



Le dialogue de prescription un incontournable dans l'usage optimal du médicament!

Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard

M^{me} Comprimé de la Granule consulte le D^r Intermed à son cabinet. Ses problèmes évolutifs sont un diabète de type 2, du reflux gastro-œsophagien, de l'arthrose symptomatique et de l'insomnie. Elle prend 10 mg d'amitriptyline au coucher; 20 mg d'oméprazole; 500 mg de metformine, 3 f.p.j.; 5 mg de glyburide, 2 f.p.j.; 500 mg de calcium-D à 400 UI, 2 f.p.j.; ainsi que 500 mg de calcium, 1 f.p.j. Comment le D^r Intermed pourrait-il se préparer à la visite de M^{me} de la Granule ?

L'ANALYSE DE 200 VISITES effectuées entre des médecins omnipraticiens de la grande région de Montréal et des patients de 60 ans et plus a révélé que la durée moyenne de ces visites était de 20,4 minutes¹. La presque totalité d'entre elles (96 %) comportait une discussion sur les médicaments, soit en moyenne sur 4,3 médicaments différents. Médecins et patients âgés ont consacré un peu moins de 10 % du temps d'entrevue à parler de ces médicaments, soit en moyenne 2,3 minutes.

Sur quelles bases repose l'usage optimal des médicaments ?

L'usage optimal des médicaments repose d'abord sur les connaissances et les capacités d'analyse du prescripteur (le profil du médicament à prescrire et

La D^{re} Marie-Thérèse Lussier, omnipraticienne, est professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal. Elle est également chercheuse au sein de l'équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la Santé de Laval. M. Claude Richard est chercheur associé au sein de la même équipe. Il est titulaire d'un doctorat en psychologie.

Encadré 1

Conditions à l'usage optimal des médicaments

- ☉ Liste des problèmes de santé évolutifs
- ☉ Liste complète des produits pharmacologiques actuellement consommés
- ☉ Allergies
- ☉ Intolérances connues aux médicaments

celui du patient à qui le médicament sera prescrit), mais aussi sur la capacité du prescripteur à en discuter avec le patient. Il s'agit donc d'un phénomène complexe qui nécessite, de la part du médecin, des connaissances sur le produit en question, comme sa nature, son mécanisme d'action, ses effets indésirables, ses interactions possibles, son statut (médicament d'exception ou non) et son coût. Cependant, l'usage optimal passe également par une connaissance du patient à qui le médecin prescrira le produit (encadré 1). Enfin, il faut ajouter les préférences du patient pour certaines modalités de traitement. Si ces éléments de connaissance du produit et de la

Médecins et patients âgés ont consacré un peu moins de 10 % du temps d'entrevue à parler des médicaments, soit en moyenne 2,3 minutes.

Repère

Tableau

Liste des principales entraves à la communication au sujet des médicaments

- Contexte général des soins
- Utilisation d'un vocabulaire technique
- Style communicationnel paternaliste
- Gestion sous-optimale du temps d'entrevue
- Croyances des médecins par rapport à l'information et à l'observance
- Niveau de « littératie » en santé des patients

personne constituent deux conditions préalables à un usage optimal du médicament, le médecin doit aussi être en mesure d'échanger de façon efficace avec le patient au sujet des médicaments (le temps disponible étant très court !). Si ce dernier ne comprend pas le bien-fondé d'une ordonnance ou qu'il craint des effets indésirables, par exemple, il y a peu de chances qu'il prenne le médicament même s'il s'agit, d'un point de vue médical, du produit le mieux adapté à son état et à sa personne ! Le rôle du médecin à cet égard est fondamental, car ce dernier est encore la principale source d'information sur le médicament, il a la confiance de ses patients et a souvent une bonne connaissance de l'ensemble de leurs problèmes de santé².

Quelles sont les caractéristiques des échanges au sujet des médicaments en entrevue médicale ?

Il existe plusieurs indications que la discussion sur les médicaments est sous-optimale au cours des consultations. Les échanges sont de courte durée, moins de trois minutes en moyenne^{1,3}, et plutôt superficiels⁴, le médecin se limitant le plus souvent à nommer le médicament et à en donner la posologie de façon succincte. Qui plus est, 70 % des échanges portant sur les médicaments s'effectueraient entre

le début de l'entrevue et la fin de l'examen physique¹. C'est habituellement le médecin qui en prend l'initiative et les domine, en particulier au moment de traiter d'une nouvelle ordonnance⁵. Le patient participe peu aux échanges, et certains thèmes sont rarement abordés, comme les attitudes ou les émotions en lien avec le médicament ou encore le comportement d'observance^{5,6}. Le patient participe donc peu aux discussions sur les médicaments durant les consultations : il pose peu de questions, fait peu de demandes de clarification et exprime rarement son opinion de façon directe^{3,5,7}.

Quelles sont les barrières aux échanges sur les médicaments durant l'entrevue médicale ?

Le tableau énumère la liste des principales entraves à la communication au sujet du médicament durant l'entrevue médicale⁵.

L'aménagement physique des cliniques et l'organisation du travail en soins ambulatoires sont tous les deux orientés vers l'efficacité et la fonctionnalité. Le patient comprend que le temps avec le médecin est limité. De plus, la relation médecin-patient constitue une forme de relation de service, fondée sur l'expertise diagnostique et thérapeutique du clinicien. Elle suppose nécessairement un certain degré d'asymétrie sur le plan des connaissances en matière de santé. Le médecin utilise un vocabulaire technique et spécialisé (la notion de probabilités, par exemple) difficile à comprendre pour une grande majorité de patients. Seulement 15 % de ces derniers affirment avoir tout compris des propos du médecin⁸. Par ailleurs, le style paternaliste observé dans les entrevues médicales où le médecin domine les échanges et maîtrise le flot de l'entrevue ne favorise pas la participation du patient⁹. Le rôle traditionnel du médecin est d'abord de poser un diagnostic. Il alloue donc plus de temps aux antécédents médicaux et à l'examen physique. La portion de l'entrevue réservée à l'enseignement thé-

Selon un rapport récent du Conseil canadien sur l'apprentissage, plus de la moitié (55 %) des Canadiens ne possèdent pas le niveau de « littératie » nécessaire pour comprendre la posologie des médicaments ou les consignes de sécurité qui leur sont données. Cette proportion frise même les 90 % chez les personnes âgées.

Repère

rapeutique s'en trouve donc souvent télescopée par manque de temps. Qui plus est, les médecins surestiment le temps qu'ils passent à donner des explications et sous-estiment le désir d'information des patients, en particulier chez les personnes âgées ou de niveau socioéconomique plus faible⁷.

De plus, les renseignements que les médecins offrent ne correspondent pas toujours aux types d'information recherchés par les patients. Une autre difficulté qui vient s'ajouter aux précédentes renvoie à ce que les spécialistes en apprentissage nomment la « littératie en matière de santé ». Selon un rapport récent du Conseil canadien sur l'apprentissage, plus de la moitié (55 %) des Canadiens ne possèdent pas le niveau de « littératie » nécessaire pour comprendre la posologie des médicaments ou les consignes de sécurité qui leur sont données¹⁰. Cette proportion frise même les 90 % chez les personnes âgées. Il est prouvé que les patients ayant un faible niveau de littératie n'abordent pas la communication avec le médecin de la même façon que ceux ayant un niveau plus élevé et qu'ils présentent une plus grande difficulté à assimiler de nouvelles informations et des concepts abstraits^{11,12}. Cette réalité à laquelle les médecins n'ont pas été sensibilisés au cours de leur formation constitue une barrière importante à l'échange efficace de renseignements sur les médicaments en cours de consultation.

Le rappel des informations est-il important ?

Le rappel des renseignements après une consultation médicale confirme l'importance du problème de communication au sujet de la maladie et de son traitement. Ainsi, il semblerait que de 40 % à 80 % des éléments ayant fait l'objet de la discussion sont immédiatement oubliés par le patient et que près de la moitié

de l'information retenue est incorrecte⁸. C'est particulièrement vrai lorsqu'un nouveau concept semble contredire les croyances existantes du patient ou qu'il provoque chez lui de l'anxiété. Dans tous ces cas, la rétention est moindre. Malheureusement, peu de médecins prennent le temps de vérifier si les patients comprennent leurs propos. Pourtant, Schillinger et coll. ont montré que les patients diabétiques chez qui les médecins avaient vérifié la compréhension des concepts importants pour la maîtrise de leur diabète atteignaient plus souvent les cibles de soins visées¹¹.

Que faire pour user de façon optimale du temps d'entrevue ?

Devant l'ampleur des difficultés rencontrées, il serait tentant de lancer la serviette ! Comment, direz-vous, est-il possible de faire mieux lorsque nous n'avons que de deux à trois minutes pour parler de médicaments ?

D'abord, un changement de perspective

Optimiser le temps disponible exige d'abord que le médecin modifie son approche traditionnelle à court terme, c'est-à-dire qu'il cesse de réagir au problème à chaque rendez-vous en prescrivant, en ajustant, en modifiant ou tout simplement en renouvelant une ordonnance. Cette façon de faire peut contribuer à banaliser l'usage du médicament, qui représente le type de traitement le plus prescrit par les omnipraticiens. Le médecin doit plutôt se donner un plan pour aborder les médicaments, ce qui façonnera les échanges sur le sujet pendant une rencontre et permettra de les échelonner sur plusieurs consultations dans le cas des maladies chroniques.

Un autre changement souhaitable serait de considérer le patient comme un participant actif du traitement. Pour ce faire, le médecin doit élargir son rôle pour y inclure une dimension d'accompagnement

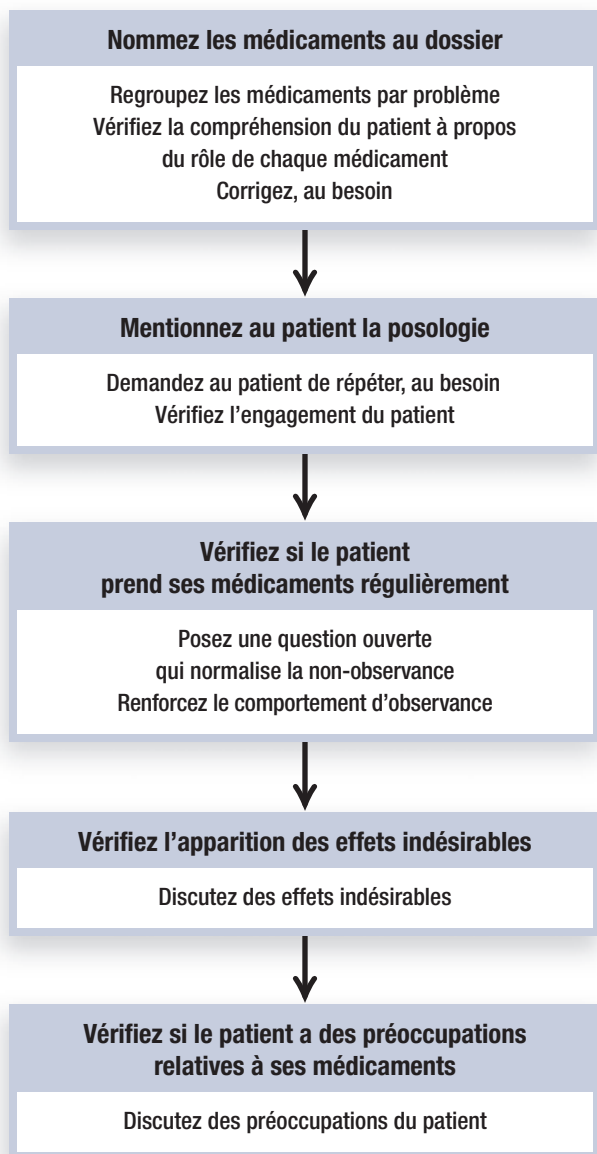
Il semblerait que de 40 % à 80 % des éléments ayant fait l'objet de la discussion sont immédiatement oubliés par le patient et que près de la moitié de l'information retenue est incorrecte. Le médecin doit donc élargir son rôle pour y inclure une dimension d'accompagnement du traitement.

Optimiser le temps disponible exige d'abord que le médecin modifie son approche traditionnelle à court terme, c'est-à-dire qu'il cesse de réagir au problème à chaque rendez-vous en prescrivant, en ajustant, en modifiant ou tout simplement en renouvelant une ordonnance.

Repères

Figure

Aide-mémoire pour une communication optimale sur les médicaments



du traitement (*coaching*) afin de permettre au patient d'améliorer progressivement sa connaissance des médicaments qu'il consomme et de se sentir soutenu dans son engagement à les prendre.

Enfin, plus généralement, il serait avantageux pour le médecin de se percevoir comme un des acteurs-clés dans la gestion optimale des médicaments, mais non le seul. Ainsi, les échanges avec le pharmacien

de quartier, qu'ils soient directs ou indirects par l'entremise du patient, de son ordonnance ou de sa feuille sommaire des médicaments, devraient être vus non pas comme des irritants ou des pertes de temps mais plutôt comme des occasions de collaborer dans le but d'optimiser l'usage que le patient fait de ses médicaments.

Et des changements précis

Griffonner rapidement une ordonnance et la remettre sans autre explication au patient contribue sans contredit à l'usage inapproprié des médicaments. Le médicament et son utilisation ne doivent plus être vus comme un sujet périphérique à la consultation, mais plutôt comme un élément de premier plan. Si le médecin désire débanaliser l'usage des médicaments et responsabiliser ses patients par rapport à leur consommation, il a intérêt à créer un nouvel « espace de discussion » portant sur les agents pharmacologiques durant l'entrevue. Comme la structure habituelle de la consultation risque d'être modifiée, le médecin doit annoncer le changement à son patient.

Toute consultation médicale comporte un moment où le médecin prend le temps de dresser la liste des médicaments pris par le patient. Cependant, comme nous l'avons vu, plusieurs problèmes associés à la prise des médicaments indiquent que cette période est utilisée de façon sous-optimale. En plus de permettre au médecin d'avoir un tableau juste de l'ensemble des traitements actifs de son patient, elle lui permet de préparer son patient à passer de la parole à l'acte. C'est aussi le moment où le médecin peut vérifier la pertinence des différents médicaments ainsi que l'engagement et la fidélité du patient vis-à-vis son traitement.

Nous allons donc vous proposer une approche communicationnelle simple en trois étapes visant à profiter de cette période courante de l'entrevue pour encourager le patient à participer activement à la gestion saine et raisonnée de ses médicaments. Cette approche intègre des échanges pour, entre autres : 1. vérifier si le patient comprend la raison pour laquelle le médicament est prescrit et corriger les ambiguïtés ou les fausses croyances ; 2. explorer les craintes ou les préoccupations de ce dernier par rapport aux coûts ou aux effets indésirables des médicaments, par exemple ; 3. soutenir l'observance du traitement. Ce faisant, vous allez nécessairement améliorer la qualité de la tenue

Encadré 2

Dialogue entre M^{me} Comprimé de la Granule et le D^r Intermed

Dialogue	Commentaires
Docteur : Avant de discuter de vos symptômes, j'aimerais m'assurer que les informations contenues dans votre dossier au sujet des médicaments que vous prenez actuellement sont bien à jour et complètes. Nous serons ainsi sur la même longueur d'onde au sujet des médicaments que vous consommez.	Le médecin énonce une mise au point pour justifier un changement par rapport à sa façon habituelle de procéder.
Patiente : D'accord, tant qu'on a le temps de parler de mes douleurs.	La patiente accepte, mais elle exprime son inquiétude de voir que cette mise au point sur les prescriptions l'empêche de discuter de son problème.
Docteur : C'est certain. Lors de notre dernier rendez-vous, je vous ai represcrit, pour une durée d'un an, l'ensemble de vos médicaments.	Il la rassure et présente son propos.
Patiente : Oui, j'ai remis l'ordonnance à ma pharmacienne.	Elle exprime son accord et décrit son action.
Docteur : Pour votre diabète, vous prenez du glyburide et de la metformine. C'est bien ça ?	Il nomme les médicaments associés à son problème de santé (diabète) et les vérifie.
Patiente : Oui.	Elle confirme.
Docteur : Glyburide, 5 mg, à raison d'un comprimé deux fois par jour, au déjeuner et au souper et metformine, 500 mg, à raison d'un comprimé trois fois par jour au moment des repas.	Il lui donne la posologie.
Patiente : Oui, c'est ça. Je prends ensemble le glyburide et la metformine au déjeuner et au souper et je prends seulement la metformine au dîner.	Elle confirme et précise.
Docteur : Lorsqu'on doit prendre des médicaments de façon régulière comme vous, il arrive à la plupart des gens d'en oublier. Au cours de la dernière semaine, vous est-il arrivé d'oublier de prendre vos médicaments pour le diabète ?	Le fait de rendre acceptable ou habituel un comportement de non-observance facilite la révélation des oublis de médicaments. Il vérifie l'observance de la patiente à l'aide d'une question ouverte.
Patiente : Depuis le temps que je prends ces pilules, j'ai ma routine. Surtout depuis la retraite, je ne les oublie à peu près jamais.	Elle répond.
Docteur : Excellent.	Il renforce.
Docteur : Et pour le reflux, vous prenez de l'oméprazole, 20 mg, à raison d'un comprimé par jour. Est-ce correct ?	Il nomme le médicament et en donne la posologie ainsi que la raison de la prescription et vérifie.
Patiente : Lors de notre dernier rendez-vous, vous m'aviez dit que si j'allais bien, je pouvais essayer de « sauter » des jours. J'ai commencé à diminuer. Je prends un comprimé au déjeuner, environ trois fois par semaine. Ça va bien comme ça. Est-ce correct ?	Elle donne l'information et vérifie.
Docteur : C'est très bien. Vous êtes en train de chercher la plus petite dose d'oméprazole qui suffira à maîtriser vos symptômes. Je mets une note à votre dossier.	Il confirme que l'usage correspond à leurs discussions.
Docteur : Avez-vous noté de nouveaux malaises associés à la prise de ces médicaments ?	Il vérifie la possibilité d'apparition d'effets indésirables.
Patiente : Non pas du tout.	Elle confirme l'hypothèse.
Docteur : Et pour l'insomnie, prenez-vous toujours un comprimé de 10 mg d'amitriptyline tous les soirs au coucher ?	Il demande l'information, tout en donnant le nom et la posologie médicament.
Patiente : Je ne peux pas m'en passer, surtout avec toutes ces douleurs.	Elle confirme son observance et en profite pour rappeler sa priorité au médecin : celle de discuter de ses douleurs.
Docteur : À ce sujet, je ne vois pas de médicaments contre la douleur dans ma dernière prescription. Prenez-vous quelque chose pour soulager vos douleurs ?	Il répond aux préoccupations exprimées par la patiente et demande de l'information sur le traitement.
Patiente : Non. Comme ça allait bien la dernière fois, vous avez oublié de me prescrire de l'acétaminophène. J'ai pris des Tylenol « réguliers » à la pharmacie, mais ça n'a pas soulagé mon mal. Comme j'avais encore très mal et que je ne pouvais pas vous voir, je suis allée au service de consultation sans rendez-vous. Le médecin m'a prescrit du Celebrex à prendre une fois par jour. Il m'a dit que c'était un anti-inflammatoire. J'ai accepté l'ordonnance, mais je ne suis pas allée à la pharmacie, car j'avais peur de prendre un anti-inflammatoire sans votre avis.	Elle lui donne l'information et lui offre une explication. Elle donne l'information sur les actions entreprises et exprime une inquiétude. Effectivement, prescrire sans connaître l'ensemble des problèmes de santé du patient ni la totalité des médicaments qu'il consomme met le patient à risque.

Encadré 2 (suite)

Dialogue

Commentaires

Docteur : On avait discuté du fait que les anti-inflammatoires n'étaient pas recommandés pour vous étant donné votre âge et le fait que vous souffrez de reflux gastro-œsophagien. Par ailleurs, Celebrex peut notamment interagir avec le glyburide et provoquer des baisses de votre glycémie.

Vous avez donc pris la bonne décision de ne pas prendre de Celebrex. Cependant, vos douleurs persistent, et cela est inacceptable.

Il lui rappelle les raisons de sa réticence à lui prescrire des anti-inflammatoires. Il explique le problème des interactions médicamenteuses.

Il renforce son comportement. Il confirme vouloir s'attaquer au traitement des douleurs.

Patiente : Oui, je ne peux plus endurer mon mal.

Elle confirme la nécessité d'agir.

Docteur : Je vous prescris de l'acétaminophène spécialement conçu pour le soulagement des douleurs arthritiques. Ce produit est plus fort que celui que vous avez acheté à la pharmacie. Vous allez prendre deux comprimés de 650 mg, trois fois par jour, toutes les huit heures pendant quelques jours. Selon votre réponse, nous ajusterons au besoin votre traitement. Ça va ?

Il propose une prescription et souligne la spécificité du traitement : 1. l'ordonnance suggérée est spécifique au type de douleurs ; 2. la dose est plus forte et 3. la durée de l'effet, plus longue. Ces informations visent à augmenter la confiance de la patiente en cette prescription. Il énonce la posologie pour un traitement optimal.

Patiente : Je ne sais pas.

Elle exprime des doutes.

Docteur : Je crois que nous devons l'essayer aux bonnes doses avant de pouvoir dire avec certitude que ce n'est pas efficace.

Il accueille la préoccupation de la patiente.

Patiente : D'accord, si je peux vous rejoindre facilement.

Elle donne son accord, mais énonce une condition.

Docteur : Entendu.

Maintenant, j'aimerais vérifier si vous prenez d'autres produits que vous pouvez acheter sans ordonnance.

Est-ce que vous en prenez actuellement ?

Il dit être d'accord avec la condition.

Il indique vouloir passer aux produits en vente libre.

Il pose une question ouverte.

Patiente : Bien, je prends depuis quelque temps du Ginkgo biloba pour améliorer ma mémoire et des oméga-3 pour ma circulation.

Elle répond en donnant l'information. Sans une invitation spécifique à parler de ces produits, la majorité des patients en tairont l'usage, le plus souvent parce qu'ils ne perçoivent pas qu'il s'agit de médicaments.

Docteur : Donc, je vais ajouter à votre liste de médicaments le Ginkgo biloba et les oméga-3.

À part cela, prenez-vous d'autres produits ?

Il lui indique qu'il accorde de l'importance à ces produits puisqu'il les ajoute à la liste officielle des médicaments.

Il demande une information. Bien que la liste semble complète, le médecin vérifie quand même qu'il n'y a pas autre chose.

Patiente : Ben, juste les comprimés de calcium que vous me prescrivez.

Elle donne l'information.

Docteur : Ah oui, j'oubliais. J'ai ici dans votre dossier que vous prenez deux comprimés de 500 mg de calcium associé à 400 UI de vitamine D et un comprimé de calcium 500 mg sans vitamine D par jour. C'est bien cela ?

Il confirme en reprenant le nom de la prescription et la posologie et vérifie.

Patiente : Oui, je prends ces trois comprimés tous les jours. Je ne veux pas me retrouver avec de l'ostéoporose en plus de cette arthrose.

Elle confirme.

Docteur : Bon, je crois que nous avons fait le tour de vos médicaments et que nous avons discuté du traitement de vos douleurs.

À la fin de l'entrevue, je vais vous laisser une copie de la liste à jour de vos médicaments. Vous pourrez la conserver dans votre porte-monnaie. Je vous demanderais de l'apporter avec vous à tous vos rendez-vous, que ce soit avec moi ou avec un autre médecin. Vous pouvez aussi demander au pharmacien de vous remettre la liste complète des produits que vous obtenez à la pharmacie et que nous pourrions vérifier ensemble au moment de chaque rendez-vous.

Il la situe dans le déroulement de l'entrevue et sur la suite de l'entrevue.

Il fait une demande d'action.

Il engage la participation de la patiente et la responsabilise par rapport à la gestion de ses ordonnances. Il agit en tant qu'accompagnateur (*coach*).

L'entrevue se poursuit... et ils discutent de diabète.



du dossier pharmacologique de vos patients en attendant l'arrivée du dossier de santé informatisé ! Il existe un parallélisme entre la modification proposée ici pour les médicaments et celle d'il y a une dizaine d'années sur l'anamnèse relative au tabagisme. Ainsi, dans une perspective de prévention, il ne serait plus acceptable aujourd'hui de seulement poser la question « Fumez-vous ? » et de consigner l'information au dossier.

La figure récapitule les éléments de communication, tant du point de vue des choses à mentionner au patient ou à aborder avec lui (le nom du médicament, son effet principal ou la raison pour laquelle il est prescrit, la posologie, les effets indésirables incluant les interactions, l'observance du traitement et les préoccupations du patient) que de la manière d'organiser l'information (établir clairement le lien entre le médicament et le problème de santé pour lequel il est prescrit) et de favoriser la participation du patient (questions ouvertes, vérifications, répétitions, demandes d'opinion, etc.).

Revenons au cas du D' Intermed

Le D' Intermed a décidé d'instaurer une nouvelle approche reposant sur les concepts présentés plus haut pour parler des médicaments avec ses patients âgés. Le D' Intermed cherche depuis quelques semaines à optimiser le temps consacré à la discussion des médicaments durant ses consultations. Il sait que le programme des visites de suivi des personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques est chargé et que le temps disponible pour discuter des nombreux médicaments est limité. Comme il ne prévoit pas d'amélioration de la situation dans un proche avenir, il a décidé de procéder autrement en consacrant un moment de la première partie de chaque consultation à un entretien relatif aux médicaments (encadré 2).

LA CONSTITUTION D'UNE LISTE EXHAUSTIVE des médicaments consommés par le patient exige quelques minutes de la consultation médicale. Il est donc préférable de planifier ce moment. Lorsque vous procédez à cet exercice pour la première fois, que ce soit pour un patient connu ou un nouveau patient, vous devez le prévoir dans votre emploi du temps, car cela vous demandera plus de deux à trois minutes !

Le temps nécessaire pour effectuer la vérification des médicaments devrait cependant prendre moins de temps au cours des consultations subséquentes, car la liste que vous utiliserez alors sera déjà à peu près complète et votre patient, qui s'attendra à cet exercice, arrivera mieux préparé. L'approche en trois étapes donne un signal très clair au patient que le médecin prend en compte la consommation de tous ses médicaments et renforce l'impression que tous les produits pharmacologiquement actifs doivent être connus, qu'ils soient obtenus avec ou sans ordonnance. Le patient comprendra que le clinicien accorde une grande importance à sa consommation de médicaments et qu'il sera en quelque sorte devenu son accompagnateur (*coach*) en matière de médicaments. Chaque consultation deviendra ainsi pour le patient une occasion de consolider ses connaissances au sujet des médicaments dont il fait usage. Il est clair qu'une fois cette façon de faire systématique en place, elle se généralisera pour tout changement ou ajout de médicaments.

L'approche communicationnelle proposée ici s'appuie sur des données probantes. Son originalité réside dans le fait qu'elle propose un guide pour la mise en place d'un dialogue de prescription et une stratégie supplémentaire en vue d'une utilisation optimale des médicaments dans notre société. 🌟

Date de réception : 16 juillet 2008

Date d'acceptation : 11 août 2008

Mots clés : communication médecin-patient, médicament

La D^{re} Marie-Thérèse Lussier et M. Claude Richard ont reçu des subventions de recherche d'AstraZeneca et de Pfizer au cours des dernières années.

Bibliographie

1. Collin J, Lussier MT. *La place du médicament dans la relation patient-médecin : un exemple de complémentarité entre les approches qualitatives et quantitatives*. (Présentation orale) Québec : Réseau québécois de recherche sur l'usage des médicaments (RQRUM) ; 26 mai 2005.
2. OpinionSanté.com. *La consultation OpinionSanté.com sur l'usage du médicament. Faits saillants de la première grande consultation web du MSSSQ*. 2004. Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medicaments/download.php?f=8efd860a2481b7bcc0df6c45a46cf2dd (Date de consultation : juin 2008).
3. Sleath B, Roter D, Chewning B et coll. Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Med Care* 1999 ; 37 (11) : 1169-73.

Summary

Prescription dialogue – a must for the optimal use of medications. Less than 10% of the medical encounter is dedicated to discussion on medication. There are numerous barriers to exchanges on medications such as vocabulary use and patient literacy. Optimizing the available time to discuss medication necessitates that physicians modify their traditional “reactive” approach and adopt a new coaching role, thus encouraging patient participation in the encounter as well as in their medication management.

Keywords: medications, doctor-patient communication

4. Stevenson FA, Barry CA, Britten N et coll. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med* 2000 ; 50 (6) : 829-40.
5. Richard C, Lussier MT. Pourquoi s'intéresser à la communication médecin patient à propos de la médication? (Chapitre 10) Dans: Levy JJ, Garnier C, rédacteurs. *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*. Montréal : Presses de l'Université du Québec ; 2007. pp. 333-65.
6. Richard C, Lussier MT. Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical Roles. *Patient Educ Couns* 2007 ; 65 (3) : 329-41.
7. Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med* 1995 ; 41 (9) : 1241-54.
8. Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003 ; 96 (5) : 219-22.
9. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999 ; 49 (443) : 477-82.
10. Conseil canadien sur l'apprentissage. *État de l'apprentissage au Canada : Pas le temps de s'illusionner*. Ottawa : Le Conseil ; 2007. Site Internet : www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/StateofLearning/StateofLearning2007.htm?Language=FR (Date de consultation : le 20 juin 2008).
11. Schillinger D, Grumbach K, Piette J et coll. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002 ; 288 (4) : 475-82.
12. Ferner RE. Is concordance the primrose path to health? *BMJ* 2003 ; 327 (7419) : 821-2.