

Marie-Chantal LOISELLE, Cécile MICHAUD,
Professeures Agrégées - Université de Sherbrooke - Québec,
Annette O'CONNOR, Professeure Titulaire - Université d'OTTAWA - CANADA

Améliorer la qualité de la décision quant aux choix d'une technique de dialyse : Défis méthodologiques reliés au développement et à l'évaluation d'une intervention de soutien à la décision

Une personne atteinte d'une Maladie Rénale Chronique Avancée (MRCA) doit prendre une décision concernant le choix de la technique de dialyse qui lui permettra de survivre. Elle devra choisir entre l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale, la transplantation rénale étant peu accessible. Cette décision comporte des défis¹ et, en l'absence d'évidences scientifiques démontrant la supériorité d'une option par rapport à l'autre, elle repose sur ses

préférences. Cette décision est souvent prise à la suite d'une participation à un programme d'éducation en pré-dialyse coordonné par l'infirmière. Malgré cette préparation, elle s'accompagne fréquemment d'un inconfort décisionnel. Or, il existe, dans d'autres situations de soins, des interventions de soutien à la décision comprenant un outil d'aide à la décision et du *coaching* qui peuvent aider en contexte d'incertitude. Ces interventions ont souvent été développées en se basant sur le Modèle de soutien à la décision d'Ottawa (MSDO)² et visent à améliorer la qualité de la décision. Une recension exhaustive des écrits n'a pas permis d'identifier d'études rapportant le développement ou l'évaluation d'un outil d'aide à la décision pour des personnes atteintes de MRCA. De plus, aucune étude n'a évalué une intervention de soutien réalisée par l'infirmière comprenant un outil d'aide à la décision et du *coaching* à la prise de décision quant au choix d'une technique de dialyse. Nous entendons ici



discuter des défis méthodologiques entourant le développement et l'évaluation d'une intervention de soutien quant au choix d'une technique de dialyse chez les personnes atteintes d'une MRCA et leur proche (famille/ami).

Recension

Jusqu'à ce que la transplantation rénale soit plus accessible, la personne atteinte de MRCA devra choisir si elle décide d'avoir recours à un traitement actif entre l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale. Ces deux options présentent des bénéfices et des risques ainsi que des avantages et inconvénients différents. Elles auront, toutes les deux, des répercussions importantes sur la vie personnelle, familiale et sociale de la personne atteinte de même que sur sa prise en charge clinique et thérapeutique^{3,4}. Cette décision difficile à prendre entraîne souvent un inconfort décisionnel⁵. Ce sentiment qu'éprouvent les patients

réfère au concept d'inconfort décisionnel de O'connor et il se définit comme une incertitude quant à l'option à privilégier lors d'une prise de décision impliquant un choix parmi des options contradictoires auxquelles sont potentiellement associés des risques, des pertes, des regrets, ou se situant en contradiction avec des valeurs personnelles⁶.

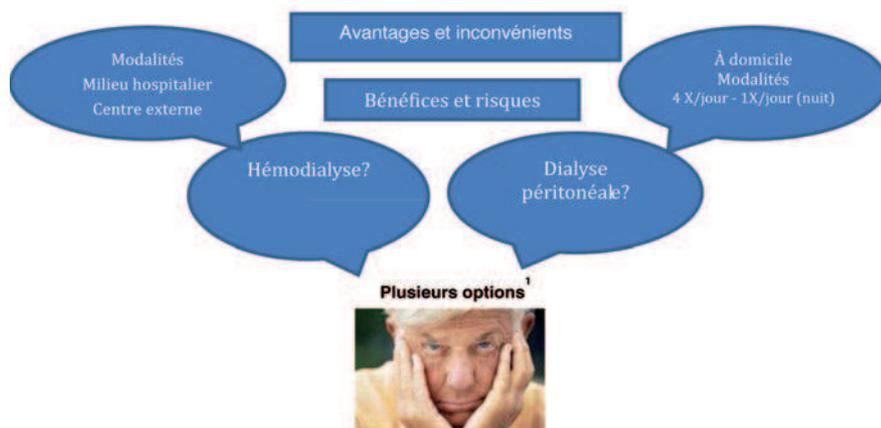
Par ailleurs, des lignes directrices canadiennes et américaines ont été émises pour

assurer le suivi et la préparation adéquate à la dialyse de la personne atteinte de MRCA⁴. Elles indiquent que des préparatifs d'ordres clinique et éducatif doivent être amorcés précocement afin de commencer une dialyse dans les meilleures conditions et éviter les débuts en urgence qui sont associés à une plus grande mortalité dans les premiers mois de dialyse et à des hospitalisations plus fréquentes et longues⁷. L'un des éléments clés de la préparation à la dialyse est de situer le choix d'une technique dans le contexte de la prise de décision partagée⁸. Des programmes d'éducation multidisciplinaire en pré-dialyse coordonnés par des infirmières se sont développés pour préparer le patient et sa famille à faire un choix de technique de dialyse. La présence de la famille est souhaitée vue son influence sur le processus décisionnel^{3,9}. L'efficacité de ces programmes^{10,11} est contestée dans les écrits scientifiques, car de récentes études démontrent un manque de connaissances^{12,13,14},

un sentiment de pression de la part des professionnels¹⁵, une méconnaissance du rôle préféré dans la prise de décision¹⁶, un inconfort décisionnel persistant^{15,17}, et un sentiment d'incapacité à prendre une décision éclairée¹⁷. L'incertitude et l'hésitation que ressentent les personnes atteintes d'une MRCA lorsqu'elles font face au choix d'une technique de dialyse réfèrent au concept d'inconfort décisionnel⁶ qui ne serait pas considéré avec l'approche éducative.

caractéristiques des patients et des professionnels et du contexte clinique. Le but des interventions guidées par le MSDO est de répondre aux besoins décisionnels non résolus afin que la personne puisse prendre une décision de qualité. Une décision de qualité se définit comme une décision éclairée et en harmonie avec ses valeurs personnelles. Améliorer la qualité de la décision peut avoir un effet bénéfique sur le patient, comme une persistance

La *coaching* décisionnel s'exerce par un professionnel de la santé qui accompagne le patient dans les étapes du processus décisionnel sans toutefois mettre la décision à exécution. Il est un ajout au soutien décisionnel qui s'offre dans le cadre de la consultation clinique entre le patient et le médecin. Il vise à aider le patient et la famille à développer un plus grand niveau de certitude et d'habiletés nécessaires pour préparer à la consultation médicale, à la délibération menant à la décision et à l'implantation de cette dernière. Cette intervention lorsque réalisée par une infirmière s'avère prometteuse¹⁹. Ainsi, le modèle de *coaching* décisionnel développé par Stacey et coll.²³ découlant du MSDO permet de positionner l'infirmière en tant que coach dans le cadre de l'intervention de soutien entre le patient et le médecin. Pour que l'infirmière puisse être en mesure d'appliquer cette intervention, la formation éducative interactive destinée aux infirmières de Murray²⁴ s'avère efficace pour le développement d'habiletés en *coaching* décisionnel.



Personne adulte atteinte d'une maladie rénale chronique avancée (MRCA)

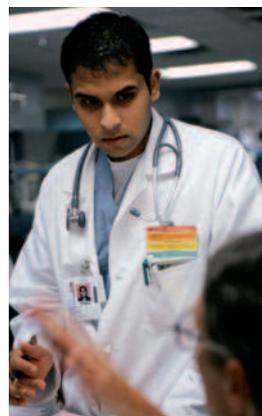
Une des contributions importantes du MSDO est de situer l'inconfort décisionnel parmi les éléments clés de la prise de décision en contexte d'incertitude. Ce modèle encadre l'élaboration d'interventions permettant de réduire l'inconfort décisionnel et de mieux préparer les patients et les professionnels de la santé à la prise de décision partagée afin que le patient juge de la meilleure option pour lui². Ces interventions de soutien comprennent un outil d'aide à la décision¹⁸ et du *coaching*¹⁹. Développé en interdisciplinarité, il a été testé et avéré efficace dans différents contextes cliniques². Le MSDO fait intervenir les opérations suivantes :

- 1) l'évaluation des besoins décisionnels
- 2) l'évaluation de la qualité de la décision et
- 3) le soutien décisionnel au moyen d'outil d'aide à la décision et de *coaching*.

Ces opérations s'appliquent à tous les participants, y compris le patient et ses proches et les professionnels. L'évaluation des besoins décisionnels portent sur les éléments suivants : la perception de la décision (connaissance, attente, valeur, inconfort décisionnel et type de décision), la perception des autres (perception des autres, pression des autres et soutien social), les ressources personnelles et extérieures à la décision (sentiment d'auto-efficacité, confiance en soi, accès à l'information). L'évaluation tient compte des

accrue dans l'exécution de la décision, une amélioration du volet santé de la qualité de vie, une diminution des regrets et une utilisation appropriée des coûts et services²⁰.

Les interventions de soutien comprennent un outil d'aide à la décision et du *coaching*. L'outil d'aide à la décision, basé sur les besoins de la décision du MSDO, se développe selon une méthode systématique et rigoureuse. En plus, il répond à des normes définies par un groupe international d'experts en matière d'outil d'aide à la décision visant à assurer une base méthodologique commune et permettre la transmission d'une information de qualité^{21,22}. Cette information doit être fondée sur les dernières observations scientifiques, être équilibrée et efficace en vue de déterminer les valeurs et conçue par une équipe crédible. Cet outil peut être utilisé dans sa forme générique pour différentes décisions et divers contextes de pratique ou adapté à une décision ciblée. Il ne fournit pas de conseils, mais plutôt complète les échanges entre les patients et les professionnels de la santé.



Les études menées pour développer et évaluer l'intervention de soutien à la décision qui utilisaient le MSDO reposent sur l'expérimentation avec des mesures avant et après. Or, nous entendons proposer une méthodologie de recherche innovante dans le cadre d'une étude de doctorat en sciences infirmières. Le développement de l'intervention pourrait bénéficier d'un devis mixte pour la conception de l'outil d'aide à la décision. Le développement d'habiletés de *coaching* décisionnel pourrait être soutenu par une approche centrée sur la découverte de soi et de développement personnel. Enfin, l'évaluation de l'intervention de soutien selon une approche d'évaluation constructiviste apporterait une valeur certaine à cette étude. Voyons plus en détail chacun des choix méthodologiques qui ont été privilégiés pour cette étude.

Méthodologie

Nous utiliserons une stratégie multi-méthode de type séquentiel pour la réalisation de cette étude. Cette stratégie est guidée par le MSDO et comporte trois phases. La première phase comprend le développement de l'intervention de soutien (outil d'aide à la décision et *coaching*). La seconde consiste en l'implantation pilote. La troisième est orientée

Tableau 1. Activités du programme d'éducation en pré-dialyse et intégration des interventions de soutien à la décision dans les activités du programme d'éducation en pré-dialyse.

ACTIVITÉS DU PROGRAMME D'ÉDUCATION EN PRÉDIALYSE					
Rencontre initiale Collecte Orientation groupe ou individuel	Rencontres éducatives Information sur les options 1 mois	Suivi éducatif Complète l'information 2 mois	Décision Consultation néphrologue 3 mois	Suivi de la décision Suivi médical et gestion des symptômes 4 à 7 mois	Chirurgie – accès Fistule ou Cathéter péritonéal 8 à 12 mois
INTERVENTIONS DE SOUTIEN À LA DÉCISION					
Évaluation Inconfort décisionnel Besoins décisionnels	Éducation/ Communication Bénéfices /risques (données probantes) 1 mois	Clarification/ Délibération Exercices de clarification des valeurs/délibération à la décision 2 mois	Décision Consultation néphrologue 3 mois	Implantation Dépistage des obstacles ↑ Sentiment d'auto-efficacité 4 à 7 mois	Chirurgie - accès Fistule ou Cathéter péritonéal 8 à 12 mois

vers l'évaluation de l'intervention de soutien par les personnes atteintes de MRCA et leurs familles ainsi que par l'infirmière qui aura mis en œuvre l'intervention. L'étude se déroulera à la clinique de pré-dialyse du centre de néphrologie d'un centre hospitalier affilié universitaire.

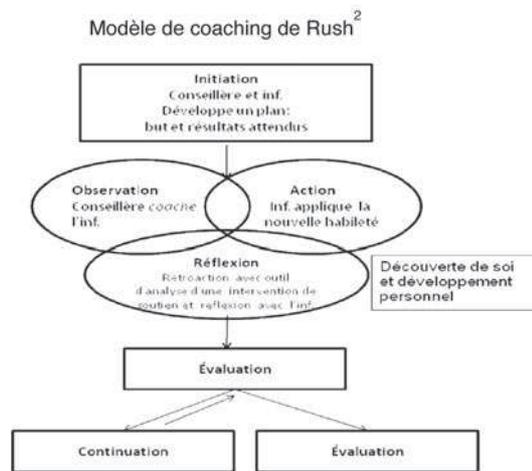
• PREMIÈRE PHASE : DEVELOPPEMENT DE L'INTERVENTION DE SOUTIEN

Le but du développement d'une intervention de soutien en matière de choix d'une technique de dialyse est de fournir aux patients atteints de MRCA un outil d'aide à la décision qui comprend une information de qualité fondée sur des données probantes répondant à leurs besoins décisionnels et de développer des habiletés de *coaching* décisionnel chez l'infirmière afin qu'elle puisse les soutenir de façon efficace.

La conception de l'outil d'aide à la décision. La conception de l'outil d'aide à la décision est précédée d'une évaluation des besoins décisionnels en lien avec les déterminants du MSDO²⁵ au moyen d'une enquête de type qualitatif réalisée auprès d'informateurs-clés.

Ces derniers sont des personnes concernées par la décision et comprennent des patients et des professionnels. En tout, 42 participants seront invités à participer à cette phase de l'étude, dont 24 patients et 18 professionnels. Parallèlement à cette activité de recherche, deux synthèses des écrits scientifiques seront réalisées en utilisant la méthode de la revue générale de la littérature. L'une portera sur les déterminants de la décision qui influencent la décision en matière de choix d'une technique de dialyse et l'autre portera sur l'estimation des probabilités reliées aux résultats et conséquences quant aux techniques de dialyse. Les résultats des activités de recherche de cette phase seront investis lors de l'élaboration de l'outil d'aide à la décision et de la formation aux infirmières en même temps qu'ils informeront l'implantation de l'intervention de soutien. Enfin, l'élaboration de l'outil d'aide à la décision comprendra la création du prototype en matière de choix d'une technique de dialyse selon un processus itératif en collaboration avec des représentants des informateurs-clés qui auront participé à l'enquête de type qualitatif ainsi qu'avec une experte en développement et

évaluation d'outil d'aide à la décision²⁶. Un processus de validation pour l'ébauche finale est prévu. L'outil devra répondre aux normes définies par un regroupement international d'experts en matière d'outil d'aide à la décision²².



L'élaboration de la formation éducative interactive des infirmières. La trousse de la formation éducative interactive en soutien décisionnel destinée aux infirmières de Murray²⁴ sera utilisée et adaptée au contexte de la prise de décision en matière de choix d'une technique de dialyse. La formation comprend trois niveaux et elle vise à développer les habiletés suivantes : évaluer l'inconfort décisionnel et les besoins décisionnels non résolus, soutenir la prise de décision en lien avec les besoins décisionnels (communication des bénéfices/risques et avantages/inconvénients), assurer le suivi des besoins décisionnels et faciliter la progression dans la prise de décision (clarification des valeurs et délibération) et dépister les besoins en lien avec l'implantation de la décision. Le premier niveau comprend la formation théorique sur le MSDO, l'outil d'aide à la décision et les habiletés de *coaching* décisionnel décrites dans le modèle de *coaching* décisionnel de Stacey et coll.²³. Le deuxième niveau correspond à la partie pratique et consiste en un atelier de développement des habiletés en *coaching* décisionnel. Cet atelier comprend des stratégies éducatives interactives comme la démonstration

et l'évaluation d'intervention de soutien à la décision à partir de vidéos préenregistrés avec des patients standardisés et de jeux de rôle. Le troisième niveau est le développement d'habiletés de *coaching* décisionnel pour l'implantation de la décision.

Pour soutenir le processus d'évaluation de l'intervention de soutien, un outil d'analyse du soutien décisionnel est utilisé²⁷. Dans un souci de transfert des connaissances, une conseillère en soins infirmiers spécialisés sera formée à l'intervention de *coaching* décisionnel afin qu'elle puisse faciliter l'intégration de cette pratique au quotidien. Enfin, le modèle de *coaching* de Rush et coll.²⁸ sera utilisé pour soutenir le développement des habiletés des infirmières. Il permettra d'élargir la dimension du *coaching* décisionnel du modèle de Stacey et coll.²³ en une expérience de développement personnel et de découverte tant pour la personne atteinte d'une MRCA et son proche que pour l'infirmière.

• DEUXIÈME PHASE : L'IMPLANTATION PILOTE DE L'INTERVENTION DE SOUTIEN

Au cours de la phase d'implantation de l'intervention, l'infirmière intégrera l'intervention de soutien à la décision dans les activités du programme d'éducation en pré-dialyse là où se déroulera l'étude. Voici succinctement en quoi consiste ce programme. Tout d'abord, le néphrologue détermine, s'il y a lieu, les contre-indications médicales et réfère le patient et son proche au programme de pré-dialyse pour qu'ils puissent être informés des différentes techniques de dialyse en vue de son choix. Il convient d'un rendez-vous avec le patient après qu'il aura reçu l'information pour connaître sa décision. Cette rencontre a souvent lieu 2 à 3 mois après la référence au programme d'éducation en pré-dialyse. Dès la réception de la référence, l'infirmière planifie les activités de préparation au choix d'une technique de dialyse. Les principales activités sont les suivantes : la rencontre initiale (collecte des données et orientation aux séances éducatives de

groupe ou individuelle), la tenue des rencontres éducatives le mois suivant la rencontre préparatoire et les rencontres de suivi et de gestion des symptômes conjointement avec les visites médicales jusqu'au début de la dialyse. Lors de ces rencontres, le patient est invité à faire connaître son choix afin que les préparatifs médicaux puissent être organisés pour amorcer la dialyse dans un contexte planifié.

Dans le cadre de cette étude, nous prévoyons que les infirmières utiliseront l'outil d'aide à la décision et intégreront les interventions de *coaching* décisionnel à différents moments dans le cadre des activités du programme d'éducation en pré-dialyse.

• TROISIÈME PHASE : L'ÉVALUATION DE L'INTERVENTION DE SOUTIEN

Le but de cette phase est de comprendre l'expérience de cette intervention telle que vécue par la personne atteinte d'une MRCA et son proche (famille/ami) de même que par l'infirmière qui aura réalisé l'intervention. Il cherche aussi à cerner les éléments de l'intervention qui influencent le soutien à la décision.

L'approche d'évaluation de la 4^e génération ou devis constructiviste de Guba et Lincoln²⁹ est le devis de recherche que nous avons privilégié pour cette phase. De nature qualitative et participative, le processus d'évaluation implique l'étude de cas constitués d'un groupe de personnes rapportant leur expérience du phénomène étudié. Dans cette étude, un cas comprendra un patient et son proche qui auront bénéficié de l'intervention de même que de l'infirmière qui aura réalisé l'intervention de soutien. Huit cas seront recrutés en tenant compte de caractéristiques qui influencent le choix d'une technique de dialyse soit : l'âge, le sexe, et le réseau social. Comme ce type d'étude doit être réalisé dans le contexte naturel, soit où a lieu la prise de décision quant au choix d'une technique de dialyse, les entrevues en profondeur seront réalisées pour le patient des patients et leur proche au domicile et pour l'infirmière à la clinique de pré-dialyse.

Cette approche d'évaluation fait ressortir à travers les analyses du discours et la validation une construction conjointe et consensuelle des résultats de

l'évaluation^{30,31} (voir figure 1). La chercheuse s'engage dans un processus d'interprétation du discours afin d'en trouver un sens pour ensuite construire un récit de cette expérience et en valider son interprétation auprès du participant. Les échanges entre la chercheuse et le participant visent l'obtention d'un consensus. Lorsque chaque participant du cas a validé son récit, la chercheuse les réunit pour construire un résumé. Ce résumé est alors soumis aux participants pour validation. Cette mise en commun permet de dégager les similitudes et les divergences et d'obtenir une conception d'un modèle qui serait le plus signifiant et applicable pour chacune des personnes impliquées³¹. À la fin de l'étude de cas, des analyses plus détaillées sont réalisées en vue de présenter les résultats en lien avec l'expérience de l'intervention de soutien.

Afin d'obtenir une compréhension en temps réel de l'intervention de soutien à la décision, des entretiens qualitatifs sont

par l'utilisation d'un logiciel de gestion des données. Les critères de rigueur de Guba et Lincoln²⁹ seront adoptés pour assurer la qualité scientifique de l'étude.

Au cours de cette phase, nous évaluons plus particulièrement les composantes de l'intervention de soutien à la décision (outil d'aide à la décision et *coaching*) et leurs influences sur la préparation à la décision, le choix de la technique de dialyse et la qualité de la décision tant pour la personne atteinte d'une MRCA et son proche que pour l'infirmière. Aussi, nous étudierons l'expérience du *coaching* décisionnel sur le plan de la découverte de soi et du développement personnel. Enfin, nous évaluons les interventions de soutien que les infirmières peuvent utiliser pour faciliter l'évaluation, la clarification et la délibération et l'implantation de la décision.

Plusieurs retombées sont anticipées. Sur le plan clinique, cette recherche multiméthode, centrée sur des interventions en sciences infirmières, devrait contribuer à améliorer la qualité de la décision entourant le choix d'une technique de dialyse afin de favoriser l'auto-gestion de la santé. Elle devrait aussi mener à des résultats cliniques se traduisant par l'amélioration de la qualité des soins auprès des patients et du proche qui l'accompagne dans sa décision ainsi que l'amélioration des habiletés en soutien décisionnel chez les infirmières qui ont à mettre en œuvre cette intervention. Sur le plan de la recherche, nous apporterons des données probantes dans le développement et l'évaluation d'une intervention de soutien à la décision tout en mettant les bases pour une recherche expérimentale sur l'impact d'une intervention de soutien à la décision sur la qualité de la décision entourant le choix d'une technique de dialyse. Utilisant une approche participative, les participants deviennent des co-chercheurs et le résultat de la recherche, une co-création. Cette proximité entre chercheuse et clinicien constitue la force de ce devis de recherche et permet de tenir compte de la réalité de chacun. Finalement, sur le plan théorique, nous prévoyons des retombées intéressantes sur le MSDO ainsi que sur le modèle de *coaching* décisionnel, ce qui contribuera au développement du rôle de l'infirmière dans le soutien à la décision.

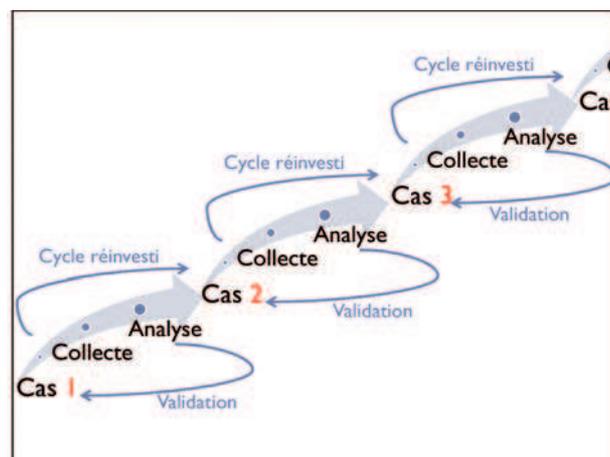


Fig.1 Schématisation de la méthode pour l'étude de cas multiples dans l'évaluation de 4^e génération de Joannette (2009)³⁵.

prévus à différents moments. Pour les patients et leur proche, ces moments sont les suivants : après la rencontre initiale et la rencontre de clarification et de délibération avec l'infirmière et après la consultation avec le néphrologue. Pour l'infirmière, les entretiens seront réalisés après la rencontre initiale avec le patient et son proche et après la rencontre de clarification et délibération.

Les entretiens qualitatifs seront transcrits sur traitement de texte et seront analysés selon un processus herméneutique et dialectique³². Les unités de sens seront identifiées puis seront classées en catégorie et en thème à partir de la règle de ressemblance et de la différence. Cette démarche d'analyse sera soutenue

Plusieurs retombées sont anticipées. Sur le plan clinique, cette recherche multiméthode, centrée sur des interventions en sciences infirmières, devrait contribuer à améliorer la qualité de la décision entourant le choix d'une technique de dialyse afin de favoriser l'auto-gestion de la santé. Elle devrait aussi mener à des résultats cliniques se traduisant par l'amélioration de la qualité des soins auprès des patients et du proche qui l'accompagne dans sa décision ainsi que l'amélioration des habiletés en soutien décisionnel chez les infirmières qui ont à mettre en œuvre cette intervention. Sur le plan de la recherche, nous apporterons des données probantes dans le développement et l'évaluation d'une intervention de soutien à la décision tout en mettant les bases pour une recherche expérimentale sur l'impact d'une intervention de soutien à la décision sur la qualité de la décision entourant le choix d'une technique de dialyse. Utilisant une approche participative, les participants deviennent des co-chercheurs et le résultat de la recherche, une co-création. Cette proximité entre chercheuse et clinicien constitue la force de ce devis de recherche et permet de tenir compte de la réalité de chacun. Finalement, sur le plan théorique, nous prévoyons des retombées intéressantes sur le MSDO ainsi que sur le modèle de *coaching* décisionnel, ce qui contribuera au développement du rôle de l'infirmière dans le soutien à la décision.

Conflit d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts. Cette étude est réalisée dans le cadre d'étude doctorale au programme des sciences cliniques, cheminement en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Cette étude est sous la direction de professeure Cécile Michaud et Annette O'Connor.

La version complète de l'article est publiée en anglais dans la revue CANNT : 2011 Jul-Sep ; 21(3) : 13-18.

Remerciement

L'élaboration de ce protocole a bénéficié d'une subvention de formation au doctorat provenant du Ministère de l'Éducation des Loisirs et des Sports du Québec et du Fonds de recherche GRAPPE de l'Hôpital Charles Le Moyne.

Références

1. Harwood L., Locking-Cusolito H., Spittal J., Wilson B. et White S. : Preparing for hemodialysis: Patient Stressors and Responses, "Nephrology Nursing Journal", 32(3), 2005, 295-303.
2. O'Connor A.M., Jacobsen M.J. et Stacey D. : An evidence-based approach to managing women's decisional conflict, "JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing" 3, 2002, 570-578.
3. Whittaker A.A. et Albee B.J. : Factors influencing patient selection of dialysis treatment modality, "American Nephrology Nurse Association", 23(4), 1996, 369-375.
4. Renal Physicians Association : Renal physicians association clinical guidelines #3. Appropriate patient preparation for renal replacement therapy. Duke Evidence-based Practice Center. Center for Clinical Health Policy Research, 2002.
5. Lin C., Bih-O Lee B.O., Hicks F.D. : The phenomenology of deciding about hemodialysis among Taiwanese, "Western Journal of Nursing Research", 27(7), 2005, 915-929.
6. O'Connor A. et Jacobsen M.J. : Conflit décisionnel: évaluation et aide apportée aux clients confrontés à des décisions concernant leur santé document, 1998, révisé 2000, Document téléaccessible au http://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/Conflit_Decisionnel.pdf. Consulté le 9 janvier 2010.
7. Sprangers B., Evenepoel P. et Vanrenterghem Y. : Late referral of patients with chronic kidney disease: no time to waste, "Mayo Clinic Proceedings", 81, 2006, 1487-1494.
8. Pfetscher, S.A. : Making decisions about end-stage renal disease treatment: a review of theories and issues. "Advances in Renal Replacement Therapy", 4(1) 1997, 81-89.
9. Lee A., Gudex C., Povlen J.V., Bonnevie B. et Nielsen C.P. : Patients' views regarding choice of dialysis modality, "Nephrology Dialysis Transplant", 23, 2008, 3953-3959.
10. Klang B., Bjorvell H., et Clyne N. : Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge, "Journal of Advanced Nursing", 29(4), 1999, 869-876.
11. Manns B.J., Taub K., Vanderstraeten C., Jones H., Mills C., Visser M., et McLaughlin K. : The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: A randomized trial, "Kidney International", 68, 2005, 1777-1783.
12. Finkelstein F.O., Story K., Firaneck C., Barre P., Takano T., Soroka S., Mujais S., Rodd K. et Mendelssohn D. : Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies, "Kidney International", 74, 2008, 1178-1184.
13. Landreneau K.J. et Ward-Smith P. : Perceptions of adult patients on hemodialysis concerning choice among renal replacement therapy, "Nephrology Nursing Journal" 34(5), 2007, 513-525.
14. Mehrotra R., Marsh D., Vonesh E., Peters V. et Nissensohn A. : Patient education and access of ESRD patients to renal replacement therapies beyond in-center hemodialysis, "Kidney International", 68, 2005, 378-390.
15. Michaud C. et Loisel M.C. : Évaluation d'un programme de prédialyse, "Perspective infirmière", 1(2), 2003, 41-46.
16. Orsino A., Cameron J.L., Seidl M., Mendelssohn D. et Stewart, D. : Medical decision-making and information needs in end-stage renal disease patients, "General Hospital Psychiatry", 25, 2003, 324-331.
17. Tweed A.E. et Ceaser K. : Renal replacement therapy choices for pre-dialysis renal patients, "British Journal of Nursing", 14(12), 2005, 659-664.
18. O'Connor A.M., Bennett C.L., Stacey D., Barry M., Col N.F., Eden K.B., Entwistle V.A., Fiset V., Holmes-Rovner M., Khangura S., Llewellyn-Thomas H. et Rovner D. : Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. "Cochrane Database of Systematic Reviews", Issue 1. 2009, Art. No. : CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.
19. Kennedy A., Sculpher M.J., Coulter A., Dwyer N., Rees M., Abrans K.R., Horsley S., Cowley D., Kidson C., Kirwin C., Naish C. et Stirrat, G. : Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs. A randomized controlled trial. "JAMA: Journal of the American Medical Association", 288, 2002, 2701-2708.
20. Greenfield, S., Kaplan, S.H., Ware, J.E., Yano, E.M., Frank, H. J. : Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. "Journal of General Internal Medicine", 3, 1988, 448-457.
21. O'Connor A.M., Drake E., Fiset V., Graham I., Laupacis A. et Tugwell, P. : The Ottawa patient decision aids. "Effective Clinical Practice", 2(4) 1999, 163-170.
22. Elwin G. et O'Connor A.M. : The international patient decision aids standard (IPDAS) collaboration: The checklist, the instrument, and the next step. . In A. Edwards, G. Elwyn, (2e éd.), Shared decision making in health care. Achieving evidence-based patient choice, 2009, (p. 29-35). New York: Oxford University press.
23. Stacey D., Murray M.A., Légaré F., Dunn S., Menard P. et O'Connor, A.M. : Decision coaching to support shared decision making: A framework, evidence, and implications for nursing practice, education and policy. "Worldview on Evidence-Based Nursing, first quarter", 2008, 25-35.
24. Murray, M.A. : Assessing and addressing research-practice gaps in practitioners' provision of decision support for terminally-ill cancer patients considering the place of their end-of-life care: design and evaluation of a multi-faceted educational intervention. Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université d'Ottawa, Ottawa, 2009.
25. Jacobsen M.J. et O'Connor A.M. : Évaluation des besoins d'une population. Livret de travail pour l'évaluation des clients et des praticiens concernant les prises de décisions, 1999, Document téléaccessible au <http://decisionaid.ohri.ca/francais/resources.html>. Consulté le 9 janvier 2010.
26. O'Connor A.M. et Jacobsen M.J. : Workbook on developing and evaluating patient decision aid, 2003, Document téléaccessible au http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/Develop_DA.pdf. Consulté le 12 avril 2010.
27. Stacey D., Taljaard M., Drake E.R. et O'Connor, A.M. : Audit and feedback using the brief Decision Support Analysis Tool (DSAT-10) to evaluate nurse-standardized patient encounters, "Patient Education and Counseling", 73, 2008, 519-525.
28. Rush, D. D., Shelden, M. L., Hanft, B.E. (2003). Coaching families and colleagues: a process for collaboration in natural setting. Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices, 16 (1), 33-47
29. Guba E.G. et Lincoln Y.S. : Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Pub, 1989.
30. Michaud C. : Apprentissages de parents et d'infirmières lors de l'application du PRIFAM Programme précoce d'interventions familiales à la naissance d'un enfant avec une déficience. Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal, Université McGill, Montréal, 2000.
31. Sylvain H. : L'alliance des perspectives et des expertises: Modèle d'intervention infirmières s'adressant aux femmes atteintes de fibromyalgie et leur conjoint. Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, 2000.
32. Skrtic T. M., Guba E. G., et Knowlton H. E. : Interorganizational Special Education Programming in Rural Areas: Technical Report of the Multisite Naturalistic Field Study (Research Contract No. 400-81-0017 from the National Institute of Education). Lawrence: University of Kansas, 1985.
33. Joannette, S. (2009). Évaluation constructiviste du dépistage en oncogériatrie. Communication présentée au premier séminaire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 12 novembre.