrai », de ce fait, la note finale varie entre 10 et 40. Une note élevée indique un haut niveau d'auto-efficacité.

L'échelle *Drug Attitude Inventory* est une échelle d'auto-évaluation sur dix points qui permet d'évaluer la perception des patients psychiatriques face à l'efficacité de leur traitement. Elle révèle si les patients sont satisfaits de leurs médicaments et évalue leur compréhension de la façon dont les traitements les affectent. Les options de réponse de l'échelle ne sont que vrai ou faux. Chaque réponse est notée +1 si elle est vraie et -1 si elle est fautive. Un score élevé indique une attitude positive face au traitement.

Les trois éléments suivants sont évalués et analysés dans l'article [3]. L'initiateur à la conversation a été identifié et évalué, afin de permettre de démontrer si les patients initient régulièrement la discussion et ont donc une bonne participation à la décision partagée. La complexité des décisions doit tenir compte des conséquences

qu'elles peuvent avoir sur la vie des patients. Elle est évaluée à l'aide de trois items qui sont : décisions de base, décisions intermédiaires et décisions complexes. Le niveau d'accord entre le patient et le soignant a été évalué également par trois items qui sont un accord total, un accord passif et la réticence du patient ou du soignant [3].