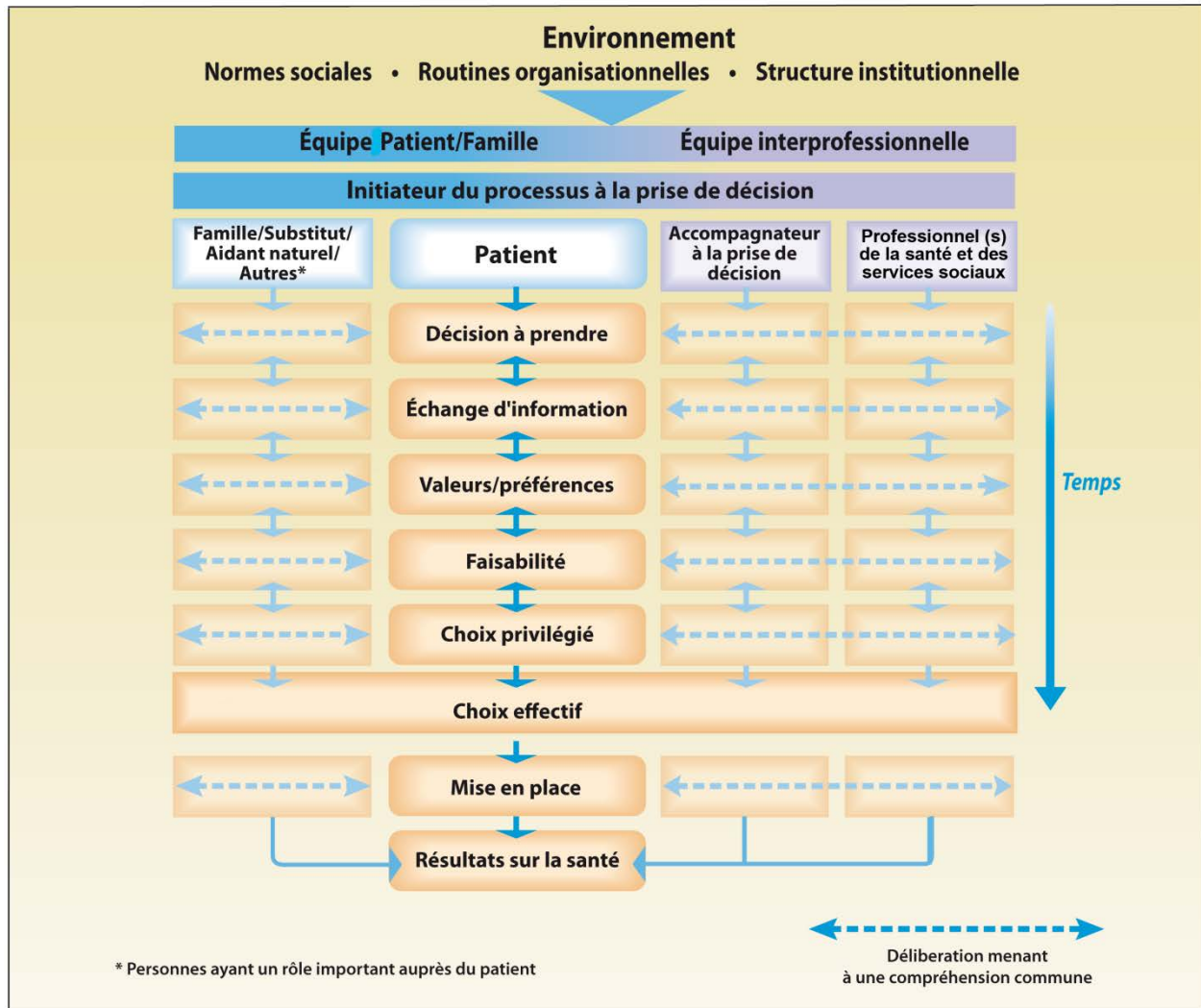


# Modèle de l'approche interprofessionnelle à la prise de décision partagée



## Modèle IP-PDP: Définitions des concepts

### Principales hypothèses qui sous-tendent le modèle IP-PDP

1. Impliquer les patients dans le processus de prise de décision partagée est essentiel afin de garantir des soins centrés sur le patient et de parvenir à des décisions informées and fondées sur les valeurs individuelles des patients.
2. En obtenant une compréhension commune des éléments essentiels du processus de prise de décision partagée par l'équipe interprofessionnelle et en reconnaissant l'influence des différentes personnes sur ce processus, l'atteinte d'une décision partagée en sera améliorée.
3. Appliquer une approche interprofessionnelle à la prise de décision partagée peut être synchrone dans l'exemple de réunions de famille dans une unité de soins intensifs mais de produit plus souvent de manière asynchrone et, de ce fait, nécessite un cadre commun avec une compréhension commune.
4. La famille ou d'autres personnes importantes sont des acteurs importants impliqués dans la décision et leurs valeurs et préférences peuvent ne pas être compatibles avec celles du patient.

Concepts	Description
<b>Acteurs</b>	
Patient	Le patient occupe une place centrale dans le modèle interprofessionnel de la prise de décision partagée (IP PDP) et il justifie le processus décisionnel. Pour déclencher le processus, le patient se présente avec un problème de santé/une situation requérant une prise de décision.
Initiateur du processus IP PDP	Première personne impliquée que le patient rencontre pour aborder le processus décisionnel. Ce rôle peut être joué par tous les professionnels de la santé, c.-à-d., médecin de famille, infirmière praticienne, etc...
Personne de soutien à la décision	Un professionnel de la santé apte à renseigner et soutenir le patient dans sa prise de décision sur son/ses problème(s) de santé. Personne qui ne prend pas de décision pour le patient (Stacey D., et al., 2008).
Membres de la famille/Substitut/Autre significatif	Personnes qui peuvent jouer un rôle de support pour le patient vers le processus décisionnel. Le substitut peut être demandé à prendre la décision pour le patient si celui-ci présente un état de santé ne lui permettant pas de prendre une décision éclairée, par exemple maladie grave de santé mentale, personne sans connaissance, etc...
Professionnels de la santé	Ce sont tous les professionnels de la santé (licenciés) que le patient peut rencontrer durant le processus décisionnel. Pour une approche IP-PDP, le modèle suppose que deux professionnels de la santé au minimum, de professions médicales distinctes, collaborent avec le patient pour réaliser la prise de décision partagée de façon concomitante ou non (légaré, F. et al., 2010; D'Amour, D. et al. 2005; Xyrichis, A. et al. 2008).

Concepts	Description
<b>Processus de la PDP</b>	
Décision à prendre	<p>La personne qui initie le processus de la PDP informe le patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif qu'il y a un choix à faire parmi différentes options. Le professionnel de la santé présente et définit toutes les options. Le terme « équipoise » pourrait être employé. Il réfère à une situation où un point de décision comporte plus d'une option valide, y compris celle de ne rien faire et où les avantages et les inconvénients doivent être pris en compte et sous pesés pour évaluer les options offertes (Charles, et al, 1997; Elwyn, 2000; Towle &amp; Godolphin, 1999). Une approche interprofessionnelle à la PDP implique que l'ensemble des professionnels ait à la fois une connaissance et une compréhension commune des options et qu'ils reconnaissent l'existence de « l'équipoise ». Le message présenté au patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif doit être consistant et orienté sur la reconnaissance d'un besoin qu'une décision doit être prise.</p>
Échange d'informations	<p>Les options concernant l'état de santé du patient doivent être clairement exposées au patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif. Le professionnel de la santé et le patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif partagent les informations sur les bénéfices et les inconvénients des différentes options. Les informations partagées peuvent être supportées par des données probantes (ex : matériel éducatif, outils d'aide à la décision, etc...). Dans le processus de la prise de décision, il est important de prendre en compte une dimension inconsciente celle qui réfère aux aspects affectifs et émotionnels qui pourraient influencer le partage d'informations.</p>
Valeurs/préférences	<p>A posteriori ou durant le partage d'informations, le patient doit avoir l'occasion de discuter et de clarifier ses valeurs et ses préférences à l'égard des différentes options offertes. Les valeurs/préférences du patient représentent la pierre angulaire du processus global de la PDP. Cependant, notre modèle reconnaît également les valeurs/préférences de toutes les personnes impliquées dans le processus décisionnel. Celles-ci peuvent influencer la décision et devraient être identifiées et reconnues. Les personnes impliquées, y compris les professionnels de la santé, peuvent ne pas partager des valeurs semblables. Elles devront arriver à un consensus commun dans le respect de leurs propres valeurs/préférences.</p>
Faisabilité	<p>Dans le processus décisionnel, la faisabilité des options doit être prise en compte. Une option identifiée peut, pour des raisons de temps et/ou de ressources, être irréalisable. Nous avons remarqué que selon les systèmes de santé ou les pays la disponibilité des options proposées peuvent varier considérablement. Ainsi, avant de déterminer les différentes préférences individuelles, il est essentiel que les professionnels de la santé, le patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif évaluent ensemble la faisabilité des options disponibles.</p>
Choix privilégié	<p>Avec le support de différentes personnes, le patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif devraient arriver à un choix privilégié. Sous la forme de recommandations, les professionnels de la santé se doivent de partager leur propre option privilégiée avec le patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif.</p>
Choix retenu	<p>Idéalement, la décision retenue doit être prise par tous. Le professionnel de la santé en accord avec la décision du patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif, doit faire en sorte que l'ensemble des étapes nécessaires à l'implantation du choix retenu soit accessible.</p>

Concepts	Description
Implantation	A partir du choix retenu et pendant tout le long du processus d'implantation, le patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif devront être supportés pour que les résultats sur la santé correspondent le plus avec leurs valeurs. On évaluera le processus décisionnel en fonction de la fidélité de la mise en exécution de l'option choisie et ultimement sur les résultats obtenus sur la santé.
Résultats	Plusieurs décisions liées aux soins devront être rediscutées/réorientées par le patient, les membres de la famille/substitut/autre significatif et les professionnels de la santé, particulièrement lorsque les résultats sur la santé ne sont pas ceux escomptés avec le choix retenu initialement.
Temps	Le déroulement des différentes étapes du processus décisionnel nécessite du temps. Le temps investi peut être variable. Le processus de prise de décision partagée peut être répétitif. Le patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif peuvent également changer leur décision. Ces situations peuvent amener à des heures supplémentaires mais elles peuvent être nécessaires pour que le patient et/ou les membres de la famille/substitut/autre significatif soient satisfaits de la décision et pour éviter des regrets décisionnels.
<b>Niveaux Meso-macro</b>	
Environnement	L'environnement réfère à un contexte global dans lequel le processus de l'approche IP-PDP a lieu. Il se compose de trois niveaux : les normes sociales, les routines de l'organisation et les normes institutionnelles. Ainsi, les valeurs culturelles, les politiques de gouvernement, les règles des organismes professionnels et les structures institutionnelles sont perçues comme des éléments de l'environnement qui peuvent avoir une influence sur le processus IP-PDP. Le contexte s'inscrit dans une évolution constante car s'il est vrai que l'environnement influence le processus IP-PDP, les individus peuvent également influencer leur environnement et modifier leurs comportements pour s'adapter à ce contexte évolutif. Il serait présomptueux de croire qu'une approche IP-PDP pourrait se faire indépendamment des facteurs environnementaux qui influencent les systèmes de santé.
Patient/famille/substitut/autre significatif	Le patient et/ou la famille/substitut/autre significatif forment une équipe qui collaborera avec les membres de l'équipe interprofessionnelle dans le processus décisionnel.
Membres de l'équipe interprofessionnelle	L'équipe IP se compose de professionnels de la santé ayant une implication directe avec l'état de santé du patient. Elle peut influencer le processus de PDP par l'intermédiaire de ses rôles respectifs et du rapport qu'entretiennent les professionnels entre eux. L'équipe IP devra développer une collaboration intra et avec le patient et/ou la famille/substitut/autre significatif impliquant une communication authentique, un rapport de confiance mutuelle basée sur le respect d'autrui et une honnêteté/une ouverture d'esprit. Sur un plan de la symétrie de pouvoir, l'équipe IP devra fournir des soins intégrés et cohésifs. Les membres de l'équipe IP devront pouvoir partager leur connaissance en établissant un partenariat sur une base régulière, sans interruptions et prendre le temps. Tout le long du processus thérapeutique, cette association IP devrait passer par une communication systématique des informations. Les membres de l'équipe IP devront également être conscients qu'un certain nombre de facteurs seront susceptibles d'influencer leurs capacités à collaborer avec le patient et/ou la famille/substitut/autre significatif dans le processus de la prise de décision. Dans cette perspective, l'organisation devrait agir sur l'environnement afin de faciliter l'exécution de cette approche dans la pratique. Pour faciliter une approche IP dans les soins aux patients, les normes institutionnelles référant aux standards professionnels devraient également être adaptées.

<b>Concepts</b>	<b>Description</b>
<b>Figures</b>	
Flèches	Les flèches verticales bidirectionnelles représentent la possibilité de revenir à l'état précédent dans un processus itératif avant de prendre une décision finale. La décision sur le choix des soins peut être revisitée par les patients et/ou la famille/substitut/autre significatif avec l'équipe IP, particulièrement où des résultats escomptés ne sont pas ceux espérés avec le choix privilégié.
Boîtes	Les deux premières lignes identifient les individus impliqués dans le processus décisionnel. Sous chaque colonne, les boîtes sont reproduites afin de spécifier que chaque individu impliqué doit, dans un idéal, arriver à un arrangement commun à chaque étape du processus décisionnel.
Lignes pointillées	Les lignes pointillées représentent les échanges qui ont lieu entre l'ensemble des individus impliqués dans le processus décisionnel. Ceci inclut, les discussions autour des avantages et des inconvénients qu'offrent les différentes options disponibles. Ainsi, les délibérations entreprises à chaque étape du processus décisionnel, devraient amener à un consensus commun pour franchir l'étape suivante jusqu'à la décision finale. Ces lignes pointillées permettent de comprendre la façon dont les équipes IP collaborent pour réaliser la PDP et connaître quels sont les rapports essentiels dans les processus IP-PDP.

## Références discutant du modèle IP-PDP:

- Légaré F, Canada Research Chair in Implementation of Shared Decision Making in Primary Care. [Interprofessional approaches to shared decision making in primary care: Advancing theories, frameworks, methods and measurements.](#)
- Légaré F, Stacey D, Briere N, Robitaille H, Lord MC, Desroches S, Drolet R. (2014). [An interprofessional approach to shared decision making: an exploratory care study with family caregivers of one IP home care team.](#) BMC Geriatrics, 14:83. doi: 10.1186/1471-2318-14-83.
- Stacey D, Briere N, Robitaille H, Fraser K, Desroches S, Legare F. (2014). [A systematic process for creating and appraising clinical vignettes to illustrate interprofessional shared decision making.](#) Journal of Interprofessional Care. Apr 28 epub.
- Légaré F, Stacey D. (2014). An interprofessional approach to shared decision making: What it means and where next? (pp. 131-139). In: TK Woodruff, ML Clayman, KE Waimey (eds.), [Oncofertility Communication: Sharing information and building relationships across disciplines](#), DOI 10.1007/978-1-4614-8235-2\_11, NY: Springer.
- Légaré F, Stacey D, Brière N, Puma C, Fraser K, Desroches S, Dumont S, Sales A, Aube D. (2013). [Healthcare providers' intentions to engage in an interprofessional approach to shared decision making in home care programs: A mixed methods study.](#) Journal of Interprofessional Care. 27(3): 214-22.
- de Rosenroll A, Higuchi KS, Dutton KS, Murray MA, Stacey D. (2013). [Perspectives of significant others in dialysis modality decision-making: A qualitative study.](#) CANNT Journal, 23(4), 17-24.
- Légaré F, Stacey D, Gagnon S, Dunn S, Pluye P, Frosch D, Kryworuchko J, Elwyn G, Gagnon MP, Graham ID. (2011). [Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study.](#) J Eval Clin Pract. Aug;17(4):554-64. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01515.x. Epub 2010 Aug 3.
- Kryworuchko J, Stacey D, Peterson WE, Heyland DK, Graham ID. (2011). [A Qualitative Study of Family Involvement in Decisions about Life Support in the Intensive Care Unit.](#) Am J Hosp Palliat Care. 2012 Feb;29(1):36-46. doi: 10.1177/1049909111414176. Epub 2011 Jul 6.
- Légaré F, Stacey D, Brière N, Desroches S, Dumont S, Fraser K, Murray MA, Sales A, Aubé D. (2011). [A conceptual framework for interprofessional shared decision making in home care: Protocol for a feasibility study.](#) BMC Health Serv Res. Jan 31;11:23.
- Légaré F, Stacey D, Pouliot S, Gauvin FP, Desroches S, Kryworuchko J, Dunn S, Elwyn G, Frosch D, Gagnon MP, Harrison MB, Pluye P, Graham ID. (2011). [Interprofessionalism and Shared Decision-Making in Primary Care: A Stepwise Approach towards a New Model.](#) J Interprof Care. Jan;25(1):18-25. Epub 2010 Aug 26.
- Stacey D, Légaré F, Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. (2010). [Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis.](#) Patient Educ Couns. Aug;80(2):164-72. Epub 2009 Nov 30.
- Légaré F, Stacey D. (2009). Shared decision making: the implications for healthcare teams and practice (pp.23-28). In A. Edwards & G. Elwyn (Eds.), [Shared decision making in health care: achieving evidence based patient choice \(2nd ed.\)](#). Oxford University Press.