

Table des matières

Résumé	iii
Abstract.....	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Avant-propos	xi
Introduction	1
Chapitre 1 : État des connaissances	4
1.1 Cadres conceptuel de la prise de décision.....	4
1.1.1 Cadres conceptuels de la prise de décision clinique	4
1.1.2 Cadre conceptuel de la prise de décision partagée en contexte de soins et des différents facteurs qui influencent cette prise de décision.....	6
1.2 Les stratégies efficaces de communication du risque et de clarification des valeurs et des préférences	7
1.2.1 La communication du risque.....	7
1.2.2 La clarification des valeurs et des préférences.....	12
1.3 Difficultés dans la communication entre les professionnels de la santé et les patients.....	15
1.3.1 Difficultés dans la communication du risque.....	15
1.3.2 Difficultés dans la clarification des valeurs et des préférences.....	17
1.3.3 Les effets d'un mauvais processus de prise de décision partagée.....	19
1.4 Résumé de l'état des connaissances	20
1.5 Contexte.....	21
Chapitre 2 : Objectifs et hypothèse.....	22
2.1 Objectif principal.....	22
2.2 Objectif secondaire.....	22
2.3 Hypothèse de recherche	22
Chapitre 3 : Méthode	23
3.1 Type d'étude.....	23
3.2 Population et échantillonnage	23
3.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	24
3.3.1 Critères d'inclusion des professionnels de la santé	24
3.3.2 Critères d'inclusion des patients	24
3.3.3 Critères d'exclusion des patients	24
3.4 Stratégie de recrutement.....	24
3.5 Collecte de données et variables	25
3.5.1 Variable dépendante.....	25
3.5.2 Variables indépendantes	32
3.6 Analyse des données	36
3.6.1 Taille de l'échantillon	36
3.6.2 Saisies de données	37
3.6.3 Analyse qualitative des données	37
3.6.4 Analyses quantitatives	38
3.7 Éthique	41
3.8 Résultats	41
Chapitre 4 : Article	42
Chapitre 5 : Résultats supplémentaires	75

5.1	Analyse bivariée et multivarié.....	75
5.2	Analyses de sensibilité.....	81
Chapitre 6 : Discussion.....		84
6.1	Forces et limites de l'étude.....	86
6.1.1	Forces.....	86
6.1.2	Limites.....	86
6.2	Implication des résultats pour la pratique et la recherche.....	87
Conclusion.....		88
Références.....		89
Annexe A : Questionnaire des professionnels de la santé.....		96
Annexe B : Questionnaire du patient avant la consultation médicale.....		98
Annexe C : Questionnaire du patient après la consultation médicale.....		100
Annexe D : Preuve de soumission de l'article.....		103
Annexe E : Grille de codification complète.....		105
Annexe F : Analyse des résidus du modèle.....		110
Annexe G : Multicolinéarité.....		111

Liste des tableaux

Tableau 1 : Modèle de prise de décision clinique (traduction libre) (Charles et al. 1999).....	5
Tableau 2 : Taxonomie des concepts de risques (traduction libre) (Zikmund-Fisher 2013)	8
Tableau 3 : 10 meilleures pratiques en communication des risques (traduction libre) (Fagerlin et al. 2011).....	9
Tableau 4 : Outils pour mieux communiquer les informations sur les risques et les bénéfices (traduction libre) (Gigerenzer et Edwards 2003).....	10
Tableau 5 : Modèle de clarification des valeurs et des préférences interactive entre clinicien et patient (traduction libre) (Witteman et al. 2016).....	13
Tableau 6 : Grille de codification des transcrits (exemples de codage)	27
Tableau 7 : Variables des professionnels de la santé retenues pour les analyses.....	34
Tableau 8 : Variables des patients retenues pour les analyses.....	35
Tableau 9 : Facteurs associés à la communication des risques	76
Tableau 10 : Facteurs associés à la clarification des valeurs	79
Tableau 11 : Analyse de sensibilités-méthodes d'estimation.....	82
Tableau 12 : Analyse de sensibilité-données manquantes.....	83

Liste des figures

Figure 1 : Concept de médecine fondée sur les preuves (traduction libre) Sackett et al. 1996	4
Figure 2 : Modèle conceptuel des construits centraux de la prise de décision partagée (traduction libre de Maria Margarita Becerra Pérez) (Sepucha et al. 2014)	6
Figure 3 : Modèle conceptuel des différentes valeurs du patient (traduction libre) (Lee et al. 2013)	14

Abréviations

AIC	Akaïke information criterion
ICC	Intraclass correlation coefficient
DMS	Différence de moyenne standardisée
EI	Étendue interquartile
ET	Écart-type
IC	Intervalle de confiance
NST	Nombre de sujets à traiter
OPTION observateur	Échelle d'observation de l'implication du patient
RC	Rapport de cotes
RRA	Réduction du risque absolu
RRAPPL	Réseau de recherche axé sur les pratiques en première ligne
RRR	Réduction du risque relatif
RSPL	Pseudo vraisemblance résiduelle
UMFs	Unités de médecine familiale

Remerciements

Je voudrais remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue durant ces deux années de parcours académique, en particulier l'équipe de recherche du Pr Holly Witteman, au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Tout d'abord, je voudrais adresser mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Pr Holly Witteman, qui m'a permis de faire partie de ses étudiantes et de participer pleinement aux activités du centre de recherche. Elle m'a transmis sa passion et son amour du travail bien fait et a été d'un appui et d'un soutien inestimables.

Je voudrais adresser également mes remerciements à ma codirectrice de mémoire, Dre France Légaré, pour ses conseils, sa rigueur pour le travail et sa grande expertise dans le domaine de la prise de décision partagée. Son appui et son soutien ont été d'une richesse inestimable dans la réalisation de ce travail.

À l'ensemble de l'équipe de recherche du Vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu (VDPDPC), je dis un grand merci pour leur esprit d'équipe dont j'ai eu la chance de bénéficier. Je voudrais remercier particulièrement Selma Chipenda Dansokho, professionnelle de recherche, pour avoir partagé avec moi la richesse et la sagesse de son expérience. Je tiens également à souligner l'apport des biostatisticiens de l'équipe, Mme Anne-Sophie Julien et M. Stéphane Turcotte, pour leur disponibilité et leur soutien lors des analyses statistiques.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance et ma gratitude aux professeurs et à toute la direction de la maîtrise en épidémiologie de l'Université Laval pour l'excellence de la formation offerte dans ce programme et pour tout leur soutien.

Je remercie tous les cliniciens et les nombreux patients des cinq unités de médecine familiale (UMFs) qui ont généreusement accepté de participer à cette étude afin de faire progresser les connaissances dans le domaine de la santé.

Enfin, je remercie mes parents, toute ma famille et ma belle-famille pour leur soutien inestimable.

Avant-propos

Ce travail représente l'aboutissement de mes deux années de parcours à la maîtrise en épidémiologie à l'Université Laval, réalisée avec l'équipe de recherche de la Pre. Holly Witteman, professeure chercheuse adjointe au Vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu (VDPDPC) du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université Laval et de la Dre France Légaré, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en décision partagée et application des connaissances.

J'ai réalisé toutes les étapes du projet de recherche. Avec l'aide de ma directrice et de ma codirectrice, j'ai précisé la question de recherche. J'ai rédigé le protocole de recherche de ce projet lors de mon cours intitulé « Élaboration d'un protocole de recherche ». J'ai recruté une partie des patients inclus dans l'étude et effectué les analyses qualitatives et quantitatives. Ces analyses comprenaient des analyses complexes qui n'étaient pas couvertes par mon programme de maîtrise en épidémiologie. Elles furent complétées avec l'aide de la professionnelle de recherche Selma Chipenda Dansokho et les biostatisticiens Anne-Sophie Julien et Stéphane Turcotte. En plus de rédiger l'entièreté de ce document, j'ai aussi rédigé l'article « *Occurrence of both core competencies of shared decision making in family medicine teaching clinics* », en tant qu'auteure principale. Cet article a été soumis pour publication au journal *Annals of Family Medicine* (Annexe D : Preuve de soumission de l'article).

Mme Anne-Sophie Julien et M. Stéphane Turcotte, biostatisticiens à la Plateforme de recherche clinique du Centre hospitalier universitaire de Québec de l'Université Laval ont aussi participé à la révision de l'article et de ce document, en particulier pour les sections sur la méthodologie et les résultats.

Introduction

Au cours des dernières décennies, le patient est au cœur du processus de soins^{1,2}. De nouvelles politiques de santé visent principalement à améliorer le processus de soins en y intégrant une approche centrée sur le patient³. Cela implique de collaborer avec le patient pour en venir à une compréhension et une décision commune face aux problèmes de santé. Le vécu du patient est donc mis en exergue à travers ce qu'il ressent et comment il espère que le médecin pourra l'aider. La communication joue un rôle essentiel dans l'approche centrée sur le patient. En effet, elle rend possible l'interaction entre les différents acteurs.

De nos jours, plus de patients souhaitent participer aux décisions portant sur leur état de santé lors des rencontres médicales pour des interventions médicales comme l'introduction d'un traitement, d'un test diagnostique ou d'un suivi. Selon les résultats d'une revue systématique de 2012, incluant 115 études de 1980 à 2007, près de 71 % des patients souhaitaient un rôle collaboratif avec les cliniciens lors des prises de décisions cliniques⁴. Ce nombre aurait augmenté avec le temps.

La collaboration entre cliniciens et patients lors des décisions cliniques est appelée prise de décision partagée^{5,6}. Plusieurs études ont démontré qu'il existait de nombreux avantages à faire participer les patients dans la prise de décision clinique⁷⁻⁹. En effet, cette participation contribue à l'amélioration de l'expérience de soins des patients, à l'augmentation de leur satisfaction et à l'amélioration de la qualité des soins. Les résultats des essais cliniques randomisés ayant porté sur les outils d'aide à la décision, outils destinés à faciliter les prises de décisions cliniques, ont démontré une amélioration de l'observance au traitement, une augmentation de la satisfaction quant à l'option thérapeutique choisie, une diminution du conflit décisionnel et une amélioration des connaissances du patient¹⁰. À cela s'ajoute une diminution des dépenses de santé de 12 à 21 % observées en lien avec une réduction du choix envers des options chirurgicales^{7,11}. Ces outils rendent explicite la décision à prendre en décrivant les options thérapeutiques et en clarifiant les valeurs et les préférences des patients.

En favorisant la collaboration médecin-patient, la prise de décision partagée s'insère dans l'approche centrée sur le patient. En effet, la prise de décision partagée est un processus itératif pendant lequel les cliniciens et les patients prennent les décisions cliniques ensemble en utilisant les meilleures données probantes disponibles sur le sujet. Elle comprend les étapes suivantes^{12,13} : 1- Identifier le point de décision; 2- Communiquer à l'aide des meilleures données probantes sur le sujet les informations sur les avantages et les inconvénients de toutes les options disponibles (communication du risque); 3- Encourager les patients à réfléchir sur ce qui est important pour eux; et aider les patients à choisir l'option qui représente le mieux leurs préférences, tout en prenant en considération les données probantes sur le sujet (clarification des valeurs et

des préférences). Par conséquent, ce processus nécessite deux principales compétences : une communication des risques et des bénéfices des options et une clarification des valeurs et des préférences du patient. La communication entre cliniciens et patients est donc au cœur du processus de soins et de la prise de décision partagée¹⁴.

Les résultats d'études antérieures suggèrent que ces deux compétences posent des défis pour les cliniciens. Ils ont du mal à communiquer efficacement les informations sur les risques et les bénéfices aux patients¹⁵⁻¹⁹ et à explorer les préférences de leurs patients²⁰⁻²³. Pourtant, pour prendre des décisions éclairées en santé, les patients doivent connaître et comprendre les risques et les bénéfices des options de traitement, de tests diagnostiques ou de suivi médical. Une compréhension inadéquate des risques et des bénéfices peut susciter des difficultés, tant au niveau personnel qu'au niveau du système de santé. En effet, une mauvaise communication peut entraîner des conflits décisionnels, une mauvaise observance du traitement, une surutilisation ou une sous-utilisation de certaines options thérapeutiques, une mauvaise expérience clinique du patient entraînant un système de santé inapproprié^{7,8}. Plusieurs stratégies efficaces de communication des risques (par exemple, la taxonomie des concepts de risques de Zikmund-Fisher et al. en 2013) et de clarification des valeurs et des préférences (par exemple, le modèle de clarification des valeurs et des préférences interactives entre clinicien et patient de Witteman et al. en 2016) ont été développées afin de favoriser une prise de décision partagée et éclairée^{24,25}. Par contre, elles ne sont pas encore bien implantées au Canada¹³. De plus, on ne sait pas à quel point les deux compétences centrales de la prise de décision partagée sont présentes durant les consultations en médecine familiale^{13,26}. C'est dans cette optique que ce projet de recherche a été mis en place. Celui-ci vise à estimer la proportion de consultations en médecine familiale où sont observées une communication des risques et une clarification des valeurs et à explorer les facteurs qui sont associés à la présence de ces deux compétences. L'identification des facteurs modifiables offre une piste d'intervention potentiellement intéressante. Tandis que l'identification des facteurs non modifiables constitue une cible d'identification intéressante des facteurs de risques.

Ce projet de recherche est une étude descriptive utilisant des données qualitatives codées pour décrire les discussions durant les consultations en médecine familiale. Par la suite, nous avons pu créer une variable dépendante. Des données quantitatives décrivant les caractéristiques des participants ont été incluses dans l'étude (au niveau des patients et des professionnels de la santé). Ceci nous a permis de réaliser une analyse multivariée. Cette approche mixte représente la meilleure stratégie afin de répondre à la question de recherche qui est au cœur de mon mémoire. Ultiment, les résultats de cette étude contribueront à l'amélioration de la pratique médicale en fournissant une mesure de l'expérience des patients dans un contexte de médecine familiale. Les résultats obtenus serviront également de données-pilotes pour identifier les besoins de formation des médecins quant à la communication des risques et la clarification des valeurs et

des préférences en médecine familiale. Ceci permettra de diriger les interventions qui pourraient améliorer les pratiques cliniques actuelles en matière de prise de décision partagée.

Chapitre 1 : État des connaissances

1.1 Cadres conceptuel de la prise de décision

Ce projet de recherche repose sur trois cadres conceptuels.

1.1.1 Cadres conceptuels de la prise de décision clinique

Premièrement, le concept de prise de décision clinique fondée sur des données probantes, développé en 1996 par Sackett et al.²⁷⁻³¹. Il définit une prise de décision clinique de qualité comme celle basée sur les meilleures données probantes disponibles sur le sujet, instruite par les valeurs et les préférences du patient et soutenue par l'expertise clinique du professionnel de la santé.

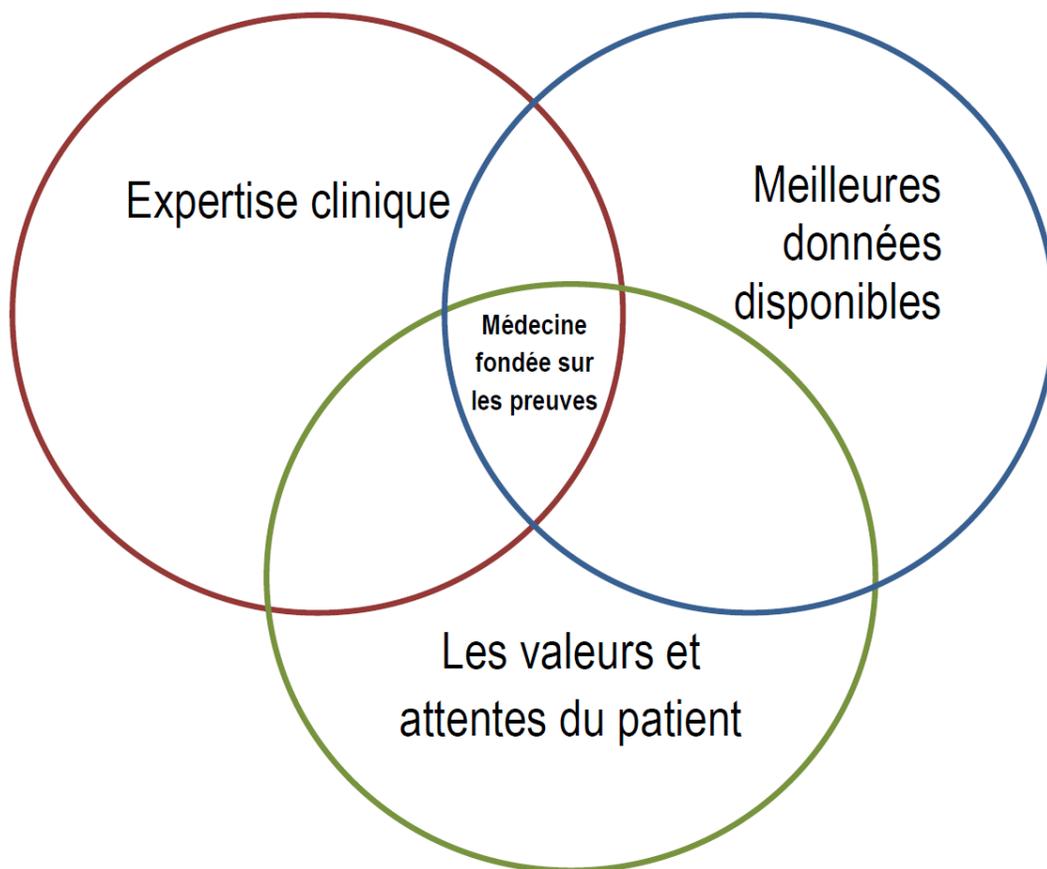


Figure 1 : Concept de médecine fondée sur les preuves (traduction libre) Sackett et al. 1996

Deuxièmement, notre projet tient compte de l'opinion d'experts publiée par Charles et al. en 1997 et en 1999, sur les trois modèles de prise de décision clinique^{32,33}. Le modèle paternaliste où le médecin décide seul, le modèle informatif où le patient décide seul et le modèle partagé où le patient et le clinicien prennent les décisions ensemble. Le modèle partagé est le concept le plus souhaitable pour la majorité des décisions devant être prises en médecine familiale³⁴⁻³⁶. Ce concept de décision partagée encourage la participation des patients lors des prises de décision.

Tableau 1 : Modèle de prise de décision clinique (traduction libre) (Charles et al. 1999)

Modèle	Modèle informatif	Partage des décisions	Paternaliste
Échange d'informations	Un moyen d'échange d'informations unilatéral : l'information médicale est transmise du professionnel de la santé au patient.	Échange d'informations dans les deux sens : le professionnel de la santé fournit de l'information médicale pendant que le patient fournit des informations sur ses préférences et ses attentes. Les rôles dans le processus de prise de décision sont définis.	Un moyen d'échange d'informations unilatéral : l'information médicale est transmise du professionnel de santé au patient.
Délibération	Patient seul.	Professionnel de santé et le patient ensemble.	Le professionnel de santé seul avec peu ou pas d'apport du patient.
Décision	Patient fait le choix final de traitement.	Le professionnel de la santé et le patient s'accordent sur un choix de traitement.	Le professionnel de santé fait le choix final de traitement.

1.1.2 Cadre conceptuel de la prise de décision partagée en contexte de soins et des différents facteurs qui influencent cette prise de décision

Troisièmement, nous avons utilisé le modèle conceptuel pour la prise de décision partagée (Conceptual Framework for Shared Decision Making, traduction libre), proposé par Sepucha et Mulley en 2009. Il a été adapté par Sepucha et Scholl en 2014. Ce modèle constitue un cadre conceptuel idéal de la prise de décision partagée et des différents facteurs pouvant influencer la communication médecin-patient^{37,38}. Il identifie trois phases :

- la phase avant la visite médicale;
- la phase pendant la visite médicale, durant laquelle la prise de décision a lieu; et
- la phase après la prise de décision partagée. Elle évalue la qualité de la décision.

La figure 2 ci-dessous résume tous ces facteurs^{37,38}.

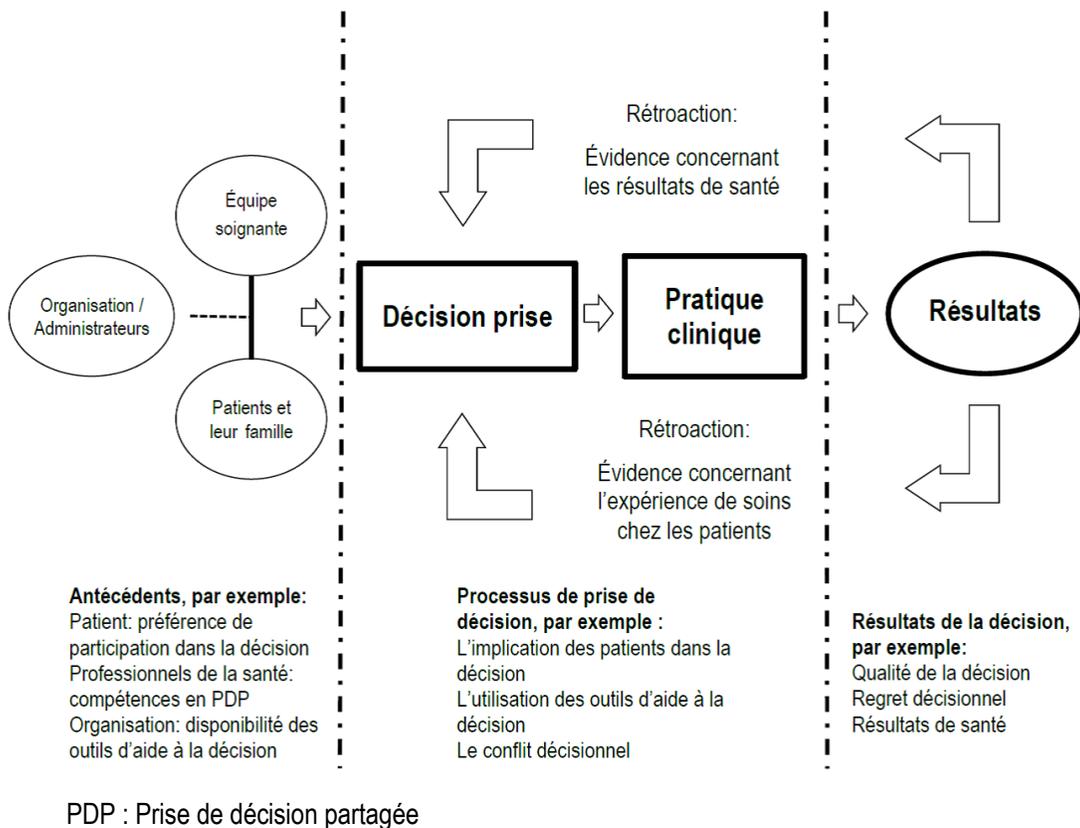


Figure 2 : Modèle conceptuel des construits centraux de la prise de décision partagée (traduction libre de Maria Margarita Becerra Pérez) (Sepucha et al. 2014)

Notre projet de recherche se situe après la prise de décision et il permet d'évaluer la qualité du processus de prise de décision partagée. Cette étude tient compte des facteurs suivants :

- les différents déterminants de la prise de décision partagée qui surviennent avant la rencontre (e.g., rôle préféré dans le processus de décision du patient, la disponibilité d'outils d'aide à la décision, etc.);
- les variables liées au patient (e.g., sexe, âge, lieu de provenance, etc.)
- les variables liées à la rencontre (e.g., nombre de décisions, raisons de consultation);
- les variables liées au clinicien (e.g., sexe, âge, nombre d'années de pratique, les compétences en prise de décision partagée);
- les variables liées à la clinique (e.g., localisation de la clinique, environnement physique, etc.).

1.2 Les stratégies efficaces de communication du risque et de clarification des valeurs et des préférences

1.2.1 La communication du risque

1.2.1.1 Cadres conceptuels

La communication du risque concerne la transmission de l'information sur les avantages et les inconvénients des différentes options ou interventions médicales³⁹⁻⁴¹. C'est une étape importante de la prise de décision partagée. C'est pourquoi il faut bien comprendre les données épidémiologiques concernant les risques et les bénéfices⁴². Les cliniciens doivent acquérir une bonne compétence en communication pour transmettre et accroître la compréhension qu'ont les patients de l'information médicale et des données probantes qui y sont associées. Plusieurs cadres conceptuels existent pour guider la communication efficace des risques et des bénéfices des interventions médicales. Zikmund-Fisher décrivait en 2013 tous les concepts de communication du risque lors des prises de décision clinique (Tableau 2)²⁴. En 2011, Barrett et McKenna décrivaient les concepts de discussion du risque dans le cadre du dépistage des cancers les plus fréquents⁴³.

En 2011, Fagerlin et al. décrivaient les 10 étapes nécessaires pour une bonne communication des risques et des bénéfices des options médicales (Tableau 3)⁴⁰. Tandis qu'en 2003, Gigerenzer et Edwards fournissaient déjà les outils nécessaires pour bien communiquer et faire comprendre les risques (Tableau 4)⁴⁴.

Tableau 2 : Taxonomie des concepts de risques (traduction libre) (Zikmund-Fisher 2013)

Les concepts de risque	Exemples	Autres exemples	Niveau de précision	Mesure	Illustration	Signification émotionnelle
Possibilité	Peut arriver/ne peut pas arriver	Arrivera/n'arrivera pas	Faible	Très élevé	« Cela peut m'arriver »	« Je suis à risque » (ce qui implique des sentiments négatifs pour les mauvaises choses)
Possibilité relative/comparative	Plus de chances	Moins de chances/chances égales	Vague	Élevé	« Il y'a plus de chances que cela m'arrive qu'aux autres » « J'ai plus de chances que cela m'arrive plutôt qu'autre chose »	« Mon risque est pire par rapport aux autres ». « Mon risque est pire pour cela par rapport à autre chose »
Catégorisation possible	Chances élevées	Normal/moyen	Défini par catégories	Dépend des catégories	« Je suis une personne qui a une chance élevée pour que cela m'arrive »	« Mon risque est mauvais »
Probabilité relative	50 % de chances de plus	Autres rapports, par exemple 40 % de chances de plus	Seulement des rapports	Rapport élevé, compréhension faible	« J'ai un risque qui est plus haut »	« J'ai un pire risque par rapport aux autres »
Probabilité absolue	12 %	Autres probabilités, par exemple 13 %	Niveau de risque	Faible	« Mon risque est ceci »	« Mon risque augmente de 10% par rapport au risque de base »
Probabilité comparative	12 % contre 8 %	Autres combinaisons, par exemple 15 % et 10 %, 12 % et 11 %	Niveau de risque, avec un calcul de rapport	Élevé	« Mon risque (celui de mon groupe) vaut ceci, lequel est plus élevé que le risque d'un autre groupe » « Mon risque vaut ceci si je fais X, ce qui est plus élevé que mon risque de faire Y »	« Mon risque est pire que leur risque » « Mon risque est mauvais et pire si je fais X »
Probabilité différentielle	4 % de chances de plus	Autres différences, par exemple, 5 % de chances de plus	Changement de niveau	Différence élevée	« Mon risque changera de beaucoup si je fais cela »	« Mon risque changera de beaucoup (ou un peu) » (L'effet dépend de la comparaison au risque de base)

Tableau 3 : 10 meilleures pratiques en communication des risques (traduction libre) (Fagerlin et al. 2011)

	Items
1	Utiliser un langage simple afin de rendre le matériel écrit et les informations transmises oralement plus compréhensibles.
2	Présenter les données en utilisant des risques absolus.
3	Présenter l'information par des pictogrammes si vous envisagez d'inclure des graphiques.
4	Présenter des données à l'aide de fréquences.
5	Utiliser un format de risque différentiel pour mettre en évidence la façon dont le traitement change le risque de base.
6	Reconnaître que l'ordre dans lequel les risques et les avantages sont présentés peut influencer la perception du risque.
7	Recourir à l'utilisation de tableaux récapitulatifs qui tiennent compte de tous les risques et avantages pour chaque option de traitement y compris s'abstenir.
8	Reconnaître que l'information comparative des risques (par exemple, quel est le risque moyen) est convaincante et pas seulement informative.
9	Envisager de présenter uniquement les informations les plus pertinentes à la prise de décision des patients, même si cela sera au détriment de l'exhaustivité.
10	Amener le patient à porter son attention sur l'intervalle de temps au bout duquel le risque apparaît.

Tableau 4 : Outils pour mieux communiquer les informations sur les risques et les bénéfices (traduction libre) (Gigerenzer et Edwards 2003)

Informations	Exemples	Comment mieux communiquer
Probabilités simples	« Vous avez une chance de 30% d'avoir un effet secondaire de ce médicament »	Utiliser les fréquences : « Trois patients sur 10 ont un effet secondaire de ce médicament »
Les probabilités conditionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - La probabilité d'avoir un test positif si le patient a la maladie (sensibilité) - La probabilité d'avoir un résultat négatif si le patient n'a pas la maladie (spécificité) - La probabilité d'avoir la maladie si le patient a un test positif (valeur prédictive positive) 	Utiliser les fréquences naturelles seules ou avec des probabilités conditionnelles
Risques relatifs	Si quatre femmes sur 1000 femmes (âgées de 40 ans ou plus) qui ne subissent pas de dépistage par mammographie meurent d'un cancer du sein, comparativement à trois femmes sur 1000 qui sont dépistées, le bénéfice est souvent présentée comme un risque relatif: « La mammographie réduit la mortalité par cancer du sein de 25%. »	<p>Utiliser des risques absolus, seul ou avec des risques relatifs: « Sur 1000 femmes qui subissent le dépistage du cancer du sein, une sera sauvé.»</p> <p>Utiliser le nombre nécessaire de sujets à traiter ou le nombre nécessaire de sujets pour nuire : « Pour prévenir un décès par cancer du sein, 1000 femmes doivent subir un dépistage du cancer du sein pendant 10 ans.»</p>

1.2.1.2 Formats de présentation des risques et des bénéfices

Dans la communication des risques et bénéfices des interventions médicales, l'information sur les avantages se présente sous forme de gains sur la santé (augmentation, amélioration), tandis que l'information sur les inconvénients des interventions médicales se présente en termes de pertes par rapport à la santé (diminution, baisse)^{45,46}.

La communication des risques et des bénéfices des interventions médicales peut se transmettre sous trois formats^{24,40,41,47} : le format numérique, le format visuel et le format verbal.

En premier lieu, il y a le format numérique^{48,49}. Ce format utilise les éléments listés ci-dessous.

- Les fréquences absolues (effectif des observations d'une classe, exemple 1 à 20) ou des fréquences relatives (pourcentages par exemple 10 % ou les probabilités, par exemple 0,1).
- Les risques comparatifs : le risque absolu exprimé sur une échelle additive (une chance sur 100) et le risque relatif exprimé sur une échelle multiplicative (deux fois plus de chances).
- Les différences de risque^{45,50} : réduction du risque absolu (RRA) et réduction du risque relatif (RRR). La réduction du risque permet de savoir de combien, le nouveau traitement réduit le risque par rapport au traitement témoin
- Le nombre de sujets à traiter (NST), défini comme le nombre de personnes à traiter pendant une période de temps déterminée pour guérir ou prévenir un cas supplémentaire de la maladie. Il s'exprime en nombre de patients par unité de temps et peut être retraduit sur une base de 100 personnes. Un NST égal à sept signifie qu'il faudrait en moyenne soigner sept personnes sur une période déterminée de temps pour réussir à en guérir une. Ou encore, il faudrait traiter 100 patients pour réussir à en guérir 15⁵¹.

La RRR est moins bien comprise. En effet, pour une même réduction du risque, l'expression sous forme de RRR est souvent perçue de façon plus élevée que la RRA ou le NST⁵⁰. Ce qui encourage à tort les cliniciens et les patients à adopter le nouveau traitement. Par exemple, une RRA de 5 % pour un taux de base de 10 % correspond à une RRR de 50 %.

Hors, un patient serait plus tenté de vouloir prendre le traitement car il réduit de 50% son risque vs de ne pas vouloir prendre le traitement car il ne réduit son risque que de 5% en absolue. Il apparaît alors essentiel de bien comprendre et communiquer les estimations de risques car elles influencent fortement les prises de décisions cliniques.

En second lieu, il y a le format visuel. Ce format se présente sous forme de graphiques (tableaux, figures, diagrammes, graphiques circulaires, échelle visuelles, pictogrammes, etc.)⁵².

En dernier lieu, il y a le format verbal. Ce format se présente uniquement sous forme d'adjectifs qualitatifs (exemples : probable/peu probable, efficace/non efficace, dangereux/ peu dangereux, élevé/modéré/faible/négligeable, fréquent/rare, etc.).

Une bonne communication du risque dépend de la qualité de l'information sur la nature du risque, la probabilité d'être exposé, la présence de facteurs pouvant modifier cette susceptibilité et la facilité ou la difficulté à éviter ce risque⁵³.

1.2.2 La clarification des valeurs et des préférences

La clarification des valeurs et des préférences est l'étape de la prise de décision partagée qui consiste à demander au patient ce qui est important pour lui concernant les issues possibles associées aux diverses options de traitement^{54,55}. C'est un processus complexe qui demande au patient de réfléchir sur toutes les options thérapeutiques ou diagnostiques, leurs attributs et les différentes issues possibles. Ainsi, le patient peut identifier l'option qu'il juge représenter le mieux ce qui est important pour lui. En d'autres mots, ce qui représente le mieux ses valeurs et ses préférences⁵⁶. Ce processus permet donc au patient de choisir l'option qui lui convient le mieux parmi toutes les options possibles. Il s'agit pour le clinicien de distinguer ce qui est essentiel et accessoire pour le patient, de dissiper les incompréhensions en vulgarisant les informations scientifiques et d'aider le patient à choisir la meilleure option qui lui convient parmi toutes les options possibles.

Cette définition de la clarification des valeurs et des préférences est très large. En effet, il existe plusieurs attributs d'options thérapeutiques qui peuvent être importants pour le patient. Ces dernières années, plusieurs études ont essayé d'opérationnaliser cette définition⁵⁷. En 2013, Lee et al. ont proposé un cadre conceptuel pour la clarification des valeurs et des préférences (Figure 3)⁵⁸. Leur étude a mis en évidence la nécessité d'élargir le concept actuel des valeurs des patients dans la prise de décision partagée.

Les valeurs devraient inclure les valeurs liées aux options de traitement, mais aussi celles liées à la vie du patient, tels ses objectifs et ses priorités, sa philosophie de vie et ses antécédents. En 2014, Hiligsmann et al. dressaient une liste d'attributs d'options thérapeutiques pour la clarification des valeurs et des préférences des patients⁵⁹. Ils incluaient : l'efficacité thérapeutique, les effets secondaires, le mode d'administration et la fréquence d'administration. Une récente revue systématique de Witteman et al. en 2016 ont donné une définition des termes de valeurs, préférences et de clarification des valeurs et des préférences dans la prise

de décision partagée (Tableau 5)⁶⁰. Ils ont aussi proposé un modèle de clarification des valeurs explicite et interactive entre le clinicien et le patient.

Tableau 5 : Modèle de clarification des valeurs et des préférences interactive entre clinicien et patient (traduction libre) (Witteman et al. 2016)

Méthodes de clarification des valeurs	Caractéristiques
Considérer les avantages et inconvénients	On demande à la personne de réfléchir sur les avantages et les inconvénients pour, par exemple, peser le pour et le contre des issues possibles associées à chacune des options.
Méthode basée sur des modèles mathématiques	Analyse décisionnelle par estimation mathématique, exemple de l'arbre décisionnel
Évaluation	Implique une classification des attributs, par exemple, en utilisant une échelle de classement par importance (sans identification des avantages et des inconvénients)
Priorisation	Implique une classification des préoccupations et/ou une sélection de l'option la plus préoccupante
Liste des préoccupations	Lister et/ou discuter de ses préoccupations
Niveau d'acceptation	Méthodes pour trouver le niveau d'acceptation quand il y a des avantages et des inconvénients
Normes sociales	Utiliser des critères sociaux
Autres méthodes	Autres méthodes non-décrites dans la liste ci-dessus

Les valeurs se rapportent au niveau d'importance des attributs et issues possibles associées aux options pour le patient. La clarification des valeurs est le processus de tri des éléments importants pour un individu face à une décision de santé. Les préférences sont les positions pour ou contre une option de décision⁶¹. En d'autres termes, les valeurs décrivent comment le patient se sent face aux attributs d'une décision, alors que les préférences se rapportent à la façon dont le patient se sent face aux différentes options.

La clarification des valeurs peut être implicite et non-interactive (par exemple, le patient pense lui-même à ce qui est important face à sa décision) ou explicite et interactive (par exemple, le patient discute avec le professionnel de la santé, répond à des questions et complète une échelle de classification des attributs afin de refléter l'importance de chacun d'eux dans sa décision)⁵⁴.

Les valeurs et les préférences pour l'option thérapeutique sont guidées par les valeurs fondamentales de l'individu. Les valeurs peuvent activer des sentiments négatifs et/ou émotions de dégoût, de honte, de culpabilité et de remords, ainsi que des sentiments positifs de fierté et de bonnes attitudes. Les valeurs sont des règles, des attitudes, des idéaux, des aspirations qui motivent une personne à prendre des décisions qui seraient bonnes ou mauvaises pour lui⁶².

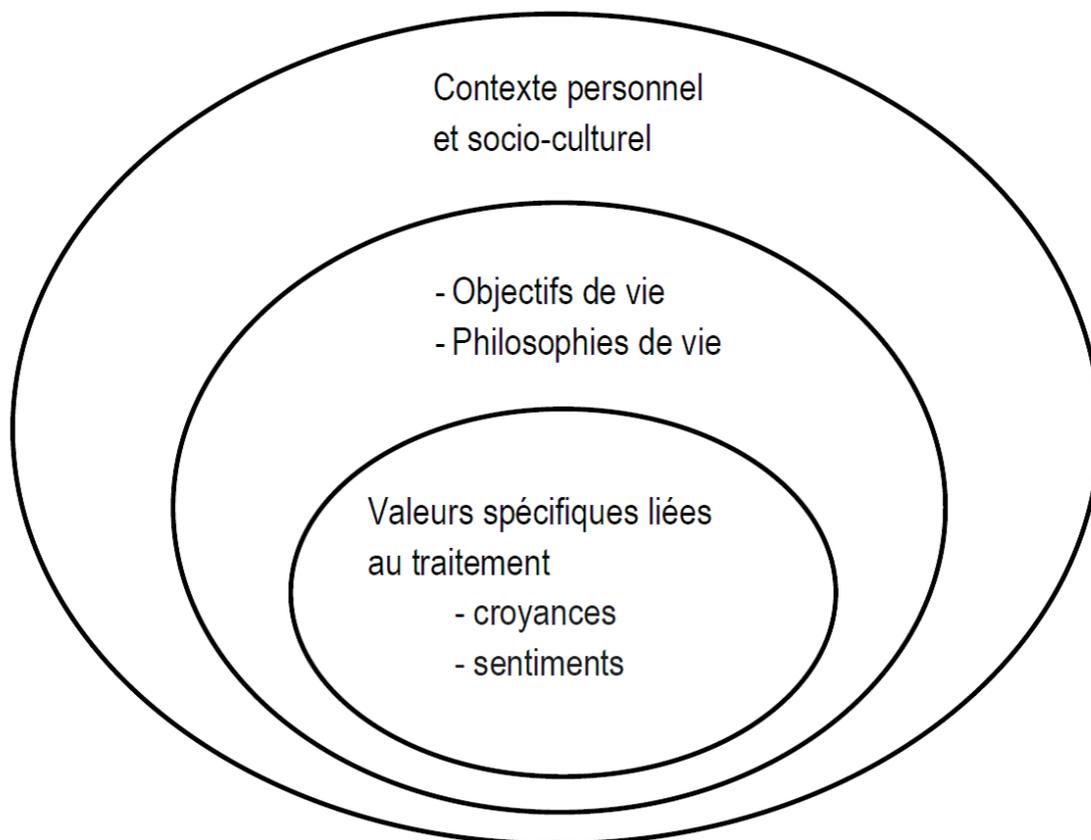


Figure 3 : Modèle conceptuel des différentes valeurs du patient (traduction libre) (Lee et al. 2013)

1.3 Difficultés dans la communication entre les professionnels de la santé et les patients

Des outils ont été conçus pour aider les patients à mieux comprendre les avantages et les inconvénients des options possibles lors de la prise de décision partagée. Communément appelés outils d'aide à la décision, ce sont des moyens permettant aux patients et aux professionnels de la santé de mieux visualiser les risques et les bénéfices liés à une intervention médicale. Ils peuvent être sous la forme de tableaux, de questionnaires, d'images, de diagrammes, d'animations, de brochures ou d'outils Web. Malheureusement, ils ne sont pas encore bien implantés dans la pratique clinique^{13,63}.

Les patients sont de plus en plus encouragés à participer aux décisions concernant leur santé, ce que 62 % des Canadiens souhaitaient déjà en 2003⁶⁴. Cependant, malgré l'intérêt croissant pour la prise de décision partagée et les soins centrés sur le patient, il reste un travail considérable à faire pour mieux intégrer les deux compétences qui sont à la base de la prise de décision partagée, soit la bonne communication des risques et la bonne clarification des préférences^{65,66}. Une revue systématique de Légaré et al. en 2008 a montré que par manque de temps (58 % des cas) et d'outils (42 %), les professionnels de la santé (89 % de médecins) n'étaient pas en mesure de communiquer efficacement les risques et les bénéfices des options disponibles avec les patients⁶³. Pourtant, il est nécessaire de comprendre les risques et les bénéfices inhérents à chaque prise de décision en santé⁶⁷ et d'estimer l'importance relative des différents attributs de ces choix, selon ce qui est important pour le patient^{40,53}.

1.3.1 Difficultés dans la communication du risque

Les professionnels de la santé et les patients interprètent les informations concernant les risques et les bénéfices des interventions médicales de manière intuitive et surtout différemment. Une récente revue systématique de 2015 a démontré que plusieurs patients surestiment les effets bénéfiques et sous-estiment les effets négatifs des interventions médicales⁶⁸. Les différentes études de Gigerenzer et al. ont démontré qu'il était difficile de communiquer les informations sur les avantages et les inconvénients des options thérapeutiques durant le processus de prise de décision⁶⁹⁻⁷⁵. Une méta-analyse de Judith Covey en 2007 a démontré que les médecins et les patients surestimaient les effets des traitements lorsque les risques relatifs étaient présentés¹⁹. L'essai clinique randomisé de Perneger et al. en 2011 ont démontré que seulement 70 % des médecins et des patients arrivaient à bien interpréter les risques et les bénéfices d'un traitement¹⁶. Mais l'étude s'est limitée à un seul contexte clinique où un nouveau traitement améliorait la survie.

Cependant, en 2001, Edwards et al. ont rapporté dans leur revue systématique que lorsque les informations étaient présentées sous forme de risque relatif par rapport au risque absolu, elles entraînaient une meilleure compréhension de la part du patient (RC = 1,18; IC à 95 % 1,01 - 1,38)⁴⁶. La revue systématique d'Akl et al. en 2011, avait démontré que les professionnels de la santé et les patients comprenaient plus facilement les fréquences naturelles que les probabilités (différence de moyenne standardisée [DMS] = 0,69; IC à 95 % : 0,45 - 0,93). De plus, lorsque comparés au nombre de sujets à traiter, le format en risque relatif (DMS = 0,73; IC à 95 % : 0,43 - 1,04) et le format en risque absolu [(DMS = 0,42 ; IC à 95 % : 0,12 - 0,71) entraînaient une meilleure compréhension. Toutefois, ces auteurs n'ont pas retrouvé de différences de compréhension entre les professionnels de santé et les patients. Les analyses de sensibilité qu'ils ont effectuées ont démontré la robustesse de leurs résultats⁵⁰.

Une étude de Goodyear-Smith et al. en 2011 démontrait que le mode préféré de communication des bénéfices d'un médicament cardiovasculaire était peu influencé par le sexe, l'âge, l'origine ethnique, la numération du patient ou le niveau de risque⁷⁶. Les patients ont préféré le format de présentation des bénéfices en réduction du risque relatif au format en réduction du risque absolu classé et en dernier, le nombre de sujets à traiter. De plus, 55,1 % des patients ont préféré les images aux nombres et 61,8 % ont préféré l'avis d'un médecin par rapport à tout format de présentation par des chiffres ou des images

Une revue systématique de Zipkin et al. en 2014 a démontré que les formats visuels amélioraient la compréhension et la satisfaction des patients⁴¹. De même, le format en risque absolu comparé au risque relatif serait meilleur pour maximiser la précision. Cependant il semblait moins susceptible d'influencer les décisions d'accepter la thérapie que le format en réduction de risque relatif. Dans un essai clinique randomisé en 2014, Harmsen et al. ont testé l'effet du format de présentation des risques (en pourcentage ou en nombre d'années de vie sauvées) pour informer les patients sur le risque de mortalité cardiovasculaire et l'efficacité d'un traitement par une statine qui est une classe de médicaments qui traite l'hypercholestérolémie⁷⁷. Ils ont noté une augmentation de la compréhension des risques et des bénéfices chez les patients lorsque le format en RRA était présenté (25 %) comparé au format en nombre d'années de vie sauvée (5,4 %). De plus, ils ont remarqué que le niveau de confiance dans la prise de décision et la satisfaction de la communication des risques ne différaient pas entre les deux formats de risque présentés.

En 2013 et 2014, Trevena et al. ont rapporté les meilleures pratiques en communication des risques et bénéfices^{5,48,78}. Une revue systématique de Hoffmann et Del Maren 2015 a rapporté que les avantages des traitements⁶⁸ étaient surestimés par la majorité des patients (65 %).

Cependant, la communication des risques est difficile en raison de la nature émotive du sujet, des biais cognitifs inhérents aux processus décisionnels et du manque d'aptitudes pour comprendre les chiffres et les

probabilités. La capacité à comprendre les chiffres et les informations médicales joue un rôle important dans la perception du risque. La numératie se définit comme la capacité à comprendre et à utiliser les chiffres. Elle joue un rôle important dans la perception de l'information médicale⁷⁹⁻⁸¹. La littératie en santé, qui se définit comme la capacité à comprendre l'information médicale, joue également un rôle important dans la perception de l'information médicale⁸². En 2014, Bodoman et al. rapportaient que les patients avec une numératie élevée comprenaient mieux la communication des risques et des bénéfices que ceux avec une numératie faible. La majorité des personnes (60 %) auraient de la difficulté à interpréter les chiffres représentant les risques et les bénéfices pour leur santé⁸³. Les résultats des recherches démontrent que ceci est vrai dans 60 % des cas, quel que soit le niveau d'éducation et d'expertise, y compris pour les personnes ayant un niveau élevé d'expertise médicale^{64,69,83}. Il est plus difficile pour les patients de comprendre les chiffres liés à la santé que les chiffres d'ordre général ou financier. Selon une étude de Levy et al. en 2016, les bonnes réponses des patients variaient statistiquement quand il s'agissait de questions d'ordre médical (54 %), purement mathématique (66 %) ou d'ordre financière (63 %)⁸⁴.

La perception du risque varie en fonction de nombreux facteurs autres que le véritable niveau de risque. Ces facteurs peuvent être liés à l'état psychologique de la personne qui perçoit le risque, mais également à son bagage socioculturel et intellectuel. Tous ces facteurs peuvent modifier sa perception du risque et des bénéfices et leurs effets potentiels. En 2013, dans une revue systématique, Brust-Renck et al. décrivaient tous les biais de jugements qui peuvent se greffer à la perception du risque. Ces biais seraient liés au type de décision et à la manière dont le clinicien communique les risques et les bénéfices⁸⁵. L'un des biais cognitifs les plus importants dans la perception des risques et des bénéfices a été identifié dans la revue systématique de Gong et al. en 2013 comme étant le biais d'interprétation (framing bias) des données face au fait que les risques et les bénéfices soient présentés sous forme de gain ou de perte sur la santé¹⁵.

La communication des risques serait donc difficile dans la pratique clinique. En effet, l'information sur les avantages et les inconvénients des interventions médicales peut être perçue et interprétée de différentes manières par les professionnels de la santé et les patients.

1.3.2 Difficultés dans la clarification des valeurs et des préférences

Beaucoup de professionnels de la santé ignorent l'importance de la contribution des valeurs et des préférences du patient lors des prises de décisions cliniques²¹.

Ainsi, la clarification des valeurs est une étape importante dans la prise de décision partagée, car elle entraîne une meilleure observance du traitement et une réelle contribution des effets du médicament dans la population⁸⁶.

Selon la revue systématique avec méta-analyse de Stacey et al. en 2014, l'utilisation d'outils d'aide à la décision incluant une clarification explicite des valeurs serait associée à une amélioration de l'expérience des patients¹⁰. De plus, selon une revue systématique incluant une méta-analyse d'essais cliniques randomisés publiée en 2008, les patients qui recevaient leur traitement préféré avaient une augmentation de l'effet du médicament de 0,162, IC à 95 % : 0,011 - 0,314; $p = 0,04$)⁸⁶. En 2010, Lee et al. ont comparé les perceptions des médecins et de leurs patients sur les décisions de reconstruction mammaire après une mastectomie dans une étude transversale⁸⁷. Ils ont trouvé que 30 % des médecins croyaient à tort que les femmes qui n'ont pas eu recours à une reconstruction mammaire étaient aussi satisfaites que les femmes qui y ont eu recours, mais les chiffres ont rapporté que seulement 5 % des patientes souhaitaient réellement une reconstruction mammaire (Différence de proportion [DP] = -25 %; IC à 95 % : -47 - -3. Comparées aux médecins, moins de femmes plaçaient l'apparence naturelle sans vêtements comme une priorité absolue : 80 % des professionnels de la santé versus 33 % des patientes (DP = -47 %; IC à 95 % : -73,4 - -20).

L'étude d'Andrade et al. en 2015 au Canada sur les préférences des professionnels de la santé et des patients face à l'initiation de traitements anticoagulants, a démontré que les professionnels de la santé et les patients différaient dans leurs perceptions de ce qui est important pour eux face aux attributs des traitements⁸⁸. En effet, pour les médecins, l'attribut le plus important était l'effet indésirable, tandis que pour les patients, l'attribut le plus important était la possibilité d'interaction avec les aliments et les autres médicaments. Ces résultats suggèrent donc que les préférences sont prises en compte pour le choix du traitement.

Un traitement qui est perçu comme important pour une personne peut ne pas l'être pour une autre personne, même si ces deux personnes ont les mêmes caractéristiques cliniques, font face à la même décision clinique et saisissent parfaitement les statistiques sur les risques et les bénéfices des options possibles^{89,90}. En d'autres mots, la « bonne décision » n'est pas celle instruite par l'expert, mais celle qui fondée sur les données probantes et instruite par les valeurs et préférences du patient.

En 2007, Stalmeier et al. ont trouvé que les médecins avaient du mal à prédire les préférences des patients, même avec l'utilisation d'un outil d'aide à la décision. En effet, seulement 60 % des médecins avaient choisi le traitement préféré de leur patient. Le coefficient de corrélation était faible ($k = 0,20$; $p = 0,03$)⁹¹. De même, en 2010, Zulman et al. ont trouvé une concordance de 60 % entre les préférences des professionnels de la santé et des patients⁹². Mais cette concordance patient-soignant s'est vue réduite devant un état de santé précaire du patient (55 % vs 64 %, $p < 0,01$) ou devant des décisions non-urgentes (46 % vs 62 %, $p < 0,01$).

Tous ces résultats suggèrent qu'il est extrêmement difficile pour les cliniciens de prédire ce qui pourrait être important pour un patient sans lui demander^{93,94}.

En 2012, Adam et al. ont révélé que presque tous les patients inclus dans leur étude (94 %) souhaitaient discuter de leurs préférences avec les professionnels de la santé, mais 86 % d'entre eux ne se sentaient pas capables de contredire l'avis professionnel dans le cas où leurs préférences ne concordaient pas avec celles du clinicien⁹⁵. Les raisons pour ceci sont la peur d'être étiqueté comme « patient difficile » (47,2 %), la peur de détruire la relation avec le clinicien (40 %) et la peur de ne pas être bien pris en charge par le clinicien (51,5 %). En 2012, Frosch et al. ont prouvé également que la majorité des patients désiraient collaborer avec leur clinicien pour les prises de décision, mais cela dépendait de l'attitude du clinicien⁹⁶.

La clarification des valeurs et des préférences serait donc difficile dans la pratique clinique. Pour ces différentes raisons, les professionnels de la santé devraient solliciter les intérêts du patient (ce qui est important pour eux face à la décision clinique). Ils devraient ainsi pouvoir les aider à choisir la meilleure option thérapeutique qui leur convienne¹. Il apparaît alors nécessaire d'identifier les besoins de formation des professionnels de la santé. Puis de développer des méthodes qui permettraient de mieux intégrer les valeurs et les préférences des patients lors les prises de décisions cliniques.

1.3.3 Les effets d'un mauvais processus de prise de décision partagée

Dans les situations d'incompréhension entre clinicien et patient, ce sont inévitablement les patients qui subissent les conséquences négatives des décisions qui ne reflètent pas leurs préférences²⁰. C'est un problème important d'éthique des soins et la question de « l'erreur de diagnostic silencieuse des préférences du patient » a été identifiée comme un défi urgent en soins de santé depuis 2012²¹. « Quand » et « comment » les gens sont questionnés sur leurs préférences a un impact significatif sur leurs décisions⁹⁷, suggérant ainsi qu'il s'agit d'un processus qui doit être mené avec tact et efficacité. La délibération et l'intuition sont importantes dans la prise de décision partagée^{98,99}. En effet, la délibération peut avoir des effets bénéfiques sur la participation des patients, mais peut également produire des biais et des erreurs.

L'intuition aurait un effet positif sur la satisfaction du patient face à la décision. Un raisonnement erroné peut affecter négativement les préférences des patients et leurs décisions. Et ainsi pousser ces personnes à se concentrer sur des attributs moins importants des options thérapeutiques. La clarification des valeurs et des préférences du patient est difficile et peut conduire à d'autres objectifs différents de la délibération collaborative en prenant une approche plus autoritaire ou paternaliste¹⁰⁰.

La prise de décision est un processus cognitif et émotif complexe. Par exemple, il est parfois difficile d'accepter l'idée que des compromis existent souvent dans un processus décisionnel et encore moins de comprendre avec justesse les statistiques sous-jacentes.

De même, il est souvent difficile d'analyser les caractéristiques des différentes options et les sentiments s'y rattachant et par conséquent, d'intégrer ces évaluations afin d'être en mesure de prendre les meilleures décisions possible. Pourtant, il faut une bonne communication des risques et une bonne clarification des valeurs et des préférences du patient pour assurer une bonne qualité de prise de décision et perpétuer le concept de la santé centrée sur le patient^{101,102}.

1.4 Résumé de l'état des connaissances

En 2016, le concept de prise de décision partagée est indissociable des rencontres médecin-patient et en particulier celles réalisées en médecine familiale. Les nombreuses publications sur le sujet en témoignent¹⁰³. Deux compétences essentielles sont requises : 1) une bonne communication des risques et bénéfices des options disponibles et 2) une clarification des valeurs et des préférences du patient^{5,13,35}. En 2015, Couët et al. ont démontré une faible prévalence des éléments essentiels de la prise de décision partagée durant les prises de décisions cliniques mesurée de façon objective par l'échelle OPTION¹⁰⁴. Aussi, les résultats de leur méta-analyse suggèrent qu'environ la moitié des consultations incluent un aspect de communication des risques et un aspect de clarification des valeurs. Pourtant, en 2012, un essai clinique randomisé de Légaré et al. effectué dans 12 UMFs de six régions du Québec a prouvé que l'implantation réussie de la prise de décision partagée n'avait pas d'effet négatif sur les patients, deux semaines après la consultation médicale¹⁰⁵. Cette observation a été faite dans le contexte clinique de prise d'antibiotiques pour des infections respiratoires aiguës. Ils ont observé un effet bénéfique de la prise de décision partagée afin de diminuer la surutilisation d'antibiotiques. L'implémentation de la prise de décision partagée serait difficile à cause du manque de temps, des caractéristiques du patient et du contexte clinique¹³. Mais aussi à cause des croyances historiques, culturelles, financières et scientifiques¹⁰⁶.

L'utilisation d'interventions comme les outils d'aide à la décision serait essentielle pour améliorer la communication médecin-patient¹⁰⁷. Cependant, il y aurait peu d'évidence sur l'efficacité des interventions destinées à améliorer la prise de décision partagée durant les rencontres médecins-patients^{26,108,109}.

Les résultats de la recension des écrits suggèrent que les deux compétences en prise de décision partagée, à savoir une communication des risques et des bénéfices et une clarification des valeurs et des préférences des patients, posent des défis aux professionnels de la santé.

Il apparaît alors qu'une approche respectant ces deux compétences essentielles de la prise de décision partagée soit nécessaire. Au mieux de nos connaissances, aucune étude n'a été réalisée afin de mieux documenter la pratique de ces deux compétences à travers les différents types de décisions cliniques en médecine familiale. Par conséquent, il est essentiel de connaître la proportion de consultations ayant rapporté des prises de décisions avec communication des risques et clarification des valeurs en médecine familiale et d'en identifier les facteurs associés. Les facteurs modifiables offriront une piste d'intervention active potentielle. Notre étude permettra de répondre à cette question.

1.5 Contexte

Mon projet fait partie d'une étude plus grande qui est une étude observationnelle descriptive basée sur un devis mixte quantitatif-qualitatif. Cette étude plus grande a pour objectif de comparer les pratiques courantes aux pratiques exemplaires, d'identifier les besoins de formation et de formuler des hypothèses qui serviront au développement d'interventions pédagogiques futures. Les résultats de notre étude serviront de données pilotes pour cette grande étude.

Chapitre 2 : Objectifs et hypothèse

2.1 Objectif principal

L'objectif principal de notre étude descriptive transversale visait à estimer la proportion de consultations en médecine familiale où sont observées une communication des risques et une clarification des valeurs dans les unités de médecine familiale (UMFs) au Québec.

2.2 Objectif secondaire

Un objectif secondaire a été défini : explorer les facteurs qui sont associés à la présence concomitante de la communication des risques et de la clarification des valeurs et des préférences dans ces consultations.

2.3 Hypothèse de recherche

L'hypothèse de recherche est la suivante : les deux compétences essentielles de la prise de décision partagée, notamment la proportion de consultations en médecine familiale où sont observées la communication des risques et la clarification des valeurs et des préférences, sera inférieure à 50 %. En effet, en 2015, une revue systématique incluant une méta-analyse estimait que 50 % des consultations incluaient un aspect de communication des risques et un aspect de clarification des valeurs¹⁰⁴.

Chapitre 3 : Méthode

3.1 Type d'étude

Ce projet de recherche est une étude descriptive transversale ayant eu recours à des données mixtes (qualitatives et quantitatives). L'exploitation de données mixtes permet de recueillir des informations qui sont complémentaires les unes envers les autres et qui répondent mieux à la question de recherche¹¹⁰. En somme, le recours à l'enregistrement des consultations médicales ayant été soumise à une analyse qualitative rigoureuse a permis de mieux cerner comment les professionnels de la santé communiquent les risques et identifient les valeurs et les préférences des patients. Par la suite, cela a permis de quantifier la fréquence des consultations en médecine familiale comportant une communication des risques et une clarification des valeurs et des préférences des patients (variable dépendante). Enfin, nous avons pu explorer l'association entre cette variable dépendante et d'autres variables indépendantes notamment, les caractéristiques sociodémographiques des professionnels de la santé, des patients et les caractéristiques cliniques de la consultation médicale.

3.2 Population et échantillonnage

La population de l'étude comprend les professionnels de la santé en soins primaires et leurs patients. Nous avons recruté les professionnels de la santé qui dispensaient des soins directement aux patients dans un échantillon de convenance comprenant cinq UMFs de la province de Québec. Il s'agit notamment des médecins de famille, des infirmières et des résidents en médecine familiale. Nous avons invité de façon consécutive tous les patients qui consultaient les professionnels de la santé qui ont consenti à participer à l'étude pendant les heures de consultation des médecins recrutés. Afin de saisir pleinement la portée des discussions et de refléter la réalité des discussions en médecine familiale, nous avons considéré les représentants légaux des patients mineurs (14 ans ou moins) comme les sujets participants de ces consultations (n=39).

Afin d'analyser pleinement la consultation médicale, des dyades de clinicien-patient (un patient et un clinicien), ont été constituées. Notre échantillon final était composé de 238 dyades clinicien-patient (71 professionnels de la santé et 238 patients).

3.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

3.3.1 Critères d'inclusion des professionnels de la santé

Pour être inclus dans l'étude, les professionnels de la santé devaient répondre aux critères suivants :

- 1) Être un professionnel de la santé en médecine familiale (médecins, résidents, infirmières, etc.) ;
- 2) Exercer sa profession dans l'une des cinq UMFs participant à l'étude;
- 3) Dispenser des soins directement aux patients;
- 4) Parler le français ou l'anglais;
- 5) Accepter de participer à l'étude;
- 6) Accepter de signer un formulaire de consentement éclairé.

3.3.2 Critères d'inclusion des patients

Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient répondre aux critères suivants :

- 1) Consulter un des professionnels de la santé qui avaient accepté de participer à l'étude;
- 2) Être capable de remplir un formulaire en français ou en anglais;
- 3) Accepter de participer à l'étude;
- 4) Accepter de signer un formulaire de consentement éclairé.

3.3.3 Critères d'exclusion des patients

Tous les patients présentant une affection nécessitant une attention urgente ou particulière ont été exclus de l'étude (n= 7 pour troubles mentaux). Aussi, nous avons exclu les patients mineurs (14 ans ou moins) qui venaient en consultation sans leur représentant légal (n=3).

3.4 Stratégie de recrutement

La collecte des données a eu lieu pendant deux semaines dans cinq UMFs de la province de Québec : deux dans la ville de Québec, une à Montréal, une à Baie-Comeau et une à Trois-Pistoles. Ces cinq centres ont été sélectionnés du fait de : 1) leur grande expertise en prise de décision partagée, 2) l'existence d'une

formation spécifique en prise de décision partagée durant la résidence en médecine familiale et 3) leur performance antérieure dans la participation à d'autres études portant sur la prise de décision partagée.

Ces cliniques font parties des réseaux de recherche axée sur les pratiques en première ligne (RRAPPL) de l'Université Laval (n = 4) et de L'Université McGill (n = 1).

Tous les participants devaient signer un formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique couvrant les UMFs avant la collecte de données (au total trois comités d'éthique distincts).

Avant la consultation médicale, les professionnels de la santé qui acceptaient de participer à l'étude étaient invités à compléter un court questionnaire sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leur nombre d'années de pratique, leur niveau de confort à interpréter des chiffres¹¹¹ et leur rôle préféré dans le processus de décision selon l'échelle de Degner et al.¹¹² (Annexe A). Avant la consultation médicale, les patients qui acceptaient de participer à l'étude étaient aussi invités à remplir un court questionnaire écrit sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leur niveau de scolarité, leur niveau de confort à interpréter des chiffres et leur littératie en santé (Annexe B).

Puis, les professionnels de la santé et les patients acceptaient que les chercheurs procèdent à l'enregistrement audio de la consultation médicale.

Après la consultation médicale, les patients ont rempli un deuxième questionnaire sur leurs perceptions de la consultation et leur rôle préféré dans la prise de décision selon l'échelle de Degner et al.¹¹² (Annexe C).

3.5 Collecte de données et variables



3.5.1 Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude est dichotomique et réfère à la présence d'une communication des risques et une clarification des valeurs et des préférences du patient lors de la consultation (oui ou non). Elle a été établie à l'aide du contenu des enregistrements audio. Il s'agissait d'une variable dichotomique codée en oui ou non. Une télésecrétaire bilingue a écouté et a converti textuellement (transcription textuelle) tous les enregistrements audio des consultations médicales sur Microsoft Office Word (Microsoft Corporation, Redmond, WA) version 2010. Toutes les données transcrites sur Microsoft Word ont été analysées à partir

d'une grille de codification pour identifier les consultations où la communication des risques et la clarification des valeurs et des préférences avaient eu lieu (Tableau 6).

La grille de codification a tenu compte des modèles établis de communication du risque et de clarification des valeurs et des préférences (Annexe E). Elle a été obtenue suite à un processus rigoureux et une itération continue durant les analyses.

Cette grille a servi de « grille thématique » pour repérer et noter ce qui a été dit pendant la consultation en isolant les passages significatifs pour l'étude. La grille thématique se concentre sur les aspects verbaux d'une seule partie de la consultation identifiée comme « communication des risques et clarification des valeurs et des préférences ». Pour chaque observation d'intérêt, l'évaluateur devait attribuer une valeur nominale, oui ou non, si :

1) Le clinicien explique les avantages et les inconvénients des options thérapeutiques par des mots, des unités de temps ou de probabilité (communication des risques).

2) Le clinicien a demandé au patient ce qui était important pour lui face aux différentes options de traitement (perceptions, inquiétudes, craintes, attentes) et quelle était son option préférée (clarification des valeurs et de préférences).

Tableau 6 : Grille de codification des transcrits (exemples de codage)

Valeur	Discussion des risques
Non	<p>Professionnel de santé 3028, Patient 1289 « OK. Ce qu'on peut faire, c'est essayer des anti-inflammatoires. En avez-vous déjà pris? Non. OK. On peut peut-être essayer. P : Je les prendrais au travail quand j'irais travailler. »</p> <p>Professionnel de santé 5006, Patient 1005 « M : ça, c'est le papier pour la routine II. Ça va de le faire plaquer à l'avant? Ça, c'est quoi? P : il est dû pour le 26, 28? M : et on refait une THS en même temps. »</p> <p>Professionnel de santé 3008, Patient 1017 M : et l'autre question que j'avais... la dernière fois, tu avais demandé de routine, un dépistage pour les MTS. P1 : oui. M : mais mon résident ne t'avait pas suggéré la prise de sang qui allait avec? Je me demandais si tu voulais juste le dépistage que tu as eu la dernière fois ou si tu voulais la prise de sang. P1 : ah oui. La prise de sang. On peut. M : OK. Juste pour le faire au complet. P1 : euh... je pensais... mon résident s'est trompé... j'étais comme... M : ah non... Il a très bien fait ça c'est juste, des fois, de base, on fait juste le test avec l'examen gynéco... P1 : ah... M : il n'avait pas pensé l'offrir alors il m'avait dit au prochain rendez-vous... on l'offre... vous le demanderez. Je reviens ça ne sera pas long. [médecin quitte la pièce 16 :52 – revient 18 :37] .Tu as juste à t'installer de l'autre côté.</p>
Oui	<p>En mots</p> <p>Professionnel de santé 3001, Patient 1003 M : c'est fait. Excellent. Pour l'instant, on ne fait pas d'écho de 32 semaines. On attend les laboratoires, on attend de voir s'il y a une anomalie. P : ok M : on ne demande pas d'emblée parce que tu n'es pas une grossesse à risque donc c'est une bonne nouvelle. P : ok- M : fait que je ne t'en prescris pas d'emblée. On va voir la suite des choses. P : ok. M : parce que là, je te vois après ça dans six semaines. Mais après ça, ça va être aux trois semaines. P : ok.</p> <p>Professionnel de santé 3005, Patient 1015 M : fait que la seule précaution, ça serait de commencer des multivitamines tout de suite. Puis... pour... euh... en fait, l'idéal... en fait... le principal, c'est de prendre de l'acide folique mais l'idéal c'est de prendre une multivitamine comme Materna ou les marques maisons. Des... euh... des pharmacies</p>

parce que le fait de prendre une multivitamine au lieu de juste de l'acide folique, ça prévient d'autres types de malformations. Aussi... il y a une sorte de malformation cardiaque, l'informe palatine, puis les anomalies des membres qui sont diminués quand tu prends une multivitamine au lieu de juste l'acide folique. Ça peut valoir la peine. Et idéalement, on suggère de prendre un peu avant de devenir enceinte. Tu pourrais commencer tout de suite. De toute façon, idéalement, ça serait bon d'attendre ta prochaine menstruation avant de devenir enceinte. Donc, peut-être utiliser le condom, pour que l'inflammation.

Professionnel de santé 3008, Patient 1018

M : ah mon dieu! Il y a un update qui vient de paraître en 2014. Qui disent que... que le... que le ... le Misoprostol... donc le Cytotec n'est pas bénéfique. Ils ont fait des études...

P : ah oui?

M : il ne procurait pas nécessairement plus d'avantages à en mettre. Ou à ne pas en mettre. Surtout quand j'ai fait ton test au niveau du col, ça entrait bien. Je n'ai pas eu de... tu sais. Il a des femmes qui ont un col tout petit et on force pour être capable de rentrer le Q-tips mais toi, ça a l'air de bien entrer. En tout cas, je te donne ça. C'est en date de mars 2014. Si tu veux absolument, je peux quand même t'en prescrire mais ça a l'air qu'il n'y aurait pas d'avantages tant que ça.

P : ah ok.

M : c'est ça. Veux-tu en avoir quand même?

P : bien si ce n'est pas nécessaire.

En chiffre

Chiffres de probabilité

Professionnel de santé 3001, Patient 1001

M : préférez-vous qu'on fasse le toucher rectal aujourd'hui? En fait, le toucher rectal, on ne le fait pas à tout le monde. On le fait quand il y a des problèmes. Il y a quand même des problèmes d'érection mais ils ne sont probablement plus dus au diabète. C'est sûr qu'on serait plus prudents de faire ça mais on n'est pas obligé non plus. Ça peut dépendre des symptômes. Si les... parce que les érections, c'est comme je vous dis, ce n'est peut-être pas assurément lié à la prostate. Quand on a plus de 50 ans, un homme sur deux peut avoir une grosse prostate. Pas nécessairement un cancer. C'est sûr que vous, il y a votre frère. Je ne sais pas si vous seriez plus sécurisé si on faisait l'examen.

Professionnel de santé 3005, Patient 1013

P : mais tu sais, est-ce que je peux faire une fausse couche? Je peux-tu me mettre en hémorragie? Je peux-tu avoir quelque chose d'assez grave que je ne puisse pas aller à l'hôpital....

M : tu sais, si on parle en pourcentages, théoriquement, toute femme qui devient enceinte a 20 % de chance de faire une fausse couche. Quand tu saignes mais qu'on n'a pas de résultats d'écho, tu as 50 % de chance de le perdre. 50 % de chances de le garder. Sauf que, avec une écho qui te montre que tu as un bébé bien vivant, bien accroché et normal, ça baisse à 3 ou 4 % à peu près.

P : chaque fois que je saigne ça?

M : euh... bien c'est tes chances de faire une fausse couche d'ici 20 semaines.

P : ok.

Professionnel de santé 5005, Patient 1039

M : c'est bon. Dans le fond, tu sais, comme je vous avais dit, il y a quand même de l'efficacité dans le

	<p>stripping. Il y a 30 % qu'on puisse entrer dans le travail dans 48 heures. Puis là, vous faites partie du 30 % que le col a peut-être modifié...</p> <p>P : oui il a peut-être un peu... là.</p> <p>M : mais il n'y a pas eu de travail. Parfait. Des contractions utérines c'est de bonnes nouvelles.</p>
	Chiffres de durée
	<p>Professionnel de santé, Patient 1271</p> <p>M : c'est ça. Parlez au pharmacien voir si lui, dans ce... parce que moi, je les trouve toutes équivalentes, au niveau des effets secondaires, elles sont meilleures. Ils connaissent les pilules par cœur fait que, il va voir s'il y en a peut-être une que vous pouvez essayer deux semaines voir si ça change quelque chose. Si vous êtes améliorée, vous pouvez les continuer et si ça ne change rien, arrêtez-la. Mais souvent, en 24, 48 heures... souvent on commence à voir une différence quand c'est vraiment des allergies, avec ça, là.</p> <p>P : ok.</p> <p>Professionnel de santé 3033, Patient 1344</p> <p>M : 2008. On serait rendue à 6 ans en décembre. Ça ferait 6 ans. Généralement, on le garde 5 à 7 ans en place, le stérilet. Ce que vous me décrivez c'est des fois des symptômes de péri-ménopause. Péri ça veut dire autour de la ménopause. La ménopause, c'est un an sans règles.</p> <p>P : ah ok.</p> <p>M : fait que je dirais qu'en ce moment, vous n'êtes pas ménopausée. Il y a de bonnes chances que si on retire votre stérilet, les saignements demeurent irréguliers.</p> <p>P : ok. je ne tomberais pas régulière.</p> <p>Professionnel de santé 3033, Patient 1340</p> <p>M : c'est pour l'irritation. C'est du Pantoloc ou du Pantoprazole. Que ça s'appelle. Il faut le prendre à peu près une demi-heure avant de manger le matin. Pour vraiment que ça protège l'estomac. Ça dure 24 heures.</p> <p>P : ok. Ok.</p> <p>M : ça devrait... après 4 ou 5 jours, vous allez voir une amélioration. Vous en prenez pendant deux semaines et c'est renouvelable une fois fait que si vous voyez que ça vous améliore mais que vous avez encore beaucoup de symptômes, vous pouvez continuer pour un total de 1 mois.</p> <p>P : ok.</p>

Valeur	Clarification des valeurs et des préférences
Non	<p>Professionnel de santé 3003, Patient 1011</p> <p>M : bien, ça se peut. Mais là, je vais te dire... si ça dure plus que... tu lui donnais du Tempra. Mais l'Advil c'est mieux.</p> <p>P : de l'ibuprofène?</p> <p>M : Tempra c'est du Tylenol. Mais l'Advil... ou l'ibuprofène...</p> <p>P : ouais. Ouais.</p> <p>M : pour enfants, le Motrin, c'est la même affaire... c'est plus puissant.</p> <p>P : je suis mieux avec ça?</p> <p>M : bien, ton Tempra baisse la fièvre et tu sens qu'il est mieux, c'est correct.</p>

	<p>P : OK. M : mais tu as l'impression qu'il chigne encore et que la fièvre n'est pas tout à fait tombée... P : je peux essayer ça. M : tu lui en donneras. Mais si après 72 heures, il fait encore de la fièvre... tu sais, on ne va pas juste mettre ça sur le dos des dents. Reviens ici au sans rendez-vous et on va l'examiner. Et ce qu'on pourrait faire... en fait, quand ils ont des symptômes de [inaudible, bébé pleure 12 :27] P : OK.</p> <p>Professionnel de santé 3008, Patient 1017 « M : Les anti-inflammatoires, ça peut aider. Mais ne prend pas des anti-inflammatoires à longueur d'année. Tu peux, mettons, ça fait une semaine que ça fait plus mal, bien tu casses le mal un peu. Tu en prends pendant 5 jours. Ça peut être des Advil ou du Motrin. Des trucs du genre. P1 : ça je sais tu m'en avais prescrit. »</p> <p>Professionnel de santé 5007, Patient 1024 P : pour la diarrhée, il n'y a pas de traitement jusqu'à tant qu'on fasse ça, là. M : bien en fait, j'allais vous proposer... en pharmacie, il se vend des probiotiques. P : OK. M : c'est en vente libre, là. Vous demanderez à la pharmacienne. P : probiotiques en attendant de faire la culture, là. M : c'est ça. En attendant. De toute façon, la culture, vous allez la faire dans les prochains jours j'imagine. Ça, ça aide à rétablir la flore intestinale. Des fois, les gens qui vont en voyage et qui reviennent, c'est un peu débalancé. Fait que je pense qu'en attendant ça peut vous aider. P : parfait. M : si jamais les tests qu'on fait – tout revient normal, là, on verra qu'est-ce qu'on fait ensuite. On se rappellera. Moi, je vais avoir les résultats et on pourra se rappeler.</p>
Oui	<p>Le clinicien pose une question</p> <p>Professionnel de santé 5001, Patient 1001 M : préférez-vous qu'on fasse le toucher rectal aujourd'hui? En fait, le toucher rectal, on ne le fait pas à tout le monde. On le fait quand il y a des problèmes. Il y a quand même des problèmes d'érection mais ils ne sont probablement plus dus au diabète. C'est sûr qu'on serait plus prudents de faire ça mais on n'est pas obligé non plus. Ça peut dépendre des symptômes. Si les... parce que les érections, c'est comme je vous dis, ce n'est peut-être pas assurément lié à la prostate. Quand on a plus de 50 ans, un homme sur deux peut avoir une grosse prostate. Pas nécessairement un cancer. C'Est sûr que vous, il y a votre frère. Je ne sais pas si vous seriez plus sécurisé si on faisait l'examen.</p> <p>Professionnel de santé 3008, Patient 1018 M : il ne procurait pas nécessairement plus d'avantages à en mettre. Ou à ne pas en mettre. Surtout quand j'ai fait ton test au niveau du col, ça entraînait bien. Je n'ai pas eu de... tu sais. Il a des femmes qui ont un col tout petit et on force pour être capable de rentrer le Q-tips mais toi, ça a l'air de bien entrer. En tout cas, je te donne ça. C'est en date de mars 2014. Si tu veux absolument, je peux quand même t'en prescrire mais ça a l'air qu'il n'y aurait pas d'avantages tant que ça P : ah ok. M : c'est ça. Veux-tu en avoir quand même? P : bien si ce n'est pas nécessaire... M : bien selon les études qu'ils ont faites, ça a l'air de ne pas être si avantageux au bout du compte. Finalement on prend quelque chose pour.... Un peu pour rien. P : non ça va. M : parfait. Naproxen, en as-tu déjà? Ou de l'Advil ou peu importe?</p>

	<p>Professionnel de santé 5007, Patient 1024</p> <p>M : oui. Humm... c'est sûr que si on commence à donner une méthode, il faudrait arrêter les deux.</p> <p>P : oui. C'est sûr. C'est ça l'objectif.</p> <p>M : c'est ça l'objectif, eih? Vous, les patches, ça vous intéresse?</p> <p>P : oui. Je peux les essayer.</p> <p>M : c'est des... il y a de différentes...</p> <p>P : oui j'en ai déjà vu.</p> <p>M : c'est ça. Il y a différentes posologies... euh.... voyons! Euh... le nombre de grammes est différent. Différentes forces, là.</p> <p>P : ok.</p>
<p>Le clinicien initie la clarification des valeurs sans poser de question</p>	
	<p>Professionnel de santé 3008, Patient 1016</p> <p>P : il y a le Cipralex et il y a la prise de poids.</p> <p>M : La prise de poids... on en profite pour faire un examen annuel?</p> <p>P : Bien, je pense que ça fait longtemps qu'on ne l'a pas fait.</p> <p>M : Côté gynéco, ça remontait à quand?</p> <p>P : Pas loin du deux ans. Je pense.</p> <p>M : 2010... ah non 2012.</p> <p>P : Oui c'est ça. C'est aux deux ans.</p> <p>M : On peut attendre en 2015 si vous avez un partenaire stable, pas de symptômes, rien.</p> <p>P : Non...</p> <p>M : ...ou quoi que ce soit... c'est aux trois ans maintenant.</p> <p>P : Aux trois ans? Je pensais que c'était aux deux ans.</p> <p>M : Bien, aux deux à trois ans mais en général, le trois ans est très bien...c'est une recommandation.</p> <p>P : ça ne me dérange pas d'attendre.</p> <p>M : Mais je peux quand même vous poser des questions en lien avec le système gynéco mais on n'est pas obligées de physiquement faire le PAP test.</p> <p>P : Parfait.</p>
<p>Le patient initie la clarification des valeurs</p>	
	<p>Professionnel de santé 3022, Patient 1142</p> <p>M : ok le 6 c'est bon. Ok. Je reviens. [Médecin quitte la pièce 35 : 15, revient 36 :19] je suis allé avoir l'horaire du docteur [nom] parce qu'il est à veille de tomber en vacances fait que... je voulais lui en glisser un mot et je pense qu'il n'est pas encore arrivé. C'est lui qui vous a fait votre infiltration la dernière fois.</p> <p>P : ah oui. C'est quoi les risques d'addiction avec ça... parce que là, j'en prends une avant de me coucher mais j'ai peur d'en prendre le jour.</p> <p>Professionnel de santé 3014, Patient 1154</p> <p>M : fait que septembre ça va être correcte. La pilule [nom de la patiente] toi c'était quelle sorte que tu prenais?</p> <p>P : euh... je prenais... Alesse. Parce que je voulais la prendre en continue et tout ça.</p> <p>M : ok</p> <p>P : mais mon chum, il dit que quand je la prends en continue et que je l'arrête, j'ai vraiment des sauts d'humeur incroyable. Fait que... je la prends... [Rire] une fois par mois.</p> <p>M : là, je t'ai mis des 28 jours mais si tu la prends en continue, euh.... tu jettes les 7 derniers comprimés.</p> <p>P : oui. C'est ça.</p> <p>M : je te laisse gérer ta situation.</p>

Professionnel de santé 5023, Patient 1238

M : fait que vous, votre souhait... ce que j'avais compris, c'était vraiment d'y aller avec la diète. Essayer à tout prix d'éviter euh...

P : les médications, le moins possible. J'en ai vu beaucoup de diabétiques dans ma vie. J'ai eu des amis qui se piquaient et puis... ils ne respectent pas...

M : se piquer, ça c'est l'insuline...

P : ouin. Ouin. J'en ai vu avec des pilules. J'en ai vu avec des... j'en ai eu deux amis sur l'insuline. Régulièrement. L'affaire que, moi, j'ai pour mon dire, c'est que... les médicaments gèrent pour toi ton sucre, là... Tu sais, en quelque part, ça le gère... ce qui fait que. Compte tenu, que moi... vu que je n'étais quand même pas si pire. C'était au début. Si on veut... dans le cas où euh... moi, j'ai observé ça... fait que vu son sucre était géré, bien elle pouvait manger des grosses pointes de tarte au sucre et ça ne dérangerait rien pour elle mais ça doit faire quand même quelque chose.

*M = médecin, P = patient, P1 = premier patient, THS = thyroid-stimulating hormone, MST = maladies sexuellement transmissibles

3.5.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes d'intérêt dans notre étude ont été sélectionnées grâce à la recension des écrits¹⁰⁴, à la disponibilité des variables dans la banque de collecte de données et aux différents facteurs liés à la prise de décision partagée selon le cadre conceptuel retenu^{37,38} (Figure 2).

Les variables qui ont été considérées dans notre étude, sont listés ci-dessous.

- Les caractéristiques des professionnels de la santé : 1) caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe et lieu de provenance); 2) le statut du clinicien (e.g., médecins, résidents, infirmières, etc.); 3) le nombre d'années de pratique; 4) l'aisance avec les chiffres, mesurée par une échelle validée, l'échelle de numératie subjective¹¹¹ et 5) le rôle préféré dans la prise de décision, défini par l'échelle de Degner et al.¹¹².

- Les caractéristiques des patients : 1) caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation et provenance); 2) l'aisance avec les chiffres mesurée par une échelle validée; l'échelle de numératie subjective¹¹¹; 3) le rôle préféré dans le processus de décision a été défini selon l'échelle validée de Degner et al.; 4) l'existence d'une familiarité entre le clinicien et le patient et 5) le niveau de littératie en santé^{82,113}.

- Les caractéristiques relatives à la consultation médicale : 1) la durée de la consultation; 2) le différents contexte cliniques; 3) la présence ou l'absence de différents types de prises de décisions cliniques pendant la

consultation et 4) la présence ou l'absence de différentes raisons de prises de décisions cliniques pendant la consultation.

La familiarité entre le clinicien et le patient a été mesurée par : le fait que le clinicien soit déjà connu ou non par le patient. L'aisance avec les chiffres a été mesurée par une échelle validée, l'échelle de numératie subjective, qui est une échelle validée de 8 items avec des scores cotés de 1-6 ou de 6-1 selon le niveau de compréhension des chiffres et de préférence entre chiffres et mots. C'est donc une variable quantitative discrète allant de 8-48¹¹⁴. Le rôle préféré dans le processus de décision a été défini selon l'échelle validée de Degner et al. en cinq-items en fonction du degré d'implication du médecin et du patient dans la prise de décision¹¹². La capacité à comprendre et à interpréter les informations médicales a été mesurée par le niveau de littératie en santé. C'est une variable quantitative discrète allant de 3-18^{82,113,115}. L'échelle originale a été ramenée de 15 questions à trois questions. En effet, ces trois questions se sont révélées être les plus sensibles dans la mesure. Les questions ont été cotées de 1-6 pour que toutes les échelles dans la même partie du questionnaire soient les mêmes.

Toutes les variables relatives à la consultation médicale ont été extraites grâce aux transcrits textuels des enregistrements audio des consultations. La durée de la consultation a été calculée, chaque type de décision prise lors de la consultation a été classifiée dans une des six catégories suivantes : commencer quelque chose, continuer quelque chose, arrêter quelque chose, reporter la décision à plus tard, ne pas faire quelque chose, reporter l'action à plus tard (exemple : on décide aujourd'hui de faire un examen la prochaine visite). La raison de prise de décision pour chaque décision lors de chaque consultation a été classifiée dans une des huit catégories suivantes : test diagnostique, test de dépistage, traitement, suivi de routine, suivi de test ou de traitement, changements dans les habitudes de vie, référence à un spécialiste de la santé, référence à un autre professionnel de la santé.

Tableau 7 : Variables des professionnels de la santé retenues pour les analyses

Variable	Type de question	Nature de la variable
Âge	Quel est votre âge?	Continue
Sexe	Quel est votre sexe? (cochez une seule réponse) <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Catégorielle
Statut du clinicien	Êtes-vous : (cochez une seule réponse) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Infirmière diplômée <input type="checkbox"/> Autre professionnel de la santé	Catégorielle
Provenance	D'où êtes-vous originaire? : (cochez une seule réponse) <input type="checkbox"/> Province du Québec <input type="checkbox"/> Autre province du Canada <input type="checkbox"/> Hors du Canada	Catégorielle
Nombre d'années de pratique	Depuis combien d'années pratiquez-vous? <input type="checkbox"/> _____ ans <input type="checkbox"/> moins d'un an	Continue si nombre d'années indiquées Catégorielle si moins d'un an
Aisance avec les chiffres mesurée par une échelle validée	Échelle de numératie subjective ¹¹⁴ Score 8-48	Discrète ordinale (score global) 8 échelles de Likert ordinales
Rôle préféré dans le processus de décision	Échelle validée de Degner et al. ¹¹² Cochez, parmi les choix suivants, celui qui représente le mieux comment vous préférerez que se prenne une décision lorsque votre patient a reçu ou a en main les informations sur les meilleures preuves scientifiques disponibles : <input type="checkbox"/> Le patient prend seul(e) la décision <input type="checkbox"/> Le patient prend la décision, mais en considérant fortement mon opinion <input type="checkbox"/> Le patient et moi-même prenons la décision ensemble de façon égale <input type="checkbox"/> Je prends la décision, mais en considérant fortement l'opinion du patient <input type="checkbox"/> Je prends seul(e) la décision	Catégorielle

Tableau 8 : Variables des patients retenues pour les analyses

Variable	Type de question	Nature de la variable
Âge du patient qui consulte	Quel est votre âge? _____ ans (Si la personne qui vient en consultation aujourd'hui est votre enfant, quel âge a votre enfant? _____ ans)	Continue
Sexe	Quel est votre sexe? (cochez une seule case) <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Catégorielle
Provenance	D'où êtes-vous originaire? : (cochez une seule réponse) <input type="checkbox"/> Province de Québec <input type="checkbox"/> Autres provinces du Canada <input type="checkbox"/> Hors du Canada	Catégorielle
Aisance avec les chiffres mesurée par une échelle validée	Échelle de numératie subjective ¹¹⁴ Score 8-48	Discrète ordinale (score global) 8 échelles de Likert ordinales
Rôle préféré dans le processus de décision	Échelle de Degner et scoll. ¹¹² Cochez, parmi les choix suivants, celui qui représente le mieux comment vous préférerez qu'une décision se prenne lorsque votre patient a reçu ou a en main les informations sur les meilleures preuves scientifiques disponibles : <input type="checkbox"/> Le patient prend seul(e) la décision <input type="checkbox"/> Le patient prend la décision, mais en considérant fortement mon opinion <input type="checkbox"/> Le patient et moi-même prenons la décision ensemble de façon égale <input type="checkbox"/> Je prends la décision, mais en considérant fortement l'opinion du patient <input type="checkbox"/> Je prends seul(e) la décision	Catégorielle
Littératie en santé	Vous arrive-t-il de demander à quelqu'un de vous aider à lire des instructions, des brochures ou d'autres documents écrits que vous a donné votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien? (cochez une seule case) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Discrète ordinale (score global) 3 échelles de Likert ordinales

	<p>Toujours Jamais</p> <p>Vous sentez-vous capable de remplir des formulaires médicaux par vous-même? (cochez une seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Très Pas du tout</p> <p>Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes à en savoir plus sur votre santé à cause de difficultés à comprendre les documents écrits? (cochez une seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Toujours Jamais</p>	
Niveau de scolarité	<p>Quel est le plus haut niveau d'éducation que vous ayez obtenu? (cochez une seule case) :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune éducation ou éducation de niveau primaire partiellement réussie</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat ou diplôme d'un CÉGEP (DEC)</p> <p><input type="checkbox"/> Études primaires</p> <p><input type="checkbox"/> Baccalauréat</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires (DES)</p> <p><input type="checkbox"/> Maîtrise</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat ou diplôme d'études professionnelles</p> <p><input type="checkbox"/> Doctorat</p>	Catégorielle

3.6 Analyse des données

3.6.1 Taille de l'échantillon

Nous avons choisi un échantillon de commodité ou convenance de 250 dyades clinicien-patient (71 cliniciens et 238 patients). Nous avons choisi cette taille d'échantillon de 250 patients (50 patients par site de collecte) car elle représentait la plus grande taille d'échantillon acceptable dans les délais du projet (en particulier, le temps qui était requis pour faire le codage qualitatif des données afin de nous permettre d'effectuer les analyses quantitatives).

3.6.2 Saisies de données

Les données ont été saisies sur microordinateur dans un fichier Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, WA). Cette saisie a été validée par une double saisie des données par deux auxiliaires de recherche dans les cinq sites de collecte des données. Toutes ces étapes ont été validées par une professionnelle de recherche.

3.6.3 Analyse qualitative des données

L'analyse qualitative nous a permis de codifier comment la communication des risques et la clarification des valeurs et des préférences s'étaient déroulées pendant les consultations médicales. Nous avons utilisé un logiciel d'analyse de données textuelles : NVivo 10 (QSR international, Cambridge, MA). L'analyse a été déductive et inductive à partir de la grille de codification en effectuant une recherche dans les textes des transcrits des enregistrements audio des consultations médicales. Le logiciel nous a permis de traiter tous ces extraits de textes collectés et de procéder à leur analyse.

Deux observateurs indépendants (DG et RR) ont évalué chacune de ces rencontres médicales à l'aide de la grille de codification. Chacun a sélectionné des citations ou des extraits des transcrits qui correspondent aux variables de la grille de codification. Les discordances ont été résolues au cours de plusieurs rencontres inter-juges avec deux chercheurs, en moyenne huit rencontres de 1 h-1 h 30 minutes. Pendant les rencontres inter-juges, la grille de codage a été améliorée : les définitions ont été mieux précisées en fonction des données qui se sont présentées.

Le test de fidélité inter-codeurs nous a permis d'assurer que la codification soit suffisamment indépendante. Nous avons choisi de calculer un coefficient Kappa de Cohen au début et à la fin du codage, car la grille de codage avait été améliorée pendant les rencontres inter-juges tout au long de l'analyse qualitative. Le coefficient Kappa de Cohen allait de 0,55 (au début du codage) à 0,85 (à la fin du codage). Le coefficient Kappa de Cohen a été mesuré une première fois après un premier codage des transcrits. Puis une deuxième fois après avoir effectué toutes les clarifications nécessaires au niveau de la grille de codification.

Afin d'augmenter la validité de l'étude, nous avons eu recours à une triangulation de la perspective des chercheurs. En effet, tout au long de l'analyse, les rencontres inter-juges avec deux chercheurs (HW et SD)

avaient permis d'augmenter la crédibilité de l'analyse qualitative par la participation de plusieurs chercheurs au processus d'interprétation des données.

3.6.4 Analyses quantitatives

3.6.4.1 Traitement des données manquantes

Pour constituer des dyades clinicien-patient (71 Médecins et 238 patients) pendant les prises de décisions cliniques, nous avons exclu les participants suivants :

- 1) les professionnels de la santé qui ont contribué à la consultation en tant que deuxième clinicien (e.g., clinicien superviseur ou accompagnateur) (n = 3);
- 2) les professionnels de la santé qui n'ont pas reçu de patients (n = 14);
- 3) les patients qui ont assisté à la consultation comme accompagnateur (e.g., parent) (n = 6);
- 4) les consultations où aucune décision clinique n'a été prise (n = 9). Il s'agit des consultations pour renouveler une prescription dont on n'a pas besoin de discuter (e.g., « Patient : J'ai besoin d'un renouvellement. Médecin : Ok voilà. Je vais te renouveler tes prescriptions»).

Les dyades de professionnel de la santé-patient avec un questionnaire incomplet ont été exclues des analyses:

- 1) les professionnels de la santé qui avaient un questionnaire incomplet (n=1)
- 2) les patients qui ont été vus par le clinicien qui avait des données manquantes (n = 3);
- 3) les patients avec un questionnaire incomplet (n=7).

3.6.4.2 Recodage de certaines variables catégorielles

Certaines variables catégorielles ont été recodées en catégories plus larges. Nous nous sommes basés sur la distribution de ces variables dans notre échantillon, la validité statistique (meilleur modèle) et l'interprétation clinique possible de nos résultats¹¹⁶⁻¹¹⁸. Le nombre de décisions a été codé en trois catégories homogènes qui s'adaptent le mieux à nos données. Le niveau de scolarité a été recodé en trois catégories selon les recommandations de statistique Canada pour définir un niveau d'éducation faible, moyen et élevé. Le rôle préféré dans le processus de décision a été dichotomisé en collaboratif et non collaboratif pour avoir des

catégories homogènes possibles selon la distribution de notre variable et pour faciliter l'interprétation de nos résultats¹¹⁹.

3.6.4.3 Analyse univariée

Nous avons réalisé une statistique descriptive de chaque variable. Nous avons décrit les variables (indépendantes et dépendantes) en présentant des fréquences relatives et absolues pour les variables catégorielles, des moyennes avec écart-type (ET), des médianes et l'étendue interquartile (EI).

3.6.4.4 Analyse bivariée

Nous avons réalisé une analyse bivariée en comparant la distribution des différentes variables indépendantes selon les catégories de la variable dépendante. Les données de notre étude ont été de type hiérarchique à trois niveaux :

- Au troisième niveau, on retrouve les cinq unités de médecine familiale;
- Au deuxième niveau, on retrouve les professionnels de la santé en médecine familiale;
- Au premier niveau, on retrouve les patients à travers la consultation médicale.

Nous avons choisi de présenter les analyses sur les prises de décisions par consultation plutôt que par décision. En effet, des études ont démontré que l'impression des patients se porte sur l'ensemble de la consultation plutôt que sur une partie et par extension, sur une seule décision¹²⁰. De plus, la perception de prise de décision partagée en médecine familiale serait liée à l'ensemble de la consultation¹²¹.

Dans cette étude, les données ne respectent pas les postulats de base de la loi normale car elles ne sont pas indépendantes (plusieurs professionnels de la santé dans une même UMF et plusieurs patients sous un même médecin). Par conséquent, nous avons dû traiter les données par une approche adaptée à ce type de données. Nous avons ainsi été en mesure de calculer un coefficient de corrélation intra grappe qui nous informe sur le niveau de corrélation entre les données des cliniciens dans un même site et celui des patients sous un même médecin¹²².

Les associations entre les variables indépendantes et la variable dépendante ont ainsi été analysées par un modèle de régression logistique multiniveaux en utilisant un modèle linéaire généralisé à effets mixtes (fixes et aléatoires). Ce modèle tenait compte de la dépendance des professionnels de la santé par site et des patients

par clinicien (et par site). La méthode d'estimation par le maximum de vraisemblance avec approximation de Laplace a été employée.

Le coefficient de corrélation intra-grappe a été calculé pour évaluer la variance associée aux niveaux supérieurs du modèle. L'ICC du site était de 0,0001. Cela indique que l'effet de grappe dû au site est très faible. L'ICC du clinicien était de 0,15. Cet ICC de 0,15 signifie que 15 % de la variabilité de la variable dépendante (communication des risques et clarification des valeurs) était attribuable au clinicien. L'ICC du clinicien était statistiquement significatif. Il est plus élevé que celui retrouvé dans la littérature dans le contexte de soins primaires¹²³ comparé aux soins spécialités^{124,125}. Nous avons donc tenu compte seulement de l'effet de grappe du clinicien dans les analyses.

3.6.4.5 Analyse multivariée

Seuls les prédicteurs ayant eu une valeur $p < 0,20$ dans l'analyse bivariée ont été considérés pour une sélection de variables par méthode d'exclusion (*backward*) dans le modèle de régression logistique multivariée. À partir du modèle complet contenant toutes les variables indépendantes, les variables les moins prédictives à la variable dépendante ont été retirées une par une. La décision de retirer une variable se basait sur la valeur p du test statistique. La valeur p de retrait a été fixée à 10 %.

Le Critère d'Information d'Akaike (AIC) et le test du rapport de vraisemblance ont également été utilisées pour comparer deux modèles emboîtés entre eux (l'analyse des résidus du modèle en Annexe F, nous a montré une distribution normale des résidus).

Toutes les analyses ont été effectuées grâce au logiciel SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, USA). Le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05 excepté pour la méthode d'exclusion avec comme seuils de retrait 20 % et 10 %.

3.6.4.6 Analyse de sensibilité

Nous avons effectué plusieurs analyses de sensibilité afin de valider nos résultats. Nous avons présentés les détails dans la section résultats complémentaires. Quatre paramètres ont été comparés :

1) la méthode d'estimation : « Méthode par maximum de vraisemblance avec approximation de Laplace » et « Méthode par pseudo vraisemblance résiduelle (RSPL) ». Les deux méthodes ont abouti aux mêmes conclusions.

2) la méthode d'exclusion avec seuils de retrait à 5 % ou 10 %. Le modèle final obtenu diffère d'un modèle à l'autre pour la variable « Décision de référer à un autre professionnel de la santé ». L'AIC et le test de vraisemblance nous ont permis de choisir entre les deux modèles. Nous avons finalement retenu le modèle contenant cette variable, ce qui a le plus de sens statistique.

3) le modèle avec ou sans données manquantes. La variable avec le plus de données manquantes était « Le rôle préféré dans la prise de décision des professionnels de la santé » (5,6 % de données manquantes). Le modèle final, avec et sans cette variable, était le même. L'inclusion de cette variable ne pénalise donc pas le reste du modèle.

4) le modèle avec les variables « nombre de décisions, le rôle préféré dans le processus de décision et niveau de scolarité », considérées comme des variables catégorielles recodées, était meilleur que le modèle avec ces variables ordinales.

3.7 Éthique

L'approbation des comités d'éthique couvrant les unités de médecine familiale participantes a été obtenue. Toutes les banques de données utilisées pour ces analyses (questionnaires, enregistrements audio) avaient déjà été anonymisées. Le fichier contenant les noms des participants et les numéros d'identification a été séparé des autres fichiers. Aucun renseignement personnel ne sera publié. Les enregistrements audio seront détruits au bout de 10 ans et les autres données recueillies seront détruites au bout de 20 ans.

3.8 Résultats

Les résultats de cette étude se retrouvent au chapitre 4 dans l'article intitulé « Occurrence of both core competencies of shared decision making in family medicine teaching clinics. »

Chapitre 4 : Article

Occurrence of both core competencies of shared decision making in family medicine teaching clinics.

Cet article a été soumis pour publication au journal *Annals of Family Medicine* (Annexe D : Preuve de soumission de l'article)

Authors: Gisèle Diendéré, MD MSc^{1,2,3}, Selma Chipenda Dansokho, PhD², Rhéa Rocque⁴, Anne-Sophie Julien MSc⁵, Philippe Jacob¹, Roland Grad, MD CM MSc FCFP^{6,7}, Anik MC Giguere, PhD^{1,8}, France Legare, MD PhD CCFP FCFP^{1,3}, and Holly O. Witteman, PhD^{1,2,3*}

¹ Department of Family and Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Laval University, Québec, QC, Canada

² Office of Education and Professional Development, Faculty of Medicine, Laval University, Québec, QC, Canada

³ Population Health and Optimal Health Practices Research, Research Centre of the CHU de Québec, Québec, QC. Canada

⁴ School of Psychology, Faculty of Social Sciences, Laval University, Québec, QC, Canada

⁵ Clinical Research Platform, Research Centre of the CHU de Québec, Laval University, Québec, QC, Canada

⁶ Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada

⁷ Herzl Family Practice Centre, Jewish General Hospital, Montreal, QC, Canada

⁸ Quebec Excellence Centre on Aging, Research Centre of the CHU de Quebec, Québec City, (Québec), Canada

* Corresponding author:

Holly O. Witteman, 1050 avenue de la Médecine, Pavillon Ferdinand-Vandry, Université Laval, Québec City, Québec, Canada, G1V 0A6, telephone: 418.656.2131 x3981, fax: 418.656.2465,

Email: holly.witteman@fmed.ulaval.ca

Résumé

Introduction : La prise de décision partagée exige deux compétences essentielles : la communication du risque et la clarification des valeurs. Notre objectif était d'estimer leurs fréquences en médecine familiale et d'explorer les facteurs associés à leur présence.

Méthodes : Les professionnels de santé et les patients dans cinq unités de médecine familiale ont complété des questionnaires auto-administrés. Nous avons enregistré les consultations médicales sur une bande audio puis nous les avons transcrites textuellement. À l'aide d'une grille de codification structurée, deux observateurs ont indépendamment évalué les caractéristiques des consultations et la présence ou l'absence de ces deux compétences. Nous avons estimé leurs fréquences et identifié les facteurs associés à leur présence ou à leur absence à l'aide d'un modèle linéaire mixte généralisé.

Résultats : Nous avons analysé les consultations entre 71 professionnels de santé (55 % de médecins, 35 % de résidents, 10 % d'infirmières et de diététiciens) et 238 patients (76 % de femmes, de 16-82 ans). Les deux compétences essentielles de la prise de décision partagée sont survenues ensemble dans 150/238 (63 %) des consultations (IC à 95 %, 54 %-70 %). Seule, la communication du risque est survenue dans 203/238 (85 %) des consultations (IC à 95 %, 82 %-96 %) et la clarification de valeurs dans 126/238 (68 %) des consultations (IC à 95 %, 61 %-75 %). Nous avons observé que ces deux éléments étaient plus fréquents quand la consultation était plus longue, quand elle incluait des discussions sur un traitement, de nouvelles options, un report de décision, plus de décisions ou quand les professionnels de santé ont préféré un style de prise de décision collaboratif.

Conclusion : La communication du risque et la clarification de valeurs sont survenues à un niveau raisonnable, mais la clarification des valeurs était moins fréquente que la communication du risque.

Abstract

Purpose: Shared decision making requires two key competencies: risk communication and values clarification. We aimed to assess how often these occur in routine family medicine practice and to explore factors associated with their occurrence.

Methods: Health professionals and patients in five university-affiliated family medicine teaching clinics completed self-administered questionnaires assessing decision-making related outcomes. We audio-recorded and transcribed their visits verbatim. Using a structured coding form, two analysts independently coded visit characteristics and the presence or absence of risk communication and values clarification alone and in combination during visits in which decisions were made. We estimated the frequency of risk communication and values clarification in visits and identified factors associated with their presence or absence with a generalized linear mixed model.

Results: We analyzed visits between 71 health professionals (55% physicians, 35% residents, 10% nurses or dietitians) and 238 patients (76% women, 16-82 years old). Together both core competencies of shared decision making occurred in 150/238 (63%) of visits (95% CI 54%-70%). Alone, risk communication occurred in 203/238 (85%) of visits (95% CI 82%-96%) and values clarification in 126/238 (68%) of visits (95% CI 61%-75%). Such occurrence was more likely when the visit included discussion about beginning something new, a treatment option, postponing a decision until later, when health professionals preferred a collaborative decision-making style and when the visit included more decisions or was longer.

Conclusion: Risk communication and values clarification occurred at a reasonable level but values clarification occurred less than risk communication in routine daily family practice.

Keywords: Primary care; risk communication; patient-clinician communication; values clarification; clarify; values; preferences; shared decision making; decision making; patient centered care; family medicine.

Introduction

Shared decision making is the collaborative process by which health professionals and patients partner to make evidence-informed health decisions that reflect what matters most to patients and their families¹. Such collaboration leads to greater patient knowledge, reduced decisional conflict, more active patient involvement, greater satisfaction with disease management, more realistic patient expectations, and higher levels of treatment adherence²⁻⁸.

Shared decision making requires that both the health professional and the patient bring relevant expertise to health decisions. Professionals bring medical expertise, and patients bring expertise about their own lives and what matters most to them and their families. Thus, shared decision making requires communicating evidence regarding potential benefits and harms of all available options (risk communication), and clarifying what matters to patients and families regarding those options (values clarification)^{1,2,9}. There is some evidence that shared decision making occurs less frequently than expected¹⁰. Its use in primary care presents three key challenges. First, multiple health problems and decisions may occur in a single clinical encounter¹¹. Second, decisions are more likely to be about chronic conditions, preventive care, and lifestyle issues^{11,12}. Third, care may be complex due to issues such as multiple medications, more vulnerable populations^{13,14}, resulting in complex decisions¹⁵.

Little is known about how often the two core competencies of shared decision making occur in primary care, alone and together. Therefore, we sought to assess the frequency with which both core competencies of shared decision making occur in the context of family medicine, and to explore what contextual factors are associated with this occurrence or lack thereof.

Methods

Study design and context

We conducted a cross-sectional study with both qualitative and quantitative methods. We collected data in 2014-2015 at five university-affiliated family medicine clinics across the province of Quebec, Canada. The study was approved by three relevant ethics committees.

Clinic selection

We aimed to collect a convenience sample of 250 visits in primary care, approximately 50 visits per site, considering both need for a broad range of primary care consultations and feasibility of the study.

Participants and recruitment

We first invited health professionals at participating clinics to enroll in the study. We invited all professionals at the clinics, including family physicians, family medicine residents, nurses, and allied health professionals who were scheduled to be providing care in the form of planned visits or walk-in visits during each period of data collection. We then invited patients of the health professionals who agreed to participate, provided that they were able to complete a questionnaire in English or French. Our participants included parents or guardians accompanying a minor (defined in Quebec as a person of 14 years of age or younger) as these are the health decision makers. We refer to such parents and guardians as 'patients' in this paper. We excluded unaccompanied minors under 14 years of age and patients who had been pre-identified by their health professional as having a condition that affected their ability to provide informed consent.

Data collection

At each clinic, we collected data over a continuous period of 4-5 days or in two 2-3 day periods, for a minimum of 64 hours of data collection at each site. Participating adults provided written informed consent and accompanied minors provided written assent. Health professionals completed a single self-administered written questionnaire at recruitment with closed-ended questions about their socio-demographic characteristics and medical decision-making style preferences¹⁶. Patients completed two self-administered written questionnaires. The questionnaire before the visit contained closed-ended socio-demographic questions, as well as an original English or translated French versions of validated measures of health literacy¹⁷ and subjective numeracy^{18,19}. The second questionnaire, administered after the visit to avoid biasing patient behavior during the visit, contained a validated measure of medical decision-making style preferences with a scale range from 1-5¹⁶. Each clinical visit was audio-recorded.

Data analysis

Audio recordings were transcribed verbatim by a professional transcriptionist. Two researchers (GD, RR) independently coded all transcripts in NVivo 10 (QSR international, Cambridge, MA), resolving disagreements by discussion until reaching consensus and reviewing all questions at regular meetings held with two other researchers (SCD, HW). We used a combination of inductive and deductive thematic analysis approaches²⁰ to develop a structured coding form (presented in Appendix 1).

Coding of visits

We coded six aspects of each visit. First, we coded the purpose of each visit, for example, whether the patient was presenting for a check-up or for one or more other medical reasons. Second, we coded whether any decisions were made during the visit, and, if so, how many decisions. Third, we coded structural characteristics of the decisions, meaning, was the decision about whether or not to do nothing, to begin, stop or continue something new, and to postpone the decision or to take the action later. Fourth, we coded the clinical characteristics of decisions; for example, was the decision about a screening test or a medical treatment. Fifth and sixth, we coded utterances of risk communication and values clarification, respectively, according to established definitions and taxonomies presented here below.

We defined risk communication as having occurred during the visit if there was any discussion about the benefits and harms of health interventions²¹⁻²⁴. This could consist of any statement about potential benefits or harms (e.g., “this medication has some side effects”) with or without expressions of probability or uncertainty be it (e.g., “the most severe side effects are rare”) and with or without the use of numbers (e.g., “less than one in a thousand”). We defined values clarification based on a systematic review of values clarification methods^{25,26}; which specifies that preferences are inclinations toward or away from a medical option and values are the underlying feelings and emotions that help determine preferences. We accordingly defined values broadly as concepts relevant to the decision that matter to patients or families, including attributes relevant to a decision such as efficacy and side effects (e.g., “I did not try the medication because of the side effects”), mode of administration and frequency of administration (e.g., “It’s really hard to make it to physiotherapy twice a week,”), cost (e.g., “I have no insurance. For all the rest, I am covered but not for that,”) and related concepts such as patient priorities (e.g., “I really don’t want to have to miss work,”), life philosophies (e.g., “I am not the kind of person who wants to suffer,”), background (e.g., “No one in my family has ever breastfed,”)²⁷ and life circumstances or context (e.g., “My father-in-law is living with us so plan meals around what he likes”)²⁸.

Two team members (PJ, SM) double-entered questionnaire data into Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA). A senior research associate (SCD) verified and corrected any discrepancies in data. We combined these data with codes from the transcripts to create a complete data set about each visit, including aspects of the visit itself and characteristics of the health professional and patient, categorizing variables as needed according to their distribution²⁹⁻³¹.

We assessed the reliability of coding by the two independent analysts with Cohen's kappa³². Final coding reflected consensus judgments among two (GD, RR) or four (GD, RR, SCD, HW) researchers.

Statistical analyses

Our main outcome of interest was dichotomous and refers to the presence or absence of risk communication and values clarification together. Our unit of analysis was the visit as whole, not individual decisions within it, for three reasons. First, a single decision in primary care may be discussed over multiple visits^{1,33}, meaning that analyzing the extent of risk communication and values clarification for a given decision within a single visit may underestimate the extent of these practices. Second, primary care visits are complex and move from one topic to another and then back again³⁴, meaning that for visits in which multiple topics are addressed, it may be neither possible nor desirable to attempt to disentangle values clarification discussions that are relevant to multiple decisions. Third, patient impressions of shared decision making in family medicine visits appear to be formed from the visit as a whole, suggesting that a more global assessment may better reflect what matters to patients^{35,36}.

As secondary outcomes, we identified factors associated with the presence or absence of the two competencies. We also examined the presence or absence of risk communication and values clarification alone within a visit and identified whether health professionals or patients initiated these discussions.

Since our data were hierarchical at three levels (visit/patient, health professional and clinic), we examined Intraclass Correlation Coefficients (ICCs). To account for potential clustering effects among study sites and health professionals, we performed a logistic regression using a generalized linear mixed model (GLMM) to estimate the proportion of the presence of both competencies and to identify factors associated with their presence or absence. All statistical analyses were conducted in SAS software, version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Results

Study participants

Of the 96 health professionals invited, 89 agreed to participate (93%), and 71 were included in the analysis. We excluded consenting health professionals who had incomplete questionnaire data (n=1); were in the room but were not the attending health professional; e.g., a resident observing a preceptor) (n=3); or had no appointments scheduled during data collection (n=14). We analyzed complete clinical visits between health professionals and patients in 238 visits. Figure 1 shows study flow and Table 1 details participant characteristics.

Characteristics of visits

Reliability of qualitative coding

Initial inter-observer reliability as assessed by Cohen's kappa was 0.85.

Risk communication and values clarification

Risk communication occurred in 203/238 (85%) of visits. Values clarification occurred in 162/238 (68%) of visits. Risk communication and values clarification both occurred in 150/238 (63%) of visits (see Table 2). The estimate of occurrence of both risk communication and values clarification was 63% with a 95% confidence interval of 54%-70%. Health professionals initiated risk communication discussions 96% of the time (194/203 visits containing risk communication) and values clarification discussions 61% of the time (98/162 of visits containing values clarification).

Factors associated with risk communication and values clarification

We observed six factors associated with the presence of risk communication and values clarification together. When health professionals and patients discussed beginning something new such as treatment, test, follow up options or no action (OR 3.54, 95% CI 1.32-9.48), discussed a treatment option (OR 3.56, 95% CI 1.52-8.36), discussed more than five health decisions (OR 5, 95% CI 1.5-16.9), or discussed postponing a decision (OR

4.92, 95% CI 1.35-17.87) and visits with health professionals who indicated that they preferred a collaborative decision-making style (OR 8.78, 95% CI 1.62-47.71), the visit were more likely to contain both core competencies of shared decision making. Longer visits were also more likely to contain both competencies (OR 1.03, 95% CI 1.002-1.07). See Table 3 for details. Sensitivity analyses demonstrated that our results were robust.

Discussion

Our study aimed to assess how often two core competencies of shared decision making occur in routine family medicine practice together or alone, to explore factors associated with their combined occurrence, and to assess who initiated these discussions. We found that risk communication and values clarification occurred together in nearly two thirds of visits in routine daily family practice but that risk communication occurs more frequently than values clarification. In addition, clinicians had some commonalities regarding their use of both competencies³⁷. These results lead us to make three main observations.

First, our findings are encouraging in that the core elements of shared decision making occurred together in nearly two thirds of visits without any active intervention. This may be a more positive outcome than other studies¹⁰, a difference that may be explained by the nature of our clinical sites³⁸, the fact that clinicians knew they were being observed or that our outcome measure used a broader approach than other measures. However, they also suggest some room for improvement, particularly considering that one might hope that, in the context of a health decision in primary care, having some discussion of risks, benefits, and what matters to patients would be a relatively easy threshold to attain³⁹. Other studies have similarly concluded that shared decision making competencies could be improved in primary care^{36,40-44}.

Second, we also observed that risk communication was more prevalent than values clarification during primary care visits. This is interesting as this was already mentioned in previous work comparing the evolutions of primary care visits in past 10-15 years: as evidence-based medicine has moved into practice, it may not always be bringing discussions of values and preferences along with it⁴⁵. It is not clear what interventions or strategies are effective in keeping a balanced approach to visits (risk communication vs values clarification) or even if visits need to have both together all the time. More work needs to be done to correct the misdiagnosis of values and preferences in patients^{26,46} and establish the right balance of risk communication and values clarification.

Third, we observed that certain factors were associated with a greater or lesser occurrence of both competencies. Visits that were longer, that included more decisions, or that included discussions about beginning something new, treatment options or postponing a decision until later were more likely to demonstrate both elements. We suggest that other decisions may benefit from an increased focus on discussions of harms, benefits, values and preferences. For example, given the increased focus on over-diagnosis⁴⁷ and the evidence that patients may overestimate the benefits of screening⁴⁸, screening and preventive health care discussions may offer room for meaningful improvement. Visits that were longer were more likely to contain both risk communication and values clarification, even when controlling for number of decisions within the visit. These findings align with those of previous studies showing that perceived time constraints are a barrier to shared decision making⁴⁹ and longer visits are associated with higher scores of communication skills^{10,50}. Taken as a whole, these findings suggest that longer visits may allow for higher quality communication. When health professionals preferred a less collaborative decision-making style, the core competencies of shared decision making were less likely to occur, suggesting that a health professional's individual communication style is a key factor. Although this finding is not surprising, combined with our finding of a significant cluster effect at the level of health professionals, it emphasizes that a health professional's individual communication style is a key factor in whether or not a patient will experience shared decision making. This highlights the importance of training in communication skills⁵¹.

Our study also has three main limitations. First, the generalizability of our study is limited by the fact that we collected data in family medicine teaching clinics, whose commitment to shared decision making may mean that our results are not applicable to other primary care settings. Second, although we used rigorous dual independent analysis to code transcripts of visits, our statistical analyses use a newly created outcome measure, limiting their interpretation. Other approaches exist but given that values clarification is an emerging research area, to the best of our knowledge there is yet no gold standard for assessing it⁵². Finally, this study simply addressed whether risk communication and values clarification occurred, and did not assess the quality of each discussion, nor delve deeply into how health professionals and patients discussed. Further research will explore these questions.

Conclusion

Health professionals in family medicine teaching clinics arguably demonstrated a reasonable level of achieving the two core competencies of shared decision making in routine daily practice, yet progress remains to be made. Providing more time for discussion, when possible, may help achieve such progress, as might focusing

on contexts that may offer greater opportunities to implement these practices; for example, screening. This study was a first step in examining the extent to which the two core competencies of shared decision making occur in family medicine. Our further research will qualitatively explore how these discussions occur to better unpack the intricacies of supporting risk communication and values clarification in family medicine.

Practice implications

Although it may be desirable to achieve the maximum level possible of shared decision making, it may not always be feasible to do so within the constraints of brief visits in family medicine. Striving to implement the two core competencies of shared decision making may be a good first step to achieving full partnership with patients.

References

1. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-1367.
2. Rivera-Spoljaric K, Halley M, Wilson SR. Shared clinician-patient decision-making about treatment of pediatric asthma: what do we know and how can we use it? *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2014;14(2):161-167.
3. Hack TF, Degner LF, Watson P, Sinha L. Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psychooncology.* 2006;15(1):9-19.
4. Hamann J, Langer B, Winkler V, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;114(4):265-273.
5. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom.* 2008;77(4):219-226.
6. Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD001431.
7. Légaré 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;184(13):E726-734.
8. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making.* 2015;35(1):114-131.
9. Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff (Millwood).* 2013;32(2):276-284.
10. Couët N, Desroches S, Robitaille H, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect.* 2015;18(4):542-561.
11. Légaré F. Decisions Faced by Patients: Primary Care. In: Kattan MW, ed. *Encyclopedia of medical decision making.* Vol 2. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc. ; 2009:1280.
12. Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):523-528.
13. Hunt LM, Kreiner M, Brody H. The changing face of chronic illness management in primary care: a qualitative study of underlying influences and unintended outcomes. *Ann Fam Med.* 2012;10(5):452-460.
14. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med.* 2003;1(3):149-155.
15. Kievit J. Applied Decision Analysis In: Kattan MW, ed. *Encyclopedia of medical decision making.* Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc. ; 2009:1266.
16. Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. *Can J Nurs Res.* 1997;29(3):21-43.
17. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med.* 2008;23(5):561-566.
18. Fagerlin A, Zikmund-Fisher BJ, Ubel PA, Jankovic A, Derry HA, Smith DM. Measuring numeracy without a math test: development of the Subjective Numeracy Scale. *Med Decis Making.* 2007;27(5):672-680.
19. Zikmund-Fisher BJ, Smith DM, Ubel PA, Fagerlin A. Validation of the Subjective Numeracy Scale: effects of low numeracy on comprehension of risk communications and utility elicitation. *Med Decis Making.* 2007;27(5):663-671.
20. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu Rev Public Health.* 2014;35:29-45.

21. Trevena LJ, Zikmund-Fisher BJ, Edwards A, et al. Presenting quantitative information about decision outcomes: a risk communication primer for patient decision aid developers. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13 Suppl 2:S7.
22. Zikmund-Fisher BJ. The right tool is what they need, not what we have: a taxonomy of appropriate levels of precision in patient risk communication. *Med Care Res Rev.* 2013;70(1 Suppl):37S-49S.
23. Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, et al. Evidence-based risk communication: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2014;161(4):270-280.
24. Akl EA, Oxman AD, Herrin J, et al. Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(3):CD006776.
25. Witteman HO, Gavaruzzi T, Scherer LD, et al. Effects of Design Features of Explicit Values Clarification Methods: A Systematic Review. *Med Decis Making.* 2016.
26. Witteman HO, Scherer LD, Gavaruzzi T, et al. Design Features of Explicit Values Clarification Methods: A Systematic Review. *Med Decis Making.* 2016;36(4):453-471.
27. Lee YK, Low WY, Ng CJ. Exploring patient values in medical decision making: a qualitative study. *PLoS One.* 2013;8(11):e80051.
28. Schwartz A, Weiner SJ, Binns-Calvey A, Weaver FM. Providers contextualise care more often when they discover patient context by asking: meta-analysis of three primary data sets. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(3):159-163.
29. Dawson NV, Weiss R. Dichotomizing continuous variables in statistical analysis: a practice to avoid. *Med Decis Making.* 2012;32(2):225-226.
30. MacCallum RC, Zhang S, Preacher KJ, Rucker DD. On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychol Methods.* 2002;7(1):19-40.
31. Naggara O, Raymond J, Guilbert F, Roy D, Weill A, Altman DG. Analysis by categorizing or dichotomizing continuous variables is inadvisable: an example from the natural history of unruptured aneurysms. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2011;32(3):437-440.
32. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-174.
33. Elwyn G, Miron-Shatz T. Deliberation before determination: the definition and evaluation of good decision making. *Health Expect.* 2010;13(2):139-147.
34. Holman GT, Beasley JW, Karsh BT, Stone JA, Smith PD, Wetterneck TB. The myth of standardized workflow in primary care. *J Am Med Inform Assoc.* 2016;23(1):29-37.
35. Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to 'shared decision-making' approaches. *Health Expect.* 2001;4(3):151-161.
36. Ford S, Schofield T, Hope T. Observing decision-making in the general practice consultation: who makes which decisions? *Health Expect.* 2006;9(2):130-137.
37. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T, et al. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med.* 2010;70(5):763-768.
38. Premji K, Upshur R, Légaré F, Pottie K. Future of family medicine: role of patient-centred care and evidence-based medicine. *Can Fam Physician.* 2014;60(5):409-412.
39. Saba GW, Wong ST, Schillinger D, et al. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann Fam Med.* 2006;4(1):54-62.
40. Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Tremblay S. Impact of the Ottawa Decision Support Framework on the agreement and the difference between patients' and physicians' decisional conflict. *Med Decis Making.* 2006;26(4):373-390.
41. Légaré F, Stewart M, Frosch D, et al. EXACKTE(2): exploiting the clinical consultation as a knowledge transfer and exchange environment: a study protocol. *Implement Sci.* 2009;4:14.
42. Pellerin MA, Elwyn G, Rousseau M, Stacey D, Robitaille H, Légaré F. Toward shared decision making: using the OPTION scale to analyze resident-patient consultations in family medicine. *Acad Med.* 2011;86(8):1010-1018.

43. Gagnon S, Labrecque M, Njoya M, Rousseau F, St-Jacques S, Légaré F. How much do family physicians involve pregnant women in decisions about prenatal screening for Down syndrome? *Prenat Diagn.* 2010;30(2):115-121.
44. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. *BMJ Open.* 2016;6(6):e010903.
45. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns.* 2000;39(1):17-25.
46. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ.* 2012;345:e6572.
47. Morris E, Feig SA, Drexler M, Lehman C. Implications of Overdiagnosis: Impact on Screening Mammography Practices. *Popul Health Manag.* 2015;18 Suppl 1:S3-11.
48. Hudson B, Zarifeh A, Young L, Wells JE. Patients' expectations of screening and preventive treatments. *Ann Fam Med.* 2012;10(6):495-502.
49. Shepherd HL, Tattersall MH, Butow PN. Physician-identified factors affecting patient participation in reaching treatment decisions. *J Clin Oncol.* 2008;26(10):1724-1731.
50. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Pérez Fuentes MF, Alcalde Molina MD, Torío Durántez J, Delgado Rodríguez M. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics. *Aten Primaria.* 2016.
51. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38-43.
52. Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, et al. Measurement of shared decision making - a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2011;105(4):313-324.

Figure 1: Study participant flow diagram

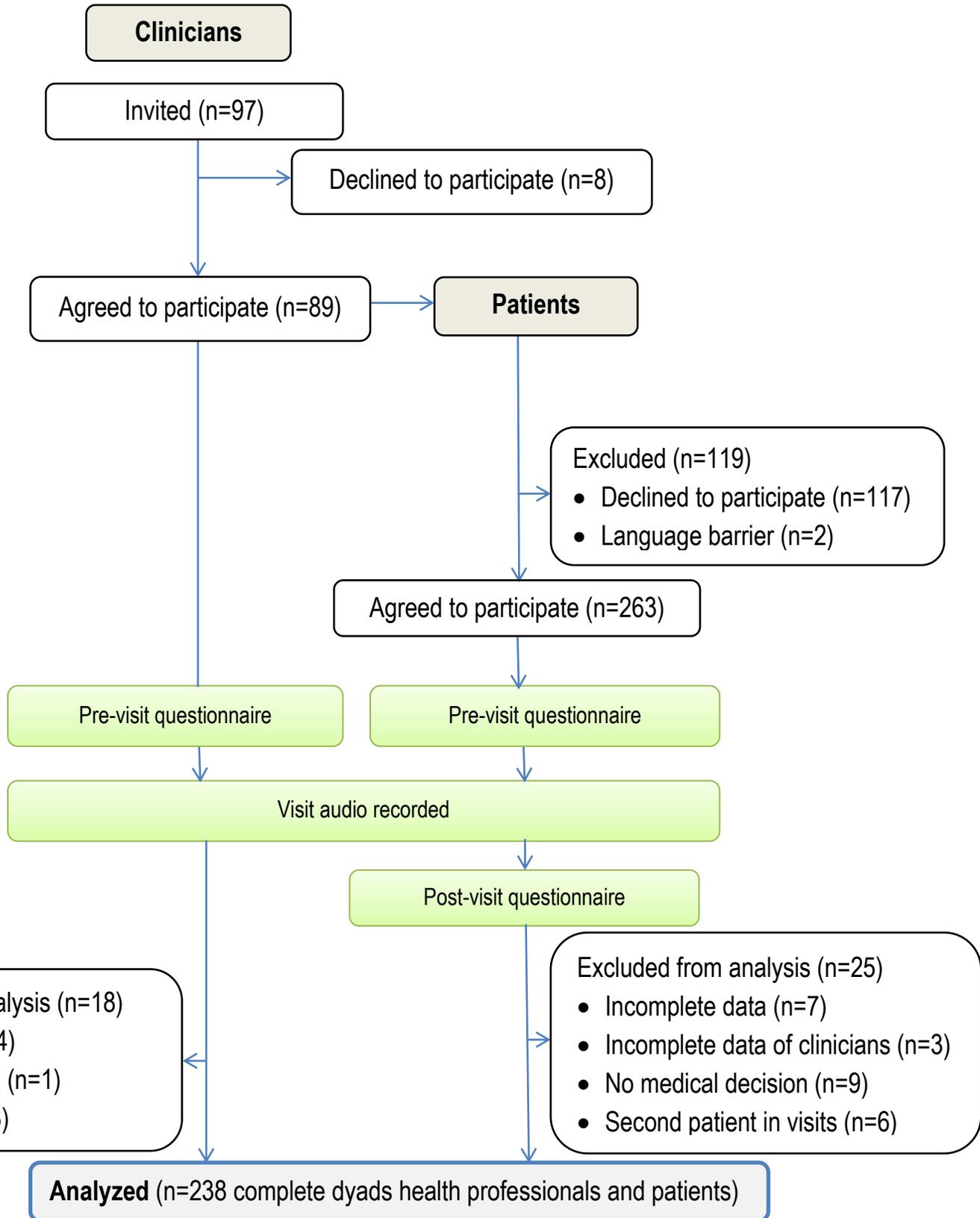


Table 1. Participant characteristics

Characteristic		Patients (n=238)	Health professionals (n=71)
Site	1: n (%)	48 (20.2%)	14 (20%)
	2: n (%)	50 (21%)	18 (25%)
	3: n (%)	62 (26%)	12 (17%)
	4: n (%)	40 (16.8%)	12 (17%)
	5: n (%)	38 (16%)	15 (21%)
Gender	Female (all): n (%)	181 (76%)	48 (68%) *
	Physicians		25 (52%)
	Residents		16 (33%)
	Nurses and dietician		7 (15%)
	Male (all): n (%)	57 (24%)	23 (32%) *
	Physicians		14 (61%)
	Residents Nurses and dietician		9 (39%) (0%)
Age	All: Median, IQR	38.5 (16-82)	33 (23-64) *
	Physicians		40 (26-64)
	Residents		27 (23-40)
	Nurses and dietician		30 (28-53)
Level of education**	Low level	89/238 (37.4%)	
	None or some elementary school	2/238 (0.8%)	
	Elementary school	18/238 (7.6%)	
	Secondary school diploma	42/238 (17.6%)	
	Secondary school vocational diploma	27/238 (11.3%)	
	Medium level: n (%) CEGEP***	47 (19.7%)	
	High level: n (%)	98/238 (41.2%)	
	Bachelor's degree	65/238 (27.3%)	
	Master's degree	24/238(10.1%)	
	Doctoral/Professional degree	9/238 (3.8%)	
Missing data: n (%)	4/238 (1.7%)		
Health literacy (capacity to understand basic health information) Score range from 3 to 18 (high)	Median, IQR	13 (3-18)	-

Subjective Numeracy Scale (perceived ability to perform various mathematical) Score range from 8 to 48 (high)	Mean, SD	-	39 (4)
Subjective Numeracy Scale (perceived ability to perform various mathematical) Score range from 8 to 48 (high)	Median, IQR	36 (8-48)	-
Types of health professional	Physicians: n (%)		39 (55%)
	Residents: n (%)		25 (35%)
	Nurses (n=6) and dietitian (n=1): n (%)		7 (10%)
Originally from	Province of Quebec: n (%)	194 (81.5%)	59 (83%)
	Other provinces of Canada: n (%)	8 (3.4%)	4 (6%)
	Other country: n (%)	34 (14.3%)	8 (11%)
	Missing data: n (%)	2 (0.8%)	0 (0%)
Number of years in the province of Quebec	Median, IQR	33 (0.5-79)	32 (0.5-75)
Numbers of years of practice	All: Median, IQR	-	5 (0.5-40) *
	Physicians		12 (0.5-40)
	Residents		1.5 (0.5-8)
	Nurses and dietician		6.5 (0.5-32)
Numbers of years in the clinics	Median, IQR	-	3 (0.5-26)
Control Preferences Scale	1 Prefers that patient makes the final decision alone: n (%)	13 (5.5%)	7 (9.9%)
	2 Prefers that patient makes the decision after seriously considering health professional's opinion: n (%)	122 (51.3%)	19 (26.8%)
	3 Prefers that patient and health professional share responsibility for the decision: n (%)	69 (29%)	39 (54.9%)
	4 Prefers that health professional makes the decision after he/she seriously considers patient opinion: n (%)	27 (11.3%)	2 (2.8%)

	5 Prefers that health professional makes the decision alone: n (%)	4 (1.7%)	0 (0%)
	Missing data: n (%)	3 (1.2%)	4 (5.6%)
Languages spoken****	French: n (%)	244 (97.2%)	71 (100%)
	English: n (%)	212 (90.6%)	70 (99%)
Visible minorities: Defined as "persons, other than aboriginal peoples, who are non-Caucasian in race or non-white in color"	n (%)	30 (12.2%)	4 (6%)
People with disabilities: Defined as physical, cognitive, intellectual, mental, sensory or developmental impairments	n (%)	10 (4%)	0 (0%)

SD, Standard Deviation; IQR, interquartile range

For all relevant characteristics, we report mean & SD (if the distribution is normal) or median & IQR (if distribution is not normal).

* Characteristic for all health professional

** The level of education was categorized depending on the distribution of the variable and the clinical implication

*** CEGEP is a stage of education in Quebec. It typically requires 2 years after 11th grade. Graduates may then go on to college or university.

**** This variable is non-mutually exclusive. All the rest are mutually exclusive.

Table 2. Characteristics of the visit

Characteristic		N (238)	Percentage (%)
Length of visit (minutes)	Median (IQR)	29.2 (5.2- 97.3)	
Number of decisions per visit*	One or two	88	36
	Three or four	81	34
	Five to ten	69	30
Reason for visit	Check-up/regular preventive care	163	68.5
	Medical reasons	75	31.5
	One	49	65
	Several	26	35
Visit included one or more decisions to: **	Begin something	187	78.6
	Continue something	174	73.1
	Do nothing	45	18.9
	Postpone the decision	41	17.2
	Take action later ***	23	9.7
	Stop something	21	8.8
Visit included one or more decisions about: **	Treatment option (medical or surgical)	169	71.0
	Screening test	93	39.1
	Diagnostic test	87	36.5
	Follow-up of test or treatment given or prescribed	87	36.5
	Follow and watch something	69	29.0
	Treatment plan (discussion of lifestyle changes)	49	20.6
	Referral to a specialist	36	15.1
	Referral to an allied health professional	31	13.0
	Known health professional	Yes, the patient recalled having seen this professional before	179
	No, the patient did not recall having consulted with this professional before	59	24.8
Risk communication	No	35	14.7
	Yes:	203	85.3
	1- Yes, in words without numbers	165	81.3

	2- Yes, In numbers:	38	18.7
	Numbers were probabilities	23	60.5
	Other type of numbers	15	39.5
Values clarification	No	76	31.9
	Yes:	162	68.1
	Clinician asks a question	97	59.9
	Clinician makes a statement that invites a response	1	0.6
	Patient initiates the discussion	64	39.5

IQR, interquartile range

* We decided to use some of the cut off of categorical variables regarding the distribution of these variables in our study and the clinical implication

** Those categories are not mutually exclusive. All the rest of categories are mutually exclusive.

*** A decision to take action at a subsequent visit (e.g., deciding to have a Pap test at the next visit)

Table 3. Frequencies of risk communication and values clarification in primary care visits

Visits where decisions were made (n=238)	Absence of risk communication (n, %)	Presence of risk communication (n, %)	Total (n,%)
Absence of values clarification	23 (9.6%)	53 (22.3%)	76 (32%)
Presence of values clarification	12 (5%)	150 (63%)*	162 (68%) ***
Total	35 (15%)	203 (85%) **	238

* Intra class Correlation Coefficients (ICCs) for risk communication and values clarification together were 0.15 at the level of health professionals and 0.0001 at the clinic level.

** Intra class Correlation Coefficients (ICCs) for risk communication alone was 0.43 at the level of health professionals and 0.05 at the clinic level.

** Intra class Correlation Coefficients (ICCs) for values clarification alone was 0.07 at the level of health professionals and 0.0001 at the clinic level.

We therefore, analyzed both objectives with GLMM to account for the potential clustering effect of health professionals, but assumed observations within each clinic to be similar due to the low ICC at the clinic level.

Table 4. Factors associated with risk communication and values clarification

Factor		Risk communication and values clarifications together		Bivariate analysis		Multivariate analysis	
		Presence	Absence	Odds ratio (OR) 95% CI	p-value	Odds ratio (OR) 95% CI	p-value
Factors associated with patients							
Age	Median, IQR	42 (16-82)	35 (16-79)	1.01 (0.9-1.03)	0.11		
Gender	Female: n (%)	115 (63.5%)	66 (36.5%)	1			
	Male: n (%)	35 (61.4%)	22 (38.6%)	0.94 (0.47-1.87)	0.87		
Level of education *	Low: n (%)	59 (66.3%)	30 (33.7%)	1.16 (0.60-2.27)			
	Medium: n (%)	27 (57.5%)	20 (42.5%)	0.75 (0.35-1.64)			
	High: n (%)	61 (62.2%)	37 (37.8%)	1	0.55		
Control Preferences Scale *	No collaboration: n (%) 1 Prefers that patient makes the final decision alone 5 Prefers that health professional makes the decision alone	13 (76.5%)	4 (23.5%)	1			
	Collaboration: n (%) 2 Prefers that patient makes the decision after seriously considering health professional's opinion. 3 Prefers that patient and health professional share responsibility for the decision 4 Prefers that health professional makes the decision after he/she seriously considers patient opinion	135 (61.9%)	83 (38.1%)	0.52 (0.15-1.84)	0.32		

Originally from	Province of Quebec: n (%)	119 (61.3%)	75 (38.7%)	1			
	Other province of Canada: n (%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	6.02 (0.60-59.95)			
	Other country : n (%)	23 (67.6%)	11 (32.4%)	1.44 (0.57-3.61)	0.24		
Health literacy (capacity to understand basic health information) Score range from 3 to 18 (high)	Median, IQR	13 (3-18)	13 (4-18)	1.05 (0.93-1.2)	0.40		
Subjective Numeracy Scale (perceived ability to perform various mathematical) Score range from 8 to 48 (high)	Median, IQR	36 (11-47)	36 (1-48)	1.00 (0.97-1.04)	0.95		
Factors associated with the visit							
Reasons for the visit	Medical reasons: n (%)	48 (64%)	27 (36%)	1.14 (0.6-2.1)			
	Check up: n (%)	102 (62.6%)	61 (37.4%)	1	0.65		
Number of decisions per visit	One or two: n (%)	34 (38.6%)	54 (61.4%)	1		1	
	Three or four: n (%)	54 (66.7%)	27 (33.3%)	3.21 (1.64-6.28)		1.40 (0.59-3.16)	
	More than five: n (%)	62 (89.9%)	7 (10.1%)	15.24 (5.84-39.78)	<0.01	5 (1.5-16.9)	0.03
Length of visit (minutes)	Median, IQR	30.3 (9.8-97.3)	25.8 (5.2-58.5)	1.04 (1.01-1.06)	0.01	1.03 (1.002-1.07)	0.03
Known health professional	Yes: n (%)	114 (63.7%)	65 (36.3%)	1			
	No: n (%)	36 (61%)	23 (39%)	0.93 (0.46-1.9)	0.83		
Visit included one or more decisions to: **	Stop something						
	No: n (%)	134 (61.7%)	83 (38.3%)	1			
	Yes: n (%)	16 (76.2%)	5 (23.8%)	2.61 (0.80- 8.50)	0.11		

	Do nothing						
	No: n (%)	115 (59.6%)	78 (40.4%)	1			
	Yes : n (%)	35 (77.8 %)	10 (22.2 %)	2.44 (1.06-5.66)	0.04		
	Postpone the action***						
	No: n (%)	133 (61.9 %)	82 (38.1 %)	1			
	Yes: n (%)	17 (73.9 %)	6 (26.1 %)	1.60 (0.55- 4.67)	0.39		
	Postpone the decision						
	No: n (%)	115 (58.4 %)	82 (41.6 %)	1		1	
	Yes: n (%)	35 (85.4 %)	6 (14.6 %)	4.59 (1.70-12.34)	0.01	4.92 (1.35-17.87)	0.02
	Continue something						
	No: n (%)	38 (59.4 %)	26 (40.6 %)	1			
	Yes: n (%)	112 (64.4 %)	62 (35.6 %)	1.17 (0.60-2.28)	0.65		
	Begin something						
	No: n (%)	19 (37.3 %)	32 (62.7 %)	1		1	
	Yes: n (%)	131 (70 %)	56 (30 %)	4.32 (2.07- 9.00)	0.01	3.54 (1.32-9.48)	0.01
Visit included one or more decisions about: **	Referral to an allied health professional						
	No: n (%)	124 (59.9 %)	83 (40.1 %)	1		1	
	Yes: n (%)	26 (83.9 %)	5 (16.1 %)	3.44 (1.18-10.01)	0.02	5.09 (0.96- 27.04)	0.06
	Referral to a specialist						
	No: n (%)	123 (60.9 %)	79 (39.1 %)	1			
	Yes: n (%)	27 (75 %)	9 (25 %)	1.94 (0.79-4.79)	0.15		
	Follow and watch something						
	No: n (%)	117 (69.2 %)	52 (30.8 %)	1			
	Yes: n (%)	33 (47.8 %)	36 (52.2 %)	0.34 (0.16-0.69)	0.01		
	Follow-up of test or treatment						
	No: n (%)	85 (56.3 %)	66 (43.7 %)	1			

	Yes: n (%)	65 (74.7 %)	22 (25.3 %)	2.44 (1.25-4.76)	0.01		
	Test of diagnosis						
	No: n (%)	88 (58.3 %)	63 (41.7 %)	1			
	Yes: n (%)	62 (71.3 %)	25 (28.7 %)	1.88 (0.97-3.62)	0.06		
	Screening test						
	No: n (%)	83 (57.3 %)	62 (42.7 %)	1			
	Yes: n (%)	67 (72 %)	26 (28 %)	2.09 (1.10-3.99)	0.03		
	Lifestyle Changes						
	No: n (%)	113 (59.8 %)	76 (40.2 %)	1			
	Yes: n (%)	37 (75.5 %)	12 (24.5 %)	2.19 (1.00- 4.82)	0.05		
	Treatment						
	No: n (%)	24 (34.8 %)	45 (65.2 %)	1		1	
	Yes: n (%)	126 (74.6 %)	43 (25.4 %)	7.32 (3.36-15.96)	<0.01	3.56 (1.52-8.36)	0.01
Factors associated with health professionals							
Age	Median, IQR	34 (23-63)	32 (24-64)	1.02 (0.98-1.05)	0.25		
Gender	Female: n (%)	27 (56.3 %)	21 (43.7 %)	1			
	Male: n (%)	14 (60.9 %)	9 (39.1 %)	1.47 (0.68-3.15)	0.32		
Control Preferences Scale *	No collaboration: n (%) 1 Prefers that patient makes the final decision alone 5 Prefers that health professional makes the decision alone	1 (14.3 %)	6 (85.7 %)	1		1	
	Collaboration: n (%) 2 Prefers that patient makes the decision after seriously considering health professional's opinion.	36 (60 %)	24 (40 %)	7.40.(1.52-36.05)	0.01	8.78 (1.62-47.71)	0.01

	3 Prefers that patient and health professional share responsibility for the decision 4 Prefers that health professional makes the decision after he/she seriously considers patient opinion						
Subjective Numeracy Scale (perceived ability to perform various mathematical) Score range from 8 to 48 (high)	Mean, SD	39 (3.6)	39.3 (3.4)	0.97 (0.87-1.08)	0.53		
Number of years of practice	Median, IQR	57 (0,5-39)	5 (0,5-40)	1.02 (0.99-1.05)	0.22		
Originally from	Province of Quebec: n (%)	34 (57.6%)	25 (42.4 %)	1			
	Other Canadian provinces: n (%)	2 (50 %)	2 (50 %)	3.93 (0.62-24.74)			
	Other country: n (%)	5 (62.5 %)	3 (37.5%)	0.77 (0.20-2.93)	0.31		
Types of health professional	Physicians: n (%)	23 (59 %)	16 (41 %)	1			
	Residents: n (%)	15 (60 %)	10 (40 %)	0.62 (0.28-1.35)			
	Nurses and dietician: n (%)	3 (42.9 %)	4 (57.1 %)	0.45 (0.10- 1.90)	0.32		

SD, Standard Deviation; IQR, interquartile range

All percentages were assessed for each categories of variables, the presence or absence of risk communication and values clarification together.

* We decided to use some of the cut off of categorical variables regarding the distribution of these variables in our study

** Those categories are not mutually exclusive. All the rest of categories are mutually exclusive

*** A decision to take action at a subsequent visit (e.g., deciding to have a Pap test at the next visit)

Appendix 1. Coding grid (Example)

	Examples
Risk communication	
No	<p>Heath Professional 5007, Patient 1025 "...Dr: So go do your iron [ferritin] blood test and then make another appointment to see me. I will also get your hospital record from [name]. By then I will have received the lab results. And don't forget to sign the sheet. P: ok. Dr: ok? P: ok."</p> <p>Heath Professional 5001, Patient 1022 "...P: I'll go get my medicine. Dr: Right. It's important to bring them if you want a new prescription. So I can prescribe exactly the same dose. P: Ok. Dr: Talking about your medicines ... did you experience any side effects? P: No, Dr: They work for you? P: Yeah. Dr: Ok, I will renew your prescription later. P: Ok. Dr: Do you have any other questions?"</p> <p>Heath Professional 3004, Patient 1034 "...P: I need a Benadryl prescription for him. For the daycare. Dr: Ok [inaudible]... does he take it on a regular basis? P: No, they give it to him when needed. Dr: Ok."</p>
Yes	
Yes-In words without numbers	<p>Heath Professional 3001, Patient 1003 "...Dr: Done, great. We won't do the 32-week ultrasound right away. We'll wait for the lab results, we'll wait to see if there is</p>

	<p>anything odd. P: Ok Dr: We won't do it right away because you don't have a high risk pregnancy, which is good news. P: Ok Dr: So I am not going to refer you right away. We'll see how things go. P: Ok Dr: So I will see you again in 6 weeks. But after that I will see you every 3 weeks. P: Ok"</p> <p>Heath Professional 3005, Patient 1015, "... ..Dr: My only advice is that you start taking multivitamins right away. And ... so ... ideally, actually the most important thing is to take folic acid, but the best is to take a multivitamin like Materna or an over the counter brand ... because multivitamins—over and above folic acid—prevent other malformations. Also ... [the chance of] cardiac deformities, cleft palate, and limb deformities are reduced when you take a multivitamin instead of just folic acid. It can be worth it. Ideally we would suggest starting before you become pregnant. You could start right away. Regardless, it would be good to wait for your next menstrual cycle before becoming pregnant. So you might use a condom for the swelling to [go down]..."</p> <p>Heath Professional 3008, Patient 1018 "... Dr: Oh my, there is a 2014 update! It says that ... Misoprostol... so Cytotec has no beneficial effect. They conducted some studies... P: Oh yeah? Dr: There is no marked difference whether you use it or not. And when I examined your cervix it entered easily. I didn't have to ... you know. Some women have a small cervix and you struggle to insert a Q-tip, but in your case there is no difficulty. In any case I am giving you this. It's dated March 2014. If you really want I can prescribe it but it doesn't seem to be particularly effective. P: Oh, ok. Dr: Yeah, do you want it anyway? P: Well if it's not necessary..."</p>
Yes-In numbers	
Probability numbers	<p>Heath Professional 3001, Patient 1001 "... Dr: Would you like to have a rectal exam today? In fact, we don't perform it on everyone. We only do it when there are problems. You have some erectile problems but they are probably not due to diabetes. It would be prudent to do the exam but it's not necessary. It kind of depends on the symptoms. If ... because erectile dysfunction, as I said, is not necessarily caused by</p>

	<p>prostate issues. When you look at people over 50, one in two men has an enlarged prostate. Not necessarily cancer. However, in your case there is your brother. Perhaps you would feel better if we did the exam. ”</p> <p>Heath Professional 3005, Patient 1013 “... P: You know ... [I ask myself] will I have a miscarriage? Will I have a hemorrhage? What if something serious happens and I can't make it to the hospital... Dr: You know, if you look at the percentages, theoretically any pregnant woman has a 20% chance of having a miscarriage. If you bleed but the ultrasound shows nothing you have a 50% chance of losing the child and 50% chance of keeping it. But if you an ultrasound that shows that the child is alive, well implanted and normal then the chances go down to about three or four percent. P: Every time that I bleed? Dr: Well ... your chances of having a miscarriage between now and week 20. P: Ok. ”</p> <p>Heath Professional 5005, Patient 1039 “... Dr: Good. So, you know, like I said, stripping presents some advantages. Thirty percent of women go into labor within 48 hours. And you are among the 30% whose cervix has already begun to dilate ... P: So maybe there is a little ... there. Dr: But you have not gone into labor. Great. So contractions are a good sign.”</p>
Others numbers	<p>Heath Professional, Patient 1271 “... Dr: That's right. Talk to the pharmacist to see if ... because I believe they have the same effect, and considering the side effects, they are better. Pharmacists know their meds inside out so they will know if there one you can try for a couple weeks to see if you feel a difference. If you feel better, you can continue taking them and if there is no change then stop. But often after 24 or 48 hours ... you should begin to notice a change if it really is allergies.”</p> <p>Heath Professional 3033, Patient 1344 “...Dr: It will be 6 years in December. Six years. Normally you can keep an IUD for 5 to 7 years. What you describe may be symptoms of perimenopause. Peri means close to menopause. Menopause is when you've gone one year without a period. P: Oh, ok. Dr: So I would say that you have not yet reached menopause. Chances are that if we remove your IUD you will still have irregular bleeding. P: Ok so I won't be regular again.”</p>

	<p>Heath Professional 3033, Patient 1340</p> <p>“...Dr: It’s for your upset [stomach]. Its Pantoloc or Pantoprazole, that’s what it is called. You should take it about a half hour before you eat in the morning. To really protect your stomach. It works for 24 hours.</p> <p>P: Ok, ok.</p> <p>Dr: It should ... after 4 to 5 days, you will see an improvement. Take it for two weeks; it is renewable once, so see if it helps. But if you still have a lot of symptoms you can take it for up to one month.</p> <p>P: Ok.”</p>
Values clarification	
No	<p>Heath Professional 3005, Patient 1015</p> <p>“...Dr: Yeah we can do it every three [years] but I wondered if we did it ... see I was just thinking ... might as well do a gynecological exam, I could take a swab for chlamydia and gonorrhea ... and that means that when you become pregnant I will not have to do another gynecological exam.</p> <p>P: Ok.”</p> <p>Heath Professional 3008, Patient 1018</p> <p>“...Dr: It will go away. You can lie down on your back and we will test [for stds] before your IUD. It’s a screening test for chlamydia and gonorrhea and to see if you have any infections ...</p> <p>P: Yeah.</p> <p>Dr: It’s to check. It’s always better to check so that we don’t [inadvertently] push bacteria into your uterus with the IUD.”</p> <p>Heath Professional 3004, Patient 1062</p> <p>“...Dr: Okay, so for cholesterol ... your next blood test will be in 4 months.</p> <p>P: Okay.</p> <p>Dr: That means in August, September, October November.</p> <p>P2: Just before Christmas.</p> <p>P1: So I come back in December?”</p>
Yes	
Yes-Clinicians asked a question	<p>Heath Professional 5001, Patient 1001</p> <p>“...Dr: Would you like to have a rectal exam today? We don’t routinely perform rectal exams. We only do it when there are problems. There are some erection problems but they are not necessarily due to diabetes. Obviously it would be prudent to do it but it is not required. It depends on the symptoms. If ... because erections, like I said, are not necessarily affected by the prostate. Past</p>

50 years old, one in two men has an enlarged prostate. It's not necessarily cancer. Of course in your case we have to consider your brother. I wonder if you wouldn't have more peace of mind if we did the exam."

Heath Professional 3008, Patient 1018,

"...Dr: It's not necessarily better to apply it or not apply it. When I examined your cervix I had no problem doing the exam. There was no ... you know. Some women have a tiny opening and it's even hard to get a Q-tip in, but that is not the case for you. Regardless, Im giving this to you, it's dated March 2014. If you really want I can prescribe it but it doesn't look like you particularly need it.

P: Ok.

Dr: Yeah, so do you want it anyway?

P: Well if it's not necessary ...

Dr: Well according to studies that have been done, it does not seem that effective after all. Finally you can take something for even so you can try.

P: No, that's okay.

Dr: Great. Naprocin, do you already have some? Or Advil or something along those lines?"

Heath Professional 5007, Patient 1024

"...Dr: okay, so if you want to make a lifestyle change, you will have to drop both [chewing and smoking tobacco].

P: Right, that's the goal.

Dr: Yeah, that's the goal? Are you interested in the patch?

P: Yes, I can try it.

Dr: They are There are different

P : Yes, I've seen them before.

Dr: It just that there are different doses ... gosh! The number of grams is different. Different strengths.

P: Ok."

<p>Yes-Clinician makes a statement that invites a response</p>	<p>Heath Professional 3008, Patient 1016 “... P: it’s the Cipralex and the weight gain Dr: Weight gain ... so should we go ahead with your annual exam? P: I think it’s been a while since I had one. Dr: When was the last gyne exam? P: Close to two years ago I think. Dr: 2010 ... no 2012. P: That’s right, every two years. Dr. We can wait until 2015 if you are in a stable relationship, have no symptoms, or anything. P: No. Dr: ... or anything, it’s every three years now. P: Three years? I thought it was every two years. Dr: Well, every two to three years but normally three years is good ... it’s a recommendation. P: I don’t mind waiting. Dr: I will ask you questions about your gynecological health but we don’t need to take a PAP smear. P: Great.”</p>
<p>Yes- Patient initiates the discussion</p>	<p>Heath Professional 3022, Patient 1142 “... Dr: Okay, the 6th is good. Okay, I’ll be right back [leaves the room for 1 minute and 4 seconds] I checked the doctor’s calendar because he is about to go on vacation ... I wanted to slip him a note but I don’t think he has arrived yet. He is the one who gave you your last shoulder injection. P: Oh yeah. And what is the risk of developing a dependency ... because now I take one before I go to bed but I am scared of taking any during the day because ...”</p> <p>Heath Professional 3014, Patient 1154 “...Dr: So September will be fine. The pill [name of patient] what pill were you on? P: Um ... I took ... Alesse. Because I wanted to take it continuously you know. Dr: ok. P: But my partner, it says that when I take it continuously and then stop I have really big mood swings. So ... I take it ... [laughs] once a month. Dr: I prescribed the 28-day regimen but if you take it continuously then... you discard the last 7 pills. P: Yes, exactly.</p>

Dr: I will let you manage your own schedule. ”

Heath Professional 5023, Patient 1238

“...Dr: So, you would like ... what I understand is that you would really like to watch your diet. And avoid, at all costs um...

P: [taking] medicine, as little as possible. What I've seen ... See I have two friends who take insulin regularly. The thing is ... what gets me is ... that the medicine regulates your blood sugar ... somehow it regulates it ... so that in my case... since it is not too severe. It was in the early stages. So my experience with [my friend] ... her blood sugar was regulated so she could eat large slices of pie and it did not bother her, but it must have some kind of effect.”

Chapitre 5 : Résultats supplémentaires

5.1 Analyse bivariée et multivarié

Nous avons effectué une analyse séparée bivariée et multivariée sur chacune des deux composantes de notre variable dépendante (la communication des risques et la clarification des valeurs). Nos variables indépendantes étaient associées différemment à la communication des risques (Tableau 9) ou à la clarification des valeurs (Tableau 10).

Aussi, nous avons testé la multi-colinéarité entre toutes les variables indépendantes en estimant le coefficient de corrélation de Spearman entre les variables continues et discrète ordinale et le coefficient corrélation phi entre les variables catégorielles. Seuls l'âge des professionnels de la santé et leur nombre d'années de pratique étaient fortement corrélés (coefficient de corrélation de Spearman = 0,897). Cependant, aucune de ces variables n'était associée significativement à la variable dépendante dans l'analyse bivariée. Les coefficients de corrélation pour tester la multicollinéarité sont présentés à l'Annexe G).

Sept variables avaient des données manquantes dans notre étude : le rôle préféré dans la prise de décision des cliniciens (4/71 données manquantes), le nombre d'années de pratique des professionnels de la santé (ceux ayant moins de un an de pratique ont été classé dans la catégorie 0,5 ans) (2/71 données manquantes), le niveau d'éducation des patients (4/238 données manquantes), le rôle préféré dans la prise de décision des patients (3/238 données manquantes), l'âge des patients (2/238 données manquantes), le niveau de littératie en santé des patients (1/238 donnée manquante), l'aisance avec les chiffres des patients (1/238 donnée manquante). Ces données manquantes étant faibles, nous avons décidé de ne pas faire de traitements des non-réponses telles que l'imputation de données manquantes et de faire une analyse de sensibilité en retirant les sujets ayant des données manquantes.

Tableau 9 : Facteurs associés à la communication des risques

Caractéristiques	Analyse Bivariée		Analyse multivariée	
	Rapport de cotes (RC) IC à 95 %	Valeur-p	Rapport de cotes (RC) IC à 95 %	Valeur-p
Patients				
Âge				
Médiane (EI)	1,02 (1,00-1,04)	0,06		
Sexe				
Féminin	1			
Masculin	0,96 (0,33-2,82)	0,95		
Niveau de scolarité				
Faible	0,94 (0,34-2,62)			
Moyen	0,70 (0,22-2,26)			
Élevée	1	0,83		
Rôle préféré dans le processus de décision				
Absence de collaboration	1			
Collaboration	0,80 (0,13-4,89)	0,80		
Provenance				
Province du Québec	1			
Autres provinces du Canada	2,08 (0,16-26,44)			
Autres pays	4,38 (0,74-25,77)	0,24		
Littératie en santé				
Médiane (EI)	1,17 (0,98-1,41)	0,11	1,30 (1,04-1,63)	0,02
Aisance avec les chiffres				
Médiane (EI)	1,99 (0,94-1,05)	0,94		
Consultation				
Raisons de consultation				
Raison médiale	1,38 (0,50-3,84)			
Surveillance	1	0,53		
Durée de la visite				
Médiane (EI)	1,04 (1,02-1,07)	0,01		
Familiarité avec le professionnel de la santé				
Oui	1			
Non	1,02 (0,32-3,25)	0,98		
Nombre de décisions				
Un ou deux	1			
Trois ou quatre	7,41 (2,39-25,04)			
Cinq et plus	10,15 (0,01-30,80)	< 0,01		
La consultation inclus une ou plusieurs décisions de :				

Arrêter quelque chose				
Oui	1,74 (0,01-3,31)			
Non	1	0,99		
Ne pas faire quelque chose				
Oui	4,21 (0,96-18,53)			
Non	1	0,06		
Reporter l'action à plus tard*				
Oui	1,30 (0,47-3,63)			
Non	1	0,61		
Reporter la décision à plus tard				
Oui	2,07 (0,52-8,21)			
Non	1	0,30		
Continuer quelque chose				
Oui	0,83 (0,30-2,33) 0,65			
Non	1	0,72		
Commencer quelque chose				
Oui	7,22 (2,49-20,92)		5,28 (1,68-16,64)	
Non	1	0,01	1	0,01
La consultation inclus une ou plusieurs décisions au sujet d'une :				
Référence à un autre professionnel de la santé				
Oui	3,56 (1,17-10,83)			
Non	1	0,03		
Référence à un spécialiste				
Oui	5,47 (0,63-47,43)	0,12		
Non	1			
Suivi de routine				
Oui	0,21 (0,07-0,62)			
Non	1	0,01		
Suivi de test ou de traitement				
Oui	2,94 (1,54-5,62)			
Non	1	0,01		
Test diagnostic				
Oui	2,21 (0,79-6,22)			
Non	1	0,13		
Test de dépistage				
Oui	1,52 (0,82-2,80)		16,09 (3,00-86,34)	
Non	1	0,18	1	0,01
Changements dans les habitudes de vie				
Oui	7,80 (1,43- 42,62)		8,91 (1,16-68,71)	
Non	1	0,02	1	0,04

Traitement				
Oui	7,85 (2,83-21,73)		9,65 (3,11-29,99)	
Non	1	< 0,01	1	0,01
Professionnels de la santé				
Âge				
Médiane (EI)	1,01 (0,98-1,04)	0,63		
Sexe				
Féminin	1			
Masculin	1,21 (0,32-4,53)	0,78		
Rôle préféré dans le processus de décision				
Absence de collaboration	1			
Collaboration	1,90 (0,24-14,93)	0,54		
Aisance avec les chiffres				
Moyenne (ET)	0,97 (0,87-1,07)	0,53		
Nombre d'années de pratique				
Médiane (EI)	1,04 (0,98-1,11)	0,15		
Provenance				
Province du Québec	1			
Autre province du Canada	0,99 (0,01-1,71)			
Autres pays	0,30 (0,05-1,79)	0,41		
Type professionnel de la santé				
Médecins	1			
Résidents	0,33 (0,09-1,17)			
Infirmières-nutritionnistes	0,21 (0,02- 1,75)	0,13		

*Étendue Interquartile (EI)

* Écart type (ET)

* Une décision d'agir à une visite ultérieure (par exemple, décider de faire un test de dépistage à la visite suivante)

Tableau 10 : Facteurs associés à la clarification des valeurs

Caractéristiques	Analyse Bivariée		Analyse multivariée	
	Rapport de cotes (RC) IC à 95 %	Valeur-p	Rapport de cotes (RC) IC à 95 %	Valeur-p
Patients				
Âge				
Médiane (EI)	1,02 (1,00-1,04)	0,06		
Sexe				
Féminin	1			
Masculin	1,31 (0,65-2,64)	0,46		
Niveau de scolarité				
Faible	1,27 (0,65-2,50)			
Moyen	0,67 (0,31-1,46)			
Élevé	1	0,28		
Rôle préféré dans le processus de décision				
Absence de collaboration	1			
Collaboration	0,65 (0,19-2,18)	0,48		
Provenance				
Province de Québec	1			
Autres provinces du Canada	3,74 (0,42-33,25)			
Autres pays	1,22 (0,52-2,87)	0,46		
Littératie en santé				
Médiane (EI)	0,88 (0,86-1,11)	0,72		
Aisance avec les chiffres				
Médiane (EI)	1,01 (0,97-1,04)	0,80		
Consultation				
Raisons de consultation				
Raison médicale	1,09 (0,58-2,04)			
Surveillance	1	0,78		
Durée de la visite				
Médiane (EI)	1,04 (1,02-1,07)	0,01	4,78 (1,77-12,95)	0,02
Familiarité avec le professionnel de la santé				
Oui	1			
Non	0,99 (0,50-1,96)	0,97		
Nombre de décisions				
Un ou deux	1		1	
Trois ou quatre	3,07 (1,61-5,88)		1,03 (1,01-1,06)	
Cinq et plus	10,15 (4,16-24,80)	< 0,01	2,23 (1,06-4,70)	0,01
La consultation inclut une ou				

plusieurs décisions de :				
Arrêter quelque chose				
Oui	1,74 (0,57-5,31)			
Non	1	0,33		
Ne pas faire quelque chose				
Oui	3,03 (1,25-7,34)			
Non	1	0,01		
Reporter l'action à plus tard*				
Oui	1,30 (0,47- 3,63)			
Non	1	0,61		
Reporter la décision à plus tard				
Oui	5,63 (1,85-17,12)			
Non	1	0,01		
Continuer quelque chose				
Oui	1,27 (0,67-2,40) 0,65			
Non	1	0,46		
Commencer quelque chose				
Oui	3,18 (1,65-6,13)			
Non	1	0,01		
La consultation inclut une ou plusieurs décisions au sujet d'une :				
Référence à un autre professionnel de la santé				
Oui	3,56 (1,17-10,83)		3,12 (0,82-11,84)	
Non	1	0,03	1	0,09
Référence à un spécialiste		0,10		
Oui	2,13 (0,86-5,27)			
Non	1			
Suivi de routine				
Oui	0,35 (1,18-0,68)		0,49 (0,24-0,99)	
Non	1	0,01	1	0,05
Suivi de test ou de traitement				
Oui	2,94 (1,54-5,62)			
Non	1	0,01		
Test diagnostic	1,81 (0,97-3,39)			
Oui				
Non	1	0,06		
Test de dépistage				
Oui	1,52 (0,82-2,80)			
Non	1	0,18		

Changements dans les habitudes de vie	2,09 (0,96- 4,57)			
Oui	1	0,06		
Non				
Traitement				
Oui	6,0 (2,88-12,49)		3,74 (1,79-7,83)	
Non	1	< 0,01	1	0,01
Professionnels de la santé				
Âge				
Médiane (EI)	1,01 (0,98-1,04)	0,63	0,93 (0,85-1,01)	0,07
Sexe				
Féminin	1			
Masculin	1,64 (0,81-3,34)	0,17		
Rôle préféré dans le processus de décision				
Absence de collaboration	1			
Collaboration	3,87 (1,09-13,78)	0,04		
Aisance avec les chiffres				
Moyenne (S)	0,97 (0,87-1,07)	0,53		
Nombre d'années de pratique				
Médiane (EI)	1,01 (0,98-1,04)	0,38	1,09 9(1,01-1,19)	0,03
Provenance				
Province de Québec	1			
Autres provinces du Canada	2,85 (0,54-14,97)			
Autres pays	1,03 (0,30-3,52)	0,46		
Type professionnel de la santé				
Médecins	1			
Résidents	0,90 (0,44-1,81)			
Infirmières-nutritionnistes	0,41 (0,11- 1,51)	0,40		

*Étendue Interquartile (EI)

* Écart type (S)

* Une décision d'agir à une visite ultérieure (par exemple, décider de faire un test de dépistage à la visite suivante)

5.2 Analyses de sensibilité

Nos analyses de sensibilité ont démontré la consistance de nos résultats. Les décisions méthodologiques effectuées n'affectent donc pas nos conclusions.

Tableau 11 : Analyse de sensibilités-méthodes d'estimation

Analyse multivariée (Modèle final)	« Méthode par maximum de vraisemblance avec approximation de Laplace »		« Méthode par Pseudo vraisemblance résiduelle (RSPL) ».	
	(RC) IC à 95 %	Valeur-p	(RC) IC à 95 %	Valeur-p
Cliniciens				
Rôle préféré dans la prise de décision				
Absence de collaboration	1		1	
Collaboration	8.78 (1.62-47.71)	0,01	5.11 (1.08-24.07)	0,04
Consultation				
Durée de la consultation	1,03 (1,002-1,07)	0,03	1,03 (1,002-1,06)	0,04
Nombre de décisions				
Un ou deux	1		1	
Trois ou quatre	1,40 (0,59-3,16)		1,33 (0,58-3,02)	
Cinq et plus	5,00 (1,5-16,90)	0,03	4,67 (1,38-15,77)	0,04
Décision de reporter la décision à plus tard				
Non	1		1	
Oui	4,92 (1,35-17,87)	0,02	4,62 (1,30-16,45)	0,02
Décision de commencer une option thérapeutique				
Non	1		1	
Oui	3,54 (1,32-9,48)	0,01	3,36 (1,28-8,81)	0,01
Référence à un autre professionnel de la santé				
Non	1		1	
Oui	5,09 (0,96-27,04)	0,06	4,79 (0,92-25,09)	0,06
Décision de traitement				
Non	1		1	
Oui	3,56 (1,52-8,36)	0,01	3,39 (1,48-7,77)	0,01

Tableau 12 : Analyse de sensibilité-données manquantes

Analyse multivariée (Modèle final)	Avec la variable à données manquantes		Sans la variable à données manquantes	
	(RC) IC à 95 %	Valeur-p	(RC) IC à 95 %	Valeur-p
Cliniciens				
Rôle préféré dans la prise de décision				
Absence de collaboration	1			
Collaboration	8,78 (1,62-47,71)	0,01		
Consultation				
Durée de la consultation	1,03 (1,002-1,07)	0,03	1,03 (1,003-1,06)	0,03
Nombre de décisions				
Un ou deux	1		1	
Trois ou quatre	1,40 (0,59-3,16)		1,66 (0,78-3,50)	
Cinq et plus	5,00 (1,5-16,90)	0,03	4,03 (1,41-11,56)	0,03
Décision de reporter la décision à plus tard				
Non	1		1	
Oui	4,92 (1,35-17,87)	0,02	4,39 (1,37-14,10)	0,01
Décision de commencer une option thérapeutique			2,88 (1,21-6,82)	0,02
Non	1			
Oui	3,54 (1,32-9,48)	0,01		
Référence à un autre professionnel de la santé				
Non	1		1	
Oui	5,09 (0,96-27,04)	0,06	2,25 (0,64-7,91)	0,21
Décision de traitement				
Non	1		1	
Oui	3,56 (1,52-8,36)	0,01	4,37 (1,99-9,58)4	0,01

Chapitre 6 : Discussion

Le but de notre étude était d'estimer la proportion de consultations en médecine familiale où sont observées les deux principales compétences de la prise de décision partagée : la communication de risque et la clarification de valeurs et d'explorer les facteurs associés à leur présence. En général, nous avons constaté qu'ensemble, la communication du risque et la clarification de valeurs sont observés à une fréquence raisonnable dans la pratique clinique quotidienne en médecine familiale, mais que seule la communication du risque a été plus fréquemment observée que la clarification des valeurs. Aussi, nous avons constaté que les facteurs suivants étaient associés à une présence plus grande des deux compétences : les nouvelles options, les traitements, cinq décisions et plus, le report de la décision, la durée de la consultation et le style collaboratif de prise de décision du clinicien. Nous avons aussi constaté que les facteurs étaient associés différemment à la présence d'une de ces deux compétences. De plus, nous avons constaté qu'il y avait une certaine constance des cliniciens quant à l'utilisation de ces deux compétences, mais qu'en général ces compétences étaient différentes à travers leurs propres patients qu'entre les patients de médecins distincts. Ces résultats nous amènent à noter quatre principales observations :

Premièrement, nos résultats sont encourageants, car les deux principales compétences en prise de décision partagée sont survenues ensemble dans presque deux tiers des consultations, sans aucune intervention active. Au mieux de notre connaissance, ceci est tout à fait unique dans la littérature¹⁰⁴ et pourrait s'expliquer par la nature de nos sites de collecte des données¹²⁶, le fait que les cliniciens savaient qu'ils étaient enregistrés sur bande audio (l'effet d'observateur) ou que notre façon d'évaluer les consultations cliniques est plus exhaustive que les moyens habituels de le faire (utilisation de l'Observer OPTION par exemple)¹²⁷. Cependant, ils suggèrent aussi qu'il y a place pour l'amélioration, étant donné notamment que ceci devrait être un seuil relativement facile à atteindre¹²⁸. De la même façon, d'autres études ont conclu que les compétences en prise de décision partagée pourraient être améliorées en médecine familiale^{107,121,129-132}. Dans des études menées au Canada, il apparaît que la communication du risque et clarification des valeurs nécessite une interaction entre médecin et patient^{133,134}. D'où l'intérêt d'analyser des dyades de cliniciens et de patients.

Deuxièmement, nous avons observé que la communication du risque était plus répandue que la clarification des valeurs lors des consultations en médecine familiale. Ceci a déjà été mentionné dans les études antérieures en comparant l'évolution des consultations en médecine familiale des 10 - 15 dernières années : quand la médecine fondée sur les données probantes²⁷. Il semble cependant ne pas y avoir de la place pour la clarification des valeurs^{132,135}. Il n'est pas possible de déterminer clairement quelles interventions ou stratégies sont efficaces dans le cadre d'une approche pour équilibrer la communication du risque et la

clarification des valeurs durant les consultations ou même si les consultations doivent comporter ces deux compétences ensemble, en tout temps. Il est possible que certaines consultations exigent seulement une discussion des risques ou une clarification des valeurs, mais pas nécessairement les deux ensemble. Il reste du travail à faire pour corriger la sous-utilisation de la clarification des valeurs et des préférences des patients^{21,60} et pour rétablir le juste équilibre entre communication du risque et clarification des valeurs.

Troisièmement, nous avons observé que certains facteurs étaient associés à la présence simultanée de ces deux compétences. Les consultations qui contenaient cinq décisions ou plus, des discussions pour commencer quelque chose de nouveau, des options de traitements médicaux ou chirurgicaux ou des options de reporter la décision à plus tard, étaient associées positivement à la communication des risques et à la clarification des valeurs. Il serait judicieux de se baser sur des interventions qui ciblent directement ces types de décision pour améliorer la pratique clinique de la prise de décision partagée. Nous suggérons aussi que d'autres décisions puissent bénéficier d'une attention particulière dans le désir d'amélioration de la communication du risque et la clarification valeurs et des préférences. Par exemple, les discussions relatives au dépistage pourraient céder leur place à une amélioration significative de la prise de décision partagée, compte tenu de l'accent mis sur le sur-diagnostic et du fait que les patients surestiment les avantages du dépistage¹³⁶. Puis, nous avons observé que les consultations plus longues étaient plus susceptibles de contenir une communication du risque et une clarification des valeurs et ce même en contrôlant pour le nombre de décisions durant la consultation. Ces résultats s'alignent avec ceux des études précédentes qui avaient trouvé que les contraintes de temps étaient une barrière à la prise de décision partagée¹³⁶ et que les consultations plus longues étaient associées à de meilleures de compétences en communication^{104,137}. Nous avons aussi observé que lorsque les cliniciens préféraient un style de prise de décision collaboratif avec le patient, les éléments de base de la prise de décision partagée étaient plus susceptibles de se produire pendant la consultation, ce qui suggère que le style de communication individuel d'un professionnel de la santé est un facteur-clé dans la pratique clinique de la prise de décision partagée. En effet, cette observation, combinée à notre constatation d'un effet de grappe significatif de 15 % au niveau des professionnels de la santé, soulève le fait que le style de communication individuel d'un professionnel de la santé est un facteur important dans la prise de décision et si oui ou non les compétences en prise de décision partagée ont lieu. Toutes ces observations soulignent l'importance de développer des formations en techniques de communication médecin-patient qui sont ciblées sur le professionnel de la santé si on veut améliorer les pratiques de prise de décision partagée lors des consultations en médecine familiale. Pellerin et al. avaient également trouvé un effet positif de la durée de la consultation sur les compétences en prises de décision partagée. Cet effet avait été observé durant les consultations en médecine familiale au sein de 152 dyades uniques de résidents en médecine-patients¹³⁰.

Quatrièmement, nos résultats suggèrent que plus de facteurs sont associés à la clarification des valeurs qu'à la communication des risques. En effet, la clarification des valeurs est un processus très difficile qui doit être mené avec beaucoup de tact. Pour améliorer la prise de décision partagée, des interventions ciblant l'une ou l'autre des deux compétences devraient être considérées.

Cinquièmement, nous avons observé que, bien que les cliniciens partagent certaines caractéristiques constantes dans l'utilisation simultanée de la communication du risque et de la clarification des valeurs, dans l'ensemble, ils sont différents au sein du groupe de patients à qui ils dispensent des soins. Ceci a été observé auparavant¹³⁸. La prochaine étape serait de développer une approche standardisée de clarification des valeurs pour éviter les divergences entre les patients d'un même clinicien.

6.1 Forces et limites de l'étude

6.1.1 Forces

Notre projet de recherche nous a permis d'estimer la proportion de rencontres en médecine familiale ayant rapporté une communication des risques et une clarification des valeurs et des préférences. Nous apportons ainsi de nouvelles connaissances sur la qualité des prises de décisions actuelles en médecine familiale. Aussi, nous avons estimé les coefficients de corrélation intra-grappe. Tous ces paramètres permettront de calculer la taille d'échantillon nécessaire pour de futures études. De plus, notre projet a bénéficié d'une codification du matériel qualitatif rigoureuse, de la diversité de cinq sites de collectes de données et de presque tous les types de décision possible en médecine familiale (contrairement à beaucoup d'études en prise de décision partagée qui ne se concentrent que sur des cas particuliers).

6.1.2 Limites

Notre étude comporte quelques limites. Tout d'abord, la généralisation des résultats de notre étude est limitée par le fait que nous avons recueilli les données dans des cliniques d'enseignement de médecine familiale, dont l'engagement à la prise de décision partagée est reconnu. En effet, 80 % de ces cliniques font partie du réseau de recherche axé sur les pratiques en première ligne de l'Université Laval, reconnu pour sa grande expertise dans le domaine de la prise de décision partagée. Ce réseau abrite une chaire de recherche du

Canada en implantation de la prise de décision partagée dans les soins primaires. Ainsi cela peut signifier que nos résultats ne soient pas applicables à d'autres types de cliniques en médecine familiale.

Enfin, nous avons créé une variable dichotomique dans l'analyse indépendante double et rigoureuse des consultations médicales enregistrées sur bandes magnétiques. Les valeurs élevées des ICC pourraient être due à une plus grande stabilité de la codification des transcrits pour les cliniciens rendant ainsi les ICC plus grand. Il aurait été possible d'utiliser d'autres approches, mais au mieux de notre connaissance, il n'y pas encore une norme standard pour ce faire¹²⁷.

6.2 Implication des résultats pour la pratique et la recherche

Ce projet de recherche est un projet novateur. Il est basé sur le design axé sur l'utilisateur ou user-centered design^{139,140} afin de développer des outils de communication. Il s'agit d'une démarche de conception, où les besoins, les attentes et les caractéristiques des utilisateurs (patients et cliniciens dans notre étude) sont pris en compte à chaque étape du processus de développement d'un produit. Notre projet constitue donc la première étape (identifier les besoins des utilisateurs du système de santé-patients et cliniciens par le biais de l'observation des pratiques actuelles) d'un plus grand projet. Le projet plus grand a pour objectif de développer des outils de communication du risque et de clarification des valeurs et des préférences. Il permettra ainsi d'améliorer les prises de décisions cliniques en médecine familiale.

Conclusion

Notre projet de recherche nous a permis d'ajouter de nouvelles connaissances à un sujet peu étudié qui est en voie de devenir un domaine important au Canada et partout ailleurs dans le monde. Les facteurs associés positivement à la communication des risques et à la clarification des valeurs et des préférences du patient étaient : la décision de commencer une option thérapeutique, la décision de traitement, le nombre de prises de décisions cliniques, la décision de reporter la décision à plus tard et la durée de la consultation. Le rôle préféré du clinicien dans la prise de décision était, quant à lui, associé négativement à la communication des risques et à la clarification des valeurs et des préférences. L'éducation des cliniciens pourrait jouer un rôle important dans l'augmentation des compétences en matière de prise de décision partagée. Cette étude soutient la nécessité d'effectuer des études qualitatives pour explorer comment les discussions en communication des risques et en clarification des valeurs se déroulent pendant la consultation. On pourrait aussi évaluer l'efficacité d'une intervention visant à augmenter les compétences en communication du risque et en clarification des valeurs et des préférences durant les prises de décisions axées sur le patient.

Références

1. Zucca A, Sanson-Fisher R, Waller A, Carey M, Boadle D. The first step in ensuring patient-centred quality of care: ask the patient. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016.
2. Washburn ER. Fast forward: a blueprint for the future from the Institute of Medicine. *Physician Exec*. 2001;27(3):8-14.
3. Roy M, Levasseur M, Couturier Y, Lindström B, Génereux M. The relevance of positive approaches to health for patient-centered care medicine. *Prev Med Rep*. 2015;2:10-12.
4. Chewing B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):9-18.
5. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367.
6. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012;366(9):780-781.
7. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. *N Engl J Med*. 2013;368(1):6-8.
8. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(1):e12454.
9. Fowler FJ, Levin CA, Sepucha KR. Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(4):699-706.
10. Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;1:CD001431.
11. Arterburn D, Wellman R, Westbrook E, et al. Introducing decision aids at Group Health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(9):2094-2104.
12. 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;50(460):892-899.
13. Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):276-284.
14. Elwyn G, Fisher E. Higher integrity health care: evidence-based shared decision making. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014;7(6):975-980.
15. Gong J, Zhang Y, Yang Z, Huang Y, Feng J, Zhang W. The framing effect in medical decision-making: a review of the literature. *Psychol Health Med*. 2013;18(6):645-653.
16. Perneger TV, Agoritsas T. Doctors and patients' susceptibility to framing bias: a randomized trial. *J Gen Intern Med*. 2011;26(12):1411-1417.
17. Schapira MM, Imbert D, Oh E, Byhoff E, Shea JA. Public engagement with scientific evidence in health: A qualitative study among primary-care patients in an urban population. *Public Underst Sci*. 2014.
18. Peters E, Hart PS, Fraenkel L. Informing patients: the influence of numeracy, framing, and format of side effect information on risk perceptions. *Med Decis Making*. 2011;31(3):432-436.
19. Covey J. A meta-analysis of the effects of presenting treatment benefits in different formats. *Med Decis Making*. 2007;27(5):638-654.
20. Mühlbacher AC, Juhnke C. Patient preferences versus physicians' judgement: does it make a difference in healthcare decision making? *Appl Health Econ Health Policy*. 2013;11(3):163-180.

21. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012;345:e6572.
22. Shin DW, Cho J, Kim SY, et al. Discordance among patient preferences, caregiver preferences, and caregiver predictions of patient preferences regarding disclosure of terminal status and end-of-life choices. *Psychooncology*. 2015;24(2):212-219.
23. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient Educ Couns*. 2007;65(2):189-196.
24. Zikmund-Fisher BJ. The right tool is what they need, not what we have: a taxonomy of appropriate levels of precision in patient risk communication. *Med Care Res Rev*. 2013;70(1 Suppl):37S-49S.
25. Holman GT, Beasley JW, Karsh BT, Stone JA, Smith PD, Wetterneck TB. The myth of standardized workflow in primary care. *J Am Med Inform Assoc*. 2016;23(1):29-37.
26. Légaré F, Ratté S, Stacey D, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(5):CD006732.
27. Sackett DL. Evidence-based medicine and treatment choices. *Lancet*. 1997;349(9051):570; author reply 572-573.
28. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. [What is EBM and what is not?]. *Neuere Med Wiss Quellen Stud*. 2012;22:13-17.
29. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72.
30. Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". *JAMA*. 1998;280(15):1336-1338.
31. Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence based medicine - new approaches and challenges. *Acta Inform Med*. 2008;16(4):219-225.
32. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999;49(5):651-661.
33. 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;44(5):681-692.
34. Mousjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère MO. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making*. 2007;27(5):539-546.
35. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60(3):301-312.
36. Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Educ Couns*. 2006;62(2):205-211.
37. Sepucha K, Mulley AG, Jr. A perspective on the patient's role in treatment decisions. *Med Care Res Rev*. 2009;66(1 Suppl):53S-74S.
38. Sepucha KR, Scholl I. Measuring shared decision making: a review of constructs, measures, and opportunities for cardiovascular care. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014;7(4):620-626.
39. Breitsameter C. Medical decision-making and communication of risks: an ethical perspective. *J Med Ethics*. 2010;36(6):349-352.
40. Fagerlin A, Zikmund-Fisher BJ, Ubel PA. Helping patients decide: ten steps to better risk communication. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(19):1436-1443.
41. Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, et al. Evidence-based risk communication: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2014;161(4):270-280.

42. Agyepong I, Corrah T, Guo Y, et al. Making sense of health estimates. *Lancet*. 2015;385(9976):1377-1379.
43. Barrett B, McKenna P. Communicating benefits and risks of screening for prostate, colon, and breast cancer. *Fam Med*. 2011;43(4):248-253.
44. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ*. 2003;327(7417):741-744.
45. Barratt A, Wyer PC, Hatala R, et al. Tips for learners of evidence-based medicine: 1. Relative risk reduction, absolute risk reduction and number needed to treat. *CMAJ*. 2004;171(4):353-358.
46. Edwards A, Elwyn G, Covey J, Matthews E, Pill R. Presenting risk information--a review of the effects of "framing" and other manipulations on patient outcomes. *J Health Commun*. 2001;6(1):61-82.
47. Naik G, Ahmed H, Edwards AG. Communicating risk to patients and the public. *Br J Gen Pract*. 2012;62(597):213-216.
48. Trevena LJ, Zikmund-Fisher BJ, Edwards A, et al. Presenting quantitative information about decision outcomes: a risk communication primer for patient decision aid developers. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13 Suppl 2:S7.
49. Gigerenzer G. What are natural frequencies? *BMJ*. 2011;343:d6386.
50. Akl EA, Oxman AD, Herrin J, et al. Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(3):CD006776.
51. Aaron SD, Fergusson DA. Exaggeration of treatment benefits using the "event-based" number needed to treat. *CMAJ*. 2008;179(7):669-671.
52. Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ*. 2002;324(7341):827-830.
53. Weinstein ND. What does it mean to understand a risk? Evaluating risk comprehension. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1999(25):15-20.
54. Fagerlin A, Pignone M, Abhyankar P, et al. Clarifying values: an updated review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13 Suppl 2:S8.
55. Légaré F, O'Connor AC, Graham I, et al. Supporting patients facing difficult health care decisions: use of the Ottawa Decision Support Framework. *Can Fam Physician*. 2006;52:476-477.
56. Llewellyn-Thomas HA, Crump RT. Decision support for patients: values clarification and preference elicitation. *Med Care Res Rev*. 2013;70(1 Suppl):50S-79S.
57. Witteman HO, Gavaruzzi T, Scherer LD, et al. Effects of Design Features of Explicit Values Clarification Methods: A Systematic Review. *Med Decis Making*. 2016.
58. Lee YK, Low WY, Ng CJ. Exploring patient values in medical decision making: a qualitative study. *PLoS One*. 2013;8(11):e80051.
59. Hiligsmann M, Dellaert BG, Dirksen CD, et al. Patients' preferences for osteoporosis drug treatment: a discrete-choice experiment. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R36.
60. Witteman HO, Scherer LD, Gavaruzzi T, et al. Design Features of Explicit Values Clarification Methods: A Systematic Review. *Med Decis Making*. 2016;36(4):453-471.
61. Wensing M, Elwyn G. Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ*. 2003;326(7394):877-879.
62. Horowitz MJ. Clarifying values in psychotherapy. *Psychodyn Psychiatry*. 2014;42(4):671-679.
63. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*. 2008;73(3):526-535.

64. Brewer NT, Chapman GB, Schwartz JA, Bergus GR. The influence of irrelevant anchors on the judgments and choices of doctors and patients. *Med Decis Making*. 2007;27(2):203-211.
65. 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;6(2):97-109.
66. O'Connor AM, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T, Drake E. The effects of an 'explicit' values clarification exercise in a woman's decision aid regarding postmenopausal hormone therapy. *Health Expect*. 1999;2(1):21-32.
67. Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns*. 2011;84(3):379-385.
68. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med*. 2015;175(2):274-286.
69. Gigerenzer G. Making sense of health statistics. *Bull World Health Organ*. 2009;87(8):567.
70. Gigerenzer G. Should patients listen to how doctors frame messages? *BMJ*. 2014;349:g7091.
71. Gigerenzer G. Towards a paradigm shift in cancer screening: informed citizens instead of greater participation. *BMJ*. 2015;350:h2175.
72. Gigerenzer G. HIV screening: helping clinicians make sense of test results to patients. *BMJ*. 2013;347:f5151.
73. Gigerenzer G. Women's perception of the benefit of breast cancer screening. *Maturitas*. 2010;67(1):5-6.
74. Gigerenzer G, Galesic M. Why do single event probabilities confuse patients? *BMJ*. 2012;344:e245.
75. Gigerenzer G, Wegwarth O, Feufel M. Misleading communication of risk. *BMJ*. 2010;341:c4830.
76. Goodyear-Smith F, Kenealy T, Wells S, Arroll B, Horsburgh M. Patients' preferences for ways to communicate benefits of cardiovascular medication. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):121-127.
77. Harmsen CG, Kristiansen IS, Larsen PV, et al. Communicating risk using absolute risk reduction or prolongation of life formats: cluster-randomised trial in general practice. *Br J Gen Pract*. 2014;64(621):e199-207.
78. Trevena L. Assessing, communicating, and managing risk in general practice. *Br J Gen Pract*. 2014;64(621):166-167.
79. Ancker JS, Kaufman D. Rethinking health numeracy: a multidisciplinary literature review. *J Am Med Inform Assoc*. 2007;14(6):713-721.
80. Peters E, Hibbard J, Slovic P, Dieckmann N. Numeracy skill and the communication, comprehension, and use of risk-benefit information. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(3):741-748.
81. Lipkus IM, Peters E. Understanding the role of numeracy in health: proposed theoretical framework and practical insights. *Health Educ Behav*. 2009;36(6):1065-1081.
82. Schonlau M, Martin L, Haas A, Derose KP, Rudd R. Patients' literacy skills: more than just reading ability. *J Health Commun*. 2011;16(10):1046-1054.
83. Nelson W, Reyna VF, Fagerlin A, Lipkus I, Peters E. Clinical implications of numeracy: theory and practice. *Ann Behav Med*. 2008;35(3):261-274.
84. Levy H, Ubel PA, Dillard AJ, Weir DR, Fagerlin A. Health numeracy: the importance of domain in assessing numeracy. *Med Decis Making*. 2014;34(1):107-115.

85. Brust-Renck PG, Royer CE, Reyna VF. Communicating Numerical Risk: Human Factors That Aid Understanding in Health Care. *Rev Hum Factors Ergon.* 2013;8(1):235-276.
86. Group PCR. Patients' preferences within randomised trials: systematic review and patient level meta-analysis. *BMJ.* 2008;337:a1864.
87. Lee CN, Hultman CS, Sepucha K. Do patients and providers agree about the most important facts and goals for breast reconstruction decisions? *Ann Plast Surg.* 2010;64(5):563-566.
88. Andrade JG, Krahn AD, Skanes AC, Purdham D, Ciaccia A, Connors S. Values and Preferences of Physicians and Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation Who Receive Oral Anticoagulation Therapy for Stroke Prevention. *Can J Cardiol.* 2015.
89. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tong C. Information that affects patients' treatment choices for early stage prostate cancer: a review. *Can J Urol.* 2011;18(6):5998-6006.
90. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Van Manen L. A decision aid for men with early stage prostate cancer: theoretical basis and a test by surrogate patients. *Health Expect.* 2001;4(4):221-234.
91. Stalmeier PF, van Tol-Geerdink JJ, van Lin EN, et al. Doctors' and patients' preferences for participation and treatment in curative prostate cancer radiotherapy. *J Clin Oncol.* 2007;25(21):3096-3100.
92. Zulman DM, Kerr EA, Hofer TP, Heisler M, Zikmund-Fisher BJ. Patient-provider concordance in the prioritization of health conditions among hypertensive diabetes patients. *J Gen Intern Med.* 2010;25(5):408-414.
93. Janse AJ, Gemke RJ, Uiterwaal CS, van der Tweel I, Kimpen JL, Sinnema G. Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(7):653-661.
94. Street RL, Haidet P. How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs. *J Gen Intern Med.* 2011;26(1):21-27.
95. Adams JR, Elwyn G, Légaré F, Frosch DL. Communicating with physicians about medical decisions: a reluctance to disagree. *Arch Intern Med.* 2012;172(15):1184-1186.
96. Frosch DL, May SG, Rendle KA, Tietbohl C, Elwyn G. Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(5):1030-1038.
97. Pignone MP, Howard K, Brenner AT, et al. Comparing 3 techniques for eliciting patient values for decision making about prostate-specific antigen screening: a randomized controlled trial. *JAMA Intern Med.* 2013;173(5):362-368.
98. de Vries M, Fagerlin A, Witteman HO, Scherer LD. Combining deliberation and intuition in patient decision support. *Patient Educ Couns.* 2013;91(2):154-160.
99. Scherer LD, de Vries M, Zikmund-Fisher BJ, Witteman HO, Fagerlin A. Trust in deliberation: The consequences of deliberative decision strategies for medical decisions. *Health Psychol.* 2015;34(11):1090-1099.
100. Landmark AM, Svennevig J, Gulbrandsen P. Negotiating treatment preferences: Physicians' formulations of patients' stance. *Soc Sci Med.* 2015;149:26-36.
101. Kaplan RM, Frosch DL. Decision making in medicine and health care. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:525-556.
102. King A, Hoppe RB. "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *J Grad Med Educ.* 2013;5(3):385-393.
103. Blanc X, Collet TH, Auer R, et al. Publication trends of shared decision making in 15 high impact medical journals: a full-text review with bibliometric analysis. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2014;14:71.

104. Couët N, Desroches S, Robitaille H, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect.* 2015;18(4):542-561.
105. Légaré 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;184(13):E726-734.
106. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;96(3):281-286.
107. Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Tremblay S. Impact of the Ottawa Decision Support Framework on the agreement and the difference between patients' and physicians' decisional conflict. *Med Decis Making.* 2006;26(4):373-390.
108. Légaré F, Stacey D, Turcotte S, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(9):CD006732.
109. Légaré F, Turcotte S, Stacey D, Ratté S, Kryworuchko J, Graham ID. Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. *Patient.* 2012;5(1):1-19.
110. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu Rev Public Health.* 2014;35:29-45.
111. Fagerlin A, Zikmund-Fisher BJ, Ubel PA, Jankovic A, Derry HA, Smith DM. Measuring numeracy without a math test: development of the Subjective Numeracy Scale. *Med Decis Making.* 2007;27(5):672-680.
112. Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. *Can J Nurs Res.* 1997;29(3):21-43.
113. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med.* 2008;23(5):561-566.
114. Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns.* 2010;80(1):94-99.
115. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med.* 2004;36(8):588-594.
116. Dawson NV, Weiss R. Dichotomizing continuous variables in statistical analysis: a practice to avoid. *Med Decis Making.* 2012;32(2):225-226.
117. MacCallum RC, Zhang S, Preacher KJ, Rucker DD. On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychol Methods.* 2002;7(1):19-40.
118. Naggara O, Raymond J, Guilbert F, Roy D, Weill A, Altman DG. Analysis by categorizing or dichotomizing continuous variables is inadvisable: an example from the natural history of unruptured aneurysms. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2011;32(3):437-440.
119. Hart A, Smith WR, Tademy RH, McClish DK, McCreary M. Health decision-making preferences among African American men recruited from urban barbershops. *J Natl Med Assoc.* 2009;101(7):684-689.
120. Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to 'shared decision-making' approaches. *Health Expect.* 2001;4(3):151-161.
121. Ford S, Schofield T, Hope T. Observing decision-making in the general practice consultation: who makes which decisions? *Health Expect.* 2006;9(2):130-137.

122. Killip S, Mahfoud Z, Pearce K. What is an intracluster correlation coefficient? Crucial concepts for primary care researchers. *Ann Fam Med*. 2004;2(3):204-208.
123. Adams G, Gulliford MC, Ukoumunne OC, Eldridge S, Chinn S, Campbell MJ. Patterns of intra-cluster correlation from primary care research to inform study design and analysis. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(8):785-794.
124. Branda ME, LeBlanc A, Shah ND, et al. Shared decision making for patients with type 2 diabetes: a randomized trial in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:301.
125. Krones T, Keller H, Sönnichsen A, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2008;6(3):218-227.
126. Premji K, Upshur R, Légaré F, Pottie K. Future of family medicine: role of patient-centred care and evidence-based medicine. *Can Fam Physician*. 2014;60(5):409-412.
127. Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, et al. Measurement of shared decision making - a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2011;105(4):313-324.
128. Saba GW, Wong ST, Schillinger D, et al. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann Fam Med*. 2006;4(1):54-62.
129. Légaré F, Stewart M, Frosch D, et al. EXACKTE(2): exploiting the clinical consultation as a knowledge transfer and exchange environment: a study protocol. *Implement Sci*. 2009;4:14.
130. Pellerin MA, Elwyn G, Rousseau M, Stacey D, Robitaille H, Légaré F. Toward shared decision making: using the OPTION scale to analyze resident-patient consultations in family medicine. *Acad Med*. 2011;86(8):1010-1018.
131. Gagnon S, Labrecque M, Njoya M, Rousseau F, St-Jacques S, Légaré F. How much do family physicians involve pregnant women in decisions about prenatal screening for Down syndrome? *Prenat Diagn*. 2010;30(2):115-121.
132. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. *BMJ Open*. 2016;6(6):e010903.
133. Légaré F, Turcotte S, Robitaille H, et al. Some but not all dyadic measures in shared decision making research have satisfactory psychometric properties. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(12):1310-1320.
134. Turcotte S, Guerrier M, Labrecque M, et al. Dyadic validity of the Decisional Conflict Scale: common patient/physician measures of patient uncertainty were identified. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(8):920-927.
135. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns*. 2000;39(1):17-25.
136. Hudson B, Zarifeh A, Young L, Wells JE. Patients' expectations of screening and preventive treatments. *Ann Fam Med*. 2012;10(6):495-502.
137. Shepherd HL, Tattersall MH, Butow PN. Physician-identified factors affecting patient participation in reaching treatment decisions. *J Clin Oncol*. 2008;26(10):1724-1731.
138. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T, et al. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med*. 2010;70(5):763-768.
139. De Vito Dabbs A, Myers BA, Mc Curry KR, et al. User-centered design and interactive health technologies for patients. *Comput Inform Nurs*. 2009;27(3):175-183.
140. Searl MM, Borgi L, Chemali Z. It is time to talk about people: a human-centered healthcare system. *Health Res Policy Syst*. 2010;8:35.

Annexe A : Questionnaire des professionnels de la santé

QUESTIONNAIRE POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Ces questions nous aideront à savoir qui sont les professionnels de la santé de [nom de l'UMF] pour mieux interpréter les résultats de l'étude. Si vous avez des préoccupations au sujet du questionnaire, communiquez avec le personnel de recherche [nom de l'associé de recherche] ou [nom de l'étudiant]. Votre participation est tout à fait volontaire. Il est important de répondre à toutes les questions, mais si vous préférez ne pas répondre à l'une d'elle, il suffit de laisser un blanc. Veuillez noter que le masculin (par exemple « un médecin ») ou le féminin (par exemple « une infirmière ») sont utilisés sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

En général

1. Cochez, parmi les choix suivants, celui qui représente le mieux comment vous préférerez que se prenne une décision lorsque votre patient a reçu ou a en main les informations sur les meilleures preuves scientifiques disponibles :
 - Le patient prend seul(e) la décision
 - Le patient prend la décision, mais en considérant fortement mon opinion
 - Le patient et moi-même prenons la décision ensemble de façon égale
 - Je prends la décision, mais en considérant fortement l'opinion du patient
 - Je prends seul(e) la décision

Information démographique

2. Quel est votre sexe? (cochez une seule réponse)
 - Masculin
 - Féminin
 - Autre
3. Quel est votre âge? _____ ans
4. Êtes-vous : (cochez une seule réponse)
 - Un médecin
 - Un résident
 - Une infirmière praticienne
 - une infirmière diplômée
 - Autre professionnel de la santé, précisez, s'il vous plait _____
5. Depuis combien d'années pratiquez-vous? _____ ans ou moins d'un an
6. Depuis combien d'années pratiquez-vous à la clinique [nom de la clinique]? _____ ans ou moins d'un an
7. D'où êtes-vous originaire? : (cochez une seule réponse)
 - Province de Québec
 - Canada, hors Québec
 - Hors Canada
8. Depuis combien de temps vivez-vous au Québec? _____ an(s) (Si vous vivez au Québec depuis votre naissance inscrire votre âge; si vous vivez au Québec depuis moins d'un an inscrire « moins d'un » ou « <1 »)
9. À quel point parlez-vous et comprenez-vous :

	Pas du tout					Parfaitement
Le français	<input type="checkbox"/>					
L'anglais	<input type="checkbox"/>					
Une autre langue	<input type="checkbox"/>					
10. Considérez-vous faire partie d'une minorité visible? (cochez une seule réponse)
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
11. Considérez-vous être handicapé(e)? (cochez une seule réponse)
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

Pour chacune des questions suivantes, évaluez à quel point vous êtes à l'aise avec les actions décrites en cochant la case appropriée :

12. À quel point êtes-vous à l'aise de travailler avec les fractions mathématiques? *(cochez une seule case)*
-
- Pas du tout à l'aise Extrêmement à l'aise
13. À quel point êtes-vous à l'aise de travailler avec les pourcentages? *(cochez une seule case)*
-
- Pas du tout à l'aise Extrêmement à l'aise
14. À quel point êtes-vous à l'aise de calculer un pourboire de 15%? *(cochez une seule case)*
-
- Pas du tout à l'aise Extrêmement à l'aise
15. À quel point êtes-vous à l'aise d'évaluer combien coûtera un chandail s'il est réduit de 25%? *(cochez une seule case)*
-
- Pas du tout à l'aise Extrêmement à l'aise

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case représentant le mieux votre réponse :

16. Quand vous lisez le journal, à quel point trouvez-vous que les tableaux et les graphiques sont utiles à la compréhension? *(cochez une seule case)*
-
- Pas du tout utile Extrêmement utile
17. Quand on vous fait part des chances que quelque chose se produise, préférez-vous que ce soit en utilisant une expression composée de mots uniquement (« ça se produit rarement») ou par des chiffres (« il y a 1% de chance»)? *(cochez une seule case)*
-
- Toujours une préférence pour les mots Toujours en préférence pour les chiffres
18. Quand vous écoutez le bulletin météo, préférez-vous que les prévisions météorologiques soient exprimées en pourcentage (ex. « il y a 20% de chance qu'il y ait de la pluie aujourd'hui») ou par une phrase composée de mots uniquement (ex. « il y a une faible chance qu'il y ait de la pluie aujourd'hui»)? *(cochez une seule case)*
-
- Toujours une préférence pour les pourcentages Toujours en préférence pour les mots
19. Trouvez-vous l'information numérique utile? *(cochez une seule case)*
-
- Jamais Souvent

Nous vous remercions de votre participation!

Annexe B : Questionnaire du patient avant la consultation médicale

QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS (AVANT LA CONSULTATION)

Ces questions nous aiderons à mieux comprendre qui est la clientèle de [nom de la clinique]. Si vous avez des préoccupations au sujet du questionnaire, communiquez avec le personnel de recherche [nom de l'associé de recherche] ou [nom de l'étudiant]. Votre participation est tout à fait volontaire. Il est important de répondre à toutes les questions, mais si vous préférez ne pas répondre à l'une d'elle, il suffit de laisser un blanc. Veuillez noter que le masculin (par exemple « un professionnel de la santé ») est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Information démographique

- Êtes-vous ici pour consulter un professionnel de la santé (ex. médecin, infirmière, travailleur social, ou autre professionnel de la santé) pour vous-même ou accompagnez-vous quelqu'un qui vient consulter?
 Je viens consulter un professionnel de la santé pour moi-même.
 J'accompagne quelqu'un qui consulte un professionnel de la santé.
- Quel est votre sexe? (cochez une seule case)
 Masculin Féminin Autre
- Quel est votre âge? _____ ans
(Si le personne qui vient en consultation aujourd'hui est votre enfant, quel âge a votre enfant? _____ ans)
- Quel est le plus haut niveau d'éducation que vous ayez obtenue? (cochez une seule case) :
 Aucune éducation ou éducation de niveau primaire partiellement réussie Certificat ou diplôme d'un CÉGEP (DEC)
 Études primaires Baccalauréat (BAC)
 Diplôme d'études secondaires (DES) Maîtrise
 Certificat ou diplôme d'études professionnelles (DEP) Doctorat
- D'où êtes-vous originaire? : (cochez une seule réponse)
 Province de Québec Canada, hors Québec Hors Canada
- Depuis combien de temps vivez-vous au Québec? _____ an(s) (Si vous vivez au Québec depuis votre naissance inscrire votre âge; si vous vivez au Québec depuis moins d'un an inscrire « moins d'un » ou « <1 »)
- À quel point parlez-vous et comprenez-vous :

	Pas du tout					Parfaitement
Le français	<input type="checkbox"/>					
L'anglais	<input type="checkbox"/>					
Une autre langue	<input type="checkbox"/>					
- Considérez-vous faire partie d'une minorité visible? (cochez une seule case)
 Oui Non Je ne sais pas
- Considérez-vous être handicapé(e)? (cochez une seule case)
 Oui Non Je ne sais pas

Pour chacune des questions suivantes, évaluez à quel point vous êtes à l'aise avec les actions décrites en cochant la case appropriée :

- À quel point êtes-vous à l'aise de travailler avec les fractions mathématiques? (cochez une seule case)

Pas du tout à l'aise Extrêmement à l'aise

11. À quel point êtes-vous à l'aise de travailler avec les pourcentages? (cochez une seule case)
-
- Pas du tout à l'aise Extrêmement à l'aise
12. À quel point êtes-vous à l'aise de calculer un pourboire de 15%? (cochez une seule case)
-
- Pas du tout à l'aise Extrêmement à l'aise
13. À quel point êtes-vous à l'aise d'évaluer combien coûtera un chandail s'il est réduit de 25%? (cochez une seule case)
-
- Pas du tout à l'aise Extrêmement à l'aise

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case représentant le mieux votre réponse :

14. Quand vous lisez le journal, à quel point trouvez-vous que les tableaux et les graphiques sont utiles à la compréhension? (cochez une seule case)
-
- Pas du tout utile Extrêmement utile
15. Quand on vous fait part des chances que quelque chose se produise, préférez-vous que ce soit en utilisant une expression composée de mots uniquement (« ça se produit rarement») ou par des chiffres (« il y a 1% de chance»)? (cochez une seule case)
-
- Toujours une préférence pour les mots Toujours une préférence pour les chiffres
16. Quand vous écoutez le bulletin météo, préférez-vous que les prévisions météorologiques soient exprimées en pourcentage (ex. «il y a 20% de chance qu'il y ait de la pluie aujourd'hui») ou par une phrase composée de mots uniquement (ex. «il y a une faible chance qu'il y ait de la pluie aujourd'hui»)? (cochez une seule case)
-
- Toujours une préférence pour les pourcentages Toujours une préférence pour les mots
17. Trouvez-vous l'information numérique utile? (cochez une seule case)
-
- Jamais Souvent
18. Vous arrive-t-il de demander à quelqu'un de vous aider à lire des instructions, des brochures ou d'autres documents écrits que vous a donnés votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien? (cochez une seule case)
-
- Toujours Jamais
19. Vous sentez-vous capable de remplir des formulaires médicaux par vous-même? (cochez une seule case)
-
- Très Pas du tout
20. Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes à en savoir plus sur votre santé à cause de difficultés à comprendre les documents écrits? (cochez une seule case)
-
- Toujours Jamais

Nous vous remercions de votre participation!

Annexe C : Questionnaire du patient après la consultation médicale

QUESTIONNAIRE POUR LES PARTICIPANTS (APRÈS LA CONSULTATION)

Ces questions nous aident à mieux comprendre le déroulement de votre visite à [nom de l'UMF]. Si vous avez des inquiétudes, communiquez avec le personnel de recherche [nom de l'associé de recherche] ou [nom de l'étudiant gradué]. Votre participation est tout à fait volontaire. Il est important de répondre à toutes les questions qui vous sont pertinentes, mais si vous préférez ne pas répondre à l'une d'elle, il suffit de laisser un blanc. Veuillez noter que le masculin (par exemple « un professionnel de la santé ») est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

En général

1. En général, quand il s'agit d'une décision concernant votre santé et que vous avez reçu ou vous avez en main les informations sur les meilleures preuves scientifiques disponibles, comment préférez-vous que la décision se prenne? (cochez une seule réponse)
 Je prends seul la décision.
 Je prends la décision mais en considérant fortement l'opinion de mon professionnel de la santé (p. ex. médecin, infirmière, ou autre professionnel de la santé).
 Mon professionnel de la santé et moi prenons la décision ensemble de façon égale.
 Mon professionnel de la santé prend la décision en considérant fortement mon opinion.
 Mon professionnel de la santé prend seul la décision.

À propos de votre professionnel de la santé

2. Avant cette visite, aviez-vous déjà consulté ce professionnel de la santé? (cochez une seule réponse)
 Oui Non Je ne sais pas

À propos de votre visite

Notez SVP : Dans les questions suivantes, un **traitement** veut dire un médicament, une thérapie, une chirurgie, ou une autre intervention pour aider la santé.

3. Pendant la consultation, est-ce que le professionnel de la santé vous a parlé d'un traitement, d'un test ou d'un suivi à faire? (cochez une seule réponse)
 Oui Non Je ne sais pas

Si **oui**, veuillez préciser le traitement, le test ou le suivi à faire dont le professionnel de la santé vous a parlé:

Si **non** ou si **vous ne savez pas**, s'il vous plaît allez directement à la question numéro 6.

4. Pendant la consultation, est-ce que le professionnel de la santé vous a parlé des risques et des bénéfices du traitement, du test ou du suivi à faire? (cochez une seule réponse)
 Oui Non Je ne sais pas

Si **oui**, de quoi vous souvenez-vous?

4. Est-ce que le professionnel de la santé vous a parlé de chiffres concernant le traitement, le test ou un suivi à faire? (cochez une seule réponse)
- Oui Non Je ne sais pas

Si oui, de quels chiffres vous souvenez-vous?

5. Est-ce que le professionnel de la santé vous a demandé ce qui est important pour vous concernant le traitement, le test ou le suivi à faire? (cochez une seule réponse)
- Oui Non Je ne sais pas

Quelle que soit votre réponse, s'il vous plait, précisez brièvement ce qui est important pour vous concernant le traitement, le test ou le suivi à faire:

6. Pendant la visite d'aujourd'hui, est-ce qu'une décision a été prise concernant un traitement, un test ou un suivi à faire? (cochez une seule réponse)
- Oui Non Je ne sais pas

Si **non** ou si **vous ne savez pas**, vous avez fini le questionnaire. *Nous vous remercions de votre participation!*

Si **oui**, veuillez indiquer la décision (ou les décisions) et veuillez répondre aux autres questions plus bas. La décision (ou les décisions) prises(s) :

Pour la décision qui a été prise, évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les 9 énoncés. (cochez une seule case)

7. Mon professionnel de la santé m'a clairement indiqué qu'il fallait prendre une décision.

Totalement en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalement
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord d'accord

8. Mon professionnel de la santé a cherché précisément à savoir comment je souhaitais participer à la prise de décision.

Totalement en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalement
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord d'accord

9. Mon professionnel de la santé m'a informé(e) qu'il existe différentes options de traitement, de test ou de suivi pour mon problème de santé.

Totalem en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalem
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord

10. Mon professionnel de la santé m'a précisé les avantages et inconvénients de chacune des options de traitement, de test ou de suivi.

Totalem en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalem
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord

11. Mon professionnel de la santé m'a aidé(e) à comprendre l'ensemble des informations.

Totalem en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalem
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord

12. Mon professionnel de la santé m'a demandé quelle(s) option(s) de traitement, de test ou de suivi je préférerais.

Totalem en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalem
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord

13. Mon professionnel de la santé et moi avons pesé minutieusement le pour et contre des différentes options de traitement, de test ou de suivi.

Totalem en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalem
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord

14. Mon professionnel de la santé et moi avons choisi ensemble une option de traitement, de test ou de suivi.

Totalem en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalem
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord

15. Mon professionnel de la santé et moi avons pris une entente pour la suite concernant le traitement, le test ou le suivi.

Totalem en Largement en Plutôt en Plutôt d'accord Largement Totalem
désaccord désaccord désaccord d'accord d'accord

Nous vous remercions de votre participation!

Annexe D : Preuve de soumission de l'article

Submission Form

Manuscript Title: Occurrence of both core competencies of shared decision making in family medicine teaching clinics

MS Info: TEMP-758-16

MS Type: Original Research

Short Title: Risk Communication and Values Clarification in Family Medicine

Authors:

#	Name	Affiliation	Email Address
1	Gisèle Diendéré	Department of Family and Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Laval University, Québec, QC, Canada	gisele-glawdys.diendere
2	Selma Chipenda-Dansokho	Office of Education and Professional Development, Faculty of Medicine, Laval University, Québec, QC, Canada	Selma.Chipenda-
3	Rhéal Rocque	School of Psychology, Faculty of Social Sciences, Laval University, Québec, QC, Canada	rhea.rocque.1@ulaval.ca
4	Anne-Sophie Julien	Clinical Research Platform, Research Centre of the CHU de Québec, Laval University, Québec, QC, Canada	Anne-Sophie.Julien
5	France Légaré	Department of Family and Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Laval University, Québec, QC, Canada	France.Legare

**You have successfully submitted your manuscript
via the Rapid Review system.**

Your Manuscript Number (MS #) is: AFM-606-16, Version 1

Take note of these numbers for future reference.
You can log on to Rapid Review at any time to see the current status of your manuscript(s).

If you wish to contact the journal office, here's how:

Annals of Family Medicine
CWRU Family Medicine Research Div.
11000 Cedar Avenue, #402
Cleveland, OH 44106-7136

Phone: 216-368-0837
FAX: 216-274-6385
Email: AnnFamMed@case.edu

Thank You for Using the Rapid Review System!

✓ OK

Annexe E : Grille de codification complète

Grille de codification

A. CODES

1. Le contexte clinique (les raisons de consultation)

1.1 Le nombre de motifs de consultation

- Aucun problème spécifique
- un problème spécifique
- plusieurs problèmes spécifiques

1.2 Les types de motif de consultation

- Les raisons médicales : Classification basée sur **ICPC-2** (International Classification of Primary Care – 2nd Edition)

A = Général et non spécifié

B = Sang, système hématologique/immunologique.

D = Digestif

F = Œil

H = Oreille

K = Cardio-vasculaire

L = Ostéo-articulaire

N = Système Neurologique

P = Psychologique

R = Respiratoire: toux, congestion nasale

S = Peau: prurit, rougeur, peau sèche, éruption cutanée

T = Métabolique, nutritionnel, endocrinien

U = Système Urinaire

W = Grossesse, accouchement et planification familiale

X = Système génital féminin

Y = Système génital masculin

Z = Social

- Suivi de routine ou surveillance :
 - ✓ examen annuel ou bilan de santé
 - ✓ surveillances d'une grossesse
 - ✓ consultation de nouveau née ou de nourrisson
 - ✓ surveillances d'un traitement
 - ✓ résultat de tests : test diagnostic (biologie/imagerie); test de dépistage

- Référence à un autre professionnel de la santé

- Autres raisons de consultation: autorisation pour congé maladie, le clinicien souhaite rencontrer le patient

2. Prise de décision

2.1 Non

- Aucune décision
- Décision de continuer quelque chose dont on n'a pas besoin de discuter les risques et les bénéfices et/ou clarifier les valeurs et les préférences (Exemple : renouveler une prescription, «j'ai besoin d'un renouvellement. Ok voilà. Je vais te renouveler tes prescriptions»).

2.2 Oui

- Types de décision :
 - ✓ Commencer quelque chose
 - ✓ Continuer quelque chose
 - ✓ Arrêter quelque chose
 - ✓ Reporter la décision à plus tard
 - ✓ Ne pas faire quelque chose
 - ✓ Reporter l'action à plus tard (Exemple : on décide aujourd'hui de faire un test de dépistage à la prochaine visite)

3. Les raisons de prise de décision

3.1 Un traitement (médical, chirurgical)

3.2 Un test de diagnostic

3.3 Un test de dépistage

- 3.4 Un suivi de routine (Exemple : grossesse, bilan de santé annuel)
- 3.5 Un suivi de test ou de traitement
- 3.6 Des changements dans les habitudes de vie
- 3.7 Une référence à un spécialiste de la santé, référence à un professionnel allié de la santé
- 3.8. Une référence à un professionnel allié de la santé (Exemple : physiothérapeute, nutritionniste)

4. La discussion des risques

4.1 Non

4.2 Oui

- en termes de pertes (Risques)
- en termes de gains (Bénéfices)
- Absence de risque. Exemple (Ce n'est pas dangereux, Ce n'est pas grave).

4.3 Utilisation de chiffre

- Oui
 - Chiffre en probabilité
 - Chiffre de temps
- Non

4.4 Qui initie la discussion des risques

- le patient
- l'accompagnateur
- le clinicien

5. La clarification des valeurs

5.1 Non

5.2 Oui

5.3 Validation (Exemple : le clinicien demande au patient est-ce que ça vous va? Est-ce que c'est Ok. Si le patient explique il y a clarification des valeurs, sinon il n'y a pas de clarification des valeurs).

5.4 Qui initie la clarification des valeurs

- ✓ le patient
- ✓ l'accompagnateur
- ✓ le clinicien : - Le clinicien demande ce qui est important, il pose une question
- Élément déclencheur initié par le clinicien: le clinicien ne pose pas de question ouverte mais utilise des mots.

B. DÉFINITIONS

- **Une décision médicale**, c'est :
 - Une option thérapeutique (traitement médicale ou chirurgicale)

Exemple : commencer un traitement antalgique.

- Un test diagnostic (bilan sanguins, examens radio). Il se fait quand le patient a des symptômes.
- Un test de dépistage. Il se fait quand le patient n'as pas de symptôme et est à risque de développer la maladie selon ses antécédents médicaux.
- Un suivi (Exemple : on décide de se revoir, de fixer une autre consultation)
- Une décision de reporter la décision à plus tard (Exemple : je déciderai la prochaine fois si je fais ou pas le test de dépistage).
- Des changements dans les habitudes de vie (Exemple : décision de ne pas voyager à cause d'une grossesse jusqu'à terme, décision de faire des exercices physiques).
- Reporter la décision à plus tard.

Exemple 1

M : et à essayer autre chose. Je pense que ça va passer par de l'exercice régulier. Mais... léger. Mais régulier. Ça passe par là.

P : ok. Ça passe par là! Il faut que je me rentre dans la tête. [Soupire] je te dis que... les gênes ne sont pas forts là-dessus.

M; humm?

Exemple 2

M : bon. Pour la jambe, on va demander un test. On va le faire ici par l'infirmière. Pour vérifier encore le pouls et tout ça. Si ça montre que la circulation n'est pas bonne, on peut demander le doppler mais pour le moment, je ne demande pas d'emblée. C'est mieux quand même si vous faites encore de l'exercice.

Si vous faites des exercices, ça va augmenter la circulation. Ok? Avec le temps, votre jambe, votre corps va être habitué à l'exercice physique.

P : ah ok.

M : mais par contre, si ça fait trop mal. Si vous n'êtes pas capable de marcher, mais si vous avez des douleurs même quand vous ne marchez pas, il faut revenir en consultation.

P : ok

M : ok?

P : ouin.

- Référer à un spécialiste (Exemple Cardiologue, Chirurgien)
- Référer à un professionnel allié de la santé (Exemple : psychologues, pharmaciennes, nutritionniste, physiothérapeutes, pharmaciens)

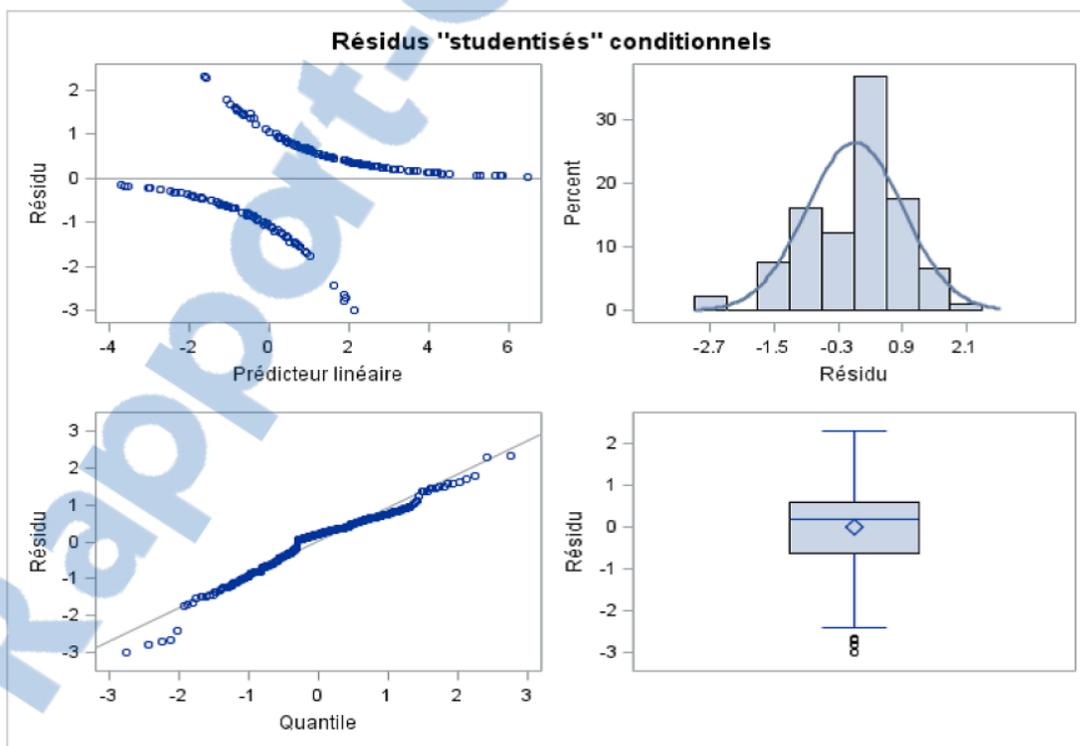
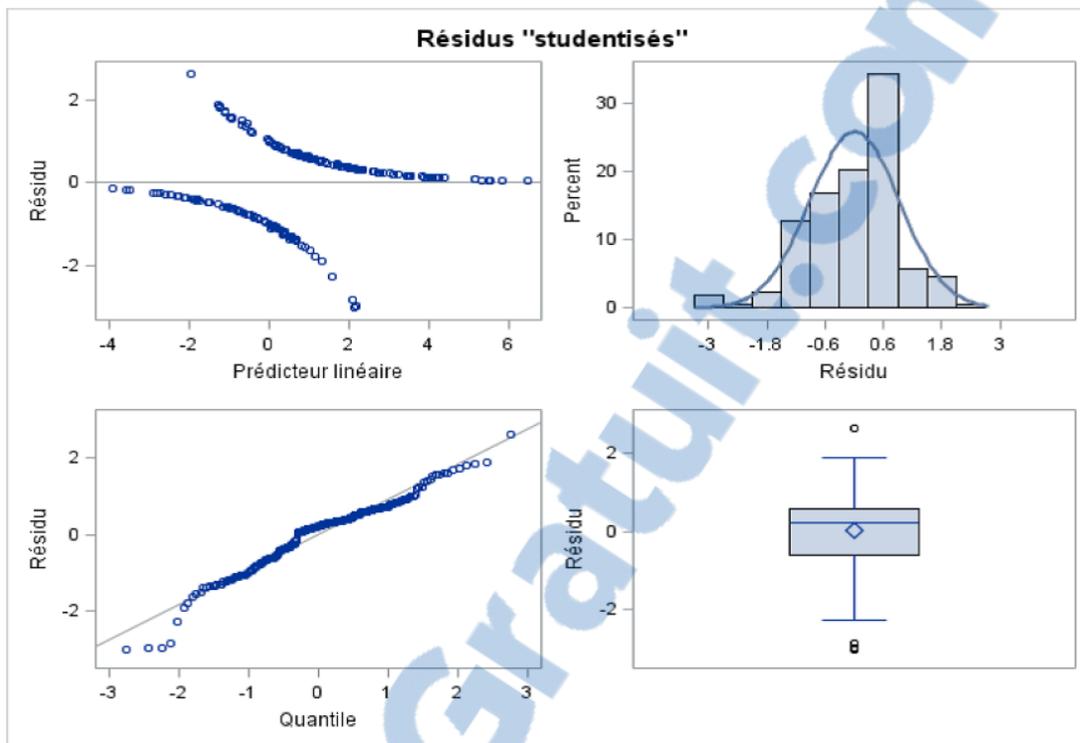
- **La raison de consultation** peut être une prise de décision si la décision finale est prise pendant la consultation

Exemple 1 : Venir faire un test de dépistage qui a été décidé avant n'est pas une décision actuelle

Exemple 2 : Venir pour choisir une pilule et la décision finale du type de pilule se prend durant la consultation équivaut à une prise de décision lors de la consultation

- **Un suivi de test ou de traitement** : on prend la décision de se revoir pour parler du test ou du traitement.
- **Une valeur** : Un attribut qui est important au patient. Le clinicien demande au patient de réfléchir sur les barrières personnelles. Exemple : Qu'est-ce que vous voyez? Qu'est-ce que vous préférez? Quels sont vos attentes?
- **Un risque/un bénéfice** : C'est la manière dont le clinicien présente la discussion sur les effets des options de prise de décision. Est-ce sous forme de :
 - risques/inconvénients: mauvaises choses que peuvent entraîner une option de la décision.
 - bénéfices/avantages: bonnes choses qui peuvent entraîner l'option de la décision;
- **Une discussion des risques et des bénéfices en chiffres** : Nous avons considéré seulement les chiffres qui décrivent les risques et les bénéfices (probabilité, chiffres de temps). Nous n'avons pas inclus l'âge, les données biométriques comme le poids, la taille et les chiffres de coûts en Dollards
- **Chiffre de probabilité** : (par exemple 30%, 5 personnes sur 100, 2 fois plus que la normale)
- **Chiffre de temps** : (par exemple le médicament dure 2 ans, il est efficace pendant 6h).
- **Qui initie la discussion du risque et/ou la clarification des valeurs** : C'est la personne qui aborde la question la première table. C'est cette personne qui dit que l'on devrait parler de risque ou de valeur.

Annexe F : Analyse des résidus du modèle



Annexe G : Multicolinéarité

Coefficient de corrélation de spearman	Durée de la consultation	Littéracie en santé	Âge des patients	Aisance des patients avec les chiffres	Aisance des cliniciens avec les chiffres	Âge des professionnels de la santé	Nombre d'année de pratique
Durée de la consultation	1	-0,144*	0,065	-0,449	-0,111	-0,215*	-0,173*
Littéracie en santé	-0,144*	1	-0,099	0,151*	0,004	0,055	0,095
Âge des patients	0,065	-0,099	1	-0,022	-0,058	0,065	0,041
Aisance des patients avec les chiffres	-0,449	0,151*	-0,022	1	-0,024	-0,120	-0,075
Aisance des cliniciens avec les chiffres	-0,111	0,004	-0,058	-0,024	1	0,218*	0,148*
Âge des professionnels de la santé	-0,215*	0,055	0,065	-0,120	0,218*	1	0,897*
Nombre d'année de pratique	-0,173*	0,095	0,041	-0,075	0,148*	0,897*	1

*Statistiquement significatif

Types et raisons de prise de décision (Coefficient Phi)	Arrêter quelque chose	Commencer quelque chose	Continuer quelque chose	Changements dans les habitudes de vie	Ne pas faire quelque chose	Référence à un autre professionnel de la santé	Référence à un spécialiste	Reporter l'action à plus tard
Arrêter quelque chose	1	0,018	0,055	0,025	0,001	-0,032	-0,007	-0,001
Commencer quelque chose	0,018	1	-0,178	0,165	0,069	0,202	0,163	-0,037
Continuer quelque chose	0,055	-0,178	1	0,121	-0,07	0,094	-0,061	-0,058
Changements dans les habitudes de vie	0,025	0,165	0,121	1	0,126	0,112	-0,012	-0,061
Ne pas faire quelque chose	0,001	0,069	-0,07	0,126	1	0,164	0,215	0,024
Référence à un autre professionnel de la santé	-0,032	0,202	0,094	0,112	0,164	1	0,011	0,085
Référence à un spécialiste	-0,007	0,163	-0,061	-0,012	0,215	0,011	1	0,179
Reporter l'action à plus tard *	-0,001	-0,037	-0,058	-0,061	0,024	0,085	0,179	1
Reporter la décision médicale à plus tard	-0,103	-0,114	0,101	0,208	0,064	0,187	0,087	0,114
Suivi de routine	-0,101	-0,253	0,283	-0,051	-0,119	-0,055	-0,089	0,010
Suivi de test ou de traitement	0,102	0,205	0,264	0,175	0,079	0,173	0,045	0,047
Test diagnostic	-0,113	0,184	0,126	0,11	0,057	0,043	0,021	0,047
Test de dépistage	0,024	0,103	0,117	0,04	0,185	0,048	-0,026	0,175
Traitement	0,166	0,118	-0,012	-0,018	0,19	-0,028	0,011	0,115
Raisons de consultation	-0,076	-0,200	-0,221	-0,057	-0,067	-0,060	-0,092	0,038
Nombre de décisions	0,141	0,367	0,307	0,263	0,322	0,250	0,130	0,203

* Une décision d'agir à une visite ultérieure (par exemple, décider de faire un test de dépistage à la visite suivante).

Types et raisons de prise de décision (Coefficient Phi)	Reporter la décision à plus tard	Suivi de routine	Suivi de test ou de traitement	Test diagnostic	Test de dépistage	Traitement	Raisons de consultation	Nombre de décisions
Arrêter quelque chose	-0,103	-0,101	0,102	-0,113	0,024	0,166	-0,076	0,295
Commencer quelque chose	-0,114	-0,253	0,205	0,184	0,103	0,118	-0,200	0,394
Continuer quelque chose	0,101	0,283	0,264	0,126	0,117	-0,012	0,221	0,357
Changements dans les habitudes de vie	0,208	-0,051	0,175	0,11	0,04	-0,018	-0,057	0,455
Ne pas faire quelque chose	0,064	-0,119	0,079	0,057	0,185	0,19	-0,065	0,469
Référence à un autre professionnel de la santé	0,187	-0,055	0,173	0,043	0,048	-0,028	-0,060	0,408
Référence à un spécialiste	0,087	-0,089	0,045	0,021	-0,026	0,011	-0,092	0,249
Reporter l'action à plus tard *	0,114	0,01	0,047	0,047	0,175	0,115	0,038	0,340
Reporter la décision médicale à plus tard	1	0,076	0,047	0,139	0,182	0,095	0,070	0,365
Suivi de routine	0,076	1	-0,466	-0,158	0,02	-0,245	0,3537	0,197
Suivi de test ou de traitement	0,047	-0,466	1	0,112	0,072	0,158	-0,236	0,440
Test diagnostic	0,139	-0,158	0,112	1	0,072	-0,053	0,027	0,419
Test de dépistage	0,182	0,02	0,072	0,072	1	0,037	0,117	0,475
Traitement	0,095	-0,245	0,158	-0,053	0,037	1	-0,134	0,441
Raisons de consultation	0,070	0,3537	-0,236	0,027	0,117	-0,134	1	0,129
Nombre de décisions	0,241	0,123	0,399	0,358	0,420	0,396	0,129	1

* Une décision d'agir à une visite ultérieure (par exemple, décider de faire un test de dépistage à la visite suivante).

Types et raisons de prise de décision (Coefficient Phi)	Sexe des patients	Niveau de scolarité des patients	Rôle préféré des patients dans le processus de décision	Provenance des patients	Familiarité avec le professionnel de la santé	Sexe des cliniciens	Rôle préféré des cliniciens dans le processus de décision	Provenance des cliniciens	Type professionnel de la santé
Arrêter quelque chose	0,105	0,036	0,192	0,024	0,007	-0,024	0,018	0,053	0,023
Commencer quelque chose	-0,173	0,193	0,053	0,083	-0,015	-0,117	0,033	0,098	0,027
Continuer quelque chose	0,126	0,077	0,135	0,100	0,025	0,081	-0,004	0,019	0,132
Changements dans les habitudes de vie	-0,031	0,103	0,019	0,067	-0,069	0,037	-0,044	0,081	0,195
Ne pas faire quelque chose	0,020	0,069	0,081	0,150	0,004	0,010	-0,015	0,124	0,113
Référence à un autre professionnel de la santé	-0,046	0,122	0,060	0,135	-0,009	0,061	-0,009	0,072	0,099
Référence à un spécialiste de la santé	0,017	0,191	0,170	0,044	0,025	-0,058	-0,055	0,082	0,100
Reporter l'action à plus tard *	0,050	0,079	0,120	0,066	-0,043	0,151	0,026	0,052	0,137
Reporter la décision médicale à plus tard	0,126	0,060	0,014	0,069	-0,022	0,006	0,033	0,119	0,065
Suivi de routine	0,272	0,168	0,190	0,085	0,152	0,073	0,032	0,052	0,122
Suivi de test ou de traitement	-0,126	0,122	0,081	0,062	-0,069	0,018	0,081	0,019	0,060
Test diagnostic	-0,085	0,063	0,120	0,069	-0,110	0,095	-0,018	0,135	0,052
Test de dépistage	0,046	0,141	0,137	0,082	-0,039	-0,043	0,036	0,095	0,144
Traitement	0,010	-0,029	0,141	0,153	0,062	0,029	0,099	0,070	0,176
Raisons de consultation	0,170	0,150	0,108	0,130	0,071	0,072	0,022	0,130	0,035
Nombre de décisions	0,056	0,095	0,114	0,169	0,105	0,077	0,014	0,072	0,184

* Une décision d'agir à une visite ultérieure (par exemple, décider de faire un test de dépistage à la visite suivante).

Coefficient de corrélation (Coefficient Phi)	Sexe des patients	Niveau de scolarité des patients	Rôle préféré des patients dans le processus de décision	Provenance des patients	Familiarité avec le professionnel de la santé	Sexe des cliniciens	Rôle préféré des cliniciens dans le processus de décision	Provenance des cliniciens	Type professionnel de la santé
Sexe des patients	1	0,149	0,200	0,064	-0,003	0,172	0,014	0,222	0,156
Niveau de scolarité des patients	0,149	1	0,083	0,308	0,021	0,071	0,039	0,101	0,223
Rôle préféré des patients dans le processus de décision	0,200	0,083	1	0,167	0,195	0,120	0,103	0,191	0,070
Provenance des patients	0,064	0,308	0,167	1	0,067	0,152	0,136	0,229	0,129
Familiarité avec le professionnel de la santé	-0,003	0,021	0,195	0,067	1	-0,055	0,082	0,215	0,326
Sexe des cliniciens	0,172	0,071	0,120	0,152	-0,055	1	-0,040		0,162
Rôle préféré des cliniciens dans le processus de décision	0,014	0,039	0,103	0,136	0,082	-0,040	1	0,226	0,219
Provenance des cliniciens	0,222	0,101	0,191	0,229	0,215	0,219	0,226	1	0,339
Type professionnel de la santé	0,156	0,223	0,070	0,129	0,326	0,162	0,219	0,339	1