

Un réseau de recherche en 1<sup>ère</sup>  
ligne dédié à la décision  
partagée: opportunités pour la  
recherche sur l'efficacité  
comparative et l'application des  
connaissances

France Légaré  
MD PhD  
CCMF, FCMF  
Professeure titulaire  
Département de  
médecine familiale et  
médecine d'urgence





**Frank Owen Gehry**



# Objectifs

---

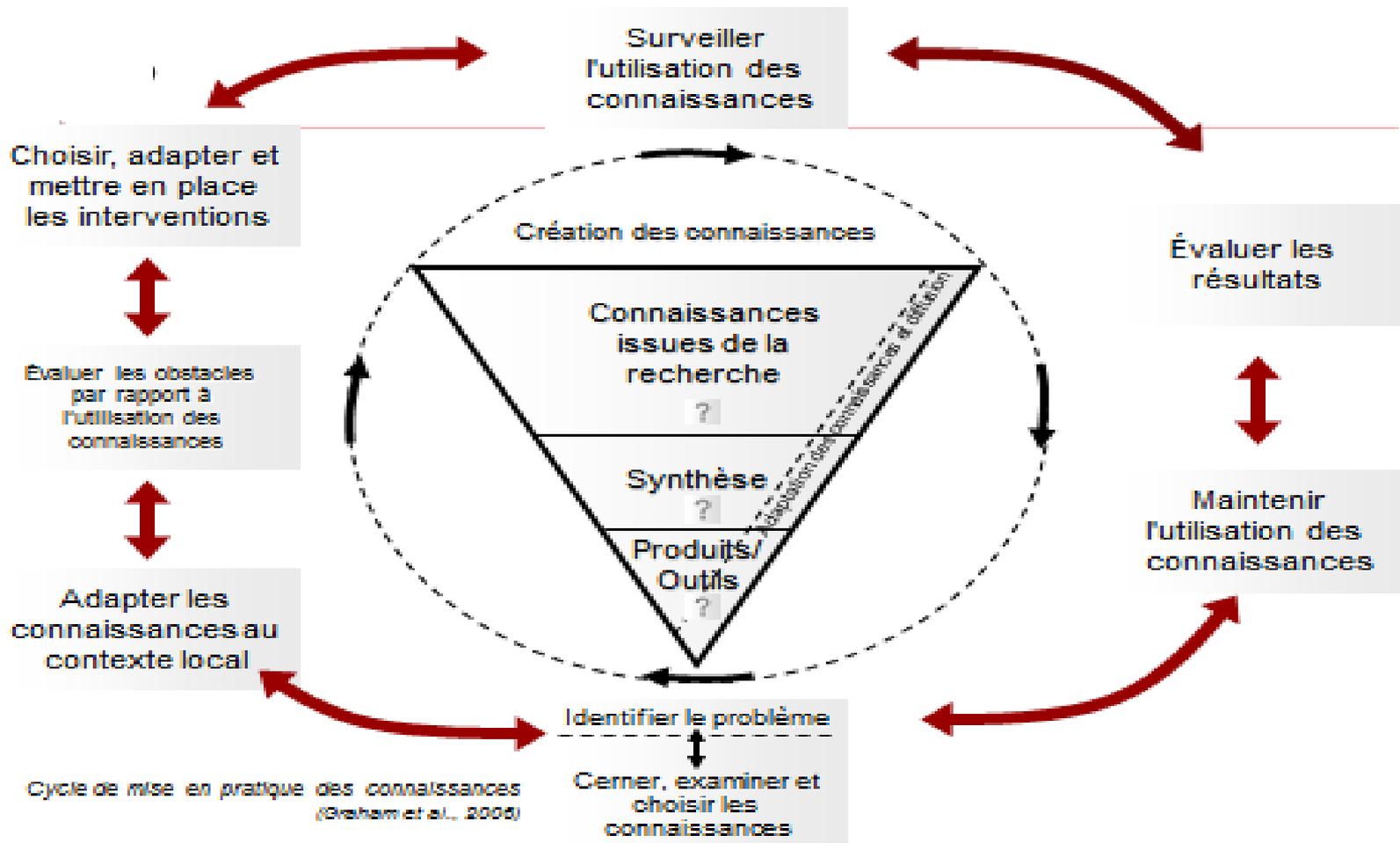
- Résumer les activités et livrables d'un réseau de recherche axé sur les pratiques de la 1<sup>ère</sup> ligne (RRAPPL) dédié à la décision partagée
- Discuter de la pertinence du réseau en matière de recherches portant sur l'efficacité comparative et l'application des connaissances
- Identifier les leçons et défis futurs

# Qu'est ce qu'un RRAPPL?

---

- Dédié au renforcement de la recherche et à l'application des connaissances en 1<sup>ère</sup> ligne
- Cliniciens, patients et chercheurs travaillent ensemble pour répondre aux questions générées dans les milieux de pratique et jugées prioritaires
- Regroupement de cliniques de 1<sup>ère</sup> ligne

# Des connaissances à la pratique



# Clinique médicale c. 2005

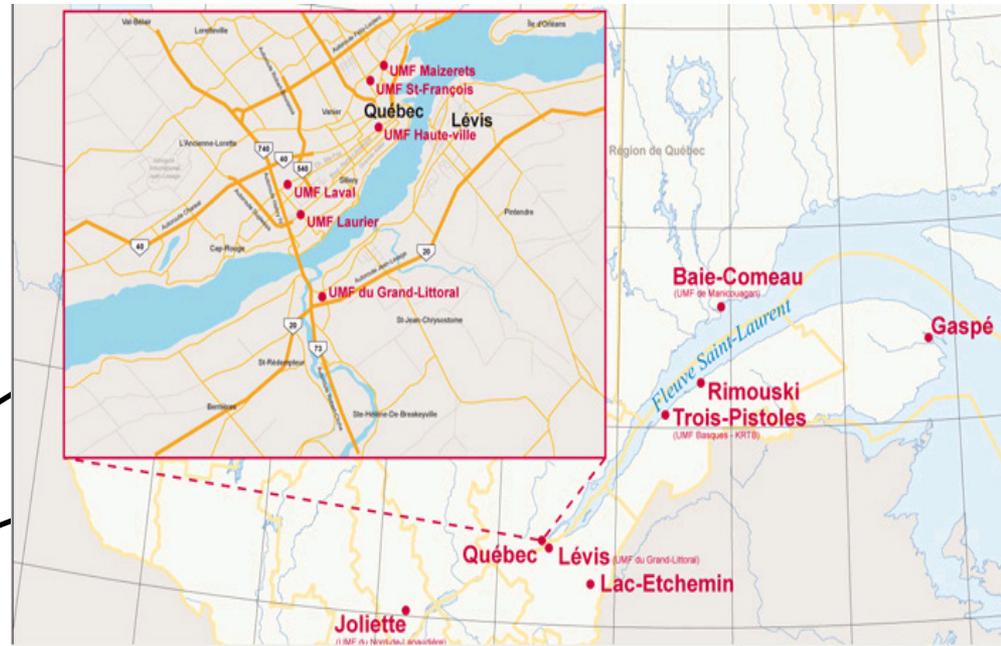


# Historique du RRAPPL U Laval

- Créé en 2008 : 1<sup>er</sup> laboratoire clinique régional financé FCI en UMF
- 12 UMFs: avec le soutien des 12 directeurs
- Un réseau dédié à l'implantation de la décision partagée en 1<sup>ère</sup> ligne
- Des projets de recherche multi-sites
- De nombreux partenaires : DMFMU U Laval , CSSS VC, plusieurs CSSSs, CR CHUQ, FCI, MSSS, secteur privé



# Où est situé notre réseau?



# A Room of One's Own

- Chaque site:
  - 250 pieds carrés d'espace dédié à la recherche
  - Vidéo conférence
  - Équipements nécessaires à la conduite de recherches intégrant la perspective des patients et cliniciens



# Caractéristiques du réseau

Médecins de famille et résidents	N ≈ 225 & N ≈ 205
Autres professionnels de soins	N ≈ 80
Visites annuelles	N ≈ 300 000
Population	<ul style="list-style-type: none"><li>• Caucasienne</li><li>• Francophone</li></ul>

# Objectifs du réseau\*

---

- Permettre la réalisation de recherches associées à la décision partagée
- Favoriser la réalisation de nouveaux projets de recherche par les chercheurs du DMFMU et autres organisations
- Favoriser le recrutement de nouveaux chercheurs
- Favoriser le recrutement de nouveaux étudiants gradués

# La Chaire

- **Mission:** Doter les cliniciens et leurs patients des habiletés nécessaires afin qu'une décision partagée soit favorisée tout au long du continuum de soins.
- **Vision:** Devenir la source de référence dans la formation et le soutien aux cliniciens à la décision partagée.
- **Objectifs:**
  - Identifier les besoins des cliniciens afin qu'ils favorisent la participation active de leurs patients aux décisions
  - Évaluer l'impact de la décision partagée sur les cliniciens et leurs patients.

# Décision partagée

**Processus décisionnel** conjoint menant à  
une décision

Informée par  
les meilleures  
**données  
probantes**



Congruente  
avec les  
**valeurs et les  
préférences  
du patient**

1 **“SEC. 936. PROGRAM TO FACILITATE SHARED DECISION-**  
2 **MAKING.**

3 “(a) **PURPOSE.**—The purpose of this section is to fa-  
4 cilitate collaborative processes between patients, caregivers  
5 or authorized representatives, and clinicians that engages  
6 the patient, caregiver or authorized representative in deci-  
7 sionmaking, provides patients, caregivers or authorized  
8 representatives with information about trade-offs among  
9 treatment options, and facilitates the incorporation of pa-  
10 tient preferences and values into the medical plan.

11 “(b) **DEFINITIONS.**—In this section:

12 “(1) **PATIENT DECISION AID.**—The term ‘pa-  
13 tient decision aid’ means an educational tool that  
14 helps patients, caregivers or authorized representa-  
15 tives understand and communicate their beliefs and  
16 preferences related to their treatment options, and

# Effacité comparative et décision partagée



- Not enough information on the shelf
- Large gaps in knowledge
- Poor quality evidence
- Need for more and better quality research information



- Plenty of information on the shelf
- Not synthesized or presented in useful ways at point of decision-making
- Shared decision-making needs to be expanded and supported



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Health Policy

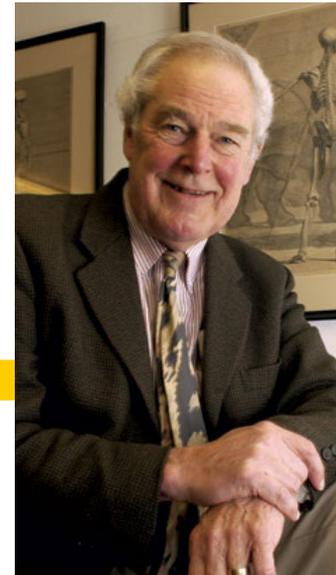
journal homepage: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol)



Editorial

Geographic variation in health care—A special issue on the 40th anniversary of “Small area variation in health care delivery”

Joyeux anniversaire!



# Atlas des variations



## THE DARTMOUTH ATLAS OF HEALTH CARE

Search Site

GO



DATA BY REGION

DATA BY HOSPITAL

DATA BY TOPIC

TOOLS ▾

KEY ISSUES ▾

PUBLICATIONS ▾

PRESS ROOM ▾

### Understanding of the Efficiency and Effectiveness of the Health Care System

For more than 20 years, the Dartmouth Atlas Project has documented glaring variations in how medical resources are distributed and used in the United States. The project uses Medicare data to provide information and analysis about national, regional, and local markets, as well as hospitals and their affiliated physicians. This research has helped policymakers, the media, health care analysts and others improve their understanding of our health care system and forms the foundation for many of the ongoing efforts to improve health and health systems across America. [LEARN MORE](#)

#### SPOTLIGHT

##### THE DARTMOUTH ATLAS OF CHILDREN'S HEALTH CARE IN NORTHERN NEW ENGLAND

The Dartmouth Atlas has produced the first report showing the patterns of care received by nearly the entire population of infants and children in Northern New England for ambulatory physician services, hospitalization, common surgery, imaging, and outpatient prescription fills. The findings from this report show marked variation in care across the region; while there are many examples of excellent care, the findings raise troubling questions about whether

TONSILLECTOMIES PER 1,000 CHILDREN, 2007-10

Customize this report ▶



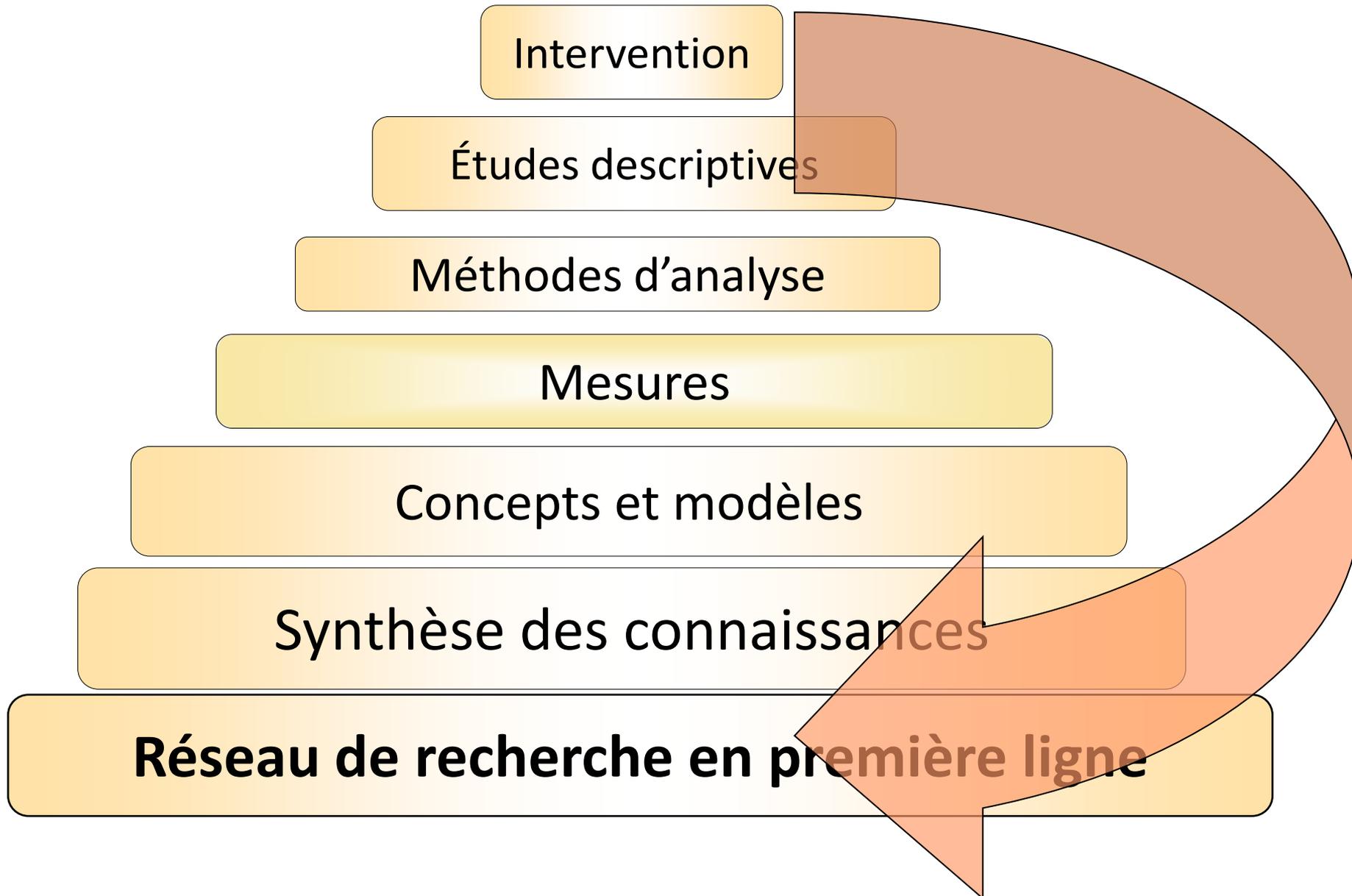
Share ▾

PSAs may only be viewed while zoomed-in

Layers ▾



# Notre programme de recherche



# Quelles sont les connaissances nécessaires?

Intervention

Études descriptives

Méthodes d'analyses

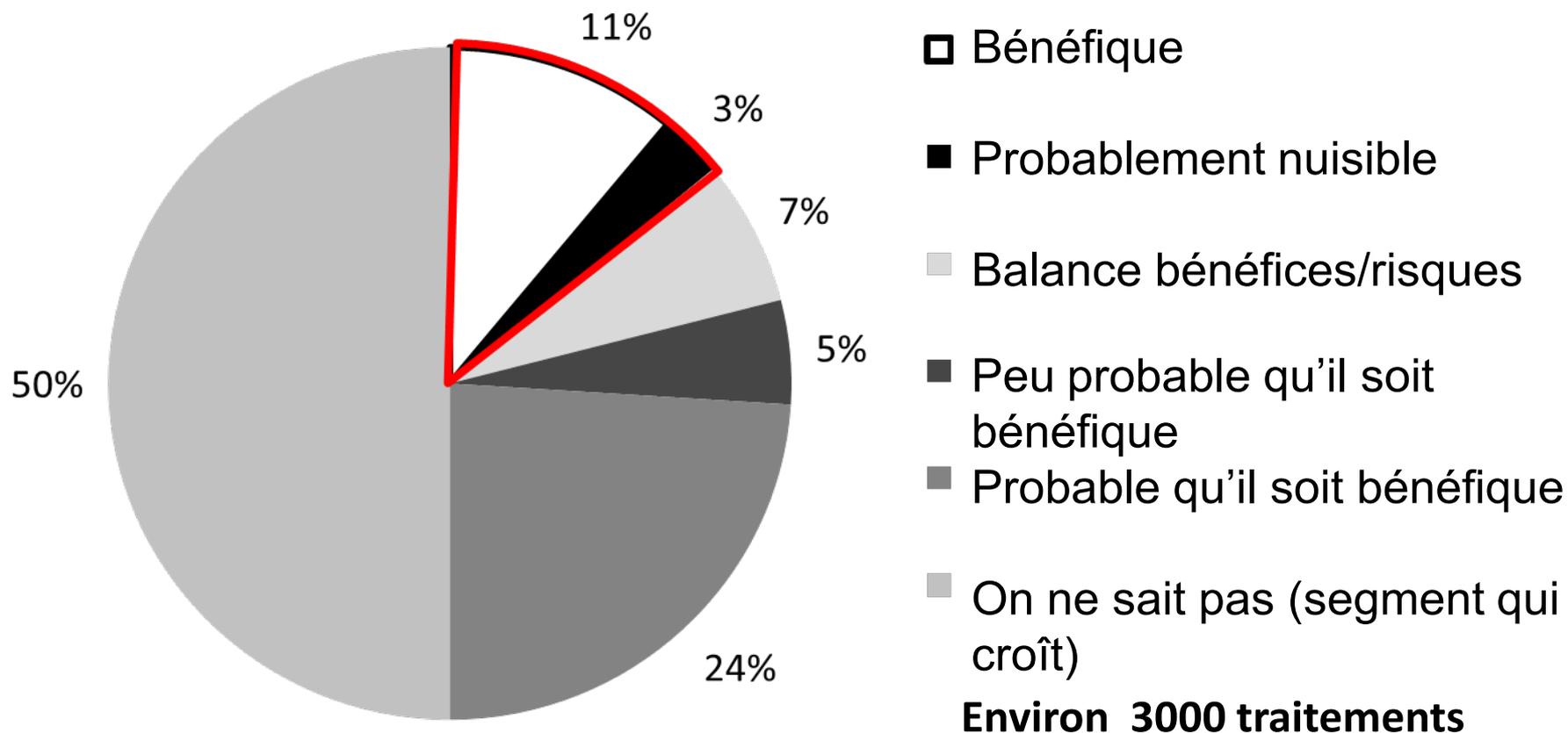
Mesures

Concepts et modèles

Synthèse des connaissances

**Réseau de recherche en première ligne**

# Zone grise des décisions



# 1<sup>ère</sup> raison de consultation

---

- Infections aiguës des voies respiratoires (IAVR)
- 63% à 67% des IAVR sont traités avec des antibiotiques(ABs)
- Prévalence de l'infection bactérienne
  - Bronchite: ≈10%
  - Rhinosinusite: ≈15%
  - Pharyngite: ≈20%
- Au Québec, 81% des enfants < 6ans reçoivent des ABs dans une année

# Quelles sont les données probantes?

Intervention

Études Descriptives

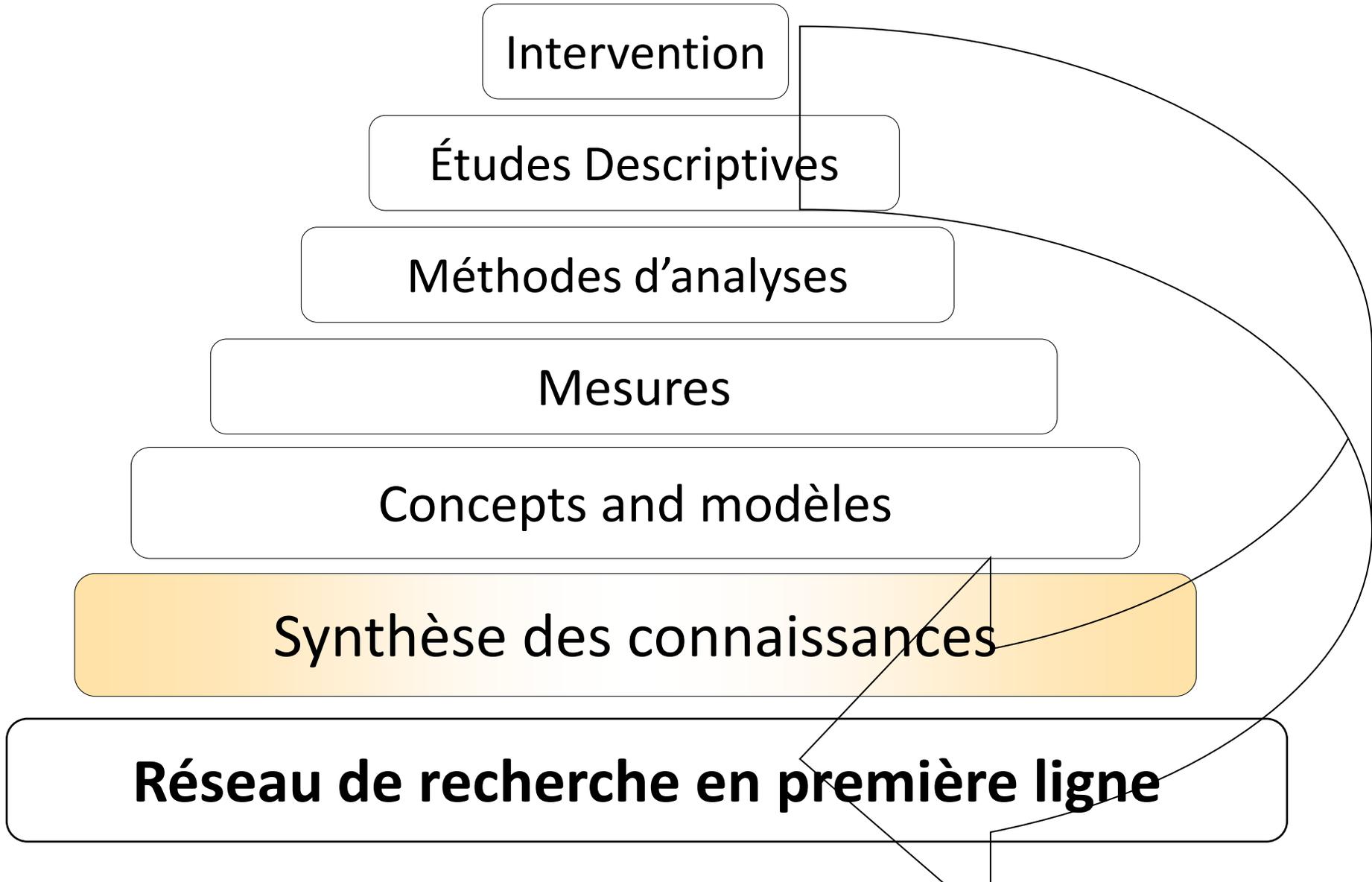
Méthodes d'analyses

Mesures

Concepts and modèles

Synthèse des connaissances

**Réseau de recherche en première ligne**



# Branche Cochrane



**THE COCHRANE  
COLLABORATION®**



# Outils d'aide à la décision

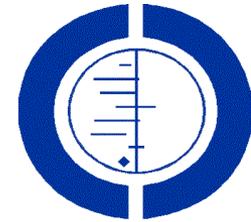


- Améliore la qualité des décisions

- 14% meilleurs scores connaissances
- 79% meilleure compréhension des risques
- 49% meilleur accord entre valeurs et choix

- Diminue le conflit décisionnel (6%)
- Diminue le nombre d'indécis (41%)
- Patients 34% moins passifs
- **Potentiel pour réduire sur utilisation**
  - -20% CHX
  - -14% ASP
  - -27% HTR

# Interventions efficaces pour implanter la décision partagée



Cible	Taille d'effet médian standard ou différence de risque médian (95% CI)	Nb de mesures (Nb d'études)
-Patients et professionnels	2.13 (1.42 to 2.83)	8 (3)
-Patients	1.13 (1.04 to 1.21)	2 (2)
-Professionnels	0.73 (0.29 to 2.07)	6 (4)

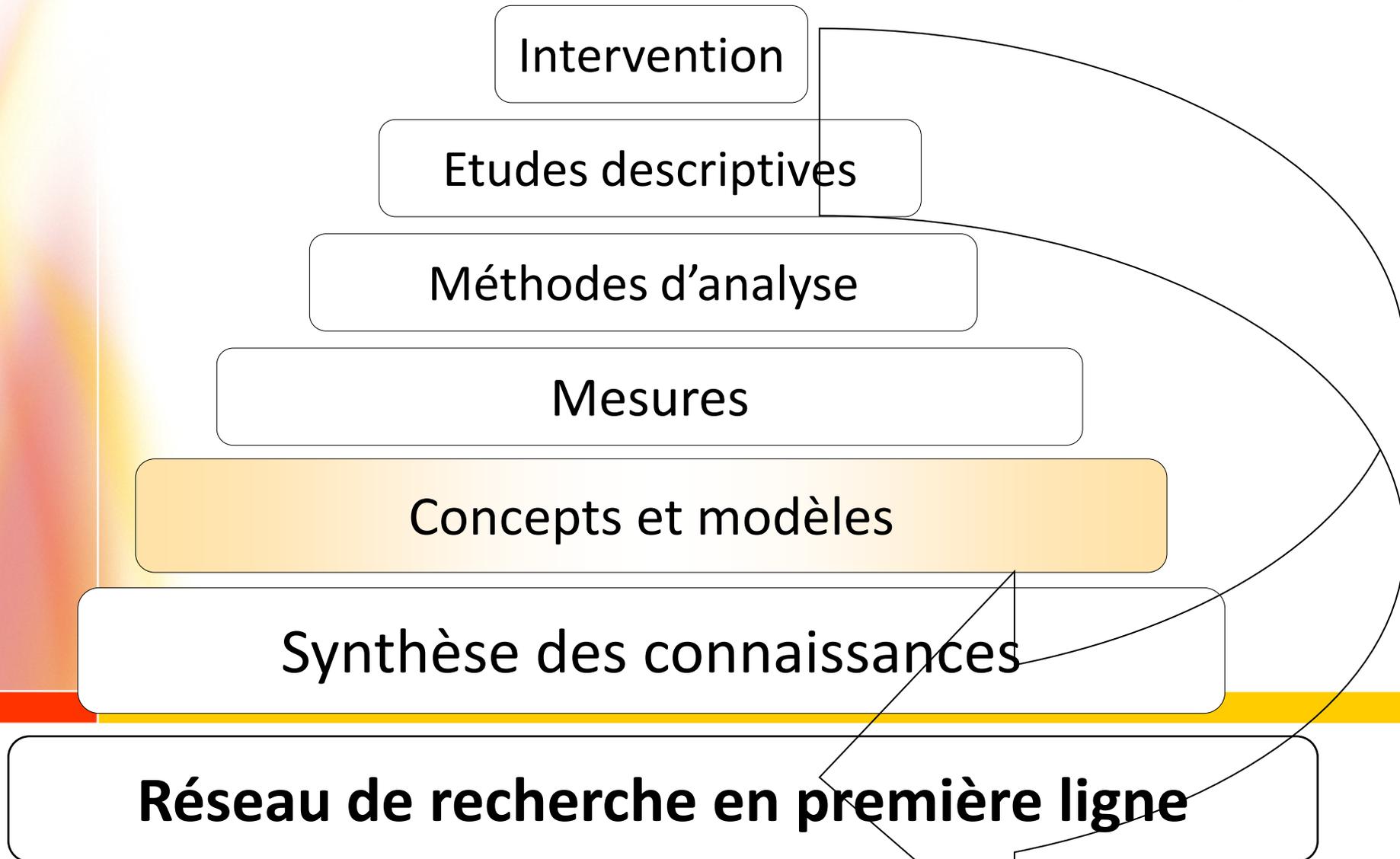
# Inventaire des formations sur la décision partagée

## Search Details

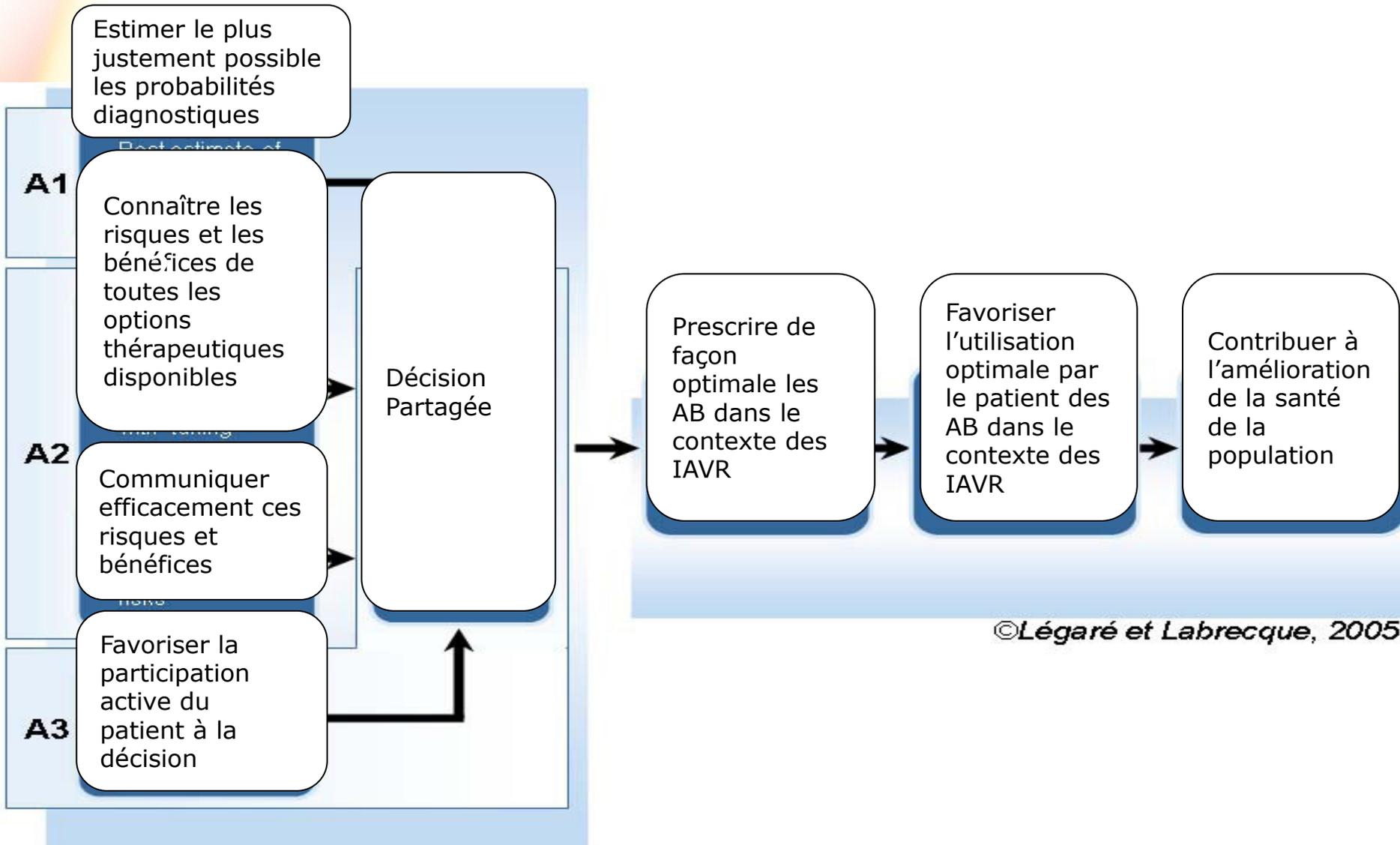
<b>Program name</b>	Clinical communication based on the Four Habits model (modified for Norway)
<b>Authors or developers and contact information</b>	Pål Gulbrandsen Professor, Researcher Akershus University Hospital Oslo Norway p.al.gulbrandsen@ahus.no
<b>Country / Language</b>	Norway/Original language English with amendment in Norwegian
<b>Creation or publication date</b>	2006
<b>Clinic context</b>	Any clinical context
<b>Target users</b>	Physicians
<b>Pre or post licensure</b>	Post-licensure
<b>General objectives</b>	To improve interviewing skills to maximize patient's satisfaction and to improve medical outcomes.
<b>Format</b>	Group course with different educational activities



# Quelle est notre vision du monde?



# Décision +: étude pilote



# Quelques critères d'évaluation?

Intervention

Études Descriptives

Méthodes d'analyse

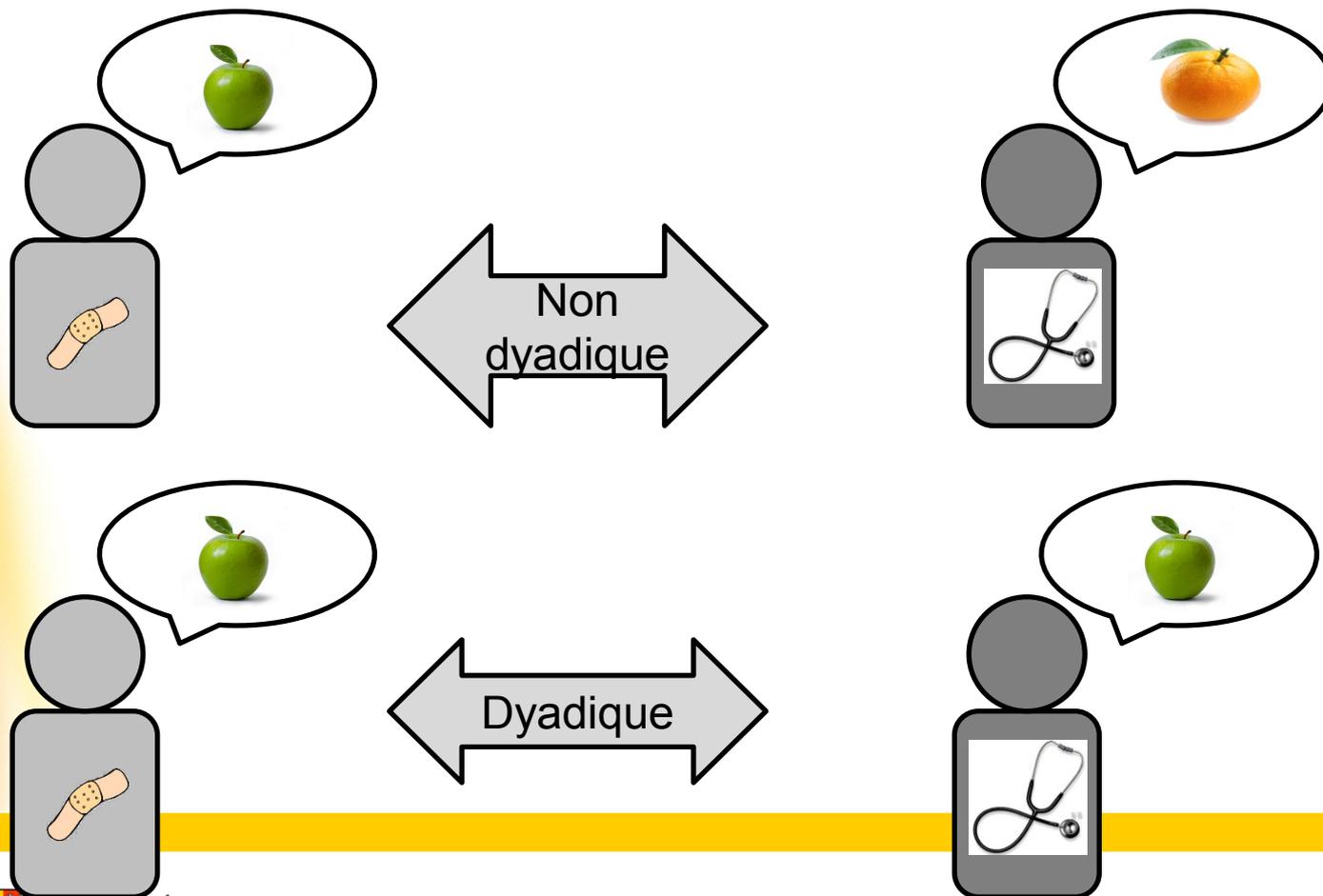
Mesures

Concepts et modèles

Synthèse des connaissances

**Réseau de recherche en première ligne**

# Mesures dyadiques



- LeBlanc et al. PhD U Laval 2010
- Kenny et al. Soc Sci Med 2010
- Légaré et al. JCE 2012

# Quelles sont nos erreurs?

Intervention

Études Descriptives

Méthodes d'analyse

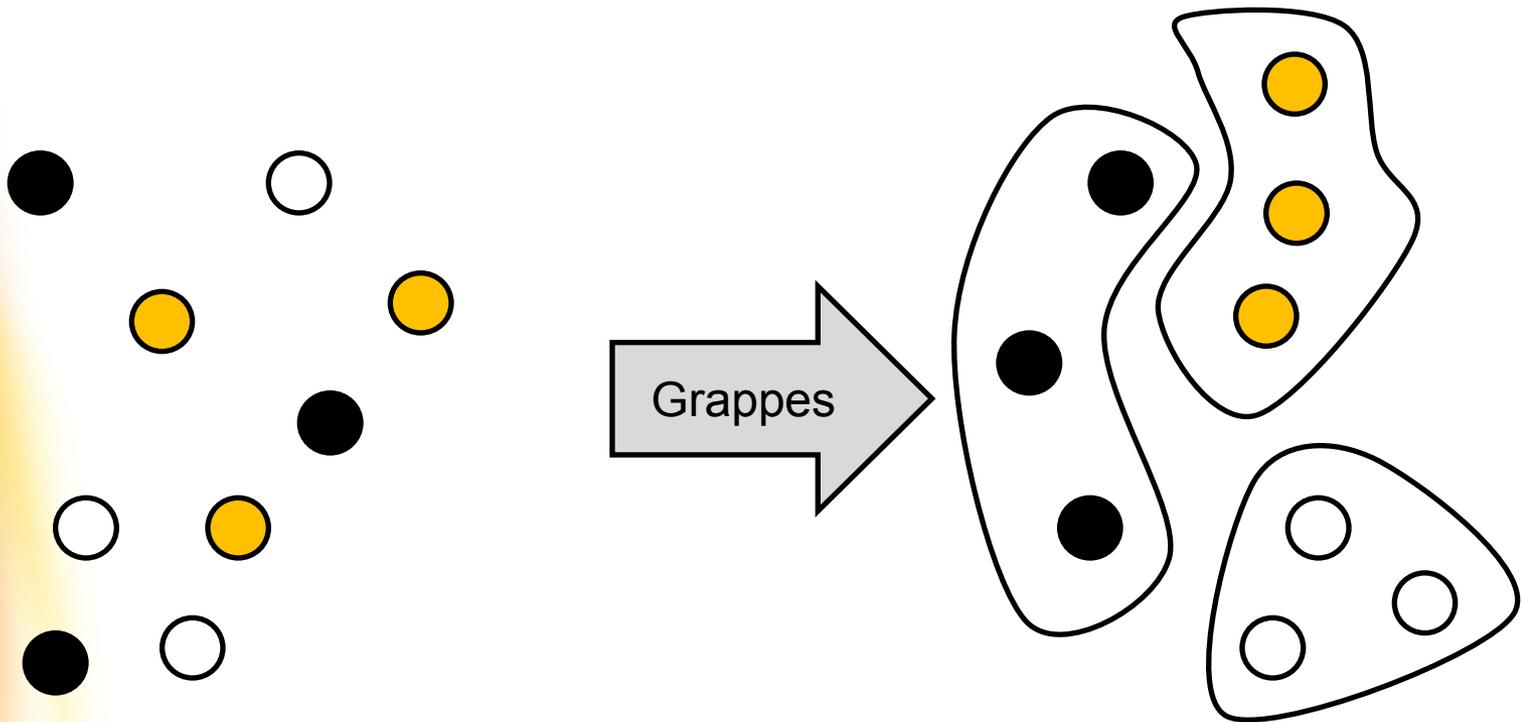
Mesures

Concepts et méthodes

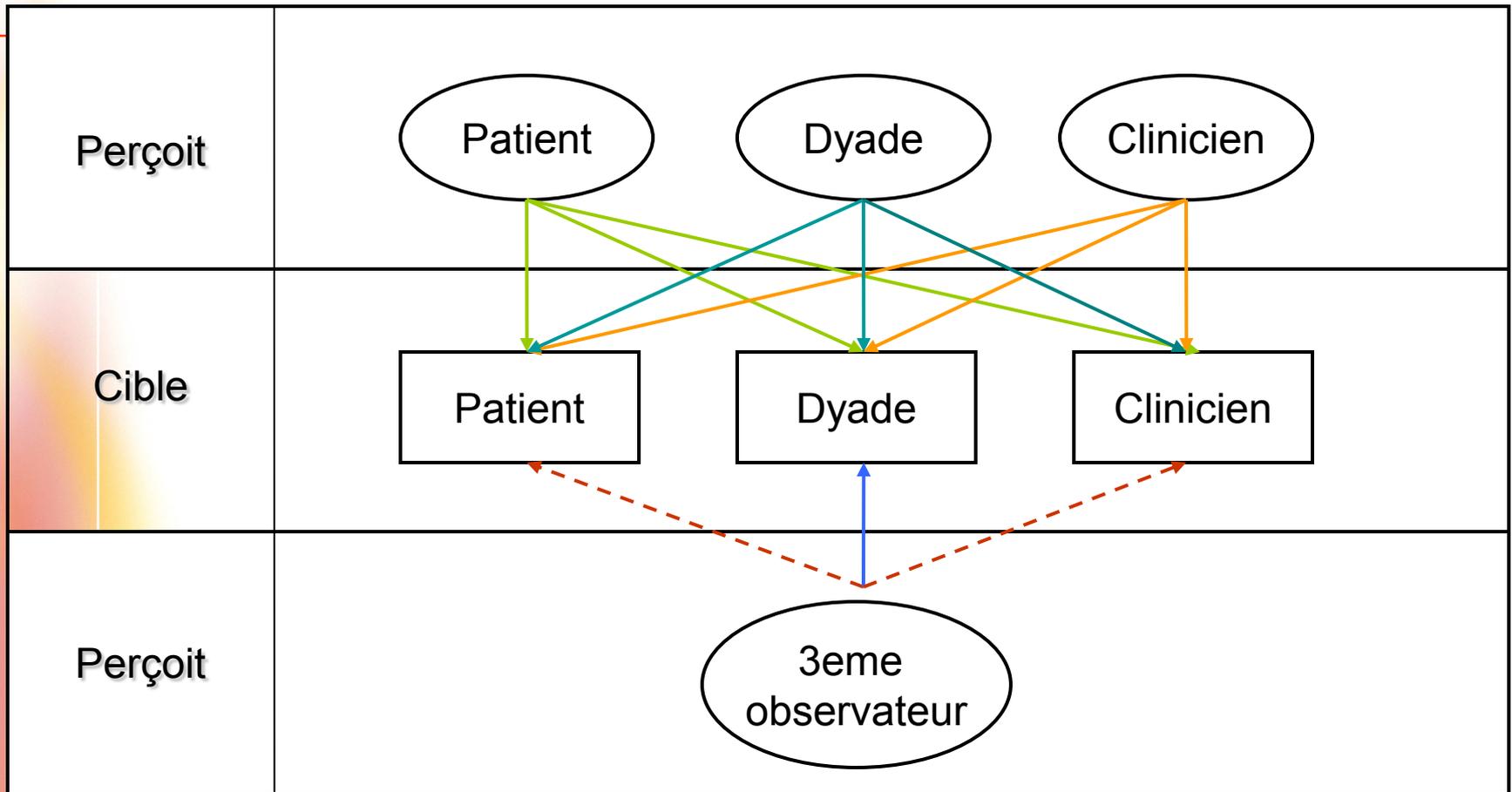
Synthèse des connaissances

**Réseau de recherche en première ligne**

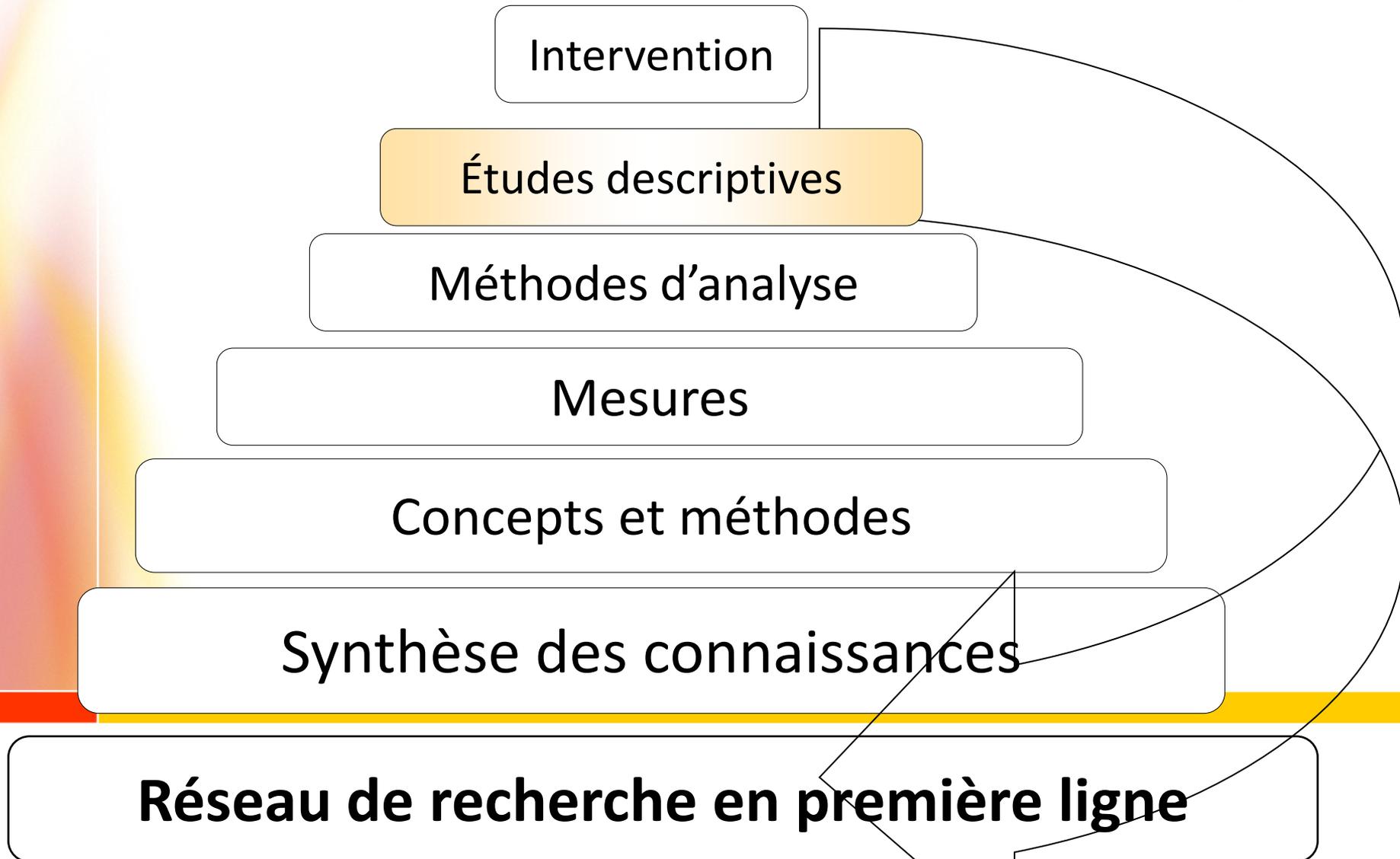
# Analyse dans un essai en grappe



# Méthodes analytiques



# Quelle est la situation?



# Études descriptives



IMPLEMENTATION SCIENCE

IMPACT  
FACTOR  
2.37

Search  for

Go

[Advanced search](#)

[Home](#)

[Articles](#)

[Authors](#)

[Reviewers](#)

[About this journal](#)

[My Implementation Science](#)

[Top](#)

[Abstract](#)

[Background](#)

[Conceptual fr...](#)

[Methods/design](#)

[Discussion](#)

[Competing  
interests](#)

[Authors'  
contributions](#)

[Acknowledgements](#)

[References](#)

ADVERTISEMENT

[Related Products  
and Services](#)

Study protocol

Open Access

## Barriers and facilitators to the dissemination of DECISION+, a continuing medical education program for optimizing decisions about antibiotics for acute respiratory infections in primary care: A study protocol

Anne-Sophie Allaire<sup>1</sup>, Michel Labrecque<sup>1,2</sup>, Anik Giguère<sup>1</sup>, Marie-Pierre Gagnon<sup>1,3</sup>, Jeremy Grimshaw<sup>4</sup> and France Légaré<sup>1,2\*</sup>

\* Corresponding author: France Légaré [France.Legare@mfa.ulaval.ca](mailto:France.Legare@mfa.ulaval.ca) [▼ Author Affiliations](#)

- 1 Research Center of Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Hospital St-François D'Assise, Knowledge Transfer and Health Technology Assessment Research Group, 10 rue de l'Espinay, Québec, QC, G1L 3L5, Canada
- 2 Department of Family Medicine and Emergency Medicine, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050 avenue de la Médecine, Québec, QC, G1V 0A6, Canada
- 3 Faculty of Nursing, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050 avenue de la Médecine, Québec, QC, G1V 0A6, Canada
- 4 Clinical Epidemiology Program, Ottawa Health Research Institute and Department of

Implementation  
Science

Volume 6

Viewing options

[Abstract](#)

**Full text**

[PDF \(269KB\)](#)

[Additional files](#)

Associated material

[PubMed record](#)

[Article metrics](#)

[Readers' comments](#)

[Pre-publication  
history](#)

Related literature

[Cited by](#)

[Google blog search](#)

[Other articles by  
authors](#)

# Est-ce que ça marche?

Intervention

Études descriptives

Méthodes d'analyse

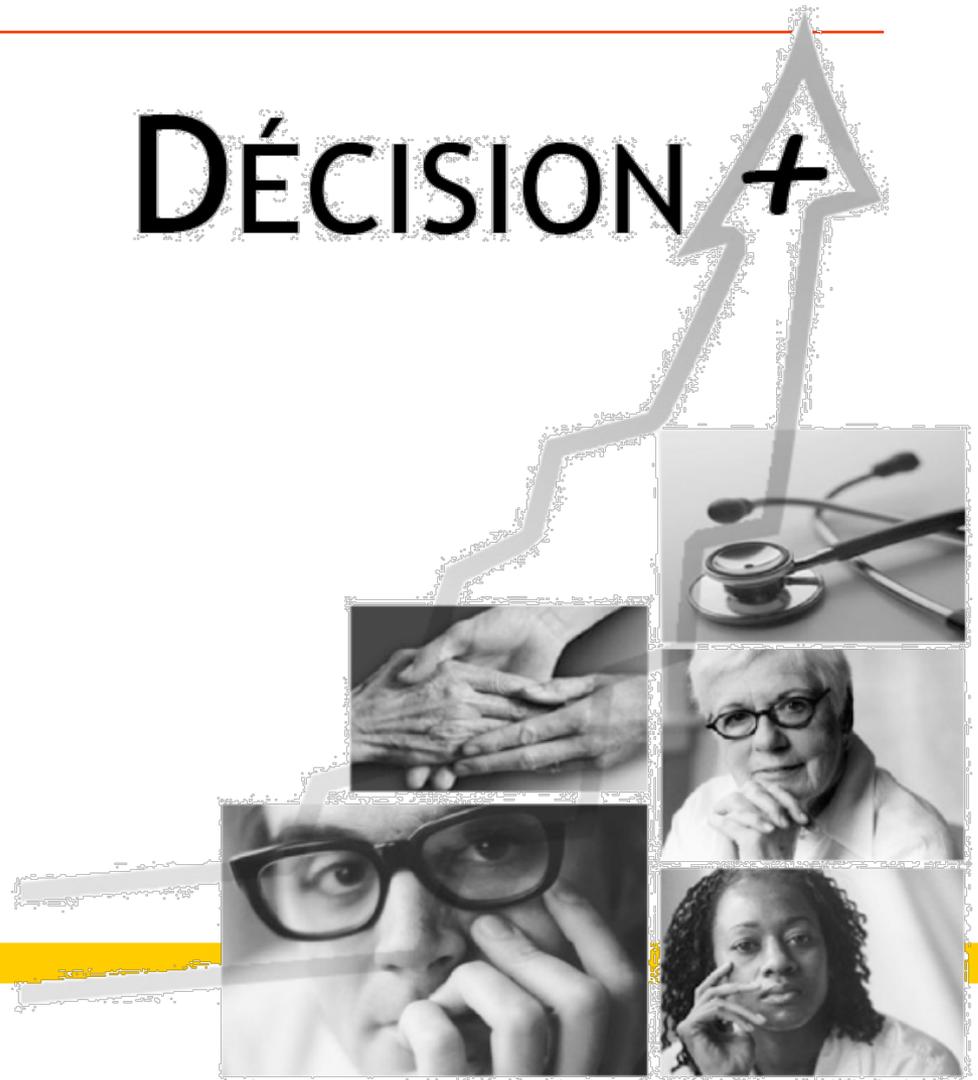
Mesures

Concepts et modèles

Synthèse des connaissances

**Réseau de recherche en première ligne**

# DÉCISION +



UNIVERSITÉ  
LAVAL

# Objectif

---

- **P**= les patients confrontés à la décision de prendre des Abs pour une IVRS
- **I**= DECISION+2, formation à la décision partagée pour les cliniciens
- **C**= les soins usuels
- **O**= la proportion de patients qui décident de prendre des ABs

**Randomisation (UMFs, n=12)**

6 UMFs assignées au groupe intervention

**5 UMFs recrutées**

151 des 189 MDs éligibles\* et 239 patients;

Grappes analysées

**5 UMFs; 182 patients éligibles; 88 MDs consultés**

**DÉCISION+2**

Grappes analysées\*

**5 UMFs; 181 patients éligibles; 77 MDs consultés**

6 UMFs assignées au groupe contrôle

**4 UMFs recrutées**

99 des 144 MDs éligibles† et 210 patients;

Grappes analysées

**4 UMFs; 171 patients éligibles; 63 MDs consultés**

Grappes analysées\*

**4 UMFs; 178 patients éligibles; 72 MDs consultés**

# Tutoriel en ligne et atelier interactif

---

- Estimer les probabilités d'un diagnostic
- Décrire les options thérapeutiques
- Utiliser des stratégies de communication efficaces
- Identifier les valeurs et préférences des patients
- Utiliser les outils d'aide à la décision
- Impliquer les patients

# Prendre un antibiotique ou ne pas en prendre



## INFECTIONS AIGUËS DES VOIES RESPIRATOIRES

### Outil d'aide au diagnostic clinique

Complétez les ÉTAPES 1 et 2 de l'outil d'aide au diagnostic clinique selon l'IAVR pour laquelle votre patient vous consulte afin de déterminer la probabilité clinique que cette IAVR soit d'origine bactérienne. Puis, partagez (ÉTAPE 3) cette probabilité clinique avec votre patient, communiquez (ÉTAPE 4) les options thérapeutiques envisagées concernant les antibiotiques ainsi que les bénéfices et les risques associés à ces options, clarifiez (ÉTAPE 5) les valeurs et préférences de votre patient et évaluez (ÉTAPE 6) le confort décisionnel de votre patient à l'égard de la décision prise.

## RHINOSINUSITE AIGUË

Distinguer les patients qui souffrent d'une RHINOSINUSITE BACTÉRIENNE aiguë de ceux qui souffrent d'une RHINOSINUSITE VIRALE aiguë

### ÉTAPE 1

Cochez tout les éléments clés (signes et symptômes) qui s'appliquent à votre patient qui a le nez bouché (symptômes de rhinosinusite)

#### QUESTION INITIALE

Durée des symptômes

- <10 jours  ≥10 jours

#### QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES

- Dégradation après amélioration  
 Sécrétions colorées  
 Douleur au visage/sinus  
 Douleur dentaire maxillaire  
 Non réponse aux décongestifs

#### SIGNES SUPPLÉMENTAIRES

- Sécrétions purulentes à l'examen du méat moyen du nez et/ou du pharynx  
 Sensibilité asymétrique (percussion des sinus)  
 Transillumination asymétrique des sinus

### ALERTES

- + température élevée persistante
- + atteinte importante de l'état général
- + atteinte de l'orbite
- + atteinte neurologique

### ÉTAPE 2

Encerclez la probabilité (%) clinique de rhinosinusite bactérienne aiguë selon le questionnaire et l'examen du patient assumant une prévalence de 15%

Éléments Supplémentaire	Durée < 10 jrs	Durée ≥ 10 jrs*
4+	30%	95%
3	15%	75%
2	5%	50%
1	2%	25%
0	1%	5%

\* Adultes 7-10 jours; enfants 10-14 jours

## Bénéfices

associés à la prise d'un antibiotique pour traiter une IAVR

*rhinosinusite aiguë, bronchite aiguë, pharyngo-amygdalite aiguë, otite moyenne aiguë*

### Légende



Guéri sans antibiotique



Guéri grâce aux antibiotiques



Non guéri

### Définition de guérison

*Rhinosinusite aiguë:*  
amélioré/guéri 1 sem

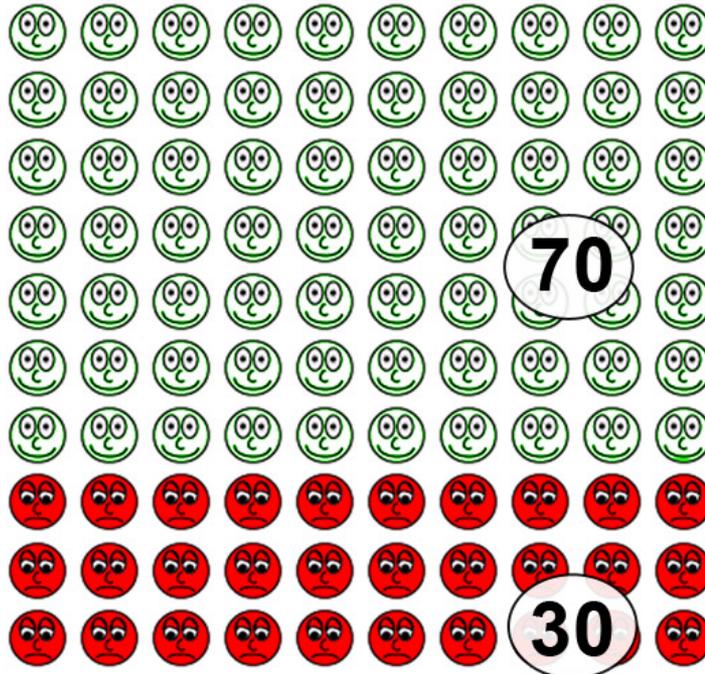
*Bronchite aiguë:*  
pas de toux à 2 sem

*OMA:*  
pas de douleur 2-3 j

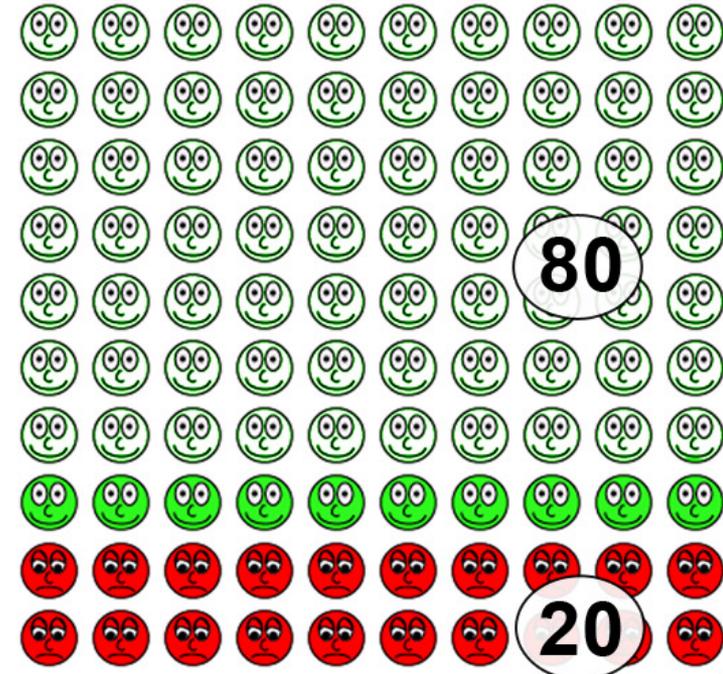
*Pharyngite:*  
pas de douleur 4-5 j

Les AB réduisent en moyenne les symptômes de quelques heures à une journée

### Pas d'antibiotique



### Prise d'un antibiotique



UNIVERSITÉ  
LAVAL

# Valeurs et préférences

*Qu'est-ce qui est le plus important pour vous et Charlie?  
Augmenter un peu ses chances de soulager la douleur plus rapidement ou qu'il guérisse naturellement et ne pas risquer d'avoir des effets secondaires?*

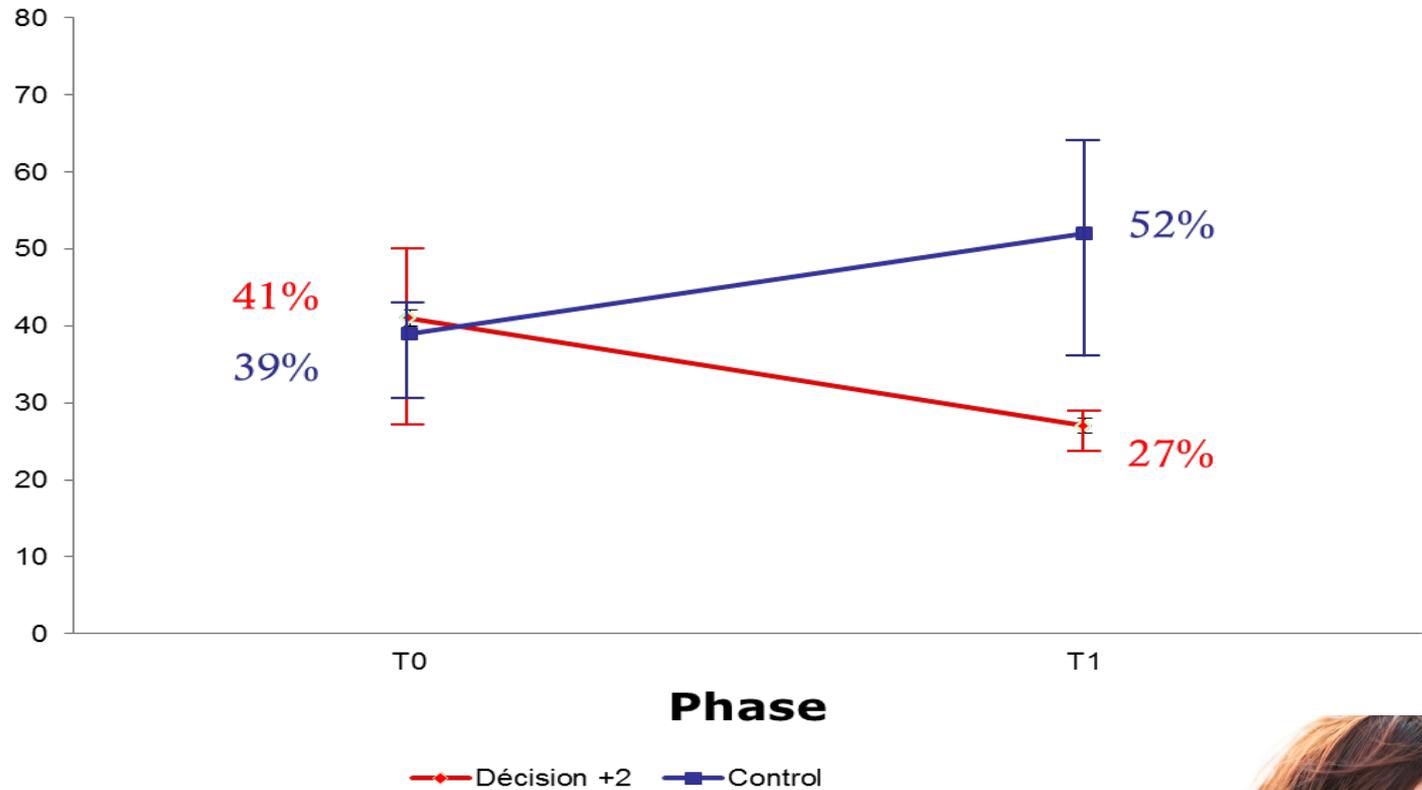


*Est-ce qu'il y a d'autres choses importantes pour vous qui vous feraient donner ou non un antibiotique à Charlie ?*

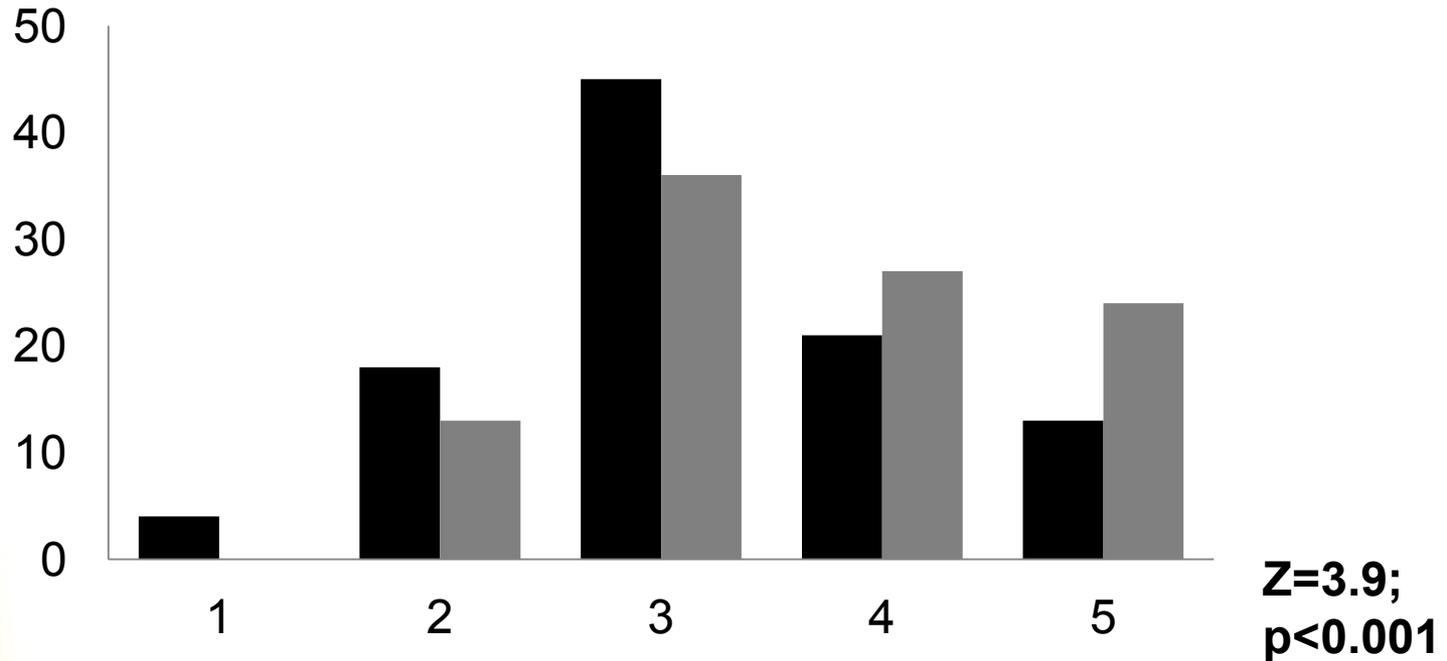


# Résultats

Patients rapportant une  
décision d'antibiotiques  
après la consultation (%)



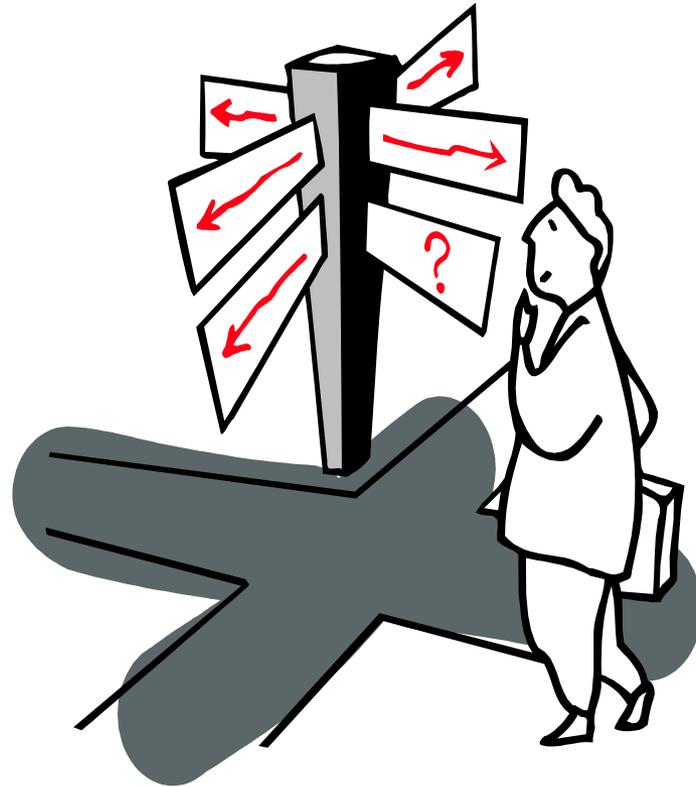
# Résultats



1. J'ai pris seul(e) la décision.
2. J'ai pris la décision, mais en considérant l'opinion de mon médecin.
3. Mon médecin et moi avons décidé ensemble.
4. Mon médecin a pris la décision, mais en considérant mon opinion.
5. Mon médecin a pris seul(e) la décision.



# Leçons et défis futurs?



# Livrables du réseau

Intégration dans le curriculum	• Décision+2
Membre de méta-réseaux	• Réseau-1 • Meta-Larc
Étudiants gradués et post doctorants (tous ont publié)	N ≈ 24 (e.g. santé communautaire, épidémiologie, biostatistique)
Chercheurs	N ≈ 10
Subventions & bourses depuis 2006	> \$15 millions
Publications	>100



Visit: National Guideline Clearinghouse | National Quality Measures Clearinghouse | AHRQ Home

Sign Up for E-mail Updates



## AHRQ HEALTH CARE INNOVATIONS EXCHANGE

Innovations and Tools to Improve Quality and Reduce Disparities

[What's New](#) | [About](#) | [Site Map](#) | [FAQ](#) | [Help](#) | [Submit Innovation](#) | [Contact Us](#)

Search

[Search Help](#)

- [Home](#)
- [Innovations & Quality Tools](#)
- [Browse by Subject](#)
- [Events & Podcasts](#)
- [Videos](#)
- [Learn & Network](#)
- [Articles & Guides](#)
- [Stay Connected](#)
- [Funding Opportunities](#)
- [My Innovations](#)

Share

[< Back](#)

### Service Delivery Innovation Profile

## Online Tutorial and Interactive Workshop Support Physicians in Employing Shared Decisionmaking With Patients, Reducing Antibiotic Use for Acute Respiratory Infections

Innovation

Comments (0)

PDF Print E-mail Link

[Jump to: What They Did](#) | [Did It Work?](#) | [How They Did It](#) | [Adoption Considerations](#)

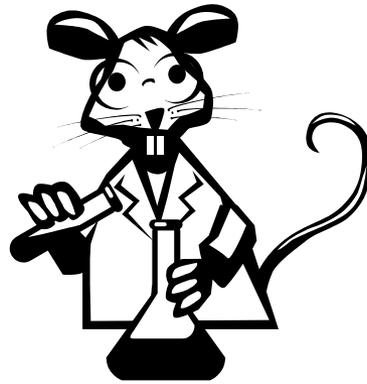
### Snapshot

#### Summary

In a cluster randomized trial, family practice physicians completed a 2-hour online tutorial followed by a 2-hour interactive workshop, both of which included videos, reflective exercises, and decision aids designed to support them in engaging in shared decisionmaking with patients presenting with signs of an acute respiratory infection. Known as DECISION+2, this program is a streamlined version of a more comprehensive package (DECISION+) that featured two additional workshops, periodic written reminders, and feedback on the degree of decisional conflict in patients versus physicians. The streamlined program reduced use of antibiotics for acute respiratory infections and allowed patients to take a more active role in decisionmaking, without having a negative impact on patient outcomes. The original, more comprehensive program also reduced antibiotic use and reported high levels of physician satisfaction and patient

# RRAPPL = notre laboratoire

---



# 85% recherche = perte

## THE LANCET



[Subscribe](#) | [Register](#) | [Login](#)

Search for  in [All Fields](#)  [Advanced Search](#)

[Home](#) | [Journals](#) | [Content Collections](#) | [Multimedia](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Submit a Paper](#)

### Research: increasing value, reducing waste

Published January 8, 2014

#### Executive summary

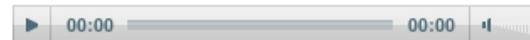
*The Lancet* presents a Series of five papers about research. In the first report Iain Chalmers *et al* discuss how decisions about which research to fund should be based on issues relevant to users of research. Next, John Ioannidis *et al* consider improvements in the appropriateness of research design, methods, and analysis. Rustam Al-Shahi Salman *et al* then turn to issues of efficient research regulation and management. Next, An-Wen Chan *et al* examine the role of fully accessible research information. Finally, Paul Glasziou *et al* discuss the importance of unbiased and usable research reports. These papers set out some of the most pressing issues, recommend how to increase value and reduce waste in biomedical research, and propose metrics for stakeholders to monitor the implementation of these recommendations.

#### Comments

How should medical science change?



#### Audio



Research: increasing value, reducing waste

Paul Glasziou discusses a new Lancet Series, Research: increasing value, reducing waste

