

AUDREY FERRON PARAYRE

**LE DÉPISTAGE DU CONFLIT DÉCISIONNEL CHEZ LES PATIENTS EN SOINS  
PRIMAIRES : VALIDATION DU TEST *SURE***

Mémoire présenté  
à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval  
dans le cadre du programme de maîtrise en santé communautaire  
pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SOCIALE ET PRÉVENTIVE  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

2013

## RÉSUMÉ

Cette étude a évalué les propriétés psychométriques d'un outil de dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif, le test SURE, auprès de patients présentant une infection aiguë des voies respiratoires et devant prendre une décision quant à la prise ou non d'antibiotiques. Au moyen d'un questionnaire auto-administré qui leur était fourni immédiatement après la consultation médicale, les 712 patients recrutés dans neuf unités de médecine familiale rattachées à l'Université Laval devaient répondre aux questions du test SURE et par la suite à celles de l'Échelle de Conflit Décisionnel (ÉCD), la mesure de référence du conflit décisionnel. Le coefficient de fidélité Kuder-Richardson 20 du SURE a été de 0,7, et les mesures d'association et de corrélation entre les résultats continus de l'ÉCD et ceux du SURE se sont avérées significatives ( $P < 0,0001$ ). La sensibilité et la spécificité ont été respectivement de 94,3% (79,4-99,0) et 85,2% (82,2-87,8). Cette étude suggère que le test SURE est adéquat pour dépister le conflit décisionnel en soins primaires. La validité du test dans différents contextes décisionnels devra être évaluée.

## ABSTRACT

This study validated the psychometric properties of a screening tool assessing decisional conflict, the SURE test, in patients with acute respiratory infection who had to make a decision about taking antibiotics or not. Using a self-administered questionnaire which was provided immediately after the medical encounter, 712 patients recruited in nine family practice teaching units related to Laval University were asked to respond to SURE and Decisional Conflict Scale (DCS) questions, the gold-standard measure of decisional conflict. The internal consistency using Kuder-Richardson 20 coefficient was 0.7, and there was a significant correlation between DCS and SURE scores ( $P < 0.0001$ ). Sensitivity and specificity were 94.3% (79.4-99.0) and 85.2% (82.2-87.8, respectively). This study suggests that the SURE test is appropriate to screen for decisional conflict in primary care. The validity of the test in different decisional contexts should be evaluated.

## **AVANT-PROPOS**

« Le droit mène à tout. » Cette expression ne m'est jamais apparue aussi vraie qu'au cours des deux dernières années. Ayant complété toutes mes études pour devenir avocate, je me considère d'abord et avant tout comme une juriste, à l'aise avec les règles et les principes de droit et de justice. Ce mémoire représente la fin d'un beau parcours qui m'a amenée à découvrir le monde de la santé communautaire, et qui m'a permis de le mettre en relation avec l'univers académique et professionnel d'où je viens.

Le chemin pour trouver un projet capable d'allier la santé communautaire à mes intérêts juridiques n'a pas été évident, mais je souhaitais rapprocher le droit au consentement libre et éclairé, les pratiques professionnelles en santé et leur influence sur la santé des populations. La prise de décision partagée s'est imposée à moi comme une réponse à mes attentes; on y retrouve des considérations pour le consentement libre et éclairé aux soins, pour le devoir d'information, et cette pratique vise ultimement une approche centrée sur le patient ainsi qu'une amélioration de la santé globale des populations. J'ai par ailleurs été intéressée par le dépistage du conflit décisionnel en tant qu'une composante essentielle de la pratique de la prise de décision partagée. Le dépistage du conflit décisionnel permet de vérifier avec le patient son état de confort face à la décision médicale qu'il doit prendre. Dépister et évaluer le conflit décisionnel chez un patient, c'est permettre à ce dernier d'acquérir tous les outils pour prendre une décision qui lui convienne, ce qui rejoint et dépasse même le concept légal de consentement libre et éclairé.

### **Contribution de l'étudiante au projet**

Afin de mettre en pratique mes intérêts pour le processus de prise de décision, l'équipe de recherche de Dre Légaré a consenti à ce que j'utilise une partie des données provenant de

l'étude DÉCISION+2<sup>1</sup> pour évaluer les propriétés psychométriques de l'outil de dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif SURE en soins primaires. En plus de concevoir et de réaliser ce projet de recherche (formulation des questions de recherche, objectifs et hypothèses, analyse des données, interprétation des résultats et rédaction d'un article scientifique), j'ai participé activement au traitement, à l'analyse et à l'interprétation des données de l'étude principale DÉCISION+2. J'ai également réalisé une revue systématique de la littérature portant sur la prévalence de conflit décisionnel dans le contexte des soins primaires afin de 1) déterminer l'importance que représente le diagnostic du conflit décisionnel dans ce contexte de soins et de 2) permettre une certaine comparaison entre la prévalence estimée de conflit décisionnel dans mon projet de recherche et celle relevée en d'autres contextes.

Mon projet a donné lieu à un article scientifique, « *Validation of SURE, a four-item screening tool for decisional conflict in patients* », soumis le 5 juillet 2012 au journal *Medical Decision Making*. Ce journal révisé par les pairs est la publication officielle de la *Society for Medical Decision Making*<sup>2</sup>. J'ai personnellement rédigé en anglais l'ensemble de l'article, lequel a été révisé et corrigé par ma directrice ainsi que les co-auteurs, Dr Michel Labrecque, Dr Michel Rousseau et Stéphane Turcotte. J'ai également pu bénéficier d'une relecture de mon manuscrit par une anglophone, Louisa Blair, qui s'est notamment assurée d'un usage approprié du vocabulaire et de la syntaxe pour une revue scientifique américaine.

---

<sup>1</sup> Légaré F, Labrecque M, Godin G, LeBlanc A, Laurier C, Grimshaw J, et al. Training family physicians and residents in family medicine in shared decision making to improve clinical decisions regarding the use of antibiotics for acute respiratory infections: protocol for a clustered randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*2011;12:3.

<sup>2</sup> Medical Decision Making. About the Title. Consulté en ligne le 19 juillet 2012 au <http://www.sagepub.com/journalsProdDesc.nav?prodId=Journal201430#tabview=title>

## REMERCIEMENTS

Quand on me demande s'il est difficile de réaliser une maîtrise, je réponds souvent que c'est comme courir un marathon; l'effort est soutenu et constant, et les derniers kilomètres sont particulièrement éprouvants! Heureusement, j'ai pu compter sur le soutien et la collaboration de nombreuses personnes qui ont facilité mon parcours. Je tiens ici à leur témoigner toute ma gratitude.

Je veux d'abord remercier ma directrice, France Légaré, pour m'avoir fait confiance et m'avoir poussée sans cesse à donner le meilleur de moi-même. Son exigence, sa rigueur et sa passion ont fait de ma maîtrise un apprentissage des plus enrichissants. Je la remercie également de m'avoir offert des opportunités incroyables de participer à des projets d'envergure, et de rencontrer des chercheurs reconnus internationalement dans les domaines de la prise de décision partagée et du transfert des connaissances.

Je tiens aussi à remercier toute l'équipe de recherche avec qui j'ai eu la chance et le privilège de travailler pendant plus d'un an et demie. Leur soutien, la richesse de leurs expériences et leur grande disponibilité à partager avec les étudiants ont réussi à faire de chaque journée passée au Centre de recherche une expérience stimulante. Je remercie plus particulièrement Michel Labrecque, Hubert Robitaille, Renée Drolet et Stéphane Turcotte. Nicolas et Hugues, merci d'avoir partagé mon sprint final et de m'avoir fait garder le sourire! Un précieux merci enfin aux nombreux patients qui ont accepté de remplir les questionnaires de l'étude DÉCISION+2; sans eux, mon projet n'aurait pu se réaliser!

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance et mon appréciation aux professeurs et à la direction du programme de maîtrise en santé communautaire; vos cours et la collégialité de ce programme vont me manquer!

En terminant, je ne saurais assez remercier les personnes merveilleuses par qui j'ai le bonheur d'être entourée dans mon quotidien. Je souhaite remercier ma famille et mes amis, spécialement Josianne, Simon, Andrée-Anne et Jean-Philippe pour leurs encouragements et leur soutien. Ils ont su me faire rire, me divertir et me détendre quand j'en avais grandement besoin. Je veux finalement remercier profondément mes parents, Marie France et Marc, de même que leurs conjoints respectifs, André et Micheline. Vous avez su partager mes doutes, mes craintes, mes joies et mes peines, m'écouter et me conseiller judicieusement. Merci pour votre appui indéfectible, votre compréhension et vos questionnements, qui m'obligent à toujours donner le meilleur de moi-même et me donnent la confiance nécessaire pour poursuivre. Votre amour fait de moi une meilleure personne.

À vous tous, merci.

## TABLE DES MATIÈRES

<i>Résumé</i> .....	ii
<i>Abstract</i> .....	ii
<i>Avant-propos</i> .....	iii
<i>Remerciements</i> .....	v
<i>Liste des figures</i> .....	ix
<i>Liste des tableaux</i> .....	x
<i>Liste des annexes</i> .....	xi
<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>13</b>
<b><i>Chapitre 1 – Prestation des soins de santé et santé communautaire</i></b> .....	<b>16</b>
1.1 La notion de santé en évolution.....	16
1.2 La santé communautaire.....	17
1.3 Le vecteur organisationnel .....	20
1.4 La prise de décision partagée.....	23
1.4.1 Les considérations éthiques et légales .....	25
1.4.2 Les considérations politiques.....	27
1.5 Résumé.....	29
<b><i>Chapitre 2 – État des connaissances</i></b> .....	<b>31</b>
2.1 Le conflit décisionnel : concept et définition .....	31
2.2 Cadre conceptuel.....	33
2.3 La mesure du conflit décisionnel.....	35
2.4 Le dépistage du conflit décisionnel .....	36
2.5 La prévalence de conflit décisionnel .....	38
2.5.1 Question de la revue systématique de la littérature et méthodologie.....	38
2.5.2 Synthèse des résultats .....	40
2.5.3 Discussion.....	41
2.6 Résumé.....	45
<b><i>Chapitre 3 – Question de recherche, hypothèses et objectifs</i></b> .....	<b>46</b>
3.1 Contexte clinique de l'étude .....	46
3.2 Objectifs et hypothèses.....	47

<b>Chapitre 4 – Article scientifique .....</b>	<b>49</b>
<b>Chapitre 5 – Discussion.....</b>	<b>76</b>
5.1 Est-il approprié de procéder au dépistage du conflit décisionnel? .....	76
5.2 Considérations et conséquences d’un dépistage du conflit décisionnel .....	81
5.3 Forces et limites du projet de recherche .....	83
<b>Chapitre 6 – Transfert des connaissances.....</b>	<b>85</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>87</b>
<b>Références.....</b>	<b>89</b>



**LISTE DES FIGURES**

- FIGURE 1**      Modèle conceptuel de santé publique du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)
- FIGURE 2**      Santé publique et prestation des services de santé
- FIGURE 3**      Outil SURE
- FIGURE 4**      Ordinogramme de la sélection des études
- FIGURE 5**      Modèle d'aide à la décision d'Ottawa (*Ottawa Decision Support Framework*)
- FIGURE 6**      Répartition des résultats d'un dépistage

**LISTE DES TABLEAUX****TABLEAU 1**      Caractéristiques des études incluses

**LISTE DES ANNEXES**

- ANNEXE 1** Autorisation du comité d'éthique du Centre de Santé et de Services Sociaux de la Vieille-Capitale
- ANNEXE 2** Formulaire de consentement des patients
- ANNEXE 3** Questionnaire pré-consultation médicale : données sociodémographiques des patients
- ANNEXE 4** Questionnaire post-consultation médicale : Échelle de Conflit Décisionnel, outil SURE, Échelle de Regret Décisionnel, adhérence et reconsultation
- ANNEXE 5** Affiche présentée aux 15<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique
- ANNEXE 6** Confirmation de l'acceptation d'un résumé pour présentation par affiche à la Journée annuelle de la recherche de la Faculté de Médecine de l'Université Laval 2012
- ANNEXE 7** Confirmation de l'acceptation d'un résumé pour présentation par affiche au 34<sup>e</sup> congrès annuel de la *Society for Medical Decision Making*
- ANNEXE 8** Confirmation de soumission de l'article scientifique au journal *Medical Decision Making* et retour des réviseurs

*The good physician treats a disease;  
the great physician treats the patient who has the disease.*

Sir William Osler, médecin Canadien (1849-1919)

## INTRODUCTION

On estime qu'un million de nouvelles publications sont ajoutées annuellement au corpus du savoir médical (1). Ce flot d'informations, de connaissances et de découvertes médicales génère sans cesse de nouvelles données probantes que les cliniciens tentent d'intégrer à leur pratique (2). Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant que l'utilisation des données probantes donne lieu à plus d'incertitude que de certitude quant aux bons comportements à adopter, aux traitements à privilégier ou encore aux interventions à favoriser (3). L'équipe de *ClinicalEvidence*, un groupe scientifique du *British Medical Journal*, recense régulièrement les données probantes disponibles pour près de 3000 traitement communément utilisés dans le domaine de la santé<sup>3</sup>. Lors de la dernière mise à jour en 2012, pour la population visée, *ClinicalEvidence* a déterminé que les données probantes disponibles pour 50% de ces traitements ne permettent pas de conclure de manière définitive sur leur efficacité, que 23% des traitements sont susceptibles d'être bénéfiques, que pour 7% il n'est pas clair que les bénéfices soient supérieurs aux risques, que 6% sont susceptibles de ne pas être bénéfiques, que 3% sont susceptibles d'être inefficaces ou nuisibles à la santé et que 11% sont clairement bénéfiques pour la santé de la population. En résumé, dans 89% des traitements évalués, les conclusions de cette équipe sont que les bénéfices à tirer pour l'ensemble de la population représentent une zone « grise », alors que 11% des traitements évalués seraient bénéfiques pour la population visée et que pour 3% de ces traitements, la population subirait des conséquences délétères. Cette zone grise constitue une part importante de l'incertitude inhérente aux décisions de santé, mais n'en est pas la seule composante.

Les résultats « moyens » issus d'une recherche réalisée chez un échantillon de la population ne peuvent être appliqués directement à un seul patient (4-6). En d'autres termes, les professionnels de la santé, lorsqu'ils sont avec un patient spécifique et singulier comparativement à tous les autres patients présentant le même problème de

---

<sup>3</sup> <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>

santé, ne peuvent pas inférer qu'il bénéficiera du même effet d'une intervention que celui observé en moyenne dans les études (7). Ils doivent prendre en considération la nature probabiliste des données probantes au niveau de l'individu. La prise de décision partagée, qui représente le partage de l'expertise du professionnel de la santé et celle du patient, permet une réponse à ses grands défis en favorisant une pratique centrée sur le patient et en facilitant une décision médicale individualisée et adaptée à chaque cas, et ce en fonction de la nature probabilistique de la donnée probante (8, 9). La prise de décision partagée se définit par la connaissance et la compréhension des données probantes disponibles sur les risques et les bénéfices des options disponibles pour le patient, tout en veillant à ce que les valeurs et préférences de ce dernier soient considérées lors du choix d'une option (10-12).

L'incertitude en matière de soins de santé touche tous les domaines, toutes les populations, toutes les situations. Elle demande donc une réponse qui soit concertée entre les acteurs directement touchés (patients et professionnels de la santé), mais également avec les décideurs et les gestionnaires qui adoptent et appliquent les politiques et les directives touchant l'organisation et la prestation des soins de santé (13). La prise de décision partagée représente une avenue intéressante pour l'ensemble de ces acteurs. Nous verrons dans mon mémoire que l'une des méthodes mises de l'avant pour favoriser cette prise en charge collaborative de l'incertitude par la prise de décision partagée est d'identifier le conflit décisionnel cliniquement significatif chez le patient amené à prendre une décision (14). Le conflit décisionnel est un état d'incertitude personnelle sur la meilleure option à choisir (15). Un tel état est susceptible de se produire lorsque les options offertes présentent des risques ou des résultats incertains, des enjeux importants en termes de bénéfices potentiels et de pertes, le besoin de reconsidérer ses valeurs ou l'anticipation d'un regret vis-à-vis des aspects positifs de l'option rejetée (16, 17). À un certain seuil, on réfère à un conflit décisionnel cliniquement significatif, puisque les conséquences chez le patient sont marquées. La mise au point d'un outil de dépistage valide et fiable est une condition essentielle à l'identification du conflit décisionnel

cliniquement significatif dans les milieux cliniques (18). Mon étude vise à évaluer les propriétés psychométriques de l'outil SURE pour le de dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif dans le contexte du traitement des infections aiguës des voies respiratoires en soins de première ligne.

Plus spécifiquement, je situerai dans un premier temps les moyens employés en organisation et prestation des soins de santé pour favoriser une implication collaborative des patients à la prise de décision médicale – la prise de décision partagée – dans le contexte global de la santé communautaire. Par la suite, un cadre conceptuel du processus décisionnel clinique et l'état des connaissances sur le conflit décisionnel seront présentés. Une attention particulière sera portée à la recension des études ayant documenté les prévalences de conflit décisionnel cliniquement significatif au sein de différentes populations et dans différents contextes de prise de décision en soins primaires La question de recherche de même que les objectifs de ce mémoire précéderont l'article scientifique, qui donnera de plus amples indications sur la méthodologie utilisée et présentera les résultats de ma recherche. Finalement, je discuterai des implications, des forces et des limites du présent travail, et des stratégies de transfert de connaissances adoptées pour faire valoir les données issues de ce projet.

## CHAPITRE 1 – PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ ET SANTÉ COMMUNAUTAIRE

### 1.1 La notion de santé en évolution

Depuis de nombreuses années, il est admis par l'ensemble de la communauté internationale que l'absence seule de maladie n'est pas suffisante pour qu'une personne soit considérée « en santé ». La notion de santé implique en effet des dimensions beaucoup plus larges. En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (19).

Bien que cette définition soit reconnue internationalement, des voix commencent à soulever des questionnements face à cette conception jugée « idéaliste » de la santé (20-22). En effet, à une époque où les maladies chroniques sont une réalité de plus en plus préoccupante, comment concilier une vision de *complet bien-être* avec des conditions de santé quotidiennement astreignantes pour une portion croissante de la population? Ces personnes, si elles gèrent et contrôlent adéquatement leur maladie et demeurent pleinement actives, doivent-elles être automatiquement considérées *en mauvaise santé*? Et comment mesurer et évaluer une réalité aussi abstraite que le *complet bien-être*? Cette conception « absolue » de la santé devient impraticable concrètement, puisque peu d'entre nous peuvent réellement affirmer être en « complet bien-être physique, mental et social ». Il s'agit d'un absolu inatteignable (23, 24).

Ce sont ces réflexions qui ont poussé Huber et collègues (2011) à suggérer une redéfinition de la santé. Dans une analyse des réalités de santé propres au 21<sup>e</sup> siècle, les auteurs proposent plutôt de définir la santé comme « la capacité de s'adapter et de s'autogérer [traduction libre] » (23). Une telle définition permet de mieux intégrer des notions essentielles à la santé, comme l'*empowerment* des individus, leur résilience ou « capacité à faire face, à maintenir et à restaurer leur intégrité, leur équilibre et leur propre sens du bien-être [traduction libre] » (23). Nous verrons à présent comment la



santé communautaire contribue à favoriser l'atteinte de tels objectifs en s'intéressant aux différents déterminants qui façonnent l'état de santé des populations.

## 1.2 La santé communautaire

Les termes santé communautaire, santé publique et santé des populations peuvent tous désigner un vaste champ d'intérêt consacré à l'observation et à l'amélioration des déterminants et de l'état de santé populationnel par une approche collective plutôt qu'individuelle (25). Bien que certaines distinctions puissent être relevées dans la littérature (25), aux fins du présent mémoire, les termes « santé communautaire » et « santé publique » seront utilisés indistinctement.

L'OMS définit depuis 1952 la santé publique comme :

[...] la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité. (26)

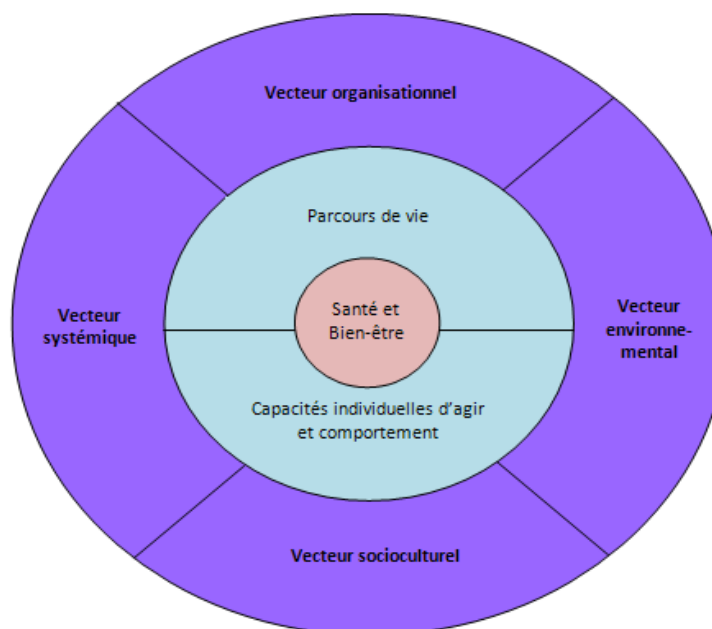
Bien qu'elle date de plus d'un demi-siècle, cette définition demeure d'actualité puisqu'elle englobe toujours les fonctions de santé publique jugées essentielles, à savoir la *surveillance* de l'état de santé populationnel, la *promotion* de la santé, la *prévention* des troubles de santé et la *protection* publique de la santé. À ces quatre fonctions essentielles de la santé publique s'ajoutent, au Québec, des fonctions de soutien qui appuient de manière concrète la mise en place des fonctions essentielles (27). Il s'agit des fonctions de 1) réglementation, législation et politiques publiques, de 2) recherche et innovations et de 3) développement et maintien des compétences.

Les déterminants de la santé sont quant à eux l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus

ou des populations » (28). Au Québec, la santé publique vise à influencer sur les déterminants de la santé afin de favoriser « le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu » (29). Les déterminants de la santé sont regroupés sous cinq dimensions principales, à savoir : 1) les facteurs biologiques et génétiques, 2) les habitudes de vie, 3) les conditions et milieux de vie, 4) l'environnement physique et 5) l'organisation du système de santé (27).

Au Royaume-Uni, c'est le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) qui est chargé, depuis 2005, de définir et d'évaluer les recommandations en matière de santé publique. En 2009, au terme d'un premier exercice de révision des recommandations produites, un cadre conceptuel de santé publique (**Figure 1**) a été développé afin de faciliter le processus de révision et le développement de futures recommandations (30).

**Figure 1.** Modèle conceptuel de santé publique du NICE



Traduction libre de Kelly et al., 2009 (30)

Ce cadre conceptuel permet une représentation singulière des interactions agissant entre tous les déterminants de la santé, ou ce que les auteurs nomment « vecteurs », et l'individu et sa santé. Son utilisation pour le présent mémoire est intéressante parce qu'il

ne diverge pas des conceptions de la santé publique adoptées par le Québec, en plus d'offrir un cadre d'analyse exhaustif et holistique. Il place d'abord l'individu et ses caractéristiques (parcours de vie, capacités individuelles d'agir et comportement, ce qui comprend les facteurs biologiques et les habitudes de vie) au cœur des préoccupations de santé publique, englobant la santé et le bien-être comme tels. Sont ensuite regroupés tout autour les différents vecteurs qui influencent le parcours de vie des individus, leurs capacités et comportements et ultimement, leur santé.

Le vecteur *socioculturel* se préoccupe de la nature et des conséquences des relations humaines, d'un point de vue social, économique et culturel. C'est ici que l'on s'attarde aux facteurs de risque dans une perspective sociale, c.-à-d. les caractéristiques épidémiologiques démontrant la nature non aléatoire du risque au niveau d'une population. Les relations de pouvoir qui se jouent entre les différents acteurs du système de santé se retrouvent également sous ce vecteur. On peut penser par exemple au déséquilibre de pouvoir qui existe entre le médecin et son patient sous le modèle de pratique paternaliste, où le médecin domine la consultation et le processus décisionnel. On associe au vecteur *systémique* les éléments structurant d'une société : le droit, la politique, l'économie. Toutes les variables découlant de ces structures (démocratie, imposition, lois et réglementations, régulation des marchés, interventionnisme étatique, etc.) appartiennent également au vecteur systémique. Le vecteur *environnemental* pour sa part s'intéresse aux agents nuisibles de l'environnement, que ce soit à petite ou grande échelle. On y retrouve également l'environnement de travail, l'environnement scolaire, les conditions d'habitation, l'accès à l'eau potable et les systèmes de transport. Il est décrit comme le domaine classique de la santé publique, où l'on s'intéresse aux nuisances de l'environnement, à leurs effets sur les populations et aux modifications qui peuvent être apportées pour engendrer des améliorations. Le vecteur *organisationnel* complète le modèle conceptuel et correspond plus précisément aux préoccupations de santé publique particulières dans lesquelles s'inscrit le présent mémoire.

### 1.3 Le vecteur organisationnel

Selon le cadre conceptuel du NICE, le vecteur organisationnel doit être compris comme la passerelle reliant les éléments systémiques et environnementaux, soit la façon dont les structures systémiques sont transmises par les organisations sociales aux divers environnements affectant l'individu, et donc produisant des effets sur sa santé. L'organisation des soins de santé représente parfaitement le vecteur organisationnel, bien que le NICE inclue dans cette catégorie d'autres types d'organisation, comme l'organisation du travail par exemple.

L'organisation des soins de santé, dans la perspective mise de l'avant par le NICE, comporte 5 dimensions. La première concerne la disponibilité des services, une dimension essentielle qui constitue en quelque sorte la fondation sur laquelle repose les autres dimensions. Vient ensuite l'accès aux services. Bien que le Canada, tout comme la Grande-Bretagne, bénéficie d'un régime d'accès universel, il ne faut pas en conclure que les services sont pour autant accessibles à tous de façon égale. En 1971, un médecin anglais constatait les importants écarts qui existaient dans la disponibilité des soins dans un essai intitulé *The inverse care law* (31), ou « la loi des soins inversés ». La conclusion de l'auteur était bien simple : plus une population présente des besoins importants en santé, moins la quantité et la qualité des services de santé sont au rendez-vous. On pourrait croire que ces observations découlaient du fait qu'à cette époque, les soins de santé n'étaient pas encadrés par un régime d'accès universel et public. Pourtant, en 2002 une étude en arrive à des conclusions similaires, malgré la mise en place d'un système de santé public et universel (32). Ces deux essais, publiés à plus de 30 ans d'intervalle, font la lumière sur le rôle important qui peut être joué par l'organisation des soins de santé en matière de réduction des iniquités de santé.

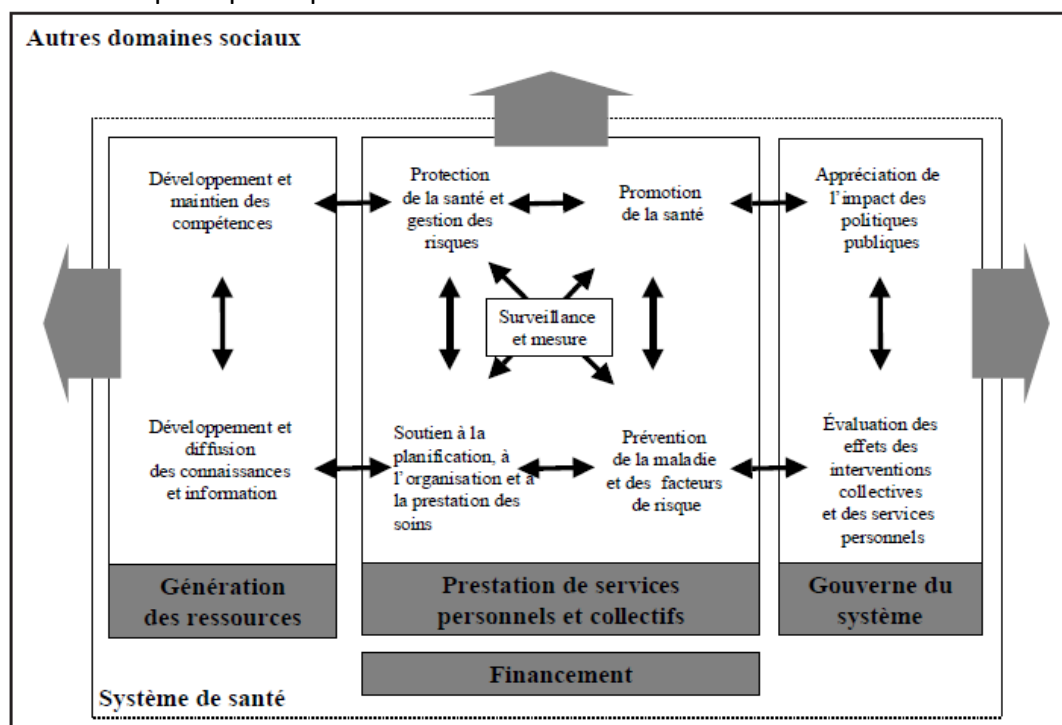
Une troisième dimension du vecteur organisationnel constitue la configuration des services, c.-à-d. les aspects de financement, d'organisation, de dispensation et

d'innovation dans les pratiques cliniques, tant sur le plan des percées pharmaceutiques que des nouvelles méthodes de travail. C'est en grande partie à cette dimension de l'organisation des soins de santé que la prise en charge des incertitudes probabilistes, populationnelles et individuelles s'applique, comme nous le verrons ultérieurement. Une quatrième dimension relève des rapports humains au sein de l'organisation, entre les professionnels de la santé et les cadres, et de ces derniers avec les décideurs politiques. La qualité de ces relations peut avoir des impacts directs sur les services de santé offerts à la population, comme ce fut le cas par exemple au Québec en 1999 lors de la grève générale des infirmiers et infirmières (33). Le comportement des patients constitue la dernière dimension du vecteur organisationnel, puisque ces derniers ne font pas usage des services de santé de façon identique, et ce pour des raisons qui leur sont plus intrinsèques. Par exemple, alors que certains sur-utilisent les services, d'autres les sous-utilisent; dans les deux cas, ces comportements ont des impacts sur la santé publique (13). Il est possible que ces variations dans l'utilisation des services de santé soient en lien avec le manque de correspondance entre les préférences des patients et les interventions qui leur sont prescrites (13, 34, 35).

Comme nous venons de l'illustrer, l'état de santé des individus peut être influencé par plusieurs aspects de l'organisation des services de santé, de la mise en application des pratiques cliniques au renforcement de la compétence des professionnels, en passant par l'usage éclairé des technologies diagnostiques et thérapeutiques et la participation des patients et de leurs proches aux soins (27). Au Québec, les auteurs Jean-Frédéric Lévesque et Pierre Bergeron (36) proposent à ce sujet de mieux intégrer la complémentarité et la spécificité de la santé publique dans l'atteinte des objectifs généraux du système de santé. En effet, ils insistent sur l'importance de rapprocher la santé publique du secteur curatif, afin notamment que les expertises propres à la santé publique puissent bénéficier au domaine de l'organisation et de la prestation des services de santé. Les auteurs ajoutent ainsi aux fonctions de santé publique précédemment mentionnées un rôle de soutien à la planification, à l'organisation et à la prestation des soins personnels, pouvant se traduire

entre autres par la diffusion des pratiques reconnues efficaces et la promotion des modes d'organisation plus favorables à la santé et à l'accessibilité des soins. Le modèle proposé par Lévesque et Bergeron vient ainsi ajouter un éclairage complémentaire au vecteur organisationnel tel que proposé par le NICE, en explicitant davantage le rôle joué par la prestation des services personnels et collectifs au sein de la santé publique. La **Figure 2** illustre cette intégration.

**Figure 2.** Santé publique et prestation des services de santé



Lévesque et Bergeron, 2003 (36)

Par ailleurs, Lévesque et Bergeron mentionnent que la santé publique peut présenter une réponse intéressante à plusieurs défis que doit actuellement relever le système de santé, notamment le déséquilibre entre les demandes de soins grandissantes et les ressources limitées, et la sous-utilisation d'interventions efficaces, ou son contraire, le recours à des interventions inefficaces ou inutiles (c.-à-d. la surutilisation d'interventions ne démontrant pas de bénéfices pour l'ensemble de la population) (36).

#### 1.4 La prise de décision partagée

Les modèles de prise de décision entre les professionnels de la santé et les patients sont une composante importante de l'organisation des soins de santé, puisqu'ils constituent une partie essentielle de toute consultation clinique et se traduisent par le recours à des traitements, interventions ou prescriptions qui impliquent des coûts importants pour la société québécoise. En plus d'influencer directement les décisions de santé qui seront prises sur le plan individuel, les modèles de santé publique proposés par le NICE (30) et par Lévesque et Bergeron (36) nous ont démontré que ces pratiques ont également des impacts du point de vue de la santé communautaire.

Les modèles de prise de décision ayant trait aux interactions entre les professionnels de la santé et les patients sont nombreux et forment un continuum allant du modèle paternaliste au modèle du patient-décideur (37). Dans le cas du modèle paternaliste, l'interaction se fait du professionnel de la santé vers le patient, les informations sont transmises selon le minimum prescrit légalement et la décision est prise par le professionnel de la santé seul. Dans le modèle du patient-décideur, on assiste à un revirement complet de la situation, à savoir que toutes les informations pertinentes à la prise de décision sont données par le professionnel de la santé au patient, et ce dernier prend seul la décision (37). Au centre de ce continuum se trouve le modèle de la prise de décision partagée (12), qui peut se définir comme :

un processus au cours duquel le professionnel de la santé et le patient travaillent ensemble afin de déterminer le recours à un test, un traitement, un suivi ou un plan de soins, basé sur les données probantes et les préférences du patient. Elle implique de fournir des informations fondées sur le meilleur niveau de données probantes quant aux options disponibles, aux risques et bénéfiques qui leur sont associés et à leur caractère probabiliste, de même qu'un soutien à la prise de décision et une mise en œuvre appropriée. [traduction libre] (13)

La prise de décision partagée, c'est la rencontre entre deux experts; le professionnel de la santé, expert des données probantes et des plus récents développements de son champ de pratique, et le patient, expert de son propre état de santé et des répercussions sur l'ensemble des sphères de sa vie (38). Ce faisant, la prise de décision partagée se trouve à

concilier deux grands courants de pratique professionnelle en santé mis de l'avant au cours des dernières décennies, soit la pratique fondée sur les données probantes (*evidence-based practice*) et la pratique centrée sur le patient (*patient-centered care*) (38, 39). La pratique fondée sur les données probantes a pour objectif l'utilisation des meilleures données issues de la recherche afin de soutenir la recommandation d'un service de santé (que ce soit une intervention, un traitement thérapeutique, des habitudes de vie, l'alimentation, etc.) (2). La pratique centrée sur le patient quant à elle vise à privilégier une approche qui tienne compte des besoins et des opinions du patient, afin que ce dernier ne soit non plus traité comme une « maladie », mais comme une personne qui vit d'une manière unique les conséquences de la « maladie » dont il est affecté, tant sur les plans physique, psychologique que social. Adopter une prise en charge biopsychosociale des patients permet d'augmenter la satisfaction de ces derniers envers les soins qu'ils reçoivent et améliore leur sentiment d'efficacité personnelle (40, 41).

Plusieurs articles ont été publiés au cours des dernières années sur les comportements cliniques à favoriser chez les professionnels de la santé pour que se développe la prise de décision partagée. Une revue systématique de la littérature ayant couvert les publications sur le sujet jusqu'en décembre 2003 a permis de colliger les différents comportements du professionnel de la santé associés à la pratique de la prise de décision partagée et d'en extraire ceux apparaissant comme essentiels (42), à savoir :

- définir/expliquer la problématique de santé;
- présenter les options (y compris celle de ne rien faire);
- discuter les bénéfices et les inconvénients associés à chaque option;
- discuter des préférences et des valeurs du patient;
- discuter de la capacité du patient (habilitation personnelle) à suivre un plan de traitement;
- fournir une recommandation fondée sur les données probantes (9);
- vérifier la compréhension du patient et apporter des clarifications au besoin;
- formuler la décision ou la reporter explicitement au besoin;



- prévoir un suivi.

[Traduction libre de *Makoul et Clayman, 2006* (42)]

Les considérations favorisant l'adoption de la prise de décision partagée comme modèle privilégié de la relation professionnel de la santé/patient sont nombreuses; nous nous attarderons ici à celles qui découlent plus particulièrement d'aspects éthiques, légaux et politiques.

#### **1.4.1 Les considérations éthiques et légales**

Un des aspects essentiels auquel répond la prise de décision partagée réside dans le respect des exigences légales liées à la décision médicale et des principes éthiques qui doivent guider la dispensation des soins (12, 43). En éthique médicale, on retrouve les deux principes-phares de la bienfaisance et de l'autonomie (44). Le principe de bienfaisance tire ses origines dans la Grèce antique, où l'on retrouve le devoir de « surtout ne pas nuire » (principe de non-malfaisance) dans le serment d'Hippocrate (45). La bienfaisance est aujourd'hui comprise comme le devoir de faire le bien et d'agir toujours dans le meilleur intérêt pour la santé du patient et celui de la santé publique, notamment par la promotion et la prévention de la santé. (44). Quant à lui, le principe de l'autonomie des patients est d'abord apparu dans le domaine de la recherche médicale sur des sujets humains, notamment avec le Code de Nuremberg, avant de s'étendre aux décisions médicales dans leur ensemble (46). Le respect de l'autonomie du patient implique d'obtenir son consentement avant de poser tout acte qui pourrait avoir des conséquences pour lui (45), un principe dont les balises légales seront ci-après explicitées.

Si, à première vue, ces deux grands principes peuvent paraître élémentaires, il faut toutefois reconnaître que leur coexistence n'est pas toujours simple et peut causer des oppositions dans leur application pratique. Un exemple vécu au Québec fût le cas de Nancy B., une jeune femme souffrant d'une maladie neurologique incurable qui était

maintenue en vie par un respirateur artificiel<sup>4</sup>. Elle demanda à ce que ce traitement cesse, ce qui signifiait inévitablement son décès. Pour son médecin, quelle décision devait alors être prise : refuser de se rendre à la demande de la jeune fille afin d'honorer le devoir de bienfaisance et la maintenir en vie, ou alors respecter ses volontés et ainsi agir conformément au principe de l'autonomie des patients? Une réponse proposée à cet important débat éthique réside précisément dans une approche de prise de décision partagée entre le patient et le professionnel de la santé. Le modèle de prise de décision partagée permet au patient de recevoir la meilleure information, selon les données probantes disponibles, sur les options qui s'offrent à lui, en laissant au professionnel de la santé une responsabilité quant aux conseils et aux avis qu'il doit fournir au patient. Il accorde au patient l'autonomie nécessaire afin que ses choix reflètent ses valeurs et préférences, reposant ainsi sur l'idée qu'une personne adéquatement informée prendra des décisions qui sont idéales à son bien-être, et que les principes de bienfaisance et d'autonomie seront donc équitablement respectés (43, 47, 48).

Nous avons vu précédemment que le principe d'autonomie du patient est aujourd'hui juridiquement encadré. Au Québec, l'obligation d'obtenir du patient son consentement trouve ses origines dans les concepts fondamentaux de l'inviolabilité de la personne et du respect de la dignité humaine, de même que dans les droits constitutionnels à l'autodétermination et à l'intégrité (49, 50). Les soins médicaux sont de nature à porter atteinte à ces droits et ce faisant, le consentement *libre* et *éclairé* de la personne est nécessaire avant d'entreprendre examens, prélèvements, traitements ou toutes autres interventions (51, 52). L'intervention des tribunaux et les textes de doctrine ont été nécessaires afin de préciser ce qui est entendu par « consentement libre et éclairé ». Dans un premier temps, un consentement libre signifie que la personne ne doit être soumise à aucune contrainte ou menace lors de sa prise de décision. Le consentement éclairé réfère quant à lui à son caractère informé. L'étendue des informations à fournir au patient comprend : la nature de sa maladie (le diagnostic); la nature et l'objectif des soins

---

<sup>4</sup> *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 30.

envisagés; les chances de réussite ou d'échec desdits soins; les risques encourus par l'acceptation de ces soins; les effets escomptés (ou bénéfiques); les choix thérapeutiques alternatifs possibles et les conséquences de l'absence de soins (ne rien faire) (53, 54). Par ailleurs, le Code de déontologie des médecins précise également le devoir d'information du médecin en stipulant que :

**29.** Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. (55)

Le modèle de prise de décision partagée permet ainsi de répondre aux exigences légales posées par le consentement libre et éclairé aux soins, de même qu'aux devoirs des médecins de « faciliter la prise de décision du patient et la respecter ».

#### **1.4.2 Les considérations politiques**

Au cours des dernières années, la prise de décision partagée a fait l'objet d'un intérêt croissant de la part des gouvernements de plusieurs pays industrialisés. En Amérique du Nord comme en Europe, les législations sont à adopter des politiques publiques qui incluent en termes clairs la prise de décision partagée comme norme de pratique professionnelle au sein des systèmes de santé (56-58). Au Canada, la prise de décision partagée n'est pas encore un sujet abordé par les politiques publiques de santé (59). Certaines initiatives gouvernementales sont tout de même prises, notamment en Saskatchewan, où le développement et l'implantation d'outils d'aide à la décision pour certaines interventions ont été mis de l'avant par le gouvernement provincial (56). On peut toutefois penser qu'avec les changements législatifs qui sont survenus récemment dans plusieurs pays occidentaux et qui ont misé de façon importante sur la promotion de la prise de décision partagée, le Canada, et plus spécifiquement les législatures provinciales, pourraient être portées à emboîter le pas. Les changements observés aux États-Unis et au Royaume-Uni sont ici décrits afin d'illustrer comment les politiques publiques tiennent compte de la prise de décision partagée.

Aux États-Unis, la récente réforme du système de santé adoptée en mars 2010 contient de nombreuses mesures visant à valoriser et promouvoir la prise de décision partagée (60, 61). La nouvelle législation inclut notamment des définitions de « soins en réponse aux préférences des patients » et d'« interventions de soutien à la décision pour les patients » qui sont conséquentes avec les prémisses de la prise de décision partagée. Plus encore, des *Shared Decision Making Resource Centers* ont été créés, avec le mandat de former les professionnels de la santé à la prise de décision partagée et aux différentes interventions qui en découlent. Par ailleurs, la création du nouveau *Center for Medicare and Medicaid Innovation* comporte expressément la mission de soutenir des projets d'incitatifs financiers pour les professionnels de la santé qui utiliseraient des outils d'aide à la décision en vue de faciliter l'implication et la prise de décision des patients (57).

Au Royaume-Uni, le *Department of Health* a adopté en 2009 la *NHS Constitution (National Health Service, NHS)*, qui établit entre autres les droits et les responsabilités qui incombent aux décideurs, aux professionnels de la santé et aux patients qui interagissent à travers toutes les entités formant le système de santé. Parmi tous les énoncés qu'on y retrouve, on aborde spécifiquement les droits des patients de prendre part à leurs décisions de santé de la manière la plus adéquate possible :

- Vous avez le droit de recevoir de l'information à propos des traitements qui vous sont offerts, incluant tous risques significatifs et les traitements alternatifs disponibles, de même que les risques associés à ces derniers;
- Vous avez le droit de faire vos propres choix de santé et de recevoir l'information nécessaire à ces choix. Les options qui seront disponibles pour vous s'ajusteront au fil du temps et selon vos besoins.
- Le Service de Santé National s'engage à vous offrir de l'information pertinente, fiable et facilement accessible afin de vous permettre de participer pleinement à vos propres choix de santé. [traduction libre] (62)

La prise de décision partagée est en voie de devenir la norme en Angleterre, particulièrement depuis que les nouvelles dispositions du *Health and Social Care Bill* font de la promotion de celle-ci une mission obligatoire pour les commissions chargées de la gestion et de l'évaluation du système de santé partout au pays (58, 63).

Si les systèmes de santé de deux nations industrialisées comme les États-Unis et le Royaume-Uni se dotent législativement de la prise de décision partagée comme modèle de décision en soins de santé, c'est que les impacts au niveau « macro » d'une telle mesure sont perçus comme potentiellement bénéfiques à la santé de leur population respective. En permettant d'identifier et de réduire le nombre d'interventions injustifiées qui sont pratiquées, en encourageant l'adoption de celles qui ne le sont pas suffisamment et en assurant une réponse adéquate aux besoins identifiés par les patients et leurs professionnels de la santé, la prise de décision partagée est un moyen de permettre la réduction des variations de pratique (13, 64, 65). De plus, elle est également perçue comme un moyen d'atténuer les inégalités de santé en fournissant des informations suffisantes et adaptées au niveau de littératie des patients. La littérature montre en effet que les populations de patients âgés ou présentant un moindre niveau d'éducation sont les moins impliquées dans leurs décisions de santé et rapportent majoritairement s'en remettre totalement à leur professionnel de la santé pour la prise de décision (66); ce sont également les patients présentant généralement un plus haut taux d'hospitalisation, une moins bonne santé générale et un plus haut taux de mortalité (67-70). La prise de décision partagée, notamment par le biais d'outils d'aide à la décision vulgarisant des données probantes complexes, permet aux patients de s'impliquer davantage dans leurs décisions de santé et d'augmenter leurs connaissances quant aux options disponibles, et ce même chez les patients plus vulnérables (34, 71-74).

### **1.5 Résumé**

En somme, la mise en place, l'évaluation et les changements de modes de prestation et d'organisation des soins de santé relèvent inévitablement de la santé publique, puisque cette dernière porte sous son champ de compétence les déterminants responsables de la santé populationnelle et a notamment pour fonction le développement et le maintien des compétences de ses professionnels. La prise de décision partagée est un modèle de prise de décision clinique offrant un cadre d'interactions entre les professionnels de la santé et

les patients qui favorise une prise de décision optimale pour ces derniers. C'est un modèle de prise de décision qui soutient également une approche éthique et légale de la décision de santé, en plus de produire des résultats favorables à l'amélioration de la santé de la population, tels une diminution du recours à des interventions jugées non bénéfiques pour la majorité (74) et une diminution du regret décisionnel (75). Par ailleurs, les données indiquent actuellement que le consentement éclairé des patients n'est pas optimal pour une variété de conditions médicales (66, 76, 77). La prise de décision partagée permettrait dès lors meilleure gestion du risque médico-légal (34, 43, 73), notamment en étant associée à une diminution de l'intention des patients de poursuivre leur médecin en cas de conséquences délétères (78) et une diminution de l'intention de jurys potentiels de condamner un médecin pour ne pas avoir entrepris une intervention que le patient avait refusée (79). Nous verrons ci-après qu'un indicateur important de la prise de décision partagée, le conflit décisionnel, est difficilement évaluable avec les outils actuellement proposés par la littérature dans les milieux cliniques. C'est pourquoi le développement et l'évaluation d'un outil de dépistage du conflit décisionnel simple et fiable constitue une étape importante vers une pratique optimale de la prise de décision partagée en contexte clinique.

## CHAPITRE 2 – ÉTAT DES CONNAISSANCES

### 2.1 Le conflit décisionnel : concept et définition

Impliquer les patients dans la prise de décision clinique présente de nombreux effets bénéfiques individuels et systémiques, tel que nous l'avons précédemment démontré. Toutefois, choisir de subir une intervention chirurgicale ou d'opter pour un traitement médical en particulier peut s'avérer difficile pour de nombreux patients. Cette difficulté à procéder au choix d'une option se nomme *conflit décisionnel*. Le conflit décisionnel se définit comme une incertitude personnelle ressentie face au choix d'une option au dépend d'autres options offertes présentant des risques ou des résultats incertains, des enjeux importants en termes de bénéfices potentiels et de pertes, le besoin de reconsidérer ses valeurs ou l'anticipation d'un regret par rapport aux aspects positifs des options rejetées (16, 17). Le conflit décisionnel est un déterminant de la qualité de la décision (16), particulièrement dans le contexte de décisions en matière de soins de santé, où les bénéfices potentiels et les risques à considérer sont souvent incertains. Le conflit décisionnel peut être associé à divers symptômes physiques et psychologiques, tels que l'hésitation, le désarroi, des signes de tension émotionnelle et physique (p. ex. hausse de la tension artérielle et du rythme cardiaque, tensions musculaires) lorsque la décision est abordée, et une sensation de détresse (17). Lorsqu'un patient subit déjà les inconvénients d'un trouble de santé, il est souhaitable de limiter autant que possible les sources de tension qui pourraient venir aggraver son état général physique et/ou émotionnel. Par ailleurs, le conflit décisionnel est notamment associé à un déficit de connaissances pour effectuer un choix éclairé, au regret décisionnel, à l'interruption du traitement choisi et au fait de reporter sans cesse la décision (74, 75, 80). De plus, une étude réalisée en Australie a établi un lien entre le conflit décisionnel et l'intention des patients de poursuivre leur médecin généraliste advenant des résultats négatifs suite à un test de dépistage du cancer de la prostate (78).

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à favoriser le conflit décisionnel; le manque d'information, des attentes irréalistes, le manque de clarification par rapport à ses propres valeurs et préférences, le manque de soutien ou les pressions indues des autres, et le sentiment d'inefficacité personnelle ou de confiance en soi (81). La majorité de ces facteurs sont abordés au cours d'un processus de prise de décision partagée puisqu'ils relèvent des principales compétences du professionnel de la santé associées à la prise de décision partagée, telles que de présenter les données probantes relatives à toutes les options identifiées et aider le patient à réfléchir et à évaluer les options présentées en fonction de ses valeurs et de ses préférences (14, 82). Afin de favoriser un processus de prise de décision partagée optimal, l'évaluation du conflit décisionnel ressenti par le patient est une habileté essentielle qu'il est nécessaire que les professionnels de la santé acquièrent (14, 83-85).

Par conséquent, évaluer le conflit décisionnel des patients suppose d'abord les facteurs qui y sont associés, à savoir que 1) l'information reçue est jugée suffisante et le patient a le sentiment d'avoir les connaissances nécessaires, 2) les valeurs et préférences du patient sont identifiées et 3) son entourage offre un soutien satisfaisant et n'exerce aucune pression induue. L'évaluation du conflit décisionnel chez les patients doit permettre à ces derniers, ultimement, de prendre une décision informée qui soit de la meilleure qualité possible, puisque cette évaluation permet d'identifier les patients ayant besoin d'un soutien décisionnel accru en regard d'un ou de plusieurs de ces 3 principaux facteurs. Dans ce contexte, une décision de qualité se définit par le fait qu'elle reflète une compréhension des enjeux majeurs liés à la décision, le discernement des probabilités liées aux divers risques et bénéfices associés à chacune des options, et une association entre le choix préféré et les résultats escomptés (86). L'impératif d'un consentement libre et éclairé aux soins trouve également écho dans la prise en charge du patient afin de l'aider à résoudre son conflit décisionnel, puisqu'elle assume une partie des obligations légales liées au consentement, à savoir s'assurer que le patient ne subit pas de pressions



indues de la part des autres personnes et qu'il possède les informations nécessaires à sa prise de décision (87).

## 2.2 Cadre conceptuel

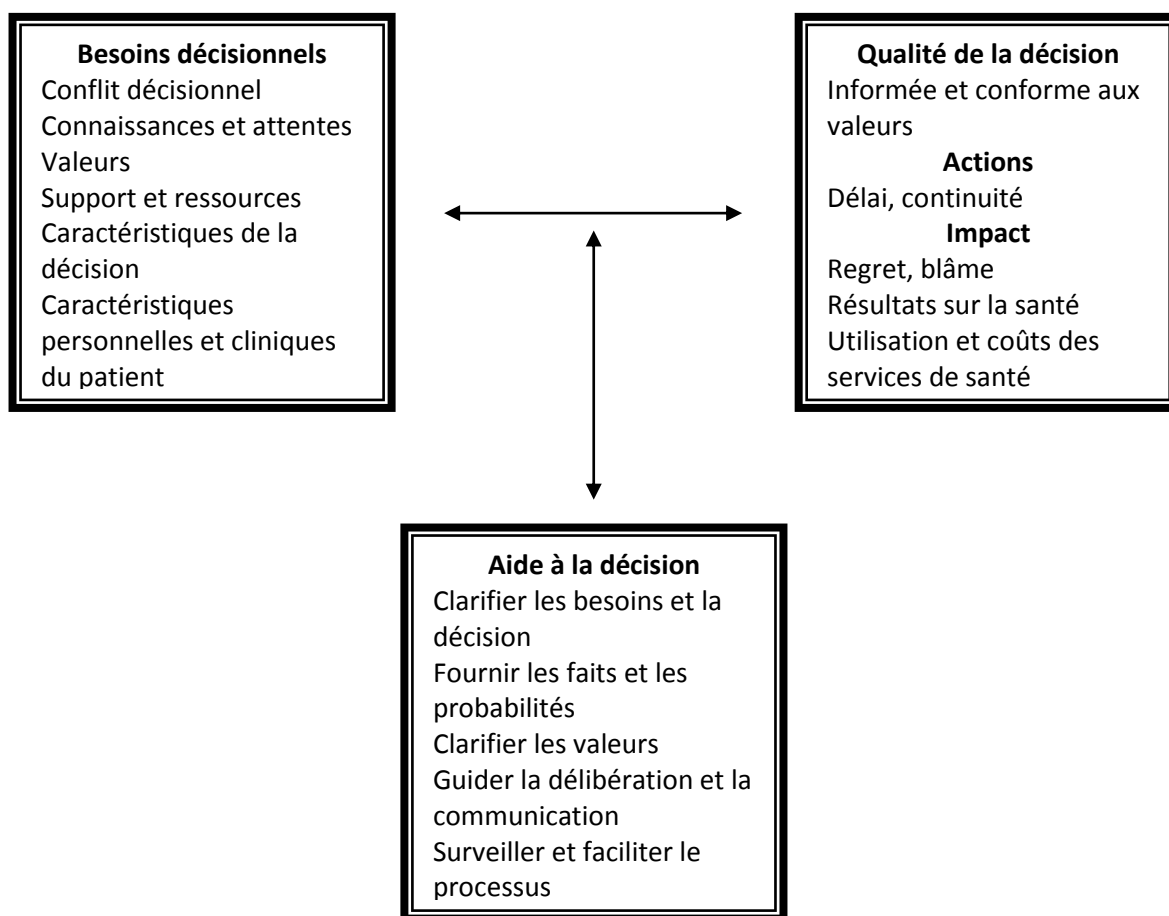
Afin de soutenir adéquatement la conception, le développement et l'évaluation d'interventions de soutien à la décision, les cadres conceptuels relatifs aux théories de prise de décision sont essentiels à une compréhension des mécanismes et des interactions par lesquels des résultats sont atteints (88). Il existe une pluralité de ces cadres ou modèles, mais il ressort de la littérature que peu d'études portant sur des interventions en soutien décisionnel utilisent les cadres conceptuels lors de la planification, l'application et/ou l'évaluation de leurs recherches (88).

Pour le présent projet de recherche, nous avons choisi d'étudier l'application de l'*Ottawa Decision Support Framework* (ODSF), ou Modèle d'Aide à la Décision d'Ottawa (**Figure 5**), le cadre conceptuel le plus utilisé en matière d'interventions en soutien décisionnel et de formation des professionnels de la santé au soutien décisionnel (88, 89). Afin de faciliter spécifiquement le processus de délibération entre les patients et leurs professionnels de la santé impliqués dans la prise de décision, des chercheurs de l'Université d'Ottawa ont développé ce cadre conceptuel intégrateur qui permet d'aborder le conflit décisionnel sous trois aspects : les déterminants de la prise de décision, les interventions visant à soutenir la prise de décision et l'évaluation de la qualité du processus et des issues décisionnelles (90). Il permet ainsi de guider le développement d'interventions visant à mieux préparer les patients et les professionnels de la santé au processus de prise de décision partagée (84).

L'ODSF soutient que les besoins décisionnels du patient affectent la qualité de la décision qui sera prise, ce qui influence également les actions et comportements qui seront adoptés par le patient, son état de santé, ses émotions et de façon générale, l'utilisation

des services de santé (91). Une des contributions novatrices de l'ODSF est de situer le conflit décisionnel comme un des éléments-clés de la prise de décision partagée. Son opérationnalisation vise à réduire le conflit décisionnel et à assurer un processus décisionnel optimal. Il constitue le cadre conceptuel tout indiqué pour l'évaluation des besoins décisionnels des patients (90, 92).

**Figure 5.** Modèle d'Aide à la Décision d'Ottawa (*Ottawa Decision Support Framework*)



Il se distingue également par le fait qu'il ne vise pas l'adoption d'une décision spécifique préétablie par un professionnel de la santé, mais plutôt l'amélioration de la qualité du *processus* décisionnel s'établissant entre le patient et le professionnel de la santé. Il propose par ailleurs un outil de mesure du conflit décisionnel (ci-dessous discuté) permettant notamment de diagnostiquer l'inconfort décisionnel d'un patient, d'identifier

ses besoins spécifiques de soutien à la prise de décision (c.-à-d. les connaissances, le support par les individus jugés significatifs, l'identification et la clarification des valeurs), de déterminer la qualité du processus décisionnel et d'évaluer l'impact des interventions de soutien à la prise de décision (93-95). L'ODSF offre ainsi un cadre de référence afin de situer les implications du dépistage du conflit décisionnel chez les patients par les professionnels de la santé en pratique clinique.

### **2.3 La mesure du conflit décisionnel**

Le conflit décisionnel est l'issue-patient la plus souvent évaluée et mesurée dans le cadre d'études sur la prise de décision partagée et les outils d'aide à la décision (74, 96). Afin d'en assurer une mesure fiable et valide, l'ODSF propose l'utilisation de l'Échelle de Conflit Décisionnel (ÉCD), qui constitue d'ailleurs l'outil le plus fréquemment utilisé internationalement par les équipes de recherche (97, 98). Elle est notamment utilisée en langues française, anglaise, allemande, espagnole et japonaise (99-103). L'ÉCD comporte un total de 16 items qui se mesurent sur une échelle de type Likert à 5 choix de réponse (tout à fait d'accord = 0, d'accord = 1, ni en accord ni en désaccord = 2, en désaccord = 3, tout à fait en désaccord = 4). Les 16 items qui composent l'ÉCD appartiennent à 5 construits ou sous-échelles différents, à savoir la connaissance (3 items), la clarification des valeurs (3 items), le soutien reçu de la part des autres (3 items), l'incertitude (3 items) et la décision effective (4 items). Toutefois, ce dernier construit ne peut être mesuré qu'*a posteriori* de la prise de décision, puisqu'il vise à élucider le confort ressenti face à la décision qui a été prise (15). Les analyses psychométriques telles que la mesure du coefficient alpha de Cronbach et des test-retests effectués sur l'ÉCD produisent des résultats supérieurs à 0,78 (104). Le résultat total qu'un patient obtient à l'ÉCD est calculé sur une base de 0 à 100, où 0 indique une absence de conflit décisionnel et 100 un conflit décisionnel élevé. Ce résultat s'obtient en attribuant les chiffres de 0 à 4 aux réponses des 16 items, en les additionnant puis en les divisant par 16, et en les multipliant par 25 de façon à obtenir un score sur 100. Un résultat de 37,5 ou plus sur 100 est associé à une

incertitude latente face à la décision et au report de la décision, alors qu'un résultat plus petit que 25 sur 100 est associé avec l'implantation de la décision (104, 105). Un patient présentant un résultat de 1 éprouve théoriquement du conflit décisionnel. Cependant, afin de distinguer les patients pour lesquels le conflit décisionnel est délétère, on parle de « conflit décisionnel cliniquement significatif » lorsque le résultat d'un patient est de 37,5 ou plus. Il existe également un autre format d'ÉCD, composé de 10 items, conçu pour une utilisation auprès de populations ayant un plus faible niveau de littératie (104).

#### 2.4 Le dépistage du conflit décisionnel

Malgré les bénéfices d'une prise en charge des besoins décisionnels à l'aide de l'ÉCD pour favoriser la prise de décision partagée avec les patients, la littérature établit clairement que les professionnels de la santé ne le font pas (82). En effet, l'outil d'évaluation du conflit décisionnel actuellement offert, l'ÉCD, n'est pas adéquat pour une utilisation clinique par les professionnels de la santé. En tant qu'outil de mesure de recherche, son temps d'administration et les méthodes de calcul nécessaires à son usage ne sont pas adaptés aux consultations cliniques usuelles (106).

Afin de contourner cet obstacle, un outil de dépistage, le SURE, a été développé (18). Cet outil reprend 4 des 5 construits de l'ÉCD (c.-à-d. la connaissance, la clarification des valeurs, le soutien de la part des autres, et l'incertitude) sous forme de questions se répondant par « oui » ou « non » (**Figure 3**). Le construit relatif à la décision effective n'a pas été inclus, puisque l'outil SURE vise à évaluer le processus décisionnel, et non la prise de décision *a posteriori*. Le SURE vise à dépister le conflit décisionnel cliniquement significatif, soit le conflit décisionnel dont la mesure est de 37,5 ou plus sur l'ÉCD et pour lequel des conséquences néfastes sont à prévoir pour le patient (18, 104).

Le développement du SURE a été inspiré par l'outil CAGE, un test de dépistage de l'alcoolisme chez les patients largement utilisé en soins primaires (18, 107, 108). En tant

qu'outil de dépistage, SURE vise à identifier, chez l'ensemble des patients, ceux pour lesquels il existe un risque plus élevé de présenter un conflit décisionnel cliniquement significatif ( $\geq 37,5/100$  sur l'ÉCD) et pour lesquels une évaluation plus complète à l'aide de l'ÉCD à 16 items serait requise (109). Le SURE ne pose donc pas un diagnostic certain de conflit décisionnel cliniquement significatif, mais identifie plutôt les patients chez lesquels il est probablement présent. Il est court et simple d'utilisation, et son acronyme S-U-R-E (**Figure 3**) permet de s'en rappeler facilement.

**Figure 3.** Outil SURE

Acronyme SURE	Items	Réponse
Sûr	Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous?	Oui / Non
Utilité de l'information	Est-ce que vous connaissez les bénéfices et les risques de chacune des options?	Oui / Non
Risques-bénéfices à balancer	Avez-vous le sentiment de savoir ce qui est important pour vous à l'égard des risques et des bénéfices?	Oui / Non
Encouragement	Avez-vous suffisamment de soutien afin de faire votre choix?	Oui / Non

©O'Connor et Légaré, 2008

À ce jour, les propriétés psychométriques du SURE ont été validées dans une seule étude auprès de patientes devant choisir de subir ou non un dépistage prénatal en contexte de soins primaires (18). L'échantillon était composé de 123 femmes âgées entre 18 et 34 ans. Les résultats ont révélé une consistance interne modérée (coefficient d'alpha de Cronbach de 0,54) et une corrélation modérée entre les résultats obtenus avec le SURE et ceux obtenus avec l'ÉCD ( $R = -0,46$ ;  $P < 0,0001$ ) (18). Cependant, cette étude n'abordait pas la validité diagnostic du SURE en tant qu'outil de dépistage et ce, dans un groupe hétérogène d'hommes et de femmes de tous âges.

## **2.5 La prévalence de conflit décisionnel**

L'utilisation d'un test de dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif comme le SURE en soins primaires repose en grande partie sur sa capacité à répondre à un besoin. Les patients devant prendre des décisions en soins de première ligne éprouvent-ils du conflit décisionnel cliniquement significatif? Et si oui, dans quelle mesure ce conflit décisionnel touche-t-il cette population de patients? Par ailleurs, afin d'interpréter adéquatement les résultats de validité diagnostique du test SURE, il est nécessaire d'estimer la prévalence de conflit décisionnel cliniquement significatif existant au sein de la population à l'étude. Nous savons que les contextes cliniques dans lesquels la recherche a jusqu'à maintenant mesuré le conflit décisionnel sont variés et que les décisions de santé sont multiples. Nous souhaitons donc pouvoir comparer nos résultats de prévalence de conflit décisionnel cliniquement significatif avec ceux rapportés jusqu'à maintenant dans les études menées dans un contexte similaire au nôtre, c'est-à-dire en soins primaires.

### **2.5.1 Question de la revue systématique de la littérature et méthodologie**

Une revue systématique de la littérature a donc été entreprise, avec pour objectif d'identifier les prévalences de conflit décisionnel rapportées par l'utilisation de l'ÉCD dans différents contextes de soins primaires. La principale question à laquelle cette revue systématique de la littérature veut répondre est : En contexte de soins primaires, quelles sont les prévalences de conflit décisionnel rapportées dans des études originales par l'utilisation de l'ÉCD? Deux questions d'intérêt sous-jacentes à cette dernière nous importent : Quels sont les seuils de positivité utilisés dans les études? et quelles versions de l'ÉCD sont utilisées?

### *A) Sources de données et stratégie de recherche*

Une recherche a été effectuée sur les moteurs de recherche « PubMed » et « Web of Science » avec les termes *decisional conflict* et *decisional conflict scale*, sans restriction de date. La recherche a été effectuée le 24 février 2012. J'ai réalisé une première analyse des titres et des résumés afin d'éliminer les articles qui n'étaient pas des études originales (c.-à-d. des revues systématiques, des éditoriaux) ou qui n'avaient pas utilisé l'ÉCD, et les doublons ont été retirés de la banque d'articles potentiellement éligibles.

### *B) Critères d'éligibilité*

Afin de cibler les études répondant à la question de recherche, deux critères d'inclusion ont été préalablement définis: 1) les auteurs rapportaient une prévalence de conflit décisionnel en précisant un pourcentage de patients ayant obtenu un score total supérieur ou inférieur à un seuil de positivité précis, ou fournissaient des informations permettant de calculer cette prévalence, et 2) le contexte clinique de l'étude était en soins de première ligne. Afin de faciliter l'application de ce dernier critère, la définition de soins de première ligne adoptée par la Commission Clair a été retenue, soit la « porte d'entrée du système de santé, [...] le point de contact de la population avec le réseau. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population » (110). Considérant la nature précise des critères d'éligibilité, l'analyse complète des articles sélectionnés à partir des titres (voir **Figure 4**) a été nécessaire afin d'en déterminer l'inclusion ou l'exclusion.

### *C) Extraction des études éligibles et analyse*

Les caractéristiques principales des études incluses ont été extraites, à savoir les noms des auteurs, l'année de publication de l'article original, le pays d'origine de l'étude, la langue, le plan de recherche, de même que le contexte clinique auquel se rapporte la décision étudiée. Afin de répondre à la question principale et aux questions secondaires de la

revue systématique, les informations précises relatives au conflit décisionnel et à l'ÉCD ont été recensées. Nous avons extrait la version de l'ÉCD utilisée (ÉCD à 16 items ou à 10 items), le seuil de positivité défini par les auteurs ou calculé à partir des informations fournies dans l'article, et la prévalence de conflit décisionnel.

### 2.5.2 Synthèse des résultats

Au total, ce sont 386 titres qui ont été répertoriés par la stratégie de recherche. La **Figure 4** présente l'ordinogramme de cette revue systématique de la littérature. Les caractéristiques des 14 articles répondant à l'ensemble des critères d'éligibilité sont présentées dans le **Tableau 1**. Les années de publication s'étendent de 2006 à 2011, et les études ont été réalisées dans 5 pays différents. La langue majoritairement représentée est l'anglais (10 études sur 14 soit 71%) (101, 103, 111-118), et l'ÉCD à 16 items a été la plus fréquemment utilisée (10 études sur 14 soit 71%) (18, 99, 111-114, 116, 118-120). On compte six essais clinique randomisés parmi les 14 études incluses (43%) (99, 101, 103, 113, 117, 120), et deux présentent un plan mixte quantitatif et qualitatif (14%) (116, 119). Les contextes cliniques de prise de décision sont variés, mais ceux se rapportant au dépistage sont les plus nombreux, avec sept études sur 14 (50%) (18, 99, 101, 103, 114, 115, 117).

On remarque que divers scores totaux et seuils de positivité sont utilisés dans les études. Les premières études sur l'ÉCD calculaient un score total sur cinq (99, 111, 112, 119, 120), alors que le manuel d'utilisation actuel de l'outil prévoit plutôt de le calculer sur 100; cette évolution explique donc que les premières études du **Tableau 1** rapportent un score sur cinq, alors que la majorité des études subséquentes le rapportent sur 100 (18, 101, 113, 114, 116-118). Par ailleurs, pour un score total rapporté sur 100, le seuil de positivité à 25 ou 37,5 dépend de ce que les auteurs ont voulu exprimer; les résultats de 25 ou moins sont associés à une prise de décision effective, alors que les résultats de 37,5 et plus sont associés à un sentiment d'incertitude quant à la décision et à un report constant de la

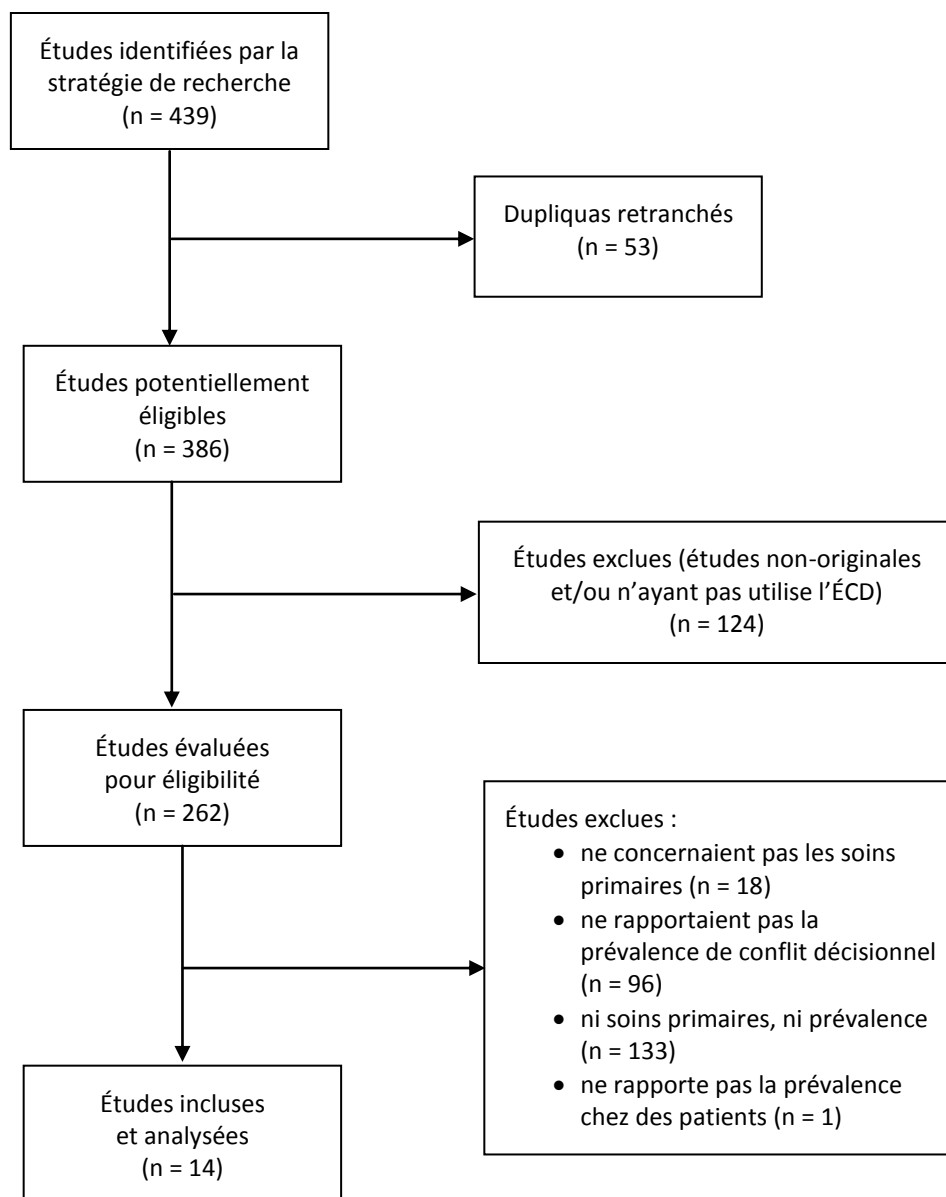


prise de décision (104). Deux études étaient toutefois exemptes de seuils de positivité préétablis par les auteurs. Taylor et al. 2006 (103) et Williams et al. 2008 (115) ne précisent aucun seuil de positivité dans leurs articles. Il est seulement mentionné dans les deux cas que les scores ont été dichotomisés afin d'obtenir des groupes de « faible conflit décisionnel » et de « conflit décisionnel élevé », sans mention des scores attribués à chacun des groupes. En ce qui a trait aux prévalences de conflit décisionnel cliniquement significatif rapportées, leur étendue se situe entre 1,9% et 72,1%, mais la majorité des études (10 études sur 14 soit 71%) (99, 103, 111-116, 118, 120) présentent des prévalences de conflit décisionnel se situant entre 30% et 60%.

### **2.5.3 Discussion**

Cette revue systématique de la littérature nous a permis de constater la grande hétérogénéité qui existe actuellement dans les méthodes utilisées pour rapporter les scores de l'ÉCD et les seuils de positivité. Si un nombre important d'études utilisent cette échelle pour mesurer le conflit décisionnel en soins primaires, très peu d'entre elles rapportent les résultats de manière à analyser la prévalence de conflit décisionnel. Au total, 14 études ont été identifiées et parmi celles-ci, deux ne présentaient pas explicitement de seuil de positivité (103, 115). Les contextes cliniques, de même que les prévalences de conflit décisionnel associées à ces contextes sont très variés. Ces résultats soutiennent la pertinence d'implanter un test de dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif comme le SURE dans la pratique clinique en soins de première ligne. En effet, les décisions de santé abordées par ces 14 études ont toutes révélé la présence d'une proportion importante de conflit décisionnel au sein des populations observées; de plus, ces décisions sont communes en soins primaires et touchent un grand nombre de patients, ce qui contribue à justifier l'implantation d'outils visant à améliorer la qualité des processus décisionnels. Cette recension des écrits présente toutefois quelques limites, notamment le fait que les auteurs n'ont pas été contactés pour obtenir plus d'information sur leurs résultats.

**Figure 4.** Ordinoigramme de la sélection des études



**Tableau 1.** Caractéristiques des études incluses

Étude	Pays	Langue	Devis <sup>*</sup>	Contexte	Version ÉCD	Seuil de positivité (%) <sup>†</sup>	Prévalence <sup>§</sup>
Arimori et al., 2006 (99)	Japon	Japonais	ECR	Dépistage prénatal	15 items (adapté de 16 items)	> 2/5 (25%)	44,7 à 72,1%
Baldé et al., 2006 (119)	Canada	Français	Mixte	Vasectomie	16 items	≥ 2,5/5 (37,5%)	1,9%
Lalonde et al., 2006 (111)	Canada	Français et anglais	Quanti	Santé cardiovasculaire	16 items	> 2,5/5 (37,5%)	54%
Taylor et al., 2006 (103)	États-Unis	Anglais	ECR	Dépistage cancer prostate	10 items	Non précisé	31,3 à 41,9%
Kremer et al., 2007 (112)	États-Unis	Anglais	Quanti	VIH/SIDA	16 items	> 2/5 (25%)	53%
Montgomery et al., 2007 (113)	Royaume-Uni	Anglais	ECR	Accouchement	16 items	≥ 25/100 (25%)	53 à 55%
McCaffery et al., 2008 (114)	Australie	Anglais	Avant-après	Dépistage VPH	16 items	> 25/100 (25%)	38,3%
Williams et al., 2008 (115)	États-Unis	Anglais	Sondage	Dépistage cancer prostate	10 items	Non précisé	34,6%
Cohan et al., 2009 (101)	États-Unis	Anglais et espagnol	ECR	Dépistage du VIH prénatal	10 items	> 25/100 (25%)	23,6 à 28,4%

Hollinghurst et al., 2010 (116)	Royaume-Uni	Anglais	Mixte	Accouchement	16 items	$\geq 25/100$ (25%)	53 à 58%
Labrecque et al., 2010 (120)	Canada	Français	ECR	Vasectomie	16 items	$\geq 2,5/5$ (37,5%)	47 à 57%
Légaré et al., 2010 (18)	Canada	Français	Quanti	Dépistage prénatal	16 items	$\geq 37,5/100$ (37,5%)	6%
Smith et al., 2010 (117)	Australie	Anglais	ECR	Dépistage cancer intestin	10 items	$> 25/100$ (25%)	20 à 21%
Patel et al., 2011 (118)	États-Unis	Anglais	Sondage	Dépression	16 items	$\geq 37,5/100$ (37,5%)	31%

\* Quanti = devis quantitatif; Mixte = devis quantitatif et qualitatif; ECR = essai clinique randomisé

† Lorsque le score est calculé sur 5, la conversion est obtenue selon la formule suivante : (score-1)/4

## 2.6 Résumé

Le dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif à l'aide de l'outil SURE permet d'abord, dans le cadre des besoins décisionnels, de s'assurer que le patient comprend les informations qu'il a reçues et qu'il juge en savoir suffisamment, qu'il connaît ce qui est important pour lui (i.e. ses valeurs) et qu'il se sent soutenu dans sa décision. Par ailleurs, il permet de questionner le patient sur la qualité de sa décision en lui demandant s'il est certain que son choix constitue la meilleure option pour lui. Sur le plan de l'aide à la décision, le dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif répond aux besoins de surveiller et de vérifier le processus décisionnel du patient afin de pouvoir intervenir spécifiquement et efficacement sur les lacunes qui peuvent être décelées. Par ailleurs, la recension des écrits effectuée a permis de mettre en lumière la présence d'une proportion importante de conflit décisionnel au sein des diverses populations observées; de plus, ces décisions sont courantes en soins primaires et touchent un grand nombre de patients, ce qui contribue à justifier l'implantation d'outils visant à améliorer la qualité des processus décisionnels.

### **CHAPITRE 3 – QUESTION, OBJECTIF ET HYPOTHÈSES**

La question de recherche de l'étude qui fait l'objet de mon mémoire est la suivante : le test SURE est-il un outil fiable et valide pour dépister le conflit décisionnel cliniquement significatif vécu par les patients dans un contexte de soins primaires? Afin de tester cette hypothèse dans un contexte clinique la présente étude s'est déroulée à l'intérieur d'un essai randomisé par grappes visant à mesurer les effets d'une formation (DÉCISION+2) portant sur la prise de décision partagée auprès de médecins de famille sur la décision rapportée par les patients d'utiliser ou non des antibiotiques pour le traitement des infections aiguës des voies respiratoires (IAVR) (121, 122).

#### **3.1 Contexte clinique de l'étude**

Les IAVR sont la première cause de consultation en soins primaires en Amérique du Nord (123), et comprennent les otites, les sinusites, les pharyngites et les bronchites. Bien qu'un très faible pourcentage de ces infections soient de source bactérienne (entre 5% et 36% des infections, tous types confondus), l'usage des antibiotiques pour traiter les IAVR est pourtant prescrit par les médecins dans 63% à 67% des cas, bien au-delà de la prévalence des infections bactériennes (124-128). La sur-prescription d'antibiotiques provoque des conséquences dommageables pour les patients et les communautés, comme l'apparition de souches bactériennes résistantes aux antibiotiques (129-131). Cette problématique interpelle de plus en plus la santé publique et les différentes instances gouvernementales. En 2005 par exemple, le Conseil du médicament du Québec diffusait largement des « guides cliniques en antibiothérapie » destinés à promouvoir les meilleures pratiques possibles concernant la prescription d'antibiotiques dans différents contextes, et dont l'implantation semble produire des résultats positifs en réduisant la fréquence de prescription d'antibiotiques et les coûts qui leur sont rattachés (132). Ces guides ne donnent cependant aucune formation concrète aux professionnels de la santé quant aux différents aspects relationnels qui entrent en jeu au moment de discuter d'antibiothérapie

avec le patient. Dans ce contexte, la formation DÉCISION+2 comprenait un tutoriel en ligne d'une durée de deux heures de même qu'un atelier interactif, également d'une durée de deux heures, concernant la prise de décision partagée dans le contexte de l'antibiothérapie pour les IAVRs. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les conséquences de cette intervention sur les décisions rapportées par les patients d'avoir recours ou non aux antibiotiques pour traiter leur IAVR (122).

### 3.2 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de mon projet de recherche était d'évaluer les propriétés psychométriques de l'outil SURE pour dépister le conflit décisionnel cliniquement significatif vécu par les patients chez qui une prescription d'antibiotiques est envisagée pour traiter une IAVR en soins primaires.

Plus spécifiquement, l'étude avait pour objectifs de:

- 1) déterminer la fidélité du test SURE, soit sa cohérence interne;
- 2) déterminer l'association entre les mesures continues de l'ÉCD et le SURE;
- 3) établir la validité diagnostique du test en le comparant à une mesure-étalon du conflit décisionnel, à savoir l'ÉCD, et plus précisément;
  - la précision, la sensibilité et la spécificité;
  - les valeurs prédictives positives et négatives;
  - les rapports de vraisemblance d'un résultat de test positif et négatif.
- 4) explorer la validité diagnostique de l'outil en fonction de certaines caractéristiques afin de déterminer :
  - le SURE discrimine-t-il entre les hommes et les femmes, puisque ces dernières présenteraient généralement plus de conflit décisionnel que les hommes (90, 133);
  - le SURE discrimine-t-il entre les patients dont le médecin a été exposé ou non à la formation DÉCISION+2 et s'il y a discrimination entre les patients qui ont choisi une prescription immédiate d'antibiotiques et ceux qui n'ont pas pris de prescription

ou qui ont reçu une prescription retardée, dans le but de vérifier la sensibilité de l'outil en fonction de la formation des médecins (c.-à-d. SURE sera-t-il plus sensible chez les patients qui ont rencontré un médecin formé en prise de décision partagée?) et en fonction de la décision prise (c.-à-d. le choix d'une option de traitement influence-t-il la sensibilité du SURE?);

- y a-t-il association entre le conflit décisionnel cliniquement significatif dépisté par l'outil SURE et le regret décisionnel, l'adhérence au traitement et la consultation à nouveau pour les mêmes raisons, tous mesurés chez les patients deux semaines après la consultation médicale initiale (75, 80) (voir les Annexes 3 et 4 pour les questionnaires utilisés).

Les hypothèses initiales que nous posions étaient que l'outil présenterait une bonne sensibilité en captant près de 100% des patients présentant réellement un conflit décisionnel, qu'il présenterait une cohérence interne acceptable ( $\geq 0,7$ ), et que sa sensibilité ne varierait pas en fonction des caractéristiques examinées.



## CHAPITRE 4 – ARTICLE SCIENTIFIQUE

Le présent chapitre traite des éléments méthodologiques ainsi que des résultats de l'étude. Ils sont exposés dans l'article soumis au journal *Medical Decision Making* le 5 juillet 2012, ci-dessous résumé.

### **« Validation du SURE, un outil de 4 items pour dépister le conflit décisionnel chez les patients. »**

Cette étude de validation du SURE était insérée dans un essai randomisé par grappes évaluant l'effet de DÉCISION+2, une formation médicale en prise de décision partagée, sur la décision d'utiliser des antibiotiques pour traiter les IAVR. Les patients participant à l'étude ont rempli à la fois le SURE et l'Échelle de Conflit Décisionnel (ÉCD) après leur consultation médicale. Les scores de l'ÉCD ont été dichotomisés pour identifier les patients présentant un conflit décisionnel et ont été comparés aux résultats obtenus avec le SURE afin de déterminer la sensibilité diagnostique de l'outil. Nous avons calculé la fiabilité interne du SURE à l'aide du coefficient Kuder-Richardson 20 (KR-20) et la corrélation entre les mesures continues de l'ÉCD et celles du SURE à l'aide du test de Spearman. Parmi les 712 patients recrutés, 654 ont rempli les deux outils. La prévalence de conflit décisionnel telle qu'estimée par l'ÉCD était de 5,2% (IC 95%: 3,7% à 7,3%). SURE s'est avéré sensible (94,1%, IC 95%: de 78,9% à 99,0%) et fiable (coefficient KR-20 de 0,7). L'outil présente une corrélation modérée avec l'ÉCD ( $R=-0,45$ ,  $P<0,0001$ ). SURE montre des propriétés psychométriques adéquates dans une population à faible prévalence de conflit décisionnel cliniquement significatif en soins primaires. Pour améliorer le processus de prise de décision partagée, de futures études devraient évaluer la façon dont SURE pourrait être intégré dans les pratiques cliniques.

**Title:** Validation of SURE, a four-item screening tool for decisional conflict in patients

**Authors:** Audrey Ferron Parayre, LLB<sup>1-2</sup>, Michel Labrecque, MD, PhD<sup>1-2</sup>, Michel Rousseau, PhD<sup>3</sup>, Stéphane Turcotte, MSc<sup>1</sup>, France Légaré, MD, PhD<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>Research Centre of the Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Hospital St-François D'Assise, Knowledge Transfer and Health Technology Assessment Research Group

<sup>2</sup>Faculty of Medicine, Université Laval, Quebec, QC, Canada

<sup>3</sup>Department of Psychoeducation, Université du Québec à Trois-Rivières, Quebec, QC, Canada

**Correspondence to:** Dr France Légaré, Research Centre of the Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Hospital St-François D'Assise, Knowledge Transfer and Health Technology Assessment Research Group, 10 Espinay, Quebec, QC, G1L 3L5, Canada; Phone number 418-525-4437; Fax number 418-525-4194; [france.legare@mfa.ulaval.ca](mailto:france.legare@mfa.ulaval.ca)

**Funding:** Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) and Conseil du médicament du Québec, now INESSS.

**Running head:** Screening decisional conflict: *SURE* tool

**Word count:** 3,585 words

**Prior presentation:** This study was presented as a poster session at the “Journées annuelles de santé publique” in Montreal on November 30 and December 1, 2011, as *Validation of a 4-item screening tool assessing decisional conflict in patients consulting for acute respiratory tract infection symptoms in primary care.*

**Abstract** (270/275 words)

**Background:** Assessing decisional conflict is a shared decision making competency. We sought to determine the psychometric properties of SURE, a four-item tool designed to screen clinically significant decisional conflict in clinical practice.

**Methods:** This study was embedded within a clustered randomized trial assessing the effect of DECISION+2, a two-hour online tutorial followed by a two-hour interactive workshop on shared decision making, on decisions to use antibiotics for acute respiratory infections. Patients completed both SURE and the Decisional Conflict Scale (DCS), as the gold standard, after index consultation. We evaluated internal consistency of SURE using the Kuder-Richardson 20 coefficient (KR-20). We looked at correlation between DCS and SURE scores using the Spearman test. We assessed sensitivity and specificity of SURE (cut-off score  $\leq 3$  out of 4) by identifying patients with and without clinically significant decisional conflict (DCS score  $>37.5$  on a scale of 0-100).

**Results:** Of the 712 patients recruited during the trial, 654 completed both tools. The prevalence of clinically significant decisional conflict as estimated by the DCS was 5.2% (95% CI: 3.7-7.3). SURE showed adequate internal consistency (KR-20 coefficient of 0.7). There was a correlation between DCS and SURE scores ( $R = -0.45$ ,  $P < 0.0001$ ). Sensitivity and specificity were 94.1% (95% CI: 78.9-99.0) and 89.8% (95% CI: 87.1-92.0), respectively.

**Conclusions:** SURE shows adequate psychometric properties in a low clinically significant decisional conflict prevalence population in primary care. SURE has the potential to be a useful screening tool for practitioners, responding to the growing need for detecting clinically significant decisional conflict in patients. To enhance shared decision making, future studies should assess how SURE could be embedded in clinical pathways.

**Key words:** shared decision making, decisional conflict, screening tool, SURE, sensitivity and specificity

## INTRODUCTION

Uncertainty is a significant part to consider when providing health care.(1) Most decisions faced by patients and their health care providers involve more than one option for which the risks estimate inevitably have limited applicability for an individual patient.(2) This being, those decisions require that both parties discuss the pros and cons of each option.(3) For many situations in which there are *a priori* no right or wrong choices, the quality of a decision depends on the decision-making process that led to the decision. Decisions should be based on best evidence associated with harms and benefits of each option, as well as on patients' values and preferences.(4) A "good decision" is thus one in which a) the patient knows enough about the main aspects of the decision, b) the patient understands the uncertainty related to the diverse risks and benefits of the options, and c) there is an evidence-based connection between the preferred choice and expected outcomes.(5, 6) Unfortunately, existing literature shows that health care providers are not effective in meeting these criteria.(7, 8) When patients have to make decisions without adequate knowledge, unrelated to their values and preferences, and under undue pressure from others, the result can be decisional conflict or personal uncertainty about which option to choose among many.(9-11) Unresolved decisional conflict can lead to adverse effects in patients, such as physical tension (i.e. increased heart rate, muscle tension, restlessness, etc.), and emotional distress.(10) Moreover, downstream effects of unresolved decisional conflict include decisional regret and blaming the health care provider in case of deleterious outcomes.(12, 13) Screening for decisional conflict in patients is thus an important shared decision making competency (14) and a critical step in ensuring that informed consent is truly informed and that good decisions are made.(15)

The Decisional Conflict Scale (DCS) is the tool most commonly used to assess the impact of patient decision aids.(16) The DCS assesses decisional conflict in patients and has been used in a variety of clinical settings.(16-21) It comprises five subscales (informed, values clarity, support, uncertainty, and effective decision subscales),(11, 22) and we know it to

be valid and reliable.(23) Its total score can be calculated out of 100, where a score lower than 25 is associated with implementing the decision, and according to the user's manual a score over 37.5 is associated with decision delay and feeling unsure about the implementation of the decision.(22) However, the DCS is not optimal for routine use by health care providers in clinical practice because it takes too long to administer.(24) SURE, a simple screening tool designed from the DCS, consists of only four items and a dichotomous response scale (yes or no). SURE is designed specifically to screen for clinically significant decisional conflict in clinical practice, i.e. decisional conflict associated with a DCS score >37.5 out of 100 and downstream effects such as decision delay.(25) SURE presents four out of the five DCS constructs, with one item for each (see **Table 1**). The format of SURE was inspired by the CAGE test, a four-item tool widely used in primary care to identify patients with potential alcohol addiction problems that has been successfully implemented in clinical practice.(25-28) In a previous study, SURE was tested with a cohort of 123 pregnant women between 18 and 34 years old considering prenatal screening for Down syndrome.(25) Results showed that SURE has acceptable psychometric properties and is suitable for screening for clinically significant decisional conflict in patients facing clinical decisions in primary care.(25) However, no study has yet assessed SURE in a broader and heterogeneous group of patients.

### **Clinical context**

This study was nested within a clustered randomized trial aimed at assessing the effect of DECISION+2, a two-hour online tutorial followed by a two-hour interactive workshop pertaining to shared decision making (SDM), on the proportion of acute respiratory infection (ARI) patients reporting a decision to use antibiotics immediately after consultation.(29) ARIs are the leading cause of consultation in primary care in North America,(30) and overprescription of antibiotics leads to harmful consequences for patients and communities, such as the emergence of antibiotic-resistant bacterial strains.(31-34) DECISION+2 was designed to help family physicians (FPs) engage patients

in decision making about the use of antibiotics to treat ARIs, and thus to address their overuse.(35) However commonplace a decision about whether or not to take an antibiotic may appear, for many patients it may have important consequences and represent a public health challenge for the population as a whole.(33) A good way to optimize antibiotic prescription is by encouraging health care providers to engage their patients in the decision-making process. One of the steps in this process is detecting whether the patient is comfortable with their decision or not, and SURE appeared to be a useful tool for this step.

The purpose of this study was therefore to assess the psychometric properties (i.e. its internal consistency and diagnostic validity as a screening test) of SURE in a large and heterogeneous group of patients consulting for possible antibiotic treatment of ARI in primary care settings.

## **METHODS**

### **Participants and recruitment**

Details of the main trial DECISION+2 protocol and results have been published elsewhere.(29, 36) Briefly, patient recruitment was performed in nine family practice teaching units (FPTUs); five of them were randomly allocated to the experimental group and four to the control group. Patients were recruited by a research agent posted in each of the nine participating FPTUs if they met two inclusion criteria, namely 1) a positive diagnosis for ARI and 2) evidence of a discussion with the FP consulted on the use of antibiotics to treat the ARI, as reported by the FP at the end of the encounter. Patients had to be 18 years old or over, or accompanied by a parent or legal guardian. They were excluded if they presented a condition requiring an emergency response. The study received the approval of the local Research Ethics Board and all patients signed an informed consent form.(29)

## Data collection

As secondary outcomes of the DECISION+2 trial, we assessed patients' decisional conflict with the DCS and SURE in a self-administered questionnaire that was given to patients after the clinical encounter with their FP. The order of the questions meant that patients first completed the four-item SURE test (**Table 1**) followed by the 16-item DCS test, measured on a five-point Likert scale (0 = strongly agree to 4 = strongly disagree). Patients were also asked what decision had been made about antibiotics to treat their ARI (no prescription, immediate prescription, or prescription delayed). We collected sociodemographic data with a questionnaire that patients had to complete before the medical encounter. Two weeks after the encounter, participants were called by a research agent to assess their decisional regret using the Decisional Regret Scale,<sup>(12)</sup> their adherence to the decision, and if they had consulted again for the same reason within those two weeks.

## Data analysis

We performed descriptive data analysis on the sociodemographic information. We assessed the psychometric properties of SURE by looking at the internal consistency, correlation and association with the DCS, and diagnostic validity of the tool as a screening test. Internal consistency was established using the Kuder-Richardson 20 (KR-20) coefficient for dichotomous items. The correlation between the DCS continuous scores (0-100) and SURE ordinal scores (0-4) was calculated using the Spearman correlation test. We used the Kruskal-Wallis rank test in order to see if DCS scores were related to SURE scores.<sup>(37)</sup> Stability and inter-rater reliability were irrelevant as decisional conflict is a momentary state and SURE is a self-administered test.

The diagnostic validity of SURE as a screening test was estimated by comparing the scores of SURE and those of the DCS. The SURE test was given a score out of 4. A "yes" answer



was given a 1 value and a “no” was given 0. As soon as a patient scored 3 or less out of 4, he or she was considered as presenting positive test result (i.e. a clinically significant decisional conflict).(25) The DCS answers were accounted so that total scores would range from 0 to 100. Although the dichotomization of a continuous variable as the DCS is usually not encouraged, (38, 39) it was here necessary to establish the diagnostic value of the test for clinical purposes where clinicians must identify patients experiencing clinically significant decisional conflict or not. According to a significant number of studies, the 37.5 DCS cut-off point (out of 100) is agreed upon as the most accurate to discriminate between patients with and without clinically significant decisional conflict.(22, 25, 40-43) We thus used the DCS at this threshold as the gold standard to compute accuracy, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and positive and negative likelihood ratios of the SURE test. The DCS was also used to estimate the prevalence of clinically significant decisional conflict throughout our study population, as we had no previous data on this issue.

On an exploratory basis, we also performed Fisher’s exact test to compare sensitivity results of SURE on different patients’ sub-groups who had been diagnosed with clinically significant decisional conflict using the DCS. As women generally experience more decisional conflict,(4) we compared female to male patients. To explore whether sensitivity of SURE was affected by the physician’s approach to shared decision making, we also conducted the same analysis according to whether or not the FP consulted had been exposed to the DECISION+2 training program. We also explored if the clinical decision made by the patient (i.e. whether or not the patient reported an immediate prescription for antibiotics or not) had an effect on sensitivity of SURE. We looked at possible associations between clinically significant decisional conflict as screened by SURE and patients’ outcomes measured at two weeks, as literature shows that decisional conflict is associated with decisional regret and discontinuance of treatment.(44) We proceeded with Student’s t-test for decisional regret and we performed Fisher’s exact test for adherence to the decision that was made. We performed a Khi-2 test for possible

correlation between clinically significant decisional conflict screened by SURE and consultation for the same reason within the two weeks, as *a priori* patients uncertain about their antibiotic decision would probably consult again in the next days. All calculations were performed using Statistical Analysis System version 9.2.

## RESULTS

### Participant characteristics

Recruitment began in July 2010 and ended in April 2011. We recruited 712 eligible patients. **Table 2** presents participants' sociodemographic characteristics. Of the 712 patients recruited for the study, 672 completed all SURE items, 689 patients filled out the entire DCS, and 654 completed them both. **Figure 1** presents the STARD statement flow diagram of participating patients and the dichotomized data obtained for both tests (SURE and DCS).

### Decisional conflict scores

Of the 654 patients who completed both tools, 34 presented a clinically significant decisional conflict as revealed by the DCS, estimating prevalence to 5.2% (95% CI: 3.7-7.3). Of all patients who answered the entire SURE test (n = 672), 574 (80.9%) scored 4 out of 4; 49 (7.3%) scored 3; 26 (4.2%) scored 2; 19 (7%) scored 1; and 4 (0.6%) scored 0 with respect to the SURE tool. SURE's items 2 "Do you know the benefits and risks of each option?" and 3 "Are you clear about which benefits and risks matter most to you?" each accounted respectively for 35.1% (61/174 each) of all items that were rated "no" by patients.

### Psychometric properties

The internal consistency of SURE was adequate (0.7 KR-20 coefficient). The Spearman correlation test showed a moderately strong negative association between DCS and SURE scores ( $R = -0.45$ ,  $P < 0.0001$ ), due to the coding of the SURE scores (4/4 = no decisional conflict, 3 or less/4 = clinically significant decisional conflict screened). **Figure 2** presents results from the Kruskal-Wallis rank test, showing that DCS scores are significantly associated with SURE scores ( $P < 0.0001$ ).

**Table 3** presents the diagnostic validity characteristics of SURE as a screening test. The overall accuracy of SURE was 90.1%, so that 9 patients out of 10 were correctly screened as presenting clinically significant decisional conflict or not. Sensitivity was 94.3%, meaning that out of 100 patients presenting with clinically significant decisional conflict, the SURE test would correctly identify 94 of them. Specificity was 89.8%, so that out of 100 patients presenting no clinically significant decisional conflict SURE would falsely identify it in 10 of them. The negative predictive value, 99.6%, means that SURE can nearly guarantee that a person answering “yes” to all four questions is not experiencing clinically significant decisional conflict. On the other hand, the positive predictive value was 33.7%, meaning that only one person out of three who tested positive will in fact present clinically significant decisional conflict. The positive likelihood ratio was moderately high (9.26), meaning that for a positive SURE test, a patient is nine times more likely to experience clinically significant decisional conflict than not to experience it. The negative likelihood ratio was clinically more significant (0.07), meaning that for a negative SURE test, a patient is 14 times more likely not to experience clinically significant decisional conflict than to experience it.

### Exploratory analysis

The sensitivity of SURE did not differ with patient gender ( $P = 1$ ) or with FPs exposure to DECISION+2 ( $P = 1$ ), and was not statistically significant among patients who reported a decision of immediate prescription of antibiotics compared to those who reported decision of delayed or no prescription at all ( $P = 0.09$ ) (see **Table 4**). As for association between clinically significant decisional conflict as screened by SURE and outcomes at two weeks, we found that patients screened with clinically significant decisional conflict experienced more decisional regret about their choice to take antibiotics or not two weeks after the consultation ( $P < 0.01$ ). Adherence to the decision and consultation for the same reason within the two weeks did not correlate with clinically significant decisional conflict as screened by SURE ( $P = 1$  and  $0.97$ , respectively).

## DISCUSSION

SURE shows adequate psychometric properties in a low clinically significant decisional conflict prevalence population in primary care, such as in the context of antibiotic use to treat ARIs. Its internal consistency is acceptable, and the association and correlation between DCS continuous scores and SURE scores are adequate. It shows satisfactory accuracy, sensitivity and specificity. The negative predictive value was very high. The positive likelihood ratio was moderately high, whereas the negative likelihood ratio was significantly important (in general, positive and negative likelihood ratios are considered clinically important when they are respectively over 10 and below 0.1). Furthermore, our study is the first to estimate a prevalence of clinically significant decisional conflict in a precise primary care context, namely the decision to use antibiotics to treat ARIs. Considering these findings, we make three important observations.

First, although this was not the main objective of our study, using the DCS cut-off of  $>37.5$  out of 100 estimated a low prevalence of clinically significant decisional conflict among

patients having to choose whether or not to use antibiotics to treat ARI. When we compared our estimated clinically significant decisional conflict prevalence result with results in the literature we realized that prevalence is highly variable and depends on the nature of the medical decision and factors associated with the process of making that decision, although using the same  $>37.5/100$  cut-off.(25, 40-43) For example, one study on prenatal screening for Down syndrome in primary care established a 6% prevalence of clinically significant decisional conflict.(25) In contrast, in men who were considering vasectomy as a permanent birth control method but were not yet decided, the researchers found a 52% prevalence of clinically significant decisional conflict.(41)

However, there is no doubt that when it comes to deciding whether or not to use antibiotics to treat an ARI, an estimated 5% prevalence of clinically significant decisional conflict among the population facing that decision over the course of a year can have major consequences. According to the National Ambulatory Medical Care Survey, (45) in the United States, 30,916,000 office visits in 2006 were for ARIs (excluding pharyngitis). Based on the estimated 5% prevalence found in our study, we could surmise that 1,545,000 patients experienced clinically significant decisional conflict concerning whether or not to take antibiotics to treat their ARI over a one-year period. From a public-health perspective, this low but significant prevalence in terms of the absolute number of patients experiencing clinically significant decisional conflict should be a matter of concern for health care providers and thus, should prompt their identification.

Second, to be appropriate for clinical use and useful to busy primary care physicians, screening tools must be brief and case-finding,(26) otherwise their use will not be successfully implemented.(46) Like the CAGE test, widely used to screen for alcohol abuse or dependence, (28) the SURE tool is user-friendly and its psychometric properties make it a relevant screening tool. A meta-analysis of CAGE properties found it to have a 87% sensitivity average, a 68% specificity average, a 3.44 positive likelihood ratio, and a 0.18 negative likelihood ratio when compared to the DSM-III (R).(27) As the SURE tool appears

to have even more suitable sensitivity, specificity, and likelihood ratios, its use in clinical practice can be recommended and encouraged to identify patients presenting high risks of downstream effects from their clinically significant decisional conflict.

Third, being able to detect clinically significant decisional conflict in patients has become a real concern for health care providers in order to ensure decision quality and informed consent.(15) In this regard, since 2009 the Registered Nurses' Association of Ontario, Canada has recommended use of the SURE tool to detect potential clinically significant decisional conflict as part of the decision support to be given to patients with chronic kidney disease.(47, 48) In some medical and nursing schools in North America, students are trained to identify clinically significant decisional conflict in patients during simulated patient experiences.(49-51)

In line with the existing literature which establishes that patients experiencing decisional conflict are more likely to discontinue their treatment (12, 17, 44, 52, 53), our study found that patients with clinically significant decisional conflict screened by SURE experienced more decisional regret about their choice of whether or not to have antibiotics two weeks after the consultation. In addition, decisional conflict has been found to predict men's tendency to attribute fault to their physician for adverse effects of prostate-specific antigen screening tests.(13) SURE may thus also contribute to avoiding medical complaints. SURE could therefore help clinicians to quickly assess their patients' concerns regarding their medical decisions and ultimately avoid the numerous adverse downstream effects of clinically significant decisional conflict.

### **Limitations**

While this study helps enable the identification of clinically significant decisional conflict in clinical practice in primary care, it also has some limitations. One limitation is that our results may be generalizable only to populations with a low prevalence of clinically

significant decisional conflict, and perhaps only to those in a similar clinical context. The low clinically significant decisional conflict prevalence in our population could explain the low positive predictive value we found, as predictive values are strongly associated with the prevalence of the observed condition in the studied population. As this is the second study reporting data on SURE with a large sample size, further studies should assess SURE's psychometric properties, and more specifically among high clinically significant decisional conflict prevalence populations in other clinical situations to confirm that our results are more widely applicable. We also had a limited sample size for our exploratory analysis, as we were analyzing only patients expressing clinically significant decisional conflict according to DCS ( $n = 34$ ) or SURE ( $n = 89$ ). These results must be therefore interpreted with caution.

Another important limitation is that patients were not blinded to the two tests. In the same questionnaire they answered questions from the SURE tool and the DCS. Although this situation was not ideal, it was unavoidable as decisional conflict is a *state* (i.e. a person's characteristic at a particular moment; a state is not static, it is bound to change over time) rather than a *trait* (i.e. a personal characteristic that is permanent or long lasting). As such, we had to have patients complete the two tests simultaneously if we wanted to get the real picture of their *state*. We tried to minimize this limitation by placing the SURE tool before the more numerous DCS questions so that patients were more likely to complete SURE and to avoid too obvious item repetition, but this could still have resulted in an overestimation of SURE's psychometric results. A more effective way could have been to randomly distribute SURE and DCS tests in the questionnaires.

## **Conclusion**

SURE has the potential to be a useful screening tool for practitioners, responding to the growing need for detecting clinically significant decisional conflict in patients. It shows adequate psychometric properties in a low clinically significant decisional conflict

prevalence population in primary care. Screening for clinically significant decisional conflict in patients may be a prompt way to estimate whether shared decision making has occurred, to evaluate the quality of the decision, and to ensure informed consent. Although there is significant interest in decisional conflict capture, few studies have yet assessed the barriers and facilitators to routine use of an easy screening test such as SURE.(24) Future studies should focus on identifying barriers and facilitators to the use of SURE in clinical practice and using them to design interventions that encourage health care providers to implement SURE in their daily practice. SURE's internal consistency and diagnostic validity as a screening tool should also be tested in high clinically significant decisional conflict prevalence populations and in a variety of clinical contexts.

**Acknowledgements:** Everyone who contributed significantly to this work is here listed. AFP wrote the study protocol, established a priori hypothesis, supervised the data analysis, interpreted the results and wrote the first draft of this manuscript. FL, ML, MR and ST revised the manuscript critically for important intellectual content. AFP, FL, ML, MR and ST approved the final submitted version of the manuscript. The authors would like to acknowledge the generous contribution of the patients who participated in the study, and the entire recruitment team. The authors declare that they have no competing interests.



## REFERENCES

1. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of Uncertainty in Health Care: A Conceptual Taxonomy. *Medical Decision Making*. 2011 Nov-Dec; 31(6): 828-38.
2. Politi MC, Han PK, Col NF. Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Med Decis Making*. 2007 Sep-Oct; 27(5): 681-95.
3. Coulter A, Collins A. Making Shared Decision-Making a reality. No decision about me, without me. London: The King's Fund 2011.
4. O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expect*. 2003 Jun; 6(2): 97-109.
5. Brehaut JC, Carroll K, Elwyn G, Saginur R, Kimmelman J, Shojania K, et al. Informed consent documents do not encourage good-quality decision making. *J Clin Epidemiol*. 2012 Apr 25.
6. Elwyn G, Miron-Shatz T. Deliberation before determination: the definition and evaluation of good decision making. *Health Expect*. 2010 Jun; 13(2): 139-47.
7. Towle A, Godolphin W. Education and training of health care professionals. In: Edwards A, Elwyn G, editors. *Evidence-based Patient Choice: Inevitable or Impossible?* Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 245-70.
8. Kremer H, Ironson G, Schneiderman N, Hautzinger M. "It's my body": does patient involvement in decision making reduce decisional conflict? *Med Decis Making*. 2007 Sep-Oct; 27(5): 522-32.
9. Janis IL, Mann L. *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free Press; 1977.
10. Carpentino-Moyet LJ, editor. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. 11th Edition ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
11. O'Connor A, Jacobsen M. *Conflit décisionnel : évaluation et aide apportée aux clients confrontés à des décisions concernant leur santé*. Ottawa: Ottawa Hospital Research Center; 1998 [updated 2000]; Available from: [http://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/Conflit\\_decisionnel.pdf](http://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/Conflit_decisionnel.pdf).
12. Brehaut JC, O'Connor AM, Wood TJ, Hack TF, Siminoff L, Gordon E, et al. Validation of a decision regret scale. *Med Decis Making*. 2003 Jul-Aug; 23(4): 281-92.

13. Gattellari M, Ward JE. Will men attribute fault to their GP for adverse effects arising from controversial screening tests? An Australian study using scenarios about PSA screening. *J Med Screen*. 2004; 11(4): 165-9.
14. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*. 1999 Sep 18; 319(7212): 766-71.
15. Elwyn G, Edwards A, Britten N. "Doing prescribing": how might clinicians work differently for better, safer care. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec; 12 Suppl 1: i33-6.
16. Kryworuchko J, Stacey D, Bennett C, Graham ID. Appraisal of primary outcome measures used in trials of patient decision support. *Patient Educ Couns*. 2008 Dec; 73(3): 497-503.
17. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making*. 1995 Jan-Mar; 15(1): 25-30.
18. Lysterly AD, Nakagawa S, Kuppermann M. Decisional conflict and the disposition of frozen embryos: implications for informed consent. *Hum Reprod*. 2011 Mar; 26(3): 646-54.
19. Linder SK, Swank PR, Vernon SW, Mullen PD, Morgan RO, Volk RJ. Validity of a low literacy version of the Decisional Conflict Scale. *Patient Educ Couns*. 2011 Feb 5.
20. Scholl I, Loon MK, Sepucha K, Elwyn G, Legare F, Harter M, et al. Measurement of shared decision making - a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011; 105(4): 313-24.
21. Simon D, Loh A, Harter M. Measuring (shared) decision-making--a review of psychometric instruments. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2007; 101(4): 259-67.
22. O'Connor A. User Manual - Decisional conflict Scale. Ottawa: Ottawa Hospital Research Center; 1993 [updated 2010]; Available from: [http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User\\_Manuals/UM\\_Decisional\\_Conflict.pdf](http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf).
23. Légaré F, Graham I, O'Connor A, Dolan JG, Bélanger-Ducharme F. Prise de décision partagée : traduction et validation d'une échelle de confort décisionnel du médecin. *Pédagogie médicale*. 2003; 4: 216-22.
24. Legare F, Graham ID, O'Connor AC, Aubin M, Baillargeon L, Leduc Y, et al. Prediction of health professionals' intention to screen for decisional conflict in clinical practice. *Health Expect*. 2007 Dec; 10(4): 364-79.

25. Legare F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D'Amours D, Rousseau M, et al. Are you SURE?: Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Can Fam Physician*. 2010 Aug; 56(8): e308-14.
26. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract*. 2001 Mar; 51(464): 206-17.
27. Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2004 Jan; 57(1): 30-9.
28. Cremonte M, Ledesma RD, Cherpitel CJ, Borges G. Psychometric properties of alcohol screening tests in the emergency department in Argentina, Mexico and the United States. *Addict Behav*. 2010 Sep; 35(9): 818-25.
29. Legare F, Labrecque M, Godin G, LeBlanc A, Laurier C, Grimshaw J, et al. Training family physicians and residents in family medicine in shared decision making to improve clinical decisions regarding the use of antibiotics for acute respiratory infections: protocol for a clustered randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2011; 12: 3.
30. Rutschmann OT, Domino ME. Antibiotics for upper respiratory tract infections in ambulatory practice in the United States, 1997-1999: does physician specialty matter? *J Am Board Fam Pract*. 2004 May-Jun; 17(3): 196-200.
31. Finkelstein JA, Huang SS, Daniel J, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Goldmann D, et al. Antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae* in the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine era: predictors of carriage in a multicomunity sample. *Pediatrics*. 2003 Oct; 112(4): 862-9.
32. Patrick DM, Hutchinson J. Antibiotic use and population ecology: how you can reduce your "resistance footprint". *CMAJ*. 2009 Feb 17; 180(4): 416-21.
33. Hart AM, Pepper GA, Gonzales R. Balancing acts: deciding for or against antibiotics in acute respiratory infections. *J Fam Pract*. 2006 Apr; 55(4): 320-5.
34. Malhotra-Kumar S, Lammens C, Coenen S, Van Herck K, Goossens H. Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet*. 2007 Feb 10; 369(9560): 482-90.
35. Legare F, Labrecque M, LeBlanc A, Njoya M, Laurier C, Cote L, et al. Training family physicians in shared decision making for the use of antibiotics for acute respiratory

infections: a pilot clustered randomized controlled trial. *Health Expect.* 2011 Mar; 14 Suppl 1: 96-110.

36. Legare F, Labrecque M, Cauchon M, Castel J, Turcotte S, Grimshaw J. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ.* 2012 Aug 13.

37. Fay MP, Proschan MA. Wilcoxon-Mann-Whitney or t-test? On assumptions for hypothesis tests and multiple interpretations of decision rules. *Stat Surv.* 2010; 4: 1-39.

38. Dawson NV, Weiss R. Dichotomizing continuous variables in statistical analysis: a practice to avoid. *Med Decis Making.* 2012 Mar-Apr; 32(2): 225-6.

39. MacCallum RC, Zhang S, Preacher KJ, Rucker DD. On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychol Methods.* 2002 Mar; 7(1): 19-40.

40. Balde A, Legare F, Labrecque M. Assessment of needs of men for decision support on male sterilization. *Patient Educ Couns.* 2006 Nov; 63(3): 301-7.

41. Labrecque M, Paunescu C, Plesu I, Stacey D, Legare F. Evaluation of the effect of a patient decision aid about vasectomy on the decision-making process: a randomized trial. *Contraception.* 2010 Dec; 82(6): 556-62.

42. Lalonde L, O'Connor A, Duguay P, Brassard J, Drake E, Grover SA. Evaluation of a decision aid and a personal risk profile in community pharmacy for patients considering options to improve cardiovascular health: the OPTIONS pilot study. *IJPP.* 2006; 14: 51-62.

43. Patel SR, Wisner KL. Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. *Depress Anxiety.* 2011 Jul; 28(7): 589-95.

44. Sun Q. Predicting Downstream Effects of High Decisional Conflict: Meta-analyses of the Decisional Conflict Scale. Ottawa: University of Ottawa; 2004.

45. Cherry DK, Hing E, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2006 summary. *Natl Health Stat Report.* 2008 Aug 6; (3): 1-39.

46. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med.* 2009 Jul; 24(7): 783-8.

47. RNAO. Decision Support for Adults Living with Chronic Kidney Disease. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2009. p. 25-6.

48. Murray MA, Thomas A, Wald R, Marticorena R, Donnelly S, Jeffs L. Exploring the impact of a decision support intervention on vascular access decisions in chronic hemodialysis patients: study protocol. *BMC Nephrol.* 2011; 12: 7.

49. Stacey D, Higuchi KA, Menard P, Davies B, Graham ID, O'Connor AM. Integrating patient decision support in an undergraduate nursing curriculum: an implementation project. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2009; 6(1): Article10.
50. Stacey D, Samant R, Pratt M, Legare F. Feasibility of Training Oncology Residents in Shared Decision Making: A Pilot Study. *J Cancer Educ*. 2012 Apr 27.
51. Morrow CE, Reed VA, Eliassen MS, Imset I. Shared Decision Making: Skill Acquisition for Year III Medical Students. *Fam Med*. 2011 Nov; 43(10): 721-5.
52. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2): CD001431.
53. O'Connor AM, Fiset V, DeGrasse C, Graham ID, Evans W, Stacey D, et al. Decision aids for patients considering options affecting cancer outcomes: evidence of efficacy and policy implications. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1999; (25): 67-80.

**Table 1. The SURE tool**

<b>SURE Acronym</b>	<b>Items</b>	<b>Answer</b>
<b>1) Sure of myself</b>	Do you feel sure about the best choice for you?	Yes / No
<b>2) Understand information</b>	Do you know the benefits and risks of each option?	Yes / No
<b>3) Risks/ benefits ratio</b>	Are you clear about which benefits and risks matter most to you?	Yes / No
<b>4) Encouragement</b>	Do you have enough support and advice to make a choice?	Yes / No

---

©Légaré and O'Connor, 2008

**Table 2. Sociodemographic characteristics of participants**

<b>Characteristic</b>	
Number of women, n/N (%)	445/691 (64)
Number of adults*, n/N (%)	495/696 (71)
<i>Mean±SD years of age</i>	42.0 ± 15.0
Number of children, n/N (%)	201/696 (29)
<i>Mean±SD years of age</i>	5.0 ± 3.8
Household size, mean±SD	3.4 ± 1.2
Number of participants presenting at least one chronic disease, n/N (%)	101/712 (14)
Number of participants with family income ≥\$45,000 Cdn /year, n/N (%)	283/481 (59)
Number of participants currently working, n/N (%)	365/508 (72)
Number of participants with a college or university degree, n/N (%)	308/511 (60)

\*Adults are 18 years or older

**Table 3. Diagnostic validity characteristics of SURE assessed for all participants (N = 654)**

---

Accuracy (%)	90.1 (87.8-92.4)*
Sensitivity (%)	94.1 (78.9-99.0)
Specificity (%)	89.8 (87.1-92.0)
Positive predictive value (%)	33.7 (24.5-44.2)
Negative predictive value (%)	99.6 (98.6-99.9)
Positive likelihood ratio	9.26 (7.22-11.88)
Negative likelihood ratio	0.07 (0.02-0.25)

---

\*95% confidence interval



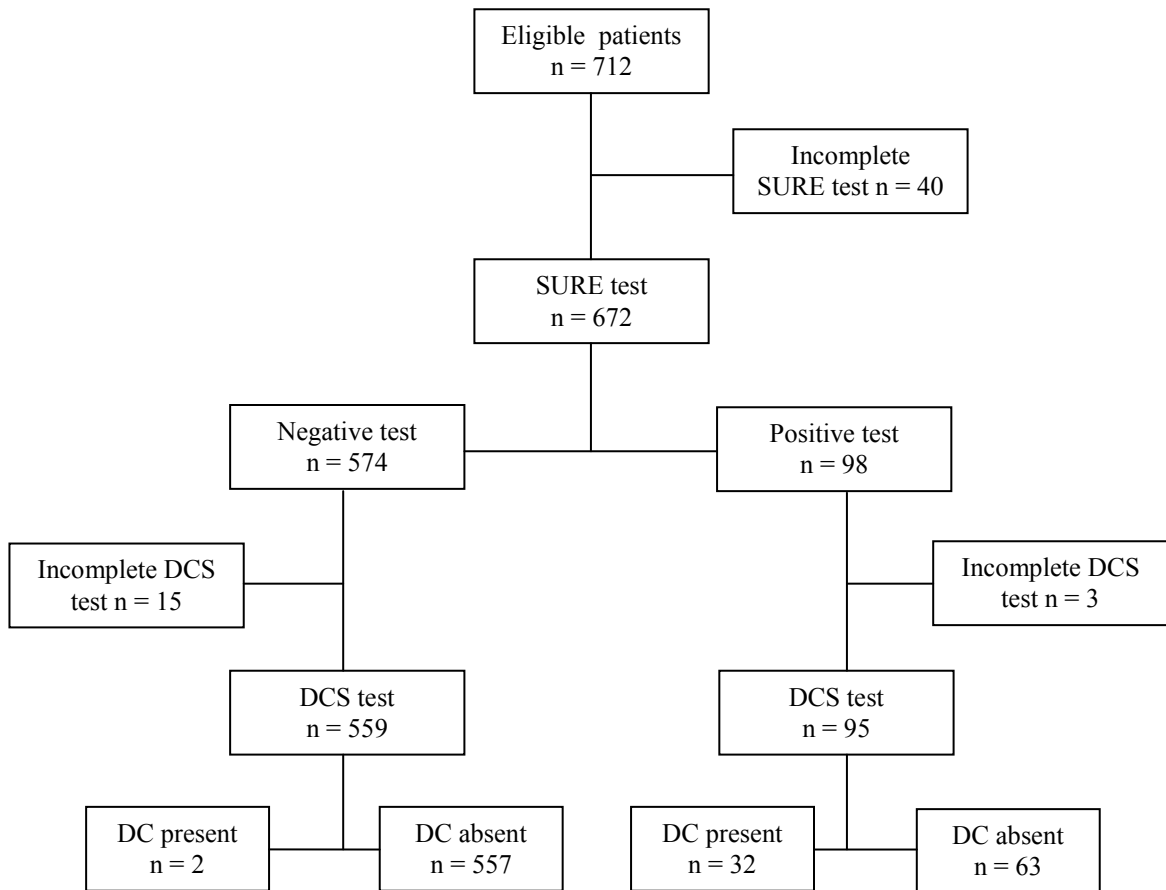
**Table 4. Sensitivity (%) of SURE assessed for sub-groups**

<b>Sub-group</b>	<b>Sensitivity (95% CI)</b>
Female (n = 24)	91.7 (71.5-98.5)
Male (n = 9)*	100 (62.9-100)
Immediate antibiotics prescription reported (n = 11)	81.8 (47.8-96.8)
No immediate antibiotics prescription reported (n = 23)	100 (82.2-100)
FP consulted had not been exposed to DECISION+2 (n = 3)	100 (31.0-100)
FP consulted had been exposed to DECISION+2 (n = 31)	93.5 (77.2-98.9)

CI =confidential interval

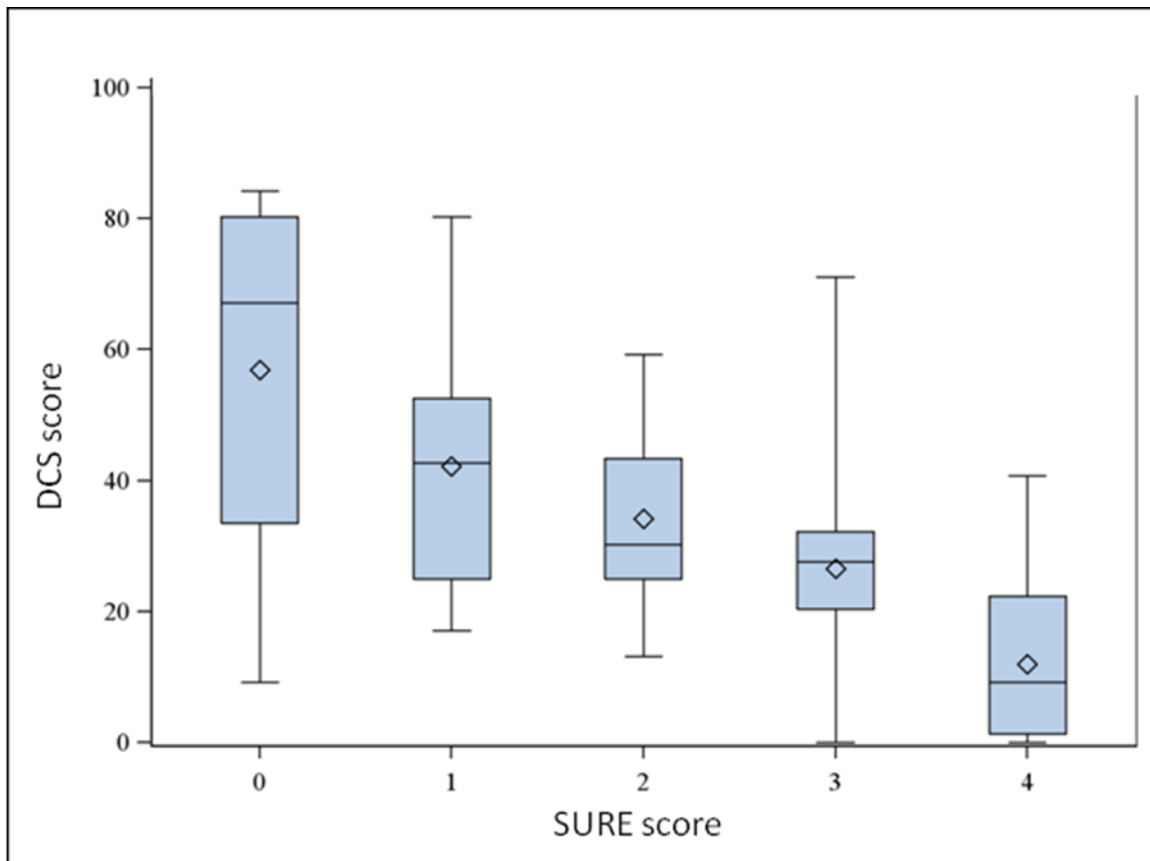
\*1 missing data

**Figure 1. STARD Statement flow diagram of participating patients**



DC = Clinically significant decisional conflict as determined by the DCS (> 37.5 on a scale of 0-100)

Figure 2. DCS scores variability according to SURE scores\*



\*DCS scores range from 0 to 100, a higher score being associated with more decisional conflict. SURE scores range from 0 to 4, scores  $\leq 3$  being associated with decisional conflict screening.

## CHAPITRE 5 – DISCUSSION

SURE est un outil de dépistage fiable et valide pour identifier le conflit décisionnel cliniquement significatif chez les patients en soins primaires. Le développement et la validation du SURE visent ultimement à faire du dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif un processus routinier et systématique en pratique clinique, ceci afin d'assurer un processus décisionnel favorisant une implication optimale des patients, et la prise de décisions de qualité en soins de santé. Cependant, les examens de dépistage – tous genres confondus – ne sont pas opportuns à réaliser dans tous les cas. Au fur et à mesure que les méthodes de dépistage se sont raffinées au cours des dernières décennies, des questions ont été soulevées quant à leurs bénéfices réels sur la santé des individus et des populations. En discussion de ce mémoire, j'aborderai plus spécifiquement les facteurs à analyser pour déterminer si le dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif est opportun. Nous traiterons également de considérations pratiques à envisager pour un tel dépistage en lien avec le modèle de l'ODSF.

### 5.1 Est-il approprié de procéder au dépistage du conflit décisionnel?

Dès la fin des années 60, l'OMS s'est penchée sur le dépistage de masse, qui connaissait à cette époque une importante croissance due notamment aux innovations techniques et scientifiques favorisant des tests rapides pour plusieurs maladies (109). Les problématiques qui avaient été soulevées par les experts Wilson et Jungner, chargés d'étudier la question du dépistage par l'OMS, portaient notamment sur la quantité importante de tests devant être faits pour obtenir des résultats bénéfiques, sur les coûts systémiques engendrés par le dépistage et sur la participation des populations au dépistage. Ils se sont donc attardés à établir des facteurs essentiels à considérer *avant* d'entreprendre un programme de dépistage auprès d'une population donnée.

Ces facteurs ont été publiés par l'OMS dès le début des années 70 (134), et sont toujours d'application aujourd'hui (109). De façon synthétisée, six principaux facteurs sont à considérer et seront ci-après explicités; 1) *l'importance du problème de santé*, 2) *l'histoire naturelle de la maladie*, 3) *la validité du test de dépistage*, 4) *un traitement efficace existant*, 5) *l'atteinte de la population à risque* et 6) *le rapport coût-efficacité* (135). Ces facteurs doivent être mis en relation les uns avec les autres afin d'évaluer globalement l'opportunité d'introduire un programme de dépistage.

1) *L'importance du problème de santé* réfère à deux aspects principaux, soit la sévérité du problème et sa prévalence. Les conséquences très graves d'une condition affectant peu de gens pourront justifier un dépistage massif (p. ex. la phénylcétonurie, dont la prévalence en Amérique du Nord est de 1 cas pour 18 000, mais dont les conséquences sur le développement des enfants non-traités sont très graves<sup>5</sup>), alors que des conséquences moins dramatiques, mais affectant un nombre important d'individus, pourront également justifier la mise en place d'un programme de dépistage. Dans la situation précise du dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif, nous savons qu'un conflit non résolu est associé à des conséquences négatives pour le patient, notamment le regret décisionnel, un manque de connaissances sur le sujet de la décision, l'interruption du traitement choisi et le fait de retarder la prise de décision (80, 104). Le conflit décisionnel non résolu peut également avoir un impact médico-légal, en ce qu'il augmente l'intention des patients de poursuivre leur médecin en cas d'effets indésirables suite au traitement choisi (78). Aussi, un patient qui n'a pas compris les implications de sa décision ne peut être considéré comme ayant fourni un consentement éclairé. Par ailleurs, nous avons vu précédemment dans ce mémoire que la majorité des prévalences de conflit décisionnel chez les patients se situent entre 30% et 60%. Certaines décisions de santé peuvent être associées à de très fortes prévalences (jusqu'à 72% dans le cas du dépistage prénatal (99)); en d'autres cas, le nombre d'individus touchés par le conflit décisionnel, malgré une faible prévalence, peut être très élevé (jusqu'à 1 545 000 d'individus en un an aux États-

---

<sup>5</sup> Données tirées du site de l'Association québécoise des maladies métaboliques du Réseau, consulté le 29 juin 2012 à l'adresse : <http://www.aqmmr.com/fr/pcu.shtml>

Unis en ce qui a trait à la décision de prendre des antibiotiques pour traiter une IAVR, pour une prévalence de conflit décisionnel de 5% (136)).

2) Il importe de connaître *l'histoire naturelle de la maladie* afin d'être en mesure d'évaluer les impacts réels d'un diagnostic précoce. En d'autres termes, il faut que le dépistage de la maladie puisse permettre d'intervenir sur le déroulement naturel que la maladie aurait eu, soit en permettant une guérison complète ou en favorisant une qualité de vie qui auraient été impossibles eut été d'un diagnostic « normal », par exemple en assurant une prise en charge de la maladie durant sa période latente. En ce qui a trait au conflit décisionnel, nous savons que l'évaluation et la prise en charge du conflit décisionnel permet de réduire ou d'éviter complètement le regret décisionnel, en plus d'assurer une meilleure adhérence à la décision choisie (80). En ce sens, on peut conclure que le dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif permet une intervention bénéfique pour le patient, et peut modifier les effets ultérieurs entraînés par un conflit décisionnel non résolu.

3) S'appuyer sur un *test de dépistage valide* constitue évidemment un prérequis essentiel à l'implantation d'un programme de dépistage massif. Afin d'être le plus efficace possible en comparaison au véritable diagnostic, le test de dépistage doit être le plus sensible possible, tout en étant à la fois spécifique. Ces deux éléments impliquent donc que dans un contexte de dépistage où la prévalence est faible, le test doit entraîner le moins possible de faux négatifs (par une bonne sensibilité) et de faux positifs (par une bonne spécificité) (**Figure 6**); idéalement, chaque individu dépisté appartiendrait au bon groupe de « malade » ou « en santé ».

**Figure 6.** Répartition des résultats d'un dépistage

		Résultat du dépistage	
		Positif	Négatif
Résultat du diagnostic	Positif	<i>Vrais positifs</i>	<i>Faux négatifs</i>
	Négatif	<i>Faux positifs</i>	<i>Vrais négatifs</i>

Malheureusement, l'amélioration de la sensibilité d'un test en diminue sa spécificité, et vice-versa (109). Lorsque l'on est face à un dépistage comme celui du conflit décisionnel cliniquement significatif, il est souhaitable d'obtenir une sensibilité supérieure à la spécificité. Dans un premier temps, il est préférable de capter un maximum de vrais positifs (et qu'ainsi tous les négatifs au test soit de vrais négatifs). De façon concomitante, les patients faussement captés positifs ne doivent pas être exposés à une intervention trop invasive. Les résultats obtenus dans la présente étude sont donc concordants avec une telle approche.

4) L'existence d'un *traitement efficace* est inévitable, puisqu'en son absence le dépistage constitue une mesure totalement vaine. « *Identification of risk or symptomless disease and intervention to reduce risk or treat symptomless disease are inextricably linked. You cannot intervene unless you identify, and there is little point identifying unless you intervene effectively.* » (109) En matière de conflit décisionnel cliniquement significatif, il existe des moyens simples d'en modifier les déterminants et ainsi le réduire ou le résoudre chez le patient qui en souffre (74). Les outils d'aide à la décision sont des interventions efficaces afin de contribuer à réduire ou résoudre le conflit décisionnel (74).

5) La possibilité de *rejoindre la population à risque* est nécessaire afin que le dépistage soit efficace. La revue systématique de la littérature effectuée dans le cadre de ce projet nous a permis de constater que les patients en soins de première ligne, pour une variété de décisions devant être prises dans divers contextes cliniques, présente des prévalences

variables mais significatives de conflit décisionnel. Dépister le conflit décisionnel cliniquement significatif pour des problèmes de santé ciblés durant les consultations cliniques à l'aide d'un outil comme le SURE serait donc un moyen simple et efficace de rejoindre une population à risque de présenter un conflit décisionnel cliniquement significatif. Par ailleurs, un programme de dépistage public efficace impliquerait dans un tel cas la participation active des instances organisationnelles, afin notamment de faire la promotion du programme et d'en assurer une évaluation continue.

6) Le *rapport coût-efficacité* vise à balancer les coûts reliés à la mise en œuvre d'un programme de dépistage par rapport aux bénéfices engendrés sur la santé et la qualité de vie des patients. Dans le cas du dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif, aucune étude économique de type coût-efficacité n'a jusqu'à présent été réalisée. L'évaluation du rapport coût-efficacité est toutefois une étape importante pour tout programme de santé publique, notamment pour assurer une répartition adéquate des ressources. En théorie, la majorité des coûts à envisager se situeraient à l'étape de la formation des professionnels de la santé et à la publicisation de l'outil SURE, alors qu'on peut présumer que les coûts engendrés par le dépistage en tant que tel seraient très limités, les quatre questions du SURE se posant rapidement et simplement en pratique clinique courante. Par ailleurs, les bénéfices liés à une meilleure prise de décision pour les patients sont nombreux, bien que difficilement quantifiables à ce point-ci. Des analyses explorant le rapport coût-efficacité d'un dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif seraient nécessaires.

En résumé, les facteurs essentiels à considérer antérieurement à la mise en œuvre d'un programme de dépistage, dans le cadre du conflit décisionnel cliniquement significatif, ont le potentiel d'être respectés. De plus amples études sont toutefois nécessaires pour évaluer la validité diagnostique du SURE dans différents contextes cliniques et pour diverses décisions. Des études sur la formation des professionnels de la santé à son



utilisation et au traitement efficace du conflit décisionnel seraient également souhaitables.

## **5.2 Considérations et conséquences d'un dépistage du conflit décisionnel**

Le cadre conceptuel proposé par l'ODSF et présenté au chapitre 2 du présent mémoire nous permet de réfléchir aux divers éléments relatifs au soutien décisionnel et aux conséquences d'une implantation à grande échelle du SURE pour dépister le conflit décisionnel cliniquement significatif. Le dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif à l'aide de l'outil SURE permet essentiellement d'évaluer les déterminants influant sur le conflit décisionnel des patients, et ultimement favorise une plus grande qualité des décisions et du processus décisionnel. Quels sont les autres éléments du soutien décisionnel à considérer pour favoriser une prise en charge globale et efficace du processus décisionnel des patients, et comment l'outil SURE peut-il s'intégrer à ces différents aspects?

Dans un premier temps, et afin de prendre en compte l'importance du processus décisionnel dans une multitude de contextes en santé, l'outil SURE présente l'avantage de pouvoir s'adapter à plusieurs contextes cliniques. Son utilisation ne nous semble pas limitée qu'aux domaines des soins médicaux et pourrait s'étendre notamment aux champs de la promotion et de la prévention de la santé. Des décisions touchant aux habitudes de vie, comme la nutrition ou la pratique d'activité physique, pourraient être évaluées par les professionnels de la santé impliqués à l'aide de l'outil SURE. Il est déjà documenté que les décisions impliquant la pratique d'activité physique engendrent du conflit décisionnel chez les patients qui y font face (137-139). L'utilisation du SURE serait aussi pertinente dans des contextes de soins à domicile, où par exemple le choix de demeurer à domicile ou de quitter, de même que les choix de répit pour les aidants du patient, sont des décisions difficiles et susceptibles d'entraîner un conflit décisionnel important (140, 141). Des études de validité de l'outil SURE dans de tels contextes

seraient nécessaires à son implantation effective au sein de notre système de santé et de services sociaux.

Afin de préparer les patients à discuter des options de soins de santé et à faire un choix, il existe de nombreux outils d'aide à la décision pour divers contextes de soins. On définit un outil d'aide à la décision comme un instrument (p. ex. dépliants, vidéos, sites internet) créé à partir des données probantes disponibles, visant à préparer le patient à effectuer des choix spécifiques et éclairés entre les différentes options de soins de santé qui s'offrent à lui (74, 142). L'utilisation de l'outil SURE pour dépister le conflit décisionnel cliniquement significatif dans de tels contextes cliniques serait tout à fait adéquate, notamment parce que le conflit décisionnel est régulièrement utilisé pour mesurer l'efficacité des outils d'aide à la décision (74). Son utilisation intégrée à des interventions de soutien décisionnel permettrait de contribuer à identifier les besoins décisionnels, à surveiller et faciliter le processus décisionnel, tout en fournissant une indication de la qualité de la décision. Par ailleurs, d'un point de vue de la recherche, son insertion à des outils d'aide à la décision devant être évalués dans le cadre d'interventions de soutien décisionnel permettrait également d'en faire la validation diagnostique dans divers contextes cliniques, répondant ainsi à sa nécessaire évaluation pour une pluralité de décisions de santé.

Au-delà de l'identification et de l'évaluation du conflit décisionnel cliniquement significatif chez les patients, nous avons la responsabilité de nous assurer que la réponse offerte à ceux présentant un conflit décisionnel cliniquement significatif soit appropriée et efficace à le réduire ou à l'éliminer. En ce sens, il nous paraît essentiel d'accompagner l'implantation de l'outil SURE en pratique clinique et au sein de programmes utilisant des outils d'aide à la décision de formation des professionnels de la santé. Une réponse inappropriée au conflit décisionnel cliniquement significatif dépisté chez les patients serait d'une part improductive du point de vue de l'amélioration du processus décisionnel et de la qualité de la décision, et pourrait au surplus s'avérer anxiogène pour les patients. La

formation des professionnels de la santé sur l'utilisation du SURE devrait intégrer : 1) la communication simple et efficace de données probantes complexes (143), 2) l'élicitation des valeurs et préférences des patients (10, 41) et 3) l'offre aux patients de ressources fournissant un soutien adapté à leur condition (p. ex. groupes de soutien, associations de patients, forums de discussion).

En se fondant sur le cadre conceptuel proposé par l'ODSF, le respect des recommandations ci-haut mentionnées et la poursuite de recherches en matière de prise de décision partagée et de conflit décisionnel devraient conduire à l'adoption, par les professionnels de la santé et par les patients, de meilleurs processus décisionnels. Les processus décisionnels sont une part essentielle de la prestation des soins de santé individuels et collectifs. En améliorant la prise de décision clinique entre les professionnels de la santé et les patients, on pourrait favoriser une plus grande satisfaction des patients, une meilleure adhérence aux traitements choisis, et viser une utilisation plus optimale des interventions sous- ou surutilisées pour l'ensemble de la population. Il s'agit de quelques exemples illustrant l'influence que la prise de décision clinique peut opérer sur les niveaux meso et macro du système de santé.

### **5.3 Forces et limites du projet de recherche**

Mon projet de recherche s'est déroulé à l'intérieur d'une vaste étude, DÉCISION+2, qui avait pour principal objectif de mesurer les effets d'une formation en prise de décision partagée chez des médecins de famille sur la décision rapportée par les patients d'utiliser ou non des antibiotiques pour le traitement d'une IAVR (121). Certaines forces et limites inhérentes à ce contexte viennent donc s'ajouter à celles discutées dans l'article scientifique présenté au chapitre 4 du présent mémoire.

La principale force de ce projet de recherche est de constituer la première analyse de validité diagnostique de l'outil SURE en tant que test de dépistage du conflit décisionnel

cliniquement significatif. La première étude de validité du SURE en avait établi la cohérence interne de même que la corrélation avec l'ÉCD, mais ne s'était pas attardée à sa validité diagnostique (18). La validité diagnostique de l'outil SURE nous permet d'envisager son implantation en pratique clinique, puisqu'il s'avère être un test de dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif suffisamment sensible et spécifique.

Nous avons par ailleurs dû composer avec un échantillon de convenance dans le cadre de ce projet, soit les patients qui acceptaient de participer au projet DÉCISION+2. Bien qu'il aurait pu s'agir d'une limite potentielle de l'étude, nous croyons plutôt qu'il s'est avéré être une force, puisque la participation de 712 patients au total, dont 654 ont pu fournir des données complètes pour les analyses du présent projet, représente une importante taille d'échantillon pour ce type d'étude.

De plus, ce grand échantillon a atténué les effets, du point de vue des analyses et notamment des intervalles de confiance, de la faible prévalence estimée de conflit décisionnel cliniquement significatif au sein de la population à l'étude. Cette faible prévalence estimée peut nous indiquer que la décision d'avoir recours ou non à des antibiotiques pour le traitement d'une IAVR n'est pas une décision particulièrement importante pour les patients. Cependant, et tel qu'explicité aux chapitres 4 et 5, son importance et sa pertinence se justifient par le fait que cette décision touche un très grand nombre de patients chaque année (136). En ayant opté pour un tel contexte clinique pour la validation diagnostique de l'outil SURE, nous avons démontré qu'il s'avère fiable et valide pour un contexte de consultation fréquent en soins de première ligne.

## CHAPITRE 6 – TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Ce projet de recherche visait à évaluer les propriétés psychométriques de l'outil SURE pour dépister le conflit décisionnel cliniquement significatif vécu par les patients chez qui une prescription d'antibiotiques est envisagée pour traiter une IAVR en soins primaires. Il a permis de valider l'outil SURE en tant qu'instrument de dépistage adéquat pour évaluer la présence ou l'absence du conflit décisionnel cliniquement significatif en soins primaires. Alors que les recherches tentent de plus en plus de trouver des moyens efficaces d'implanter en pratique clinique le processus de prise de décision partagée, l'outil SURE pourra s'avérer utile tant pour de futurs projets de recherche que pour des programmes d'amélioration de la qualité des soins.

De nombreux chercheurs et collaborateurs s'intéressent déjà au SURE en tant qu'outil clinique, et les discussions sur l'implantation et l'utilisation de cet outil ont été nombreuses tout au long du projet, que ce soit avec des collègues de l'Université Laval ou des équipes de recherche à l'international. Une rencontre avec le Dr Louis Couture, directeur des services professionnels du CHUQ au printemps 2011, avait permis de confirmer un grand intérêt pour le dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif des patients, notamment dans le contexte du guichet unique de préparation à la chirurgie de l'hôpital Saint-François-d'Assise. Ce projet n'avait pu être mis en route, compte tenu de la faisabilité d'une telle étude dans le cadre d'une maîtrise, mais serait toujours d'actualité pour un futur projet de recherche. Par ailleurs, l'outil SURE a suscité un vif intérêt au récent *Summer Institute for Informed Patient Choice* du *Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice* (9 au 11 juillet 2012, Hanover, NH, États-Unis), où il a été mentionné à de nombreuses reprises comme un outil prometteur pour la mesure de la qualité de la décision clinique et le processus décisionnel en général. Actuellement, le SURE est également utilisé au Royaume-Uni dans le cadre du projet AQuA (*Advancing Quality Alliance*) mené par le NHS (144).

Les résultats du présent mémoire ont d'ores et déjà fait l'objet de deux présentations par affiches, lors des 15<sup>e</sup> Journées annuelles de santé publique ([www.inspq.qc.ca/jasp](http://www.inspq.qc.ca/jasp)) et lors de la Journée annuelle de la recherche de la Faculté de médecine 2012 ([www.fmed.ulaval.ca/evenement/index.php?id=1010](http://www.fmed.ulaval.ca/evenement/index.php?id=1010)). De plus, l'article présenté dans le présent mémoire a été soumis au journal *Medical Decision Making*. Advenant qu'il soit publié, les résultats de cette étude jouiront d'une grande visibilité et pourront être partagés à un large éventail de chercheurs, cliniciens et décideurs du domaine des politiques de santé. Par ailleurs, un résumé a également été soumis et accepté pour une présentation par affiche lors de la 34<sup>e</sup> Assemblée générale de la *Society for Medical Decision Making* qui doit se tenir à Phoenix, Arizona, en octobre 2012 ([www.smdm.org/2012\\_meeting/index.shtml](http://www.smdm.org/2012_meeting/index.shtml)).

Le rayonnement de ce projet de recherche se fait donc sentir tant au sein de la communauté universitaire qu'à l'échelle provinciale et internationale. Il sera intéressant de poursuivre les travaux liés au SURE pour en implanter l'utilisation en milieux de pratique et confirmer sa validité dans divers contextes de soins et en différentes langues.

## CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les propriétés psychométriques de l'outil SURE pour dépister le conflit décisionnel cliniquement significatif vécu par les patients chez qui une prescription d'antibiotiques est envisagée pour traiter une IAVR en soins primaires. En nous servant du contexte particulier de la décision de recourir à des antibiotiques pour le traitement des IAVR, nous avons analysé la validité diagnostique du SURE en le comparant à l'ÉCD, la mesure étalon en matière de diagnostic du conflit décisionnel. Nous avons également mesuré sa cohérence interne (fidélité) à l'aide du coefficient KR-20, de même que sa corrélation et son association avec l'ÉCD en effectuant les tests de Spearman et de Kruskal-Wallis. Le SURE s'est avéré être fiable et a assuré un dépistage valide du conflit décisionnel des patients dans le contexte où il a été utilisé. Les mesures d'association ont également révélé une corrélation entre les résultats obtenus par les patients à l'ÉCD et au SURE. De plus amples études sont toutefois nécessaires afin de valider le SURE dans divers contextes décisionnels en santé et auprès de populations variées.

Les modes de prestation des soins de santé, dont les processus de prise de décision clinique font partie, sont une composante importante de la santé publique, en ce qu'ils influencent la santé des populations par le rôle qu'ils jouent sur des déterminants sanitaires essentiels comme la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des risques. La prise de décision partagée offre un modèle de prise de décision clinique de plus en plus adopté par les professionnels de la santé et encouragé par les décideurs, notamment parce qu'il répond à des enjeux éthiques et légaux liés au consentement éclairé des patients. À l'intérieur de ce modèle, l'évaluation des besoins et processus décisionnels des patients est essentielle afin de favoriser leur participation optimale au cours de la consultation clinique et au moment de prendre des décisions touchant leur santé. En ce sens, favoriser le dépistage du conflit décisionnel cliniquement significatif chez les patients faisant face à une décision de santé est souhaitable afin d'améliorer ultimement leur adhérence à la décision, diminuer la fréquence de

reconsultations pour les mêmes raisons et éviter le regret décisionnel. Afin de maximiser l'adoption de l'outil SURE dans divers contextes de soins, de prévention ou de promotion de la santé, des études devraient s'attarder aux facteurs nuisant ou facilitant son implantation en pratique et son utilisation par les professionnels de la santé. Ces recherches auraient le potentiel de permettre le développement et la mise en place de formations efficaces pour les professionnels de la santé concernant l'évaluation du conflit décisionnel cliniquement significatif des patients et, plus globalement, la pratique de la prise de décision partagée.



## RÉFÉRENCES

1. Knottnerus JA, Tugwell P. Evidence, (un)certainty, and clinical practice. *J Clin Epidemiol*. 2011 Dec;64(12):1267-9.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
3. Bedford M, Pettersen K, Minhas R. Strength of evidence and handling uncertainty: practical considerations and general observations. *J Clin Epidemiol*. 2011 Dec;64(12):1272-4.
4. Kent DM, Shah ND. Risk models and patient-centered evidence: should physicians expect one right answer? *JAMA*. 2012 Apr 18;307(15):1585-6.
5. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet*. 1995 Apr 1;345(8953):840-2.
6. Steiner JF. Talking about treatment: the language of populations and the language of individuals. *Ann Intern Med*. 1999 Apr 6;130(7):618-22.
7. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ*. 2005 Mar 5;330(7490):511.
8. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*. 2000 Nov;50(460):892-9.
9. Adams JR, Drake RE. Shared decision-making and evidence-based practice. *Community Ment Health J*. 2006 Feb;42(1):87-105.
10. Legare F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(5):CD006732.
11. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999 Jun;49(443):477-82.
12. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997 Mar;44(5):681-92.
13. Coulter A, Collins A. Making Shared Decision-Making a reality. No decision about me, without me. London: The King's Fund 2011.

14. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):766-71.
15. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making*. 1995 Jan-Mar;15(1):25-30.
16. Janis IL, Mann L. *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free Press; 1977.
17. Carpentino-Moyet LJ, editor. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. 11th Edition ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
18. Legare F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D'Amours D, Rousseau M, et al. Are you SURE?: Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Can Fam Physician*. 2010 Aug;56(8):e308-14.
19. OMS. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. New York: Organisation Mondiale de la Santé 1946.
20. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ*. 2008;337:a2900.
21. Larson JS. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev*. 1999 Jun;56(2):123-36.
22. What is health? The ability to adapt. *Lancet*. 2009 Mar 7;373(9666):781.
23. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
24. Smith R. The end of disease and the beginning of health. *BMJ Group Blogs* [serial on the Internet]. 2008: Available from: <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>.
25. La santé publique et des populations. Association des facultés de médecine du Canada; [6 mars 2012]; Available from: <http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre1LesConceptsDeLaSantEtDeLaMaladie/Lasantpubliqueetdespopulations>.
26. OMS. Comité d'experts de l'administration de la santé publique. Genève: Organisation Mondiale de la Santé 1952.
27. MSSS. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec: Gouvernement du Québec; 2003.
28. OMS. *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé 1999.

29. *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., c. S-4.2, article 1.
30. Kelly MP, Stewart E, Morgan A, Killoran A, Fischer A, Threlfall A, et al. A conceptual framework for public health: NICE's emerging approach. *Public Health*. 2009 Jan;123(1):e14-20.
31. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971 Feb 27;1(7696):405-12.
32. Watt G. The inverse care law today. *Lancet*. 2002 Jul 20;360(9328):252-4.
33. Iglesias JR. Avis sur la grève illégale des infirmiers et infirmières. Québec: Conseil médical du Québec; 7 juillet 1999 [22 mars 2012]; Available from: <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/Greve.PDF>.
34. King JS, Eckman MH, Moulton BW. The potential of shared decision making to reduce health disparities. *J Law Med Ethics*. 2011 Mar;39 Suppl 1:30-3.
35. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. Patients' preferences matter: Stop the silent misdiagnosis. London: The King's Fund 2012.
36. Lévesque J-F, Bergeron P. De l'individuel au collectif: une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 2003;9(2):73-89.
37. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999 Sep;49(5):651-61.
38. Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *CMAJ*. 2001 Aug 21;165(4):438-9.
39. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012 Mar 1;366(9):780-1.
40. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1087-110.
41. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(4):CD003267.
42. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006 Mar;60(3):301-12.
43. Moulton B, King JS. Aligning ethics with medical decision-making: the quest for informed patient choice. *J Law Med Ethics*. 2010 Spring;38(1):85-97.

44. Snyder L, Leffler C. Ethics manual: fifth edition. *Ann Intern Med.* 2005 Apr 5;142(7):560-82.
45. Hottois G, Missa J-N. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. 1<sup>re</sup> ed. Bruxelles: Éditions De Boeck Université 2001.
46. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Informed consent -- why are its goals imperfectly realized? *N Engl J Med.* 1980 Apr 17;302(16):896-900.
47. Schenker Y, Meisel A. Informed consent in clinical care: practical considerations in the effort to achieve ethical goals. *JAMA.* 2011 Mar 16;305(11):1130-1.
48. Anyfantakis D, Symvoulakis EK. Medical decision and patient's preference: 'much ethics' and more trust always needed. *Int J Med Sci.* 2011;8(4):351-2.
49. *Loi constitutionnelle de 1982*, annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), 1982, c. 11, article 7.
50. *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, article 1.
51. *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991, articles 10 et 11.
52. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, articles 8 et 9.
53. Deleury É, Goubau D. *Le droit des personnes physiques*. 3<sup>e</sup> ed. Cowansville: Les Éditions Yvon Blais; 2002.
54. Murray B. Informed Consent: What Must a Physician Disclose to a Patient? *Virtual Mentor.* 2012;14(7):563-66.
55. *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., C. M-9, r. 17, article 28.
56. Legare F, Stacey D, Forest PG, Coutu MF. Moving SDM forward in Canada: milestones, public involvement, and barriers that remain. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw.* 2011;105(4):245-53.
57. Frosch DL, Moulton BW, Wexler RM, Holmes-Rovner M, Volk RJ, Levin CA. Shared decision making in the United States: policy and implementation activity on multiple fronts. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw.* 2011;105(4):305-12.
58. Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw.* 2011;105(4):300-4.
59. Legare F, Stacey D, Forest PG. Shared decision-making in Canada: update, challenges and where next! *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2007;101(4):213-21.
60. *Patient Protection and Affordable Care Act*, Pub. L. No. 111-148.

61. *Health Care Education and Reconciliation Act*, Pub. L. No. 111-152.
62. The NHS Constitution. Department of Health 2012.
63. *Health and Social Care Act 2012*, c. 7, par. 23(13H).
64. Thanks for the Petunias: A guide to developing and commissioning non-traditional providers to support the self-management of people with long-term conditions. . Year of Care Programme; 2011 [12 avril 2012]; Available from: [http://www.diabetes.nhs.uk/year\\_of\\_care/](http://www.diabetes.nhs.uk/year_of_care/).
65. Zikmund-Fisher BJ, Couper MP, Singer E, Ubel PA, Ziniel S, Fowler FJ, Jr., et al. Deficits and variations in patients' experience with making 9 common medical decisions: the DECISIONS survey. *Med Decis Making*. 2010 Sep-Oct;30(5 Suppl):85S-95S.
66. Zikmund-Fisher BJ, Couper MP, Singer E, Levin CA, Fowler FJ, Jr., Ziniel S, et al. The DECISIONS study: a nationwide survey of United States adults regarding 9 common medical decisions. *Med Decis Making*. 2010 Sep-Oct;30(5 Suppl):20S-34S.
67. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2004 Dec;19(12):1228-39.
68. Weiss BD, Hart G, McGee DL, D'Estelle S. Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *J Am Board Fam Pract*. 1992 May-Jun;5(3):257-64.
69. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*. 2005 Sep 26;165(17):1946-52.
70. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*. 2007 Jul 23;167(14):1503-9.
71. Legare F, St-Jacques S, Gagnon S, Njoya M, Brisson M, Fremont P, et al. Prenatal screening for Down syndrome: a survey of willingness in women and family physicians to engage in shared decision-making. *Prenat Diagn*. 2011 Apr;31(4):319-26.
72. Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS. Geography and the debate over Medicare reform. *Health Aff (Millwood)*. 2002 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W96-114.
73. King JS, Moulton BW. Rethinking informed consent: the case for shared medical decision-making. *Am J Law Med*. 2006;32(4):429-501.

74. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(10):CD001431.
75. Brehaut JC, O'Connor AM, Wood TJ, Hack TF, Siminoff L, Gordon E, et al. Validation of a decision regret scale. *Med Decis Making*. 2003 Jul-Aug;23(4):281-92.
76. Fagerlin A, Sepucha KR, Couper MP, Levin CA, Singer E, Zikmund-Fisher BJ. Patients' knowledge about 9 common health conditions: the DECISIONS survey. *Med Decis Making*. 2010 Sep-Oct;30(5 Suppl):35S-52S.
77. Sepucha KR, Fagerlin A, Couper MP, Levin CA, Singer E, Zikmund-Fisher BJ. How does feeling informed relate to being informed? The DECISIONS survey. *Med Decis Making*. 2010 Sep-Oct;30(5 Suppl):77S-84S.
78. Gattellari M, Ward JE. Will men attribute fault to their GP for adverse effects arising from controversial screening tests? An Australian study using scenarios about PSA screening. *J Med Screen*. 2004;11(4):165-9.
79. Barry MJ, Wescott PH, Reifler EJ, Chang Y, Moulton BW. Reactions of potential jurors to a hypothetical malpractice suit: alleging failure to perform a prostate-specific antigen test. *J Law Med Ethics*. 2008 Summer;36(2):396-402, 214.
80. Sun Q. Predicting Downstream Effects of High Decisional Conflict: Meta-analyses of the Decisional Conflict Scale. Ottawa: University of Ottawa; 2004.
81. O'Connor A, Jacobsen M. Conflit décisionnel : évaluation et aide apportée aux clients confrontés à des décisions concernant leur santé. Ottawa: Ottawa Hospital Research Center; 1998 [updated 2000]; Available from: [http://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/Conflit\\_decisionnel.pdf](http://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/Conflit_decisionnel.pdf).
82. Towle A, Godolphin W. Education and training of health care professionals. In: Edwards A, Elwyn G, editors. *Evidence-based Patient Choice: Inevitable or Impossible?* Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 245-70.
83. Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Legare F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012;344:e256.
84. Legare F, O'Connor AC, Graham I, Saucier D, Cote L, Cauchon M, et al. Supporting patients facing difficult health care decisions: use of the Ottawa Decision Support Framework. *Can Fam Physician*. 2006 Apr;52:476-7.
85. O'Connor AM, Drake ER, Fiset V, Graham ID, Laupacis A, Tugwell P. The Ottawa patient decision aids. *Eff Clin Pract*. 1999 Jul-Aug;2(4):163-70.

86. Brehaut JC, Carroll K, Elwyn G, Saginur R, Kimmelman J, Shojania K, et al. Informed consent documents do not encourage good-quality decision making. *J Clin Epidemiol*. 2012 Apr 25.
87. Elwyn G, Edwards A, Britten N. "Doing prescribing": how might clinicians work differently for better, safer care. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec;12 Suppl 1:i33-6.
88. Durand MA, Stiel M, Boivin J, Elwyn G. Where is the theory? Evaluating the theoretical frameworks described in decision support technologies. *Patient Educ Couns*. 2008 Apr;71(1):125-35.
89. Legare F, Politi MC, Drolet R, Desroches S, Stacey D, Bekker H. Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Patient Educ Couns*. 2012 Aug;88(2):159-69.
90. O'Connor AM, Jacobsen MJ, Stacey D. An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002 Sep-Oct;31(5):570-81.
91. O'Connor AM. Ottawa Decision Support Framework to Address Decisional Conflict. 2006; Available from: [www.ohri.ca/decisionaid](http://www.ohri.ca/decisionaid).
92. Stacey D, Paquet L, Samant R. Exploring cancer treatment decision-making by patients: a descriptive study. *Curr Oncol*. 2010 Aug;17(4):85-93.
93. Bekker HL, Legare F, Stacey D, O'Connor A, Lemyre L. Is anxiety a suitable measure of decision aid effectiveness: a systematic review? *Patient Educ Couns*. 2003 Jul;50(3):255-62.
94. Entwistle VA, Sowden AJ, Watt IS. Evaluating interventions to promote patient involvement in decision-making: by what criteria should effectiveness be judged? *J Health Serv Res Policy*. 1998 Apr;3(2):100-7.
95. O'Connor AM, Tugwell P, Wells GA, Elmslie T, Jolly E, Hollingworth G, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. *Patient Educ Couns*. 1998 Mar;33(3):267-79.
96. Kryworuchko J, Stacey D, Bennett C, Graham ID. Appraisal of primary outcome measures used in trials of patient decision support. *Patient Educ Couns*. 2008 Dec;73(3):497-503.
97. Simon D, Loh A, Harter M. Measuring (shared) decision-making--a review of psychometric instruments. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2007;101(4):259-67.
98. Scholl I, Loon MK, Sepucha K, Elwyn G, Legare F, Harter M, et al. Measurement of shared decision making - a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011;105(4):313-24.

99. Arimori N. Randomized controlled trial of decision aids for women considering prenatal testing: The effect of the Ottawa Personal Decision Guide on decisional conflict. *Japan Journal of Nursing Science*. 2006;3:119-30.
100. Buchholz A, Hölzel L, Kriston L, Simon D, Härter M. Die Decisional Conflict Scale in deutscher Sprache (DCS-D) - Dimensionale Struktur in einer Stichprobe von Hausarztpatienten. *Klinische Diagnostik und Evaluation*. 2011:15-30.
101. Cohan D, Gomez E, Greenberg M, Washington S, Charlebois ED. Patient perspectives with abbreviated versus standard pre-test HIV counseling in the prenatal setting: a randomized-controlled, non-inferiority trial. *PLoS One*. 2009;4(4):e5166.
102. Légaré F, Graham I, O'Connor A, Dolan JG, Bélanger-Ducharme F. Prise de décision partagée : traduction et validation d'une échelle de confort décisionnel du médecin. *Pédagogie médicale*. 2003;4:216-22.
103. Taylor KL, Davis JL, 3rd, Turner RO, Johnson L, Schwartz MD, Kerner JF, et al. Educating African American men about the prostate cancer screening dilemma: a randomized intervention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006 Nov;15(11):2179-88.
104. O'Connor A. User Manual - Decisional conflict Scale. Ottawa: Ottawa Hospital Research Center; 1993 [updated 2010]; Available from: [http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User\\_Manuals/UM\\_Decisional\\_Conflict.pdf](http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf).
105. Légaré F, LeBlanc A, Robitaille H, Turcotte S. The decisional conflict scale: moving from the individual to the dyad level. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)*. 2012.
106. Legare F, Graham ID, O'Connor AC, Aubin M, Baillargeon L, Leduc Y, et al. Prediction of health professionals' intention to screen for decisional conflict in clinical practice. *Health Expect*. 2007 Dec;10(4):364-79.
107. Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2004 Jan;57(1):30-9.
108. Cremonte M, Ledesma RD, Cherpitel CJ, Borges G. Psychometric properties of alcohol screening tests in the emergency department in Argentina, Mexico and the United States. *Addict Behav*. 2010 Sep;35(9):818-25.
109. Raffle AE, Muir Gray JA. *Screening: Evidence and Practice*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
110. Rapport et recommandations: Les solutions émergentes. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux; 2000. p. 107.



111. Lalonde L, O'Connor A, Duguay P, Brassard J, Drake E, Grover SA. Evaluation of a decision aid and a personal risk profile in community pharmacy for patients considering options to improve cardiovascular health: the OPTIONS pilot study. *IJPP*. 2006;14:51-62.
112. Kremer H, Ironson G, Schneiderman N, Hautzinger M. "It's my body": does patient involvement in decision making reduce decisional conflict? *Med Decis Making*. 2007 Sep-Oct;27(5):522-32.
113. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Ricketts I, Patel RR, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007 Jun 23;334(7607):1305.
114. McCaffery KJ, Irwig L, Chan SF, Macaskill P, Barratt A, Lewicka M, et al. HPV testing versus repeat Pap testing for the management of a minor abnormal Pap smear: evaluation of a decision aid to support informed choice. *Patient Educ Couns*. 2008 Dec;73(3):473-9, 81.
115. Williams RM, Zincke NL, Turner RO, Davis JL, Davis KM, Schwartz MD, et al. Prostate cancer screening and shared decision-making preferences among African-American members of the Prince Hall Masons. *Psychooncology*. 2008 Oct;17(10):1006-13.
116. Hollinghurst S, Emmett C, Peters TJ, Watson H, Fahey T, Murphy DJ, et al. Economic evaluation of the DiAMOND randomized trial: cost and outcomes of 2 decision aids for mode of delivery among women with a previous cesarean section. *Med Decis Making*. 2010 Jul-Aug;30(4):453-63.
117. Smith SK, Trevena L, Simpson JM, Barratt A, Nutbeam D, McCaffery KJ. A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341:c5370.
118. Patel SR, Wisner KL. Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. *Depress Anxiety*. 2011 Jul;28(7):589-95.
119. Balde A, Legare F, Labrecque M. Assessment of needs of men for decision support on male sterilization. *Patient Educ Couns*. 2006 Nov;63(3):301-7.
120. Labrecque M, Paunescu C, Plesu I, Stacey D, Legare F. Evaluation of the effect of a patient decision aid about vasectomy on the decision-making process: a randomized trial. *Contraception*. 2010 Dec;82(6):556-62.
121. Legare F, Labrecque M, Godin G, LeBlanc A, Laurier C, Grimshaw J, et al. Training family physicians and residents in family medicine in shared decision making to improve clinical decisions regarding the use of antibiotics for acute respiratory infections: protocol for a clustered randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2011;12:3.

122. Legare F, Labrecque M, Cauchon M, Castel J, Turcotte S, Grimshaw J. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ*. 2012 Aug 13.
123. Schappert SM, Rechtsteiner EA. Ambulatory medical care utilization estimates for 2006. *Natl Health Stat Report*. 2008 Aug 6(8):1-29.
124. Rutschmann OT, Domino ME. Antibiotics for upper respiratory tract infections in ambulatory practice in the United States, 1997-1999: does physician specialty matter? *J Am Board Fam Pract*. 2004 May-Jun;17(3):196-200.
125. Steinman MA, Landefeld CS, Gonzales R. Predictors of broad-spectrum antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in adult primary care. *JAMA*. 2003 Feb 12;289(6):719-25.
126. Nash DR, Harman J, Wald ER, Kelleher KJ. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Nov;156(11):1114-9.
127. Linder JA, Singer DE. Desire for antibiotics and antibiotic prescribing for adults with upper respiratory tract infections. *J Gen Intern Med*. 2003 Oct;18(10):795-801.
128. McCaig LF, Besser RE, Hughes JM. Trends in antimicrobial prescribing rates for children and adolescents. *JAMA*. 2002 Jun 19;287(23):3096-102.
129. Finkelstein JA, Huang SS, Daniel J, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Goldmann D, et al. Antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae* in the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine era: predictors of carriage in a multicomunity sample. *Pediatrics*. 2003 Oct;112(4):862-9.
130. Patrick DM, Hutchinson J. Antibiotic use and population ecology: how you can reduce your "resistance footprint". *CMAJ*. 2009 Feb 17;180(4):416-21.
131. Hart AM, Pepper GA, Gonzales R. Balancing acts: deciding for or against antibiotics in acute respiratory infections. *J Fam Pract*. 2006 Apr;55(4):320-5.
132. Weiss K, Blais R, Fortin A, Lantin S, Gaudet M. Impact of a multipronged education strategy on antibiotic prescribing in quebec, Canada. *Clin Infect Dis*. 2011 Sep;53(5):433-9.
133. O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expect*. 2003 Jun;6(2):97-109.
134. Wilson JMG, Jungner G. *Principes et pratique du dépistage des maladies*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1970.

135. Wilson JM. Current trends and problems in health screening. *J Clin Pathol*. 1973 Aug;26(8):555-63.
136. Cherry DK, Hing E, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2006 summary. *Natl Health Stat Report*. 2008 Aug 6(3):1-39.
137. Al-Hassan M, Wierenga M. Exercise participation decisions of Jordanian myocardial infarction patients: application of the decisional conflict theory. *Int J Nurs Stud*. 2000 Apr;37(2):119-26.
138. Ross MM, Carswell A, Hing M, Hollingworth G, Dalziel WB. Seniors' decision making about pain management. *J Adv Nurs*. 2001 Aug;35(3):442-51.
139. Beery TA, Smith CR, Kudel I, Knilans T. Measuring sports participation decisional conflict in youth with cardiac pacemakers and/or ICDs. *J Adv Nurs*. 2011 Apr;67(4):821-8.
140. Murray MA, O'Connor AM, Fiset V, Viola R. Women's decision-making needs regarding place of care at end of life. *J Palliat Care*. 2003 Fall;19(3):176-84.
141. Stirling C, Leggett S, Lloyd B, Scott J, Blizzard L, Quinn S, et al. Decision aids for respite service choices by carers of people with dementia: development and pilot RCT. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012;12:21.
142. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ*. 2006 Aug 26;333(7565):417.
143. Woolf SH, Chan EC, Harris R, Sheridan SL, Braddock CH, 3rd, Kaplan RM, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med*. 2005 Aug 16;143(4):293-300.
144. Walker E. National SDM Programme Lot 3. Advancing Quality Alliance, NHS; 2012.

**ANNEXE 1**

Autorisation du comité d'éthique du Centre de Santé  
et de Services Sociaux de la Vieille-Capitale

Centre de santé et de services sociaux  
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

Le 7 décembre 2010

Docteur France Légaré  
CRCHUQ Hôpital Saint-François-d'Assise  
10, rue de l'Espinay, local D6-735  
Québec (Québec) G1L 3L5

COPIE

**OBJET : Renouvellement d'approbation éthique**  
Projet de recherche 2009-2010-23 « Décision +, une formation pour les médecins de famille sur la prise de décision partagée afin d'optimiser les décisions cliniques concernant l'utilisation d'antibiotiques pour les infections aiguës des voies respiratoires (IAVR) »

Docteur,

Le comité d'éthique de la recherche des Centres de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, du Grand Littoral et de Portneuf a reçu votre demande de renouvellement d'approbation du projet de recherche cité en objet, demande datée du 9 décembre dernier. Le comité note que vous prévoyez terminer votre recrutement en avril 2011, et votre projet en avril 2012. Ayant jugé le tout conforme, le comité autorise le renouvellement de ce projet pour une année supplémentaire, soit **du 9 décembre 2010 au 9 décembre 2011.**

Ce renouvellement est conditionnel aux points suivants :

1. Le comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer le projet advenant toute modification au protocole ou toute nouvelle information modifiant les risques encourus, le contenu du consentement des participants ou la manière dont il est obtenu.
2. Le comité devra par ailleurs être informé de tout incident ou effet secondaire imprévu qui surviendrait dans le cadre de votre recherche. Le chercheur s'engage à ce titre à faire un rapport incident/accident, comme prévu aux politiques de l'établissement.
3. Nous vous rappelons que vous avez la responsabilité de tenir à jour la liste des participants à votre projet de recherche pendant un an après la fin du projet, dans un répertoire à part. En cas de problème, et afin de s'assurer de la protection des participants à la recherche, l'établissement pourra en effet exiger du chercheur la liste des participants à son projet de recherche.

En vous souhaitant bonne continuité dans vos recherches, je vous prie d'agréer, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche,

Béatrice Bysermann

Enseignement et Recherche  
Téléphone : 418 681-8787  
Télocopieur : 418 687-9694

Édifice Père-Marquette  
880, rue Père-Marquette, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2A4

Centre administratif  
1, avenue du Sacré-Cœur  
Québec (Québec) G1N 2W1  
Téléphone : 418 529-4777

www.cssvc.qc.ca

**ANNEXE 2**

Formulaire de consentement des patients



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### ***TITRE DU PROJET :***

**DÉCISION +, une formation pour les médecins de famille sur la prise de décision partagée afin d'optimiser les décisions cliniques concernant l'utilisation d'antibiotiques pour les infections aiguës des voies respiratoires (IAVR).**

### **Chercheur principal :**

France Légaré, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval

### **Co-chercheurs :**

Michel Labrecque, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval

Annie LeBlanc, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval

Gaston Godin, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval

Claudine Laurier, Faculté de Pharmacie, Université de Montréal

Jeremy Grimshaw, Faculty of medicine, Ottawa Health Research Institute

Ce formulaire de consentement contient des informations sur le projet de recherche ci-haut mentionné. Nous vous demandons de le lire attentivement. Si vous acceptez de participer à la recherche vous devrez signer ce formulaire dont une copie vous sera remise. Si vous désirez obtenir plus d'informations, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

### **Source de financement**

Ce projet a reçu une subvention de recherche par le Fond de la recherche en santé du Québec et le Conseil du médicament du Québec

### **Description de l'étude**

Ce projet vise à évaluer des méthodes pour aider les médecins et les patients à prendre ensemble de meilleures décisions concernant la prise ou non d'antibiotiques pour traiter les infections aiguës des voies respiratoires (IAVR), par exemple une otite moyenne, une rhino-sinusite, une pharyngolaryngite ou une bronchite aiguë. Dans ce projet, certains médecins et patients seront exposés à des activités et outils pour les aider à prendre des décisions, alors que d'autres ne le seront pas. Ce sera le hasard qui décidera qui sera exposé ou non. Suite aux résultats de cette étude, la mise en place d'activités et d'outils permettra d'améliorer l'utilisation des antibiotiques pour les IAVR.

### **Objectif de l'étude**

L'objectif principal est d'évaluer si le fait d'exposer des médecins et leurs patients à un ensemble d'activités et d'outils faisant partie du programme de formation nommé DÉCISION+ a un effet sur la décision d'utiliser ou non un antibiotique pour le traitement des IAVR.

### **Qu'est-ce que votre participation à cette étude implique?**

**Avant la rencontre avec votre médecin :** vous aurez à compléter un premier questionnaire qui porte sur votre opinion vis-à-vis de l'Échelle de Confort Décisionnel, sur votre niveau de qualité de vie et sur des facteurs sociodémographiques (~10 min). **Après la rencontre avec votre médecin :** vous aurez à compléter un deuxième questionnaire qui porte sur votre opinion sur la décision qui a été prise et l'Échelle de Confort Décisionnel (~5 min). De plus, si le médecin vous remet une prescription d'antibiotique, vous aurez à la montrer à l'assistant(e) de recherche afin qu'il prenne en note les informations nécessaires. **Deux semaines après votre rencontre :** l'assistant de recherche vous téléphonera pour que vous répondiez à un troisième questionnaire qui porte sur votre opinion vis-à-vis de l'Échelle de Confort Décisionnel, sur votre niveau de qualité de vie et sur votre satisfaction par rapport à la décision que vous avez prise lors de votre rencontre avec le médecin (~5 min).

Ces questionnaires ne servent pas à évaluer votre médecin. Il n'y aura aucune autre demande de vous déplacer. Les informations transmises à votre médecin ne lui permettront pas de vous identifier parmi les répondants. Il n'y a aucun test de laboratoire requis et il n'y aura aucune consultation de votre dossier médical.

### **Avantages pour les participants**

Votre participation à cette étude permettra d'améliorer notre compréhension du processus de décision partagée entre le médecin et son patient concernant l'utilisation d'antibiotiques pour une IAVR et permettra d'évaluer si le programme DÉCISION+ et son ensemble d'activités peuvent être fait à la grandeur de la province de Québec.

### **Inconvénients liés à votre participation à l'étude**

À notre connaissance, il n'y a pas de risques ni d'effets secondaires associés à votre participation à l'étude. Les inconvénients se limitent au temps nécessaire pour compléter les questionnaires de l'étude, soit environ 20 minutes de votre temps et un appel téléphonique.

### **Liberté de participation et droit de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous pouvez choisir librement d'accepter ou de refuser d'y participer, sans aucun préjudice et sans que cela nuise aux relations avec votre médecin ou d'autres intervenants.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision quant à votre participation vous sera communiquée.

Par ailleurs, vous êtes également libre de vous retirer de l'étude en tout temps, sur simple



avis verbal, sans que vous n'ayez à donner les motifs de votre décision. En pareil cas, vous ne subirez aucun préjudice.

### **Confidentialité et anonymat**

Les données recueillies seront utilisées seulement pour cette recherche et elles demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Seuls les chercheurs auront accès aux données confidentielles et celles-ci seront détruites cinq ans après la fin de l'étude. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifié par un numéro de code. Les résultats de cette étude pourront être publiés dans des revues scientifiques ou partagés avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques et dans le bulletin *TranSphère* du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS-VC), mais il sera tout à fait impossible de vous identifier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche aussi longtemps que le chercheur responsable du projet de recherche, l'établissement ou l'institution de recherche détiennent ces informations.

### **Compensation**

Il n'y a pas de compensation financière versée dans le cadre de votre participation à cette recherche.

### **Personnes-ressources**

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette recherche, si vous avez des questions en cours de projet ou si vous souhaitez nous aviser de votre retrait, vous pouvez contacter Dre France Légaré au (418) 525-4437 ou la coordonnatrice de l'étude, Julie Gervais (Hôpital St-François d'Assise) (418) 525-4444 poste 52581). Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez vous adresser aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services correspondant aux établissements de rattachement suivants :

- Pour le CSSS de la Vieille Capitale : Mme Johanne Isabelle (418-529-4777 poste 433)
- Pour le CSSS de Québec-Nord : Mme Lise Langlois (418-663-8171 poste 234)
- Pour le CSSS du Grand-Littoral : M. Mario Cloutier (418-380-8110)

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de ce projet et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de ce projet de recherche en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. J'accepte librement et volontairement de participer au présent projet de recherche.

**Nom et prénom du participant :** \_\_\_\_\_

**Signature du participant :** \_\_\_\_\_

**Date de la signature:** \_\_\_\_\_

## ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

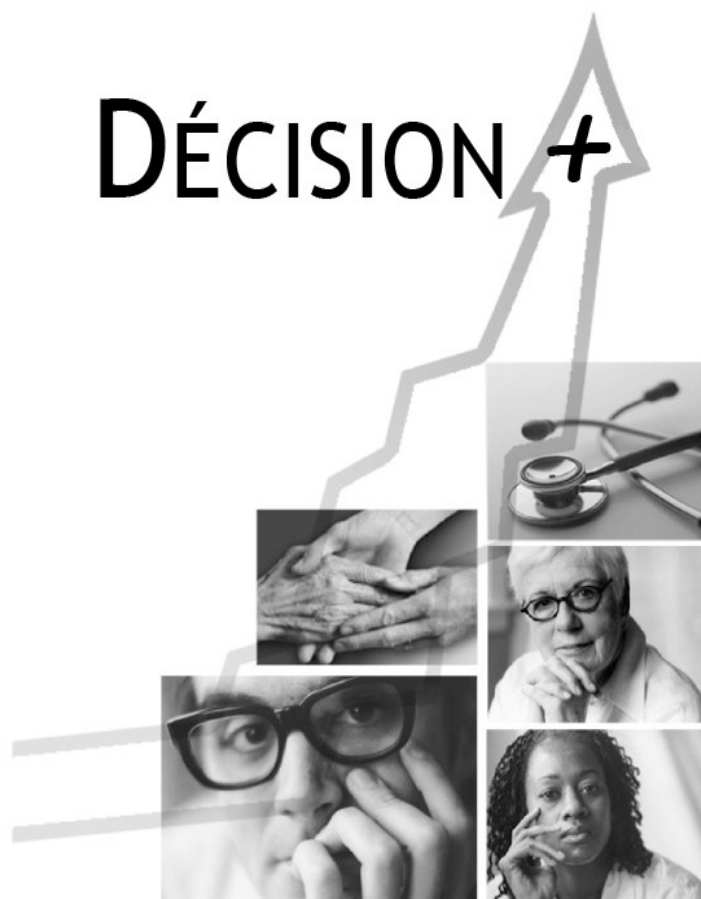
Le formulaire sera inséré au dossier de la recherche. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, le 10 décembre 2009.

Nom du chercheur ou du représentant désigné	Fonction	Signature	Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; c) m'être assuré qu'il ne s'y oppose pas; d) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à son autorisation aux fins du présent projet de recherche; et e) que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

**ANNEXE 3**

Questionnaire pré-consultation médicale



Ce questionnaire vise à connaître votre opinion sur la prise de décision médicale en général, puis de façon spécifique sur la prescription d'un antibiotique lors d'une infection aiguë des voies respiratoires (IAVR) comme : 1) l'otite moyenne, 2) la rhino-sinusite, 3) la pharyngite et 4) la bronchite. Les questions peuvent vous sembler répétitives, mais visent à bien cerner votre opinion.

### ***Questionnaire patient/patiente - avant consultation pour une infection aiguë des voies respiratoires***

Date : \_\_\_\_\_

Code UMF :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Code médecin :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Code rencontre :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

### ***Attitude face à la prise de décision clinique***

Certaines personnes préfèrent que leur médecin prenne toutes les décisions nécessaires en s'appuyant sur les meilleures preuves scientifiques disponibles. Par ailleurs, d'autres personnes désirent que leur médecin leur

demande leur opinion au sujet de ces décisions. Enfin, d'autres personnes préfèrent prendre seules leurs décisions après avoir obtenu l'opinion de leur médecin.

**1. Encerchez, parmi les choix suivants, celui qui représente le mieux votre préférence sur la façon de prendre une décision lorsque vous rencontrez un médecin:**

- a) Je prends la décision seul/seule
- b) Je prends la décision, mais en considérant fortement l'opinion de mon médecin
- c) Le médecin et moi-même prenons la décision ensemble de façon égale
- d) Le médecin prend la décision, mais en considérant fortement mon opinion
- e) Le médecin prend la décision seul

(Strull, 1984)

---

***Intention de s'engager dans la prise de décision partagée et ses déterminants***

---

*La prise de décision partagée* est un processus décisionnel conjointement partagé par le médecin et le/la patient/e.

**Dans la présente recherche**, la prise de décision partagée veut dire que le médecin indique au patient qu'il peut avoir recours ou non aux antibiotiques pour traiter une infection aiguë des voies respiratoires (IAVR). Le médecin présente clairement les données probantes sur les bénéfices et risques de ces deux options. Il précise également que le résultat favorable ou défavorable associé au choix que fera le patient ne peut pas être garanti à 100%. Il recherche les valeurs et préférences du patient concernant ces bénéfices et risques, et valorise son opinion.

**2. Avant de prendre part à la présente étude, est-ce que vous connaissiez la prise de décision partagée?**

Oui  Non

**3. S.V.P., veuillez répondre à chacun des 8 éléments suivants**

*Lors d'une rencontre avec un médecin pour une infection aiguë des voies respiratoires et au cours de laquelle une décision doit être prise concernant la prescription d'un antibiotique, vous engager dans un processus de décision partagée vous apparaît...*

- a)
- |              |    |    |   |            |   |   |
|--------------|----|----|---|------------|---|---|
| -3           | -2 | -1 | 0 | 1          | 2 | 3 |
| Très inutile |    |    |   | Très utile |   |   |
- b)
- |                    |    |    |   |                  |   |   |
|--------------------|----|----|---|------------------|---|---|
| -3                 | -2 | -1 | 0 | 1                | 2 | 3 |
| Très irresponsable |    |    |   | Très responsable |   |   |
- c)
- |                     |    |    |   |                   |   |   |
|---------------------|----|----|---|-------------------|---|---|
| -3                  | -2 | -1 | 0 | 1                 | 2 | 3 |
| Très insatisfaisant |    |    |   | Très satisfaisant |   |   |
- d)
- |                  |    |    |   |               |   |   |
|------------------|----|----|---|---------------|---|---|
| -3               | -2 | -1 | 0 | 1             | 2 | 3 |
| Très désagréable |    |    |   | Très agréable |   |   |
- e)
- |                   |    |    |   |                 |   |   |
|-------------------|----|----|---|-----------------|---|---|
| -3                | -2 | -1 | 0 | 1               | 2 | 3 |
| Très dévalorisant |    |    |   | Très valorisant |   |   |
- |    |    |    |   |   |   |   |
|----|----|----|---|---|---|---|
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----|----|----|---|---|---|---|

f) 

<b>Très contrariant</b>	<b>Très gratifiant</b>
-------------------------	------------------------

g) 

-3	-2	-1	0	1	2	3
<b>Très difficile</b>				<b>Très facile</b>		

h) 

-3	-2	-1	0	1	2	3
<b>Très improbable</b>				<b>Très probable</b>		

4. Lors d'une rencontre avec un médecin pour une infection aiguë des voies respiratoires et au cours de laquelle une décision doit être prise concernant la prescription d'un antibiotique, vous estimez que vos chances vous engager dans un processus de décision partagée sont...

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>Très faibles</b>				<b>Très élevées</b>		

5. Afin de répondre au groupe de questions suivant, s.v.p. veuillez vous référer à l'échelle de réponse suivante et encrer à la fin de l'énoncé votre réponse :

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>Très en désaccord</b>				<b>Très en accord</b>		

- f) La plupart des personnes qui sont importantes pour moi me recommanderaient de m'engager dans un processus de décision partagée lors d'une rencontre avec un médecin pour une infection aiguë des voies respiratoires et au cours de laquelle une décision doit être prise concernant la prescription d'un antibiotique

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>Très en désaccord</b>				<b>Très en accord</b>		

Je ne vois pas d'obstacles à m'engager dans un processus de décision partagée lors d'une rencontre avec un médecin pour une infection aiguë des voies respiratoires et au cours de laquelle une décision doit être prise concernant la prescription d'un antibiotique

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>Très en désaccord</b>				<b>Très en accord</b>		

La plupart des personnes qui sont importantes pour moi pensent qu'il est préférable que je m'engage dans un processus de décision partagée lors d'une rencontre avec un médecin pour une infection aiguë des voies respiratoires et au cours de laquelle une décision doit être prise concernant la prescription d'un antibiotique

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>Très en désaccord</b>				<b>Très en accord</b>		

J'ai l'intention de m'engager dans un processus de décision partagée lors d'une rencontre avec un médecin pour une infection aiguë des voies respiratoires et au cours de laquelle une décision doit être prise concernant la prescription d'un antibiotique

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>Très en désaccord</b>				<b>Très en accord</b>		

J'ai le sentiment d'être en mesure de m'engager dans un processus de décision partagée lors d'une rencontre avec un médecin pour une infection aiguë des voies respiratoires et au cours de laquelle une décision doit être prise concernant la prescription d'un antibiotique

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Très en désaccord				Très en accord		

La plupart des personnes qui sont importantes pour moi sont favorables à ce que je m'engage dans un processus de décision partagée lors d'une rencontre avec un médecin pour une infection aiguë des voies respiratoires et au cours de laquelle une décision doit être prise concernant la prescription d'un antibiotique

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Très en désaccord				Très en accord		

### *Votre santé et votre bien-être*

SF-12v2™ Health Survey © 1994, 2002 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated. All rights reserved. SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.

(IQOLA SF-12v2™ Health Survey Standard, Canada (French))

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la percevez. Vos réponses permettront de suivre l'évolution de votre état de santé et de savoir dans quelle mesure vous pouvez accomplir vos activités courantes.

**Pour chacune des questions suivantes, cochez la case  correspondant le mieux à votre réponse.**

#### 1. En général, diriez-vous que votre santé est:

Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### 2. Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités? Si oui, dans quelle

	Mon état de santé me limite beaucoup	Mon état de santé me limite un peu	Mon état de santé ne me limite pas du tout
	▼	▼	▼
a Dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b Pour monter plusieurs étages à pied <b>mesure?</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de votre état de santé physique?

Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de l'état de votre moral (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux(se))?

Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b. Avez-vous fait votre travail ou vos autres activités avec moins de soin qu'à l'habitude?.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b. Avez-vous été limité(e) dans la nature de vos tâches ou de vos autres activités? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5



5. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Ces questions portent sur les quatre dernières semaines. Pour chacune des questions suivantes, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e). Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois:

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
	▼	▼	▼	▼	▼
a Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Avez-vous eu beaucoup d'énergie? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Vous êtes-vous senti(e) triste et démoralisé(e)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.

Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Informations sociodémographiques

### 8. Consultez-vous pour une infection aiguë des voies respiratoires ...

Pour vous-même  Si oui passez à la question 10

Pour votre enfant  Si oui passez à la question 7

### 9. Quelle est la date de naissance de votre enfant?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (an/mois/jour)

### 10. Quel est le sexe de votre enfant?

F  M

### 11. Est-ce que votre enfant a déjà été diagnostiqué pour une des maladies suivantes :

- |                                                                                    |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Infarctus du myocarde                                                              | <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance cardiaque congestive                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Artériopathie périphérique (y compris les anévrismes $\geq 60$ mm)                 | <input type="checkbox"/> |
| AIT/AVC sans déficit ou déficit léger                                              | <input type="checkbox"/> |
| Démence                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Maladie pulmonaire chronique                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Connectivites                                                                      | <input type="checkbox"/> |
| Maladie ulcéreuse gastroduodénale                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Hépatopathies légères sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques | <input type="checkbox"/> |
| Diabète non compliqué                                                              | <input type="checkbox"/> |
| AVC avec hémiplegie séquellaire                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance rénale modérée et sévère                                              | <input type="checkbox"/> |
| Diabète compliqué                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Tumeur sans métastases avec recul $< 5$ ans                                        | <input type="checkbox"/> |
| Leucémie aigue ou chronique                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Lymphome, myélome                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Hépatopathies modérées et sévères                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Cancers métastasés                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| SIDA déclaré                                                                       | <input type="checkbox"/> |

*Si vous avez rempli ce questionnaire pour votre enfant, poursuivez le questionnaire.*

### 12. Quelle est votre date de naissance?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (an/mois/jour)

### 13. Quel est votre sexe?

F  M

### 14. Avez-vous déjà été diagnostiqués pour une des maladies suivantes :

- |                                           |                          |
|-------------------------------------------|--------------------------|
| Infarctus du myocarde                     | <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance cardiaque congestive         | <input type="checkbox"/> |
| Artériopathie périphérique (y compris les | <input type="checkbox"/> |

- anévrismes  $\geq$  60 mm
- AIT/AVC sans déficit ou déficit léger
- Démence
- Maladie pulmonaire chronique
- Connectivites
- Maladie ulcéreuse gastroduodénale
- Hépatopathies légères sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques
- Diabète non compliqué
- AVC avec hémiplégié séquellaire
- Insuffisance rénale modérée et sévère
- Diabète compliqué
- Tumeur sans métastases avec recul < 5 ans
- Leucémie aigue ou chronique
- Lymphome, myélome
- Hépatopathies modérées et sévères
- Cancers métastasés
- SIDA déclaré

**15. Quel est votre statut d'emploi?**

- Emploi à temps complet
- Emploi à temps partiel
- Sans emploi et à la recherche d'un emploi
- Sans emploi et ne cherchant pas un emploi
- Retraité
- Autre, s.v.p. indiquer \_\_\_\_\_

**16. Quel est votre plus haut niveau de scolarité obtenu?**

- Aucune étude du niveau secondaire
- Études secondaires sans obtention du diplôme
- Études secondaires avec obtention du diplôme
- Études collégiales sans obtention du diplôme
- Études collégiales avec obtention du diplôme
- Études universitaires sans obtention du diplôme
- Études universitaires avec obtention du diplôme

**17. Quelle est la taille de votre ménage?**

- Je vis seul/seule
- Je ne vis pas seul/seule et notre ménage comprend \_\_\_\_\_ personnes en m'incluant

**18. Quel est le revenu annuel approximatif de votre ménage?**

- Moins de 15 000\$
- 15 000\$ à 29 999\$
- 30 000\$ à 44 999\$
- 45 000\$ à 59 999\$
- 60 000\$ et plus

**19. Bénéficiez-vous d'un régime privé d'assurance médicaments?**

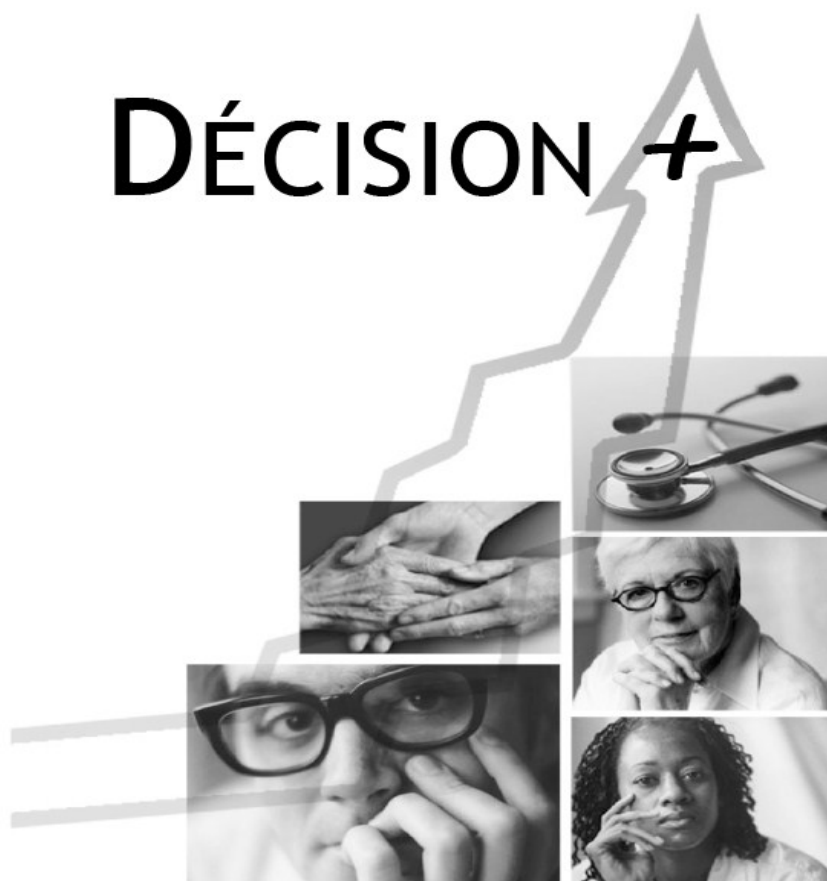
Oui

Non

*Merci d'avoir complété ce questionnaire!*

**ANNEXE 4**

Questionnaire post-consultation médicale



Ce questionnaire vise à connaître votre niveau de confort concernant la décision de vous prescrire ou non un antibiotique lorsque vous présentez l'une des infections aiguës des voies respiratoires suivantes : 1) mal d'oreille, 2) sinusite, 3) mal de gorge et 4) bronchite. Les questions peuvent vous sembler répétitives, mais visent à bien cerner votre opinion.

### ***Questionnaire patient/patiente - après consultation pour une infection aiguë des voies respiratoires***

Date : \_\_\_\_\_

Code UMF : 

--	--	--

Code médecin : 

--	--	--

Code rencontre : 

--	--	--

**1. Vous venez de rencontrer le médecin. Est-ce que c'était pour une infection aiguë des voies respiratoires (IAVR)?**

Oui       Non, ce n'était pas une IAVR (préciser) \_\_\_\_\_

\*\*\* Si votre réponse est « **non** », ceci met fin au questionnaire.

**2. Quelle était la nature de l'IAVR?**

- Bronchite aiguë  
 Otite moyenne aiguë  
 Rhinosinusite aiguë  
 Pharyngoamygdalite aiguë  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

**3. Est-ce que vous et/ou votre médecin avez parlé de la prescription d'un antibiotique pendant cette rencontre?**

- Oui       Non

Si votre réponse est « **non** », passez à la question 10.

**4. Si votre réponse à la question 3 est « oui », lors de votre rencontre avec ce médecin, quelle décision a été prise concernant la prescription d'un antibiotique et pour laquelle vous complétez ce questionnaire?**

- Prise d'un antibiotique immédiatement  
 Prise d'un antibiotique plus tard (retardée)
  - Vous avez reçu une prescription, mais le médecin vous a dit d'attendre 24-72h pour voir si votre état se détériorerait;
  - Le médecin vous a dit de revenir chercher la prescription au comptoir si votre état se détériorerait d'ici 24-72h;
  - Le médecin vous a demandé d'attendre son téléphone afin d'avoir le résultat du test (gorge, RX, etc.) ou toutes autres situations similaires Pas d'antibiotique

**5. Au cours de cette rencontre :**

- J'ai pris la décision seul/seule  
 J'ai pris la décision, mais en considérant fortement l'opinion de mon médecin  
 Mon médecin et moi-même avons pris la décision ensemble de façon égale  
 Mon médecin a pris la décision, mais en considérant fortement mon opinion  
 Mon médecin a pris la décision seul

(Strull, 1984)

***Les prochaines questions concernent la décision qui a été prise***

---

**6. S'il vous plaît, pour chacun des énoncés suivants, veuillez cocher ce qui correspond le mieux à votre opinion concernant la décision qui a été prise :**

	Oui	Non
a) Je suis certain/e d'avoir fait le meilleur choix pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) J'ai le sentiment d'avoir toute l'information nécessaire sur les bons et les moins bons côtés de prendre ou ne pas prendre un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

antibiotique.		
c) J'ai le sentiment de savoir ce qui est le plus important pour moi à l'égard des bénéfices et des risques qui sont associés à prendre ou à ne pas prendre un antibiotique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) J'ai tout le soutien dont j'ai besoin pour faire mon choix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. S'il vous plaît, pour chacun des énoncés suivants, veuillez encercler ce qui correspond le mieux à votre opinion en vous référant à l'échelle de réponses suivantes :

	Fortement en accord	En accord	Ni en accord ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord
Cette décision a été facile à prendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cette décision reflète ce qui est important pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étant donné cette situation précise, je suis satisfait/satisfaite du processus qui a mené à cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand cette décision a été prise, il a été facile de juger ce qui était le plus important pour moi (les avantages ou les désavantages).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait/satisfaite de mon implication dans la prise de décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je comprends les avantages associés à cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je comprends les désavantages associés à cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le meilleur choix pour moi était évident.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je compte maintenir cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'étais certain/certaine de la meilleure option*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<b>Fortement en accord</b>	<b>En accord</b>	<b>Ni en accord ni en désaccord</b>	<b>En désaccord</b>	<b>Fortement en désaccord</b>
Je suis satisfait/satisfaite de l'implication du médecin dans la prise de cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le médecin a compris mon point de vue à l'égard des facteurs qui sont les plus importants pour moi dans cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu suffisamment de conseils et d'informations sur les options* qui m'étaient offertes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait/satisfaite de cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis au courant des options* associées à cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je réalise l'importance pour moi des avantages et des désavantages associés à cette décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cette décision a été prise sans aucune pression des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cette décision a été prise avec le soutien nécessaire des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il a été facile d'identifier tous les facteurs qui influençaient la décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Option réfère à une *alternative*, à un *choix*.  
1995)

(O'Connor

**8. Sur l'échelle de réponse suivante, indiquez comment vous évaluez la qualité de la décision :**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Très faible</b>					<b>Très élevée</b>					

9. La plupart des rencontres au sujet de problèmes de santé mènent à toutes sortes de décisions. Les questions suivantes traitent de l'idée d'être ou de se sentir *impliqué* dans les décisions, par exemple, avoir une opinion ou décider de prendre des médicaments, et si oui, lesquels, ou que faire après. Répondez à chaque question selon *votre point de vue* en cochant votre réponse. Veuillez répondre à toutes les questions.

	<b>Fortement en accord</b>	<b>En accord</b>	<b>En désaccord</b>	<b>Fortement en désaccord</b>
Plus d'une façon de gérer l'infection aiguë des voies respiratoires a été décrite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différentes sources d'information (par exemple : dépliants d'information, site Web, contact avec autres personnes) pour aider à prendre une décision ont été offertes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différentes options (prendre ou ne pas prendre d'antibiotiques) ont été discutées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les avantages, les désavantages et les résultats possibles des options de prendre ou ne pas prendre d'antibiotiques ont été discutés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les idées ou les attentes sur la façon de gérer l'infection aiguë des voies respiratoires ont été discutées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soucis ou les préoccupations sur la façon de gérer l'infection aiguë des voies respiratoires ont été discutés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il a été vérifié que l'information avait été bien comprise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a eu des occasions pour poser des questions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préférence de prendre part ou non à la décision de prendre ou ne pas prendre d'antibiotiques a été respectée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La possibilité de revenir sur la décision de prendre ou ne pas prendre d'antibiotiques a été discutée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Elwyn, 2008)

**10. Est-ce la première fois que vous rencontrez ce médecin?**

Oui  Non

Si non, depuis combien d'années environ rencontrez-vous ce médecin?

Moins d'un an  Entre 1 an et 5 ans  Plus de 5 ans

**11. Lors de votre rencontre avec ce médecin, avez-vous reçu une prescription?**

Oui  Non

Si oui, quel(s) médicament(s) a (ont) été prescrit(s) ?

---



---

*Et finalement :*

**12. Est-ce que votre médecin, lors de la rencontre initiale qui vient d'avoir lieu, a utilisé cet outil (l'agent montrera l'outil global plastifié) avec vous?**

Oui

Non

**13. Sinon, avez-vous vu cet outil sur le bureau du médecin?**

Oui

Non

*\* Pour l'assistant de recherche seulement :*

*Indiquez l'antibiotique : \_\_\_\_\_*

*Indiquez après combien de temps le patient peut la prendre : \_\_\_\_\_*

*Merci d'avoir complété ce questionnaire!*

**ANNEXE 5**

Affiche présentée aux  
15<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique

# VALIDATION OF A 4-ITEM SCREENING TOOL ASSESSING DECISIONAL CONFLICT IN PATIENTS CONSULTING FOR ACUTE RESPIRATORY TRACT INFECTION SYMPTOMS IN PRIMARY CARE



Audrey Ferron Parayre<sup>1,2</sup>, France Légare<sup>1,2</sup>, Michel Labrecque<sup>1,2</sup>, Michel Rousseau<sup>3</sup>, Stéphane Turcotte<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Université Laval, Québec, <sup>2</sup>Research Center – CHUQ, Québec, <sup>3</sup>Université du Québec à Trois-Rivières, Québec



## ▶ BACKGROUND

Assessing decisional conflict is important to recognize and respect patients' ability to make informed health choices. It is also a significant component of shared decision making.

The Decisional Conflict Scale (DCS)<sup>1</sup> is a valid and reliable measurement tool for research purposes, but is not suitable for use by clinicians.

SURE is a 4-item screening test for assessing decisional conflict in the context of medical encounters<sup>2</sup>.

## ▶ METHODS

**Study Design and Recruitment Procedure**

Participants for this study were patients recruited during a large clustered randomized trial — DECISION-2 study<sup>3</sup> — that assessed the effect of a shared decision making intervention on the reported prescription of antibiotics by patients consulting a primary health-care provider (PHCP) for ARI symptoms.

**Data Collection**

- Using the DCS as the gold standard, we asked patients to complete both tools after their consultation with a PHCP;
- Patients first answered the SURE test, and then the DCS, included within a self-administered questionnaire;

**Data Analysis**

- A patient was considered positively screened by the SURE tool if he answered 'no' to at least 1 of the 4 items;

Items	Answer
<b>S</b> Do you feel sure about the best choice for you?	Yes/ No
<b>U</b> Do you know the benefits and risks of each option?	Yes/ No
<b>R</b> Are you clear about which benefit/and risks matter most to you?	Yes/ No
<b>E</b> Do you have enough support and advice to make a choice?	Yes/ No

- For the gold standard, we used the global DCS score and considered a  $\geq 75/100$  score or higher as indicative that patient had a clinically significant decisional conflict<sup>1</sup>;
- We calculated:
  - Internal consistency (KR-20 coefficient);
  - sensitivity, specificity, positive and negative predictive values; and positive and negative likelihood ratios.

## ▶ RESULTS

Table 1. Demographic Characteristics of Participants

Characteristic	n/N (%)
Number of women	445/691 (64)
Number of adults*	405/686 (71)
Mean±SD years of age	42.0 ± 15.0
Number of children, n/N (%)	201/696 (29)
Mean±SD years of age	5.0 ± 3.8
Number of participants with 1 or more chronic diseases, n/N (%)	101/712 (14)
Number of participants with a college or university degree, n/N (%)	308/511 (60)

\* Adults are 19 years or more

- The prevalence of clinically significant decisional conflict among participating patients was 5% (35%; CI: 0.04–0.07), as measured by the DCS (n = 689);
- SURE showed good internal consistency, with a KR-20 coefficient of 0.7 (n = 689).

Table 2. Screening properties of SURE<sup>a</sup> assessed in all participants (N = 689)

Sensitivity	94.3% (93.4–99.0) <sup>b</sup>
Specificity	85.2% (82.2–87.8)
Positive Predictive Value	25.4% (18.3–34.0)
Negative Predictive Value	99.6% (98.6–99.9)
Positive Likelihood Ratio	LR 6.36 (5.2–7.8)
Negative Likelihood Ratio	LR 0.07 (0.02–0.2)

LR = Likelihood ratio  
 The SURE test shows good sensitivity and specificity in a negative predictive value is very good. The positive predictive value is only fair, mainly due to the prevalence of decisional conflict. However, the negative likelihood ratio is clinically important, the result being less than 0.1, a 95% confidence interval.

## ▶ CONCLUSIONS

SURE shows very good psychometric properties and thus is adequate for screening decisional conflict among a low decisional conflict prevalence population in primary care;

Greater sensitivity than specificity is desirable considering that the detection of a potential decisional conflict is unlikely to have adverse effect on patients;

Low positive predictive value was to be expected, as the prevalence of decisional conflict was very low among participating patients;

Future studies should assess the performance of SURE in a population with a high prevalence of decisional conflict.

### REFERENCES:

1. Stewart SL, et al. A brief, reliable, and valid measure of decisional conflict. *Medical Care*. 2002;40(12):1229–37.
2. Ferron Parayre A, et al. A 4-item screening test for decisional conflict in the context of medical encounters. *Medical Care*. 2015;53(12):e1–6.
3. Ferron Parayre A, et al. A 4-item screening test for decisional conflict in the context of medical encounters. *Medical Care*. 2015;53(12):e1–6.

## ▶ OBJECTIVES

To evaluate the psychometric properties of SURE for patients consulting for acute respiratory tract infection (ARTI) symptoms, in primary care settings.

Canada Research Chair in Implementation of Shared Decision Making in Primary Care

<http://decision.chaire.med.ulaval.ca/>

**ANNEXE 6**

Confirmation de l'acceptation du résumé soumis pour présentation par affiche à la  
Journée annuelle de la recherche de la Faculté de Médecine de l'Université Laval 2012

## Résultat de l'appel de résumés - Journée annuelle de la recherche de la Faculté de médecine - 31 mai 2012

Nathalie Houle

**Date**

**d'envoi** 16 avril 2012 15:43

:

**À :** Nathalie Houle

---

Bonjour,

Merci d'avoir soumis un résumé en vue d'effectuer une affiche lors de la *Journée annuelle de la recherche de la Faculté de médecine* de l'Université Laval qui se tiendra le 31 mai 2012.

Il nous fait plaisir de vous informer que votre proposition de présentation par Affiche a été retenue et que celle-ci sera présentée en après-midi. L'horaire exact et les détails logistiques vous seront communiqués ultérieurement.

Cordialement,

Nathalie Houle

*Nathalie Houle, MA*

Conseillère au développement de la recherche clinique

Vice-décanat à la recherche et aux études supérieures

Téléphone: 418-656-2131 poste 2125

Courriel: [nathalie.houle@fmed.ulaval.ca](mailto:nathalie.houle@fmed.ulaval.ca)

**ANNEXE 7**

Confirmation de l'acceptation du résumé soumis pour présentation par affiche  
au 34<sup>e</sup> congrès annuel de la *Society for Medical Decision Making*



## **SMDM Annual Meeting: Your Abstract #7304 has been Accepted for a POSTER Presentation**

swilker@association-partners.com [swilker@association-partners.com]

**Date**

**d'envoi** 31 juillet 2012 09:11

:

**À :** Audrey Ferron Parayre

---

Dear Audrey Ferron Parayre:

Congratulations, we are pleased to inform you that your abstract has been accepted for an POSTER Presentation at the 34th Annual Meeting of the Society for Medical Decision Making being held October 17 - 20, 2012 at the Hyatt Regency in Phoenix, AZ.

Specific information regarding your presentation is below. If any information regarding your name, contact information, or abstract title is listed incorrectly in this letter, please contact Shawna Wilker, SMDM Director of Meeting Services at swilker@association-partners.com or +1 (908) 359-1184.

- Abstract Title: "THE SURE TOOL: SCREENING FOR DECISIONAL CONFLICT IN PRIMARY CARE"
- Presentation by: Audrey Ferron Parayre, LL.B., M.Sc.

This abstract has been assigned to the following Poster Session:

- Day / Time of Session: Thursday, October 18, 2012: 07:30 AM - 08:45 AM, Hyatt.
- P2- POSTER SESSION 2

If for some reason you are unable to present your work on this scheduled day / time please immediately notify Shawna Wilker, SMDM Director of Meeting Services at swilker@association-partners.com or +1 (908) 359-1184.

Complete poster presentation instructions can be found on the annual meeting website,

[http://www.smdm.org/documents/Poster Present Instructions.pdf](http://www.smdm.org/documents/Poster_Present_Instructions.pdf)

The bulletin board on which your presentation will be displayed will be set up landscape and measures 8-feet wide by 4-feet high.

About 2 weeks prior to the annual meeting you will receive an email with a bulletin board number so that you will know where to set up your presentation. Please utilize only the board with your number on it. Each bulletin board will be numbered in the top corner. SMDM will provide push pins to secure your poster to the boards. The email will also contain the set up schedule for each poster session.

Please be sure to take down your poster at the end of your session. SMDM cannot be held responsible for removing posters.

Accepted abstracts must have at least one presenting author who registers for and attends the Annual Meeting. Author(s) are responsible for

expenses associated with the submission and presentation of an abstract. Registration will be open in late July on the SMDM website, <http://www.smdm.org/2012meeting/index.shtml>

Please don't forget to make your hotel reservations early. Note the city wide INFORMS conference is also being held in Phoenix in October so flights and hotel rooms will fill up fast. [http://www.smdm.org/2012meeting/hotel\\_info.shtml](http://www.smdm.org/2012meeting/hotel_info.shtml)

If you have any questions regarding conference registration, please contact the SMDM Office at [info@smdm.org](mailto:info@smdm.org) or +1(908) 359-1184.

We look forward to seeing you in October!

Sincerely,

2012 Scientific Review Committee Co-Chairs:  
Mary Politi, PhD  
Eran Bendavid, MD, MS  
Paul K. Han, MD, MA, MPH

**ANNEXE 8**

Confirmation de soumission de l'article scientifique  
au journal *Medical Decision Making* et retour des réviseurs

## Medical Decision Making - Account Created in Manuscript Central

onbehalfof+saxtonl+ohsu.edu@manuscriptcentral.com

[onbehalfof+saxtonl+ohsu.edu@manuscriptcentral.com] de la part de saxtonl@ohsu.edu

[saxtonl@ohsu.edu]

**Date**

**d'envoi** 5 juillet 2012 13:22

:

**À :** Audrey Ferron Parayre

---

05-Jul-2012

Dear Dr. Ferron Parayre:

A manuscript titled Validation of SURE, a four-item screening tool for decisional conflict in patients (MDM-12-180) has been submitted by Dr. Audrey Ferron Parayre to the Medical Decision Making.

You are listed as a co-author for this manuscript. The online peer-review system, Manuscript Central, automatically creates a user account for you. Your USER ID and PASSWORD for your account is as follows:

Site URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/mdm>

USER ID: audrey.ferron-parayre.1@ulaval.ca

PASSWORD:

To enter your account, please do the following:

1. Go to: <http://mc.manuscriptcentral.com/mdm>
2. Log in using this information:

Your USER ID is audrey.ferron-parayre.1@ulaval.ca

Your case-sensitive PASSWORD is sbw6nrr5

You can use the above USER ID and PASSWORD to log in to the site and check the status of papers you have authored/co-authored. This password is case-sensitive and temporary. Please log in to <http://mc.manuscriptcentral.com/mdm> to update your account information and change your password.

Thank you for your participation.

Sincerely,

Medical Decision Making Editorial Office

De : onbehalfof+mdm+ohsu.edu@manuscriptcentral.com  
[mailto:onbehalfof+mdm+ohsu.edu@manuscriptcentral.com] De la part de mdm@ohsu.edu  
Envoyé : 18 décembre 2012 15:46  
À : France Légaré  
Cc : alansz@uic.edu  
Objet : MDM-12-248

18-Dec-2012

Dear Prof. Legare:

Two reviewers and I read your Manuscript ID MDM-12-248 entitled "Validation of SURE, a four-item screening tool for decisional conflict in patients", which is based on your previous submission, MDM-12-180. The comments from the reviewers are included at the bottom of this letter.

We believe the paper has improved, and would be interested in seeing a revision that is responsive to the comments and suggestions of the reviewers. I have attached revision-tracked versions of the manuscript, 2 figures, and 1 table that I have edited (primarily for style and length) and into which I have inserted a few comments of my own. Please use these versions as the basis for your revision.

Once you have revised your manuscript, go to <http://mc.manuscriptcentral.com/mdm> and login to your Author Center. Click on "Manuscripts with Decisions," and then click on "Create a Resubmission" located next to the manuscript number. Then, follow the steps for resubmitting your manuscript.

Because we are trying to facilitate timely publication of manuscripts submitted to the Medical Decision Making, your revised manuscript should be uploaded as soon as possible. If it is not possible for you to submit your revision within a reasonable amount of time, we will consider your paper as a new submission.

Thank you for your interest in Medical Decision Making. I look forward to a resubmission.

Sincerely,  
Prof. Alan Schwartz  
Editor-in-Chief, Medical Decision Making

Decision: Revise and resubmit

Reviewer(s)' Comments to Author:

Reviewer: 1

Comments to the Author

This is an exceptionally well written manuscript that describes a validation study of teh SURE, a measure designed to screen for decisional conflict. The measure and the manuscript will be of great interest to readers of this journal. Overall, the methods presented are strong, the analysis

appropriate, and the presentation clear. Specific comments and questions to consider are provided below.

1. Methods section. An inclusion criteria for this study is stated as evidence of a discussion with the FP on the use of antibiotics to treat the ARI. What are the reasons and implications of this inclusion criteria for the findings of the study?
2. In the data analysis section, the authors note that stability and inter-rater reliability are not relevant. Yet in the first paragraph of the discussion they comment that SURE score reliability is acceptable. The authors should clarify what type of reliability they find acceptable and what test was used to determine reliability.
3. In the data analysis plan, were different cut-off scores considered for the SURE screen? Why was a cut off score of 3 or less (out of 4) chosen to determine diagnostic validity? A strong justification for the choice of the cut-off value of 37.5 for the DCS is provided but not as clear a justification for the choice of the cut-off value for the SURE screen.
4. Results, Exploratory Analysis. It is interesting that there was no association between a positive screen for decisional conflict and adherence or re-consultation. Why do the authors believe there were mixed results with regard to the two week outcomes (a positive association found only with decisional regret)? It would be interesting to discuss the implications of this negative finding,
5. Discussion. What is the potential impact of the selection criteria on the findings regarding prevalence of decision conflict in this population? Participants were part of a RCT of a shared decision making intervention and further selected as patients who had a discussion with their FP regarding the decision to use antibiotics for ARI. How might this selection criteria influence study findings and inferences regarding prevalence of decision conflict in this clinical scenario?
6. Limitation and Conclusion Sections. The authors discuss the concept that decisional conflict is a "state" and varies over time. It is possible that shared decision making increases decisional conflict during the period of deliberation as a patient considers their options. The authors might further discuss the optimal timing for using SURE or the DCS, especially if it is used as a measure of shared decision making as suggested in the conclusion section. Is the optimal time to administer the SURE or DCS directly after the initial decision? Does this question require further study? Data on the stability of the SURE or DCS over time might help to answer this question.

General Comments: A very strong study and very interesting data to share with readers of the Journal.

Reviewer: 2

Comments to the Author

See attached.