

# Prise de décision partagée : traduction et validation d'une échelle de confort décisionnel du médecin

France LEGARÉ<sup>1,2</sup>, Ian D. GRAHAM<sup>2</sup>, Annette M. O'CONNOR<sup>2,3</sup>, James G. DOLAN<sup>4</sup>,  
Frédérique BÉLANGER-DUCHARME<sup>1</sup>

**Messages-clés** **Contexte** : La prise de décision partagée suscite un intérêt prononcé. Le confort décisionnel s'avère utile afin d'évaluer de manière concomitante le processus décisionnel du patient et celui du médecin. **But** : Le but de l'étude consistait à traduire en français et à évaluer les qualités psychométriques d'une échelle anglaise mesurant le niveau de confort décisionnel du médecin. **Sujets/Matériel** : Les 17 enseignants et 20 résidents d'une unité de médecine familiale de Québec furent sollicités afin de remplir l'échelle de confort décisionnel du médecin (ECD-M) après une rencontre clinique pour un total de 5 rencontres chacun. La validité manifeste a été évaluée à l'aide des commentaires des participants et la validité de construit, avec 4 énoncés supplémentaires. Compte tenu qu'un médecin complétait plus d'une ECD-M, une procédure de ré-échantillonnage aléatoire a été utilisée. La fiabilité fut estimée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et de son intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). **Résultats** : Trente-quatre participants ont complété l'ECD-M après un total de 99 rencontres cliniques. Utilisant tous les scores disponibles, la valeur moyenne du ECD-M fut 1,9 (ET = 0,5) sur une échelle allant de 1 (i.e. confortable) à 5 (i.e. inconfortable). Le coefficient alpha de Cronbach fut estimé à 0,82 (IC95 % = 0,81 à 0,83). **Conclusion** : Les qualités psychométriques de l'ECD-M permettent son utilisation dans les contextes francophones d'enseignement médical afin de faciliter l'apprentissage de la prise de décision partagée.

**Mots clés** Prise de décision partagée ; développement d'un outil de mesure ; psychométrie ; médecine ; résidents.

**Key learning points** **Context**: Shared decision-making is gaining in popularity. Decisional conflict is a useful construct to assess the quality of the decisional process of patients and physicians. **Aim**: The aim of this study was to translate into French and assess the validity and reliability of an existing English scale that measures decisional conflict in physicians. **Methods**: Seventeen clinical teachers and 20 residents from a family practice teaching unit were asked to fill their decisional conflict scale (ECD-M) after seeing a patient. They were asked to contribute for a total of 5 patients each. Face validity was assessed with comments from participants and construct validity, with 4 additional items. Because of the nesting nature of the database (i.e. one physician contributed for more than one observation), a bootstrap procedure was used to produce 50 random samples. The reliability of the ECD-M was assessed with the Cronbach alpha and its 95% confidence interval (95%CI). **Results**: Thirty-four participants filled a total of 99 ECD-M. Using all data, the mean score of the ECD-M was 1,9 (SD = 0,5) on a scale of 1 (i.e. comfortable) to 5 (i.e. uncomfortable). The Cronbach alpha was estimated at 0,82 (95%CI = 0,81 to 0,83). **Conclusion**: The validity and reliability of the ECD-M are acceptable. In order to support the teaching and learning of shared decision-making, the ECD-M can be used in French contexts of medical education.

**Key words** Shared decision-making ; psychometrics ; measurement ; physicians, residents.

*Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 216-222*

<sup>1</sup> Département de médecine familiale, Université Laval à Québec.

<sup>2</sup> Programme de doctorat en santé des populations, Institut de recherche en santé des populations, Université d'Ottawa.

<sup>3</sup> Chaire de recherche du Canada sur le support à la prise de décision en matière de santé, Université d'Ottawa

<sup>4</sup> Département de médecine, Unity Health System, Rochester, NY, Etats-Unis

Correspondance : France Légaré Unité de médecine familiale - Hôpital St-François d'Assise - 10 rue de l'Espinay - Québec, QC - G1L 3L5 - Tel. : 418 525 4 437 - Fax : 418 525 4 194 - mailto:France.legare@mfa.ulaval.ca et flega006@uottawa.ca

## Introduction

### La prise de décision partagée

La dernière décennie a connu l'explosion de recherches et d'écrits portant sur la prise de décision partagée. La prise de décision partagée est un processus décisionnel conjointement entrepris par le médecin et le patient<sup>1</sup>. Elle repose sur les meilleurs éléments de preuve portant sur les risques et bénéfices de toutes les options disponibles. Elle tient compte de l'établissement d'un contexte dans lequel les valeurs, préférences et opinions du patient sont explicitement recherchées et valorisées. La prise de décision partagée n'exclut pas la prise en considération des valeurs et préférences du médecin. Les responsabilités et droits de chacune des parties sont explicites. Des bénéfices sont attendus pour chacune des parties. La prise de décision partagée peut impliquer d'autres professionnels. Elle comprend la présentation claire par le médecin du caractère incertain entourant le meilleur choix (i.e. « équilibre » clinique)<sup>2</sup>.

### L'apprentissage et l'évaluation des compétences en matière de prise de décision partagée

Les résultats de recherches empiriques suggèrent que les résidents éprouvent de la difficulté à s'engager dans des processus décisionnels partagés<sup>3</sup>. Par exemple, lors d'entrevues de groupe, des résidents de médecine générale ont rapporté avoir tenté d'influer sur la décision du patient s'ils étaient convaincus que c'était la meilleure décision. Conséquemment, les chercheurs en pédagogie médicale et les enseignants se sont intéressés au développement des compétences en matière de prise de décision partagée<sup>4</sup>. Globalement, leurs travaux ont permis de constater que les étudiants en médecine étaient favorables à l'apprentissage de la prise de décision partagée. Toutefois, les objectifs d'apprentissage, les activités pédagogiques et les outils d'évaluation des programmes de médecine actuels nécessitaient d'être adaptés ou enrichis afin de supporter le développement des compétences en matière de prise de décision partagée.

### Modèle d'Aide à la Décision de l'Équipe d'Ottawa (MADÉO)

Ce modèle a été développé afin de guider l'élaboration d'interventions permettant de préparer les patients et les

professionnels de la santé à la prise de décision partagée<sup>5</sup>. Une des contributions importantes de ce cadre conceptuel est de situer le conflit décisionnel\* comme un des éléments-clés de la prise de décision en contexte d'incertitude. Dans une ère où l'incertitude est une caractéristique fondamentale de la prise de décision éthique et clinique en santé, l'apport de ce modèle est majeur<sup>6</sup>. Le MADÉO procure les fondements théoriques, méthodologiques et empiriques qui permettent l'élaboration d'interventions favorisant la prise de décision en contexte d'incertitude. Le but de ces interventions est l'amélioration de la qualité du processus décisionnel par l'intermédiaire des déterminants modifiables de la prise de décision.

### Le conflit décisionnel

Le concept de conflit décisionnel s'avère utile afin d'évaluer l'impact d'interventions supportant la prise de décision en matière de santé des patients. Le conflit décisionnel se définit comme une incertitude quant à l'option à privilégier lors d'une prise de décision impliquant un choix parmi des options contradictoires auxquelles sont potentiellement associées des risques, pertes, regrets ou se situant en contradiction avec des valeurs personnelles<sup>7</sup>. Il est une mesure du confort décisionnel et par conséquent, un indicateur de la qualité du processus décisionnel d'un individu. En effet, un conflit décisionnel élevé indique un confort décisionnel faible et un conflit décisionnel faible indique un confort décisionnel élevé. Il se mesure avec l'Échelle de Conflit Décisionnel (ÉCD)<sup>7</sup>. L'ÉCD répond aux besoins exprimés par les experts de la prise de décision partagée<sup>8</sup>. L'ÉCD a été largement utilisée dans des études ayant porté sur la prise de décision des patients<sup>9</sup>. L'ÉCD a été traduit en plusieurs langues dont en langue française. Dans le but de mieux évaluer les processus décisionnels partagés, Dolan<sup>10</sup> a proposé de combiner la perspective du patient à celle de son médecin. Il s'est inspiré de l'ÉCD afin de produire une échelle de mesure du conflit décisionnel du médecin (ÉCD-M)<sup>10</sup>. À notre connaissance, cinq études (i.e. incluant la présente étude) ont été complétées avec l'ÉCD-M. Lors de la première étude réalisée auprès d'internistes et de résidents de médecine interne, le score moyen de l'ÉCD-M fut 2,3 avec un écart-type (ÉT) de 0,6, une valeur minimale de 1 et une valeur maximale de 3,9<sup>10</sup>. Le coefficient alpha de Cronbach était estimé à 0,90 avec un intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) de 0,87 à 0,92. La validité de construit observée était excellente avec des corrélations négatives attendues et statistiquement significatives allant de -0,53 à -0,67. L'ÉCD-M était corrélée avec la qualité perçue de la décision.

\* Dans le modèle des connaissances portant sur la prise de décision partagée, les chercheurs anglo-saxons ont retenu le concept « conflit décisionnel » issu de la psychologie cognitive. Toutefois, comme on le verra plus loin dans la section résultats, les médecins et résidents ayant participé à la présente étude ont préféré traduire ce concept par « confort décisionnel ».

# Concepts et Innovations

Dans une seconde étude réalisée auprès de 6 internistes et de 74 patients devant prendre une décision en matière de dépistage du cancer colorectal, le score moyen de l'ÉCD-M fut 2,2 (ÉT = 0,4) avec une valeur minimale de 1,5 et une valeur maximale de 3,5. Le coefficient alpha de Cronbach fut estimé à 0,79 (IC 95 % non disponible). Lors d'une analyse secondaire d'un essai clinique randomisé réalisé avec 40 médecins de famille canadiens et 185 patientes devant discuter une prescription d'hormonothérapie de remplacement, le score moyen de l'ÉCD-M fut 2,2 (ÉT = 0,5), la valeur minimale, 1 et la valeur maximale, 3,4. Le coefficient alpha de Cronbach fut estimé à 0,79 (IC 95 % non disponible)<sup>11</sup>. Enfin, lors d'une étude australienne récente sur la décision de médecins généralistes de prescrire un test de PSA suite à la lecture d'une vignette clinique, les chercheurs ont utilisé 9 des 12 items de l'ÉCD-M. Les chercheurs n'ont pas utilisé les 3 items de l'ÉCD-M qui demandaient de se référer à un vrai patient. Ils ont obtenu un coefficient alpha de Cronbach de 0,71 en pré-test et de 0,93 en post-test. En résumé, les données rapportées à ce jour sur les qualités psychométriques de l'ÉCD-M obtenues dans le cadre d'études anglo-saxonnes semblent adéquates.

Compte tenu de l'intérêt grandissant pour les processus décisionnels partagés en médecine, des fondements conceptuels de l'ÉCD et de l'ÉCD-M, de la capacité de combiner les perspectives concomitantes du patient et de son médecin face au processus décisionnel et de l'absence d'une échelle de conflit décisionnel du médecin en langue française, une étude a été conduite dans une unité de médecine familiale du Québec. Son objectif premier était de traduire, valider et évaluer les qualités psychométriques de la mesure de conflit décisionnel du médecin en contexte francophone.

## Matériels et méthodes

### Participants

Un échantillon de circonstance a été constitué. Les 17 enseignants et 20 résidents d'une unité de médecine familiale du réseau d'enseignement du département de médecine familiale de l'université Laval à Québec ont été sollicités afin de compléter l'ÉCD-M après une rencontre clinique avec un patient. Les médecins et résidents étaient sollicités pour un total de 5 rencontres chacun. Il n'y avait aucune restriction sur la nature de la décision faisant l'objet de la mesure ni sur l'âge du patient.

### Collecte des données

Avant le début d'une demi-journée de consultation par un médecin ou un résident, un questionnaire auto-admi-

nistré était déposé sur tous les dossiers des patients enregistrés. Les médecins et les résidents avaient été instruits d'identifier les rencontres cliniques dans lesquelles une décision avait été prise. A la fin de la rencontre clinique, le médecin ou le résident devait compléter sa propre échelle de mesure de conflit décisionnel en lien avec la décision retenue pour les buts de l'étude. Les questionnaires des médecins étaient colligés par une professionnelle de recherche en fin de journée.

### Outil de mesure

Respectant les consignes de traduction d'échelles<sup>12</sup>, l'ÉCD-M a été traduite en français par un des auteurs (FL) et re-traduite en langue anglaise par un collègue anglophone, médecin de famille ayant plusieurs années d'expérience. Une traductrice professionnelle a été consultée. Une première version a fait l'objet d'un consensus entre 3 médecins de l'équipe où se situait l'étude. La version finale est présentée au *Tableau 1*. Chacun des 12 énoncés est mesuré sur une échelle de Likert à 5 niveaux (i.e. 1 = fortement en accord à 5 = fortement en désaccord). Les scores attribués à chacun des 5 niveaux de l'échelle de Likert doivent être renversés pour les énoncés dont la formulation est exprimée négativement. Par conséquent, pour les énoncés 1, 8, 10 et 12, l'échelle de Likert à 5 niveaux devient : 1 = fortement en désaccord à 5 = fortement en accord. En contraste avec la première étude en langue anglaise qui calculait la somme totale de tous les énoncés<sup>10</sup> la somme de tous les énoncés est divisée par 12 résultant en un score total de 1 (i.e. confort décisionnel élevé) à 5 (i.e. confort décisionnel faible). Cette décision a été prise afin de pouvoir établir une correspondance directe (i.e. une mesure d'accord) avec l'ÉCD dont le score total va de 1 (i.e. confort décisionnel élevé) à 5 (i.e. confort décisionnel faible). A cette étape-ci de son développement, seul un score total de l'ÉCD-M est calculé. Quatre énoncés supplémentaires ont été inclus dans le but de vérifier la validité de construit de l'ÉCD-M. Deux énoncés portaient sur la satisfaction du médecin face à son implication et à celle de son patient dans la prise de décision. Un énoncé traitait de la perception du médecin quant à la satisfaction du patient face à la décision. Nous avons émis l'hypothèse *a priori* que l'ÉCD serait positivement corrélée à ces trois items. Un dernier énoncé portait sur la perception du médecin face à la difficulté du patient à prendre une décision. Nous avons émis l'hypothèse *a priori* que l'ÉCD serait négativement corrélée à cet item. Ces énoncés ont été inspirés par un questionnaire utilisé dans le cadre d'un essai clinique randomisé par une équipe anglo-saxonne<sup>11</sup>. Les médecins devaient aussi indiquer la nature de la décision, la date de la rencontre et le numéro de dossier du patient.

**Tableau 1 :**  
**Échelle de confort décisionnel du médecin (ÉCD-M)**

*Suite à votre rencontre avec le patient, nous souhaitons connaître votre perception à l'égard de la décision qui a été prise. S'il vous plaît, veuillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à votre perception pour chacun des énoncés suivants en cochant la case appropriée selon votre degré d'accord/désaccord :*

1. Cette décision a été difficile à prendre.
2. Il a été facile d'identifier tous les facteurs qui influençaient la décision.
3. Étant donné cette situation précise, je suis satisfait du processus qui a mené à cette décision.
4. Quand la décision a été prise, il a été facile de juger si les bénéfices qui y sont associés étaient plus importants que les risques.
5. Je crois que le patient comprend pleinement les risques et les bénéfices associés à la décision qui a été prise.
6. La meilleure option pour le patient était clairement identifiable.
7. Je crois que le patient va adhérer à la décision qui a été prise.
8. Je n'étais pas certain de la meilleure option pour ce patient.
9. Je comprends parfaitement le point de vue du patient à l'égard des facteurs qui sont importants pour lui dans la prise de cette décision.
10. J'ai eu de la difficulté à prendre une décision parce que les informations importantes n'étaient pas disponibles ou n'étaient pas accessibles aisément.
11. Je suis satisfait de la décision qui a été prise.
12. Au moment de prendre une décision, je n'en savais pas assez sur les autres options possibles.

**Énoncés supplémentaires servant à évaluer la validité de construit :**

13. Je suis satisfait de mon implication dans la prise de décision.
14. Je suis satisfait de l'implication du patient dans la prise de décision.
15. Selon moi, ce patient a de la difficulté à prendre une décision.
16. Selon moi, ce patient est satisfait de la décision qui a été prise.

## Analyses

Dans un premier temps, utilisant toutes les observations, des analyses univariées (i.e. moyenne, écart-type, valeur minimum, valeur maximum et pourcentage de valeurs manquantes) ont été réalisées. À l'aide de 4 énoncés supplémentaires, la validité de construit a été vérifiée en utilisant le coefficient de corrélation  $\rho$  de Spearman. Dans le but d'établir l'acceptabilité et la validité manifeste de l'ÉCD-M, le projet de recherche et l'échelle ont fait l'objet d'une discussion lors d'une réunion de tous les enseignants cliniciens. Les commentaires des participants ont aussi été colligés. Dans un deuxième temps, compte tenu qu'un médecin complétait plus d'une ÉCD-M (i.e. non-indépendance des observations), une procédure de ré-échantillonnage aléatoire a été utilisée. À l'aide de la procédure « *The Survey Select Procedure* » offerte par SAS v. 8, 50 ré-échantillonnages aléatoires dans lesquels chacun des médecins contribuait pour une seule observation furent effectués. Ceci correspond à une procédure de « *bootstrapping* » avec remplacement, c'est-à-dire, qu'à chaque fois qu'une procédure de ré-échantillonnage est

effectuée, toutes les réponses de chacun des médecins et résidents sont remis dans la banque de données. Par conséquent, le nombre de ré-échantillonnage peut dépasser le nombre de participants. La fiabilité de l'outil a été établie à l'aide du coefficient alpha de Cronbach moyen et de son IC à 95 %.

## Résultats

L'équipe d'enseignants cliniciens a unanimement accepté de participer au projet. Les enseignants ont trouvé que le projet était pertinent pour la pratique en médecine familiale. Un total de 34 médecins et résidents (i.e. 24 femmes et 10 hommes) ont accepté de participer à l'étude. Seize enseignants possédant en moyenne 13 ans de pratique ( $\text{ÉT} = 2$ ), 12 résidents de deuxième année et 6 résidents de première année ont complété un total de 99 ÉCD-M. De façon générale, les médecins et les résidents ont jugé que l'ÉCD-M mesurait leur niveau de conflit décisionnel (i.e. validité manifeste). Ils ont remarqué que les énoncés étaient clairs mais redondants. Ils ont suggéré d'utiliser le terme « confort décisionnel » plutôt que « conflit déci-



# Concepts et Innovations

sionnel » par crainte de confondre le concept mesuré avec celui du conflit interpersonnel avec un patient. Par conséquent, nous avons renommé l'échelle en fonction du concept de « confort décisionnel ». Aucun participant ne s'est plaint de la longueur de l'échelle ni du temps requis à la compléter.

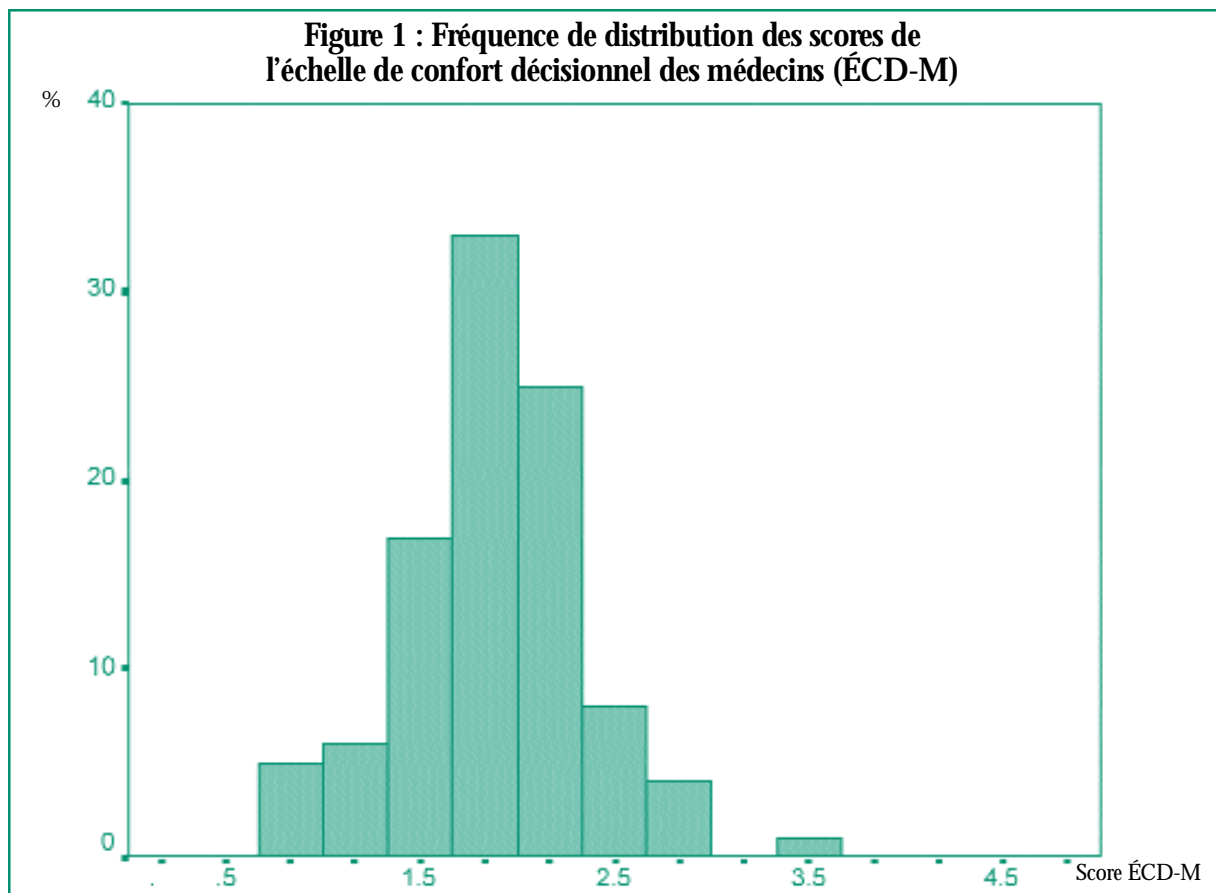
Pour les 83 décisions pour lesquelles l'information était disponible, celles portant sur le choix entre 2 médicaments représentaient 46 % de l'ensemble de ces décisions, suivies de celles traitant de la prochaine visite (16 %), du choix d'un autre traitement excluant les médicaments (14 %), de l'investigation (14 %), de la référence à un spécialiste (6 %) et de la vaccination (4 %). Nous n'avons pas jugé adéquat de comparer les scores moyens de l'ÉCD-M entre chacune des différentes catégories de décision ni entre chacune des catégories de médecin (i.e. enseignants, résidents 1 et 2). En effet, compte tenu de la taille réduite d'échantillon et de la non-indépendance des observations (i.e. un médecin complétait plus d'une ÉCD-M), il n'était pas indiqué de réaliser de telles analyses. Il n'y a eu aucune réponse manquante pour chacun des 12 items composant l'échelle. Utilisant tous les scores disponibles, la valeur moyenne de l'ÉCD-M fut de 1,9 (ÉT = 0,5) avec

une valeur minimale de 1,0 et une valeur maximale de 3,5. Une asymétrie vers la gauche a été observée (Figure 1). Les corrélations observées entre l'ÉCD-M et les énoncés supplémentaires 13, 14, 15 et 16 furent dans les directions conformes aux hypothèses *a priori* et statistiquement significatives : 0,69, 0,46, -0,49 et 0,55 respectivement ( $p < 0,0001$ ). Utilisant 50 ré-échantillonnages aléatoires, le coefficient alpha de Cronbach a été estimé à 0,82 (IC95 % = 0,81 à 0,83).

## Discussion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude de traduction et de validation en langue française de l'ÉCD-M. Les résultats de cette étude contribuent à l'avancement des connaissances parce qu'ils ajoutent aux données sur la validité et fiabilité de l'ÉCD-M connues à ce jour. De plus, ils suggèrent une nouvelle façon de déterminer le score total de l'échelle. Les résultats de l'étude suggèrent aussi une nouvelle façon de la nommer qui respecte la sensibilité des médecins et résidents dans le domaine de la prise de décision partagée. Enfin, dans le domaine de recherche portant sur les pratiques médicales, les cher-

Figure 1 : Fréquence de distribution des scores de l'échelle de confort décisionnel des médecins (ÉCD-M)



cheurs font souvent face à la non-indépendance des données (i. e plusieurs patients vus par un même médecin ou groupe de pratique)<sup>13</sup>. Ainsi, un des postulats de base requis pour les analyses statistiques envisagées, l'indépendance des données, n'est plus respectée. Lors du développement d'un instrument de mesure qui doit être complété par un médecin à la fin d'une rencontre clinique, cette situation peut se produire si le médecin est sollicité pour plus d'une rencontre. Il est donc nécessaire d'en tenir compte lors des analyses et c'est ce que nous avons fait.

Dans le domaine de la mesure, les fondements conceptuels et théoriques des instruments sont des éléments importants<sup>14</sup>. L'ÉCD-M tel l'ÉCD a le mérite d'être basé sur le MADÉO, un cadre conceptuel qui a démontré son utilité dans plusieurs recherches<sup>5,9</sup>. Outre l'évaluation du niveau de confort décisionnel du médecin et du résident, l'ÉCD-M comporte un intérêt supplémentaire : il peut être combiné à une mesure de confort décisionnel du patient. Dans un premier temps, il peut être mis en relation à l'ÉCD à l'aide d'une statistique d'accord. Par exemple, l'utilisation d'un coefficient de corrélation intraclassé entre les scores de l'ÉCD-M et ceux de l'ÉCD pourrait permettre de saisir l'atteinte d'un terrain d'entente par le médecin et son patient<sup>15</sup>. L'accord entre le ÉCD-M et le ÉCD est sensible à une intervention structurée de support à la prise de décision partagée<sup>11</sup>. Par conséquent, il est possible que cette utilisation combinée des deux échelles de confort décisionnel puisse être en mesure d'évaluer la réussite d'un processus décisionnel partagé. Toutefois, des études supplémentaires doivent être réalisées dans ce domaine. Dans un deuxième temps, une différence de score entre le ÉCD et le ÉCD-M peut être utilisée comme variable dépendante dans une analyse multivariée. Les résultats de ce type d'analyse pourraient permettre de mettre en évidence les facteurs influant sur l'atteinte d'un terrain d'entente entre le médecin et son patient.

Malgré l'intérêt que présentent les résultats de l'étude, celle-ci comporte plusieurs lacunes. Premièrement, nous avons laissé aux médecins et résidents la liberté de choisir les rencontres cliniques pour lesquelles ils avaient le sentiment qu'une décision avait été prise. Ainsi, nous ne pouvons pas inférer que les résultats sont représentatifs de la pratique de ces médecins ni de ces résidents. Deuxièmement, les participants devaient solliciter les patients afin de piloter une technique de recrutement pour une étude ultérieure. L'ensemble de ces contraintes a possiblement amené les médecins et résidents à choisir des situations cliniques portant sur des décisions avec un plus grand confort décisionnel. Ceci est cohérent avec une asymétrie du score de l'ÉCD-M vers la gauche. Troisièmement, préalablement à leur participation au

projet, les participants n'ont pas reçu de formation sur le modèle conceptuel, le MADÉO, ni sur l'ÉCD-M. Il aurait été préférable de pouvoir tenir quelques entrevues de groupe afin de solliciter à la base les items pouvant être inclus dans une échelle de confort décisionnel du médecin. Certains énoncés portaient sur « cette décision » (i.e. une décision prise en relation avec l'autre) et d'autres énoncés portaient sur « la décision » (i.e. la décision prise par le médecin). Par conséquent, il est possible que les participants n'aient pas bien compris les questions. Toutefois, les chercheurs tendent à sous-estimer les efforts requis dans le développement de nouveaux instruments de mesure<sup>16</sup>. Bien que l'ÉCD-M n'ait pas fait l'objet d'un tel processus, elle s'inspire de l'ÉCD maintenant reconnue comme une mesure de référence dans le domaine de la prise de décision des patients<sup>9</sup>. De plus, l'ensemble des données rapportées à ce jour indique que les qualités psychométriques de l'ÉCD-M semblent adéquates. Ainsi, l'utilisation de l'ÉCD-M est cohérente avec l'opinion de certains experts qui croient que les développements les plus prometteurs dans le domaine de la mesure pourraient venir de travaux se basant sur des instruments de mesure existants<sup>17</sup>. Finalement, compte tenu de la non-indépendance des observations, la taille d'échantillon ( $n = 34$  médecins et résidents) est à la limite d'une taille d'échantillon permettant des analyses statistiques adéquates (i.e. environ  $n = 30$ ).

## Conclusion

L'ÉCD-M semble adaptée aux contextes d'enseignement de la résidence en médecine familiale francophone. Puisqu'elle peut être combinée à une version-patient<sup>7</sup>, elle permet de trianguler différentes perspectives<sup>18</sup>. Par conséquent, elle contribue à améliorer notre compréhension du processus décisionnel partagé et à en supporter l'enseignement ainsi que l'évaluation. De plus, elle a le potentiel de constituer un exercice de réflexivité pour le résident en formation<sup>19</sup>. Toutefois, des études supplémentaires demeurent nécessaires afin d'évaluer si la structure factorielle de l'ÉCD-M respecte le cadre conceptuel d'origine et si elle est sensible à des interventions éducatives.

# Concepts et Innovations

## Remerciements

Les auteurs remercient toute l'équipe d'enseignants et résidents de l'unité de médecine familiale de l'hôpital St François d'Assise du Centre Hospitalier Universitaire de Québec pour leur collaboration exceptionnelle à cette étude. Ils remercient les Drs Roland Grad, Fabien Lavoie,

Martin Fortier, M<sup>me</sup> Hélène Régimbald et M<sup>me</sup> Lucile Turcot-Lemay pour leur contribution inestimable. Dans le cadre d'une activité académique de recherche pour les résidents de médecine familiale, le projet a reçu l'autorisation officielle de la direction des services professionnels du Centre Hospitalier Universitaire de Québec.

France Légaré est supportée par une bourse de recherche de l'Institut des services et politiques de santé des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Ian Graham est supporté par une bourse de nouveau chercheur des IRSC.

## Références

1. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999 ; 319 : 766-771.
2. 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 : 892-899.
3. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 1999 ; 319 : 753-756.
4. McKeown RE, Reininger BM, Martin M, Hoppmann RA. Shared decision making: views of first-year residents and clinic patients. *Acad Med* 2002 ; 77 : 438-445.
5. O'Connor AM, Tugwell P, Wells GA, Elmslie T, Jolly E, Hollingworth G, McPherson R, Bunn H, Graham I, Drake E. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. *Patient Educ Couns* 1998 ; 33 : 267-279.
6. Parascandola M, Hawkins J, Danis M. Patient autonomy and the challenge of clinical uncertainty. *Kennedy Inst Ethics J* 2002 ; 12 : 245-264.
7. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making* 1995 ; 15 : 25-30.
8. Entwistle VA, Sowden AJ, Watt IS. Evaluating interventions to promote patient involvement in decision-making: by what criteria should effectiveness be judged? *J Health Serv Res Policy* 1998 ; 3 : 100-107.
9. O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, Entwistle V, Rostom A, Fiset V, Barry M, Jones J. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2003*. Oxford: Update Software.
10. Dolan JG. A method for evaluating health care providers' decision making: the Provider Decision Process Assessment Instrument. *Med Decis Making* 1999 ; 19 : 38-41.
11. Légaré F, O'Connor A, Graham I, Wells G, Jacobsen MJ, Elmslie T & Drake E. The effect of decision aids on the agreement between women's and physician's decisional conflict about hormone replacement therapy. *Patient Educ Couns* 2003 ; 50 : 211-221.
12. Vallerand R, Halliwell W. One method of trans-cultural validation of psychological questionnaires: implications for sports psychology. *Can J Appl Sport Sci* 1983 ; 8 : 9-18.
13. Campbell MK, Mollison J, Steen Nick, Grimshaw JM, Eccles M. Analysis of cluster randomized trials in primary care: a practical approach. *Family Practice* 2000 ; 17 : 192-196.
14. McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. Second Edition.* Oxford: Oxford University Press, 1996.
15. Brown JB, Weston WW, Stewart MA. *Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground.* *Can Fam Physician* 1989 ; 35 : 153-157.
16. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurements Scales. A practical guide to their development and use.* Oxford: Oxford medical publications, 1995.
17. Wilkin D, Hallam L, Doggett M-A. *Measures of Need and Outcome for Primary Health Care.* Oxford: Oxford University Press, 1992.
18. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000 ; 51 : 1087-1110.
19. Fish D, Coles C. *Developing Professional Judgement in Health Care. Learning through the critical appreciation of practice.* Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998.