Institutional Repository - Research Portal
Dépôt Institutionnel - Portail de la Recherche
researchportal.unamur.be
University of Namur

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

# Et si on parlait de votre traitement?

Richard, Claude; Lussier, Marie-Thérèse; Givron, Helene

*Published in:*
Exercer

*Publication date:*
2023

*Document Version*
Version créée dans le cadre du processus de publication ; mise en page de l'éditeur ; généralement non rendue publique

Link to publication

*Citation for pulished version (HARVARD):*
Richard, C, Lussier, M-T & Givron, H 2023, 'Et si on parlait de votre traitement?', *Exercer*, pp. 266.

**General rights**
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

**Take down policy**
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 07. Feb. 2025

**Claude Richard**[1],
**Marie-Thérèse Lussier**[1,2],
**Hélène Givron**[3]

1. Chercheur associé Pôle 1 - Recherche sur les transformation des pratiques cliniques et organisationnelles, centre de santé et des services sociaux de Laval, Québec

2. Professeure titulaire, département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal, directrice du Réseau de recherche en soins primaires de l'Université de Montréal

3. Chercheuse régulière, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal

*rrspum@umontreal.ca*

*exercer 2023;194:266-71.*

# « Et si on parlait de votre traitement ? »

*"Shall we talk about your treatment?"*

## INTRODUCTION

La santé est un sujet qui nous concerne tous, quel que soit notre âge. Selon les données combinées des deux cycles de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) de 2017 et 2019, 55 % des Canadiens âgés de 18 à 79 ans avaient pris au moins un médicament prescrit par un professionnel de la santé, 36 % en avaient pris deux ou plus, et 24 % trois ou plus au cours du mois précédant le sondage[1]. En France, dans l'Enquête sur la santé et la protection sociale 26,7 % des 16 à 39 ans ont déclaré avoir consommé des médicaments prescrits dans les vingt-quatre heures précédant le sondage. Cette proportion s'élevait respectivement à 48,9 et à 81,7 % pour les 40 à 64 ans et les 65 ans et plus[2]. Il est donc courant de discuter au cours d'entretiens patient-soignants des différents traitements disponibles, avec l'objectif de maintenir une bonne santé.

Au Québec, d'après Collin et Lussier, 96 % des visites effectuées par une personne âgée en clinique de médecine familiale comportaient une discussion autour d'au moins un médicament[3]. Ainsi, échanger sur les médicaments constitue l'un des objectifs fondamentaux de l'entretien médical[4]. Les patients font généralement confiance à leur médecin pour prescrire les médicaments appropriés[5,6]. La confiance accordée à son médecin ne suffit pas à elle seule à assurer une prise adéquate des médicaments prescrits. La qualité de la communication médecin-patient au sujet des médicaments joue un rôle important. Elle influence la compréhension du patient, les informations retenues, sa capacité à les utiliser de manière sûre et son adhésion[7,8].

## UN GUIDE POUR ABORDER LES TRAITEMENTS EN ENTRETIEN : LE MODÈLE DES « CROYANCES RELATIVES À LA SANTÉ »

Pour qu'un patient puisse faire un usage approprié de ses traitements, il doit d'abord bien comprendre le lien entre le médicament et le problème de santé pour lequel il est prescrit ou « déprescrit ». Dans son modèle de la « *Medication taking practice* », c'est ce que Bajcar nomme « *comprendre la pertinence de l'usage* »[9]. Le patient doit ensuite adopter les comportements nécessaires à la prise du médicament et développer ses compétences à auto-évaluer ses effets.

Le modèle des « croyances relatives à la santé » offre une approche structurée pour explorer les croyances et les comportements vis-à-vis des questions de santé[10]. Récemment, une revue systématique a expliqué que ce modèle permet de prédire les comportements de prévention envers le Covid-19[11]. Le modèle des « croyances relatives à la santé » semble être un outil utile pour aider les professionnels de santé à discuter des traitements avec leurs patients.

Concrètement, pour aider le patient à « comprendre la pertinence » du traitement, le clinicien et le patient doivent aborder deux séries de questions. La première série (P1 et P2) porte sur la nature et la sévérité perçue du problème de santé alors que la seconde porte sur le traitement envisagé (T1 et T2), son efficacité perçue et la capacité du patient à introduire le traitement dans son quotidien.

D'abord, le médecin (P1) s'assure que le patient reconnaît l'existence

Remerciements :
Audrey Janoly-Dumenil, pharmacienne, pour le verbatim du tableau 2.

du problème. Si le patient pense qu'il ne souffre pas de ce problème, qu'il entretient des doutes sérieux ou encore qu'il croie à des explications alternatives, il n'y a pas de raison de suivre un traitement. La confiance que le patient a en son médecin joue un rôle central. Il est difficile pour le patient de vérifier si, oui ou non, il souffre de cette condition. Le médecin dispose d'un capital de confiance. Si le patient se présente volontairement chez un médecin, c'est que celui-ci dispose déjà d'une crédibilité à ses yeux. Ceux qui doutent de la nature du problème de santé diagnostiqué risquent fort soit de ne pas prendre le traitement prescrit, soit d'aller consulter un autre type de soignant, ou encore, pour les plus pragmatiques d'entre eux, de suivre plusieurs voies en espérant que l'une d'elles fonctionne, peu importe laquelle.

Lorsque le patient reconnaît le problème, le médecin peut alors aborder sa perception de la sévérité (P2). La confiance en son médecin joue aussi un rôle central. Le problème est-il vraiment aussi sérieux ? Le médecin veut-il lui faire prendre des médicaments alors qu'il existe des alternatives non pharmacologiques ? Quelle est sa tolérance aux risques ? Quelle est sa perception des conséquences ? Dramatiques ou non ? Conséquences souvent anecdotiques en provenance de son réseau social. Comment compare-t-il le risque de ne pas suivre le traitement aux risques associés à d'autres de ses comportements ?

Lorsque le patient a indiqué qu'il reconnaît le problème et que celui-ci est suffisamment sérieux pour s'en occuper, alors le médecin peut présenter les options de traitement disponibles (T1). Les défis conversationnels alors posés au médecin par le patient sont nombreux. Le patient peut s'interroger sur l'exhaustivité des options de traitement proposées par le médecin. Est-ce qu'il doit faire confiance aux options proposées par le médecin (le médecin a-t-il des conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique) ? Doit-il se limiter à ces options ? Existe-t-il des approches « alternatives » (lesquelles prétendent toutes être très efficaces) ? Quels sont les arguments favorables et défavorables pour chacun des traitements ? Que dit son expérience ? Que dit son réseau social ?

Même lorsque le patient est satisfait des options proposées et qu'il reconnaît leur efficacité pour traiter son problème de santé, tout n'est pas encore joué ! Il faut maintenant discuter de la capacité concrète et de la volonté du patient d'introduire le traitement dans son quotidien (T2). L'introduction du traitement peut bousculer les habitudes de vie du patient. Est-ce que « maintenant » est le bon moment pour lui de commencer le traitement ? Il peut aussi y avoir une multitude d'inconvénients pratiques : une incompatibilité avec les horaires ou les tâches de son travail, avec la vie de célibataire ou de famille… Le patient peut trouver le traitement répétitif et ennuyeux, bref ne pas entrer dans son mode de vie antérieure. Est-ce que les effets secondaires (discutés en T1) sont gérables dans son quotidien ? Et, en dernier lieu, quelle image aura le patient de lui-même et quelle image de lui projettera-t-il sur son réseau social s'il suit ce traitement ?

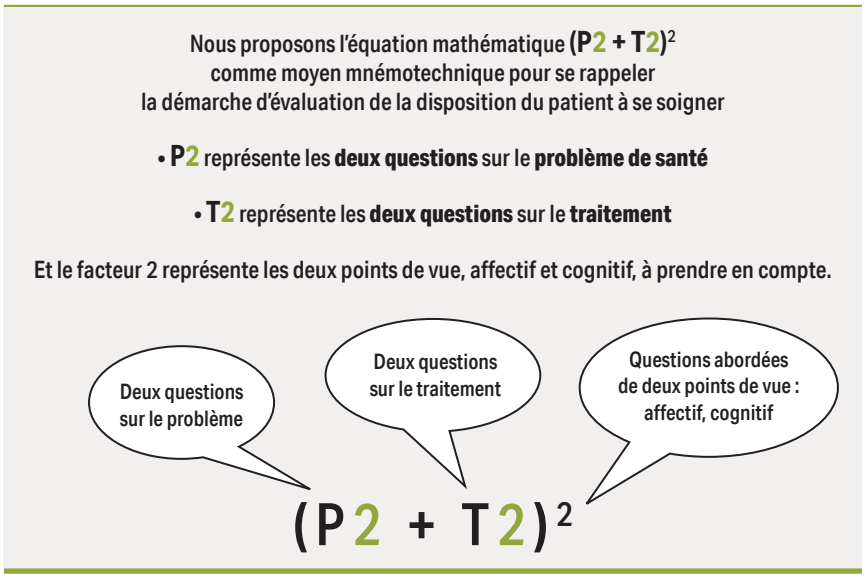


**Figure** - Approche pour aider le patient à « Faire du sens » de ses médicaments
*Source : Richard C, Lussier MT. L'approche CIM. La communication professionnelle en santé. 2e éd. Montréal : Pearson ERPI, 201610.*

Chacune de ces quatre étapes (P1, P2, T1, T2) peut donner lieu à des échanges de nature cognitive (contenu, croyances favorables ou défavorables, etc.) où le niveau de littératie du patient joue un rôle important ainsi que son habitude à manipuler des concepts abstraits. Ces échanges peuvent tous aussi revêtir une dimension affective (méfiance, craintes, etc.), car tout traitement comporte le risque de modifier l'image de soi et la perception du respect accordé par l'autre, de modifier l'amitié ou l'amour que les autres lui expriment. La **figure** propose une formule pour retenir la démarche suggérée. Pour illustrer ce modèle, le **tableau 1** présente l'analyse du verbatim d'un entretien entre une patiente qui consulte pour un reflux gastro-œsophagien qui ne répond pas au traitement en cours.

## LES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES À LA COMMUNICATION AU SUJET DES TRAITEMENTS

Si ce modèle offre un cadre général utile à la discussion des traitements

en entretien, le médecin doit tenir compte de plusieurs facteurs qui viendront moduler cette discussion. Quelques-uns sont abordés dans cet article : le contexte clinique, les caractéristiques des patients et celles des médicaments.

La réévaluation systématique des médicaments utilisés par un patient est importante[12]. Les médecins manquent pourtant souvent de temps pour réévaluer la liste complète de ceux-ci. Un rendez-vous planifié à cette fin est plus adapté à cet exercice qu'une consultation ponctuelle (une consultation sans rendez-vous) ou une consultation pour le suivi d'un problème de santé chronique. Dédier une consultation à la réévaluation du profil médicamenteux permet de : 1) mettre à jour les informations relatives aux traitements/médicaments, incluant ceux prescrits par d'autres professionnels ou d'autres types d'intervenants ; 2) vérifier la pertinence de chacune des prescriptions ; 3) identifier les médicaments à réévaluer ; 4) consigner l'usage des suppléments, vitamines, produits naturels, etc. Pour faciliter la discussion, le médecin peut demander au patient d'apporter à ce rendez-vous la liste de ses médicaments (que le pharmacien peut lui remettre) en incluant tous les produits disponibles en vente libre et les produits dits naturels ou alternatifs qu'il utilise.

Un défi important que doit relever le médecin est le taux relativement bas de littératie en santé de la population. Par exemple, au Québec, 50 % environ de la population n'atteint pas un niveau de littératie en santé suffisant pour accéder, comprendre et utiliser les informations nécessaires au maintien de sa santé[13]. Il est donc recommandé d'utiliser avec tous les patients, mais surtout auprès des patients âgés, un langage simple et clair (mots d'usage courant, phrases courtes, pauses fréquentes, illustrations, etc.) et de vérifier régulièrement leur compréhension. Lorsqu'un accompagnateur est présent, il est important de clarifier le rôle de l'accompagnateur et de préciser la manière dont seront gérés les échanges[10]. Par exemple, le médecin peut indiquer, selon les circonstances propres à chacune des consultations, s'il souhaite poser les questions directement au patient ou à son accompagnateur.

Richard et al. ont observé que les échanges sur les médicaments en contexte ambulatoire variaient aussi selon leur statut, à savoir : une nouvelle prescription, un renouvellement, un médicament actif mais ne faisant pas l'objet d'une prescription, un médicament exclu, etc[14]. Pour ce qui est de la nature des échanges, si la désignation, la posologie et l'effet principal étaient fréquemment abordés, les effets indésirables, les indications à reconsulter, les attitudes et émotions, l'adhésion et les mises en garde l'étaient pour moins de 15 % des médicaments[14]. Dans le cas des nouvelles prescriptions, les discussions étaient majoritairement des monologues initiés par les médecins[14,15]. Lors de renouvellements de médicaments, les patients contribuaient davantage à la discussion en partageant leurs observations quant à l'effet principal et aux effets indésirables, leurs attitudes et émotions vis-à-vis du médicament et de leur adhésion[16]. Tobiano *et al.* ont observé que lors des consultations pour arrêt maladie, dans les suites d'une hospitalisation, plus le nombre de médicaments à discuter augmentait, moins il y avait de dialogue à leur propos[17].

En ce qui concerne les caractéristiques du traitement, la communi-

| Stratégies non verbales | Description/exemples |
|---|---|
| Marqueur non verbal d'écoute | • Maintenir un contact visuel<br>• Prendre une posture « engagée »<br>• Adopter une expression faciale appropriée<br>•Utiliser une gestuelle appropriée |
| Indices paralinguistiques | • Mettre une emphase sur certains mots<br>• Varier le ton de sa voix pour marquer son intérêt<br>• Ajuster le débit et le volume de sa voix |
| **Stratégies verbales** | **Exemples** |
| Question ouverte | • *« Quelles sont vos inquiétudes avec ce médicament ? »*<br>• *« Qu'est-ce qui est important pour vous en ce moment ? »* |
| Vérifier les propos en reformulant ou en résumant | • *« Si j'ai bien compris, les symptômes de reflux persistent ? »* |
| Reflet | • *« Vous me semblez inquiet par rapport à la qualité de votre sommeil ; si nous diminuons votre Zopiclone… »* |
| Rassurer le patient de façon appropriée s'il exprime des inquiétudes | • *« C'est vrai que certaines personnes ont des effets secondaires, mais en général les gens réagissent très bien. »* |
| Exprimer votre soutien aux comportements favorables à la santé | • *« Je vois que vous avez mis en place une routine quotidienne pour la prise de vos médicaments. Bravo ! »* |
| *Teach back* pour s'assurer de la compréhension du patient | • *« Pour m'assurer que je vous ai bien expliqué, pouvez-vous m'expliquer avec vos mots comment vous allez prendre ce médicament ? »* |

**Tableau 1** - Principales stratégies communicationnelles

| | Verbatim | Analyse* |
|---|---|---|
| **MD 1** | Madame Larivière, les symptômes que vous me rapportez sont dus à une acidité qui remonte de votre estomac et qui cause vos brûlures. On appelle ce problème « reflux gastro-œsophagien », ou plus simplement vous faites ce qu'on appelle du « reflux ». | Donne information<br>Nomme le problème, utilise le nom scientifique et le nom commun<br>Il utilise un vocabulaire simple (P1, C) |
| **MD 2** | Si j'ai bien compris, les conseils que je vous ai donnés lors de notre visite précédente ne vous ont pas soulagée ? C'est bien ça ? | Vérifie que les mesures non pharmacologiques discutées au rendez-vous précédent n'ont pas eu l'effet souhaité (T1, C)<br>Demande information |
| **PTE 3** | C'est bien ça, Dr, comme je vous dis, j'ai encore beaucoup de brûlures à l'estomac tous les jours, même si j'ai modifié mes repas et que j'ai monté la tête de mon lit, comme vous me l'aviez suggéré | Confirme les propos de MD sur la nature du problème (P1, C) et l'absence d'effets des mesures non pharmacologiques (T1, C)<br>Donne information |
| **PTE 4** | Les symptômes persistent et m'incommodent de plus en plus. Il y a quelque chose d'anormal, c'est certain. Faut faire quelque chose ! | Énoncé qui indique la gravité perçue des symptômes (P2, A)<br>Demande d'action (T1, A) |
| **MD 5** | Oui, je pense qu'il est temps de passer à la prochaine étape du traitement et d'ajouter un médicament | Reconnaît l'argument de la patiente<br>Confirme la nécessité d'intervenir en ajoutant un nouveau médicament au traitement non pharmacologique (T1, C) |
| **PTE 6** | Un nouveau médicament ? J'en prends déjà tellement… ça m'inquiète toujours d'en rajouter | Exprime une inquiétude (T1, A)<br>Présente sa polymédication comme contre-argument à l'ajout d'un nouveau médicament (T1, C) |
| **MD 7** | Oui, vous en prenez beaucoup, et plus il y en a, plus il y a des risques qu'ils ne s'entendent pas bien les uns avec les autres | Reconnaît l'argument de la polymédication et des risques associés (T1, C)<br>Confirme les craintes de la patiente (T1, C) |
| **PTE 8** | Je devrais bien me résoudre à en prendre un autre, car ça me gâche la journée, et les symptômes me réveillent la nuit aussi | Donne information<br>Annonce que, malgré ses craintes, elle est disposée à essayer un nouveau médicament (T2, A) |
| **MD 9** | Heureusement, nous avons un médicament reconnu très efficace dans cette situation | Rassure la patiente<br>En confirmant qu'il existe un médicament dont l'efficacité a été démontrée (T1, A/C) |
| **PTE 10** | Ça, au moins, c'est encourageant ! | Exprime son réconfort (T1, A) |
| **MD 11** | En réévaluant votre liste de médicaments, il n'y aurait pas de problème à vous prescrire un IPP, un médicament qui agit contre l'acidité | Rassure la patiente quant à l'absence d'interactions avec les autres médicaments qu'elle consomme (T1, C/A) |
| **PTE 12** | Un quoi ? | Pose une question<br>Demande de clarification à la suite de l'utilisation d'un terme spécialisé (jargon médical) (T1, C) |
| **MD 13** | Un IPP, c'est un raccourci que l'on utilise pour parler d'un « inhibiteur de la pompe à protons ». Ça diminue la sécrétion d'acide dans votre estomac | Donne information sur la classe du médicament son mode d'action (T1, C) |
| **MD 14** | En plus, on a un bon recul, car il est utilisé depuis plus de trente ans chez de nombreux patients et ça marche bien | Rassure la patiente en donnant une information sur l'efficacité et la sécurité reconnue du médicament proposé (T1, A/C) |
| **PTE 15** | Ça devrait bien marcher avec moi aussi | Exprime qu'elle est rassurée (T1, A/C) |
| **PTE 16** | Mais est-ce qu'il y a des effets secondaires ? | Pose une question<br>Demande d'informations supplémentaires sur les effets secondaires anticipés (T1, C) |

Suite du tableau ➤

| | Verbatim | Analyse* |
|---|---|---|
| **MD 17** | Les IPP peuvent donner des maux de tête, de la constipation et des nausées. S'il est pris sur une longue période, il y a un risque de ne pas absorber certaines vitamines, causer des fractures et certaines infections | Donne l'information sur les effets secondaires principaux potentiels (T1, C) |
| **PTE 18** | Est-ce que moi je devrai le prendre longtemps ? | Demande information sur la durée du traitement (T2, C) |
| **MD 19** | Non, pas longtemps. Le traitement recommandé est de quatre semaines. Ça devrait soulager vos symptômes et éviter les effets indésirables plus sérieux. Après, on voit | Donne information sur la durée probable du traitement<br>Rassure sur l'effet principal et les effets secondaires (T1, C/A) |
| **PT 20** | J'espère que ça va marcher pour moi. Je ne veux pas risquer une fracture ! | Exprime une préoccupation en lien avec l'effet principal anticipé et un effet secondaire sérieux possible du traitement (T1, A) |
| **MD 21** | Je comprends votre inquiétude, mais le risque de fractures est très faible lorsque l'IPP est prescrit seulement quelques semaines<br>Je vous prescris de l'oméprazole, un comprimé de 20 mg, à prendre une fois par jour. Vous allez en avoir un nombre suffisant pour les quatre prochaines semaines | Rassure sur la rareté de l'effet secondaire sérieux que la patiente craint (T2, A)<br>Donne information : précise le nom du médicament, la dose, la posologie, la durée (T2, C) |
| **PTE 22** | Dans combien de temps est-ce que je vais être soulagée ? | Demande information sur le délai d'action du médicament sur ses symptômes (T2, C) |
| **MD 23** | Les brûlures devraient complètement disparaître d'ici quatre semaines. Sinon, vous revenez me voir et nous réévaluerons | Donne information sur l'effet principal et le délai probable d'action du médicament et sur le suivi (T2, C) |
| **MD 24** | Si les brûlures ont disparu au bout de quatre semaines, vous pourrez déjà commencer à réduire la quantité. Les informations seront inscrites sur votre ordonnance pour que votre pharmacien puisse vous indiquer comment procéder<br>Ça vous va comme ça ? | Donne information<br>Introduit la durée initiale du traitement<br>Annonce le sevrage à entreprendre si les symptômes ont disparu (T2, C) |
| **PTE 25** | OK | Accord (T2, C) |
| **MD 26** | Pour m'assurer que je vous ai bien expliqué, pouvez-vous me dire ce que vous avez retenu ? | Vérifie la compréhension et la rétention des informations par un énoncé *Teach back* (T2, C) |
| **PTE 27** | Mes brûlures sont dues à du reflux. Vous me prescrivez un nouveau médicament pour quatre semaines qui devrait soulager mes symptômes. Si tout va bien après quatre semaines, c'est le pharmacien qui me dira comment diminuer la prise progressivement. Sinon, je reviens vous voir | Donne information.<br>Résume sa compréhension (P1, C - T2, C) |
| **MD 28** | Vous avez retenu l'essentiel. | Confirme le résumé (P1 - T2, C) |

**Tableau 2** - Analyse du verbatim
*MD x et PTE x : identification de l'énoncé médecin ou patient ; P1 : le patient reconnaît l'existence du problème pour lequel un traitement est envisagé ; P2 : la perception du patient de la gravité du problème et la nécessité d'instaurer un traitement ; T1 : la perception du patient de l'efficacité et de la pertinence du traitement proposé ; T2 : la perception du patient de sa capacité à introduire le traitement dans son quotidien ; C : échanges de nature cognitive ; A : échanges de nature affective.*

cation dépend de l'indication, l'effet principal, la durée prévue de son usage, le mode d'administration, et le profil d'effets secondaires. Plusieurs stratégies communicationnelles peuvent être utilisées pour soutenir l'engagement vis-à-vis du traitement, telles que celles énumérées au **tableau 1** et illustrées dans l'analyse du verbatim présenté au **tableau 2**.

## CONCLUSION

La communication au sujet des médicaments est une tâche complexe pour les médecins. Elle est essentielle pour aider les patients à comprendre la pertinence des prescriptions et à suivre leur traitement. Les stratégies communicationnelles énumérées dans la figure et dans les deux tableaux de cet article peuvent être utiles pour favoriser la participation des patients lors de ces discussions. Il est également important que les médecins tiennent compte des facteurs qui influencent cette communication, tels que le contexte clinique et les caractéristiques du traitement et du patient. Enfin, les médecins s'attachent à faire preuve de clarté et de simplicité dans leur langage, surtout envers les patients ayant un niveau de littératie en santé limité.

## Références


1. **Statistiques Canada**. Le quotidien. Consommation de médicaments sur ordonnance chez les adultes canadiens, 2016 à 2019. Ottawa : Statistiques Canada, 2021. Disponible sur : https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210628/dq210628e-info-fra.htm [consulté le 21 avril 2023].
2. **Haut Conseil de la santé publique**. Actualité et dossier en santé publique n° 97. La politique du médicament. Paris : HCSP, 2016. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=154 [consulté le 21 avril 2023].
3. **Lussier MT, Richard C**. Le dialogue de prescription, un incontournable dans l'usage optimal du médicament ! Le médecin du Québec 2008;43(12):45-52.
4. **Silverman JD, Kurtz SM, Draper J**. Skills for communicating with patients, 3rd ed. London: CRC Press, 2013.
5. **Donohue JM, Huskamp HA, Wilson IB, et al**. Who do older adults trust most to provide information about prescription drugs? Am J Geriatr Pharmacother 2009;7(2):105-16.
6. **Turner JP, Tannenbaum C**. Older Adults' Awareness of Deprescribing: A Population-Based Survey. J Am Geriatr Soc 2017;65(12):2691-6.
7. **Street RL, Makoul G, Arora NK, et al**. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns 2009;74(3):295-301.
8. **Walsh CA, Cahir C, Tecklenborg S et al**. The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 2019;85(11):2464-78.
9. **Bajcar J**. Task analysis of patients' medication-taking practice and the role of making sense: a grounded theory study. Res Social Adm Pharm 2006;2(1):59-82.
10. **Richard C, Lussier MT**. La communication professionnelle en santé. 2e éd. Montréal : Pearson ERPI, 2016.
11. **Zewdie A, Mose A, Sahle T, et al**. The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: a systematic review. SAGE Open Med 2022;10:20503121221113668.
12. **Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada**. Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre - Progrès à ce jour et chemin à parcourir. Ottawa : Agrément Canada, 2012.
13. **Canadian Council on Learning**. "State of learning in Canada: No time for complacency", Report on Learning in Canada. Ottawa : CCL, 2007.
14. **Richard C, Lussier MT**. Nature and frequency of exchanges on medications during primary care encounters. Patient Educ Couns 2006;64(1-3):207-16.
15. **Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, et al**. Physician communication when prescribing new medications. Arch Intern Med 2006;166(17):1855-62.
16. **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.
17. **Tobiano G, Manias E, Thalib L, et al**. Older patient participation in discharge medication communication: an observational study. BMJ Open 2023;13:e064750.