

Université de Montréal

Importance et rôle du discours sur la médication dans
l'entrevue médicale

par
Claude Richard

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph. D.
en psychologie

Avril 2004



BF

22

U54

2005

V. 019

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Importance et rôle du discours sur la médication dans l'entrevue
médicale

présenté par :

Claude Richard

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :



Résumé

Cette recherche a comme objectif principal de décrire le contenu du discours à propos des médicaments lors de consultation en médecine générale. Elle a comme objectif secondaire de décrire la participation du médecin et du patient à l'élaboration de ce contenu. Pour atteindre ces objectifs, nous avons d'abord dû développer et valider un instrument de codification pour étudier ce discours. Nous avons procédé à l'analyse de 462 entrevues médicales provenant de cliniques réparties dans la région de Montréal. L'objectif principal étant de décrire le comportement verbal associé à la discussion de la médication, nous avons cherché à optimiser la présence des médicaments dans les entrevues en sélectionnant des entrevues où le patient était positif au General Health Questionnaire (GHQ-28) et des entrevues avec des personnes plus âgées. La description du discours s'organise autour de chacun des médicaments. Le médicament constitue ainsi l'unité d'analyse de base de cette recherche.

La première partie de la démarche de recherche a consisté à mettre au point MEDICODE, un outil qui permet de décrire exhaustivement le discours sur la médication. L'instrument identifie, entre autres, un ensemble de thématiques pouvant faire l'objet de discussion au moment de la consultation et le statut du médicament discuté. Nous avons ensuite procédé à la validation de cet instrument. Pour la fidélité, nous avons calculé les coefficients d'accord inter-codeurs et de fidélité test-retest des différentes catégories de contenu de la grille. Les résultats sont, généralement, très satisfaisants. Pour la validité, nous avons d'abord évalué la validité de convergence en comparant MEDICODE au Roter Interactional Analysis System (RIAS) puis nous avons évalué sa validité prédictive par rapport à une mesure de satisfaction avec les soins reçus, le Medical Interview Satisfaction Scale. Nous concluons sur les avantages d'utiliser MEDICODE et sur les modifications à y apporter.

L'analyse des entrevues avec MEDICODE montre que le discours patient et médecin sur la médication se différencie de plusieurs manières.

D'abord en fonction de la fréquence d'occurrence des thèmes. À part le thème « désignation », les fréquences de discussion sont plutôt basses indiquant une pauvreté générale du discours sur la médication. En particulier, les discussions sur l'observance sont pratiquement absentes du discours sur la médication. Par ailleurs, le discours sur la médication se différencie nettement en fonction du statut des médicaments soit nouveaux prescrits, represcrits et actifs discutés. Les médicaments actifs discutés étant ceux où le patient participe le plus et les nouveaux prescrits où c'est le médecin qui participe le plus.

Enfin, les données ont été évaluées en fonction d'une échelle dialogique. Cette dernière a permis de développer des concepts comme le taux dialogique, la prépondérance d'initiative et les notions de rôles dialogiques : « attentif », « informateur », « participant » ou « instigateur ». Les données indiquent que le taux dialogique est plutôt bas avec une prépondérance des monologues médecin ou patient. De plus, c'est en général le médecin qui a la prépondérance d'initiative la plus élevée et il joue surtout un rôle d'informateur. Ces comportements varient cependant beaucoup en fonction des thèmes et du statut du médicament.

MEDICODE permet de décrire et d'évaluer plus facilement le discours au sujet de la médication. La confirmation de la pauvreté de la communication entourant la médication indique à la communauté médicale qu'il est nécessaire de réfléchir à comment l'enrichir afin de diminuer le fardeau personnel et social associé à la non-observance et à l'usage inapproprié des médicaments. Il est offert quelques pistes de réflexions sur les conditions à respecter pour modifier le comportement communicationnel autour de la médication durant la consultation et laissent entrevoir des applications concrètes en formation professionnelle et en santé publique.

Mots clés : Communication interpersonnelle, communication médecin-patient, relation médecin-patient, prescription, analyse du discours, analyse de contenu, médicament, discours de prescription, dialogue de prescription.

Abstract

The main objective of this research is to describe the content of the discussions about medications during a general practice consultation. The secondary objective is to describe doctor and patient participation in the elaboration of this content. To reach these primary and secondary objectives we first had to develop and validate an appropriate coding instrument to study discussions about medications during medical interviews. We analysed 462 medical interviews taped at 15 medical clinics in the greater Montreal (Canada) area. As our main goal is to describe verbal behavior associated with medications, we voluntarily chose to select interviews in which the probability of discussion of medications was theoretically higher. Thus we selected interviews with patients who checked positive on the General Health Questionnaire (GHQ) and older patients. The medication constitutes the basic unit of analysis for this research project.

Our first step was to develop MEDICODE, a tool that would allow us to describe most fully the content of the medical discussions on medications. This coding instrument identifies a number of possible themes of discussion when a medication is touched on during a medical consultation and the status of the medication. We then proceeded to the validation of this instrument. Reliability was evaluated with inter-coder agreement coefficients and test-retest stability measurements for the different coding categories. Results are generally satisfactory. Validity was first evaluated by comparing MEDICODE to the Roter International Analysis System (convergent validity) followed by its comparison with the Medical Interview Satisfaction Scale (predictive validity). We conclude on the modifications to be included in the original version and the advantages of using MEDICODE.

The analysis of our 462 medical interviews using MEDICODE reveals that discussions on medications vary in many different ways. First, the frequency of discussions of themes varies. Excluding the theme « Naming », the frequencies of discussion are quite low indicating the general poverty of

the discourse on medications during consultations. In particular, the discussions on compliance are mostly absent. On the other hand, medication discourse shows discernable differences when the status of the medications (new prescription, renewal, discussed only) is taken into consideration. Active medications are those where the patient participates most and new prescriptions are those where the doctor participates most.

Finally the data was evaluated according to a dialogical scale. This dialogical scale allowed us to develop innovative concepts: dialogical ratio, preponderance of initiative, and dialogical roles such as attentive, informational, participant and instigator. The data indicate that the dialogical ratio is rather low with a preponderance of either doctor or patient monologues. Furthermore, generally speaking, it is the doctor who has the higher level of preponderance of initiative and it is also the doctor who is the dominant information provider. These behavior patterns vary according to the themes discussed and the status of the medications.

MEDICODE is a tool that allows us to more comprehensively describe discussions of medications during consultations. Our results confirm the findings of previous studies pertaining to the relative poverty of discussions of medications during medical interviews. These results indicate to the medical community the necessity to reflect on ways to enrich and improve these exchanges so as to decrease the personal and societal burden associated with non-compliance and inappropriate use of medications. We offer some insights on the conditions one has to respect to successfully modify communication behavior about medications during consultations and allude to concrete applications in the domains of medical education and public health.

Key Words : Interpersonal communication, doctor-patient communication, doctor-patient relationship, prescription, discourse analysis, content analysis, medication, prescription discourse, prescription dialogue.

Table des matières

Page titre	i
Identification du jury	ii
Résumé français	iii
Résumé anglais	v
Table des matières	vii
Liste des tableau	xiii
Liste des figures	
Liste des abréviations	xvii
Dédicace	xviii
Remerciements	xix
Introduction	1
Pourquoi s'intéresser à la communication médecin-patient?	2
Pourquoi s'intéresser à la communication médecin-patient à propos de la médication?	8
Les méfaits associés à l'usage des médicaments	10
L'observance	11
L'observance du point de vue du patient	15
Le rappel des informations sur les médicaments par les patients : un problème	17
Les problèmes avec la communication sur les médicaments	19
Les principales entraves à la communication sur la médication	19
La gestion du temps de l'entrevue	19
L'utilisation d'un vocabulaire technique	20
Le style communicationnel	20
Une étude du discours à propos des médicaments	20
Le choix de ces entrevues	22
La mise au point d'une méthode de codification du discours sur la médication	23
Analyses des données issues de MEDICODE	25
Article 1 : GHQ-28 and cGHQ-28: Implications of two scoring methods for the GHQ in a primary care setting	26
Abstract (Background, Methods, Results, Conclusions)	28
Introduction	29
Subjects and methods	31
Method of calculating the GHQ score	33

Statistical analyses	35
Results	35
Characteristics of patients classified differentially according to the GHQ and cGHQ methods (Comparison of Acute cases only Group 1 and chronic cases only Group 2)	38
Comparaison of discordant groups 1 (acute cases only) and 2 (chronic cases only) with the concordant groups (full cases and normal cases)	40
Discussion	47
Groups with different characteristics: Chronic aspect	47
Choice of scoring method: Implications	49
Acknowledgements	53
References	54
Article 2 : MEDICODE : méthode de description et d'évaluation des échanges portant sur la médication	56
Résumé	57
Pertinence de développer un instrument d'analyse spécifique	58
Données sur la fidélité et la validité des instruments	60
Grille de codage du discours sur les médicaments : MEDICODE	61
Structure générale de l'outil	62
Stratégie de codage	63
Variables du module « <i>Médicament(s)</i> »	64
Variables de classification des médicaments	64
Nom et classe des médicaments	64
Statut	64
Thématiques	66
Méthodologie	68
Échantillon	68
Caractéristiques des médecins participants	68
Caractéristiques des patients participants	69
Matériel, instruments et mesures	69
Analyses des entrevues : MEDICODE et RIAS	69
Procédure d'entraînement des codeurs sur RIAS et MEDICODE	72
Étape préliminaire	72
Formation des codeurs	72
Étude de l'entrevue en fonction des médicaments ou étude du discours sur différents types de médicament	73
Unité d'analyse	73
Analyses de l'application de MEDICODE et de RIAS-modifié	74
Analyses	74
MEDICODE : accord inter-codeurs et fidélité test-retest (codage-recodage)	74
Fichiers pour les analyses MEDICODE	74
Analyses sur la mesure présence/absence de codage MEDICODE pour les variables de classification des médicaments	75
Identification des médicaments	75
Statut du médicament	77
Analyses sur la mesure de présence/absence de discours sur les variables thématiques de MEDICODE	79

MEDICODE et RIAS : Analyse de la convergence des deux méthodes	82
Validité de convergence à propos des classes de médicament	83
Validité de convergence de la capacité d'identifier la présence/absence de médicaments dans le discours entre MEDICODE et RIAS-modifié	85
Validité de convergence à propos de la mesure de présence/absence et de l'élaboration du discours associé aux médicaments dans l'entrevue	87
Validité de convergence sur la mesure présence/absence de thématiques dans l'entrevue sur l'ensemble des classes de médicaments, tous statuts confondus	88
Validité de convergence sur la mesure développement des thématiques dans l'entrevue, sur l'ensemble des classes de médicaments, tous statuts confondus	89
Validité prédictive des mesures de MEDICODE sur des mesures de satisfaction	90
Discussion	93
Évaluation de la fidélité inter-codeur et test-retest de MEDICODE	93
Identification des médicaments	94
Statut du médicament	95
Accord inter-codeurs	95
Stabilité des codeurs	96
Discours sur les thèmes de médication	96
Accord inter-codeurs	96
Stabilité dans le temps de la codification	99
Validité de convergence de MEDICODE lorsque comparé à RIAS	101
Validité de convergence pour l'identification des médicaments	101
Validité de convergence sur les mesures des variables thématiques	102
Relation des mesures de discours médication avec la satisfaction des patients	103
Conclusion	104
Références	107
Article 3 : Discours sur la médication en consultation des soins primaires : contenu et participation	114
Résumé	115
État de la recherche sur les discussions entre patients et médecins au sujet de la médication	116
Méthodologie	120
Instrument	120
Données sommaires sur la qualité de l'instrument	120
Échantillon	121
Perspective d'analyse	122
Unités d'observation et d'analyse	122
Plan d'analyse	122
Résultats	123
Caractéristiques des participants	123
Caractéristiques des médecins	123

Nombre de médicaments discutés	124
Discussion des thèmes	125
Fréquence des thèmes sur l'ensemble des médicaments	126
Participation à la discussion des thèmes pour l'ensemble des médicaments	130
Fréquence des thèmes en fonction des trois principaux statuts des médicaments	133
Médicaments nouveaux prescrits	134
Médicaments represcrits	134
Médicaments actifs discutés	135
Participation à la discussion des thèmes en fonction des trois principaux statuts de médicaments	135
Thèmes les plus fréquemment discutés	135
Thèmes les moins fréquemment discutés	140
Discussion des résultats	140
Fréquence des thématiques	142
Analyse du discours sur la médication en tenant compte des trois principaux statuts	145
Participation aux thématiques	147
Conclusion	151
Références	154
Article 4 : Taux, indice et rôles dialogiques lors de la discussion des médicaments	162
Résumé	163
Contexte théorique	164
État de la recherche sur les discussions entre patients et médecins au sujet de la médication	164
Échange d'information au sujet des médicaments	165
Méthodes d'analyse de la communication médecin-patient	167
Méthode	168
Devis de recherche	168
Participants	168
Instrument	169
Une grille de codage du discours sur les médicaments :	
MEDICODE	169
Unité d'observation	170
Codage	170
Statut du médicament	170
Catégories du discours sur la médication	171
Procédure de codage	171
Types de mesures issues de MEDICODE	173
Mesures dialogiques	173
Indice dialogique	173
Taux dialogique	175
Prépondérance d'initiative	175
Rôles dialogiques	176
Attentif	176
Informateur	176
Participant	176
Instigateur	177
Analyses statistiques	178

Résultats	179
Caractéristiques des participants	179
Caractéristiques des médecins participants	179
Caractéristiques des patients participants	180
Les médicaments	181
Aperçu général	181
Statuts	181
Thèmes	181
Indicateurs de participation au contenu : le taux dialogique et la prépondérance d'initiative pour l'ensemble des blocs de thèmes	182
Taux dialogique	182
Prépondérance d'initiative	183
Indicateurs de participation au contenu : le taux dialogique et la prépondérance d'initiative par blocs de thèmes	188
Taux dialogiques qui varient significativement d'un statut à l'autre	188
Taux dialogiques qui ne varient pas, mais qui présentent une prépondérance d'initiative médecin élevée	190
Taux dialogiques qui ne varient pas en fonction des statuts, mais qui présentent une prépondérance d'initiative patient élevée	190
Discussion	191
Taux dialogiques et la prépondérance d'initiative	194
Thèmes avec différence du taux dialogique	195
Désignation	195
Mise en garde	196
Posologie	197
Observance	198
Thèmes sans différence de taux dialogique	200
Thèmes à prépondérance d'initiative médecin élevée	200
Thèmes à prépondérance d'initiative patient élevée	200
Facteurs explicatifs du taux dialogique et de la prépondérance d'initiative	201
Explication dialogique	204
Passivité interactive du patient dans la discussion des médicaments	207
Pauvreté conceptuelle du patient entretenue par le médecin	208
Conclusion	211
Références	214
Conclusion	222
Contribution à la communauté scientifique	223
La pertinence d'utiliser le système de cotation GHQ et cGHQ	223
Le développement et la validation de MEDICODE	223
Les fréquences de discussion des thématiques et la participation des interlocuteurs aux discussions	225
Pourquoi est-ce que la participation est faible?	226
Indice et taux dialogique, prépondérance d'initiative et rôles dans la discussion des médicaments	228
Des variables explicatives	229
L'application des concepts au contexte clinique	230
Une interprétation en termes dialogiques des résultats : les conséquences possibles sur la pratique de la communication	

Dialogue-t-on suffisamment?	233
Le patient comme influence sur le médecin	234

Références	235
-------------------	------------

Annexe I	i
-----------------	----------

Liste des tableaux

	pages
<i>Introduction</i>	
Tableau 1. Les différents facteurs influençant l'observance	14
<i>Article 1</i>	
Table 1. Method of calculating GHQ and cGHQ scores	34
Table 2. Comparison of classification according to the two scoring methods	36
Table 3. Sociodemographic characteristics of Groups 1 and 2	39
Table 4. Clinical characteristics of Groups 1 and 2	41
Table 5. Clinical characteristics of Groups 1 and 2 at the 1-month and 3-month follow-ups	43
Table 6. GHQ+/CGHQ+concordance and GHQ+/CGHQ (Group 1)	45
Table 7. GHQ+/CGHQ+concordance and GHQ+/CGHQ (Group 2)	46
<i>Article 2</i>	
Tableau 1. Liste des classes de médicaments et leur fréquence	65
Tableau 2. Liste des thématiques selon quatre catégories générales	67
Tableau 3. Correspondance des catégories thématiques issues de MEDICODE qui ont été incluses dans RIAS-modifié avec leur numérotation respective	71
Tableau 4. Fréquence et taux d'accord inter-codeurs (pourcentage d'accord et indice kappa) sur la mesure de présence dans le discours des médicaments (par consultation n=37 et par	

Tableau 5.	Fréquence et fidélité test-retest (pourcentage d'accord et kappa) sur la mesure de présence dans le discours des médicaments (par consultation n=35 et par classe) dans MEDICODE	78
Tableau 6.	Fréquence et accord inter-codeurs et fidélité test-retest sur le mesure de présence dans le discours des thématiques du module « Médicaments » de MEDICODE	80
Tableau 7.	Validité de convergence (pourcentage d'accord et kappa) des mesures de présence des médicaments (par entrevue et par classe) entre le codage dans MEDICODE et celui dans RIAS-modifié et la fréquence	84
Tableau 8.	Convergence (taux d'accord et kappa) des mesures de présence de discours sur les médicaments et (corrélation de Pearson) des mesures d'élaboration de discours entre le codage dans MEDICODE et dans RIAS	91
Tableau 9.	Corrélation de Pearson entre trois catégories de MEDICODE et les questions sélectionnées du MISS pour l'ensemble des médicaments discutés et pour les médicaments nouvellement prescrits et renouvelés	93
<i>Article 3</i>		
Tableau 1.	Données générales de discussion des médicaments par entrevue	125
Tableau 2.	Nombre de médicaments et nombre moyen de thèmes discutés par médicament en fonction des statuts	126
Tableau 3.	Proportions de médicaments qui ont été l'objet de discussion pour chacun des thèmes et différences dans les proportions observées en fonction des statuts de la médication	128
Tableau 4.	Test de différence (McNear) entre les taux de participation des médecins et des patients sur les thèmes les plus fréquemment discutés	140

Article 4

Tableau 1.	Blocs thématiques et thèmes spécifiques qui s'y rattachent	172
Tableau 2.	Exemple de répartition des rôles dialogiques, en pourcentage, pour le bloc thématique « Posologie » pour les médicaments de statut actif discuté	178
Tableau 3.	Caractéristiques des médecins de l'échantillon (n=40)	179
Tableau 4.	Caractéristiques des patients de l'échantillon (n=462)	180
Tableau 5.	Taux dialogique et prépondérance d'initiative pour chaque bloc thématique en fonction des trois statuts des médicaments	183
Tableau 6.	Proportion (%) des cas de discours par bloc thématique en fonction des statuts	184
Tableau 7.	Proportion (%) de cas de discours par rôle dialogique du médecin et par bloc thématique en fonction de trois statuts	187

Liste des figures

	pages
<i>Article 1</i>	
Figure 1. Breakdown of subjects who are positive on the GHQ and/or on the cGHQ	37
<i>Article 2</i>	
Figure 1. Séquence de codification des entrevues selon MEDICODE et RIAS-modifié.	73
Figure 2. Comparaison de l'identification de la présence de médicament dans MEDICODE en fonction de la proportion des énoncés RIAS.	86
<i>Article 3</i>	
Figure 1. Participation des patients et des médecins sur les thèmes plus fréquents pour tous les médicaments confondus.	131
Figure 2. Participation des patients et des médecins sur les thèmes cliniquement significatifs, mais peu fréquents pour tous les médicaments confondus.	132
Figure 3. Participation des patients et des médecins sur les thèmes plus fréquents pour les trois principaux statuts.	137
<i>Article 3</i>	
Figure 1. Distribution des thèmes en fonction du taux dialogique, de la prépondérance d'initiative et des statuts	185
Figure 2. Distribution des thèmes en fonction du taux dialogique de la prépondérance d'initiative et des statuts	186

Liste des abréviations

ANOVA	Analyse de variance
cGHQ	Chronicity General Health Questionnaire
DSM-III	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
GHQ	General Health Questionnaire
MCA	Multiple Classification Analysis
MISS	Medical Interview Satisfaction Scale
RIAS	Roter Interaction Analysis System
ROC	Receiver Operating Characteristic
SF-36	Medical Outcomes Study Short Form,
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VRM	Verbal Response Mode

Dédicace

Cette thèse n'aurait pas été possible sans mon père, Marcel Richard, qui m'a montré la valeur du travail. Ce chemin n'aurait pas été parcouru si je n'avais pu grimper sur ses épaules.

Je dédie cette thèse à Marie-Thérèse Lussier qui m'a accompagné tout au long de cette démarche. Sans ma compagne, Marie-Thérèse, cette thèse n'aurait pas vu le jour. Je la dédie également à Zaffi et Li-San Lussier Richard, mes filles, qui déjà tracent leur propre chemin dans la vie.

Les chemins tracés ne sont pas les vrais chemins
Les noms donnés ne sont pas les vrais noms

Sans nom est éternel
Avec nom est éphémère

Dans la simple présence
le nommé et l'innommé se confondent

Dans l'agir, la forme s'affirme
Présence et agir sont un
mais leurs noms diffèrent

Agir par la simple présence, voilà le mystère

Claude Richard, Inspiré (interpolation) du Tao Te King, Lao Tse

Remerciements

Je tiens à remercier Marie-Thérèse Lussier pour son aide et son support indéfectible. Sans elle, cette thèse n'aurait pas été possible. De plus, D^{re} Lussier m'a permis d'avoir accès aux enregistrements sur lesquels repose tout le travail subséquent. Je tiens également à remercier Denis Roberge qui a joué un rôle essentiel dans la réalisation de cette thèse, en particulier, pour son support avec les aspects statistiques. Je tiens à remercier Luc Lamarche, mon directeur de thèse, qui m'a accompagné tout au long de cette démarche doctorale. Enfin, je tiens à remercier Mme Céline Monette de Aventis Canada qui a créé l'occasion favorable à la réalisation de cette thèse.

INTRODUCTION

Pourquoi s'intéresser à la communication médecin-patient?

Les aspects communicationnels et relationnels sous-tendent toutes les activités cliniques des professionnels de la santé, telles que recueillir les données pour poser un diagnostic, renseigner et conseiller les patients et leurs familles sur la maladie, les habitudes de vie et sur les alternatives de traitement, prescrire un traitement et reconforter. Or, jusqu'à récemment, la profession médicale était l'une des dernières professions en contact avec le public qui ne formait pas de façon systématique les médecins à pratiquer une communication efficace.

On estime qu'au cours de sa carrière un médecin effectuera entre 150 000 et 200 000 entrevues (Lipkin, Putnam et Lazare, 1995). Ainsi, il ne faut pas s'étonner que les habiletés communicationnelles et relationnelles soient officiellement reconnues comme une compétence clinique essentielle en médecine (Collège des médecins de famille du Canada, 2002; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 1996). Ainsi, au niveau de la médecine familiale, le Collège des médecins de famille du Canada (1990) reconnaît officiellement la relation médecin-patient comme l'un des quatre grands principes qui guident la discipline de la médecine familiale. Par ailleurs, dans un rapport publié par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1996 et marquant le début d'une nouvelle aire en éducation médicale en spécialité au Canada, la compétence communicationnelle constitue l'une des sept compétences jugées essentielles à maîtriser par les médecins spécialistes pour le nouveau millénaire. Les six autres compétences sont : l'expertise médicale, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme.

« Le document "Compétences pour le nouveau millénaire" délimite un cadre de compétences qui aidera les spécialistes de demain à relever les innombrables défis qui les attendent à titre de prestataires de services de santé — défis qui les forceront à évoluer dans un système qui change sans arrêt et qui est toujours en proie à des compressions budgétaires — en offrant des soins spécialisés du plus haut calibre... Le Conseil du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a donné son aval à ce cadre de compétences afin qu'il oriente désormais les programmes d'éducation médicale postdoctorale (PEMP), transformant ainsi la nature des soins de santé au prochain millénaire. » (Promeds, 2000, p.i)

Lorsque l'on affirme désirer humaniser les soins on affirme, dans les faits, que l'on désire modifier la communication et la relation clinique. Communiquer efficacement dans le domaine de la santé est et sera de plus en plus difficile. Il n'y a qu'à penser : 1) aux réformes actuelles de notre système de santé et les pressions qu'elles créent sur les soins, 2) aux contraintes de temps de plus en plus marquées imposées aux contacts entre professionnels de la santé et patients, 3) au poids démographique accru des personnes âgées et des immigrants, 4) à la hausse de la prévalence des maladies chroniques, 5) à la complexité et la diversité des options thérapeutiques disponibles, 6) à la valorisation de l'autonomie des personnes et de leur participation active aux soins et 7) à la démocratisation de l'information médicale via les médias et l'Internet. Les professionnels de la santé doivent acquérir non seulement un savoir technique et clinique, mais également les habiletés communicationnelles et relationnelles qui leur permettent de faire face à la complexité et à la variété des tâches qui leur incombent.

Jusqu'à récemment, cet aspect fondamental des soins était considéré comme relevant d'un art s'apprenant par l'exercice de la profession. Or, dans le domaine de la communication professionnelle en santé, l'expérience seule peut se révéler un mauvais maître (Kurtz, 2002; Kurtz, Silverman et Draper, 1998). Plusieurs études par ailleurs établissent que les habiletés de

communication peuvent s'enseigner et s'apprendre (Aspergren, 1999; Kurtz, Silverman, Benson et Draper, 2003; Langewitz, Eich, Kiss et Wossmer, 1998; Yedidia, Gillespie, Kachur, Schwartz, Ockene, Chepaitis, Snyder, Lazare et Lipkin, 2003).

Au cours des dernières décennies, plusieurs travaux ont mis en lumière des lacunes dans les compétences communicationnelles et relationnelles des professionnels de la santé : l'adoption, le plus souvent, d'un style autoritaire (ils initient les questions, ils interrompent fréquemment les patients) (Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles et Inui, 1997), la négligence de la perception qu'ont les patients de leur problème (Beckman, Markakis, Suchman et Frankel, 1994), les incompréhensions fréquentes sur les raisons de consultation (Bekman et Frankel, 1984; Maguire, Fairbairn et Fletcher, 1986; Marvel, Epstein, Flowers et Beckman, 1999; Starfield et al., 1981), la sous-estimation du désir d'informations des patients, la surestimation du temps passé à donner de l'information (Waitzkin, 1984), la difficulté à traduire les données médicales en des termes que les patients peuvent comprendre (Tuckett, Boulton et Olson, 1985) et le manque d'attention portée par les médecins au contexte de vie des patients ou aux facteurs psychosociaux (Arborelius et Bremberg, 1992; Ormel, Koeter, Van Den Brink et Van De Willige, 1991). Les médecins eux-mêmes reconnaissent la communication avec les patients comme une des principales difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur profession en particulier avec les patients atteints de maladie chronique aux prises avec des problèmes d'observance (Beaulieu, Leclère et Bordages, 1993).

Les enquêtes de satisfaction montrent que c'est au niveau de la communication que les patients ont le plus de critiques à exprimer à l'égard des médecins (19 % disent avoir un problème de communication avec leur médecin) (Bertakis, Roter et Putman, 1991; Robbins, Bertakis, Helms, Azari, Callahan et Creten, 1981; Rowland-Morin et Carroll, 1990). Notamment, une

étude récente sur les attentes et la satisfaction de la population montréalaise à l'égard des services de santé et des services sociaux révèle que les attentes jugées les plus importantes par les usagers relèvent des dimensions communicationnelles et relationnelles des soins (écoute attentive, explications adéquates, respect) (Zins, Beauchesne et associés, 2000). Williams, Weinman et Dale (1998) ont présenté une révision des études portant sur la relation entre la communication et la satisfaction des patients avec les soins reçus. Ils en tirent les conclusions suivantes : l'échange d'information de manière générale est associé favorablement à la satisfaction des patients. Cependant, les données sont contradictoires pour la relation spécifique entre un comportement plus actif du patient (pose plus de questions au médecin) et la satisfaction. Ainsi, Roter (1977) a montré que, suite à une intervention pour augmenter leur participation, les patients plus actifs dans l'entrevue ont été plus observants au rendez-vous de suivi, mais se sont dits moins satisfaits avec les médecins. De plus, la tonalité affective des interactions des patients a été évaluée comme plus négative. Ces données soulignent la possibilité d'effets paradoxaux lorsque les rôles traditionnels des interlocuteurs sont modifiés.

Par ailleurs, on estime que 70 % à 80 % des plaintes et poursuites médicales comportent des problèmes de relation ou de communication (perception par les patients d'une attitude hautaine du médecin, échec d'échange d'information, médecin pressé, qui n'accorde pas l'attention nécessaire) (Beckman et al., 1985; Kravitz, Callahan, Paterniti, Antonius, Dunham et Lewis, 1996; Levinson, Roter, Mullooly, Dull et Frankel, 1997). Ces insatisfactions de part et d'autre indiquent que, malgré la reconnaissance officielle de l'importance de la communication, la formation des médecins, en particulier, n'a pas encore permis d'atteindre un niveau professionnel de compétence en communication.

Les données accablantes provenant des recherches sur l'observance aux prescriptions faites par les médecins constituent un autre indice que tout n'est pas optimal dans le monde de la communication médicale. Les estimés du taux de non-observance aux prescriptions varient de 30 % à 70 % (Desmond et Copeland, 2000; DiMatteo, 1994; DiMatteo, Sherbourne, Hays, Ordway, Kravitz, McGlynn, Kaplan et Rogers, 1993; Haynes, 2001). Bien que l'on reconnaisse un ensemble de facteurs qui contribuent à ce phénomène, nul ne peut nier que la communication entre le patient et le médecin y contribue. Dans le domaine de la santé mentale, le style de communication des médecins nuit à leur performance en termes de détection des problèmes psychologiques (Goldberg et Bridges, 1993). Lussier, Rosenberg, Beaudoin, Richard et Gagnon (1998) ont montré que seulement 30 % des patients présentant un indice de détresse psychologique élevé étaient détectés par les médecins généralistes au cours de consultations régulières. Enfin, dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, les études d'observation (Arborelius et Bremberg, 1994; Waitzkin, 1985; Russell et Roter, 1993), dont celle de Beaudoin Lussier, Gagnon, Lalande et Brouillet (2001), révèlent que les interventions des médecins sont généralement superficielles et qu'elles n'abordent que rarement de façon approfondie les liens entre les facteurs de risque et les problèmes de santé. En particulier, les recherches indiquent que la discussion sur les habitudes de vie, qui nécessite une adaptation du style d'interaction et de l'organisation de la consultation, reste problématique (Goudreau, 2002)

Pourtant, plusieurs écrits rapportant des synthèses critiques de la littérature ont montré l'influence favorable de certains comportements communicationnels des médecins sur les résultats de soins. Une première méta-analyse de 41 études (Hall, Roter et Katz, 1988) a montré des effets positifs de deux manières de faire des médecins en consultation : plus les médecins semblent soucieux de répondre aux besoins d'information des patients et cherchent à établir une relation de collaboration plutôt qu'une

relation d'autorité, meilleurs sont les résultats en termes de ce que comprennent les patients, leur observance des recommandations et leur satisfaction. Dans cette méta-analyse, la majorité des études utilisaient comme mesures de résultats des variables de type intermédiaire ou processuel telles la satisfaction, la participation, l'observance, le rappel des informations. Stewart (1995) a présenté une révision systématique des études sur la communication médecin-patient qui évaluaient les effets de la communication sur les variables non plus intermédiaires, mais sur des indicateurs de santé des patients. Elle a inclus dans sa révision 21 études de communication médecin-patient, de qualité méthodologique supérieure. Elle conclut que la qualité de la communication à la fois pendant le recueil des informations et pendant la discussion du plan de traitement influence la santé des patients. Les diverses mesures de résultats qui ont montré un effet favorable de la communication était en ordre décroissant de fréquence : la santé émotionnelle, la disparition des symptômes, l'état fonctionnel, les mesures physiologiques telles la tension artérielle, la glycémie, le contrôle de la douleur.

De plus, selon Ong, Haes, Hoos et Lammes (1995), Lewin, Skea, Entwistel, Zwarentein et Dick (2001) et Maguire et Pitceathly (2002), une meilleure communication aide le médecin à mieux identifier les problèmes, aide le patient à s'ajuster psychologiquement et améliore la satisfaction à la fois des patients et des médecins eux-mêmes. Ces conclusions semblent généralisables à des cultures moins occidentalisées (Chan, 2003).

Les enjeux pratiques auxquels les professionnels de la santé font face actuellement nécessitent qu'ils deviennent de bons communicateurs d'autant que, pour les patients, ce n'est pas naturel non plus de communiquer avec un professionnel. En effet, selon Rubin (1981 : dans Spitzberg et Cupach, 2002), 22 % de la population aurait de la difficulté à poser une question, 33 % aurait de la difficulté à donner une direction correctement, 35 % ne pourrait décrire

et défendre un point de vue correctement, 49 % ne serait pas capable de décrire le point de vue de quelqu'un en désaccord avec eux-mêmes. Une autre difficulté qui guette les professionnels de la santé est celle de tenir pour acquis le niveau des connaissances des patients. Les résultats d'un sondage effectué auprès de la population britannique indiquent que près de 50 % des adultes interrogés croyaient que Hitler était un personnage fictif alors que 25 % croyait que Robin des bois avait réellement existé! (Agence France Presse, 2004). Voilà des données qui, si elles sont confirmées, devraient inciter les médecins à vérifier les connaissances qu'ils croient maîtrisées par les patients. De telles données, méconnues des professionnels de la santé, nous rappellent les défis importants que pose, pour plusieurs patients, une participation active à la consultation. Sensibilisés à ces difficultés, les professionnels doivent aider les patients à exprimer leurs besoins en santé et les supporter dans la prise en charge de leurs soins. En améliorant la compétence communicationnelle des professionnels de la santé, nous aiderons aussi le patient à mieux communiquer.

Pourquoi s'intéresser à la communication médecin-patient à propos de la médication?

La consommation de médicaments par la population constitue un phénomène très répandu. Une enquête américaine récente (Kaufman, Kelly, Rosenberg, Anderson et Mitchell, 2002) rapportait que 81 % des adultes recensés, vivant dans la communauté, avaient consommé au moins un médicament dans la semaine qui a précédé l'enquête. De ceux-ci, 50 % avait pris un médicament prescrit et 7 % en avait consommé cinq ou plus. Par ailleurs, 14 % de la population rapportait faire usage de suppléments vitaminiques et de produits naturels. Une autre enquête américaine (Ni, Simile et Hardy, 2002) confirme qu'environ 24 % des Américains utilisent une

forme ou une autre de médecine complémentaire ou alternative. Qui plus est, la majorité des utilisateurs de ces produits (70 %) ne parle pas de leur usage de ces produits à leur médecin (Crock, Jarjoura, Polen et Rutecki, 1999). Les données de l'Enquête sociale et de santé Québec (1998) révèlent que 53 % des personnes (tous âges) et 82 % des personnes de 65 ans et plus ont indiqué avoir consommé au moins un médicament dans les 2 jours qui ont précédé le questionnaire. Parmi les répondants qui affirmaient avoir consommé un médicament, 34 % avait pris un médicament d'ordonnance et 31 % de la population rapportait faire usage de médicaments disponibles en vente libre..

On peut donc déduire de ces données que plusieurs des médicaments consommés ont fait l'objet d'une ordonnance lors d'une consultation médicale. En effet, le National Center for Health Statistics (1999) nous apprend que plus de 60 % des visites médicales s'accompagnent de la rédaction d'une ordonnance de médicaments. Sachant qu'un médecin peut effectuer entre 150 000 et 200 000 entrevues au cours d'une carrière de 40 ans, c'est donc dire qu'il pourra rédiger entre 90 000 et 120 000 ordonnances durant sa vie professionnelle. Voilà un geste médical des plus fréquents. Ainsi, la médication, sans contredit, occupe-t-elle une place de premier plan dans la relation qui s'établit entre un médecin et un patient.

Jusqu'à très récemment, au Québec à tout le moins, le médecin et le dentiste ont été les seuls professionnels autorisés par la loi à prescrire des produits ayant une activité pharmacologique reconnue (Assemblée nationale du Québec, 2002). Selon Makoul, Arntson et Schofield (1995), 85 % des patients considèrent le médecin comme leur source principale d'informations par rapport aux médicaments prescrits, suivi par le pharmacien (33 %) et, loin derrière, par l'infirmière (3,7 %). Le médecin est encore perçu comme la personne la plus crédible pour discuter des médicaments. Ainsi, Rabin et Busch (1975) affirment que l'image du médecin est étroitement associée à la

prescription de médicaments. Dans une analyse des médias, Krantzler (1986) montre que les médicaments sont suggérés comme extension du médecin, voire son remplacement. On rapporte par ailleurs que les patients qui reçoivent des ordonnances ont des visites plus courtes et qu'ils sont moins satisfaits par rapport au comportement du médecin (Wartman, Morlock, Malitz et Palm, 1981). Ces chercheurs croient que les patients perçoivent que la médication est utilisée comme substitut à une bonne communication. Dans le même ordre d'idées, Tamblyn, Laprise, Schnarch, Monette et McLeod (1997) ont montré que les visites médicales de moins de 15 minutes dans lesquelles le médecin explore très peu le besoin ou le désir chez le patient d'avoir une prescription augmentent les risques d'erreurs de prescriptions.

Les méfaits associés à l'usage des médicaments

On estime qu'au Québec, l'usage inadéquat des médicaments entraîne annuellement à lui seul entre 1,75 et 2,25 milliards de dollars de dépenses (Lacroix, 1997). Une autre étude publiée dans la revue *Managed Healthcare Executive* (Anonyme, 2003) estime que les coûts de la non-observance s'élèvent annuellement à 75 milliards de dollars aux États-Unis. Lazarou, Pomeranz et Corey (1998), dans une méta-analyse de 39 études prospectives effectuées dans des hôpitaux américains, ont estimé pouvoir attribuer à la prise d'un médicament environ 106 000 décès et plus de deux millions d'effets indésirables sérieux nécessitant une prolongation de l'hospitalisation.

Gandhi, Weingart, Borus, Seger, Peterson, Burdick, Seger, Shu, Frederico et Bates (2003) rapportent quant à eux une incidence élevée d'effets indésirables associés à la consommation de médicaments en soins

ambulatoires. Ils ont répertorié 27 événements par 100 patients suivis en externe dont 13 % étaient sérieux, 28 % améliorables (ceux dont la sévérité ou la durée auraient pu être diminuées si d'autres actions avaient été prises) et 11 % évitables. Parmi les événements améliorables, 63 % étaient attribuables à l'absence de réponse du médecin aux symptômes liés à la médication et rapportés par les patients et 37 % au fait que les patients n'informaient pas le médecin de la présence de symptômes. Une autre étude récente, effectuée sur une population âgée ambulatoire, rapporte des taux significatifs d'événements indésirables semblables (Gurwitz, Field, Harrold, Rothschild, Debellis, Seger, Cadoret, Fish, Garber, Kelleher et Bates, 2003). Un taux de 50,1 d'effets indésirables par 1000 personnes par année a été trouvé. De ceux-ci, un peu plus du quart (27,6 %) étaient considérés évitables. Les erreurs se produisaient au moment de la prescription ou du suivi (*monitoring*) et étaient aussi attribuables à la non-observance des patients.

Ainsi, on reconnaît que certaines des complications associées aux médicaments sont imprévisibles ou inévitables. Par contre, toutes celles qui sont associées à une utilisation inadéquate pourraient, en grande partie, être prévenues. C'est ce qui fait dire à plusieurs que la diminution de ces coûts et la diminution des souffrances associées à la mauvaise utilisation des médicaments ne se feront pas uniquement par des améliorations technologiques, mais qu'elle passera, entre autres, par l'amélioration de la communication entre le prescripteur et le patient. Voilà la raison fondamentale pour laquelle nous avons entrepris cette recherche.

L'observance

L'observance peut être définie simplement par le degré auquel le

comportement du patient, en rapport avec une recommandation de changement d'habitude de vie, de prise de rendez-vous, de prise de médicament, correspond à l'avis médical reçu (Haynes, 2001). À la fin des années 70, Sackett et Snow (1979) affirmaient déjà que le taux habituel d'observance se situait autour de 50 %, variant de 0 à plus de 100 %. DiMatteo (1994), un chercheur chevronné dans le domaine de l'observance thérapeutique, résume les résultats des études des dernières années de la façon suivante : seulement 40 % à 50 % des patients respectent l'ordonnance telle que rédigée par le médecin. Plus récemment, ces chiffres sont confirmés par Dahl (1997) qui rapporte que de 30 % à 60 % des patients ne prennent pas leurs médications. Tamblyn et Perreault (1998) nous rappellent que 1/5 des prescriptions ne sont jamais exécutées. Lorsqu'elles sont remplies, une variation de l'observance de 16 % à 73 % est observée. La sous-utilisation est un problème plus fréquent que la surutilisation et représente 80 % des problèmes d'observance à l'utilisation du médicament. Ils mentionnent également que 77 % de la non-observance est intentionnelle, ce comportement serait relié aux perceptions que le médicament n'est pas nécessaire ou qu'il produit des effets indésirables. Les principales raisons de l'inobservance non intentionnelle sont les oublis et les incompréhensions. Lorsque les professionnels (médecins et infirmières) de la santé prennent des médicaments, ils ne font guère mieux avec une observance de 77 % pour l'usage de médication à court terme et 84 % pour l'usage de médication à long terme. Ceci souligne que les connaissances seules ne suffisent pas à assurer une observance optimale (Corda, Burke et Horowitz, 2000).

La non-observance varie en fonction de la nature de la maladie. Ainsi, pour l'asthme, le taux de non-observance serait de l'ordre de 20 % à 40 %, pour l'hypertension, il serait de 40 % à 70 %, pour le diabète, de 25 % à 65 % et, pour l'ostéoporose, il serait de 45 % à 60 % (Aventis, 2002). Les principales raisons invoquées par les patients pour leur non-observance changent d'une situation à l'autre. Pour l'asthme, il s'agirait du refus

d'accepter le diagnostic et le fait que la maladie soit intermittente, pour l'hypertension, c'est plutôt le fait que la maladie soit asymptomatique, pour le diabète, ce serait relié au fait que cette maladie nécessite plusieurs changements au style de vie et, pour l'ostéoporose, ce serait attribuable au fait que les patients ne perçoivent pas de bénéfice immédiat au traitement.

Le Tableau I résume l'ensemble des facteurs explicatifs qui, selon Hotz (2002), ont été impliqués dans le comportement d'observance. Ils sont regroupés selon qu'ils relèvent du domaine cognitif ou perceptuel, comportemental et social, des caractéristiques du problème de santé et de son traitement. Le phénomène de l'observance est, de l'avis de tous les experts dans le domaine, complexe et multifactoriel. L'observance est considérée comme un comportement et, à ce titre, elle peut également être étudiée selon le modèle trans-théorique de Prochaska et Di Clemente (1984).

Il est maintenant reconnu que les difficultés rencontrées dans l'observance ne sont pas uniquement techniques, comme la complexité de la posologie par exemple (Berg, 1993; Korsch et Harding, 1997). Ce qui explique la non-observance, ce sont les aspects humains associés aux plans de traitement, c'est-à-dire les croyances des patients par rapport à la nature du problème, aux traitements requis et leur préoccupation par rapport aux effets indésirables. Contrairement à la croyance populaire chez les médecins, partager l'information technique sur le médicament ne garantit pas l'observance (Stone, 1979). Suivre le plan de traitement ne sera pas une priorité si le patient ne croit pas que sa maladie est sérieuse ou si les médicaments ne semblent pas y changer quoi que ce soit. Ce n'est pas ce que le médecin pense qui est important, mais ce que le patient pense.

Le Tableau I nous rappelle que la prise d'un médicament est un geste qui repose sur un processus potentiellement complexe et que les sources de désaccords entre la vision du médecin et celle du patient sont nombreuses.

Lorsqu'il y a désaccord entre le médecin et le patient sur le traitement à suivre, Marinker et Shaw (2003) nous rappellent que c'est l'agenda du patient

Tableau I
Les différents facteurs influençant l'observance

Facteurs de nature cognitive, perceptuelle

- Dénier de la maladie
- Absence de confiance envers médecin/professionnel de la santé
- Fait de se sentir mieux ou d'être asymptomatique
- Crainte de la dépendance
- Incompréhension de la maladie
- Évaluation imprécise du statut de la santé ou du niveau de risque
- Attentes par rapport aux résultats incluant la qualité de vie

Expériences antérieures

Facteurs de nature comportementale et sociale

- Absence de soutien social/rétroaction insuffisante
- Habiletés comportementales
- Continuité des soins
- Priorités concurrentes
- Obstacles dans l'environnement
- Culture et croyances

Les caractéristiques de la maladie

- Durée
- Type et sévérité des symptômes
- Niveau d'invalidité
- Nature chronique/aiguë

Les caractéristiques du traitement

- Complexité
 - Commodité
 - Effets indésirables
 - Délai d'action
 - Coûts
-

qui déterminera si le patient prendra ses médicaments et que les médecins ont de la difficulté à reconnaître cet état de fait.

L'observance du point de vue du patient

Le patient est engagé dans un dialogue avec lui-même et avec les autres dans sa vie. Le médecin n'est qu'une des voix avec lesquelles il entretient un dialogue. Le patient doit prendre des décisions, arbitrer des situations aux exigences contradictoires et accommoder une réalité changeante et demandante. Les décisions qu'il a prises sont continuellement à réévaluer et il doit reprendre des décisions ou les changer (Billig, 1987; Richard et Lussier, 2005), ce qui est propre à toutes situations changeantes. Aussi, le patient ne se présente pas simplement avec un problème qu'il veut voir résoudre. Il se présente avec un ensemble de motivations qui ne sont pas explicitement énoncées, mais qui feront qu'on ne peut s'attendre de lui à ce qu'il obtempère aux demandes du médecin. Ainsi, Hanner et Witek (1995) identifient des contextes à la consultation du patient qui détermineront son comportement après la consultation. Un premier type de patient est celui qui se présente chez le médecin pour recevoir des soins précis pour un problème précis. Ce sont souvent des problèmes aigus. Dans de tels cas, c'est d'abord la compétence du médecin qui est recherchée et ses recommandations sont susceptibles d'être suivies. C'est le patient préféré du médecin. Le deuxième type de patient est celui qui cherche à être rassuré. Dans ce cas, le plus souvent, les problèmes ne sont pas aigus et les soins n'ont pas besoin d'être immédiats. À partir du moment où le patient est rassuré, il n'y a plus d'urgence, pour ce dernier, de s'occuper du problème. On retrouve ensuite le patient qui recherche un diagnostic. Souvent, dans ce cas, le problème est plutôt aigu, mais il n'a pas encore été identifié. Une fois le diagnostic posé, le patient n'est pas nécessairement prêt à passer à l'application de la solution. Enfin, le dernier type de patient est celui qui recherche des conseils sur la gestion de sa santé et il s'attend à des recommandations et du soutien. Souvent, il s'agit d'un problème de nature plus chronique. Ici, la proposition d'une nouvelle médication pourrait être accueillie froidement, car elle pourrait être perçue comme une substitution à l'écoute du médecin. McWhinney

(1972 : dans Premi, Shannon et Tougas, 1997) envisage les motifs de consultations de manière légèrement différente. Selon lui, le patient consulte, soit parce qu'il : (1) a atteint son seuil de tolérance aux symptômes, (2) a atteint sa limite d'anxiété, (3) a des problèmes relationnels, (4) doit faire remplir un formulaire ou (5) désire prévenir la maladie. Pour Prochaska et Di Clemente (1984), le problème se pose encore différemment et l'issue de la consultation pourrait alors dépendre du stade de préparation à l'action dans lequel le patient se situe.

Donc, il est certain que, pour le patient, de décider de prendre ou non un médicament est une décision complexe dans une situation mouvante (Richard et Lussier, 2005). L'introduction de toutes ces nuances mène à la conclusion que l'observance du patient est loin d'être automatique. Pour bien évaluer ce qui est raisonnable d'attendre d'un patient donné, il faudrait tenir compte à la fois des raisons de consultation et de la préparation à l'action du patient.

Le changement de comportement demandé par l'introduction d'un traitement dans la vie du patient demande une adaptation de sa part et le gain apporté par le traitement (dans sa vie avec tout ce qu'elle est) n'en vaut peut-être pas la peine. Il ne faut pas oublier que beaucoup de patients décident en toute connaissance de cause de ne rien faire pour se soigner. Or, le médecin assume trop souvent que le patient est motivé à suivre le « meilleur » traitement. Ce postulat amène les médecins à proposer des traitements ou des changements de comportement que les patients ne sont pas prêts à implanter. C'est ce qu'on appelle le « biais biomédical » qui occulte la dimension comportementale de tout traitement. Hotz (2002) conclut qu'il est essentiel d'évaluer le risque de non-observance de tous patients à qui le médecin propose un traitement et de moduler son offre de traitement en fonction de cette évaluation.

Le « meilleur » traitement dans ce contexte devient celui qui sera suivi. Donc, pour définir ce meilleur traitement, le médecin doit tenir compte de l'ensemble des contraintes, résistances, objections et craintes du patient par rapport au traitement. C'est cependant le médecin qui, en dernière analyse, porte la responsabilité de proposer le traitement. En effet, il y a des conséquences médico-légales à cette action. Le patient, de son côté, doit aider le médecin en lui fournissant l'information nécessaire et c'est lui qui, en dernière analyse, décidera de suivre ou non le traitement. La démarche de collaboration entreprise au moment de la définition du traitement doit se poursuivre par l'observance du patient. Selon Dahl (1997), une intervention médicale, pour être considérée réussie, doit faire état du suivi que donne le patient à cette intervention.

Le rappel des informations sur les médicaments par les patients : un problème

Lorsque l'information est disponible lors de l'entrevue médicale, 40 % à 80 % de celle-ci est oubliée immédiatement après l'entrevue et près de la moitié des informations retenues sont incorrectes (Ferner, 2003; Kessel, 2003). Quand la médication est modifiée lors d'une entrevue, seulement 66 % des patients se souviennent de tous les changements après l'entrevue et la familiarité des interlocuteurs ne joue pas (Rost, Roter, Bertakis et Quill, 1990). Le manque d'insistance sur la médication par les médecins durant l'entrevue pourrait s'expliquer par le fait qu'ils croient qu'ils ont suffisamment élaboré sur le sujet et que les patients ont compris leurs propos. Une étude classique de Waitzkin (1984) sur l'échange d'information en général durant la consultation vient jeter un doute sur cette croyance. Les médecins surestiment le temps qu'ils passent à donner des explications par un facteur 7 et sous-estiment systématiquement le désir des patients d'obtenir des

informations. Plus spécifiquement, en rapport avec la discussion de médicaments, Calkins, Davis, Reiley, Phillips, Pineo, Delbanco et Lezzoni (1997) ont montré que 89 % des médecins croyaient, qu'au moment de leur congé de l'hôpital, leurs patients comprenaient les risques d'effets indésirables de leur médication, alors qu'uniquement 57 % des patients disaient les comprendre. Dans un contexte d'urgence, le rappel par les patients de la médication qu'ils consomment est encore moins bon. Seulement 48 % des patients se rappelaient de l'ensemble des médicaments qu'ils prenaient. De ceux-ci, 39 % pouvaient rapporter correctement les moments de la prise des médicaments et seulement 24 % connaissaient les dosages (Vilke, Marino, Iskander et Chan, 2000). Dans un contexte psychiatrique, environ 33 % des patients connaissaient le nom du médicament et son dosage, environ 38 % connaissaient le nom, mais non le dosage, environ 21 % ne connaissaient ni le nom ni le dosage (Kanakadurga, 2003). On ne peut que constater la convergence des données de recherche par rapport à la pauvreté des connaissances qu'ont les patients de la médication qu'ils utilisent. Ces données nous indiquent qu'il faut prendre très au sérieux les problèmes de communication à propos des médicaments.

Il existe un écart entre la perception des médecins et celle des patients quant à ce qui constitue une information adéquate. La majorité des patients veulent une discussion élaborée des risques et des alternatives, alors que le médecin donne peu d'information sur les traitements alternatifs et informe les patients seulement des risques importants (Fader, Becker, Levis et Freemon, 1981). Aronsson et Satterlund-Larson (1987) indiquent que les patients ne verbalisent pas leurs désaccords et ils mentent par omission, ceci pour rester polis avec leur médecin.

Les problèmes avec la communication sur les médicaments

L'inobservance aux recommandations constitue l'une des difficultés majeures de la pratique médicale reconnue par les médecins eux-mêmes (Beaulieu et al., 1993). Cependant, les médecins ne s'informent pas si les patients suivent les recommandations et les patients n'en parlent pas spontanément. Selon Hammond et Lambert (1994), une communication inadéquate expliquerait que 55 % des patients dévient, de façon non intentionnelle, de leur prescription. La compréhension qu'a le patient de sa maladie, du rationnel de la prescription et de son importance de même que les instructions pour leur usage semblent en partie reliées à des facteurs communicationnels. Cependant, une discussion complète de ces dimensions au moment de la consultation est rare (Makoul, Arntson et Shofield, 1995; Parrott, 1994; Svarstad, 1976). Pourtant, l'observance s'améliore lorsque le médecin offre plus d'informations, tient des propos plus positifs et pose moins de questions dans l'ensemble, mais plus de questions sur l'observance elle-même (Hall, Roter et Katz, 1988).

Les principales entraves à la communication sur la médication

Dans cette section, nous aborderons un ensemble de caractéristiques de la communication médecin-patient qui, à notre avis, constituent des embûches sérieuses à une discussion efficace du plan de traitement.

La gestion du temps de l'entrevue. Vu l'importance accordée au diagnostic, la gestion du temps de l'entrevue favorise celui-ci au détriment de la discussion du plan de traitement. Waitzkin et Stoeckle (1972) ont montré que sur des entrevues d'une durée de 20 minutes, les médecins passent en moyenne une minute à donner des explications par rapport au plan de traitement. Ceci en dépit du fait que les patients désirent recevoir des

explications sur la nature de leur problème et discuter des avenues thérapeutiques. (Waitzkin, 1984). Plus récemment, les estimés du temps d'entrevue dévoué à la discussion du traitement sont de trois minutes, soit environ 16 % (Sleath, Roter, Chewing et Svarstad, 1999).

L'utilisation d'un vocabulaire technique. Les médecins utilisent trop souvent un vocabulaire technique difficile à comprendre par le patient (DiMatteo, 1991). Selon Tuckett, Boulton et Olson (1985), 36 % des patients qui ont reçu des informations à propos du diagnostic ne se rappellent pas ce que le médecin a dit ou ne peuvent pas répéter en leurs propres mots ce qu'il a dit. Ceci amène à penser que le médecin a failli dans sa tâche de traduire les données médicales en des termes que le patient peut comprendre et intégrer dans son vécu. Dans 50 % des entrevues, le patient n'arrive même pas à se souvenir des recommandations principales à propos du diagnostic, du traitement ou de la prévention. De plus, seulement 15 % des patients affirment avoir tout compris les propos tenus par leur médecin (DiMatteo, 1991).

Le style communicationnel. La prédominance du style biomédical observé dans les entrevues médicales, dans lequel le médecin domine les échanges et contrôle le flot de l'entrevue, limite la participation du patient. Selon Roter et al. (1988), les médecins contribuent à 60 % de la prise de parole et les patients à 40 % et les médecins adoptent le plus souvent un style paternaliste (Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles et Inui, 1997).

Une étude du discours à propos des médicaments

Il est clair, à la lumière de ce qui précède, que l'usage des médicaments entraîne des coûts significatifs pour notre système de soins et

que ce problème risque d'aller en augmentant étant donné les changements démographiques déjà amorcés. Ce qui ressort également de ce qui vient d'être discuté est la complexité du comportement d'observance et le rôle qu'y joue la communication entre le médecin et le patient. Dans un contexte où l'on accepte que la prescription de médicaments soit pertinente et justifiée, il devient impératif de mieux comprendre le processus ou « dialogue » de prescription qui constitue le premier élément d'une chaîne de comportements qui conduira au contrôle du problème de santé et de décrire la variété la plus étendue possible des comportements verbaux à l'égard de la médication.

Dans la présente thèse, nous présentons quatre articles. Le premier discute de la pertinence d'utiliser deux modes de cotation du *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg et Williams, 1988.). Il nous est apparu essentiel d'inclure cet article, car il permet de comprendre un des critères de constitution de l'échantillon des entrevues pour cette recherche. Le second article porte sur la validation de l'instrument de codification du contenu des échanges portant sur la médication, MEDICODE, que nous avons développé dans le cadre de cette démarche doctorale. Le troisième article et le dernier présentent les données issues de l'application de MEDICODE aux 462 entrevues sélectionnées. Nous présentons les fréquences de discussion des diverses thématiques et la participation du médecin et du patient à cette discussion, d'abord en général pour l'ensemble des médicaments discutés, puis en fonction de l'histoire de consommation des médicaments, ce que nous avons appelé le statut du médicament, soit nouvellement prescrit, represcrit ou simplement discuté. Le dernier article présente des concepts innovateurs pour mieux décrire la contribution de chacun des interlocuteurs au contenu : 1) l'indice dialogique du médecin et du patient et 2) le taux dialogique pour l'ensemble de la discussion du thème.

La première préoccupation du chercheur, dans la présente recherche, est de décrire la variété la plus étendue possible des comportements verbaux

à l'égard de la médication. Nous avons, avec l'aide d'experts, identifié 45 contenus spécifiques qui pourraient être traités lorsque le médecin et le patient discutent de médication en cours de consultation. Nous appelons ces contenus des thèmes. L'article sur la validation de même que celui sur les fréquences de discussion traitent de l'ensemble des thématiques, dans leur forme initiale. Cependant, dans le dernier article traitant du taux dialogique, notre analyse se fait à partir de dix regroupements de thèmes, inspirés des lignes directrices émises par le National Council on Patient Information and Education (2000). Cette évolution reflète la transformation de notre réflexion à propos de notre matériel.

Nous savions que différents types de médicaments étaient discutés dans une même entrevue. Il nous apparaissait important dans ce travail de les inclure afin de donner un portrait plus juste de l'ensemble des échanges sur les médicaments ayant cours durant une entrevue entre un médecin généraliste et un patient. Ainsi, nous avons distingué les médicaments en fonction de leur statut de consommation. Lors du codage initial, nous avons défini douze statuts distincts, mais il nous est apparu, en cours d'analyse, que plusieurs de ces distinctions n'étaient pas utiles. Nous avons choisi d'en regrouper plusieurs et de ne conserver que trois statuts que nous considérons, par ailleurs, cliniquement plus significatifs.

Le choix des entrevues

Comme nous proposons une étude du comportement verbal en fonction des médicaments, nous avons volontairement choisi d'optimiser le nombre moyen de médicaments discutés par entrevue, sans toutefois créer une distorsion dans la composition de l'échantillon. Ainsi, nos conclusions donnent une idée de la répartition de ces comportements dans la population générale des consultations en soins de première ligne.

Pour augmenter le nombre moyen de médicaments discutés par entrevue, nous avons adopté deux stratégies : 1) augmenter la proportion de personnes âgées et 2) choisir une population présentant un indice de détresse psychologique élevé tel que mesuré par le GHQ. En effet, les personnes âgées consomment en moyenne plus de médicaments (Tamblyn et Perreault, 1998; Papillon, Laurier, Bernard et Baril, 2001) et les personnes souffrant de détresse psychologique consomment en moyenne 4 % de plus de médicaments que les personnes non en détresse (Papillon, et al., 2001).

Nous avons utilisé le GHQ pour identifier les patients souffrant de détresse psychologique. Cependant, deux méthodes de cotation du GHQ (la méthode GHQ et la méthode cGHQ-chronicité) ont été développées et il existe une controverse sur l'usage de ces deux approches à la cotation. Comme ces deux méthodes de cotation identifient deux populations qui diffèrent légèrement, nous avons donc réalisé une étude pour vérifier s'il était justifié d'identifier des cas de détresse psychologique avec les deux méthodes simultanément. Cette étude est le premier article de cette thèse, d'ailleurs récemment publié dans la revue *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (Richard, Lussier, Gagnon et Lamarche, 2004).

*La mise au point et la validation d'une méthode de codification du discours
sur la médication*

La grille de codification des échanges portant sur la médication, MEDICODE, a été conçue avec l'aide de médecins, psychologues, et pharmaciens. Une version électronique du système a ensuite été développée par l'auteur. MEDICODE permet, pour chaque médicament abordé en entrevue, de savoir, entre autres, lesquels des thèmes sont présents, leur niveau d'élaboration, s'ils sont coproduits ou produits seuls, et qui a initié la

discussion du thème. Vous trouverez en Annexe I le manuel complet de codification.

Nous avons procédé à la validation du nouvel instrument en le comparant à un instrument de codification des entrevues médicales le *Roter Interaction Analysis System* (RIAS). Cet outil, contrairement à MEDICODE, code les propos au niveau de l'énoncé. Il s'agit donc d'une méthode plus micro-analytique que MEDICODE.

Pour effectuer la comparaison des deux instruments, nous avons d'abord dû nous familiariser avec le RIAS. Pour ce faire, nous avons suivi une formation auprès de l'équipe de Debra Roter de l'Université Johns Hopkins de Baltimore. Nous avons par la suite traduit le manuel de codification RIAS (Roter, 1995). Pour valider notre traduction, nous avons formé un codeur parfaitement bilingue en utilisant la version française du manuel, puis ce dernier a analysé cinq entrevues en anglais. Les mêmes cinq entrevues ont été analysées par un codeur de l'équipe de Roter. Les codifications étaient comparables, sauf sur quelques catégories. Après discussion avec Roter, les changements nécessaires ont été apportés au manuel de codification et nos codeurs ont été entraînés avec la nouvelle version.

Pour réaliser la double codification RIAS et MEDICODE, nous avons programmé une base de données sur Helix RADE qui nous permet de coder directement à partir de l'écoute des bandes audio des entrevues. La codification peut ensuite être transférée directement dans le *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS (1990, 1999). Ce système intègre une série de contrôle permettant de minimiser les erreurs de codage et d'éviter les erreurs de transcription des données. De plus, le système supporte le codeur en lui rappelant constamment les codes disponibles. L'Annexe I présente quelques « fenêtres » de la version informatisée du système de codification.

Analyses des données issues de MEDICODE

Une fois MEDICODE ainsi validé, nous avons procédé à l'analyse des résultats de la codification des 462 entrevues. Notre première série d'analyses porte sur les fréquences d'apparition des thèmes en fonction des statuts de consommation du médicament. La fréquence d'apparition des thèmes est envisagée globalement, mais aussi en fonction de qui participe à la discussion : le médecin seul, le patient seul ou les deux qui coparticipent.

Dans un deuxième temps, nous introduisons la notion de dialogue et de monologue patient et médecin, afin de mieux rendre compte de la participation de chacun à la discussion des diverses thématiques. Nous avons accordé une valeur numérique croissante aux différents comportements verbaux observés. Ainsi, un interlocuteur silencieux à propos d'un thème obtient une valeur de 0, un interlocuteur qui ne fait que donner de l'information obtient pour sa part une valeur de 1, un interlocuteur qui participe au contenu obtient une valeur de 2 alors que celui qui initie le propos et qui amène la participation de l'autre obtient une valeur de 3. Cette échelle nous a permis, en présence de discours sur la thématique, de qualifier l'intervention de chacun des interlocuteurs en tenant compte de celui qui initie les propos. À partir de ces analyses, nous avons développé les concepts d'indice dialogique, de taux dialogique, de prépondérance d'initiative et de rôles dialogiques : attentif, informateur, participant, instigateur. Le quatrième article présente et discute de ces notions innovatrices.

ARTICLE 1

GHQ-28 and cGHQ-28:

Implications of two scoring methods for the GHQ in a primary care setting

Claude Richard PhD candidate;

Psychology Department, Université de Montréal

Équipe de recherche en soins de première ligne

Cité de la santé de Laval

Marie-Thérèse Lussier MD, M.SC.

Family Medicine Department, Faculty of Medicine, Université de
Montréal

Équipe de recherche en soins de première ligne

Cité de la santé de Laval

Robert Gagnon M.SC.

Équipe de recherche en soins de première ligne

Cité de la santé de Laval

Luc Lamarche PhD

Psychology Department, Université de Montréal

Abstract

Background: The General Health Questionnaire allows for distinguishing patients suffering from psychiatric problems from those in good mental health. There is some controversy as to the best scoring method. Two different methods have been proposed: GHQ and cGHQ. The present study aims at verifying whether there is confirmation of the hypothesis that the population resulting from the cGHQ calculation presents greater chronicity.

Method: A total of 40 general practitioners and 1145 of their patients participated in the original study. A sub-group of 313 patients was followed over a three-month period. The patients were asked to complete a set of questionnaires, including the GHQ-28. The traditional method of calculating the GHQ score and the alternative cGHQ method were used.

Results: Two discordant groups of patients were identified: Group 1 (acute cases only) positive on the GHQ, but negative on the cGHQ (n = 124) and Group 2 (chronic cases only), negative on the GHQ and positive on the cGHQ (n = 64). Patients in Group 2 were older ($p < 0.001$), are more worried about their health ($p = 0.06$) and their health problem had lasted for a longer time ($p = 0.02$). Patients in Group 2 were twice as likely to remain positive on the GHQ and/or the cGHQ as those in Group 1 in the one- and 3-month follow-ups.

Conclusions: The results suggest the presence of notable differences between the two groups, generally explainable by the hypothesis of greater chronicity in the cGHQ patients. The results confirm the impact of the choice of calculation method on the composition of the two groups. Finally, the authors suggest using the two calculation methods simultaneously.

Key words psychological distress-GHQ- chronic GHQ- scoring methods- primary care

Introduction

The early identification of patients at risk assumes considerable importance from the point of view of prevention of mental health problems. Several screening tools have been developed, but the General Health Questionnaire is certainly one of the most frequently used tools and that which has been the object of the most research [1].

Goldberg's original idea was to develop a questionnaire that would allow for distinguishing patients suffering from psychiatric problems from those in good mental health. Two aspects of a psychiatric episode are measured: the inability to pursue normal functions of daily living and the appearance of new symptoms that lead to a state of psychological distress. According to Goldberg, the GHQ allows for estimating the prevalence of psychological distress in a given population and, in general medicine, it allows for detecting cases of potential psychiatric problems that would otherwise escape detection by the physician. In this questionnaire, patients assess their state in the past weeks by comparing it with their usual state. This approach makes the GHQ sensitive to transitory states and allows for detecting an aggravation of the patient's situation. The tool is thus not designed to detect long-standing phenomena.

In 1985, Goodchild and Duncan-Jones pointed out that the traditional scoring method of the GHQ did not take into account the chronicity of the symptoms and that there was a risk that chronic patients would not be detected by the test [2]. Considering that a revised scoring method (cGHQ) would perform better than the traditional method in chronic cases, these two authors proposed a modification of the traditional method that would allow for the addition of a supplementary group of chronic patients to the group already identified by the usual method.

While some researchers have noted the fact that the traditional GHQ scoring method did result in the exclusion of chronic cases [2, 3], others did not find significant differences between the two scoring methods as compared with a standardized psychiatric interview [4-6]. The sensitivity and specificity of the two scoring methods are similar and, according to these studies, the ROC procedure does not differentiate them in a significant manner. [4, 6, 7]. However, more recently, Donath [8] reported that, compared to the standard scoring method, the area under the ROC curve was greater for the cGHQ scoring method of the GHQ-12 in an Australian sample. In addition, two studies show that the best results are obtained by combining the two methods of calculating the score [9, 10].

Inversely, Huppert et al. have shown significant differences between the groups identified by the two scoring methods [3]. In addition, they have shown that not only did the cGHQ correction add a chronic group to the group already identified by the GHQ, but that it implied that certain subjects identified by the GHQ were no longer identified with the new scoring system.

Since the present study includes an assessment of the patients' state of health using several complementary questionnaires as well as a 3-month follow-up, it allows for a more accurate assessment of the chronic nature of the symptoms and of the evolution of the scores over time. Its objective is to describe the characteristics of patients classified differently according to the GHQ (traditional method) and the cGHQ (chronicity) in a sample of patients consulting their general practitioner. It also aims to document whether the concept of chronicity explains the differences in classification observed and discusses the consequences associated with the use of one or the other scoring method.

Subjects and methods

The data used for the present study are drawn from a study that used the GHQ-28 and dealt with the detection of psychological distress in general medicine. The initial sample was constituted on the basis of consecutive voluntary participation. In the Montreal (Canada) region, 1447 patients were approached. Of these, 302 patients refused to participate (20,8%), stating that either they did not have the time or they were not interested and thus 1145 patients were recruited by 40 general practitioners practicing in 15 clinics (3 family medicine teaching units and 12 private clinics) from 1996 through 1997. Patients were recruited during regular office visits. No office scheduling changes occurred during the recruitment phase. Busy general practitioners and their patients were told that the researchers wanted to learn more about doctor-patient communication under real-life conditions. Patients attending the clinic on a given day were invited to participate in the study provided that they were at least 18 years old, capable of giving informed consent, and were French- or English-speaking. Patients consulting who were known to have psychiatric problems prior to the visit were excluded because the original study was concerned with the detection of new cases of psychological distress.

Several self-administered tools, measuring both physical and mental health, were completed by the patients. Before consultation with the physician, the patients indicated the nature of the problem that had led them to see the doctor, the duration and perceived seriousness of the problem and their degree of concern about this problem. They also completed an English or French validated version of the GHQ-28, a psychological distress measure (GHQ-28) [11, 12] and socio-demographic information.

Following the consultation, patients completed the Somatization Screening Measure, a screening index for somatization disorder. This measure uses 11 non-specific physical problems found in somatization disorder, as defined in DSM-III, drawn from the Diagnostic Interview Schedule. Patients with 5 of the 11 symptoms are labelled positive [13]. At that time, they also completed a general measure of functional state the Medical Outcomes Study Short Form, (SF-36) which includes 8 scales: physical functioning (10 items), social functioning (2 items), role limitation due to physical factors (4 items) and emotional factors (3 items), pain (2 items), mental health (5 items), vitality (4 items), and general health perceptions (5 items), with scale reliability varying from 0.78 to 0.93 [14]. A scale of perception of susceptibility to illness, the Illness Worry Scale, which consists of nine "yes/no" items selected from the hypochondriacal concerns scale of the Illness Behavior Questionnaire was also completed. It has an alpha reliability of 0.70 and it correlates at $r=0.83$ with the Whiteley Index of Hypochondriasis [15, 16]. The physician also completed a brief questionnaire in which he indicated if he had identified the presence of signs or symptoms of anxiety, depression, somatization or any other mental or social problem in the patient during the consultation, and in which he indicated the nature and seriousness of the patient's problem.

Because the original study was concerned with the detection of distress during the index consultation and the impact of physician detection on the outcome of distress and on the nature and intensity of patient follow-up, only the patients who scored positive on the GHQ-28 and were not previously identified as distressed by the participating physicians were

included in the follow-up analyses. Of the 593 subjects who had a positive score on the GHQ, 280 were already known to be distressed by the physicians. Thus a sub-group of patients (n=313) with a positive score on the GHQ or/and cGHQ at the time of the consultation were surveyed through two telephone follow-up interviews, 1 month and 3 months following the consultation. During these calls, they answered some questions related to the health problem for which they had consulted the physician. They also answered the GHQ-28 and the SF-36 again.

Method of calculating the GHQ score

The GHQ comprises 28 items, 7 of which are formulated in a positive manner (e.g., Do you feel perfectly well and in good health?), and 21 of which are formulated in a negative manner (e.g., Do you feel sick?). In the case of the positive items, the following scale is used: 1=more than usual, 2= as usual, 3=less than usual, 4.=much less than usual. In the case of 18 of the negative items, the following scale is used: 1=not at all, 2.=not more than usual, 3=a little more than usual, 4=much more than usual. The remaining 3 items use two other types of response scales.

The two methods of calculating the scores are presented in Table 1. The GHQ score is calculated in a traditional manner, by assigning a score of 0 for response choices 1 and 2 and a score of 1 for response choices 3 and 4 for all 28 items. The cGHQ is calculated according to the principle suggested by Goodchild and Duncan-Jones (2), i.e. for the 18 items formulated negatively, by assigning a score of 0 for response choice 1 and a score of 1 for the remaining three response choices 2-4; the traditional method was preserved for the items formulated positively. Regardless of the scoring method used, the results can be expressed in two manners: 1) the overall score on the scale corresponding to the total of the scores on the 28 items, a continuous score; and 2) the position in relation to a determined threshold, a

dichotomous score. The presence of a positive result is defined as a score equal to or greater than 5 on the GHQ or a score equal to or greater than 13 on the cGHQ [11]. In this study, we used the dichotomous score, i.e., a patient is identified as positive or negative.

TABLE 1 Method of calculating GHQ and cGHQ scores

Choice of responses	1	2	3	4
GHQ score	0	0	1	1
cGHQ score - positive items	0	0	1	1
cGHQ score - negative items	0	1	1	1

Identification of groups

The use of the two scoring methods for all of the patients led to identification of four groups. First, we identified those with positive scores on both of the scoring methods (GHQ+/cGHQ+) which we call “full cases” and those with negative scores on both of the scoring methods (GHQ-/cGHQ-) which we call “normal cases”. Then, there were the two groups of interest for this study: Group 1 of “acute cases only” which includes patients who score positive on the GHQ, but negative on the cGHQ (GHQ+/cGHQ-), and Group 2 or “chronic cases only” which includes those who score negative on the GHQ, but positive on the cGHQ (GHQ-/cGHQ+).

Statistical analyses

Simple bivariate analyses were used to compare the categorical variables (Chi square or the Fisher exact test) or the continuous variables (Student t test). The non-parametric Mann Whitney test was used when there were asymmetrical distributions. In order to compare all four groups in an omnibus ANOVA analysis, the Multiple Classification Analysis [17] was used. This technique provides a post-hoc strategy to identify and to test the difference between groups. The MCA uses the overall average of the four groups as the basis of comparison and calculates a score of the difference between the average of each group and the overall average. A positive score indicates an average higher than the general average; a negative score indicates an average below the general one. Thus, it is possible to compare and rank the groups in relation to each other. Finally, a global p value is used to test if the observed discrepancy between the groups is statistically significant. Multivariate models were not considered since our first goal was to detect, quantify and qualify differences between groups on a variable by variable basis and not to predict group membership using a combination of variables, as would have been the case with discriminant function analysis or a multinomial logistic regression approach. The Kappa coefficient of agreement was used to compare the judgement of the physicians with the GHQ classification. All the tests were two-tailed and a value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results

For the purposes of the present analysis, we were able to use 1055 GHQ questionnaires. Table 2 presents the breakdown of cases according to the two scoring methods. As shown in this table, 50.5% (533/1055) of the

patients were classified as positive on the GHQ and 44.5% (469/1055) were classified as positive on the cGHQ. Moreover, 38.8% of the patients (409/1055) were classified as positive or “full cases”, with both systems, and 43.8% (462/1055) were classified as negative or “normal cases” with both systems. Finally, 11.7% of the patients (124/1055) were classified as positive on the GHQ but negative on the cGHQ (Group 1: acute cases only) and 5.7% of the patients (60/1055) were classified as negative on the GHQ, but positive on the cGHQ (Group 2: chronic cases only).

Table 2

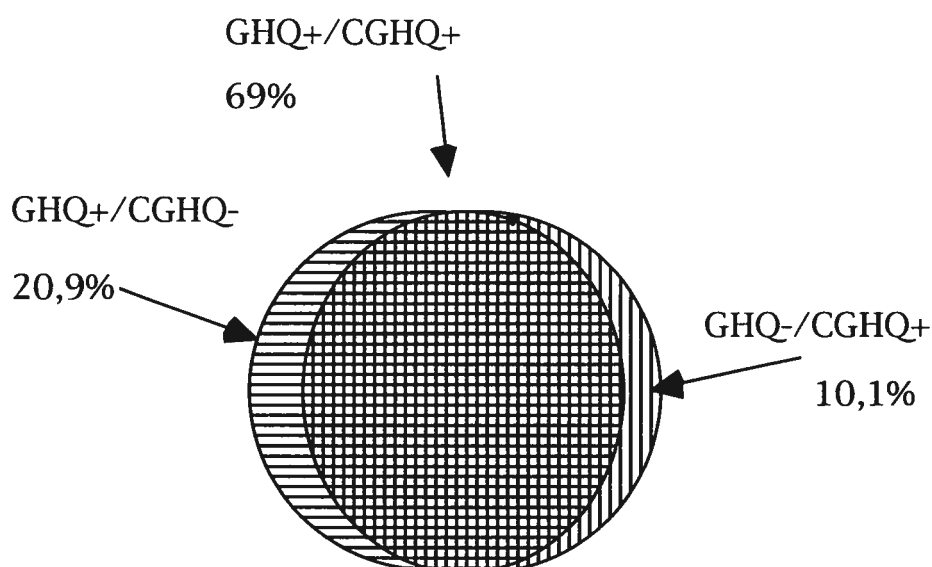
Comparison of classification according to the two scoring methods (n=1055)

GHQ	cGHQ		
	positive	negative	
positive	409 38.8%	Group 1 124 11.7%	533 50,5%
negative	Group 2 60 5.7%	462 43.8%	522 49,5%
	469 44,5%	586 55,5%	1055

Taking all of the patients into account, 56.2% of them (593/1055) were classified as positive with one or the other system. Among these positive scores, 69% were positive with both systems, 20.9% only with the GHQ, and 10.1% only with the cGHQ (Fig. 1).

Fig 1

Breakdown of subjects who are positiv on the GHq and/or the cGHQ (n=593)



The average score (data not presented) according to the traditional method of scoring the GHQ was 6.28 (median=4; standard deviation=6.38) and, according to the cGHQ method, it was 11.45 (median=11; standard deviation=6.73). The correlation between the overall scores for the two methods of calculation was 0.84 ($p < 0.001$) on the continuous scales and 0.66 ($p < 0.001$) on the dichotomous classification (positive/negative).

The extent of agreement between GHQ scores and physician's clinical judgment of distress was estimated by two methods: percent agreement and Kappa coefficients. The percent agreement between physician's judgement

and the GHQ score was respectively 57% and 58% when the GHQ and cGHQ methods were used. The Kappa coefficients for the GHQ and cGHQ are comparable, but weak (Kappa=0.17 and 0.18, respectively).

Characteristics of patients classified differentially according to the GHQ and cGHQ methods (Comparison of Groups 1 “acute cases only” and 2 “chronic cases only”).

Tables 3, 4 and 5 present data on a differing number of subjects. This is because only a sub-sample of the original study population (n=313) completed the full range of questionnaires. Moreover, on some variables, there are missing data. This is true also for the follow-up data.

Table 3 presents the main socio-demographic characteristics of the two discordant groups (acute cases and chronic cases) in terms of age, gender, level of education and income. There are some differences to be noted: the subjects in Group 2 are significantly older ($p < 0.001$), have less education ($p = 0.05$) and are more often male ($p = 0.09$). Additional stratified analyses (not presented) show that, in this group, there is a significantly higher proportion of men (53%) as compared to women (33%) in the 35-64 age bracket. There was no difference observed with respect to employment or income.

Table 4 presents the results of the two groups with regard to their state of health. There was no significant difference between the two groups in the perception of their current state of health ($p = 0.34$). However, among the patients in Group 1 (acute cases), there was a trend toward lower scores indicating a poorer state of health in two of the eight domains on the SF-36, i.e., social role ($p = 0.09$) and physical role ($p = 0.08$). No difference was observed with respect to the other domains of the SF-36. The patients in Group 2 (chronic cases) showed a trend towards expressing greater somatic

Table 3

Sociodemographic characteristics of subjects in Groups 1 (acute cases) and 2 (chronic cases) (n=180)

	Group 1 GHQ+/cGHQ- N (%)	Group 2 GHQ-/cGHQ+ N (%)	p (Chi square)
Age			< 0,001
24 and under	7 (5,6%)	6 (10,7%)	
25-44	64 (51,6%)	15 (26,8%)	
45-64	28 (22,6%)	28 (50,0%)	
65 and over	25 (20,2%)	7 (12,5%)	
Gender			0,09
Women	91 (73,4%)	34 (60,7%)	
Men	33 (26,6%)	22 (39,3%)	
Diploma			0,05
None	9 (7,4%)	3 (5,4%)	
Pre collegial	60 (49,2%)	37 (66,1%)	
Post collegial	53 (43,4%)	14 (25,0%)	
Employment			0,40
Unemployed	48 (39,3%)	21 (37,5%)	
Student	6 (4,9%)	2 (3,6%)	
Employed	59 (48,4%)	32 (57,1%)	
Other	9 (7,4%)	1 (1,8%)	
Income			0,26
Less than \$20 000	27 (24,1%)	13 (24,1%)	
\$20 000 to \$40 000	31 (27,7%)	9 (16,7%)	
\$40 000 and over	54 (48,2%)	32 (59,2%)	

concerns on the Somatization Screening Measure (p=0.07) and to present a higher level of worry about illness (p=0.03).

At the time of the consultation, more of the subjects in the Group of chronic cases (Group 2) reported a problem that had lasted for longer than 6 months, in comparison with those in the group of acute cases (Group 1) (63.3% vs. 41.5%; $p = 0.02$). There was no significant difference in the perception of the seriousness of the problem by either the physicians ($p=0.77$) or the patients ($p=0.22$) themselves.

While the differences between Groups 1 and 2 were not major at the time of the consultation, the groups did differ with regard to the perception of their actual state of health as compared to the previous year. The patients in the group of acute cases (Group 1) considered themselves to be in poorer health ($p=0.008$).

The two groups also differed at the time of the follow-up. In fact, we observed a better state of health (SF-36, present health) at the 1-month follow-up ($p=0.04$) and at the 3-month follow-up ($p<0.001$) among the patients in Group 1 as compared to those in Group 2 (Table 5). At the 1-month follow-up, 72% of the patients in Group 1 reported that their health problem had improved or been resolved as compared with 48% of those in Group 2 ($p=0.05$), while at the 3-month follow-up, there was no difference between the two groups.

Comparison of discordant groups 1 (acute cases only) and 2 (chronic cases only) with the concordant groups (full cases and normal cases)

The results of the multiple classification analysis are presented in Tables 6 and 7. As a general rule, the deviation from the general average of the scores of the concordant positive (full cases) and negative groups (normal cases) (GHQ+/cGHQ+ and GHQ-/cGHQ-, respectively) are at the two

Table 4

Clinical characteristics of Groups 1 (acute cases) and 2 (chronic cases) (n=150) at the index visit

	Group 1 GHQ+/cGHQ-	Group 2 GHQ/cGHQ+	p (Chi square)
	N (%)	N (%)	
Health status SF-36			
Current health			0,34
Very good	45 (44,1%)	16 (33,3%)	
Good	40 (39,2%)	20 (41,7%)	
Fair/poor	17 (16,7%)	12 (25,0%)	
Current health compared to last year's health			0.008
Better	27(26.5%)	19 (39.6%)	
About the same	50(49.0%)	27(56.3%)	
Worse	25(24.5%)	2 (4.2%)	

continued

	Mean (SD)	Mean(SD)	p (MW)
Social role	73,3 (23,9)	80,2 (20,6)	0,09
Physical role	58,3 (43,6)	71,4 (37,2)	0,08
Somatisation Screening measure Global Score	3,5 (3,0)	4,4 (3,0)	0,07
	N (%)	N (%)	
Worry with regard to the presenting problem			0,03
Little or no worry	77 (64,2%)	26 (43,3%)	
Somewhat worried	31 (25,8%)	25 (41,7%)	
Very worried	12 (10,0%)	9 (15,0%)	
Duration of problem -- Patient's View			0,02
Less than 6 months	55 (58,5%)	18 (36,7%)	
More than 6 months	39 (41,5%)	31 (63,3%)	
Seriousness of the problem- Patient's View			0,22
Hardly or not serious	76 (62,8%)	28 (49,1%)	
Somewhat serious	38 (31,4%)	25 (43,9%)	

Very serious	7 (5,8%)	4 (7,0%)	
	25 (24,5%)	2 (4,2%)	
Seriousness of the problem - M.D.'s View			0,77
Hardly or not serious	72 (63,7%)	38 (66,7%)	
Somewhat serious	35 (31,50%)	15 (26,3%)	
Very serious	6 (5,3%)	4 (7,0%)	

Table 5

Clinical characteristics of Groups 1 (acute cases) and 2 (chronic cases) at the 1-month and 3-month follow-ups

	Group 1 GHQ+/cGHQ- N(%)	Group 2 GHQ-/cGHQ+ N(%)	p (Chi square)
1-month follow-up (n=112)			
SF-36			0,04
Current health			
Very good	43 (55,1%)	11 (32,4%)	
Good	25 (32,1%)	13 (38,2%)	
Fair or poor	10 (12,8%)	10 (29,4%)	
Problem Improved/resolved	72%	48%	0.05
3-month follow-up (n=123)			
SF-36/ Current health			<0,001
Very good	53 (61,6%)	10 (27,0%)	
Good	26 (30,2%)	13 (35,2%)	
Fair or poor	7 (8,1%)	14 (37,8%)	
Problem Improved/resolved	72%	63%	0.56

extremes of the continuum; the deviation from the average of Groups 1 (acute cases only) and 2 (chronic cases only) falls midway between these two extremes. In order to more clearly define the similarities and differences among the four groups, we compared them on various measures of state of health (functional state, somatization scale; perception of susceptibility to illness; perception of health problem).

Table 6 presents the variables where the scores of Group 1 (GHQ+/cGHQ-: acute cases only) are closer to the positive concordant group (GHQ+/cGHQ+: full cases) than the subjects in Group 2 (GHQ-/cGHQ+: chronic cases only). Thus, the patients in Group 1 are more similar to the patients in the positive concordant group with regard to the following variables: their perception of a poorer present state of health as compared with that of the previous year, the intensity of the pain that they report, and the greater impact of their problems on both their physical and social roles. These two groups are also closer with respect to the physician's assessment of the seriousness of the problem and the duration of the problem.

A review of Table 7 shows that there are twice as many indicators of state of health for which the scores of the subjects in Group 2 (GHQ-/cGHQ+: chronic cases only) are closer to the scores of the subjects in the positive concordant group (GHQ+/cGHQ+: full cases) than the subjects in Group 1. In particular, the patients in Group 2 (chronic cases only) are more similar to the positive subjects, on the one hand, with regard to their feelings of less energy and their perception of a poorer overall state of health and, on the other hand, their higher level of anxiety, their perception of a more serious illness, and their higher score on the somatization scale. Indeed, we also note that at the 1-month and 3-month follow-ups, the subjects in Group 2 assess their overall state of health as even poorer than the subjects in the positive group. Thus, we observe twice as many variables (12 variables) where the subjects in

Group 2 (chronic cases) are more similar to the positive concordant group (full cases) than in the case of the subjects in Group 1 (6 variables).

Table 6

Health indicator scores for which the GHQ+/cGHQ-(acute cases) is closer to GHQ+/cGHQ + (full cases)

	GHQ+/ CGHQ+ Full	GHQ+/ GHQ- Acute	GHQ-/ CGHQ+ Chronic	GHQ-/ CGHQ- Normal	p (Chi Square)
SF-36					
Current health	0,29	0,08	-0,37	-0,24	<0,001
Pain	-10,86	-1,36	0,71	10,17	<0,001
Social role	-13,70	-2,37	4,55	12,53	<0,001
Physical role	-18,52	-3,66	9,37	16,58	<0,001
Seriousness of problem M.D.'s View	0,11	0,12	-0,13	-0,12	0,02
Duration of problem	-0,16	-0,16	0,36	0,17	<0,0001
- Patient's View					

We also examined the behaviour of Groups 1(acute cases only) and 2 (chronic cases only) in the 1-month and 3-month follow-ups in order to assess the evolution of the GHQ-28 scores over time (Table 8). Scores of Group 1 subjects (acute cases only) shift towards the normal value at the 1-month and 3-month marks in a proportion of 85% and 75% respectively. The only other shift noted for this group is found at the 3-month follow-up, where 7% of the subjects in the initial group become positive both on the GHQ and the cGHQ. The evolution of the scores for the subjects in Group 2 (chronic cases only) presents differently. Two observations should be noted: 1) at the 1-month and 3-month follow-ups, a lower proportion of subjects shifts towards

Table 7

Health indicator scores for which the GHQ-/cGHQ+(chronic cases) is closer to GHQ+/cGHQ+ (full cases)

	GHQ+/ CGHQ+	GHQ+/ CGHQ-	GHQ-/ CGHQ+	GHQ-/ CGHQ-	p (ChiSquare)
	<i>Full</i>	<i>Acute</i>	<i>Chronic</i>	<i>Normal</i>	
Age SF-36	-2,79	0,04	-1,26	2,62	<0,0001
Physical role	-4,12	1,58	-2,81	3,69	<0,0001
Emotional role	-20,2	2,44	6,4	16,81	<0,001
General health	-7,41	2,75	-2,65	6,35	<0,001
Mental health	-13,99	2,97	-0,17	12,01	<0,001
Energy	-13,87	1,51	-0,17	12,32	<0,001
Current health	0,26	0,01	0,22	-0,26	<0,001
Somatisation Screening measure	1,58	-0,67	0,26	-1,24	<0,001
Illness WorryGlobal Score	0,66	-0,3	0,12	-0,54	<0,001
Worry with regard to the presenting problem	0,36	-0,13	0,26	-0,32	<0,001
Seriousness of problem Patient.'s View	0,21	-0,13	0,05	-0,16	<0,0001
Current health 1-month follow-up					
	0,1	-0,39	0,12	-	0,002
3-month follow-up	0,08	-0,42	0,44	-	<0,0001

the normal value, i.e., 65% and 50% respectively, and 2) 23.5% and 47.2% of the subjects who were initially cGHQ+ become clearly GHQ+. Among the subjects in Group 2 (chronic cases only) who remain positive at the 1-month and 3-month follow-ups, the majority (66% and 94%) obtain a positive score on the GHQ.

Table 8

Evolution of the GHQ-28 scores overt time of discordant Group 1 (acute cases) and Group 2 (chronic cases)

		GHQ+/ cGHQ-	GHQ-/ cGHQ+	GHQ+/ cGHQ+	GHQ-/ cGHQ-	
1-month follow-up (n=110)						
Group 1 GHQ+ /cGHQ-	n	11	0	0	65	76
	%	14.5	0	0	85.5	69.1
Group2 GHQ- /cGHQ+	n	6	4	2	22	34
	%	17.6	11.8	5.9	64.7	30.9
3-month follow-up (n=120)						
Group 1 GHQ+ /cGHQ-	n	15	0	6	63	84
	%	17.9	0	7.1	75	70
Group2 GHQ- /cGHQ+	n	7	1	10	18	36
	%	19.4	2.8	27.8	50	30

We calculated the relative risk of remaining GHQ-positive at the 1-month and 3-month follow-ups for Group 1 and Group 2. At the 1-month follow-up, we note that the relative risk (RR) of remaining positive for someone belonging to Group 2 (chronic cases only) is 2.43 (IC=1.19-4.97) times greater than if this person was part of Group 1 (acute cases only). At the 3-month follow-up, we note that the relative risk of remaining positive for someone in Group 2 is 2 (IC=1.22-3.28) times greater than if this person was in Group 1. These RRs thus support the hypothesis of a greater chronic nature of difficulties among the subjects in Group 2.

Discussion

Our study has compared two methods of scoring the General Health Questionnaire. Because our study included repeated GHQ measurements over a 3-month period, and different health measures such as duration of problem, functional status, illness worry, and somatization, it contributes original data enabling us to check the chronicity hypothesis.

Groups with different characteristics: Chronic aspect

The results of the present study are similar to those obtained by Huppert et al.'s [3]. However, the differences observed here, while pointing in the same direction, are not as great. Huppert et al.'s study dealt with an extensive group of 6572 respondents chosen randomly from the general population, rather than from physicians' offices, and they used the GHQ-30, a version which places less emphasis on the somatic aspects of psychological distress. It is possible that these differences in study populations and in versions of the GHQ explain the differences observed in the results.

Among all of the respondents with a positive GHQ score, Huppert et al.'s had observed that 27% of these respondents had a negative score on the cGHQ. We observed a similar proportion in acute cases group (23% or 124/533). In their study, the use of the cGHQ method added 25% of positive subjects, while we observed the same phenomenon, but to a lesser extent in the chronic cases Group 2 (12% or 60/522). Like these authors, we noticed a difference in relation to gender, with women being identified more often by the GHQ than by the cGHQ. This effect is even more marked when we analyze it in relation to age. Moreover, we find a higher level of education among those who are positive according to the GHQ method. The subjects in the group of chronic cases G (GHQ-/cGHQ+) are most often men, are older and have a lower level of education.

Our study included several recognized measures of state of physical and mental health; this enabled us to paint a portrait of the patients classified as positive according to the various scoring methods. As far as their state of health is concerned, the patients in Group 2 (chronic cases) have a tendency to be more worried about their problem which has been going on for a longer period of time. The 1-month and 3-month follow-up data show that there was a greater improvement in state of health in Group 1 (acute cases) than in Group 2 (chronic cases), to the point of being comparable to the state of health of the previous year. The patients in Group 2, however, were twice as likely to remain positive on the GHQ or the cGHQ at the 1-month and 3-month follow-ups. Among the subjects who remained positive, the majority obtained a positive score on the GHQ in the follow-up. These results support the hypothesis of the more chronic nature of the problem among the patients in Group 2, as suggested by Goodchild and Duncan-Jones[2]. An extended period of follow-up would have been needed to more precisely understand the temporal relationship existing between acute distress and chronic distress (nine month to one year). Two different models can fit with our results: in the first model, subjects with a positive cGHQ are in chronic distress for extended periods of time and, during these periods, experience peaks of acute distress (positive GHQ) when they are exposed to increased stress; in the alternative model, acute distress is a transition between normality and chronic distress, i.e. non distressed subjects experience a phase of acute distress before becoming chronically distressed, and subjects who recover from chronic distress go through a phase of acute distress before reaching normality (i.e., non-distressed).

Choice of scoring method: Implications

The fact that a sub-group of 31% of patients identified as positive by one of the two systems (184 patients out of 593 positive) should be classified differently depending on the method chosen seems significant to us (Fig. 1). Overall, among all the subjects in the study (positive or negative), this corresponds to 17% of patients (194/1055) who were classified differently depending on the system used.

Even if we were not able to shed light on very marked differences between Groups 1 and 2, it remains that the use of one or the other of the scoring systems has a genuine impact on the composition of the groups identified as experiencing psychological distress. Out of the 593 patients who are positive with one system or the other, 21% (124/593) of the patients were positive on the GHQ only while 10% (60/593) were positive on the cGHQ only. It is interesting to note that Goodchild and Duncan-Jones presented only one aspect of the use of the cGHQ, i.e., the addition of a number of chronic patients, while they did not address the matter of the loss of GHQ positive patients. We note in the present study that, while it is true that we add a certain number of positive cases (10% in Group 2) with the use of the cGHQ, an even larger number of patients are no longer identified (21% in Group 1, positive on the GHQ only).

Moreover, we know that one can minimize the number of false negatives by using a combination of the two scoring methods, i.e., when patients are considered positive when their score exceeds the threshold of one or the other scoring methods [10]. Thus, the advantages of the two systems can be combined: the GHQ identifying individuals with a more acute transitory episode and the cGHQ, those individuals with a more chronic condition. Another study, using the GHQ-12, arrives at the same conclusion [9]. This approach has the advantage of increasing the group of patients

identified by including all those who have a positive score on one or the other system and thus minimizing the number of false negatives. However, this choice requires handling the data in a dichotomous manner (positive/negative) since it is impossible to combine the gross scores from the two coding systems. The reason for this is that each individual does not hold the same position relative to the others in each of the systems, and it is, therefore, not possible to shift a score from one system to the other. Thus, if the use of gross scores in the analyses is targeted, the combined use of scores on the scales requires two series of analyses: the first in relation to the GHQ and the second in relation to the cGHQ.

Up until now, there were no criteria allowing for the choice of one coding method over another. This was true both from the point of view of performance in relation to a standardized psychiatric interview [4] and from the point of view of the characteristics of the two groups: similar in many aspects, with the exclusion of a presumption of greater chronicity for the GHQ-/cGHQ+ group (Group 2). However, the comparison of the four groups shows that the GHQ-/cGHQ+ group (Group 2) is a group in greater difficulty than the GHQ+/cGHQ- group (Group 1) on twice as many indicators of state of health, which reinforces the idea of including these patients as a population of interest for studies dealing with psychological distress. In addition, the population of Group 2 is twice as likely as that of Group 1 to remain positive 1 month and 3 months following the initial measure. In our eyes, the fact that their distress is likely to be prolonged increases their interest from a clinical point of view.

In fact, if one must choose a single scoring method, the choice will depend on the objectives sought. Thus, in a study that would include the least healthy subjects, it would be best to favour the cGHQ method, while bearing in mind that a certain number of patients will be excluded. As an example, in the initial study from which we drew the present data, if we had chosen to use

only the cGHQ, the result would have been the non-recruitment of 124 patients who were GHQ+/cGHQ- partially replaced by the 60 GHQ-/cGHQ+ patients.

The present study raises some questions. What is the significance of the differences observed between the two groups on the diagnostic and epidemiological levels? What is the actual impact of the use of one method rather than the other, knowing that the groups identified will differ on a certain number of characteristics, including of chronicity. Studies have shown that, overall, GHQ and cGHQ perform in similar manners in terms of sensitivity, specificity, and validity and in relation to a diagnostic interview [4, 6, 7]. However, the present study and that of Huppert et al. [3] show that the two groups identified are different. To date, this question has barely been studied and has not been fully explored by researchers. It is possible that the true impact would be negligible, but in the absence of a clear description and better knowledge of what distinguishes the individuals classified differentially by the two systems, we are destined to continue using the .GHQ and the alternate cGHQ methods in an inaccurate manner.

On a psychometric level, some aspects of the scoring problems of the GHQ, were studied by Andrich and Van Schoubroeck in 1989 using a latent trait theory approach [15]. The authors observed systematic differences between distances among thresholds within items and systematic differences among thresholds between items. Of more interest, they suggest that the differences between positively and negatively formulated items confirm that these two classes of items form different scales so that they could be treated as separate scales. The present study was not devised to take this kind of psychometrical approach as we were more interested in the global impact on classification using the GHQ or cGHQ score system. In line with these significant observations, an interesting avenue may be the study of the chronicity effect with a latent trait theory approach.

The approach taken in the present study limits the scope of the conclusions somewhat. Given that it is based on an analysis of results gathered to meet another objective, the data available to fully characterize the two discordant groups was limited. In fact, the majority of the comparisons between the two discordant groups were made on a sample of 184 individuals, or fewer when they focused on variables of the 1 and 3-month follow-ups. Thus, for the follow-up measures, we had limited statistical power to identify other differences on the level of state of health. Moreover, since the original study dealt with a group of patients consulting a general practitioner, it is difficult to generalize the results to the general population or to patients consulting in other contexts. In addition, since our approach was exploratory, we did not impose a correction of the Type 1 error for the number of statistical tests. In fact, the use of MCA where differences between groups are analysed on a variable by variable basis has an impact on type 1 error. Furthermore, choosing this kind of univariate approach, which has a descriptive advantage, has a drawback- confounding effects of other variables are not taken into account.

In spite of all this, we believe that this issue of classification according to the two GHQ scoring methods has not yet received sufficient attention. We therefore hope that the present results, in continuity with those of Huppert et al., will persuade researchers to probe the matter and will lead to the development of more detailed studies aimed at gaining a better understanding of the clinical characteristics of the two groups of patients identified differently using the two scoring methods and thus help clarify the temporal relationships between acute and chronic distress as measured by the GHQ. In an even more relevant manner, future research on this question will have to assess the true impact, on the clinical level, among others, of the use of one scoring method or another on the groups chosen. In fact, the presence of distress, whether new or of a longer duration, is of concern to the

physician. In particular, in a screening context, it does not make a great deal of sense to exclude patients simply because they do not present any recent change in their psychological state. At this point in time, we believe that there are several reasons to use the two methods simultaneously and that if one must be chosen, we suggest using the cGHQ scoring method since the individuals thus identified seem to be the worst off of the two groups.

Acknowledgements

The authors would like to thank Dr. Guillaume Galbaud du Fort, MD, FRCP, PhD Epidemiology, for his helpful comments on this manuscript. This study was supported by the FRSQ (Fonds de la recherche en santé du Québec) grant and by the research team in primary care of Cité de la santé de Laval, Québec, Canada.

References

1. Goldberg, D., et al., *The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care*. *Psychological Medicine*, 1997. **27**: p. 191-197.
2. Goodchild, M. and P. Duncan-Jones. *Chronicity and the GHQ*. *British Journal of Psychiatry*, 1985. **146** : p. 55-61.
3. Huppert, F., M. Gore and B. Elliott, *The value of an improved scoring system (CGHQ) for the General Health Questionnaire in a representative community sample*. *Psychological Medicine*, 1988. **18**: p. 1001-1006.
4. De Mont-Marin, F., et al., *Validation d'une version française du General Health Questionnaire (GHQ-28) dans une population de diabétiques*. *L'Encéphale*, 1993. **XIX**: p. 293-301.
5. Cairns, E., et al., *Improving the validity of the GHQ30 by rescoring for chronicity: A failure to replicate*. *Journal of Clinical Psychology*, 1989. **45**(5): p. 793-798.
6. Newman, S., R. Bland and H. Orn, *A comparison of methods of scoring the General Health Questionnaire*. *Comprehensive Psychiatry*, 1988. **29**(4): p. 402-408.
7. Surtees, P. *Psychiatric disorder in the community and the General Health Questionnaire*. *British Journal of Psychiatry*, 1987. **150**.

8. Donath S., *The Validity of the 12-item General health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2001. 35: p. 231-235.
9. Piccinelli, M., et al., *Validity and test-retest reliability of the Italian version of the 12-item General-Health Questionnaire in general practice: A comparison between three scoring methods*. Comprehensive Psychiatry, 1993. 34(3): p. 198-205.
10. Koeter, M., W. VanDenBrink and J. Ormel, *Chronic psychiatric complaints and the General Health Questionnaire*. British Journal of Psychiatry, 1989. 155: p. 186-190.
11. Goldberg, D. and P. Williams, *A user's guide to the General Health Questionnaire*. 1988, Windsor, Berkshire: NFER-Nelson. 129.
12. Pariente P., and J.D. Guelfi, *Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1ere partie: inventaires multidimensionnels*. Psychiatr & Psychobiol, 1990. 5: p. 49-63.
13. Rosenberg, J., J. Hayes, and R. Peterson, *Revising the seriousness of illness rating scale: modernization and re-standardization*. Int J Psychiatry in Med, 1987. 17: p. 85-92.
14. Ware, J.E., et al., *Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. The Health Institute, New England Medical Center: Boston, 1993.
15. Robbins, J. and L. Kirmayer, *Illness worry and disability in fibromyalgia syndrome*. Int J of Psychiatry Med, 1990. 20: p. 49-63.

16. Pilowsky I, et al., *The development of a screening method of abnormal illness behavior*. *J Psychosom Res*, 1979. **23**: p. 203-207.
17. SPSS Inc. *SPSS Reference Guide*. 1990, Chicago. 949.
18. Andrich, D. and L. Van Choubroek, *The General Health Questionnaire: A psychometric analysis using latent trait theory*. *Psychological Medicine*, 1989. **19**: p. 469-485.

ARTICLE 2

MEDICODE : méthode de description et d'évaluation des échanges portant
sur la médication

Résumé

Objectif : Evaluer les propriétés psychométriques de MEDICODE, un instrument de codification développé pour l'analyse des échanges portant sur la médication dans une entrevue médicale.

Méthodologie : La fidélité inter-codeurs, la stabilité temporelle, la validité de convergence avec le Système de l'analyse des interactions Roter (RIAS) et la validité prédictive avec le Questionnaire de satisfaction par rapport à l'entrevue médicale (MISS) ont été calculées.

Résultats : La fidélité inter-codeur ainsi que la stabilité test-retest pour la classe pharmacologique et le statut du médicament sont très bonnes. Les pourcentages d'accord inter-codeur et la stabilité test-retest pour l'identification des thématiques sont au-delà de 90%. Les valeurs Kappa pour l'identification des thématiques varient d'un niveau acceptable à excellent pour 24 des 36 et pour 37 des 42 coefficients Kappa qui ont pu être calculés. Le pourcentage moyen d'accord entre MEDICODE et RIAS pour la classe pharmacologique est de 96,8% et le coefficient kappa moyen est de 0,83. Bien que le pourcentage d'accord moyen pour l'identification de la présence d'un thème dans MEDICODE et dans RIAS est de 81%, le coefficient Kappa moyen est inférieur à 0,35. Cependant, des thématiques ayant des valeurs kappa plus robustes se retrouvent dans chacune des quatre grandes catégories thématiques. Nous identifions deux sources possibles de désaccords entre codeurs au sujet des thèmes : la proximité de sens de certaines catégories semble expliquer les écarts notés d'une part et la rareté de certaines thématiques d'autre part. Sur les trois questions sélectionnées au MISS, nous observons des corrélations positives qui sont plus fortes (à l'exception de la Question 3 et de « Effet indésirable ») dans le cas des nouvelles prescriptions et des represcriptions.

Conclusion : Les catégories de codage utilisées se sont avérées utiles et opérationnelles. Les codeurs sont capables, avec un entraînement raisonnable, de produire des mesures fiables et valides des discussions de médicaments au cours d'entrevues médicales.

It requires very little training to count; a very intensive training is required to develop significant units for the counting.

Ray Birdwhistell, About Bateson, E. P. Dutton, New York, 1977

Pertinence de développer un instrument d'analyse spécifique

Les médicaments sont abordés dans une grande proportion des entrevues médicales (Britten et Ukoumunne, 1997; Cockburn et Pitt, 1997; Stevenson, Barry, Britten, Barber et Bradley 2000; Straand et Rokstand, 1999; Webb et Lloyd, 1994), et les deux tiers des visites médicales s'accompagnent de prescriptions de médicaments (Rabin et Bush, 1975). Ainsi, l'image du médecin est-elle étroitement associée à la médication. Très peu de recherches ont examiné la nature et l'intensité des discussions entre patients et médecins au sujet de la médication (Sleath, Roter, Chewing et Svarstad, 1999). De plus, les méthodologies varient grandement d'une étude à l'autre.

Différentes études (Makoul, Arnston et Schofield, 1995; Morris, Tabak et Gondek, 1997; Scherwitz, Hennrikus, Yusim, Lester et Vallbona, 1985; Sleath & al., 1999; Svarstad, 1974) pointent vers le fait que la communication autour de la médication serait particulièrement pauvre, ceci dans un contexte où l'on met de plus en plus l'accent sur la participation du patient (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997), par exemple avec l'approche centrée sur le patient (Chewing et Sleath, 1996, Stewart, 1995) ou encore la « prise de décision partagée » (Charles, Gafni et Wheland, 1997; Stevenson & al., 2000). Ce mouvement s'inscrit dans la redéfinition du rôle du médecin où on attend de lui (Bertakis, Roter et Putnam, 1991) qu'il agisse sur le style de vie des patients.

Jusqu'à présent, plusieurs méthodes ont été utilisées pour étudier la consultation médicale : des analyses de contenu (Parrot, 1994; Scherwitz & al., 1985), des analyses de l'interaction (Roter, 1993; Sleath & al., 1999; Wolraich & al., 1986), des analyses de type sociologique (Gabe, 1990), phénoménologique (Hellstrom, 1998), sociolinguistique (Tannen, 1993), ethnographique et microanalytique (Frankel, 1989, 1995). Mentionnons aussi l'usage de questionnaires (Svarstad, 1974; Svarstad, Chewing, Sleath et Claesson, 1999) ou une combinaison des différentes approches (Makoul & al., 1995). D'ailleurs Boon et Stewart (1998) ont, de leur côté, répertorié 44 instruments différents pour étudier l'interaction médecin-patient. Il y a donc une grande abondance de méthodologies pour étudier la consultation médicale. Cependant, aucune de ces méthodes ne couvre de manière extensive et systématique la problématique du discours sur la médication. Callahan et Bertakis (1991) soulignent que le défaut de la plupart de ces méthodes est de ne pas accorder assez d'attention aux contenus échangés.

De plus, les études observationnelles à propos du discours sur la médication sont peu nombreuses (Cockburn et Pit, 1997; Heat, 1980; Raynes, 1979; Sleath & al., 1997, 1999; Stevenson & al., 2000; Todd, 1993). Ces études permettent une analyse de l'interaction et des contenus génériques qui sous-tendent la consultation. Elles restent toutefois limitées pour ce qui est de la richesse des détails relevés à propos des contenus spécifiques échangés sur la médication.

Nous proposons donc MEDICODE, une méthode qui vise à donner une prépondérance à la description des contenus échangés à propos de la médication. Pour le développement de cet outil, d'une part, nous nous sommes inspiré des travaux de Roter (1976), Stiles et Putnam (1992),

Scherwitz & al. (1985) et Wolraich & al. (1986) et, d'autre part, nous avons été conseillé par un panel d'experts.

L'objectif principal de l'outil MEDICODE est de décrire la quantité, la variété et la qualité des contenus échangés lorsque l'on discute de médication au cours d'une entrevue médicale. Nous avons comme objectif secondaire de décrire qui prend l'initiative des propos sur la médication. Notre étude est un effort d'observation et de description du discours de médication.

Données sur la fidélité et la validité des instruments

Boon et Stewart (1998) ont comparé 44 instruments d'analyse de la communication médecin-patient qui ont fait l'objet de publications entre 1986 et 1996. Seulement 15 d'entre eux auraient été validés. Près de la moitié (21) n'ont été utilisés que dans une seule étude publiée. Les auteurs ont relevé des résultats sur la fidélité inter-codeurs (la mesure de fidélité la plus communément réalisée) pour plus de la moitié de ces instruments. Les résultats sur la fidélité inter-codeurs sont généralement bons, variant par exemple de 0,58 à 0,99 (moyenne de 0,85) pour l'ensemble des 34 catégories d'un système d'analyse de l'interaction comme le *Roter Interaction Analysis System (RIAS)* (Roter, 1995; Roter et Larson, 2002) ou de 0,7 à 1,0 pour les 24 items d'une grille de vérification comme le *Communication and Decision-Making Checklist* utilisé par Makoui & al. (1995). Très peu d'études ont évalué par ailleurs la fidélité test-retest, une mesure de la stabilité temporelle du codage. Parmi les quelques résultats rapportés pour la fidélité test-retest, on peut retenir par exemple qu'elle varie de 0,81 à 0,96 pour les 12 catégories du système d'analyse de l'interaction de Bales (Bales, 1950) et qu'elle est de 0,69 pour le *Profile of Non Verbal Sensitivity* (Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers et Archer, 1979).

Aucune donnée n'est rapportée à cet égard pour les instruments du type grilles de vérification (Makoul & al., 1995).

Plusieurs de ces 44 instruments ont montré une certaine validité prédictive, habituellement avec une mesure de satisfaction des patients. Très peu, cependant, ont été comparés à d'autres instruments et, lorsque cette donnée sur la validité de convergence est disponible, dans la plupart des cas, on a observé de faibles corrélations. C'est RIAS qui obtient les corrélations les plus élevées, entre autres avec le système de Bales et le *Medical Communication Behavior System* (Wolraich & al., 1986). On a également déjà noté, par rapport au système de Bales ou du *Verbal Response Mode (VRM)* de Stiles (1990) de plus fortes corrélations entre les mesures de RIAS et des mesures de résultats comme le rappel d'information et l'observance chez les patients.

Dans le but de situer la grille MEDICODE relativement à ces standards, nous avons procédé à l'évaluation de sa fidélité et sa validité. Nous allons présenter dans cet article les coefficients d'accord inter-codeurs et de fidélité test-retest des différentes catégories de contenu de la grille. Nous allons également analyser le degré de convergence entre RIAS et MEDICODE et ainsi combler l'une des lacunes identifiées par Boon et Stewart (1998) dans leur révision des méthodes d'analyse de la communication. Enfin, nous allons procéder à l'évaluation de sa validité prédictive en le comparant à des mesures de satisfaction des patients.

Grille de codage du discours sur les médicaments : MEDICODE

La grille MEDICODE est essentiellement un outil descriptif, dédié à l'analyse du contenu du discours portant sur la médication dans le contexte

de consultations médicales en milieu naturel. La méthode convient bien à des entrevues enregistrées en format audio ou vidéo. Elle ne nécessite pas de transcription verbatim.

Structure générale de l'outil

La grille de codage MEDICODE a été développée avec l'aide d'un groupe de spécialistes formé de psychologues, de médecins pratiquant en gériatrie et en médecine générale, et de pharmaciens. Les catégories thématiques ont été définies à partir de l'avis de ce comité d'experts, des lignes directrices du National Council on Patient Information and Education (2000) et de la révision des recherches déjà publiées portant sur la discussion des médicaments durant les consultations médicales et sur l'observance (Coombs & al., 1995; Haynes, 2001; Leventhal et Cameron, 1987). La version finale des définitions des catégories, incluse dans le cahier de codification présenté à l'Annexe I, résulte des discussions de l'équipe des concepteurs et de l'équipe des codeurs lors de leur entraînement et du prétest de l'instrument.

Cet outil est constitué de trois modules :

- 1- Le(s) problème(s) : ce module sert à décrire les propos tenus sur le ou les problèmes de santé pour lesquels il y a eu discussion relative à au moins un médicament; le module prévoit une fiche par problème et peut cumuler autant de fiches qu'il y a de problèmes en rapport avec lesquels un ou des médicaments sont discutés.

- 2- Le(s) médicament(s) : c'est le module le plus développé de l'outil. Les auteurs ont tenté d'y consigner l'ensemble des comportements verbaux associés à la discussion de la médication; ce module prévoit une fiche par médicament et peut cumuler autant de fiches qu'il y a de médicaments différents abordés dans l'entrevue.
- 3- Le sommaire : ce module sert à donner une vue d'ensemble de l'entrevue en faisant ressortir une impression générale de quelques aspects de l'entrevue, le sommaire prévoit une seule fiche par entrevue (voir Annexe I pour le manuel complet de codification).

Stratégie de codage

Le codeur écoute l'enregistrement de l'entrevue. Dès la première fois qu'un médicament est abordé, il ouvre une fiche pour ce médicament spécifique. Tout au long de l'entrevue, il note verbatim la ou les appellation(s) du médicament de la part du médecin et du patient. Il note également le(s) problème(s) de santé discuté(s) en rapport avec le médicament. Lorsqu'un problème de santé est décrit dans l'entrevue, le codeur détaille une fiche pour ce problème, incluant d'emblée son ou ses appellation(s) et son association avec un ou des médicament(s). Tant que l'écoute de l'entrevue n'est pas terminée, le codeur utilise l'ensemble des informations pertinentes dans l'entrevue pour compléter ses fiches « Médicament » et « Problème ».

Pour chacun des propos tenus sur la médication ou sur le problème de santé, le codeur repère dans le module correspondant un descripteur thématique approprié. Une fois le thème repéré, le codeur en marque la présence (une mesure de présence de discours) dans l'entrevue en y

indiquant qui a initié les propos sur ce thème (une mesure de participation au discours). Selon les cas, il évalue ensuite la qualité du discours tenu sur le thème par le médecin et le patient selon trois échelles : le degré d'élaboration des propos, leur structure et la précision du vocabulaire employé.

Lorsque l'entrevue est terminée, le codeur remplit une fiche « sommaire » qui consiste en une appréciation globale de l'entrevue.

Variables du module « Médicament(s) »

Dans cet article, nous allons exposer uniquement les variables du module Médicament(s) et présenter les résultats des analyses de fidélité et de validité.

Variables de classification des médicaments

Nom et classe des médicaments. Le codeur note comment le patient et le médecin nomment le médicament. À posteriori, chaque médicament se voit attribuer une classe de médicaments inspirée des catégories du Guide des médicaments du Gouvernement du Québec (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2000). Nous retrouvons au Tableau 1 la liste des classes médicamenteuses. À l'intérieur des classes, lorsque pertinent, les médicaments ont aussi été subdivisés en médicaments disponibles sur ordonnance seulement ou en vente libre.

Statut. Le comité d'experts consulté était d'avis que l'on aborde un médicament de façon différente en fonction de l'évolution du problème et

Tableau 1

Liste des classes de médicaments et leur fréquence

	Fréquence %
Cardio-vasculaires	16,1 %
Hormones féminines	9,1 %
Anti-infectieux	6,7 %
AINS (ordonnance)	6,5 %
Analgésiques/relaxants musculaires (vente libre)	5,7 %
Psychotropes	5,6 %
MPOC/ asthme	5,5 %
Vitamines/suppléments minéraux	5,4 %
Anti-inflammatoires (vente libre)	5,3 %
Toux/antihistaminiques/ Décongestionnants (vente libre)	5,2 %
Gastro-intestinaux	4,1 %
Substituts hormonaux	4,0 %
Peau et muqueuses (ordonnance)	3,8 %
Peau et muqueuses (vente libre)	3,8 %
Analgésiques/relaxants musculaires (ordonnance)	3,5 %
Gastro-intestinaux (vente libre)	3,3 %
Autres Rx	1,7 %
Cortisone par injection	1,3 %
Divers (vente libre)	1,1 %
Analgésiques topiques (vente libre)	0,4 %
Toux/antihistaminiques	0,4 %

Source : RAMQ

de son traitement. Ainsi, si un médecin en est à renouveler la prescription d'un médicament connu par le patient, il est probable qu'il ne tienne pas les mêmes propos que s'il s'agit d'un nouveau médicament pour le patient. C'est cette conviction qui nous a conduit à considérer le statut du médicament dans l'entrevue. Nous avons d'abord défini 12 statuts possibles pour les médicaments. Ces statuts varient en fonction de trois usages possibles pour un médicament : ancien (un médicament qui a déjà été consommé par le patient, mais qui n'est plus), nouveau (un médicament que le patient n'a jamais consommé) ou actif (un médicament que le patient consomme actuellement). Chacun de ces attributs de consommation des médicaments peut faire l'objet de l'une ou l'autre des quatre orientations possibles du discours : simplement discuté, essentiellement conseillé (ou reconseillé), prescrit (ou represcrit) ou déconseillé (ou exclu).

Thématiques

Nous avons distribué les propos relatifs à la médication sous quatre grandes catégories thématiques : (1) Connaissances générales, (2) Connaissance du médicament, (3) Discussion de prescription et (4) Effets du médicament. Le Tableau 2 affiche la liste des thématiques pour les médicaments en fonction de ces grandes catégories. On compte 45 variables qui réfèrent chacune à un thème de discussion différent (comme le nom du médicament, sa classe, ses solutions de rechange, etc.). La codification de ces variables permet de générer trois types de mesure : présence/absence de discours sur le thème, participation au discours sur le même thème et qualité du discours des participants sur ce thème. Pratiquement toutes les variables thématiques font l'objet d'une mesure de participation. De même, à l'exception des variables de la catégorie thématique « Informations générales », la majorité des variables font l'objet

Tableau 2

Liste des thématiques selon quatre catégories générales

Variables	
<p><i>1- Informations générales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicament nommé ▪ Classe nommée ▪ Médication alternative abordée ▪ Questions de consommation ▪ Patient questionne médecin sur le médicament ▪ Médicament abordé pour renouvellement ▪ Médicament abordé comme alternative ▪ Médicament abordé comme nouveau ▪ Médecin demande l'avis du patient sur le médicament ▪ Attitudes vis-à-vis le médicament ▪ Doute de l'effet du médicament ▪ Inquiétudes vis-à-vis le médicament ▪ Objections vis-à-vis le médicament ▪ Puissance du médicament <p><i>2- Connaissances du médicament</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Action du médicament ▪ Valeur du médicament, études/données probantes ▪ Effet prévu sur les symptômes 1 ▪ Délai de l'effet attendu ▪ Effets indésirables possibles du médicament ▪ Effet indésirable possible #1 ▪ Effet indésirable possible #2 ▪ Interactions du médicament ▪ Contre-indications au médicament ▪ Médecin demande si allergies/intolérance au médicament 	<p><i>3- Discussion de prescription</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin demande l'engagement du Patient ▪ Coût du médicament ▪ Présentation du médicament ▪ Raisons favorables à la prise du médicament ▪ Raisons défavorables à la prise du médicament ▪ Questions d'usage ▪ Questions de gestion ▪ Médecin recommande le médicament au besoin seulement ▪ Instructions pour le médicament (posologie) ▪ Ajustement de la posologie ▪ Durée du traitement ▪ Médecin questionne observance du médicament Rx ▪ Difficultés d'observance ▪ Solutions pour observance ▪ Conséquences de la non-observance <p><i>4- Effets du médicament</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effets observés sur symptômes ▪ Contrôle du problème ▪ Effets Indésirables observés ▪ Effet indésirable observé #1 ▪ Effet indésirable observé #2 ▪ Indication de reconsultation

de mesures de qualité du discours. Les mesures de participation ainsi que les mesures de qualité du discours ne seront pas examinées ici.

Méthodologie

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique et de la recherche de l'hôpital Cité de la Santé de Laval.

Échantillon

La grille MEDICODE a été appliquée à un échantillon de 462 entrevues qui ont été sélectionnées à partir d'une banque d'enregistrements audio de 1011 entrevues médicales entre médecins généralistes et leurs patients de 15 cliniques de médecine générale de la grande région de Montréal. Ces entrevues ont été enregistrées entre 1996 et 1997 dans le cadre d'une étude sur le rôle de la communication médecin-patient dans la détection de la détresse psychologique par les médecins généralistes (Rosenberg, Lussier, Beaudoin, Kirmayer et Galbaud-Dufort, 2002). Les enregistrements ont été faits durant le cours normal des activités cliniques. La durée moyenne des entrevues était de 17 minutes.

Caractéristiques des médecins participants

Au nombre de 40, les médecins, 17 femmes (42,5%) et 23 hommes (57,5%), se partagent les 462 entrevues incluses dans cette étude. Ainsi, en moyenne, chaque médecin a contribué à 11,6 entrevues. L'âge moyen des médecins est de 39,4 ans (de 26 à 51 ans) et ils présentent, en moyenne, 14,5 années de pratique. Il s'agit de médecins généralistes d'expérience, exerçant en cabinet.

Caractéristiques des patients participants

Les femmes et les hommes représentent respectivement 65,4% et 34,6% de l'échantillon. La moyenne d'âge des patients (assez élevée) est de 52,4 ans (de 18 à 94 ans) à cause de la sur-représentation volontaire du groupe des 60 ans et plus. Les patients avec GHQ positif sont sur-représentés. Cette stratégie vise à maximiser le nombre de médicaments par entrevue. Près de 50 % de l'échantillon déclare avoir un diplôme de niveau technique/collégial ou supérieur. Les entrevues étaient effectuées dans un contexte de rendez-vous dans 78 % des cas et les patients étaient majoritairement (84 %) connus du médecin.

Matériel, instruments et mesures

Dans l'étude originale, outre les enregistrements audio des consultations, les patients complétaient un questionnaire pré-visite et deux questionnaires post-visite, dont le *Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)* (Wolf, Putnam, James et Stiles, 1978), un questionnaire auto-administré mesurant la satisfaction par rapport aux soins reçus.

Analyses des entrevues : MEDICODE et RIAS

Comme nous ne disposons pas d'un « étalon d'or » auquel comparer MEDICODE, nous avons choisi une stratégie alternative pour opérer une première tentative de validation de cet instrument. Essentiellement, nous avons procédé à une analyse de la validité de convergence en comparant MEDICODE à RIAS. Les codeurs ont appliqué au matériel audio les codes respectifs de chaque méthode.

Il existe quelques systèmes de codification des entrevues médicales qui sont reconnus et validés. Parmi ceux-là, le RIAS, comme nous l'avons vu plus haut, est probablement celui qui a été le plus utilisé et ce, autant

dans des environnements culturels distincts que dans des contextes différents de soins (Roter et Larson, 2002). RIAS permet une codification fine et précise des interactions entre médecins et patients puisque l'analyse s'effectue au niveau de l'énoncé, c'est-à-dire du plus petit regroupement de mots auquel un code peut être attribué. L'interaction primant sur le contenu, les codes pour décrire le contenu des échanges sont assez larges, comme par exemple « donne de l'information » ou « conseille » par rapport à la condition médicale ou l'approche thérapeutique, qui nécessiteraient une description plus précise. Ainsi, par rapport à la médication, les catégories de Roter sont trop générales. Pour pallier cette difficulté, nous avons utilisé une stratégie que Roter elle-même reconnaît comme l'une des adaptations possibles de son outil (Roter et Larson, 2002), à savoir l'ajout de sous-catégories aux catégories de base.

Sans modifier la structure de base de RIAS, nous y avons ajouté des spécificateurs, inspirés des thématiques de MEDICODE, aux catégories originales de RIAS. Ainsi, par exemple, un énoncé codifié « Donne information thérapie » dans RIAS devient « Donne information thérapie-posologie » dans RIAS-modifié. Cette façon de faire, tout en conservant la démarche originale de RIAS, permet d'y associer les catégories spécifiques sur le médicament de MEDICODE. C'est cette stratégie qui a permis une validation de convergence de notre instrument. Ainsi, pour chaque énoncé nous avons les codes originaux de RIAS et une sélection des catégories MEDICODE (voir Tableau 3). Les noms des catégories RIAS peuvent différer légèrement de ceux de MEDICODE, car nous avons combiné certaines catégories afin ne pas alourdir indûment le travail de codification avec RIAS. La description, selon cette méthode de RIAS-modifiée, permet donc d'avoir une description plus précise, au niveau de l'énoncé et non plus au niveau du médicament, des échanges portant sur les médicaments.

Tableau 3

Correspondance des catégories thématiques issues de MEDICODE qui ont été incluses dans RIAS-modifié avec leur numérotation respective

Catégories thématiques de MEDICODE		Catégories thématiques de RIAS-modifié	
Num.*	Thème	Num.*	Thème
21	Coût du médicament	8	Coût du médicament
27a, 27b +28	Instruction ou ajustement pour médicament et durée du traitement	24	Posologie de la prescription
5a	Médicament abordé pour le renouvellement	2	Renouvellement de la prescription
10d	Objections vis-à-vis le médicament	18	Objection à l'égard du médicament
30,31	Effet principal observé et contrôle du problème	12	Effet principal observé du médicament
29a, 29d +11	Observance : différences, solutions, conséquences et MD demande engagement Pt	23	Observance de la prescription
18	Intéractions du médicament	19	Intéractions du médicament
14	Action du médicament	3	Action du médicament
5c	Médicament proposé comme nouvelle prescription	1	Prescription du médicament
10e	Puissance du médicament	26	Puissance du médicament
32	Effets indésirables, observance du médicament	14	Effet secondaire observé du médicament
17	Effets indésirables possibles du médicament	13	Effet secondaire anticipé du médicament
25	Questions de gestion	16	Gestion de la prise du médicament
4	Médicament : alternative abordée	4	Alternative au médicament
13	Valeur du médicament étud./évid.	27	Valeur du médicament
15-16	Effets prévus et délai	11	Effet principal anticipé du médicament
19-20	Contre-indications au médicament et MD demande si allerg./intol. Médicament	7	Contre-indication au médicament
10c	Inquiétudes vs le médicament	17	Inquiétude à l'égard du médicament
17.1f, 3.2.1f	Effets ind. cons./précau.	25	Précaution à l'égard du médicament
2, 3, 22	Nom, classe et présent.	22	Nom et présentation du médicament
23	Raisons prescr. ou exclusion	20	Motif de la presc./excl. du médicament
12	Engagement du Pt vs médicament	15	Engagement du Pt vs prescription
6, 24, 26	Q consomm. ou usage	6	Consommation/usage du médicament
10a	Attitudes vs le médicament	5	Appréciation du médicament
10b	Doute de l'effet du médicament	10	Doute à l'égard du médicament
3	Classe nommée	21	Nature du médicament

*numérotation originale dans chacun des outils

Procédure d'entraînement des codeurs sur RIAS et MEDICODE

Étape préliminaire

Nous avons d'abord traduit en français le cahier de codification de RIAS et nous avons conçu un logiciel de codification. Nous avons par la suite procédé à l'entraînement, sur une période d'environ un mois, d'une personne parfaitement bilingue (français et anglais) à l'aide du cahier de codification français. Cette dernière a procédé à la codification de cinq entrevues en anglais. Ces mêmes entrevues ont été acheminées au laboratoire de D. Roter qui a procédé à la codification de façon indépendante. Nous avons comparé, de façon qualitative, car le nombre d'entrevues était trop restreint pour procéder à des comparaisons quantitatives, la codification faite par notre codeuse avec celle faite par l'équipe de Roter. Nous avons discuté et résolu les quelques divergences identifiées à la satisfaction de l'équipe de Roter. Nous avons ajusté la traduction française du cahier de codification en conformité avec nos discussions.

Formation des codeurs

Dans le cadre de cette recherche, quatre codeurs, tous des diplômés de linguistique, ont d'abord été formés à l'utilisation de la grille RIAS. Ces mêmes codeurs ont ensuite été entraînés à l'utilisation de la grille MEDICODE. Le temps requis pour atteindre un niveau de performance satisfaisant a été d'environ quatre semaines pour chacun des deux instruments. Durant la période de formation, le codage des bandes audio de chacun des codeurs était révisé de façon individuelle avec le responsable, et des réunions régulières de l'équipe des codeurs permettaient la discussion et la résolution de problèmes de codage.

C'est à la suite de cet entraînement intensif que les codeurs pouvaient commencer à utiliser le RIAS-modifié. Pour chaque codeur, la séquence de codification des entrevues était la suivante : il codifiait d'abord quatre entrevues avec MEDICODE, ensuite il reprenait la codification des entrevues avec le RIAS-modifié, selon l'ordre illustré à la Figure 1. Cette procédure permet de réduire la contamination de RIAS-modifié par MEDICODE.

Entrevues	1	2	3	4	5	6	7	8...
MEDICODE	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrevues				1	2	3	4	5...
RIAS-modifié				X	X	X	X	X

Figure 1. Séquence de codification des entrevues selon MEDICODE et RIAS-modifié.

Étude de l'entrevue en fonction des médicaments ou étude du discours sur différents types de médicament

Unité d'analyse

Dans cette recherche, nous avons choisi le médicament (regroupé en classe) comme unité d'analyse, le comité d'experts étant d'avis que le discours à propos d'un médicament devrait davantage varier en fonction des caractéristiques du médicament discuté que du type d'entrevue ou de la personne du médecin. Le contexte de soins, le style du médecin, les caractéristiques des patients sont néanmoins des variables à contrôler.

Analyses de l'application de MEDICODE et de RIAS-modifié

Analyses

L'analyse psychométrique de MEDICODE comporte plusieurs types d'analyse : (1) l'analyse des taux d'accord inter-codeurs, (2) l'analyse de la fidélité (test-retest) des mesures, (3) l'analyse de la convergence des données obtenues par les deux instruments utilisés et (4) la capacité prédictive en rapport avec la satisfaction des patients en ce qui concerne les informations relatives à leur traitement.

Les indicateurs d'accord suivants ont été utilisés pour faire les comparaisons : le pourcentage d'accord, l'indice kappa et le coefficient de corrélation de Pearson. Le seuil de signification a été fixé à 0,05 pour toutes les analyses.

MEDICODE : accord inter-codeurs et fidélité test-retest (codage-recodage)

Fichiers pour les analyses MEDICODE

Voici d'abord quelques données descriptives. Pour l'évaluation de l'accord inter-codeurs, 12,3 % des 462 entrevues de l'échantillon ou 13,6 % des 1735 médicaments ont été codés par deux codeurs distincts : un codeur (#1) a codé toutes les entrevues évaluées, deux autres codeurs (#2 et #4) se partageant respectivement 80 % et 20 % de ces mêmes entrevues. Nous avons choisi de considérer les codeurs #2 et #4 comme

un seul et même codeur étant donné le nombre restreint d'entrevues codées par le codeur #4.

Pour l'analyse de la fidélité test-retest (codage-recodage), on compte 7,6 % des entrevues de l'échantillon ou 10,9 % des médicaments codés à deux reprises par le même codeur. Le travail du codeur #1 compte pour 11,4 % des entrevues du fichier, celui du codeur #2 pour 40 % et celui du codeur #4 pour 48,6 %.

Analyses sur la mesure présence/absence de codage MEDICODE pour les variables de classification des médicaments

Identification des médicaments. Nous avons d'abord analysé l'accord inter-codeurs sur l'ouverture d'une fiche MEDICODE pour un médicament. Nous avons comparé la performance des codeurs entre eux, sur la base de l'entrevue, en fonction de la présence ou de l'absence de la classe de médicament. Les classes apparaissent selon leur fréquence d'occurrence de la classe, de la plus fréquente à la moins fréquente. Sur cette base, la performance des codeurs est excellente. L'indice kappa nous indique qu'il y a plus de difficultés avec les classes « Analgésiques et relaxants musculaires » ($k = 0,77$), « Vitamines et suppléments de minéraux » ($k = 0,47$), « Toux, anti-histaminiques et décongestionnants » ($k = 0,77$). Il ne semble pas y avoir de liens entre la difficulté d'atteindre un excellent taux d'accord et la fréquence d'apparition de ces catégories de médicaments.

Dans les Tableaux 4, 5, 6 et 7, les fréquences sont celles obtenues lors de la codification avec MEDICODE qui permet de faire un décompte par médicament contrairement à RIAS. Quelques catégories n'ont pas été incluses, c'est pourquoi le total n'arrive pas exactement à 100 %.

Tableau 4

Fréquence et taux d'accord inter-codeurs (pourcentage d'accord et indice kappa) sur la mesure de présence dans le discours des médicaments (par consultation n=37 et par classe) dans MEDICODE

	Pourcentage d'accord	Kappa	Fréquence d'occurrence (%)
Cardio-vasculaires	97,3	0,91*	16,1
Hormones féminines	97,3	0,94*	9,1
Anti-infectieux	94,6	0,83*	6,7
Anti-inflammatoires (ordonnance)	94,6	0,87*	6,5
Analgésiques/relaxants musculaires (vente libre)	94,6	0,86*	5,7
Psychotropes	100,0	1,00*	5,6
MPOC/ asthme	100,0	1,00*	5,5
Vitamines/supplément minéraux (vente libre)	94,6	0,48*	5,4
Anti-inflammatoires (vente libre)	100,0	1,00*	5,3
Toux/Antihistaminique/	94,6	0,77*	5,2
Décongestionnants (vente libre)			
Gastro-intestinaux (ordonnance)	100,0	1,00*	4,1
Substituts hormonaux	100,0	1,00*	4,0
Peau muqueuses (ordonnance)	100,0	1,00*	3,8
Peau muqueuses (vente libre)	100,0	1,00*	3,8
Analgésiques/relaxants musculaires (ordonnance)	94,6	0,77*	3,5
Gastro-intestinaux (vente libre)	100,0	1,00*	3,3
Autres Rx (ordonnance)	100,0	1,00*	1,7
Cortisone par injection	100,0	1,00*	1,3
Divers Rx (vente libre)	91,9	0,79*	1,1
Cortisone orale	97,3	-	0,7
Toux/Antihistaminiques/ Décongestionnar (ordonnance)	97,3	-	0,4
Analgésiques topiques (vente libre)	100,0	1,00*	0,4

* p<,001

Nous comparons maintenant la stabilité, dans le temps, des codeurs. La performance des codeurs est comparée à elle-même, sur la base de l'entrevue, en fonction de la présence ou de l'absence de la classe de médicament. La performance des codeurs est excellente pour toutes les catégories à l'exception de la classe « Psychotropes ». L'indice kappa de 0,76 indique une légère difficulté avec cette classe bien que la valeur reste fort acceptable.

Statut du médicament. Parmi les 12 statuts de médicament initialement définis, plusieurs étaient très peu fréquents. En regroupant les catégories initiales, nous avons donc redéfini les 12 statuts de départ en cinq statuts cliniquement pertinents, soit les nouveaux discutés, nouveaux prescrits, actifs ou anciens discutés, actifs ou anciens represcrits et les déconseillés ou exclus.

La convergence des codeurs (fidélité inter-codeurs) sur le statut du médicament, pour chacun des médicaments, est bonne : on obtient un pourcentage d'accord de 78 % et une valeur kappa de 0,68 ($p < 0,001$).

De même, la stabilité des codeurs dans le temps sur le statut du médicament est très bonne : on obtient un pourcentage d'accord de 87 % et une valeur kappa de 0,81 ($p < 0,001$).

Ainsi, pouvons-nous affirmer que les codeurs atteignent un niveau d'accord fort intéressant sur cette dimension originale de MEDICODE.

Tableau 5

Fréquence et fidélité test-retest (pourcentage d'accord et kappa) sur la mesure de présence dans le discours des médicaments (par consultation n=35 et par classe) dans MEDICODE

	Pourcentage d'accord (%)	Kappa	Fréquence d'occurrence (%)
Cardio-vasculaires	97,1	0,94*	16,1
Hormones féminines	97,1	0,94*	9,1
Anti-infectieux	100	1,00*	6,7
Anti-inflammatoires (ordonnance)	97,1	0,94*	6,5
Analgésiques/relaxants musculaires (vente libre)	100	1,00*	5,7
Psychotropes	94,3	0,77*	5,6
MPOC/ asthme	100	1,00*	5,5
Vitamines/suppléments minéraux (vente libre)	100	1,00*	5,4
Anti-inflammatoires (vente libre)	100	1,00*	5,3
Toux/Antihistaminiques/ Décongestionnants (vente libre)	100	1,00*	5,2
Gastro-intestinaux (ordonnance)	97,1	0,87*	4,1
Substituts hormonaux	100	1,00*	4,0
Peau et muqueuses (ordonnance)	100	1,00*	3,8
Peau et muqueuses (vente libre)	100	1,00*	3,8
Analgésiques/relaxants musculaires (ordonnance)	100	1,00*	3,5
Gastro-intestinaux (vente libre)	100	1,00*	3,3
Autres Rx (ordonnance)	100	1,00*	1,7
Cortisone par injection	100	1,00*	1,3
Divers Rx (vente libre)	97,1	0,87*	1,1
Cortisone orale	100	-	0,7
Toux/Antihistaminiques/ Décongestionnants (ordonnance)	100	1,00*	0,4
Analgésiques topiques (vente libre)	100	1,00*	0,4

* p<,001

Analyses sur la mesure de présence/absence de discours sur les variables thématiques de MEDICODE

Le Tableau 5 rapporte les données sur l'accord inter-codeurs et la fidélité test-retest pour les thématiques qui sont regroupées sous quatre catégories thématiques générales. Considérons d'abord les pourcentages d'accord. Les pourcentages d'accord inter-codeurs sur les mesures de présence/absence de discours relatif aux variables thématiques de MEDICODE sont généralement supérieurs à 80 % (pour 42 mesures sur 45 dont 29 à un taux d'accord supérieur à 90 %). Pour les trois variables dont le taux de convergence des codeurs est inférieur à 80 %, on retrouve le discours sur la consommation du médicament, l'usage du médicament et les raisons favorables à l'usage du médicament (respectivement un accord inter-codeurs de 49 %, 75 % et 79 %). Les taux de fidélité dans le temps des codeurs sur les variables thématiques sont également excellents : 43 mesures sur les 45 atteignent un pourcentage d'accord d'au moins 90 %, les deux taux inférieurs se rangeant tout de même dans les 80 %. Le pourcentage d'accord le plus faible (83 %) touche à nouveau le thème de la consommation du médicament.

Lorsque l'accord inter-codeurs est évalué au moyen de l'indice kappa, le profil des thématiques diffère. Sur les 45 thématiques, neuf valeurs n'ont pu être calculées, parce qu'au moins une des mesures était constante : dans cinq cas sur ces neuf, le pourcentage d'accord est parfait et, dans les quatre autres cas, il est de 97 % ou supérieur. Des 36 valeurs kappa calculées, 33 sont significatives. De celles-ci, deux sont considérées excellentes ($k > 0,75$). Il s'agit des thématiques « Médicament nommé » ($k = 0,79$) et « Effets indésirables possibles » ($k = 0,80$). Les valeurs kappa considérées acceptables à bonnes, soit un kappa variant de 0,4 à 0,75, sont au nombre de 17. Cinq sont à la marge d'être considérées acceptables ($k = 0,39$) et 12 affichent un kappa de moins de 0,40, indiquant

Tableau 6

Fréquence et accord inter-codeurs et fidélité test-retest sur la mesure de présence dans le discours des thématiques du module « Médicament(s) » de MEDICODE

Variables thématiques	Sur les catégories		
	Abs.disc./Prés.disc.		
	Accord inter-codeurs Taux (kappa)	Fidélité test-retest Taux (kappa)	Fréquence d'occurrence
<i>Statuts</i>	78 % (K=,68 *)	87 % (K=,81 *)	
<i>1- Informations générales</i>			
Médicament nommé	92 % (K=,79 *)	95 % (K=,86 *)	71.0 %
Classe nommée	86 % (K=,67 *)	92 % (K=,78 *)	19.7 %
Médication alternative abordée	86 % (K=,57 *)	94 % (K=,71 *)	12.6 %
Questions de consommation	49 % (K=,11 *)	83 % (K=,66 *)	56.0 %
Patient questionne médecin sur le médicament	82 % (K=,20 *)	88 % (K=,57 *)	13.0 %
Médicament abordé pour represcription	85 % (K=,60 *)	96 % (K=,86 *)	21.1 %
Médicament abordé comme alternative	86 % (K=,33 *)	97 % (K=,69 *)	7.4 %
Médicament abordé comme nouveau	85 % (K=,53 *)	93 % (K=,76 *)	16.5 %
Médecin demande l'avis du patient sur Rx	98 % (K=,01 ns)	98 % (K=,01 ns)	1.4 %
Attitudes vis-à-vis le médicament	94 % (K=,20 *)	96 % (K=,61 *)	5.9 %
Doute de l'effet du médicament	97 % (K=,.....)	96 % (K=,51 *)	4.6 %
Inquiétudes vis-à-vis le médicament	97 % (K=,39 *)	96 % (K=,57 *)	3.3 %
Objections versus le médicament	96 % (K=,31 *)	94 % (K=,50 *)	5.3 %
Puissance du médicament	97 % (K=,39 *)	99 % (K=,88 *)	5.2 %
<i>2- Connaissances du médicament</i>			
Action du médicament	98 % (K=,.....)	96 % (K=,77 *)	7.1 %
Valeur du médicament études/données probantes	89 % (K=,27 *)	97 % (K=,43 *)	4.3 %
Effet prévu sur les symptômes ¹	86 % (K=,50 *)	91 % (K=,31 *)	13.3 %
Délai de l'effet attendu	94 % (K=,47 *)	99 % (K=,66 *)	3.1 %
Effets indésirables possibles du Rx	92 % (K=,56 *)	94 % (K=,65 *)	8.0 %
Effet indésirable possible 1	92 % (K=,53 *)	94 % (K=,65 *)	7.7 %
Effet indésirable possible 2	99 % (K=,80 *)	100 % (K=1,0 *)	1.4 %
Interactions du médicament	97 % (K=,.....)	100 % (K=,.....)	1.3 %
Contre-indications au médicament	97 % (K=,56 *)	98 % (K=,39 *)	2.0 %
Médecin demande si allergies/intolérance au médicament	95 % (K=,26 *)	99 % (K=,66 *)	2.2 %

* $p < 0,05$.

Tableau 6 (suite)

Variables thématiques	Sur les catégories Abs.disc./Prés.disc.		
	Accord Taux (kappa)	Fidélité Taux (kappa)	Fréquence d'occurrence
<i>3- Discussion de prescription</i>			
Médecin demande l'engagement du patient	100 % (K=.....)	99 % (K=,49 *)	1,3 %
Coût du médicament	97 % (K=,39 *)	100 % (K=1,0 *)	4,8 %
Présentation du médicament	91 % (K=,46 *)	92 % (K=,64 *)	13,5 %
Raisons favorables à la prise du médicament	79 % (K=,22 *)	91 % (K=,62 *)	14,4 %
Raisons défavorables à la prise du médicament	94 % (K=,24 *)	94 % (K=,41 *)	6,5 %
Questions d'usage	75 % (K=,25 *)	90 % (K=,41 *)	13,0 %
Questions de gestion	100 % (K=.....)	97 % (K=,27 *)	0,7 %
Médecin recommande le médicament au besoin seul	89 % (K=,39 *)	95 % (K=,53 *)	4,7 %
Instructions pour le médicament (posologie)	87 % (K=,70 *)	93 % (K=,81 *)	31,0 %
Ajustement de la posologie			
Durée du traitement	97 % (K=,39 *)	99 % (K=,79 *)	5,2 %
Médecin questionne observance du médicament	94 % (K=,66 *)	98 % (K=,77 *)	8,2 %
Difficultés d'observance	100 % (K=.....)	98 % (K=,66 *)	1,4 %
Solutions pour observance	99 % (K=.....)	97 % (K=,01 ns)	2,1 %
Conséquences de non-observance	100 % (K=.....)	99 % (K=.....)	0,7 %
<i>4- Effets du médicament</i>			
Effets observés sur symptômes			
Contrôle du problème	84 % (K=,52 *)	92 % (K=,74 *)	21,2 %
Effets Indésirables observés	97 % (K=,01 ns)	99 % (K=,80 *)	2,5 %
Effet indésirable observé	84 % (K=,69 *)	95 % (K=,48 *)	8,9 %
Effet indésirable observé	84 % (K=,69 *)	95 % (K=,48 *)	8,4 %
Indication de reconsultation	98 % (K=,01 ns)	100 % (K=1,0 *)	1,2 %
	94 % (K=,66 *)	96 % (K=,61 *)	11,5 %

* $p < 0,05$

un accord faible. Les trois valeurs kappa non significatives affichent tout de même un pourcentage d'accord inter-codeurs de 97 % ou supérieur. Ces « désaccords » sont obtenus sur les variables suivantes : le discours relatif au contrôle du problème ($f = 2,5$ %), celui sur un deuxième effet indésirable observé ($f = 1,2$ %) et le fait que le médecin demande l'avis du patient sur le médicament ($f = 1,4$ %). Ce sont tous des thèmes avec une basse fréquence d'occurrence.

En ce qui a trait à la stabilité des codeurs dans le temps, trois valeurs sur 45, dont deux sur trois affichent une parfaite stabilité, n'ont pu être calculées. Il s'agit des thèmes suivants : « interactions »,

« solutions pour l'observance » et « conséquences de la non-observance ». L'indice kappa pour deux thèmes, malgré des pourcentages d'accord test-retest de 97 % et 98 %, n'atteint pas un niveau significatif. Il s'agit des variables suivantes : la discussion sur les difficultés d'observance et le fait que le médecin demande l'avis du patient sur le médicament. Des 43 valeurs kappa calculées, 41 sont significatives et 14 indiquent une excellente stabilité dans le temps ($k > 0,74$), 23 indiquent une bonne stabilité avec un kappa de 0,60 pour 12 thèmes et une stabilité acceptable pour 11 thèmes. Enfin, trois variables, « Effets prévus sur les symptômes », « Contre-indications » et « Question de gestion du médicament », présentent un kappa de moins de 0,40 indiquant une pauvre stabilité dans le temps.

MEDICODE et RIAS : Analyse de la convergence des deux méthodes

Nous allons également analyser le degré de convergence entre RIAS et MEDICODE et ainsi combler l'une des lacunes identifiées par Boon et Stewart (1998) dans leur révision des méthodes d'analyse de la communication. Enfin, nous allons procéder à l'évaluation de sa validité prédictive en le comparant à des mesures de satisfaction des patients.

La première stratégie que nous avons utilisée pour évaluer la validité de MEDICODE est de comparer MEDICODE à RIAS-modifié, une autre méthode reconnue de codification des entrevues. La stratégie que nous avons utilisée pour vérifier la validité de nos catégories a été d'utiliser les mêmes catégories dans deux contextes de codage différent. Si l'usage des catégories était le même dans l'un et l'autre contexte, nous avons alors un indice que nos codeurs comprennent bien le même contenu (tel que défini par nous) et que celui-ci peut être identifié de différentes manières (non liées à une méthode).

La deuxième stratégie que nous avons retenue pour évaluer la validité de MEDICODE est celle de comparer les résultats de codification du matériel d'entrevue avec MEDICODE avec des items (*The Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)*) portant sur la satisfaction du patient par rapport aux discussions des médicaments dans l'entrevue. Nous tentons ainsi d'établir une relation entre nos mesures de la communication au sujet des médicaments et la perception des patients. S'il y a convergence, nous pouvons croire que les contenus mesurés par la question et ceux mesurés par nos observations sont reliés et valides.

Validité de convergence à propos des classes de médicament

Nous avons analysé la convergence de MEDICODE et de RIAS-modifié au niveau des classes de médicament. La classe de médicament est la plus petite unité d'analyse dont nous disposons. Lors du codage, le codeur notait le médicament tel qu'il était mentionné dans l'entrevue soit par la classe (p. ex. : Anti-inflammatoire), le nom commercial (p. ex. : Naprosyn R), le nom générique (p. ex. : Naproxène) ou une description (p. ex. : la pilule bleue). Chaque appellation a d'abord été révisée, à l'aveugle, par l'une des membres du comité d'experts qui est médecin, puis la classe pharmacologique appropriée a été assignée à chaque médicament. Nous avons utilisé comme test de convergence un calcul du pourcentage d'accord et un kappa. L'accord entre les deux méthodes sur la présence des classes de médicament est très élevé tel que rapporté au Tableau 6. En moyenne, le taux d'accord est de 96,8 % et le kappa atteint 0,83.

Tableau 7

Validité de convergence (pourcentage d'accord et kappa) des mesures de présence des médicaments (par entrevue et par classe) entre le codage dans MEDICODE et celui dans RIAS-modifié et la fréquence

	Pourcentage d'accord	Kappa	Fréquence d'occurrence (%)
Cardio-vasculaires	96,7	0,86*	16,1
Hormones féminines	97,2	0,92*	9,1
Anti-infectieux	95,0	0,86*	6,7
AINS ordonnance	96,5	0,90*	6,5
Analgésiques/relaxants musc.	95,2	0,87*	5,7
VL			
Psychotropes	96,7	0,88*	5,6
MPOC/ asthme	98,5	0,93*	5,5
Vitamines/suppl. minéraux	94,0	0,77*	5,4
AINS VL	97,5	0,91*	5,3
Toux/ Antihist./ Décong. VL	94,7	0,79*	5,2
Gastro-intestinaux ordonnance	96,7	0,86*	4,1
Substituts hormonaux	99,3	0,97*	4,0
Peau muqueuses ordonnance	96,7	0,83*	3,8
Peau muqueuses VL	94,5	0,74*	3,8
Analgésiques/relaxants musc.	94,7	0,77*	3,5
Ordonnance			
Gastro-intestinaux VL	97,5	0,86*	3,3
Autres Rx	96,5	0,73*	1,7
Cortisone par injection	97,5	0,79*	1,3
Divers VL	98,5	0,76*	1,1
Cortisone orale	98,2	0,83*	0,7
Analgésiques topiques VL	99,8	0,89*	0,4
Toux/antihistaminiques ordonnance	98,7	0,54*	0,4
Toutes classes Rx	96,8	0,83*	99,2

* $p < 0,001$.

Validité de convergence de la capacité d'identifier la présence/absence de médicaments dans le discours entre MEDICODE et RIAS-modifié. Dans 3,2% des cas MEDICODE et RIAS ne s'entendent pas sur la présence d'une classe de médicament dans l'entrevue. Deux situations sont observées : RIAS identifie la présence d'un médicament et MEDICODE ne l'identifie pas ou inversement, MEDICODE identifie la présence d'un médicament et RIAS ne l'identifie pas, ce qui représente respectivement 77% et 23 % des désaccords. RIAS permet l'identification de la présence de médicament plus souvent que MEDICODE.

Une analyse plus approfondie nous permet de constater que les désaccords entre les deux méthodes sont plus fréquents dans les cas où le nombre d'énoncés identifiés avec RIAS est moins élevé. Plus le nombre d'énoncés associés au médicament est élevé dans la codification RIAS, meilleure est l'identification par MEDICODE. Nous observons une corrélation de Pearson positive significative de 0,24 ($p < 0,05$) entre la fréquence des énoncés et leur identification (plus les énoncés sont fréquents dans RIAS, plus les classes de médicaments ont des chances d'être identifiées par MEDICODE).

Les désaccords entre MEDICODE et RIAS se concentrent dans les cas des propos très brefs sur la médication (Figure 2). Ainsi, il ressort que RIAS, pour ce qui est des faibles fréquences d'énoncés, est un outil plus sensible que MEDICODE. Cependant la perte d'information est relativement mineure, soit d'environ 2 %.

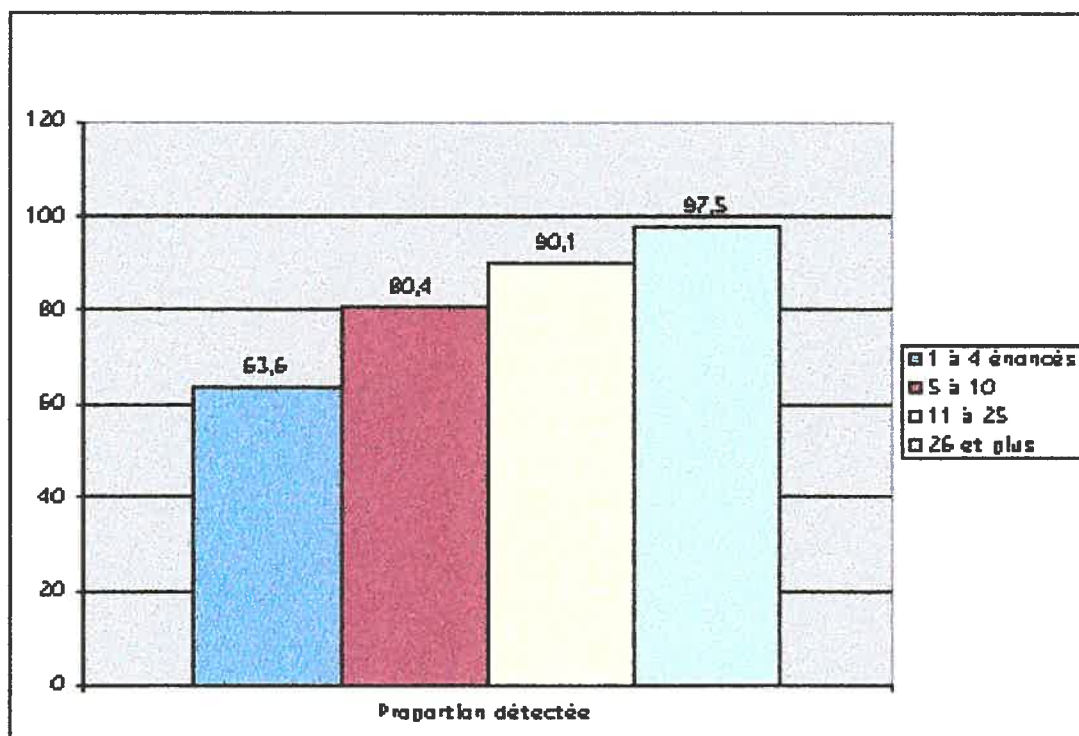


Figure 2. Comparaison de l'identification de la présence de médicament dans MEDICODE en fonction de la proportion des énoncés RIAS

Si on analyse les cas où il y a un désaccord entre MEDICODE et RIAS, malgré un nombre d'énoncés RIAS assez élevé (soit plus de 10 énoncés), on identifie deux sources possibles d'erreur. Une première source de désaccord potentiel renvoie au contexte du codage. Ainsi, dans la codification énoncé par énoncé de RIAS, le codeur peut nommer le médicament de deux manières dans une série d'énoncés. Par exemple, le médecin et le patient peuvent référer à l'hydrochlorothiazide dans un énoncé et à la pilule blanche pour la pression dans un autre subséquent. Au moment des analyses, comme on perd la séquentialisation des données, l'analyste ne peut pas attribuer la même catégorie au médicament. Ainsi, dans RIAS, il peut demeurer deux produits distincts après la recodification par l'analyste. Dans le contexte du codage avec MEDICODE, le codeur peut mettre ses deux appellations dans la même fiche si le contexte lui dit qu'il s'agit du même médicament. Enfin, une

seconde source possible de désaccord que nous avons identifiée correspondrait davantage à une difficulté pour les codeurs à identifier comme des médicaments certains produits disponibles en vente libre. Sur les 16 médicaments ayant plus de 10 énoncés dans RIAS et n'ayant pas été identifiés par MEDICODE, 14 sont des produits disponibles en vente libre et, dans sept des cas, il s'agit de vitamines et, dans quatre des cas, de crèmes. Cette difficulté est plutôt associée à la plus grande globalité de la codification de MEDICODE et que, dans ce contexte de codage, une discussion sur une vitamine aurait pu échapper au codeur, en particulier s'il n'a pas été question de prescription ou de renouvellement d'ordonnance.

Validité de convergence à propos de la mesure de présence/absence et de l'élaboration du discours associé aux médicaments dans l'entrevue

Nous avons également cherché à analyser la convergence des mesures de MEDICODE et de RIAS à propos de la présence et de l'élaboration du discours associé aux médicaments. Pour cela, nous avons comparé le sous-ensemble des 23 thématiques qui avait été utilisé à la fois dans la codification MEDICODE et RIAS-modifié (voir plus haut).

Nous avons utilisé deux mesures différentes de la convergence. D'abord, nous avons calculé un pourcentage d'accord et un kappa pour la mesure de présence/absence des thématiques. Puis, nous avons calculé une corrélation de Pearson entre une mesure indiquant le développement de chacune des thématiques dans MEDICODE et le nombre d'actes de langage associés aux mêmes thématiques dans RIAS. Ainsi, nous comparons une évaluation subjective du développement d'une thématique sur une échelle de 1 à 5 (dans MEDICODE) à un nombre (une quantité) d'énoncés dans RIAS. Les codeurs dans MEDICODE avaient comme consigne d'évaluer le niveau d'élaboration de la thématique.

Validité de convergence sur la mesure présence/absence de thématiques dans l'entrevue, sur l'ensemble des classes de médicaments, tous statuts confondus. La moyenne des pourcentages d'accord entre la mesure de présence/absence d'un thème dans MEDICODE et RIAS, tel que présenté dans le Tableau 8, est de 83.8 %, alors que la moyenne des kappas est de 0.41.

Un examen plus attentif des catégories thématiques nous permet cependant de distinguer certaines catégories plus performantes et d'autres moins robustes. Dans la catégorie « Connaissances générales », six des neuf thèmes se révèlent performants : « Médicament abordé comme renouvellement » (0,757), « Alternative au traitement » (0,459), « Inquiétude » (0,438), « Médicament abordé comme nouveau » (0,420), « Puissance » (0,411) et « Objection » (0,402). Dans la catégorie « Connaissances du médicament », deux des sept catégories présentent un excellent kappa soit « Action » (0,599) et « Effet indésirable anticipé » (0,601), deux thématiques atteignent presque un niveau satisfaisant d'accord soit un kappa de près de 0,4. Il s'agit des « Interactions » (0,335) et des « Contre-indications » (0,376), catégories thématiques pour lesquelles le pourcentage d'accord, respectivement de 81 % et 95,4 %, est par ailleurs excellent. Les thèmes « Valeur » (0,291), « Appréciation » (0,239) et « Effet principal anticipé » (0,293) présentent des valeurs kappa indiquant un faible taux d'accord tout en affichant un pourcentage d'accord intéressant. Pour la catégorie « Discussion de la prescription », trois des six thèmes performent de façon satisfaisante lorsque nous considérons leurs valeurs kappa : « Coût » (0,813), « Posologie » (0,635) et « Observance » (0,483), alors que les « Raisons favorables ou défavorables », l'« Engagement » et les « Précautions » n'atteignent pas les niveaux désirés sur la mesure plus sévère d'accord. Enfin, en ce qui a trait au dernier regroupement des thématiques, les « Effets du traitement »,

les kappas sont excellents pour les deux catégories soit l'« effet principal » et l'« effet indésirable ».

Validité de convergence sur la mesure développement des thématiques dans l'entrevue, sur l'ensemble des classes de médicaments, tous statuts confondus. Pour valider notre mesure de développement sur MEDICODE, nous avons comparé cette mesure au nombre d'énoncés RIAS correspondant pour les thématiques communes aux deux instruments.

Nous obtenons une moyenne des corrélations de Pearson de 0,35. Ce résultat est comparable à la valeur moyenne kappa de la mesure présence/absence, toutes classes et tous statuts de médicaments confondus. La nature vraiment différente des entités que nous comparons contribue sans doute à la difficulté de retrouver une convergence sur cette mesure. Cette corrélation moyenne positive des évaluations du développement des thèmes confirme tout de même l'intérêt et la validité de la mesure de développement.

Les valeurs des corrélations sont toutes significatives à l'exception de l'expression de doute ou de l'appréciation du médicament qui indique une absence de correspondance (une corrélation de Pearson autour de 0) entre les deux méthodes. Les corrélations les plus robustes, soit celles qui sont égales ou supérieures à 0,40, se distribuent dans les quatre grandes catégories. Dans le premier regroupement thématique nous retrouvons les thèmes « Objection » (0,592) et « Puissance » (0,403). Dans le second, nous retrouvons les thèmes « Action » (0,432), « Effet indésirable anticipé » (0,358), « Interaction » (0,451). Pour le troisième bloc de thématiques, ce sont le « Coût » (0,708), la « Posologie » (0,613) et l'« Observance » (0,456) alors que pour le groupe effets des médicaments, il y a l'« Effet principal observé » (0,520) et l'« Effet indésirable » (0,394).

Les corrélations de Pearson qui indiquent un bon accord entre la mesure de développement de la thématique sur les deux instruments recourent ceux qui montrent un bon accord sur la mesure de présence de la thématique. Le nombre de thèmes qui atteignent un niveau satisfaisant est cependant moindre.

Validité prédictive des mesures de MEDICODE sur des mesures de satisfaction

Ces analyses comparent, d'une part, la relation qu'une sélection de mesures du discours de MEDICODE entretient avec des réponses à des questions portant sur la satisfaction issues d'un questionnaire post-visite (le MISS) (voir Tableau 8 pour la liste des questions). Ces questions ont été sélectionnées, car elles portaient sur des sujets directement associés aux médicaments.

Pour comparer MEDICODE au MISS, nous devons changer l'unité de comparaison utilisée jusqu'ici, qui était le médicament, et choisir plutôt l'entrevue. Ceci s'avère nécessaire, car l'évaluation effectuée par le MISS est faite au niveau de l'entrevue et non au niveau du médicament.

D'abord, nous avons inclus dans les analyses, toutes les entrevues où un médicament était mentionné selon les statuts de MEDICODE. Parmi les différentes mesures de MEDICODE, nous avons choisi la mesure d'élaboration sur les thématiques « Effet principal », « Effet indésirable » et « Posologie » que nous avons comparé aux réponses à trois questions extraites du MISS qui se rapportaient à ces thématiques. Puis, nous avons repris la comparaison de MEDICODE et du MISS mais, cette fois, en incluant les entrevues dans lesquelles il y avait des médicaments de statut « Nouvelles prescriptions » et « Represcriptions » seulement.

Tableau 8

Convergence (taux d'accord et kappa) des mesures de présence de discours sur les médicaments et (corrélation de Pearson) des mesures d'élaboration de discours entre le codage dans MEDICODE et dans RIAS

Classes de discours (par ordre de taux d'accord)	Convergence présence/absence du thème Taux (kappa)	Convergence d'élaboration Corrélation de Pearson	Fréquence d'occurrence du thème sur tous les Rx
Coût du Rx	95,4 % (0,813 ***)	0,708 **	4,8 %
Interaction du Rx	95,4 % (0,335 ***)	0,451 **	1,3 %
Gestion de la prise de Rx	92,1 % (0,250 ***)	0,457 **	0,7 %
Engagement Pt à l'égard Rx	91,1 % (0,246 ***)	0,144 **	1,3 %
Action du Rx	88,6 % (0,599 ***)	0,432 **	7,1 %
Renouvellement de la prescription	88,1 % (0,757 ***)	0,602 **	21,2 %
Inquiétude à l'égard du Rx	87,3 % (0,438 ***)	0,257 **	3,3 %
Observance de la prescription	87,1 % (0,483 ***)	0,456 **	2,1 %
Posologie de la prescription	85,3 % (0,635 ***)	0,613 **	44,5 %
Consommation/usage du Rx	84,8 % (0,270 ***)	0,140 **	56,0 %
Effet indésirable anticipé du Rx	84,0 % (0,601 ***)	0,358 **	8,0 %
Objection à l'égard du Rx	84,0 % (0,402 ***)	0,592 **	5,3 %
Effet principal observé du Rx	83,5 % (0,667 ***)	0,520 **	23,7 %
Effet indésirable observé du Rx	83,5 % (0,627 ***)	0,394 **	8,9 %
Doute à l'égard du Rx	82,0 % (0,185 ***)	0,066	4,6 %
Contre-indication au Rx	81,0 % (0,376 ***)	0,273 **	4,2 %
Valeur du Rxt	80,0 % (0,291 ***)	0,331 **	4,3 %
Précaution à l'égard du Rx	78,7 % (0,283 ***)	0,233 **
Alternative au Rx	77,1 % (0,459 ***)	0,351 **	12,6 %
Appréciation du Rx	76,0 % (0,239 ***)	0,075	5,9 %
Puissance du Rx	75,0 % (0,411 ***)	0,403 **	5,2 %
Prescription du Rx	71,2 % (0,420 ***)	0,408 **	16,5 %
Motif de prescription ou d'ex. du Rx	63,6 % (0,226 ***)	0,216 **	14,3 %
Nom/présentation du Rx	63,1 % (0,201 ***)	0,226 **	71,0 %
Effet principal anticipé du Rx	62,8 % (0,293 ***)	0,316 **	16,4 %
Nature du Rx	56,3 % (0,131 **)	0,023 **	19,7 %

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Pour l'ensemble des statuts de médicaments, nous avons effectué la comparaison (corrélation de Pearson) entre 327 et 354 entrevues, alors que nous n'en avons plus qu'entre 29 et 31 pour les entrevues où il n'a été question que de « Nouvelles prescriptions » ou de « Represcriptions » afin de s'assurer que le contenu discuté l'était uniquement en relation avec ces deux statuts.

Les premières observations à propos de MEDICODE sont que sur les trois questions sélectionnées, nous observons des corrélations positives et que ces dernières sont plus fortes (à l'exception de la Question 3 et de « Effet indésirable ») dans le cas des nouvelles prescriptions et des represcriptions. C'est d'ailleurs cette même thématique « Effet indésirable » qui est celle qui est la moins associée aux mesures de perception. Il y a corrélation significative uniquement avec la Question 1. Les mesures « Effet principal » et « Posologie » sont plus fortement corrélées aux questions du MISS que la mesure « Effet indésirable ».

Ces données nous font croire que si nous avions eu un nombre plus élevé d'entrevues contenant des « Nouvelles prescriptions et renouvellement seulement » (entre 29 et 31), nous aurions eu des corrélations fortes et significatives en plus grand nombre.

Il existerait donc une relation entre les mesures de MEDICODE et l'évaluation des patients de leur satisfaction sur des questions relevant directement de la médication ou associées au traitement.

Tableau 9
Corrélations de Pearson entre trois catégories de MEDICODE et les questions sélectionnées du MISS pour l'ensemble des médicaments discutés et pour les médicaments nouvellement prescrits et renouvelés

Questions	Effet principal		Effet indésirable		Posologie	
	Toutes entrevues	Entrevues prescr. ou renouv.	Toutes entrevues	Entrevues prescr. ou renouv.	Toutes entrevues	Entrevues prescr. ou renouv.
1- Le MD m'a dit quels seraient les effets des Rx qu'il m'a prescrits.	0,159*	0,427*	0,113*	0,135	0,076	0,138
2- J'ai reçu de l'information adéquate pour m'aider à prendre des décisions sur mon traitement.	0,105	0,308	0,100	0,152	0,167*	0,419*
3- Après avoir parlé au MD j'ai une bonne idée des changements auxquels je peux m'attendre dans mon état de santé au cours des semaines ou des mois à venir.	0,107*	0,444*	0,073	0,115	0,119*	0,500*

* $p < 0,05$.

Discussion

Évaluation de la fidélité inter-codeur et test-retest de MEDICODE

Les recherches sur la communication médecin-patient effectuées jusqu'à présent ont utilisé soit des méthodes d'analyse des entrevues non spécifiques à la médication, soit des méthodes d'analyse de contenu pour lesquelles il n'existe pas de données de validation, la majorité ayant été utilisées dans une recherche seulement.

La grille MEDICODE a été développée, entre autres, pour simplifier le travail de codification. L'approche plus globale qui la caractérise libère les codeurs de la codification énoncé par énoncé, comme celle de RIAS, tout en permettant un découpage très fin des contenus abordés en rapport avec les médicaments. Nous ne nous sommes pas contenté de mettre au point un système de codification, mais nous avons procédé à sa validation, répondant ainsi à la lacune identifiée par Boon et Stewart (1998) dans leur recension critique des méthodes d'analyse de la communication.

Identification des médicaments

Les données sur l'ouverture d'une fiche médicament paraissent excellentes sauf pour les classes suivantes : « Vitamines et suppléments minéraux », « Analgésiques et relaxants musculaires » et « Toux, anti-histaminiques et décongestionnants » disponibles en vente libre. Un examen plus approfondi montre que les désaccords à l'ouverture d'une fiche de codage portent sur des médicaments qui font moins l'objet de discours (en moyenne 3,4 thèmes abordés) comparativement à ceux où les codeurs s'entendent pour ouvrir une fiche (en moyenne 4,7 thèmes). De plus, on note que le codeur #1 a un jugement généralement plus « conservateur » : il code en moyenne la présence de 3,8 thèmes par médicament contre une moyenne de 5,1 thèmes pour les autres codeurs.

Donc, on peut affirmer qu'en général les deux méthodes permettent d'identifier s'il y a eu discussion ou non de médicaments et de préciser de quelle classe de médicaments il s'agit.

En ce qui concerne la stabilité dans le temps des codeurs, presque 75 % des variations observées sont le fait du codeur #2. Son taux de stabilité à l'ouverture d'une fiche se situe à 74 %, alors que celui des autres

dépasse 90 %. Par ailleurs, on note, pour tous les codeurs, une plus grande propension à ouvrir une fiche au second codage (dans 74 % des cas; tendance variant de 70 % à 100 % selon les codeurs). La propension à ouvrir un nombre plus élevé de fiches au deuxième codage indique, entre autres, un effet d'apprentissage chez les codeurs et le développement de leur sensibilité à identifier le discours sur la médication. Il faut réaliser que l'entraînement des codeurs se faisait parallèlement au développement de l'instrument. Ceci est particulièrement vrai du codeur #2 qui était présent dès le début de la codification. De plus, l'instabilité est plus fréquente dans les cas où le discours sur le médicament est particulièrement mince.

Statut du médicament

Accord inter-codeurs. La convergence des codeurs sur le statut du médicament dans le cadre de l'entrevue est bonne : on obtient un taux d'accord de 78 %. L'analyse de la distribution des désaccords révèle que : (1) les divergences sont principalement attribuables à une hésitation, répartie chez les codeurs, entre les statuts de discussion plutôt qu'entre les statuts de consommation (75 % des désaccords se distribuent entre les catégories « Médicament discuté » et les catégories « Médicament (re)prescrit » comparativement à « Médicament déconseillé/exclu », alors que 25 % se situent entre « Médicament nouveau » comparativement à « Médicament actif/ancien »), (2) un codeur est sensiblement moins conservateur que les deux autres en ce qui a trait au statut de discussion des nouveaux médicaments (le codeur #1 est 15 % plus souvent orienté vers « Médicament prescrit » comparativement à « Médicament discuté »). Ce genre de difficultés, somme toute assez mineures, peuvent être facilement contrôlées par une supervision qui tient compte de la plus grande divergence d'interprétation de ces catégories.

Stabilité des codeurs. La stabilité des codeurs sur le statut du médicament dans le cadre de l'entrevue est très bonne : on obtient un taux de fidélité test-retest de 87 %. L'analyse de la distribution des divergences montre que : (1) les instabilités sont principalement attribuables à une hésitation, répartie entre les sessions de codage, entre les statuts de discussion et les statuts de consommation (76 % des variations se distribuent entre « Médicament discuté » comparativement à « Médicament (re)prescrit » et à « Médicament déconseillé/exclu », alors que 24 % se situent entre « Médicament nouveau » comparativement à « Médicament actif/ancien », (2) les codeurs sont sensiblement moins conservateurs lors de la deuxième session de codage en ce qui a trait au statut de discussion des médicaments. Ainsi, 28 % s'orientent plus souvent au recodage vers « Médicament déconseillé/exclu » comparativement à « Médicament discuté ».

Tout comme pour la fidélité inter-codeurs, il y a probablement ici un effet de maturation des codeurs qui joue. Comme c'était la première fois que cette grille était appliquée et qu'elle était encore en développement pendant son application, une future application avec une grille bonifiée devrait permettre d'atteindre de meilleurs résultats encore.

Discours sur les thèmes de médication

Accord inter-codeurs. Les taux d'accord inter-codeurs sur les mesures de présence/absence de discours relatif aux variables thématiques sont généralement supérieurs à 80 %, ce qui paraît très satisfaisant. La majorité des divergences notées entre les codeurs peuvent être regroupées en deux catégories : (1) les glissements attribuables à des définitions apparentées de diverses thématiques et (2) les glissements attribuables à des fréquences d'utilisation basses.

L'analyse des principaux cas de divergence entre les codeurs suggère que les divergences « significatives », soit les cas où les valeurs kappa n'atteignent pas le seuil de la signification choisi et ce malgré d'excellent pourcentage d'accord, sont observées sur des thématiques qui sont rarement abordées, soit dans 1,4 % pour le thème « Médecin demande l'avis du patient sur le médicament », 2,5 % pour le « Contrôle du problème » et 1,2 % pour le « Deuxième effet indésirable observé ».

D'autres divergences sont notées dans les cas où les valeurs kappa, quoique significatives, soient inférieures à 0,40 indiquant un accord faible. Il est à noter que les pourcentages d'accord sont ici généralement au-dessus de 80 %. Certaines de ces divergences s'opèrent sur des thématiques dont les définitions s'apparentent à d'autres. Ainsi, on note un certain glissement entre le codage du discours sur l'« Usage du médicament » ($k = 0,25$) vers des catégories semblables plus fréquemment utilisées, à savoir la « Consommation » (56 %) ou la « Posologie » (31 %). De même, le codage du discours sur les « Raisons favorables à la consommation du médicament » ($k = 0,22$) peut avoir été confondu avec celui sur l'« Effet prévu du médicament » (13 %), alors que le codage du discours sur les « Raisons défavorables à la consommation du médicament » ($k = 0,24$) pouvait entrer en compétition avec le codage du discours sur les « Effets indésirables possibles (8 %) ou observés » (9 %). Enfin, le codage du discours sur la « Valeur du médicament » ($k = 0,27$) a pu glisser vers le thème « Expression d'attitudes à l'égard du médicament » (6 %). Le codage sur la question des allergies/intolérances à l'égard du médicament ($k = 0,26$) peut avoir été confondu avec celui sur les contre-indications à la consommation du médicament ou encore avec le fait que cette information a pu être consignée dans la fiche sommaire plutôt que catégorisée sous cette thématique. Il y a relativement peu de discours sur ces derniers aspects ce qui rend encore plus difficile leur identification adéquate pour un codeur. Améliorer la situation suppose que pendant

l'entraînement du codeur on attire l'attention sur les subtilités de ces catégories plus rares.

D'autres de ces divergences, bien que les kappas atteignent presque la valeur seuil de 0,40 indiquant un accord acceptable, sont comparables à ce qu'il advient du codage sur des thématiques apparentées à d'autres. Ainsi, le codage sur la « Recommandation du médecin de prendre le médicament au besoin seulement » ($k = 0,39$), celui de l'« Ajustement de la posologie » ($k = 0,39$) ou sur la « Puissance du médicament » ($k = 0,39$) est possiblement entré en concurrence avec le codage sur la « Posologie ». Le codage sur les deux thèmes « Objections à l'égard du médicament » ($k = 0,31$) et « Inquiétudes » ($k = 0,39$) peuvent avoir été confondus entre eux. Dans ces cas, la proximité de sens de certaines catégories semble expliquer les écarts notés. Cette difficulté est plus difficile à régler, car il existe toujours un flou dans le discours qui permet des interprétations et plusieurs classifications possibles. Cette caractéristique du discours est incontournable; elle fait partie de la polysémie naturelle de la langue. Seul un entraînement intensif peut arriver à discipliner les codeurs en cas d'interprétation multiple du discours de toujours aller vers certaines interprétations plutôt que d'autres. Si on peut essayer de contrôler cette difficulté, on ne peut complètement l'éliminer. Dans la prochaine itération de MEDICODE, nous procéderons au regroupement de plusieurs de ces catégories apparentées dans un effort de simplification de la grille permettant d'atteindre une performance supérieure.

Certaines thématiques sont objet de désaccord entre les codeurs alors qu'elles sont, malgré tout, moins marginales et relativement peu apparentées à d'autres. C'est le cas pour le « Patient questionne le médecin à l'égard du médicament » ($k = 0,20$; $f = 13\%$) et le fait que le « médicament soit abordé comme alternative » ($k = 0,33$; $f = 7\%$). À la

différence des autres, la première de ces thématiques est plutôt orientée sur l'interaction que sur le contenu et donc, le contenu même des interrogations du patient a pu être codé au profit d'une ou de certaines autres variables thématiques. Le codage du discours sur le thème « Médicament abordé comme alternative » est sensiblement plus erratique que celui sur les thématiques « Médicament abordé pour renouvellement ou comme nouveau ». Ceci peut probablement s'expliquer à cause du chevauchement de cette catégorie avec celle de nouveau médicament. La moins bonne performance relative de ces trois thématiques portant sur le statut du médicament nous amène à les éliminer des versions futures de MEDICODE étant donné que les codeurs ont statué explicitement sur le statut du médicament ailleurs dans la grille.

Stabilité dans le temps de la codification. Les taux de fidélité test-retest des codeurs sur les variables thématiques sont excellents : 43 mesures sur les 45 atteignent un pourcentage d'accord d'au moins 90 %, les deux taux inférieurs se rangeant tout de même dans les 80 %. Le taux de fidélité le plus faible (taux 83 %; $k = 0,66$) touche le thème « Consommation du médicament » pour lequel l'accord inter-codeur était faible également (taux 49 %; $k = 0,11$).

Des 42 valeurs kappa calculées, 40 des valeurs atteignent le seuil de signification. De ce nombre, 26 indiquent un niveau d'accord jugé de bon à excellent ($k > 0,6$) et 11 un niveau acceptable ($k > 0,4$). Trois variables présentent un kappa significatif, mais de moins de 0,40 indiquant une pauvre stabilité dans le temps. Il s'agit des variables « Effets prévus sur les symptômes », « Contre-indications » et « Question de gestion du médicament ».

Malgré des taux de fidélité de 97 % et 98 %, deux valeurs kappa ne sont pas significatives sur les variables concernant la discussion sur les « Difficultés d'observance » ($k = 0,01$) et « Médecin demande l'avis du

patient sur le médicament » ($k = 0,01$), mais ce sont des thématiques rarement discutées, respectivement 2,1 % et 1,4 %. Rappelons que cette dernière est plutôt orientée sur l'interaction que sur le contenu et il est possible que le contenu des interrogations du médecin ait pu être codé au profit d'une ou de certaines autres variables thématiques. L'instabilité sur le codage des « Difficultés d'observance » peut être due à la structure de la grille de codage où cette thématique constitue en fait un sous-thème de la question générale s'adressant à l'« État de l'observance de la prescription ».

Nous avons déjà soulevé quelques explications pour rendre compte des divergences d'accord entre codeurs et nous croyons que les explications des divergences dans le temps sont attribuables aux mêmes causes. La difficulté de l'attribution d'un code lorsque plusieurs définitions de thématiques sont apparentées expliquerait la moins bonne performance des thématiques « Effets prévus sur les symptômes » et « Contre-indications ». Le premier a pu être confondu avec le discours sur les « Raisons favorables à la consommation du médicament » et le second avec la question des « Allergies/intolérances à l'égard du médicament ». En ce qui a trait à la catégorie « Question de gestion du médicament », on touche ici à l'une des deux variables thématiques les moins fréquentes (0,7 %).

Les thématiques les plus faibles au niveau de leur fidélité, soit celles pour lesquelles les valeurs kappa sur l'accord inter-codeurs et sur la fidélité test-retest sont égales ou inférieures à 0,40, sont le discours sur les « Raisons défavorables au médicament » ($f = 6,5$ %), l'« Usage du médicament » ($f = 13,0$ %) et le « Médecin demande l'avis du patient sur le médicament » ($f = 1,4$ %). Le ré-examen de la définition du thème « Usage » laisse croire à un manque de précision ce qui expliquerait le flottement autant entre les divers codeurs que pour un même codeur dans

le temps. Pour le thème « Médecin demande l'avis », la fréquence de cette catégorie est faible et il est possible, comme nous en avons déjà fait mention, que sa « couleur » interactive en ait affecté l'application systématique par les codeurs. Pour le thème « Raisons défavorables », dont la fréquence est pourtant assez élevée, la faiblesse des accords peut s'expliquer par de la confusion entre l'attribution d'un énoncé à ce thème et à ceux du doute, des inquiétudes ou des objections en fonction de l'interprétation variable de l'intensité affective du discours. Dans la prochaine itération de MEDICODE, les corrections seront apportées aux définitions afin que les codeurs en saisissent les nuances.

Validité de convergence de MEDICODE lorsque comparé à RIAS

Validité de convergence pour l'identification des médicaments

L'accord entre les deux méthodes au niveau de l'identification du médicament est excellent (kappa moyen de 0,83), ce qui nous indique qu'il y a très peu de perte d'information sur les classes de médicaments identifiées dans l'entrevue avec un instrument plus global comme MEDICODE. L'erreur est surtout le fait de MEDICODE. Les difficultés d'identification de MEDICODE se produisent surtout pour les médicaments qui ne font l'objet que d'un nombre restreint d'énoncés. Ceci minimise la gravité de l'erreur, car généralement les échanges brefs sont très factuels du type « Prenez-vous le médicament x ? » suivis de la réponse du patient « Oui ». Même si on perd 1 % ou 2 % de ce type de répliques, on estime que la perte est largement compensée par la rapidité relative de la formation des codeurs et la rapidité du codage du matériel avec MEDICODE.

Validité de convergence sur les mesures des variables thématiques

Il y a convergence, bien que moins grande que pour la classe de médicament, entre les deux méthodes pour la présence des catégories de discours.

D'abord, il est à noter qu'en général le profil de l'accord entre les deux méthodes de codification est plus intéressant lorsque nous comparons les mesures présence/absence que lorsque nous comparons, pour un médicament donné, le jugement du codeur sur l'élaboration d'une thématique dans MEDICODE à la sommation des énoncés se rapportant à cette thématique dans RIAS-modifié. Ainsi, le taux d'accord entre les deux méthodes est supérieur pour la mesure présence/absence par rapport à la mesure de l'élaboration pour 20 des 26 thématiques. Ceci signe la plus grande difficulté à faire coïncider deux types bien différents de mesure dans la seconde comparaison. En effet, dans MEDICODE, la cote attribuée pour l'élaboration sur un sujet inclut à la fois une évaluation de la quantité d'information et de la qualité de cette information. Par exemple, prenons un cas où le médecin et le patient auraient fait plusieurs échanges sur un thème. Dans la codification MEDICODE, le codeur risque d'attribuer une cote assez faible d'élaboration si la même information a été répétée, alors que dans RIAS chaque énoncé sur le thème sera comptabilisé et la cote correspondra à la somme de ces énoncés, sans égard à leur contenu. Voilà, à notre avis, une source importante de divergence possible entre les deux mesures. Pour cette raison, nous considérons que, même dans le cas de l'élaboration des propos, il y a une convergence acceptable entre les deux méthodes.

Au-delà du profil général des convergences, il appert que certaines catégories de codage sont plus robustes que d'autres, malgré les difficultés mentionnées plus haut. Ainsi, il est intéressant de constater que

sur plusieurs catégories cliniquement significatives, comme par exemple la « Posologie », le « Coût », l'« Effet observé », l'« observance » et les « Objections », l'accord entre les méthodes est plutôt bon. Ici, la meilleure correspondance entre l'évaluation subjective de l'élaboration et le nombre d'énoncés est probablement de nature multifactorielle. Une des explications possibles des meilleurs taux d'accord pour ces thèmes est la concentration de la discussion de ces thématiques au moment où le médecin pose le geste de rédiger une ordonnance. Ainsi, l'évaluation de l'élaboration s'effectue probablement sur un bloc d'échange plutôt que sur plusieurs instances de discussion éparpillées dans l'entrevue.

Relation des mesures de discours médication avec la satisfaction des patients

À notre connaissance, il s'agit de la première fois que des items du MISS, une mesure de satisfaction de l'entrevue médicale, sont comparés à des échanges spécifiques sur la médication au cours de consultations. Plusieurs corrélations positives significatives ont été identifiées entre les thèmes retenus et les réponses au questionnaire.

Les questions du MISS ne mesurent qu'une satisfaction globale dans le cadre de l'entrevue complète. Les réponses données par le patient devraient être en relation avec sa raison de consultation ou avec ce qu'il considère préoccupant. En ce sens, les propos sur les médicaments devraient moins retenir l'attention. Ceci expliquerait la faiblesse des corrélations, en particulier lorsque tous les statuts de médicaments sont considérés. Cette interprétation est confirmée indirectement par le fait que, lorsque nous sélectionnons les « Nouveaux médicaments » et les « Renouvellements », en fait les médicaments plus immédiatement d'intérêt pour le patient, la force de la corrélation augmente. Une des

explications possibles est que le patient retient davantage les informations reliées à une ordonnance que les informations échangées ad hoc sur des médicaments simplement abordés durant l'entrevue.

Il y a donc une relation positive intéressante entre certaines des thématiques choisies et la perception des patients à propos de l'entrevue, ce qui nous fait croire que les catégories de codification utilisées décrivent une réalité perçue par les patients.

Conclusion

Dans cet article, nous avons procédé à l'évaluation de la grille de codage des entrevues médicales MEDICODE. Nous avons analysé la performance de cet outil en regard de sa fidélité inter-codeurs et test-retest. Nous avons également analysé le degré de convergence entre RIAS, une des méthodes d'analyse des entrevues médicales les plus utilisées, et MEDICODE et ainsi combler l'une des lacunes identifiées par Boon et Stewart (1998) dans leur révision des méthodes d'analyse de la communication. Enfin, nous avons procédé à l'évaluation de sa validité prédictive en le comparant au questionnaire de satisfaction par rapport à l'entrevue médicale, le MISS.

MEDICODE et RIAS sont deux outils très différents l'un de l'autre. Cependant, ils recueillent des informations complémentaires. L'un a une approche globale, l'autre a une approche micro-analytique. L'un décrit d'abord les contenus et se contente de nous donner une information globale sur l'interaction et l'autre décrit l'interaction d'abord et reste approximatif sur les contenus. Pourtant, tant pour l'identification des

médicaments que pour l'identification du discours, les résultats de codification sont semblables entre les deux instruments.

Les catégories de codage utilisées se sont avérées utiles et opérationnelles. Les codeurs sont capables, avec un entraînement raisonnable, de produire des mesures fiables et valides. De plus, MEDICODE présente des corrélations positives avec la perception des patients à propos des médicaments.

Il est relativement plus aisé pour les codeurs de maîtriser un outil comme MEDICODE, car le codage proposé est plus proche du type de jugement qu'ils portent habituellement et que le niveau d'agrégation des concepts ressemble davantage à ce qui se passe dans une conversation normale. Il est plus difficile de former des codeurs à la méthode RIAS, car les codeurs doivent travailler au niveau de l'énoncé. De plus, percevoir et identifier des catégories d'interaction plutôt que de contenu n'est pas naturel et demande un entraînement supplémentaire pour les codeurs. Nos résultats indiquent une précision légèrement plus grande pour RIAS mais, après analyse, nous ne croyons pas que cette précision supplémentaire vaille le coût supplémentaire associé à l'utilisation de RIAS.

Cet exercice de validation a porté sur la toute première version de cet instrument, alors que notre expérience de son utilisation était, forcément, limitée. Plusieurs modifications mineures ont dû être apportées aux définitions en cours de codification, ce qui peut avoir affaibli la force des associations mesurées. Depuis, nous avons procédé au remaniement des catégories plus faibles, tant des statuts des médicaments que des thématiques, afin de tenir compte des résultats présentés ici. Cette deuxième version améliorée de MEDICODE est actuellement à l'essai dans un nouveau projet de recherche portant sur la discussion de l'asthme

et de son traitement lors de consultation en médecine générale. Nous serons ainsi bientôt en mesure de confirmer l'intérêt des changements apportés à MEDICODE et d'évaluer plus avant sa validité prédictive puisque nous aurons, cette fois, des mesures de contrôle de l'asthme et de l'observance à la médication.

Références

- Bales R. F. (1991). Bales' interaction process analysis (1950). In D. C. Miller (Ed.), *Handbook of research design and social measurement* (pp. 373-374). Newbury Park, CA.: Sage Publications.
- Bertakis, K. D., Roter, D., & Putman, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Family Practice*, 32(2), 175-181.
- Birdwhistell, R. (1977). Some discussion of ethnography, theory, and method. In *About Bateson* (pp. 103-144). New York: E.P. Dutton.
- Boon, H., & Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35(3), 161-76.
- Britten, N., & Ukoumunne, O. C. (1997). The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: A questionnaire survey. *British Medical Journal*, 315(7121), 1506-10.
- Callahan, E. J., & Bertakis, K. D. (1991). Development and validation of the Davis Observation Code. *Family Medicine*, 23(1), 19-24.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango) *Social Science and Medicine*, 44(5), 681-692.

- Chewning, B., & Sleath, B. (1996). Medication decision-making and management: A client-centered model. *Social Science and Medicine*, 42(3), 389-98.
- Coombs, R. B., Jensen, P., Hoa Her, M., & al. (1995). *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance and inappropriate use of prescription medication in Canada*. Ottawa, ON: Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, University of Toronto Press.
- Cockburn, J., & Pit, S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: Patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations: A questionnaire study. *British Medical Journal*, 315(7107), 520-3.
- Frankel, R. M. (1995). Some answers about questions in clinical interviews. In G. H. Morris & R. J. Chenail (Eds), *The talk of the clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse* (pp. 233-257). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frankel, R. M. (1989). From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes*, 7, 135-170.
- Gabe, J. (1990). Towards a sociology of tranquilizer prescribing. *British Journal of Addiction*, 85(1), 41-8.
- Gouvernement du Québec (2000). *Liste de médicaments. Octobre*. Régie de l'Assurance Maladie, Québec.

- Hammond, S. L. & Lambert, B. L. (1994). Communicating about Medications: Directions for research. *Health communication*, 6(4), 247-251.
- Haynes, R. B. (2001). Improving patient adherence: State of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In L. E. Burke & I. S. Ockene (Eds.), *Compliance in health care and research* (pp. 3-21). New York, NY: Futura Publishing C.
- Heath, C. (1980). On prescription-writing in social interaction. In R. Mapes (Ed.), *Prescribing practice and drug usage*. Londres: Croom Helm.
- Hellstrom, O. (1998). Dialogue medicine: A health-liberating attitude in general practice. *Patient Education and Counseling*, 35(3), 221-231.
- Leventhal, H. & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Makoul, G., Arntson, P. & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science and Medicine*, 41(9), 1241-1254.
- Morris, L. A., Tabak, E. R., & Gondek, K. (1997). Counseling patients about prescribed medication: 12-year trend. *Medical Care*, 35(10), 996-1007.
- Parrott, R. (1994). Exploring family practitioners' and patients' information exchange about prescribed medications: Implications for practitioners' interviewing and patients' understanding. *Health Communication*, 6(4), 267-280.

- Rabin, D. L. & Bush, P. J. (1975). Who's using medicines? *Journal of Community Health*, 1, 106-117.
- Raynes, N. V. (1979). Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations. *Psychological Medicine*, 9(4), 671-679.
- Rosenberg, E., Lussier, M.-T., Beaudoin, C., Kirmayer, L., & Galbaud-Dufort, G. (2002). Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *General Hospital Psychiatry*, 24, 322-327.
- Roter, D. L. (1995). *The Roter method of Interaction process analysis. Coding manual*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Roter, D. L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs*, 281-315.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. (1993). *Doctors talking with patients / patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport, Connecticut: Auburn House.
- Roter, D. & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46, 243-251.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication Patterns of Primary Care Physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277(4), 350-356.

- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1997). *From compliance to concordance. Toward shared goals in medicine taking*. London: RPSGB.
- Scherwitz, L., Hennrikus, D., Yusim, S., Lester, J., & Vallbona, C. (1985). Physician communication to patients regarding medications. *Patient Education and Counseling*, 7(2), 121-36.
- Sleath, B., Roter, D., Chewing, B., & Svarstad, B. (1999). Asking questions about medication: Analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical Care*, 37, 1169-1173.
- Sleath, B., Svarstad, B., & Roter, D. (1997). Physician vs patient initiation of psychotropic prescribing in primary care settings: A content analysis of audiotapes. *Social Science and Medicine*, 44(4), 541-548.
- Stevenson, F. A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Doctor-patient communication about drugs: The evidence for shared decision making. *Social Science and Medicine*, 50(6), 829-840.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Stiles, W. B. (1990). Verbal response modes and dimensions of interpersonal roles: A method of discourse analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 693-703.
- Stiles, W. B. & Putnam, S. M. (1992). Verbal exchanges in medical interviews: concepts and measurement. *Social Science and Medicine*, 35(3), 347-55.

- Straand, J. & Rokstad, K. S. (1999). Elderly patients in general practice: Diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from More and Romsdal prescription study. *Family Practice*, 16, 380-388.
- Svarstad, B. (1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In Mechanic D. (Ed.), *The growth of bureaucratic medicine: An inquiry into the dynamics of patient behavior and the organization of medical care* (pp. 220-238). New York: John Wiley.
- Svarstad, B. L., Chewning, B. A., Sleath, B. L., & Claesson, C. (1999). The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling*, 37(2), 113-24.
- Tannen, D. & Wallat, C. (1993). Interactive frame and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical examination/interview. *Framing in discourse*, D. Tannen (Eds.), Oxford: Oxford University Press.
- Todd, A. D. (1993). A diagnosis of physician-patient discourse in the prescription of contraception. In S. Fisher & A. D. Todd (Eds.), *The social organisation of doctor patient communication* (pp. 183-212). Norwood, NJ: Ablex.
- Waitzkin, H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 81-101.
- Webb, S. & Lloyd, M. (1994). Prescribing and referral in general practice: A study of patients' expectations and doctors' actions. *British Journal of General Practice*, 44, 165-169.

- Wiederholt, J. B., Clarridge, B. R., & Svarstad, B. M. (1992). Verbal consultation regarding prescription drugs: Findings from a statewide study. *Medical Care*, 30(2), 159-173.
- Wolf, M. H., Putnam, S. M., Stiles, W. B., & James, S. A. (1978). The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient's perceptions of physicians' behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4), 391-401.
- Wolraich, M. L., Albanese, M., Stone, G., Nesbitt, D., Thomson, E., Shymansky, J., Bartley, J., & Hanson, J. (1986). Medical communication behavior system. An interactional analysis system for medical interactions. *Medical Care*, 24(10), 891-903.

Résumé

Contexte : En soins de première ligne, où les patients peuvent être suivis par le même médecin généraliste pendant plusieurs années, la prescription d'un nouveau médicament est un événement relativement moins fréquent que la represcription ou simplement la discussion d'un médicament actif.

Objectif : Décrire les échanges, contenu et participation, reliés à l'ensemble de la médication discutée au cours de consultations médicales.

Méthode : Etude descriptive d'enregistrements audio de 462 entrevues entre patients et médecins généralistes. La codification des entrevues a été faite à l'aide de MEDICODE, un instrument validé d'analyse des échanges portant sur la médication. L'unité d'observation est le médicament et non l'entrevue.

Résultats : Les médicaments de statut « actifs discutés », « represcrits » et « nouveaux prescrits » représentent respectivement 43,1 %, 16,3 % et 10,6 % de l'ensemble des 1492 médicaments répertoriés. Des 45 thèmes, les plus fréquemment abordés (plus de 10% des médicaments) sont le nom, la consommation, les instructions, l'effet principal observé, la classe, les raisons favorables, l'usage général du médicament, l'effet prévu sur les symptômes, la présentation du médicament, les indications à reconsulter et la médication de rechange. Parmi les thèmes les moins souvent discutés (moins de 10% des médicaments), on retrouve les thèmes cliniquement significatifs suivants : les effets indésirables possibles, les effets indésirables observés, leur gravité, les précautions, l'expression d'attitudes et émotions à l'égard de la médication et celle d'objections, de doutes et d'inquiétudes, les

mises en garde telles l'allergie/intolérance à la médication, les contre-indications et les interactions.

L'analyse de la répartition, entre le médecin et le patient, de la participation aux contenus permet de constater que les médicaments « nouveaux prescrits » sont associés à une plus grande participation aux échanges du médecin et les médicaments « actifs discutés » sont associés à une plus grande participation du patient. Le niveau de participation aux contenus pour les médicaments « represcrits » se situe entre les deux autres. La participation varie également en fonction des thèmes discutés.

Conclusion : Les résultats de cette recherche confirment la pauvreté des échanges sur les médicaments lors des consultations médicales. La contribution spécifique de cette recherche est de montrer qu'au delà des caractéristiques des entrevues, des patients et des médecins, les thèmes eux-mêmes et le statut du médicament influence la fréquence des discussions et le niveau de participation de chacun au contenu.

État de la recherche sur les discussions entre patients et médecins au sujet de la médication

La prescription d'un traitement pharmacologique compte parmi les décisions les plus fréquemment prises en soins de première ligne. De manière générale, l'échange d'information durant la consultation médicale est le principal moyen permettant aux patients, d'une part, de consentir de façon éclairée au traitement et, d'autre part, de prendre le médicament de façon appropriée. Pourtant, jusqu'à présent, les études d'observation directe du discours sur la médication au cours de consultations médicales sont peu nombreuses (Cockburn, Reid et Sanson-Fisher, 1987; Heath, 1980, 1981; Makoul, Arntson et Schofield, 1995; Morris, Tabak et Gondek, 1997; Parrott, 1994; Raynes, 1979; Scherwitz, Henrikus, Yusim, Lester et Vallbona, 1985; Sleath, Roter, Chewing et Svarstad, 1999; Sleath, Svarstad et Roter, 1997; Stevenson, Barry, Britten, Barber et Bradley, 2000; Svarstad, 1976; Todd, 1993). Par ailleurs, on assiste actuellement à un mouvement où l'on délaisse l'approche traditionnelle au patient -qualifiée de paternaliste- (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997), pour une approche plus participative telle l'approche centrée sur le patient (Chewing et Sleath, 1996; Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam et Freeman, 2003) ou encore la « prise de décision partagée » (Charles, Gafni et Whelan 1997; Coulter, Entwistle et Gilbert, 1999). Dans ce nouveau contexte, où l'on met plus d'emphase sur la prise en compte de la perspective du patient et sa participation active aux décisions qui le concernent, l'état de la communication médecin-patient au sujet de la médication s'avère inquiétant. En effet, selon Svarstad (1976), quand des médicaments sont prescrits, 20 % ne s'accompagnent d'aucune instruction verbale et, dans le tiers des cas, le médicament n'est pas nommé et aucune information explicite sur son but n'est transmise au patient. Scherwitz et al. (1985) ont montré que les médecins posaient peu de questions et donnaient peu d'instructions au sujet

des médicaments que les patients prenaient déjà. Cependant, la quantité d'informations échangées doublait lorsqu'il était question d'une prescription d'un nouveau médicament ou d'un changement de dosage.

Wiederholt, Clarridge et Svarstad (1992) indiquent que dans le cas des nouvelles prescriptions, entre 17 % et 30 % des médecins ne donnent aucune instruction verbale. Également, Hammond et Lambert (1994) affirment qu'une communication inadéquate expliquerait que 55 % des patients dévient de façon non intentionnelle de leur prescription. En 1994, Parrott observe, dans une étude qualitative, que les médecins généralistes nomment peu les médicaments et qu'ils abordent rarement de façon explicite la posologie, les instructions sur la fréquence et la durée de la prise et les bénéfices escomptés. Les informations sur les effets secondaires potentiels des médicaments sont révélées à des degrés variables. Elle interprète ses observations dans le cadre de la théorie sociale cognitive de Bandura (1986 : dans Parrott, 1994) et conclut que les échanges sur la médication au cours des entrevues médicales ne concourent pas à rendre le patient autonome dans l'actualisation de la prescription. Ces résultats recourent ceux de Svarstad (1976) et confirment que la prescription écrite se substitue le plus souvent à une discussion à laquelle le patient aurait participé activement.

Makoul et al. (1995) ont probablement effectué l'étude descriptive la plus exhaustive sur le discours lors d'une nouvelle prescription en soins de première ligne. Ils notent d'abord que les médecins ont surestimé le pourcentage des entrevues dans lesquelles ils discutaient avec le patient des sujets suivants : (1) de sa capacité à suivre la prescription (49,2 % vs 7,9 % observé), (2) de son opinion sur le traitement proposé (48,9 % vs 33,9 %) et (3) des risques associés ou des effets secondaires potentiels des médicaments prescrits (40 % vs 33 %). Près de 70 % des consultations ne comportaient aucune discussion des risques ni des effets secondaires des médicaments prescrits. Bien que le nombre des entrevues où le médicament

est nommé (78 % des entrevues) et les instructions sont données (87 % des entrevues) soit beaucoup plus important que ce que Parrott (1994) a rapporté, les auteurs indiquent que, le plus souvent, la discussion se limitait à une phrase prescriptive du type : « Je vous prescris un antibiotique, le XX, à prendre deux fois par jour pour trois jours ». Makoul & al. (1995) concluent d'ailleurs leur étude en décrivant le médecin comme se préoccupant peu, dans les faits, de l'opinion du patient ni des barrières potentielles à l'actualisation de la prescription.

Sleath & al. (1999) se sont intéressées à un comportement communicationnel spécifique, soit celui de poser des questions au sujet de la médication. La discussion des médicaments prenait 20 % du temps de l'entrevue (3,94 min.). Les médecins posaient en moyenne 9,3 questions sur les médicaments alors que près de la moitié des patients n'ont posé aucune question à ce sujet. Les questions les plus fréquentes portaient sur la consommation de médicaments (80 %), les effets du médicament sur la condition médicale (56 %), la quantité (51 %), le dosage (41 %), la durée (41 %) et les barrières à la prise du médicament ou les effets indésirables (27 %). Les auteurs discutent des implications cliniques de leurs observations, en particulier le fait que près de la moitié des patients ne sont pas interrogés à propos de l'effet du médicament sur leur état de santé et que les deux tiers ne sont pas questionnés sur la survenue de difficultés dans la prise du médicament ni d'effets secondaires, tous deux étant des barrières potentielles à la prise continue des médicaments. Les auteurs concluent que la situation observée n'atteint pas les objectifs cités dans le rapport Healthy People 2000 (1991).

Dans un article plus récent, Stevenson & al. (2000) ont voulu évaluer si les médecins et patients partageaient, au sens de Charles & al. (1997), le processus de décision de la prescription. Les auteurs affirment n'avoir pas trouvé, par rapport à la discussion des médicaments, les éléments suffisants

pour confirmer que la décision était partagée. Le nom du médicament n'était pas mentionné dans près du tiers des nouvelles prescriptions ce qui, selon les auteurs, ne favorise pas le sentiment de compétence du patient. Par rapport aux instructions sur comment prendre le médicament, les auteurs trouvent que 79 % des nouvelles prescriptions s'accompagnent de l'information sur le dosage et la posologie. En ce qui a trait aux effets indésirables, ils ont été abordés par les médecins dans un peu moins de la moitié des cas. Les médecins ont échoué à faire révéler les opinions des patients par rapport aux médicaments et, de ce fait, les auteurs considèrent qu'une des conditions essentielles pour arriver à une décision partagée n'était pas respectée.

Une étude se distingue des précédentes en ce qu'elle rapporte des taux d'activité des patients plus élevés. Sleath & al. (1997) montrent que 42 % des renouvellements de prescriptions de psychotropes et 20 % des nouvelles prescriptions sont initiées par les patients. Ce taux élevé de participation des patients s'explique selon les auteurs par : (1) la présence d'une ou plusieurs maladies chroniques, (2) le fait que les patients connaissent le médecin et (3) le fait que plusieurs d'entre eux avaient déjà eu une prescription de psychotropes dans le passé. Les auteurs concluent que les patients qui initient la prescription ont une plus grande expérience de la maladie, du médecin et du médicament.

En conclusion, relativement peu de recherches ont examiné la nature et l'intensité des discussions entre patients et médecins au sujet de la médication consommée ou nouvellement prescrite. Cependant, qu'elles aient utilisé une méthodologie d'enquête ou d'observation, les résultats depuis les 25 dernières années convergent vers une relative pauvreté des échanges. À notre connaissance, aucune étude d'observation directe, canadienne ni québécoise, n'a été effectuée à ce jour pour connaître ce qui se passe à ce niveau. Dans la présente étude, nous désirons accorder une prépondérance

à la description des contenus échangés au sujet de la médication. L'objectif principal de cette recherche est de décrire, à l'aide de MEDICODE, la quantité et la variété des contenus échangés ainsi que la participation de chacun lorsque médecin et patient discutent de médication au cours d'une entrevue médicale.

Méthodologie

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique et de la recherche de l'hôpital Cité de la Santé de Laval.

Instrument

Nous avons conçu la grille de codage des entrevues médicales, MEDICODE, un instrument de catégorisation des échanges sur la médication lors d'entrevues médicales. Elle a été développée par les auteurs puis validée par un comité d'experts formé de psychologues, médecins et pharmaciens. Il s'agit d'un outil essentiellement descriptif, dédié à l'analyse thématique du discours relatif à la médication et au problème (raison de consultation) en consultation médicale. Une description détaillée de la structure de la grille est présentée au chapitre précédent.

Données sommaires sur la qualité de l'instrument

Les données sur la fidélité des mesures sont satisfaisantes. Ainsi, l'accord inter-codeurs et la fidélité codage-recodage sur l'identification des médicaments atteint une valeur kappa de 0,96. Les pourcentages d'accord inter-codeurs sur l'identification des thématiques sont généralement

ARTICLE 3

Discours sur la médication en consultation de soins primaires : contenu et participation

supérieurs à 80 % (pour 42 mesures sur 45 dont 29 à un taux d'accord supérieur à 90 %). Les taux de fidélité dans le temps des codeurs sur les thématiques sont également excellents : 43 mesures sur les 45 atteignent un pourcentage d'accord d'au moins 90 %.

En ce qui a trait à la validité des mesures, l'analyse de convergence des données de MEDICODE avec celles du *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) pour les mêmes entrevues dégage une corrélation de Pearson de 0,82 sur l'identification des médicaments et des corrélations qui varient entre 0,56 et 0,86 pour la description thématique des médicaments.

Des données plus détaillées sur la fidélité et la validité de l'instrument sont disponibles au chapitre précédent.

Échantillon

La grille MEDICODE a été appliquée à un échantillon de 462 entrevues qui ont été sélectionnées à partir d'une banque d'enregistrements audio de 1011 entrevues médicales entre médecins généralistes et leurs patients de 15 cliniques de médecine générale de la grande région de Montréal. Ces entrevues ont été enregistrées durant le cours normal des activités cliniques entre 1996 et 1997 dans le cadre d'une étude sur le rôle de la communication médecin-patient dans la détection de la détresse psychologique par les médecins généralistes (Rosenberg, Lussier, Beaudoin, Kirmayer et Galbaud-Dufort, 2002). Les participants avaient accepté d'être enregistrés et avaient autorisé l'équipe à utiliser les données de l'étude originale pour d'autres recherches sur la communication médecin-patient. Ils ne connaissaient donc pas les objectifs précis de la présente recherche.

Perspective d'analyse

Unités d'observation et d'analyse

Dans le cadre de MEDICODE, la plus petite unité d'observation est toute expression du médecin ou du patient relative à un médicament spécifique et rapportable à l'une ou l'autre des thématiques de la grille. Il s'ensuit qu'un thème peut être considéré abordé pour un médicament dès qu'on observe un propos relatif à ce thème. C'est un codage de la présence ou de l'absence d'un thème pour chaque médicament. Nous partons du point de vue que les échanges « pharmaco-thérapeutiques » devraient varier en fonction des caractéristiques de la médication. Nous visons à évaluer la variabilité des échanges sur les thématiques en fonction de caractéristiques du médicament qui nous intéresse : par exemple, en fonction de la classe pharmacologique, de la modalité d'accès à la médication ou encore du statut de la médication relativement au problème traité (nouveau prescrit, actif discuté ou represcrit). Dans cette perspective, chaque médicament abordé dans une entrevue est un cas. Chacun de ces cas peut être classé dans différents échantillons suivant nos objectifs d'analyse. Nous pouvons ainsi comparer le discours sur la posologie dans l'échantillon des médicaments nouveaux prescrits avec le discours correspondant dans l'échantillon des médicaments actifs discutés.

Plan d'analyse

Nous avons choisi de considérer le discours sur chacun des médicaments abordés dans le corpus d'entrevues médicales comme une unité d'analyse indépendante. Nous sommes d'avis que la solution imparfaite des données indépendantes demeure une avenue exploratoire à la fois originale et instructive et surtout non préjudiciable à la rigueur du travail des médecins dans leur discussion des médicaments avec leurs patients.

Nous n'avons pas la prétention, en tant qu'étude exploratoire, de généraliser à l'ensemble des discours sur la médication, mais de limiter nos propos à notre échantillon qui a été optimisé pour avoir une plus grande quantité de médicaments par entrevues.

Les proportions de thématiques générées pour chacun des statuts retenus seront comparées à l'aide de test chi-carré. Un seuil de signification alpha est fixé à $p < 0,05$. Les comparaisons des taux de participation des médecins et des patients aux thématiques seront effectuées à l'aide du test non-paramétrique pour données paires de McNemar. Un seuil de signification alpha est fixé à $p < 0,05$.

Toutes les analyses sont effectuées à l'aide de la version 10.0 du *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (1999).

Résultats

Caractéristiques des participants

Caractéristiques des médecins

Au nombre de 40, les médecins, 17 femmes (42,5 %) et 23 hommes (57,5 %), se partagent les 462 entrevues incluses dans cette étude. Ainsi, en moyenne, chaque médecin a contribué à 11,6 entrevues au corpus. L'âge moyen des médecins est de 39,4 ans (de 26 à 51 ans) et ils présentent, en moyenne, 14,5 années de pratique. Il s'agit de médecins généralistes d'expérience, exerçant en cabinet.

Caractéristiques des patients

Les femmes et les hommes représentent respectivement 65,4 % et 34,6 % de l'échantillon. La moyenne d'âge des patients (assez élevée) est de 52,4 ans (de 18 à 94 ans) à cause de la sur-représentation volontaire du groupe des 60 ans et plus. Près de 50 % de l'échantillon déclare avoir un diplôme de niveau technique/collégial ou supérieur. Les entrevues sont effectuées dans un contexte de rendez-vous dans 78 % des cas et les patients sont majoritairement (84 %) connus du médecin.

Nombre de médicaments discutés

Le Tableau 1 rapporte les données générales de discussion des médicaments par entrevue. Des 462 entrevues, 40 (8,7 %) ne contiennent aucune discussion de médicaments. Il y a eu prescription de médicaments (nouveaux ou represcrits) dans 49 % des entrevues. Un grand total de 1643 médicaments ont été répertoriés dans notre corpus d'entrevues. Moins de 1 % (13 sur 1643) des médicaments abordés n'ont pu être identifiés et donc classés, nous laissant avec 1630 médicaments. De ce nombre, 138 ont été exclus des analyses thématiques parce qu'ils correspondaient à des médicaments qui avaient été déconseillés (ils ne seront normalement pas consommés). On compte une moyenne de 3,9 médicaments ($ÉT = 2,8$) par entrevue, variant d'un minimum de 1 à un maximum de 21 médicaments. Deux minutes et demie par entrevue en moyenne sont consacrées à la discussion sur la médication. Ce temps de discussion sert à traiter, en moyenne, 4,2 thèmes par médicament (de 1 à 17 thèmes sur 45; $ÉT = 2,6$).

Nous décrivons d'abord les résultats sur l'ensemble des médicaments répertoriés dans le corpus ($n = 1492$), puis les résultats en fonction des trois principaux statuts de médicaments. Le Tableau 2 rapporte la distribution des

Tableau 1

Données générales de discussion des médicaments par entrevue

Nombre d'entrevues	462
Nombre (%) d'entrevues sans médicament	40 (8,7)
Nombre moyen (<i>ÉT</i>) de médicaments par entrevue	3,9 (2,8)
Durée moyenne de discussion pharmacologique par entrevue	2,5 min.
Nombre moyen (<i>ÉT</i>) de thématiques abordées par médicament	4,2 (2,6)
Nombre d'entrevues (%) avec prescription (nouvelle ou re prescription)	226 (49 %)

médicaments en fonction des statuts initialement définis de même que le nombre moyen de thèmes discutés pour chacun des statuts. Les trois statuts de médicaments retenus pour l'analyse thématique représentent les statuts cliniquement pertinents et pour lesquels le nombre de thèmes discutés est le plus élevé. Les médicaments de statut « actifs discutés » représentent la majorité des médicaments répertoriés (43,1 %), alors que les médicaments « re prescrits » et les « nouveaux prescrits » représentent respectivement 16,3 % et 10,6 % de l'ensemble. Ce sont les nouvelles prescriptions qui font l'objet de discussion sur le plus de thématiques : 5,2 thèmes en moyenne (*ÉT* = 2,3), suivent les re prescrits à 5,1 thèmes en moyenne (*ÉT* = 3,1) et les médicaments actifs discutés font, quant à eux, l'objet de discussion à hauteur de 4,0 thèmes en moyenne (*ÉT* = 2,5).

Discussion des thèmes

Des 64 thèmes de discussion pharmacologique consignés dans la grille MEDICODE, 45 font ici l'objet de description (voir Tableau 3).

Tableau 2
 Nombre de médicaments et nombre moyen de thèmes discutés par médicament en fonction des statuts

Statut des médicaments	Nombre de médicaments (%)	de Nombre moyen de thèmes par médicament (ÉT)
Actif discuté	643 (43,1)	4,0 (2,5)
Nouveau discuté	250 (16,8)	3,7 (2,3)
Represcrit	243 (16,3)	5,1 (3,1)
Ancien discuté	198 (13,3)	3,3 (1,9)
Nouvelle prescription	158 (10,6)	5,2 (2,3)
Tous les médicaments	1492 (100,0)	4,2 (2,5)

$F = 29,607, p < .001$

Le discours observé sur chaque thématique est décrit suivant deux mesures distinctes : (1) la fréquence d'apparition de la thématique et (2) la participation des interlocuteurs. Nous allons d'abord décrire ces résultats sur l'ensemble des médicaments, puis en fonction des trois principaux statuts des médicaments.

Fréquence des thèmes sur l'ensemble des médicaments

La première colonne du Tableau 3 présente les thématiques par ordre décroissant de proportion de tous les médicaments ($n=1492$) objets de discussion sur ce thème. Nous avons regroupé les thématiques en deux ensembles. Dans le premier groupe de 12 thèmes, on retrouve ceux qui sont objets de discours dans des proportions de 10 % ou plus des médicaments. Nous les désignerons dorénavant comme les thèmes les plus souvent discutés. Le deuxième groupe de 33 thèmes regroupe ceux qui sont plus

rarement abordés, soit dans moins de 10 % des médicaments. Nous les désignerons dorénavant comme les thèmes les moins souvent discutés.

Les thèmes les plus souvent discutés dans notre corpus sont le nom (73,9 %), la classe (20,4 %), la présentation du médicament (14,2 %), la consommation (57,2 %), l'usage général du médicament (14,5 %), les instructions (34,5 %), l'effet principal observé (22,7 %), les raisons favorables (15,4 %), l'effet prévu sur les symptômes (14,3 %), les indications à reconsulter (12,5 %) et la médication de rechange (11,7 %). On y retrouve aussi une catégorie plutôt interactive que thématique, patient questionne le médecin à l'égard de la médication (13,1 %).

Parmi les thèmes les moins souvent discutés, on retrouve les thèmes cliniquement significatifs suivants : les effets indésirables possibles (8,2 %) leur probabilité d'apparition (2,0 %) et leur gravité (1,9 %), les effets indésirables observés en soi (7,6 %), leur gravité (1,7 %), les précautions (1,5 %) et l'incidence de ces effets (1,1 %), l'expression d'attitudes et émotions à l'égard de la médication (6,0 %) et celle d'objections (4,5 %), de doutes (3,8 %) et d'inquiétudes (3,6 %). Pour la question d'observance de la prescription (1,6 %), on retrouve plus spécifiquement la discussion de difficultés d'observance dans 2,2 % des cas, les solutions (0,8 %) et les conséquences de la non-observance (1,3 %), et le médecin demande l'engagement du patient (1,5 %). Les mises en garde font également l'objet de peu de discussion : l'allergie/intolérance à la médication (2,0 %), les contre-indications (1,5 %) et les interactions (1,3 %).

Tableau 3

Proportions de médicaments qui ont fait l'objet de discussion pour chacun des thèmes et différences dans les proportions observées en fonction des statuts de la médication

Thèmes pharmacothérapeutiques	Proportion de médicaments discutés (en %) par statut de médicaments				Chi-carré
	Tous n = 1492	Actifs discutés n = 643	Represcrits n = 243	Nouveaux prescrits n = 158	
Médicament nommé	73,9	82,3	90,9	53,2	90,98***
Consommation du médicament	57,2	71,7	68,7	17,7	162,95***
Instruction sur la posologie	34,5	32,0	50,6	63,9	64,86***
Effet principal observé du médicament	22,7	30,2	28,0	NAP	0,40
Classe médicament nommée	20,4	12,8	14,0	31,6	34,71***
Raisons favorables au médicament	15,4	8,9	17,3	29,7	48,84***
Usage général du médicament par patient	14,5	16,5	15,6	15,2	0,20
Effet prévu sur les symptômes	14,3	6,8	9,9	46,8	176,36***
Présentation médicament	14,2	12,0	16,9	27,2	23,09***
Patient questionne médecin sur médicament	13,1	10,0	15,2	20,3	13,86 **
Indications à reconsulter	12,5	9,0	18,9	35,4	71,40***
Médicament de rechange abordé	11,7	7,5	8,6	8,9	0,54
Durée de prescription	9,2	3,6	9,1	37,3	161,50***
Effets indésirables possibles	8,2	6,8	7,0	16,5	16,08***
Effets indésirables observés	7,6	7,3	11,9	NAP	4,81*
Discours sur action du médicament	7,4	5,9	9,1	13,3	10,39**
Expression d'attitudes envers médicament	6,0	7,2	7,8	5,1	1,18
Ajustement de la posologie	5,6	7,6	12,8	NAP	5,66*
Opinions sur puissance du médicament	5,5	6,5	8,6	5,7	1,64
Prendre au besoin seulement	5,4	6,1	6,6	6,3	0,08
Discours sur le coût du médicament	4,8	2,0	10,7	11,4	38,42***
Valeur (évidences cliniques)	4,6	3,1	5,3	5,1	2,98
Objections sur médicament	4,5	5,6	4,1	0,0	9,50**
Doutes sur effet du médicament	3,8	4,7	5,3	1,3	4,38
Inquiétudes envers médicament	3,6	4,4	2,1	4,4	2,70
Délai d'effet sur symptômes	3,5	1,9	2,1	17,7	81,20***

Tableau 3 (suite)

Proportions de médicaments qui ont fait l'objet de discussion pour chacun des thèmes et différences dans les proportions observées en fonction des statuts de la médication

Thèmes pharmacothérapeutiques	Proportion de médicaments discutés (en %) par statut de médicaments				Chi-carré
	Tous <i>n</i> = 1492	Actifs discutés <i>n</i> = 643	Represcrits <i>n</i> = 243	Nouveaux prescrits <i>n</i> = 158	
Contrôle du problème	2,8	3,4	7,4	NAP	6,50**
Précaution envers premier effet indésirable possible	2,3	1,4	0,8	8,9	33,55** *
Difficulté d'observance	2,2	3,0	4,9	0,0	8,10*
Allergie/intolérance au médicament	2,0	1,2	0,4	8,9	38,86** *
Probabilité effets indésirables possibles	2,0	0,6	2,5	4,4	12,88 _a
Gravité effets indésirables possibles	1,9	1,4	2,1	4,4	5,91
Gravité effets indésirables observés	1,7	1,7	2,1	NAP	0,12
Observance de prescription	1,6	2,3	3,3	0,0	4,94
Médecin demande engagement envers médicament	1,5	0,9	4,5	3,2	12,04**
Contre-indications au médicament	1,5	0,3	1,2	3,2	11,14 _a
Engagement du patient envers médicament	1,5	1,4	3,3	2,5	3,46
Précautions effets indésirables observés	1,5	1,9	2,1	NAP	0,03
Médecin demande avis du patient sur médicament	1,4	0,8	2,5	2,5	5,13
Conséquence non-observance	1,3	1,2	3,7	1,3	6,29 ^a
Interactions avec médicament	1,3	2,0	0,4	0,6	4,07
Raisons défavorables au médicament	1,3	0,5	2,5	0,0	9,89 ^a
Incidence effet indésirable observé	1,1	1,1	2,1	NAP	1,23
Gestion de prise du médicament par patient	0,8	0,6	3,3	0,0	13,23 _a
Solutions pour observance	0,8	1,2	1,6	0,0	2,41

^a plus de 20 % des cellules ont une fréquence attendue de moins de 5.

p* < 0,05. *p* < 0,01. ****p* < 0,001.

Participation à la discussion des thèmes pour l'ensemble des médicaments

Les patients et les médecins peuvent avoir contribué à la discussion de chacun des thèmes, soit seuls, soit ensemble (co-participation). La proportion de participation des patients sur un thème est ainsi la somme de leurs participations individuelles et de leurs co-participations sur le nombre de cas discutés. Il en est de même, pour la proportion de participation des médecins sur ce thème. À la Figure 1, nous illustrons la participation des interlocuteurs à chacun des thèmes pour l'ensemble des médicaments. Nous avons choisi de concentrer d'abord notre examen sur les thèmes les plus souvent discutés, à l'exception de la catégorie « Patient questionne médecin sur médicament », pour laquelle il n'y a aucune mesure de participation du médecin. Les thèmes moins fréquents ne sont pas présentés en détail.

La première constatation à l'examen de la Figure 1 est à l'effet, qu'en général, les médecins participent davantage que les patients. Par ailleurs, on note que plus la participation des médecins diminue, plus la co-participation aux thèmes augmente. Ainsi, si on considère les trois thèmes où la participation des médecins est la plus élevée (« Indication à reconsulter », « Effet principal anticipé », « Raison favorable au médicament »), on constate une co-participation faible ainsi qu'une participation individuelle des patients très faible. Par contre, si on considère les trois thèmes avec la participation la plus élevée pour les patients (« Effet principal observé », « Consommation du médicament », « Usage général du médicament »), on constate l'importance de la co-participation. Ainsi, l'augmentation de la participation des patients se ferait surtout par le biais de l'augmentation de la co-participation.

Dans le groupe des 33 thèmes les moins souvent discutés, nous retenons ici 11 thèmes cliniquement significatifs qui font objet de discussion pour au moins 2 % des 1492 médicaments (voir Figure 2).

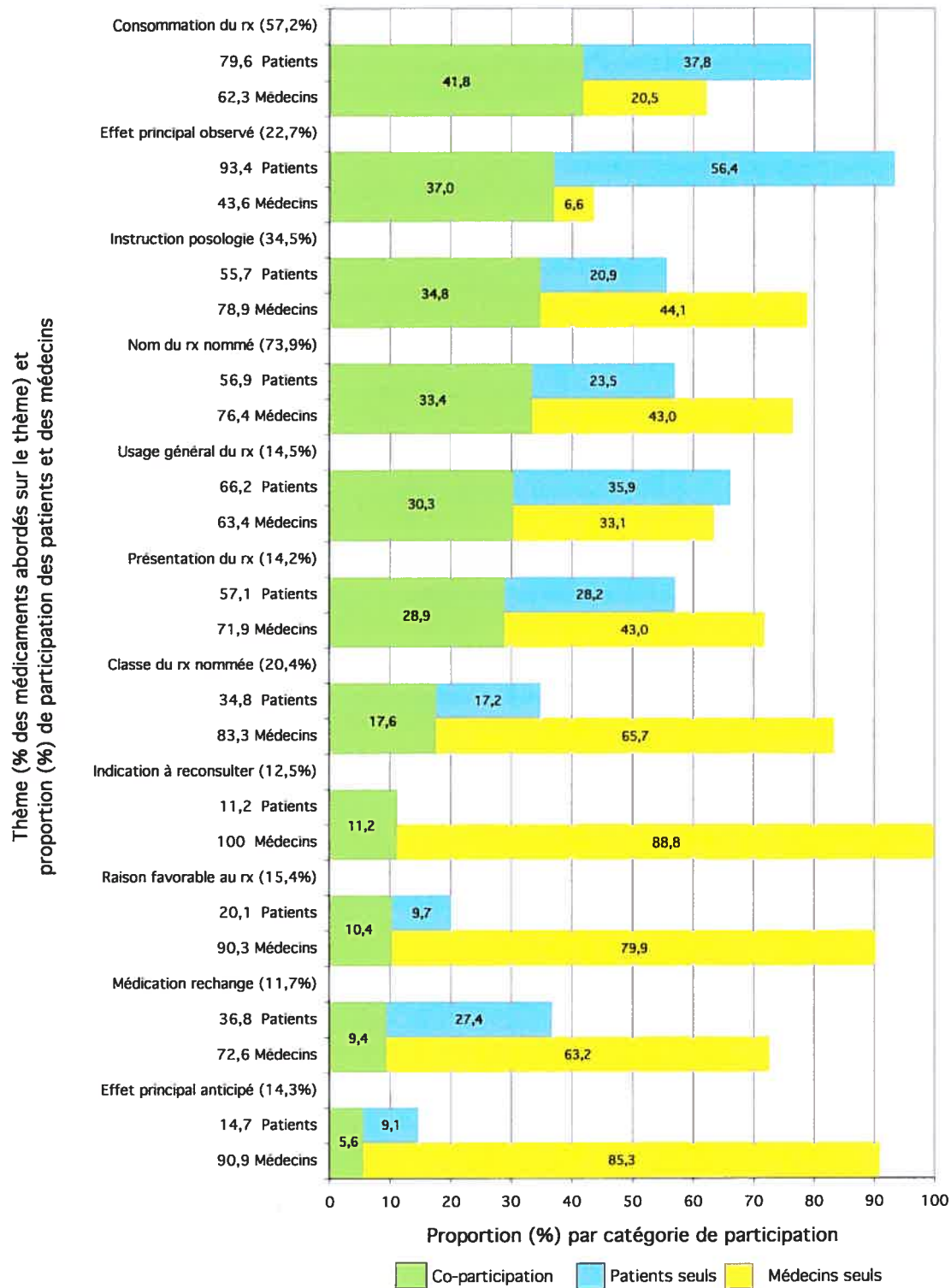


Figure 1. Participation des patients et des médecins sur les thèmes plus fréquents pour tous les médicaments confondus.

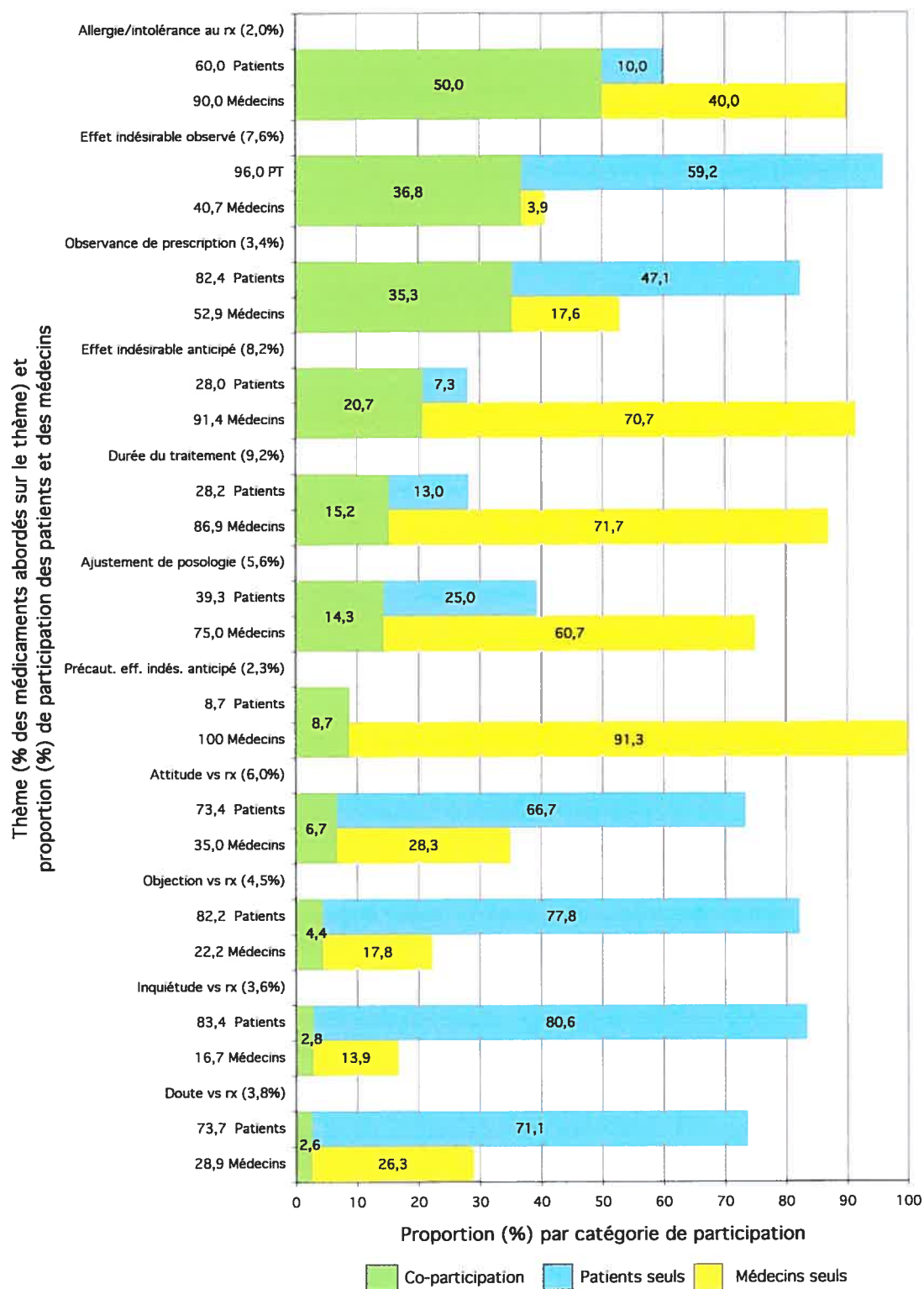


Figure 2. Participation des patients et des médecins sur les thèmes cliniquement significatifs, mais peu fréquents pour tous les médicaments confondus.

L'examen de la Figure 2 permet de dégager un premier groupe de thèmes largement dominé par les médecins (« Effet indésirable anticipé », « Durée du traitement », « Ajustement de la posologie », « Précaution vis-à-vis un effet indésirable anticipé »). Dans ces cas, on retrouve peu de co-participation et peu de participation des patients seuls. La participation des médecins est également élevée sur le thème allergie/intolérance, mais ici, la co-participation domine, ce qui fait que sur ce thème les patients ont une participation totale relativement élevée à 60 %.

On peut dégager un second groupe de thèmes dans lesquels les patients dominent la participation (« Attitudes », « Objections », « Inquiétudes et doutes vis-à-vis le médicament »). En effet, ces thèmes sont dominés par une participation individuelle des patients et on retrouve très peu de co-participation. Enfin, on peut identifier deux autres thèmes où les patients dominent : « Effet indésirable observé » et « Observance de prescription », mais où, cette fois, il y a une présence substantielle de co-participation.

Ces deux figures illustrent la grande variété de la participation au contenu, soit en termes de participation individuelle des interlocuteurs ou de co-participation, en fonction des diverses thématiques qui peuvent être abordées en relation avec les médicaments.

Fréquence des thèmes en fonction des trois principaux statuts des médicaments

Le Tableau 3, en plus de présenter la proportion de tous les médicaments discutés sur chaque thème dans l'ordre de proportions décroissantes, il affiche les proportions de médicaments qui ont fait l'objet de discussion pour chacun des thèmes pour les trois statuts retenus. Pour les médicaments actifs discutés, les thèmes ont été abordés dans une proportion variant de 0,3 % à 82,3 % des cas. Pour les médicaments repris, cette

proportion varie de 0,4 % à 90,9 % des cas, alors que pour les médicaments nouveaux prescrits, les proportions varient de 0,0 % à 63,9 %. Nous allons commenter ces proportions en mettant en évidence celles qui s'écartent significativement des fréquences attendues dans une distribution aléatoire (test de Chi-carré).

Médicaments nouveaux prescrits. Parmi les 12 thématiques les plus fréquemment abordées sur l'ensemble des médicaments, sept le sont dans des proportions supérieures ($p < 0,01$ et $p < 0,001$) pour les nouvelles prescriptions. Seuls le « Nom du médicament » et la question de « Consommation du médicament » sont abordés dans des proportions inférieures ($p < 0,001$). Pour les thèmes « Usage général » et « Médicament de rechange », les fréquences ne se distinguent pas pour les nouveaux prescrits. Enfin, le thème « Effet principal observé » ne s'applique pas à ce statut.

Aux thèmes faisant fréquemment objet de discussion pour l'ensemble des médicaments, viennent s'ajouter les six thèmes suivants (les valeurs des pourcentages sont arrondies à l'unité) : la « Durée du traitement » (37 %), le « Délai des effets » (17 %), les « Effets indésirables possibles » (17 %), l'« Action du médicament » (13 %), le « Coût » (11 %) et les « Allergies et intolérances » (9 %) ($p < 0,01$ et $p < 0,001$). Parmi les thèmes cliniquement significatifs, mais peu souvent objet de discussion, on retrouve les thèmes reliés à l'« Observance » ($p > 0,05$) et la « Demande d'engagement du patient » ($p < 0,01$), mais où la fréquence est très faible.

Médicaments reprécrits. Les quatre thèmes suivants sont abordés dans des proportions supérieures ($p < 0,01$ et $p < 0,001$) (les valeurs des pourcentages sont arrondies à l'unité) : « Nom du médicament » (91 %); la « Question de consommation du médicament » (69 %); les « Instructions sur la posologie » (51 %) et les « Indications à reconsulter » (35 %). Seule la

« Classe du médicament » (14 %) est abordée dans des proportions inférieures ($p < 0,001$).


L'« Ajustement de la posologie », le « Coût » et les « Effets indésirables observés » s'ajoutent aux thèmes fréquemment discutés ($p < 0,001$). Les difficultés d'observance sont discutées plus fréquemment ($p < 0,05$), mais la proportion reste faible comme pour tous les autres thèmes reliés à l'observance.

Médicaments actifs discutés. Parmi les 12 thématiques les plus fréquentes, deux sont abordées dans des proportions supérieures ($p < 0,01$ et $p < 0,001$) (les valeurs des pourcentages sont arrondies à l'unité) : le « Nom du médicament » (82 %), la « Question de consommation du médicament » (72 %). Trois thèmes sont abordés dans des proportions inférieures ($p < 0,001$) : la « Classe du médicament » (13 %), les « Raisons favorables à la médication » (9 %) et l'« Effet prévu sur les symptômes » (7 %).

Près de la moitié (18/33) des thèmes moins souvent discutés le sont dans 2 % ou moins de cas. L'« Expression d'objections vis-à-vis le médicament » atteint pour sa part 5,6 % des médicaments discutés, ce qui constitue le statut pour lequel ce thème est le plus souvent discuté.


Participation à la discussion des thèmes en fonction des trois principaux statuts de médicaments

Thèmes les plus fréquemment discutés. La Figure 3 présente le profil de participation des interlocuteurs à la discussion de chaque thème en fonction du statut de la médication. Seuls les 11 thèmes les plus souvent abordés sont inclus dans cette figure.



L'examen de la Figure 3 révèle d'abord un profil commun de variation de la participation des médecins et des patients pour cinq des 11 thèmes (consommation du médicament, posologie, usage général, présentation, raison favorable de prendre). Pour ces thèmes, la participation totale des médecins, soit la somme de leurs participations individuelles et de leurs co-participations, augmente progressivement des statuts actifs discutés, aux represcrits et aux nouveaux prescrits et la participation des médecins est toujours plus élevée pour le statut nouveaux prescrits. On note une progression inverse pour la participation totale des patients qui, elle, diminue du statut des actifs discutés, aux represcrits et aux nouveaux prescrits. Ainsi, pour le thème « Posologie », on constate que, pour les actifs, les patients dominent la participation en partie due à une co-participation élevée.

Trois thématiques (« Classe du médicament », « Indication à reconsulter », « Effet principal anticipé ») présentent un profil semblable entre elles, mais qui diffère de celui qui précède. Dans ces trois cas, la participation des médecins domine largement pour les trois statuts (voir Tableau 4, test de différence McNemar, $p < 0,01$ ou $p < 0,001$), en particulier dans les cas des represcrits et des nouveaux prescrits. Il n'y a aucune participation individuelle des patients sur le thème indication à reconsulter, alors que celle-ci augmente progressivement des statuts nouveaux prescrits, aux represcrits et aux actifs discutés pour les deux autres thèmes. En ce qui a trait à la co-participation sur ces trois thèmes, elle est généralement faible, en particulier pour l'effet principal anticipé.



Des 11 thèmes, trois présentent des profils particuliers. L'« Effet principal observé » ne fait l'objet d'aucune discussion pour les médicaments de statut nouveaux prescrits. La participation totale des patients y domine largement pour les statuts actifs et represcrits, et c'est dans ces deux cas que nous retrouvons la participation individuelle des patients la plus élevée ($p < 0,001$). Pour le thème « Médicament nommé », on note une participation

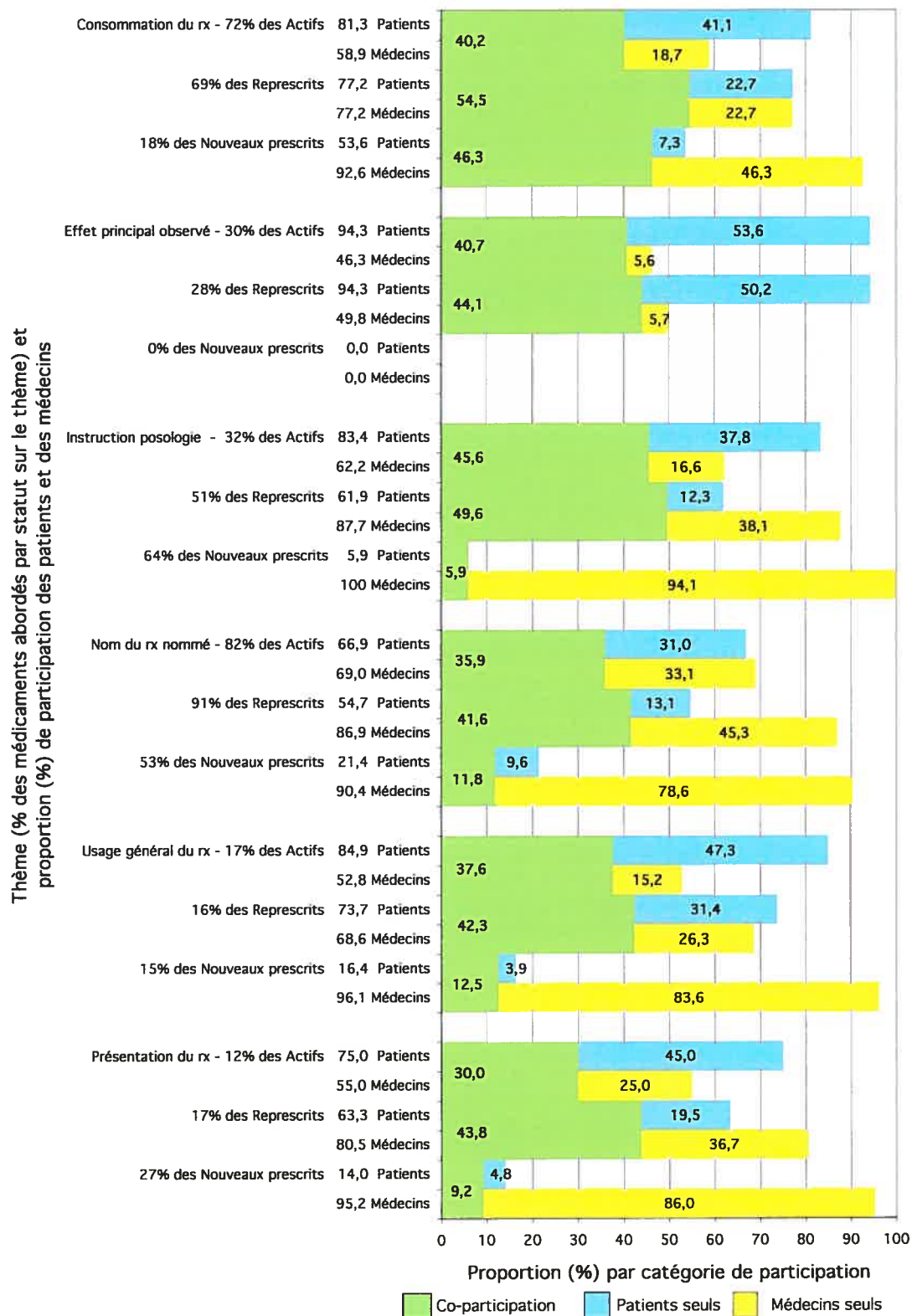


Figure 3. Participation des patients et des médecins sur les thèmes plus fréquents pour les trois principaux statuts.

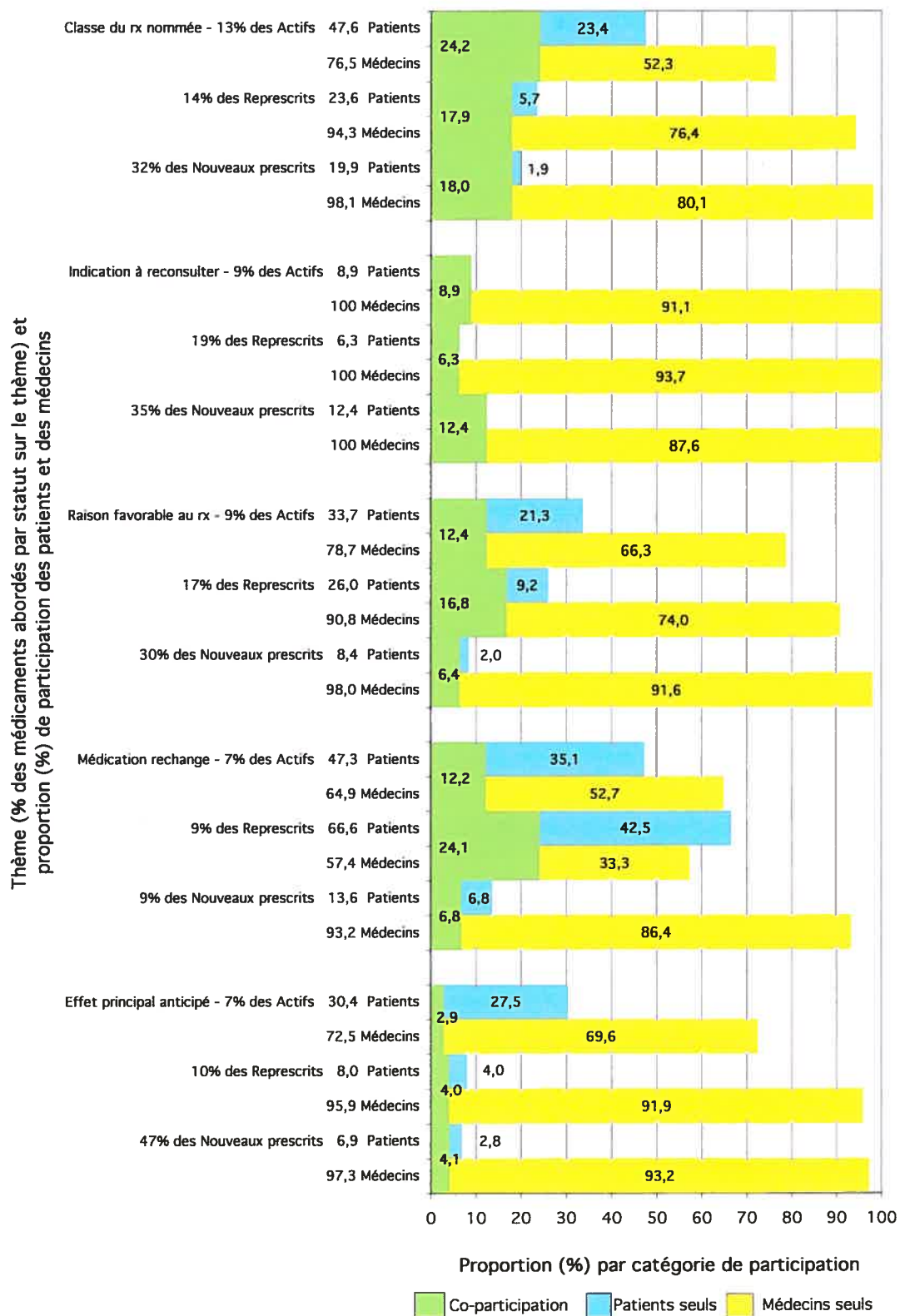


Figure 3. Participation des patients et des médecins sur les thèmes plus fréquents pour les trois principaux statuts (suite).

Tableau 4
Test de différence (McNemar) entre les taux de participation des médecins et des patients
sur les thèmes les plus fréquemment discutés.

Thèmes pharmacothérapeutiques	Tous les rx confondus		Actif discuté		Represcrit		Nouveau prescrit	
	% Part. MD	% Part. PT	% Part. MD	% Part. PT	% Part. MD	% Part. PT	% Part. MD	% Part. PT
Consommation médicament	Moy 62,3	79,6	58,9	81,3	77,2	77,2	92,6	53,6
	ÉT 48,5	40,4	49,3	39,0	42,1	42,1	26,2	50,8
Effet principal observé	Moy 43,6	93,4	46,3	94,3	49,8	94,3	0,0	0,0
	ÉT 49,7	24,7	50,0	23,2	50,4	23,7	0,0	0,0
Instruction posologie	Moy 78,9	55,7	62,2	83,4	87,7	61,9	100,0	5,9
	ÉT 40,8	49,7	48,6	37,2	32,9	48,8	0,0	23,8
Médicament nommé	Moy 76,4	56,9	69,0	66,9	86,9	54,7	90,4	21,4
	ÉT 42,5	49,5	46,3	47,1	33,8	49,9	29,5	41,3
Usage général médicament	Moy 63,4	66,2	52,8	84,9	68,6	73,7	96,1	16,4
	ÉT 48,1	47,3	50,2	36,0	47,1	44,6	20,4	38,1
Présentation médicament	Moy 71,9	57,1	55,0	75,0	80,5	63,3	95,2	14,0
	ÉT 45,2	49,6	50,1	43,4	40,1	48,8	21,3	35,1
Classe médicament nommée	Moy 83,3	34,8	76,5	47,6	94,3	23,6	98,1	19,9
	ÉT 37,7	47,6	42,5	50,3	23,9	43,1	14,1	40,4
Indications à reconsulter	Moy 100,0	11,2	100,0	8,9	100,0	6,3	100,0	12,4
	ÉT 0,0	31,7	0,0	28,3	0,0	25,0	0,0	33,4
Raisons favorables médicament	Moy 90,3	20,1	78,7	33,7	90,8	26,0	98,0	8,4
	ÉT 29,5	40,1	41,1	47,6	29,7	44,5	14,6	28,2
Médicament rechange abordée	Moy 72,6	36,8	64,9	47,3	57,4	66,6	93,2	13,6
	ÉT 44,5	48,4	48,3	50,5	50,7	48,3	26,7	36,3
Effet prévu sur symptômes	Moy 90,9	14,7	72,5	30,4	95,9	8,0	97,3	6,9
	ÉT 29,2	35,7	45,1	46,2	20,4	28,2	16,3	25,3

a) Correction de continuité b) Distribution binomiale utilisée
 * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

des médecins plus élevée pour les statuts represcrits ($p < 0,001$) et nouveaux prescrits ($p < 0,001$), alors que la participation des interlocuteurs sur ce thème est équivalente pour les actifs. Pour le thème « Médicament de rechange », les médecins dominent la participation pour les nouveaux prescrits ($p < 0,001$), alors que la participation des interlocuteurs est équivalente dans les deux autres statuts.

Thèmes les moins fréquemment discutés. Les pourcentages de participation totale des patients et des médecins aux thématiques peu fréquemment abordées (voir la liste de ces thèmes à la Figure 2) en fonction des statuts ne sont pas présentés ici. Compte tenu de la faible occurrence de discussion de la majorité des thèmes ainsi classifiés, nous limiterons nos commentaires aux thèmes qui, pour certains statuts, atteignent ou dépassent le 10 % de discussion et ainsi rejoignent les thèmes fréquemment discutés.

Quatre thèmes méritent un commentaire : « Effet indésirable observé », « Effet indésirable anticipé », « Durée du traitement » et « Ajustement de la posologie ». On note une participation des médecins plus élevée sur tous ces thèmes à l'exception du thème « Effet indésirable observé » où ce sont les patients qui dominent largement ($p < 0,001$ ou $p < 0,01$). Si la dominance des médecins est présente pour tous les statuts en ce qui a trait au thème « Effet indésirable anticipé » ($p < 0,001$ ou $p < 0,01$), elle disparaît lorsqu'il est question de la « Durée du traitement » et de l'« Ajustement de la posologie » ($p > 0,05$).

Discussion des résultats

Parmi les études sur la communication médecin-patient, les observations à propos du discours sur la médication sont peu nombreuses et les détails

relevés à propos de contenus spécifiques échangés sur la médication restent limités. La grille d'analyse thématique MEDICODE a été développée pour combler cette lacune. Les 45 catégories thématiques retenues correspondent, dans l'ensemble, aux lignes directrices émises par le National Council on Patient Information and Education (2000) à propos des thèmes à discuter lors de la prescription d'une médication.

Une originalité de notre démarche réside en ce que nous avons choisi, comme une unité d'analyse, le discours sur chacun des médicaments. Cette stratégie, qui ressemble à celle adoptée par Braddock, Edwards, Hasenberg, Laidley et Levinson (1999) pour l'étude de la prise de décisions en cours d'entrevue médicale, met d'avantage l'accent sur le médicament lui-même que sur l'entrevue ou encore les interlocuteurs, médecin ou patient. Cette stratégie a l'avantage d'associer les thèmes de « Discussion du médicament », que ce soit au niveau de son statut ou de sa classe pharmacologique, permettant un raffinement supplémentaire des analyses.

D'abord, la proportion des consultations de notre échantillon ayant fait l'objet d'une ordonnance, qu'il s'agisse d'une nouvelle ou d'une reprise, est de l'ordre de 50 %, ce qui ressemble aux données rapportées par Makoul & al. (1995) et Stevenson & al. (2000), malgré certaines distinctions dans les définitions de la reprise. De plus, il a été question de médicaments dans 92 % de nos entrevues ce qui confirme, comme l'indiquent Stevenson & al. (2000), l'importance de ce sujet dans la consultation. Nous avons évalué que 3,9 médicaments étaient discutés, en moyenne, par entrevue et nous avons estimé le temps consacré à la discussion sur ces médicaments à un peu moins de 3 minutes, soit en moyenne 40-45 secondes de discussion par médicament. Lorsqu'on sait qu'on aborde en moyenne 4,2 thèmes par médicament, ceci amène à penser que le niveau d'élaboration de la discussion des thèmes est plutôt faible. Des données très similaires quant au nombre de médicaments et à la durée de la

discussion ont été trouvées par Sleath & al. (1999) qui avaient étudié un échantillon d'entrevues entre médecins et patients atteints de maladies chroniques.

Fréquence des thématiques

Nos résultats pointent dans la même direction que ceux rapportés par Svarstad (1976), Scherwitz & al. (1985), Parrott (1994), Makoul & al. (1995), Wiederholt & al. (1992), Morris & al. (1997), Sleath & al. (1999) et Stevenson & al. (2000). Les résultats de ces études, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, effectuées en Grande Bretagne ou aux États-Unis, tendent à confirmer la pauvreté des échanges sur la médication au cours des consultations médicales. Dans la présente recherche, les thèmes abordés se limitent soit au nom ou à la classe du médicament ou à la question générale de consommation pour 17 % des médicaments, tous statuts confondus. La convergence des résultats des recherches des 25 dernières années nous permet de croire que ces résultats reflètent une réalité répandue.

Les thèmes les plus fréquemment abordés dans notre corpus sont ceux associés à la désignation du médicament (nom commercial du médicament, sa classe et sa présentation), à la contextualisation de la médication. Parmi les thématiques les plus fréquentes on retrouve également la « Posologie », l'« Effet principal observé », les « Raisons favorables », l'« Effet prévu sur les symptômes », les « Indications à reconsulter » et la « Médication de rechange ». Nos données vont dans le sens de celles de Gardner & al. (1988) qui rapportent que les médecins abordent surtout le but de la prescription, la quantité et la fréquence d'administration du médicament.

La distribution des fréquences des thèmes abordés dans notre étude recoupe celle rapportée dans les recherches antérieures, malgré la variété

des méthodologies utilisées, en particulier les résultats rapportés par Makoul & al. (1995), Sleath & al. (1999) et Stevenson & al. (2000).

Parmi les thématiques les moins fréquemment abordées, on retrouve dans notre étude celles qui se rapportent aux effets indésirables possibles ou observés, les attitudes/émotions à l'égard de la médication, l'observance de la prescription et les mises en garde. Nos résultats concordent généralement avec ceux des études antérieures. En ce qui a trait à la discussion des barrières à la prise du médicament, nos données vont dans le même sens que celles de Makoul & al. (1995) et de Sleath & al. (1999). En effet, la discussion de l'observance en soi, des difficultés ou des solutions, constitue une rareté dans notre corpus. Aussi, les précautions et effets indésirables pourtant relevés comme importants pour les patients par Keown, Slovic et Lichtenstein (1984) et Morris & al. (1997) sont parmi les moins fréquemment abordés, au même titre que la durée du traitement (Hoff, 1975; Morris & al., 1997; Pequet, Wegner et Brown, 1984; Scherwitz & al., 1985; Svarstad, 1976). Plus précisément, les effets indésirables sont discutés dans 11 % à 33 % des nouvelles prescriptions (Makoul & al., 1995; Morris & al., 1997; Scherwitz & al., 1985; Sleath & al., 1999; Stevenson & al., 2000). Makoul & al. (1995) indiquent que près de 70 % des nouvelles prescriptions ne s'accompagnent d'aucune discussion des risques (effets indésirables, précautions à prendre ou risques associés). Sleath & al. (1999) relèvent que seulement 27 % des questions des médecins portaient sur les effets indésirables alors que Stevenson & al. (2000) indiquent que les effets indésirables ont été abordés dans un peu moins de 50 % des cas. Des données similaires en relation avec deux classes de médicaments pourtant associées avec des effets indésirables fréquents et potentiellement sérieux, soit les anti-inflammatoires (Katz, Daltroy, Brennan et Liang, 1992) et les anti-hypertenseurs (Scherwitz & al., 1985), viennent confirmer qu'il s'agit d'une tendance lourde.

On a déjà débattu de la pertinence de limiter la divulgation de ces effets sous prétexte que cela pourrait générer de l'anxiété et des problèmes d'observance chez les patients (Enlund, Vaino, Wallenius et Poston, 1991; McGrath, 1999; Morris et Kanouse, 1982; Myers, Cairns et Singer, 1987; Quaid, Faden, Vining et Freeman, 1990). Par ailleurs, on invoque que les patients oublient beaucoup d'informations sur les effets indésirables (Huston et Blaha, 1991; Ley, 1977). Par exemple, dans une étude de Jones, Rimer, Levy et Kinman (1984), 77 % de patients cancéreux traités contre la douleur se rappellent les noms de leurs médicaments, mais la plupart affichent une incapacité à se rappeler l'un ou l'autre des effets indésirables communément associés à leur médication. L'évaluation de la rétention ou du rappel d'information médicale par les patients conduit généralement au constat que les patients retiennent peu l'information (McGuire, 1996; Rost, Roter, Bertakis et Quill, 1990; Vilke, Marino, Iskander et Chan, 2000). Ainsi, même par rapport à des thématiques discutées relativement souvent comme le nom, l'indication et la posologie, la rétention des patients n'atteint pas le niveau souhaité. Ainsi, dans une étude portant plus précisément sur l'information au sujet des médicaments, Stewart et Martin (1979) rapportaient que si 62 % des patients avaient reçu des directives sur l'usage de leurs médicaments, moins de 59 % de ceux-là communiqueraient correctement ces directives au pharmacien. Dans une étude de Cline, Bjorck-Linne, Israelsson, Willenheimer et Erhardt (1999) seulement 55 % des patients pouvaient nommer correctement la médication prescrite, 50 % étaient incapables de préciser la dose prescrite et 64 % ne pouvaient rapporter le moment prévu pour la prise de la médication. Il se pourrait bien que les médecins soient ainsi sensibles au fait abondamment vérifié que les patients retiennent peu d'information pharmacologique et soient, pour cette raison, sélectifs dans l'information communiquée à leurs patients.

Dans notre corpus, on constate qu'identifier le médicament par son nom, les instructions sur comment prendre le médicament, l'effet sur le

problème et les raisons favorables à la prise de décision sont considérées comme des éléments des plus importants de la prise en charge par le patient de sa santé.

Analyse du discours sur la médication en tenant compte des trois principaux statuts

L'analyse du discours sur la médication en tenant compte des trois principaux statuts représente une autre originalité de la présente étude. À l'instar de Scherwitz & al. (1985), nous avons tenté de souligner les subtilités et les ajustements de la parole au sujet des divers médicaments. Entre autres, notre attention s'est portée sur les médicaments discutés, les represcrits et les nouveaux prescrits. Nous avons observé que l'information échangée varie en fonction du statut de la médication.

En général, il y a plus d'informations d'échangées lorsqu'il s'agit de nouvelles prescriptions. Celles-ci surtout affichent des fréquences de discussion des thématiques souvent plus élevées que les médicaments des deux autres statuts. Relativement au nom de la médication, des auteurs ont déjà observé que, dans le tiers des cas de nouvelles prescriptions, le médicament n'était pas nommé (Stevenson & al., 2000; Svarstad, 1976). Nos observations nous font comprendre que la désignation d'un nouveau médicament passe fréquemment par sa classe pharmacologique (son action thérapeutique) ou sa présentation. Dans les cas où le médicament est connu du patient (médicaments actifs et represcrits), on constate, comme Stevenson & al. (2000), que le nom devient une référence plus utilisée. En ce qui concerne la posologie, Scherwitz & al. (1985) et Stevenson & al. (2000) rapportent que les médecins en parlent peu pour les médicaments actifs, alors qu'ils le font à hauteur de 77 % des cas, soit deux fois plus avec les nouvelles prescriptions ou les prescriptions modifiées. Enfin, la même étude décrit que les « Effets indésirables (possibles ou observés) » sont abordés

dans 32 % des cas de nouvelles prescriptions ou prescriptions modifiées, et que la question de l'« Allergie/intolérance au médicament » est abordée dans 15 % des cas. Ces derniers pourcentages sont toutefois plus élevés que les fréquences observées dans notre corpus de nouvelles prescriptions et la différence s'explique en partie par la définition des statuts et des thématiques elles-mêmes. On constate que pour cette catégorie de médicaments, plusieurs thèmes qui sont généralement peu abordés font l'objet de plus de discussion. En particulier, c'est le cas pour la « Durée du traitement » (37,3 %), le « Délai d'action » (17,7 %), l'« Action et le coût du médicament », tous des thèmes qui apparaissent dans les lignes directrices.

Dans la présente recherche, nous n'avons pas fait de distinction entre les prescriptions avec modification de dosage ou de posologie et la répétition de la même prescription. Les médicaments represcrits se distinguent sur la fréquence de quelques thèmes comparativement à ceux des autres statuts. Les represcrits affichent souvent des fréquences intermédiaires entre les deux autres statuts comme si le fait de rédiger une ordonnance devenait un prétexte de répéter certaines informations.

Enfin, les médicaments actifs simplement discutés se distinguent par des fréquences proportionnellement plus basses que celles des autres statuts, en particulier sur quelques thèmes soit la « Posologie », les « Raisons favorables à la médication » et les « Indications à reconsulter ». Tout se passe comme si médecin et patient prenaient pour acquis que la prise actuelle des médicaments était conforme aux instructions de départ et qu'il était donc inutile de répéter les informations étant donné que le patient connaissait le médicament.

Participation aux thématiques

Dans la présente étude, nous avons considéré la participation aux contenus et non la participation à l'interaction. Tout en gardant cette différence en tête, nous observons un comportement similaire à ce qui a été observé pour l'interaction. Contenu et interaction sont, dans les faits, inséparables et ne sont séparés que pour les étudier. Il n'est donc pas surprenant d'observer des similitudes entre les résultats des études portant tantôt sur l'un et tantôt sur l'autre versant de la réalité communicationnelle.

Le modèle dominant actuellement en communication médecin-patient promeut une approche plus dynamique comme l'approche centrée sur le patient (Chewning et Sleath, 1996; Stewart & al., 2003) ou encore la « prise de décision partagée » (Charles & al., 1997; Coulter, Entwistle et Gilbert, 1999). Makoul et al. (1995) et plus récemment Stevenson & al. (2000) ont conclu que le médecin se préoccupe peu, dans les faits, de l'opinion du patient ni des barrières potentielles à l'actualisation de la prescription. Les patients, pour leur part, sont décrits comme passifs, offrant peu leur opinion ou initiant rarement la discussion sur le traitement. Pour tous les statuts de médicament confondus, nos données supportent globalement ces conclusions.

Nos données confirment également des nuances apportées par Sleath & al. (1997) qui ont observé que les patients initiaient la demande de psychotropes. Cette dernière étude nous montre que, si en général la communication à propos de médicaments est dominée par le médecin, des situations particulières (ici la prescription de psychotropes) peuvent révéler un comportement différent.

Nous avons volontairement restreint notre analyse au profil de la participation des patients et des médecins sur les thèmes discutés les plus

souvent ou cliniquement importants. Malgré des fréquences de discussion des thématiques relativement faibles, l'analyse de la répartition, entre le médecin et le patient, de la participation aux contenus, permet de constater que la participation du patient peut être importante dans bon nombre de cas.

En fonction des statuts de la médication, nous observons que plus les thèmes sont abordés en co-participation, plus la participation des patients a tendance à supplanter celle des médecins en particulier pour les médicaments actifs (7 thèmes sur 10), dans une moindre mesure pour les reprisés (4 thèmes sur 9), mais dans aucun cas de nouvelles prescriptions. Ces données soutiennent bien l'idée que les responsabilités et l'expertise des médecins, dans le cas des nouveaux reprisés, prennent le dessus sur les expériences et les préoccupations des patients. Les nouvelles prescriptions sont associées à une plus grande participation du médecin et les médicaments actifs sont associés à une plus grande participation du patient. Le niveau de participation aux contenus pour les médicaments reprisés se situe entre les deux statuts précédents.

Nous avons montré également que les thèmes (« Posologie », « Nom du médicament » et « Précautions ») où il y a peu de co-participation et où le médecin domine et ceci, quelque soit le statut du médicament, ceux-ci tombent en fait sous l'expertise du médecin. Un phénomène semblable s'observe pour le patient qui domine les thèmes liés aux attitudes ou aux émotions à l'égard de la médication et pour lesquels il y a peu de co-participation et pour lesquels ils sont les experts reconnus.

Il y aurait donc à la fois une variation de la participation en fonction des thèmes qui peuvent relever plus ou moins de l'expertise individuelle du patient ou du médecin ou en fonction du statut du médicament. Kennedy (2003) explique ces résultats en soutenant qu'il y a au moins deux sortes de savoirs qui sont pertinents aux échanges entre le patient et le médecin : les

insuffisant, le patient posera des questions afin d'être en mesure d'actualiser le projet qu'il partage avec le médecin. C'est une question d'économie et d'efficacité pour le médecin. Plus il repose sur le contexte et postule que le patient « comprend quoi faire », moins il en a à dire explicitement et plus il dispose de temps, car il n'a pas à donner des informations supplémentaires « déjà comprises par le patient ». De plus, si le patient décide de prendre le médicament et qu'il rencontre des difficultés, le rendez-vous suivant va lui permettre de donner les informations manquantes et de corriger la situation si nécessaire. Ainsi, son information est limitée à là où il y a un besoin et est mieux ciblée. C'est donc encore une fois plus économique d'attendre qu'il y ait un besoin explicite avant d'élaborer et d'explicitier.

La recension des écrits suggère d'autres types d'explications possibles que nous reprenons brièvement ici. D'abord, les rôles de chacun des interlocuteurs dans l'échange expliqueraient l'inégalité de la participation. Nos données vont dans le sens de cette explication en montrant qu'effectivement le patient et le médecin se comportent différemment l'un de l'autre en fonction des statuts et des thèmes (Freidson, 1970a, 1970b; Parsons, 1975). Par exemple, le thème « Quand reconsulter » relève de l'expertise du médecin. Une deuxième explication relève de la psychologie du patient ou du médecin (anxiété et incertitude par rapport à l'information, perception de l'auto-efficacité (Babrow, Hinses et Kasch, 2000 : dans Robinson). Stacy et Spencer (1999) ont déjà soulevé l'existence de différences individuelles entre les patients concernant leur volonté d'être impliqués dans les décisions qui les concernent, et donc dans les discussions. Certains peuvent ne pas vouloir participer à la prise de décision parce qu'ils se trouvent incompetents (connaissance ou expérience) et craignent de se tromper. De plus, selon Iles (2003), certains médecins peuvent être plus réticents que d'autres à concéder une partie de leur pouvoir dans les consultations. Une troisième voie d'explication de la participation serait les ressources dont dispose le patient. Plus il aurait de ressources, de connaissances ou une expérience

savoirs cliniques du médecin et les savoirs concernant l'expérience, les sentiments, craintes et désirs du patient. L'expérience du patient inclut son expérience de la maladie et du traitement. Kennedy (2003) montre à propos de la médication que le patient intervient plus lorsqu'il a une expérience du médicament ou qu'il le connaît déjà. Par contre, tout le champ biomédical relève du médecin. Nos données supportent cette conclusion, car pour les statuts actif et represcrit qui impliquent une connaissance du médicament par le patient, nous observons une participation au contenu plus grande de ce dernier, soit en termes de co-participation ou de participation individuelle.

De son côté, Robinson (2003) suggère que la participation de chacun à l'entrevue serait reliée à la structure même de l'interaction et non à la stricte nécessité de produire une information. La difficulté est reliée à l'organisation même de l'entrevue et des rôles que chacun y joue. Ainsi, il propose l'idée de « projet » lorsqu'il s'agit d'une nouvelle prescription et que ce « projet » contraindrait les contenus à présenter. Un « projet » serait associé à un ensemble de présupposés et d'implicites qui rendrait inutile ou redondant la présence de certains propos. Par exemple, si un patient se présente pour régler une difficulté et qu'un médicament est la solution à cette difficulté, il deviendrait inutile pour le médecin dans un tel contexte d'énoncer que le médicament qu'il prescrit est la solution à la difficulté et qu'il s'attend à ce que le patient soit observant. La prescription ici se situe dans une pragmatique et non dans un contexte de connaissance du produit. Donc, la manière dont on parle du médicament fait en sorte qu'il y a une « économie » des propos à son égard. Si cette interprétation est exacte, il sera difficile d'augmenter les informations explicitement énoncées et il faudra agir sur la manière même de discuter des traitements si l'on désire en augmenter les fréquences. Dans le contexte de la relation de service qu'entretient le médecin avec le patient, le rôle du patient est de s'assurer qu'il peut mettre en application le traitement suggéré par le médecin (c'est-à-dire pour que traitement soit respecté, le patient doit être actif). Il devient raisonnable de croire que si le contexte est

pertinente, plus il participerait (Korsch et Harding, 1997). Nos données supportent cette explication pour plusieurs thèmes, comme par exemple la discussion de la « Posologie » et du « Nom du médicament » pour les médicaments que le patient connaît. En effet, le patient participe en général plus avec les actifs et les re-prescrits qu'avec les nouvellement prescrits. Quatrièmement, le style de communication « dominant » du médecin (Stewart & al., 2003; Street, 1991) limiterait la participation du patient. Le taux élevé de participation individuelle des médecins pourrait supporter ce type d'explication, en particulier dans le cas des nouvelles prescriptions. Enfin, les caractéristiques socio-démographiques des patients et des médecins (Street et Buller, 1988), le type de visite, initiale ou visite de suivi (Bertakis et Callahan, 1992), la durée et le contexte de la visite et enfin, l'état de santé du patient (Bertakis, 1977) sont autant d'explications possibles de la participation. Nous n'avons pas, dans cette recherche, vérifié l'impact de ces types de variables. Nous nous proposons de le faire dans une démarche ultérieure, car nous avons accès à plusieurs de ces données.

Conclusion

Nos données confirment en grande partie celles déjà publiées sur le sujet. La recherche en communication médecin-patient jusqu'ici s'est surtout consacrée à développer l'aspect interactif de la participation. Notre recherche visait d'abord à analyser la présence de contenus sur la médication et ensuite la participation de chacun des interlocuteurs au développement de ces contenus et non seulement qui des deux en assumait l'initiative. Nos résultats viennent allonger la liste des travaux qui confirment la pauvreté des échanges sur les médicaments en général, mais ils montrent aussi qu'en présence de contenus, la participation des interlocuteurs à ces contenus varie en fonction des différents thèmes et statuts des médicaments. Par

rapport aux explications déjà suggérées pour expliquer le peu de communication à propos de la médication, la contribution de cette recherche est de montrer qu'au delà des caractéristiques des entrevues, des patients et des médecins, les thèmes eux-mêmes et le statut du médicament influence la fréquence des discussions et le niveau de participation de chacun au contenu.

Dans une perspective prescriptive, il vaudrait sans doute mieux aborder systématiquement tous les thèmes inclus dans les lignes directrices du National Council on Patient Information and Education (2000) afin que les patients soient aptes à une utilisation optimale de leurs médicaments. Les barrières et les objections des cliniciens seront nombreuses à une telle suggestion. Malgré tout, à notre avis, il y a des informations minimales qui devraient être échangées et nous croyons que nous sommes bien en-deçà de ces minimums. Il faut donc augmenter l'information sur les catégories cliniques les plus importantes comme la « Posologie », la « Raison de la prise de médicament », les « Effets indésirables » et l'« Observance ». Il y a un manque criant d'études permettant de faire le lien entre la nature, le volume et la participation aux échanges lors de la consultation et le comportement d'observance dont la nature multifactorielle par ailleurs est reconnue. À l'heure actuelle, il est impossible de prédire à quelle amélioration de l'observance on peut s'attendre si le médecin donne toute l'information jugée nécessaire. En effet, plusieurs autres facteurs font que le patient ne passera pas nécessairement à l'action : (1) il peut être encore dans une phase de contemplation (Prochaska et Di Clemente, 1984), (2) il désireait seulement de l'information, (3) il juge sa situation supportable et attend qu'elle s'améliore naturellement, (4) il va mieux et ne voit plus la nécessité de suivre le traitement prescrit, etc. Il serait intéressant de pouvoir évaluer le comportement d'observance en fonction de différentes variables, dont la nature du médicament et du problème. Il serait intéressant de comparer les gains effectués sur les mesures de résultat lorsque le médecin verbalise

l'ensemble des informations pertinentes tout en tenant compte du temps supplémentaire requis lors de la consultation.

Enfin, les médecins invoquent souvent le fait que ce qui n'est pas dit la première fois pour un médicament le sera plus tard. Nos données nous montrent que cela est inexact, car les fréquences de discussion des thèmes demeurent faibles dans le cas des médicaments de statut actif et prescrit. En fait, ce que l'on observe est que si les médecins rediscutent de sujets, c'est peut-être dû à l'initiative des patients en co-participation avec eux ou en approuvant silencieusement lorsque le patient en parle seul. En général, la participation du patient est plus élevée que ce que nous attendions et, dans certains cas particuliers, elle domine celle des médecins. À notre avis, cela suffit pour cesser de présenter le patient comme passif. Il s'intéresse manifestement à ce qui le concerne plus directement et là où il a une connaissance ou une expérience du médicament, sa participation augmente.

Références

- Babrow, A. S., Hines, S. C., & Kasch, C. R. (2000). Managing uncertainty in illness explanation: An application of problematic integration theory. In B. B. Whaley (Ed.), *Explaining illness: Research, theory, and strategies*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bertakis, K. D. (1977). The communication of information from physician to patient: A method for increasing patient retention and satisfaction. *Journal of Family Practice*, 5, 217-222.
- Bertakis, K. D., Callahan, E. J. (1992). A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code. *Family Medicine*, 24(4), 307-311.
- Braddock, C. H., Edwards, K. A., Hasenberg, N. M., Laidley, T. L., & Levinson, W. (1999). Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. *Journal of the American Medical Association*, 282(24), 2313-2320.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango) *Social Science and Medicine*, 44(5), 681-692.

- Chewning, B., & Sleath, B. (1996). Medication decision-making and management: A client-centered model. *Social Science and Medicine*, 42(3), 389-98.
- Cline, C. M., Bjorck-Linne, A. K., Israelsson, B. Y., Willenheimer, R. B., & Erhardt, L. R. (1999). Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 1(2), 145-149
- Cockburn, J., Reid, A. L., & Sanson-Fisher, R. W. (1987). The process and content of general-practice consultations that involve prescription of antibiotic agents. *Medical Journal of Australia*, 147(7), 321-324.
- Coulter, A., Entwistle, V., & Gilbert, D. (1999). Sharing decisions with patients: Is the information good enough? *British Medical Journal*, 318, 318-322.
- Enlund, H., Vaino, K., Wallenius, S., & Poston, J. (1991). Adverse drug effects and the need for drug information. *Medical Care*, 29, 558-565.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York, NY: Dodd, Mead & Company.
- Freidson, E. (1970b). *Professional dominance: The social structure of medical care*. New York, NY: Atherton.
- Gardner, M. E., Rulien, N., McGhan, W. F., & Mead, R. A. (1988). A study of patients' perceived importance of medication information provided by physicians in a health maintenance organization. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 22, 596-598.

- Hammond, S. L. & Lambert, B. L. (1994). Communicating about Medications: Directions for research. *Health communication*, 6(4), 247-251.
- Healthy People 2000. (1991). Washington DC: Department of Health and Human Services (DHHS publication no (PHS) 91-50212).
- Heath, C. (1981). The opening sequence in doctor-patient interaction. In P. Atkinson & C. Heath (Eds.), *Medical work: Realities and routines* (pp. 71-90). Farmborough, England: Cambridge.
- Heath, C. (1980). On prescription-writing in social interaction. In R. Mapes (Ed.), *Prescribing practice and drug usage*. Londres: Croom Helm.
- Hoff, J. C. (1975). How often do consumers seek your advice on prescription OTC products? *Pharmacy Times*, 163, 52-55.
- Huston, M. M., & Blaha, J. D. (1991). Patients' recall of preoperative instruction for informed consent for an operation. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 73, 160-162.
- Iles, A. (2003). Giving patients choice puts more pressure on GPs, survey shows. *British Medical Journal*, 327(6), 522.
- Jones, W. L., Rimer, B. K., Levy, M. H., & Kinman, J. L. (1984). Cancer patients' knowledge, beliefs, and behavior regarding pain control regimens: Implications for education programs. *Patient Education and Counseling*, 5(4), 159-164.
- Katz, J., Daltroy, L. H., Brennan, T. A., & Liang, M. H. (1992). Informed consent and the prescription of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Arthritis and Rheumatology*, 35, 1257-1263.

- Kennedy, I. (2003). Patients are experts in their own field. The interests of patients and healthcare professionals are intertwined. *British Medical Journal*, 326, 1276-1277.
- Keown, C., Slovic, P., & Lichtenstein, S. (1984). Attitudes of physicians, pharmacists and laypersons toward seriousness and need for disclosure of prescription drug side effects. *Health Psychology*, 3, 1-11.
- Korsch, B. M. & Harding, C. (1997). *The intelligent patient's guide to the doctor-patient relationship. Learning to talk so your doctor will listen*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ley, P. (1977). Psychological studies of doctor-patient communication. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*. Oxford: Pergamon Press.
- Makoul, G., Arntson, P. & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science and Medicine*, 41(9), 1241-1254.
- McGrath, J. M. (1999). Physicians' perspectives on communicating prescription drug information. *Qualitative Health Research*, 9(6), 731-745.
- McGuire, L. C. (1996). Remembering what the doctor said: Organization and adults' memory for medical information. *Experimental Aging Research*, 22(4), 403-428.
- Morris, L. A. & Kanouse, D. E. (1982). Informing patients about drug side effects. *Journal of Behavior and Medicine*, 5, 363-373.

- Morris, L. A., Tabak, E. R., & Gondek, K. (1997). Counseling patients about prescribed medication: 12-year trend. *Medical Care*, 35(10), 996-1007.
- Myers, M. G., Cairns, J. A., & Singer, J. (1987). The consent form as a possible cause of side effects. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 42, 250-253.
- National Council on patient Information and education. (2000). *Educate before you medicate: talk about prescriptions*. <http://www.talkaboutrx.org>
- Parrott, R. (1994). Exploring family practitioners' and patients' information exchange about prescribed medications: Implications for practitioners' interviewing and patients' understanding. *Health Communication*, 6(4), 267-280.
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 53, 257-278.
- Pequet, B. A., Wegner, F., & Brown, J. I. (1984). *Prescription drugs: A survey of consumer use, attitudes and behavior*. Washington, DC: American Association of Retired Persons.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach, Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dorsey Professional Book.
- Quaid, K. A., Faden, R. R., Vining, E. P., & Freeman, J. M. (1990). Informed consent for a prescription drug: Impact of disclosed information on patient understanding and medical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 15, 249-259.

- Raynes, N. V. (1979). Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations. *Psychological Medicine*, 9(4), 671-679.
- Robinson, J. D. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communication*, 15(1), 27-57.
- Rosenberg, E., Lussier, M.-T., Beaudoin, C., Kirmayer, L., & Galbaud-Dufort, G. (2002). Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *General Hospital Psychiatry*, 24, 322-327.
- Rost, K., Roter, D., Bertakis, K., & Quill, T. (1990). Physician-patient familiarity and patient recall of medication changes. The Collaborative Study Group of the SGIM Task Force on the Doctor and Patient. *Family Medicine*, 22(6), 453-7.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1997). *From compliance to concordance. Toward shared goals in medicine taking*. London: RPSGB.
- Scherwitz, L., Hennrikus, D., Yusim, S., Lester, J., & Vallbona, C. (1985). Physician communication to patients regarding medications. *Patient Education and Counseling*, 7(2), 121-36.
- Sleath, B., Roter, D., Chewing, B., & Svarstad, B. (1999). Asking questions about medication: Analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical Care*, 37, 1169-1173.
- Sleath, B., Svarstad, B., & Roter, D. (1997). Physician vs patient initiation of psychotropic prescribing in primary care settings: A content analysis of audiotapes. *Social Science and Medicine*, 44(4), 541-548.

SPSS (1999). *SPSS Base 10.0: Applications Guide*. Chicago: SPSS Inc.

Stacy, R. & Spencer, J. (1999). Patients as teachers: A qualitative study of patients' views on their role in a community based undergraduate project. *Medical Education*, 33, 688-694.

Stevenson, F. A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Doctor-patient communication about drugs: The evidence for shared decision making. *Social Science and Medicine*, 50(6), 829-840.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam C. L., & Freeman, T. (2003). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Stewart, J. E. & Martin, J. L. (1979). Correlates of patients' perceived and real knowledge of prescription directions. *Contemporary Pharmacy Practice*, 2(3), 144-148.

Street, R. L. (1991). Information-giving in medical consultation: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science and Medicine*, 32, 541-548.

Street, R. & Buller, D. (1988). Patients' characteristics affecting physician-patient nonverbal communication. *Human Communication Research*, 15, 60-90.

Svarstad, B. (1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In Mechanic D. (Ed.), *The growth of bureaucratic medicine: An inquiry into the dynamics of patient behavior and the organization of medical care* (pp. 220-238). New York: John Wiley.

- Todd, A. D. (1993). A diagnosis of physician-patient discourse in the prescription of contraception. In S. Fisher & A. D. Todd (Eds.), *The social organisation of doctor patient communication* (pp. 183-212). Norwood, NJ: Ablex.
- Vilke, G. M., Marino, A., Iskander, J., & Chan, T. C. (2000). Emergency department patient knowledge of medications. *Journal of Emergency Medicine*, 19(4), 327-330.
- Wiederholt, J. B., Clarridge, B. R., & Svarstad, B. M. (1992). Verbal consultation regarding prescription drugs: Findings from a statewide study. *Medical Care*, 30(2), 159-173.

ARTICLE 4

Taux, indice et rôles dialogiques lors de la discussion des médicaments

Résumé

Contexte : La participation du patient aux discussions sur les traitements est mise de l'avant dans les modèles contemporains de relation médecin-patient.

Objectif : Décrire la participation du médecin et du patient aux discussions au sujet des médicaments lors de consultations en soins de première ligne.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive d'enregistrements audio de 462 entrevues médicales. La codification a été faite à l'aide de MEDICODE, un instrument validé d'analyse des échanges portant sur la médication. Trois indicateurs du degré de participation sont utilisés : le taux dialogique (échelle continue où une valeur entre 0 et 0.5 décrit un monologue et une valeur entre 0.5 et 1 décrit un dialogue), l'indice dialogique (échelle catégorielle à 4 valeurs, 0,1,2 et 3, permettant de décrire la répartition, en pourcentage, des différents rôles dialogiques joués par les deux interlocuteurs) et la prépondérance d'initiative (échelle continue variant de -1 marquant une prépondérance patient à +1 marquant une prépondérance médecin).

Résultats : Les taux dialogiques moyens ne dépassent pas 0,32, qu'il s'agisse d'un médicament nouveau prescrit, represcrit ou simplement discuté indiquant des situations monologiques. La prépondérance d'initiative revient au médecin pour les nouveaux prescrits (0.84) et les represcrits (0.48). Pour les thèmes désignation, posologie, mise en garde et observance, le taux dialogique moyen varie de façon significative ($p < 0,05$) et la prépondérance d'initiative favorise le médecin sauf pour l'observance. Pour les autres thèmes, les taux dialogiques moyens sont en deçà de 0,5 indiquant des monologues et ne varient pas de façon significative. Cependant, la

prépondérance d'initiative favorise tantôt le médecin (entre 0.5 et 1,0 : effets anticipés) et tantôt le patient (entre 0,2 et -1.0 : effets observés et attitudes/émotions). Les analyses catégorielles ont permis d'identifier quatre rôles communicationnels adoptés par les interlocuteurs lors de la discussion des divers thèmes : attentif, informateur, participant et instigateur.

Conclusion : Les facteurs suivants sont avancés pour expliquer les comportements communicationnels observés : (1) les connaissances du patient au sujet du médicament, (2) l'expertise du médecin, (3) l'expérience du patient au sujet du médicament et (4) l'acte de prescrire du médecin. Nous discutons des limites de cette recherche à la lumière d'une critique inspirée de l'analyse conversationnelle.

Impacts sur la pratique : Sensibiliser les cliniciens à l'insuffisance des informations données au patient ainsi qu'à sa faible implication dans la discussion des médicaments. Cette recherche identifie des situations de parole où des changements de comportement des cliniciens à l'égard des échanges sur la médication sont souhaitables.

Contexte théorique

État de la recherche sur les discussions entre patients et médecins au sujet de la médication

La prescription de médicaments occupe, sans contredit, une place de premier plan dans la relation qui s'établit entre un patient et un médecin. Rabin et Bush (1975) nous apprennent que deux tiers des visites médicales s'accompagnent de prescriptions de médicaments et que l'image du médecin est étroitement associée à la médication. Plus récemment, quelques études ont mis en évidence que les médicaments étaient abordés dans une grande proportion des entrevues (Britten et Ukoumunne, 1997; Cockburn et Pitt, 1997; Stevenson, Barry, Britten, Barber et Bradley 2000; Straand et Rokstand, 1999; Webb et Lloyd, 1994). Pourtant, jusqu'à présent, la majorité des études descriptives répertoriées sur la discussion des médicaments limitent leur recherche aux nouvelles prescriptions. Le comportement communicationnel des médecins et des patients lorsqu'ils échangent sur des renouvellements ou simplement sur des médicaments dont le patient fait usage n'a malheureusement pu être documenté de façon approfondie, car cet aspect est très peu couvert dans la documentation (Sleath, Svarstad et Roter 1997; Stevenson & al., 2000). Il semble cependant raisonnable de penser que l'usage fait du médicament devrait influencer le discours tenu à son propos au moment de la consultation. Ceci correspond à l'avis du groupe d'experts (médecin, pharmacien, psychologues) nous ayant conseillés dans le développement de MEDICODE, notre outil de codification.

Ainsi, très peu de recherches ont examiné la nature et l'intensité des discussions entre patients et médecins au sujet de la médication. Malgré des méthodologies qui varient grandement d'une étude à l'autre et qui rendent parfois difficile la comparaison et la synthèse des résultats, il n'en

ressort pas moins une vue d'ensemble assez précise que nous présentons ci-après.

Échange d'information au sujet des médicaments

L'échange d'information durant la consultation médicale reste le principal moyen permettant aux patients de consentir de façon éclairée au traitement et de prendre le médicament de façon appropriée. Cependant, différentes études (Makoul, Arntson et Schofield, 1995; Morris, Tabak et Gondek 1997; Scherwitz, Hennrikus, Yusim, Lester, et Vallbona, 1985; Sleath, Roter, Chewning et Svarstad, 1999; Svarstad, 1976) pointent vers le fait que la communication autour de la médication serait particulièrement pauvre au cours d'entrevues médicales.

Selon Hammond et Lambert (1994), une communication inadéquate expliquerait que 55 % des patients dévient de façon non intentionnelle de leur prescription. Également selon Svarstad (1976), lorsque des médicaments sont prescrits, 20 % de ces prescriptions ne s'accompagnent d'aucune instruction verbale et, dans le tiers des cas, le médicament n'est pas nommé et aucune information explicite sur son but n'est transmise au patient. Weiderholt, Clarridge et Svarstad (1992) montrent que dans le cas des nouvelles prescriptions, entre 17 % et 30 % des médecins ne donnent aucune instruction verbale. En 1994, Parrott observe pour sa part que les médecins généralistes de son échantillon nomment peu les médicaments se contentant de parler du « médicament » ou de la « prescription ». Pour ce qui est de la posologie des médicaments, des instructions verbales explicites sont rares et les médecins n'abordent pas de façon explicite les bénéfices escomptés. De plus, aucun des patients de l'étude ne s'est informé sur le mécanisme d'action du médicament ni dans combien de temps un effet serait apparent.

Les patients ne demandent aucune clarification. Les informations sur les effets secondaires potentiels des médicaments sont révélées à des degrés variables. Elle note la pauvreté du discours et elle souligne la passivité des patients.

Des résultats similaires sont rapportés dans différentes études (Cockburn 1987; Makoul & al., 1995; Scherwitz & al., 1985; Sleath & al., 1999; Stevenson & al., 2000; Svarstad 1976; Waitzkin 1985). En particulier, Makoul & al. (1995) concluent leur étude en décrivant le médecin comme se préoccupant peu, dans les faits, de l'opinion du patient ni des barrières potentielles à l'actualisation de la prescription. Les patients pour leur part sont décrits comme passifs, offrant peu leur opinion ou initiant rarement la discussion sur un aspect du traitement. La convergence des résultats des études citées nous permet de croire qu'ils reflètent une réalité répandue.

Ces résultats seraient d'autant plus inquiétants qu'on assiste actuellement à un mouvement où l'on délaisse l'approche traditionnelle à l'égard du patient -qualifiée de paternaliste- pour une approche plus participative comme l'approche centrée sur le patient (Chewning et Sleath, 1996; Stewart & al., 2003) ou encore celle de la « prise de décision partagée » (Charles, Gafni et Wheland, 1997; Stevenson & al., 2000). Ce mouvement s'inscrit dans la redéfinition et l'élargissement du rôle du médecin où on s'attend à ce qu'il intervienne sur le style de vie des patients (Callahan et Bertakis, 1992), alors qu'anciennement les attentes se limitaient au traitement des maladies. On conçoit dorénavant la rencontre entre le médecin et son patient comme la rencontre entre deux experts, l'un en clinique et l'autre à propos de sa vie (Kennedy, 2003) où chacun est appelé à contribuer de son point de vue à l'entrevue. Ces modifications des attentes vis-à-vis du médecin supposent le développement d'habiletés communicationnelles accrues de la part de ce dernier.

Méthodes d'analyse de la communication médecin-patient

Plusieurs méthodes ont été développées pour analyser l'entrevue médicale. De celles-ci, 44 ont été récemment révisées par Boon et Stewart (1998). La codification des dimensions interactives de la consultation y est généralement bien développée. On peut mentionner le *Verbal Response Modes* de Stiles (1978) comme une des méthodes de codification de l'interaction la plus raffinée et celle de Roter (1995), le *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) comme l'une des plus fréquemment utilisées à cause de sa simplicité. Toutefois, la codification du contenu spécifique des échanges n'est pas très développée dans ces méthodologies. Des catégories très générales du type « condition médicale », « traitement », « condition psychosociale » ou « style de vie » ne permettent pas de décrire avec précision les échanges portant sur les médicaments. Pour cette raison, nous avons développé une méthodologie spécifiquement destinée à décrire les contenus associés à la discussion des traitements médicamenteux. De plus, bien que l'accent soit mis ici sur le contenu, nous nous sommes donné une mesure simple de la participation de chacun des interlocuteurs au développement de ces contenus, en identifiant, entre autres, qui initie les propos sur la médication.

L'objectif poursuivi dans cet article est de décrire les contributions des patients et des médecins au contenu sur la médication lors de consultations en soins de première ligne. Plus spécifiquement, les variations observables en rapport au dialogue de prescription selon les thèmes abordés et le statut des médicaments discutés (voir la définition plus loin).

Méthode

Devis de recherche

Il s'agit d'une étude descriptive d'enregistrements audio d'entrevues médicales entre des patients et des médecins généralistes.

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique et de la recherche de l'hôpital Cité de la Santé de Laval.

Participants

La présente étude porte sur 462 entrevues qui ont été sélectionnées à partir d'une banque d'enregistrements audio de 1011 entrevues médicales entre médecins généralistes et leurs patients de 15 cliniques de médecine générale de la grande région de Montréal. Elles ont été enregistrées entre 1996 et 1997 dans le cadre d'une étude sur le rôle de la communication médecin-patient dans la détection de la détresse psychologique par les médecins généralistes (Rosenberg, Lussier, Beaudoin, Kirmayer et Galbaud-Dufort, 2002). Les enregistrements ont été faits durant le cours normal des activités cliniques. Les médecins et les patients ne connaissaient pas l'objectif de l'étude originale et, a fortiori, ne connaissaient pas les objectifs de la présente étude. On leur avait dit qu'il s'agissait d'une étude pour mieux comprendre comment les médecins généralistes communiquent avec leur patient au sujet de divers problèmes de santé.

Deux critères ont guidé la sélection des entrevues pour la présente recherche : (1) la présence d'un indice de détresse psychologique élevé ou (2) un âge de 60 ans ou plus. Nous avons identifié 305 entrevues avec des

patients ayant obtenu une cote positive à la version de 28 items du questionnaire *General Health Questionnaire* (GHQ -28) (Goldberg et Williams, 1991), et 157 consultations de personnes âgées de 60 ans ou plus. La validation de MEDICODE étant un des objectifs prioritaires de cette démarche doctorale, nous avons cherché ainsi à maximiser la présence de discussion de médicaments dans les entrevues. Selon l'Enquête sociale et de santé (Papillon, Laurier, Bernard et Baril, 2001), les patients ayant un indice de détresse psychologique élevé consommeraient davantage de médicaments. En effet, le nombre moyen de patients qui rapportent n'utiliser aucun médicament est de 4 % inférieur dans le groupe sans détresse (38,8 % vs 43,6 %) alors qu'il y a 4 % de plus de personnes avec détresse qui rapportent utiliser trois médicaments ou plus (22,9 % vs 18,9 %). Pour ce qui est de la consommation de médicaments par les personnes âgées, plusieurs sources indiquent qu'il s'agit d'une consommation supérieure à celle de la population d'âge adulte. Tamblyn et Perreault (1998) rapportent que les personnes de 65 ans ou plus font honorer en moyenne 29,8 ordonnances par année (pour sept médicaments différents). Ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui seraient les principaux consommateurs de médicaments (28 à 40 % de toutes les ordonnances émises). La dernière enquête québécoise sociale et de santé révèle qu'il y aurait 51,3 % des personnes de 65 ans ou plus qui déclarent consommer trois médicaments ou plus alors que ce chiffre atteint 27,1 % chez les 45-64 ans (Papillon & al., 2001).

Instrument

Une grille de codage du discours sur les médicaments : MEDICODE

La grille de codage MEDICODE a été conçue par l'auteur puis validée auprès d'un comité d'experts formé de psychologues, médecins et

pharmaciens. Il s'agit d'un outil descriptif, dédié à l'analyse (thématique) du contenu du discours portant sur la médication dans le contexte de consultations médicales en milieu naturel (milieu de pratique courante). Il s'agit ici d'un discours professionnel. La méthode convient aussi bien à des entrevues enregistrées en format audio que vidéo. Elle ne nécessite pas de transcription verbatim.

Unité d'observation

Dans cette recherche, nous avons choisi le médicament (au niveau de la classe pharmacologique) comme unité d'observation, notre prémisse générale étant que le discours à propos d'un médicament devrait varier en fonction des caractéristiques du médicament discuté. Nous croyons que ni le type d'entrevue ni la personnalité du médecin ne devraient avoir autant d'influence que la nature de la médication sur le discours à son propos.

Codage

Statut du médicament

Le médicament discuté peut appartenir soit à l'une des trois catégories de statut suivantes : nouveaux prescrits, represcrits et médicaments actifs discutés.

La façon dont on aborde un médicament en consultation (de n'importe quelle classe) devrait varier en fonction de l'évolution du problème et de son traitement. Ainsi, si un médecin en est à renouveler la prescription d'un médicament connu par le patient, il est probable qu'il ne tienne pas les mêmes propos que s'il s'agit d'un nouveau médicament. C'est cette conviction qui nous a conduit à considérer le statut du médicament dans

l'entrevue. Nous avons défini trois statuts possibles pour les médicaments : nouveaux prescrits, reprécrits et médicaments actifs discutés. Un médicament nouveau prescrit correspond à une nouvelle médication qui fait l'objet d'une première ordonnance lors de la consultation. Un médicament reprécrit correspond à un médicament que le patient consomme actuellement et qui fait l'objet d'un renouvellement d'ordonnance lors de la consultation. Un médicament actif discuté correspond à un médicament consommé actuellement et qui ne nécessite pas de renouvellement de l'ordonnance durant la consultation.

Catégories du discours sur la médication

Les échanges portant sur la médication ont été codés en 32 thèmes distincts. Ces thèmes ont été regroupés en dix blocs thématiques (voir Tableau 1). De ces blocs, huit ont été définis à partir des lignes directrices du National Council on Patient Information and Education (2000) sur ce qui doit être mentionné à propos des médicaments prescrits. D'une part, à cause des données accablantes sur l'observance (Haynes, 2001) et d'autre part, à cause de l'importance des aspects plus affectifs associés à la prise de médicaments (Coombs & al., 1995; Leventhal et Cameron, 1987), nous avons ajouté à la proposition initiale deux autres blocs portant sur l'observance et l'expression d'attitudes ou d'émotions par rapport à la médication.

Procédure de codage

Le codeur écoute l'enregistrement de l'entrevue. Dès la première fois qu'un médicament est abordé, il ouvre une fiche pour ce médicament spécifique. Tout au long de l'entrevue, il note verbatim la ou les appellations du

Tableau 1

Blocs thématiques et thèmes spécifiques qui s'y rattachent

Blocs thématiques	Thèmes
Désignation	Médicament nommé Présentation du médicament Classe du médicament nommé
Effet principal anticipé	Effet prévu sur symptômes Action du médicament
Effet principal observé	Contrôle du problème Effet observé sur symptômes
Effet indésirable anticipé	Effets indésirables possibles Précaution vs premier effet indésirable possible Gravité premier effet indésirable possible Probabilité premier effet indésirable possible
Effet indésirable observé	Effets indésirables observés Gravité premier effet indésirable observé Incidence premier effet indésirable observé Précaution vs premier effet indésirable observé
Mise en garde	Contre-indications au médicament Interactions médicamenteuses Allergie/intolérance au médicament
Posologie	Instruction sur posologie Prendre au besoin seulement Délai d'effet sur symptômes Durée de prescription Ajustement de posologie Opinion vs puissance médicament
Indication à reconsulter	
Observance	Observance de la prescription Engagement à l'observance Conséquences de non-observance
Attitudes/émotions	Attitudes vs le médicament Objections vs le médicament Doutes sur l'effet du médicament Inquiétudes vs le médicament

médicament de la part du médecin et du patient. Il y note également le(s) problème(s) de santé discuté(s) en rapport avec le médicament. Tant que l'écoute de l'entrevue n'est pas terminée, le codeur utilise l'ensemble des informations pertinentes dans l'entrevue pour compléter ses fiches « médicament ».

Pour chacun des propos tenus sur la médication ou sur le problème de santé, le codeur repère un descripteur thématique approprié et son statut. Le codeur indique également qui a initié les propos sur ce thème (une mesure de participation au discours). La validité et la fidélité de l'instrument ont été documentées et sont satisfaisantes (voir chapitre sur la validation de MEDICODE).

Types de mesures issues de MEDICODE

Mesures dialogiques

Pour chacun des thèmes abordés, le discours peut être codé comme un monologue initié par l'un ou l'autre des interlocuteurs ou comme un dialogue initié par l'un ou par l'autre. De cette mesure, nous pouvons générer différentes descriptions des comportements verbaux ou indicateurs des interlocuteurs: un indice dialogique, un taux dialogique, une prépondérance d'initiative et des rôles dialogiques.

Indice dialogique

Nous avons développé un indice dialogique, pour le patient et pour le médecin, sur une échelle dialogique en 4 points. Par exemple, nous établissons l'indice dialogique d'un médecin, sur un thème abordé pour un

médicament donné, de la façon suivante : la valeur 0 est accordée lorsqu'il est silencieux et que le patient monologue sur le thème, la valeur 1 lorsqu'il fait lui-même un monologue sur le thème, la valeur 2 lorsqu'il participe à un dialogue sur le thème initié par le patient, et la valeur 3 lorsqu'il initie un dialogue avec le patient sur le thème. L'indice dialogique d'un patient est calculé de la même manière : nous lui accordons la valeur 0 lorsqu'il est silencieux et que le médecin monologue, la valeur 1 lorsqu'il fait lui-même un monologue sur le thème, la valeur 2 lorsqu'il participe à un dialogue initié par le médecin sur le thème, et la valeur 3 lorsqu'il initie un dialogue avec le médecin sur le thème. Dans cette échelle, une valeur de 1 (monologue sur le thème) est donc plus dialogique que 0 (silence) tout simplement par qu'elle marque une participation à l'échange; et elle est moins dialogique que 2 parce qu'elle n'est pas partie d'un dialogue.

En moyenne, par catégorie de participants, un indice de 0 indique une valeur dialogique nulle pour ces participants sur le thème abordé (systématiquement silencieux); et plus leur indice moyen s'approche de la valeur 3, plus il sous-tend une valeur dialogique supérieure (jusqu'à systématiquement instigateurs d'un dialogue).

Le développement d'une telle échelle dialogique issue de la transformation des données sur la participation à la discussion et sur l'initiative du discours a été jugé utile essentiellement pour permettre de graduer du même coup le poids respectif de la participation et de l'initiative des interlocuteurs. C'est aussi une mesure qui permet de rendre compte de l'interdépendance du phénomène dialogique, c'est-à-dire que l'on ne dialogue jamais seul. Par exemple, si le médecin initie un dialogue, le patient doit nécessairement de son côté participer au dialogue initié par le médecin pour que l'on puisse qualifier l'échange de dialogue.

Taux dialogique

Le taux dialogique est obtenu par la somme des indices dialogiques des deux interlocuteurs. Le taux se situe entre les valeurs 1 et 5. Le taux dialogique de la dyade médecin-patient sur le thème indique si l'ensemble des propos échangés sur un thème tient plutôt du monologue (valeur entre 1 et 3) ou du dialogue (entre 3 et 5). En moyenne, plus la valeur de cette mesure est supérieure à 3, plus les échanges ont été caractérisés par le dialogue et plus la valeur est inférieure à 3, plus les échanges ont été caractérisés par le monologue. Pour faciliter la manipulation du taux, ces valeurs ont été transposées sur une échelle variant de 0 à 1 dans laquelle les valeurs sous 0.5 correspondent au monologue et les valeurs au-dessus de 0.5 correspondent au dialogue.

Prépondérance d'initiative

La différence entre l'indice dialogique des médecins et celui des patients sur un thème correspond à la prépondérance d'initiative. On obtient alors lequel des deux interlocuteurs a dominé en termes d'initiative sur ce thème. À cause de la composition de l'indice dialogique, l'écart maximal est de 1. Le groupe qui obtiendrait une valeur de 1 aurait toujours pris l'initiative. Notons que la supériorité des médecins sera marquée du signe « plus » et la supériorité des patients du signe « moins ». Par exemple, si l'écart est de -1 , les patients ont toujours pris l'initiative. La valeur 0 indiquerait que les participants ont pris l'initiative également sur ce thème et la valeur $+1$ indique que les médecins ont toujours pris l'initiative.

Rôles dialogiques

Jusqu'à présent, nous avons considéré nos indicateurs (indice dialogique, taux dialogique et prépondérance d'initiative) comme des mesures sur une échelle continue. Cependant, nous pouvons aussi les considérer comme des valeurs catégorielles et, ainsi, établir des fréquences pour chacune des catégories discrètes. Cette opération nous permet de définir ce que nous avons appelé les « rôles dialogiques ».

Attentif

Ainsi, la valeur 0 sur l'échelle dialogique désigne l'écoute, donc une plus grande fréquence de 0 indiquera, que le patient ou le médecin a le rôle d'être attentif pendant que son vis-à-vis donne de l'information. Ainsi, pour chaque thématique, lorsque l'un des interlocuteurs est attentif, l'autre sera nécessairement informateur dans la même proportion.

Informateur

La valeur 1 sur l'échelle dialogique indique que l'interlocuteur donne de l'information, mais sans engager de dialogue. Donc une plus grande fréquence de 1 indiquera, que le patient ou le médecin a un rôle d'informateur pendant que son vis-à-vis est attentif. Ainsi, pour chaque thématique, lorsque l'un des interlocuteurs est informateur, l'autre sera nécessairement attentif dans la même proportion.

Participant

La valeur 2 sur l'échelle dialogique indique que l'interlocuteur participe à un dialogue, mais sans l'avoir initié. Donc une plus grande fréquence de 2 indiquera, que le patient ou le médecin a un rôle de participant au

dialogue pendant que son vis-à-vis est un instigateur de dialogue. Ainsi, pour chaque thématique, lorsque l'un des interlocuteurs est participant, l'autre sera nécessairement instigateur dans la même proportion.

Instigateur

La valeur 3 sur l'échelle dialogique indique que l'interlocuteur initie un dialogue. Donc, une plus grande fréquence de 3 indiquera, que le patient ou le médecin a un rôle d'instigateur du dialogue pendant que son vis-à-vis est un participant au dialogue. Ainsi, pour chaque thématique, lorsque l'un des interlocuteurs est instigateur du dialogue, l'autre sera nécessairement participant dans la même proportion.

De la sorte, pour un thème ou un bloc de thèmes donné, on peut décrire la répartition, en pourcentage, des différents rôles dialogiques joués par chacun des interlocuteurs. Prenons par exemple la discussion du bloc thématique « Posologie » dans le cas des médicaments de statut actif discuté. On constate, dans l'exemple rapporté au Tableau 2, que les fréquences de comportements des deux interlocuteurs sont identiques pour les rôles complémentaires à l'intérieur du discours monologique d'une part et du discours dialogique d'autre part.

Le discours est qualifié de monologique lorsque les interlocuteurs jouent les deux rôles complémentaires suivants : attentif et informateur. Le discours est qualifié de dialogique lorsque les interlocuteurs jouent les deux rôles complémentaires suivants : participant et instigateur de dialogue.

Tableau 2

Exemple de répartition des rôles dialogiques, en pourcentage, pour le bloc thématique « Posologie » pour les médicaments de statut actifs discutés

Rôles dialogiques	Médecins	Patients
Attentif	34,5 %	31,3 %
Informateur	31,3 %	34,5 %
Participant	14,3 %	20,0 %
Instigateur	20,0 %	14,3 %

Analyses statistiques

Des données descriptives sur les caractéristiques des participants et sur le matériel communicationnel (thèmes abordés et statuts des médicaments) ont d'abord été générées.

Le taux dialogique, une de nos mesures de participation au contenu, est la proportion de dialogues sur les items du bloc thématique. Constituée à partir d'une donnée dichotomique (monologue ou dialogue) sur chaque thème d'un bloc (en moyenne trois à quatre thèmes par bloc), la variable taux dialogique n'est pas continue et la distribution des mesures ne suit pas une courbe normale. Nous avons donc appliqué le test de Wilcoxon, un test non paramétrique sur échantillons indépendants. Ce choix implique un risque plus élevé de faire une erreur de type II, c'est-à-dire celle d'accepter l'hypothèse nulle en présence d'une différence réelle. En ce sens, il s'agit d'un test conservateur. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

La prépondérance d'initiative, une autre de nos mesures de participation au contenu, fait essentiellement l'objet de description de moyennes par bloc thématique. Cette donnée est présentée à titre indicatif. La variable n'a pas été implantée au niveau de l'unité d'analyse, c'est-à-dire au niveau de chaque thème pour chaque médicament. Nous n'avons donc

pas de mesure de dispersion des données requises pour appliquer un test de signification statistique. Nous nous en tiendrons à l'évaluation globale des différences.

Résultats

Caractéristiques des participants

Caractéristiques des médecins participants

Les caractéristiques de l'échantillon de médecins sont rapportées au Tableau 3. Au nombre de 40, les médecins, 17 femmes (42,5 %) et 23 hommes (57,5 %), se partagent les 462 entrevues incluses dans cette étude. Ainsi, en moyenne, chaque médecin a contribué à 11,6 entrevues. L'âge moyen des médecins est de 39,4 ans (de 26 à 51 ans) et ils présentent, en moyenne, 14,5 années de pratique. Il s'agit de médecins généralistes d'expérience, exerçant en cabinet.

Tableau 3

Caractéristiques des médecins de l'échantillon ($n = 40$)

Nombre moyen d'entrevues par médecin (ÉT)	11,6 (5,7)
Âge moyen (ÉT)	39,4 (6,3)
% 25-34 ans	22,5
% 35-44 ans	52,5
% 45-54 ans	25,0
Nombre moyen d'années de pratique (ÉT)	14,5 (5,9)
% 1-9 ans	15
% 10-19 ans	65
% 20 ans et plus	20

Caractéristiques des patients participants

Le Tableau 4 rapporte les principales caractéristiques des 462 patients qui ont été inclus dans l'échantillon. Les femmes représentent 65,4 % alors que les hommes représentent 34,6 % de l'échantillon. La moyenne d'âge des patients est assez élevée à 52,4 ans (de 18 à 94 ans) à cause de la surreprésentation volontaire du groupe des 60 ans et plus. Près de 50 % de l'échantillon déclare avoir un diplôme de niveau technique/collégial ou supérieur. Les entrevues étaient effectuées dans un contexte de rendez-vous dans 78 % des cas et les patients étaient majoritairement (84 %) connus du médecin.

Tableau 4

Caractéristiques des patients de l'échantillon ($n = 462$)

Âge moyen (ÉT)	52,4 (17,9)
% 18-34 ans	21,1
% 35-49 ans	21,3
% 50-64 ans	24,0
% 65 et plus	33,3
Niveau d'éducation (%)	
Primaire ou moins	16,2
Secondaire	35,9
Technique/collégial	24,5
Universitaire	20,6
Autre diplôme ou inconnu	2,8
Type de rendez-vous (%)	
Rendez-vous	78
Sans rendez-vous	22
Degré de connaissance (%)	
Très bien connus	24,5
Assez bien connus	32,9
Peu connus	27,3
Inconnus	15,4

Les médicaments

Aperçu général

Des 462 entrevues de notre échantillon, 40 entrevues (8,7 %) ne contiennent aucune discussion de médicaments. Au total, 1643 médicaments ont été répertoriés dans les 422 entrevues avec discussion pharmacologique. On compte ainsi une moyenne de 3,9 médicaments par entrevue, d'un minimum d'un à un maximum de 21 médicaments. Cette moyenne est généralement plus élevée chez les patientes que chez les patients (4,2 médicaments vs 3,3) et elle a également tendance à être plus élevée en fonction de la durée du problème lié à la consultation (3,30 médicaments si problème aigu, 3,71 médicaments si problème de courte durée et 4,47 médicaments si problème chronique). Dans l'ensemble, moins de 1 % des médicaments abordés n'ont pu être identifiés et donc classés.

Statuts

Des trois catégories de médicaments retenus, les médicaments de statut actif discuté représentent la majorité des médicaments répertoriés (61,6 %), alors que les médicaments represcrits et les nouveaux prescrits représentent respectivement 23,3 % et 15,1 % de l'ensemble.

Thèmes

Le nombre moyen de thèmes abordés par médicament varie en fonction du statut. Ainsi, nous observons une moyenne de 2,8 thèmes par médicament du statut actif discuté, de 3,5 thèmes par médicament du statut represcrit et de 4,0 thèmes par médicament du statut nouveau prescrit ($F = 29,607$, $p < .001$). Par ailleurs, l'on note que 54,4 % de l'ensemble des thématiques abordées le sont dans le cadre de discussion de médicaments

de statut actif discuté alors que les médicaments des deux autres statuts comptent pour 26,1 % (represcrit) et 19,5 % (nouveau prescrit).

Indicateurs de participation au contenu : le taux dialogique et la prépondérance d'initiative pour l'ensemble des blocs de thèmes

Le Tableau 5 rapporte, pour les médicaments de statut actif discuté, represcrit et nouveau prescrit respectivement, la moyenne des taux dialogiques et de la prépondérance d'initiative pour l'ensemble des blocs de thèmes. Le Tableau 6, qui indique la proportion des cas de discours par bloc thématique en fonction des statuts est inclus à titre de rappel seulement afin que le lecteur puisse avoir sous les yeux les données relatives à la fréquence de discussion de ces thèmes qui ont fait l'objet du chapitre précédent. Le Tableau 7 présente les données relatives aux rôles dialogiques du médecin. Les Figures 1 et 2 positionnent les trois statuts de médicaments et les dix blocs de thèmes sur deux axes qui correspondent au taux dialogique (axe des x) et la prépondérance d'initiative (axe des y). Plus spécifiquement, la Figure 1 regroupe les thèmes qui présentent une différence significative sur le taux dialogique et la Figure 2 regroupe les thèmes qui ne présentent pas de différence significative sur le taux dialogique.

Taux dialogique

La moyenne du taux dialogique dans le cas des trois statuts ne dépasse pas la valeur 0,32 ce qui indique que nous avons affaire en général à des situations monologiques (Tableau 5). Les médicaments de statut nouveau prescrit présentent le taux dialogique le plus faible (0,11), taux qui marque la présence d'un discours monologique. Cependant, les actifs discutés et les represcrits qui ont respectivement un taux de 0,28 et 0,32 s'approchent du point d'équilibre entre dialogue et monologue. Ce point se situe à 0,5.

Prépondérance d'initiative

En général, pour la prépondérance d'initiative, nous observons une différence entre les statuts (Tableau 5). Si pour les médicaments actifs discutés nous observons presque un équilibre entre l'initiative du patient et

Tableau 5
Taux dialogique et prépondérance d'initiative pour chaque bloc thématique en fonction des trois statuts des médicaments

Blocs thématiques	Mesures de participation						
	Taux dialogique				Prépondérance d'initiative		
	Actifs discutés	Re-prescrits	Nouveaux prescrits	Test de Wilcoxon	Actifs discutés	Re-prescrits	Nouveaux prescrits
Désignation	0,33	0,39	0,12	b*** c***	0,33	0,68	0,85
Effet principal anticipé	0,04	0,06	0,04		0,64	0,83	0,93
Effet principal observé	0,37	0,40	0,20		-0,17	0,14	0,20
Effet indésirable anticipé	0,10	0,10	0,17		0,70	0,73	0,78
Effet indésirable observé	0,27	0,37	0,00		-0,45	-0,19	0,00
Mise en garde	0,59	0,80	0,30	c*	0,39	0,60	0,80
Posologie	0,33	0,35	0,08	b*** c***	0,02	0,62	0,91
Indication à reconsulter	0,08	0,06	0,12		0,97	0,96	0,92
Observance	0,29	0,59	0,57	a**	-0,02	0,31	1,00
Attitudes/émotions	0,05	0,02	0,11		-0,37	-0,79	-0,53
Moyenne	0,28	0,32	0,11		0,15	0,48	0,84

a Test de différence significatif entre les actifs discutés et les re-prescrits.

b Test de différence significatif entre les actifs discutés et les nouveaux prescrits.

c Test de différence significatif entre les re-prescrits et les nouveaux prescrits.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Tableau 6
Proportion (%) des cas de discours par bloc thématique
en fonction des statuts

Blocs thématiques	Statuts			
	Tous (<i>n</i> = 1492)	Actifs discutés (<i>n</i> = 643)	Represcrits (<i>n</i> = 243)	Nouveaux prescrits (<i>n</i> = 158)
Désignation	87,9	90,0	95,9	77,8
Effet principal anticipé	19,5	11,4	16,5	53,8
Effet principal observé	24,7	32,7	33,3	3,2
Effet indésirable anticipé	8,2	6,8	7,0	16,5
Effet indésirable observé	7,6	7,3	11,9	0,0
Mise en garde	4,6	3,4	2,1	11,4
Posologie	43,8	42,5	58,4	75,9
Indication à reconsulter	12,5	9,0	18,9	35,4
Observance	5,8	6,7	12,8	4,4
Attitudes/émotions	14,7	16,2	17,3	10,8

celle du médecin (0,15), nous observons que l'initiative médecin augmente chez les represcrits (0,48) et l'initiative est presque seulement celle du médecin dans le cas des nouveaux prescrits (0,84).

On peut donc soutenir qu'il existe, lorsque nous considérons l'ensemble des blocs thématiques, des différences importantes de comportement entre les différents statuts de médicaments et, plus particulièrement, entre les nouveaux prescrits, d'une part, et les actifs/represcrits, d'autre part.

PREPONDERANCE.

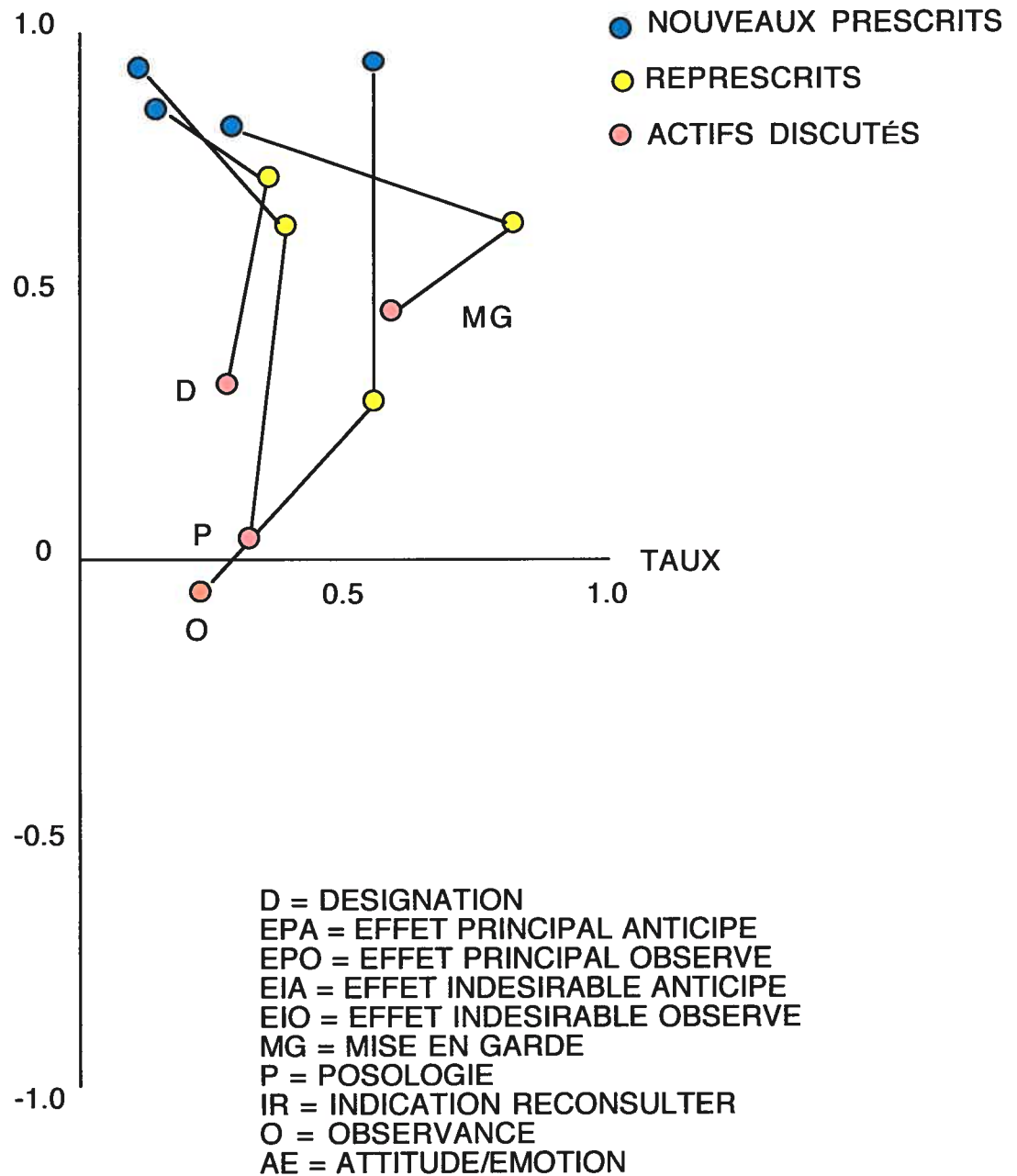


Figure 1. Distribution des thèmes en fonction du taux dialogique, de la prépondérance, d'initiative et des statuts pour les thèmes où il y a une différence significative pour les taux.

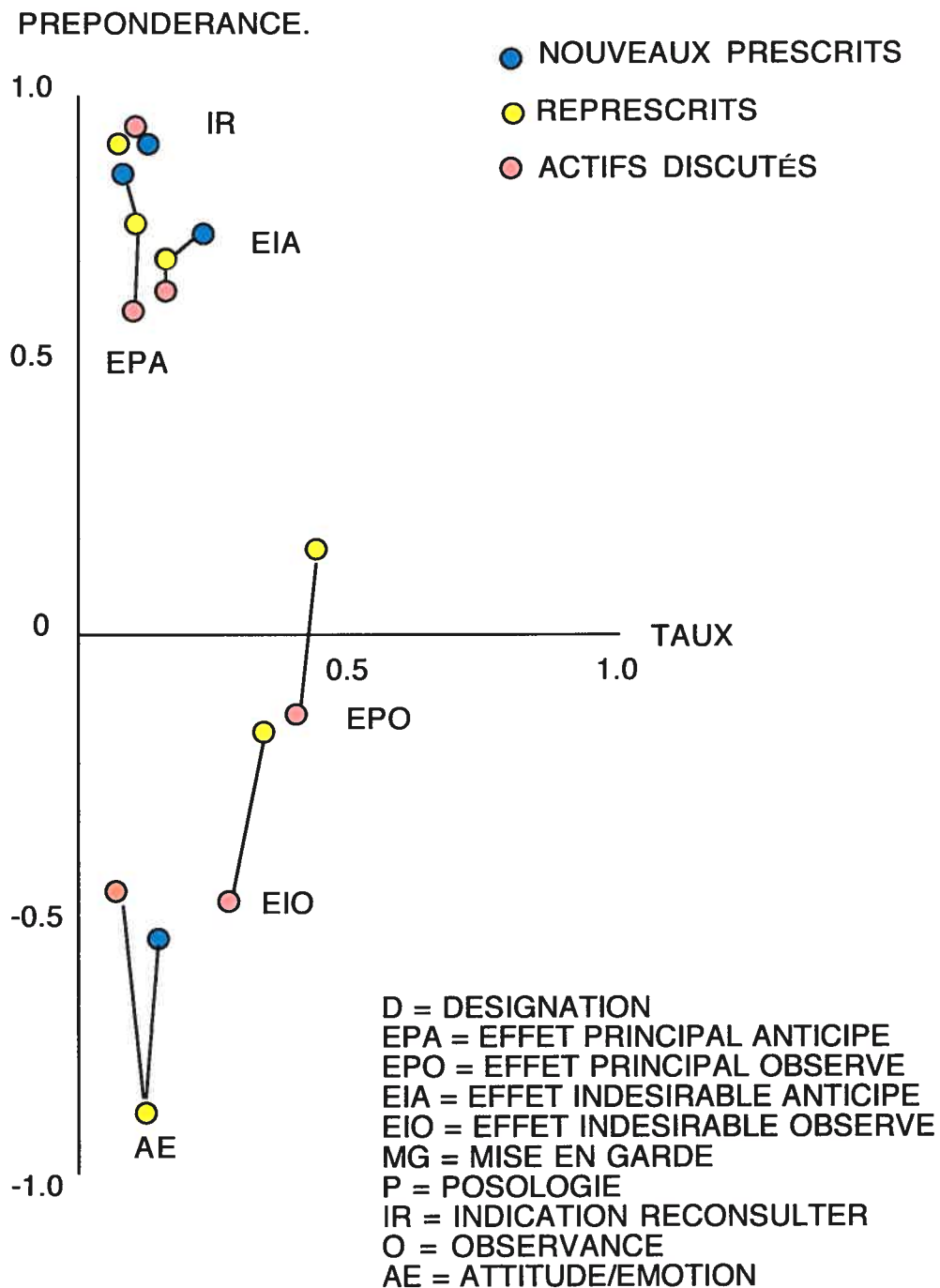


Figure 2. Distribution des thèmes en fonction du taux dialogique, de la prépondérance d'initiative et des statuts pour les thèmes où il n'y a pas de différence significative pour les taux.

Tableau 7
Proportion (%) de cas de discours par rôle dialogique du médecin et par bloc thématique en fonction des trois statuts

Blocs thématiques	Statut ^a	Rôle du médecin			
		Attentif	Informateur	Participant	Instigateur
Désignation	Actif discuté	31,7	34,5	1,9	32,0
	Renouvellement	13,2	47,6	2,7	36,5
	Nouvelle prescription	6,2	80,8	1,1	11,9
Effet principal anticipé	Actif discuté	15,9	79,3	2,4	2,5
	Renouvellement	4,3	89,2	4,3	2,2
	Nouvelle prescription	2,1	93,6	1,1	3,2
Effet principal observé	Actif discuté	49,1	13,9	9,7	27,3
	Renouvellement	39,5	20,9	3,5	36,0
	Nouvelle prescription	40,0	40,0	0,0	20,0
Effet indésirable anticipé	Actif discuté	9,1	80,3	6,0	4,5
	Renouvellement	3,3	86,7	10,0	0,0
	Nouvelle prescription	3,7	79,6	7,4	9,3
Effet indésirable observé	Actif discuté	58,5	13,0	14,3	14,3
	Renouvellement	50,0	11,3	9,1	29,6
	Nouvelle prescription	0,0	0,0	0,0	0,0
Mise en garde	Actif discuté	8,7	34,8	21,8	34,8
	Renouvellement	0,0	20,0	20,0	60,0
	Nouvelle prescription	0,0	65,0	10,0	25,0
Posologie	Actif discuté	34,5	31,3	14,3	20,0
	Renouvellement	10,5	56,4	8,3	24,8
	Nouvelle prescription	1,0	90,8	3,4	4,9
Indication à reconsulter	Actif discuté	0,0	91,4	1,7	6,9
	Renouvellement	0,0	93,5	2,2	4,3
	Nouvelle prescription	0,0	87,5	3,6	8,9
Observance	Actif discuté	47,3	25,5	3,7	23,6
	Renouvellement	28,6	23,8	14,3	33,3
	Nouvelle prescription	0,0	42,9	0,0	57,1
Attitudes/émotions	Actif discuté	66,4	27,9	2,2	3,6
	Renouvellement	87,2	10,7	2,1	0,0
	Nouvelle prescription	70,6	17,6	5,9	5,9

^a Actif discuté, n = 643; renouvellement, n = 243; nouvelle prescription, n = 158.

Indicateurs de participation au contenu : le taux dialogique et la prépondérance d'initiative par blocs de thèmes

Dans cette section, nous avons retenu la stratégie de présentation des résultats en fonction des trois regroupements suivants :

- 1- Les taux dialogiques qui varient significativement d'un statut à l'autre.
- 2- Les taux dialogiques qui ne varient pas, mais qui présentent une prépondérance d'initiative du médecin élevée.
- 3- Les taux dialogiques qui ne varient pas, mais qui présentent une prépondérance d'initiative du médecin basse.

Taux dialogiques qui varient significativement d'un statut à l'autre

Considérons d'abord les variations du taux dialogique pour les blocs thématiques « Désignation », « Mise en garde », « Posologie » et « Observance ». À la Figure 1, nous observons que le taux dialogique des médicaments actifs discutés et reprécrits se comporte de manière semblable alors que le taux diminue pour les nouveaux prescrits. Nous observons également une prépondérance d'initiative du médecin dans les quatre cas.

Pour le bloc « Désignation », il existe une différence significative ($p < 0,001$) entre le taux dialogique des médicaments reprécrits et actifs discutés d'une part, et les nouveaux prescrits d'autre part (Tableau 5 et Figure 1). Le médecin est informateur dans 80 % des cas des nouveaux prescrits alors qu'il est instigateur plus fréquemment dans les cas des actifs discutés et des reprécrits (Tableau 7).

Pour le bloc « Mise en garde », nous observons des différences marquées ($p < 0,05$) entre les reprécrits qui affichent un taux dialogique

très élevé de 0,80 et les nouveaux prescrits avec un taux de 0,30. Les actifs discutés occupent une position intermédiaire à 0,59. Ils ne se distinguent pas en termes de taux dialogique des deux autres statuts, ils se distinguent cependant en termes de prépondérance d'initiative, qui est la moins élevée (Tableau 5 et Figure 1). Pour les reprécrits, le médecin joue un rôle d'instigateur dans 60 % des cas alors que pour les nouveaux prescrits, il est informateur dans 65 % des cas (Tableau 7).

Une autre différence importante concerne le bloc thématique « Posologie » où, les actifs discutés et les reprécrits semblables l'un à l'autre (0,33 et 0,35), sont cependant tous les deux différents des nouveaux prescrits (0,08) ($p < 0,001$). Si on retrouve des éléments dialogiques (voir Figure 1) dans le cas des actifs discutés et des reprécrits, ils sont, à toute fin pratique, absents chez les nouveaux prescrits. En effet, dans le cas de ces derniers, le médecin joue un rôle d'informateur dans 90,8 % des cas comparativement à 31,1 % pour les actifs discutés et 56,4 % pour les reprécrits (voir Tableau 7). Par ailleurs, la prépondérance d'initiative augmente des actifs discutés, où le patient et le médecin partagent l'initiative (0,02), aux reprécrits (0,62) et aux nouveaux prescrits (0,91) où la dominance du médecin s'installe. Par rapport aux deux autres statuts, on constate que dans le cas des actifs discutés le médecin est plus fréquemment dans un rôle attentif (34,5 %).

Dans le cas du bloc « Observance », nous identifions une différence significative entre les actifs discutés où le taux dialogique est de 0,29 et les reprécrits où le taux est de 0,59 ($p < 0,01$). Le taux pour les nouveaux prescrits est aussi élevé (0,57) que pour les reprécrits mais, comme la fréquence de cette catégorie est très faible (4,4 % des cas), les comparaisons ne sont pas significatives (Tableau 5). Pour les actifs discutés, la prépondérance d'initiative est partagée entre le patient et le médecin, ce qui se traduit par le médecin qui est attentif dans près de 50 %

des cas alors que pour les represcrits, il ne l'est que dans 28,6 % des cas (Tableau 7).

Taux dialogiques qui ne varient pas, mais qui présentent une prépondérance d'initiative médecin élevée

Les thèmes qui ne présentent pas de variation sur les taux dialogiques (Figure 2) se distinguent en deux groupes selon lesquels des interlocuteurs ont peu à dire. Considérons ici le cas où c'est le patient qui a peu à dire.

Les blocs thématiques « Effets anticipés » (principal et indésirable) et « Indication à reconsulter » sont caractérisés par un taux dialogique relativement faible (inférieur à 0,12) qui varie très peu d'un statut à l'autre (voir Tableau 5 et Figure 2). La prédominance d'initiative du médecin y est très élevée dans tous les cas, le médecin jouant le rôle d'informateur dans plus de 80 % des cas (Tableau 7).

Taux dialogiques qui ne varient pas en fonction des statuts, mais qui présentent une prépondérance d'initiative patient élevée

Rappelons d'abord que les effets observés (principal et indésirable) ne peuvent être discutés qu'en relation avec les médicaments de statut actif discuté ou represcrit. On attribue ici le 0,8 % des cas répertoriés sous le bloc de thème effet principal observé pour les nouveaux prescrits à des erreurs ou encore certaines subtilités de codification.

Pour le bloc « Attitudes/Émotions », « Effets observés » (principal et indésirable), nous n'observons aucune différence significative du taux dialogique entre les statuts (Tableau 5). Pour le bloc « Attitudes/Émotions », le taux dialogique est très faible pour les trois

statuts de médicaments (0,02 à 0,11) et la prépondérance d'initiative revient au patient dans tous les cas (-0,37 à -0,79). Ce sont les cas où c'est le médecin qui a peu à dire. Cependant, on peut noter une inversion de la prépondérance d'initiative habituelle pour le médecin au moment de la prescription. En effet, pour le thème « Attitudes/émotions », l'initiative du médecin diminue lors des prescriptions. En termes de rôle, on constate que pour les actifs discutés, le médecin est attentif dans 66,4 % des cas et informateur dans 27,9 % des cas. Dans le cas des prescrites, le médecin est attentif dans 87,2 % des cas. Les nouveaux prescrits, bien que peu nombreux, se profilent entre les deux autres. Les patients sont donc très actifs et jouent le plus souvent le rôle d'informateur (Tableau 7).

Dans le cas des « Effets observés », bien que les taux dialogiques soient plus élevés que pour l'expression d'« Attitudes/émotions », la prépondérance d'initiative revient encore au patient, en particulier pour les actifs discutés et les prescrites. En effet, le médecin est attentif dans plus de 40 % des cas.

Discussion

Dans ce travail, nous avons considéré l'ensemble des discussions sur les médicaments ayant lieu dans le cadre d'une consultation en soins de première ligne. Contrairement à plusieurs études dans ce domaine, nous ne nous sommes pas limités à l'examen du discours autour d'une nouvelle prescription (Makoul & al., 1995; Parrot, 1994; Stevenson & al., 2000). Il y a plusieurs raisons à ce choix. En soins de première ligne, où les patients peuvent être suivis par le même médecin généraliste pendant plusieurs années, la prescription d'un nouveau médicament est un événement relativement moins fréquent que le renouvellement ou

simplement la discussion de médicaments (Britten et Ukoumunne, 1997; Cockburn et Pitt, 1997; Webb et Lloyd, 1994). En effet, une majorité de patients y ont un suivi de maladies chroniques pour lesquelles les mêmes médicaments sont prescrits d'une visite à l'autre. Dans le maintien d'un comportement comme celui de la prise continue d'un ou de plusieurs médicaments, il est souhaitable qu'il y ait des occasions de renforcement de ce comportement par le médecin tout au long de la vie de prescription. De plus, Scherwitz & al. (1985) et Sleath & al. (1997) ont montré que les comportements varient en fonction du statut de la médication. Nos propres données confirment ces observations.

Pour décrire les discussions sur la médication au cours des consultations en médecine générale, nous avons retenu dans MEDICODE les thèmes suggérés par le National Council on Patient Education (2000) auxquels nous avons ajouté deux autres thèmes, la discussion des « Attitudes/émotions » et de l'« Observance ». Ces derniers thèmes nous sont apparus essentiels à la lumière des données de recherche. Les études sur l'observance de Haynes, McDonald et Garg (2002), McDonald, Garg et Haynes (2002), DiMatteo (1994) et Tamblyn et Perreault (1998) indiquent que les médecins vérifient peu l'utilisation que les patients font des médicaments et les recherches de Leventhal et Cameron (1997) et de Prochaska et Di Clemente (1984) soulignent l'importance des dimensions affectives dans l'adoption et le maintien de nouveaux comportements. Notre méthode de codification couvre un vaste répertoire de contenus qu'il est recommandé d'aborder en consultation lorsqu'un médicament est utilisé. Évidemment, nous ne nous attendons pas à ce que l'ensemble des thèmes soit abordé à chaque fois qu'un médicament est discuté. L'originalité de notre méthode réside également en ce qu'elle nous permet d'identifier, en plus des thèmes, trois statuts qui décrivent le médicament discuté en fonction de l'histoire de son utilisation. Une autre particularité de MEDICODE est que la dimension interactive est d'emblée définie en

complémentarité, c'est-à-dire en fonction de l'autre interlocuteur. Ainsi, nous identifions deux paires de rôles interactifs en fonction de la contribution respective au développement du contenu thématique de chacun des interlocuteurs : instigateur et participant, informateur et attentif. En plus de coder en complémentarité, nous attribuons une valeur aux différents comportements sur une échelle dialogique : l'instigateur ayant la plus grande valeur dialogique et l'attentif la moins grande valeur dialogique. Cette approche se distingue des méthodes de codification comme le RIAS de Roter (1995) ou le VRM de Stiles (1978) dans lesquelles les comportements médecin et patient sont codés séparément. Il faut procéder à la sommation de chacune des catégories de comportements interactifs pour pouvoir comparer leur contribution respective.

Les données issues des études sur les fréquences d'occurrence de contenu (Makoul & al., 1995; Parrot, 1994; Stevenson & al., 2000) ou sur les fréquences de comportements interactifs (Hall, Roter et Katz, 1988; Sleath & al., 1997) sont de peu d'utilité pour comprendre le taux dialogique et la prépondérance d'initiative qui sont des mesures originales de la participation à l'élaboration du contenu. En contraste avec ce que ces chercheurs ont fait, notre analyse porte non pas sur la fréquence des catégories thématiques ou interactives, mais sur la manière dont les thèmes sont discutés, peu importe leur fréquence d'apparition.

Malgré cette distinction fondamentale, les résultats de notre recherche vont dans le même sens que les résultats déjà publiés en ce qui a trait à la pauvreté relative du discours sur les médicaments au cours de l'entrevue. Nos résultats cependant permettent de dégager des *patterns* de discussion en fonction des thèmes abordés et du statut des médicaments et jettent ainsi un nouvel éclairage sur toute la question de la discussion des médicaments. En effet, nos résultats montrent que, par rapport à la discussion des médicaments en entrevue, les comportements des

interlocuteurs sont complexes et qu'ils varient à plusieurs niveaux : la différence de fréquence des thèmes abordés, le degré de contribution de chacun des interlocuteurs au contenu et qui assume l'initiative d'aborder la thématique.

Taux dialogiques et la prépondérance d'initiative

Globalement, nous observons que, quel que soit le statut du médicament, les taux dialogiques sont faibles et que nous demeurons généralement dans le domaine du monologue médecin. Toutefois, nos comparaisons plus fines nous ont permis d'identifier que ce comportement n'est pas uniforme. En effet, le taux dialogique varie en fonction des statuts et des thèmes. De plus, nous montrons que la prépondérance d'initiative, qui reste majoritairement une prépondérance à initier du médecin, varie également en fonction des statuts et des thèmes.

Sur l'ensemble des blocs thématiques, nous croyons que nos données expliquent pourquoi les patients rapportent le sentiment d'être ignorés ou que leur point de vue ne soit pas pris en compte par le médecin (Stewart & al., 1999). Un taux dialogique bas indique qu'il n'y a pas engagement du partenaire dans un échange sur les contenus. En particulier, nous observons des monologues par les patients à propos de leurs attitudes/émotions vis-à-vis de la médication. Ceci signifie que lorsque les patients expriment des attitudes ou qu'ils abordent des contenus émotifs au sujet des médicaments, ces contenus ne sont pas repris par les médecins.

Stewart & al. (1999) rapportent les aspects de la communication qui ont été démontrés favorables à l'observance en particulier et à l'état de santé: l'échange d'information, la négociation des attentes, le rôle actif du

patient dans l'échange et la sensibilité de la part du médecin. L'examen de nos résultats révèle : (1) qu'il y a peu d'échange d'informations sur les médicaments, (2) qu'il y a peu de négociation, car il y a peu de dialogue, (3) que la participation du patient, en fonction des thèmes et des statuts de médicament, est cependant plus élevée qu'anticipé et (4) qu'il y a peu de sensibilité exprimée par le médecin, en particulier lorsque le patient aborde des attitudes ou des émotions par rapport aux médicaments. On peut ainsi affirmer que nos observations sur la communication avec le patient à propos de la médication ne respectent pas l'ensemble des facteurs qui ont été identifiés dans la littérature comme des comportements favorisant l'observance et l'amélioration de l'état de santé.

Thèmes avec différence du taux dialogique

Considérons maintenant de façon plus détaillée la signification des variations observées pour les quatre blocs de thématiques de la Figure 1 : « Désignation », « Posologie », « Mise en garde » et « Observance » pour lesquels il y a des variations significatives du taux dialogique en fonction des statuts du médicament. Ces thèmes nous semblent intéressants à analyser séparément, car ils ont une double variation du taux dialogique et de la prépondérance d'initiative.

Désignation

Pour la « Désignation », le taux dialogique indique un discours plutôt monologique quelque soit le statut considéré. Pour ce qui est des actifs discutés, et des represcrits, nous observons globalement la même participation au dialogue. Les médecins se comportent de façon semblable pour les deux statuts : ils sont surtout informateurs et instigateurs. Dans

ces deux cas, la probabilité que le patient connaisse la désignation des médicaments est plus élevée puisqu'il en fait usage. La distinction entre ces deux statuts de médicaments se situe donc au niveau de l'acte de rédiger une ordonnance pour les reprécrits. Cette responsabilité expliquerait le rôle légèrement plus actif que le médecin joue dans le cas des reprécrits.

Pour les nouveaux prescrits, la situation change. Comme il s'agit d'une nouvelle prescription, le patient n'a pas d'expérience du médicament. Il ne connaît pas sa désignation. Dans une telle situation, le rôle du médecin est d'être informateur. Il n'est plus instigateur d'une co-contribution au contenu et il n'est plus attentif puisque le patient ne connaît pas la désignation de ce nouveau médicament.

Mise en garde

Le taux dialogique indique un discours plutôt dialogique pour ce bloc thématique, en particulier pour les statuts actif discuté et reprécrit. Il faut cependant interpréter les données avec prudence dans le cas des reprécrits, car la fréquence de ce bloc thématique est très faible pour ce statut (voir Tableau 7). Le taux dialogique des actifs discutés et des reprécrits s'explique par la combinaison des rôles de participant et d'instigateur.

Si la prépondérance d'initiative médecin est relativement élevée, même pour les médicaments actifs discutés et reprécrits, c'est probablement parce que la mise en garde relève directement du savoir médical et que c'est la responsabilité du médecin de prévenir un patient de difficultés potentielles avec l'usage du médicament. Lorsque le patient a une expérience du médicament, les taux dialogiques sont plus élevés. Ceci

pourrait s'expliquer par le fait que la mise en garde a probablement déjà été faite auparavant, elle est donc connue du patient. Dans ce cas, le patient peut contribuer à la production de ce contenu dans l'entrevue. Ici encore l'acte de prescription du médecin serait ce qui distingue les actifs discutés et les reprécrits pour ce qui est du taux.

Pour les nouveaux prescrits, le taux dialogique diminue et indique un *pattern* plus monologique que pour les deux premiers statuts. La prépondérance d'initiative médecin augmente, car le médecin joue essentiellement un rôle d'informateur et, dans une moindre mesure, d'instigateur. Mais il demeure moins instigateur de co-contribution au contenu que pour les actifs discutés et les reprécrits. Donc, nous sommes en présence d'un effet combiné de la non-connaissance du patient et de l'engagement de la responsabilité du médecin lorsqu'il pose un nouvel acte de prescription.

Posologie

Lors de la prescription d'un nouveau médicament, le taux dialogique du thème « Posologie » est un des plus faibles de l'ensemble des thèmes et la prépondérance d'initiative relève presque totalement du médecin. Ce dernier joue le rôle d'informateur, presque à l'exclusion de tout autre comportement. Dans ce cas, le médecin a l'entière responsabilité d'expliquer au patient la posologie et de s'assurer d'être compris. La compréhension du patient est essentielle au consentement éclairé et pour qu'il prenne le médicament correctement (Sleath & al., 1999; Stevenson & al., 2000).

Par ailleurs, si le taux dialogique des actifs discutés et des reprécrits est relativement semblable, la prépondérance d'initiative est davantage

médecin dans le cas des represcrits. Pour les actifs discutés, les comportements du médecin se répartissent de façon assez uniforme entre les quatre rôles et les patients contribuent davantage à la discussion probablement en partie à cause de la connaissance et de l'expérience qu'ils ont du médicament. Pour les represcrits, par contre, le médecin est surtout informateur. C'est la fréquence élevée de ce rôle qui fait hausser la prépondérance d'initiative médecin dans ce cas. Lorsque le médecin pose l'acte de prescription, il engage directement sa responsabilité professionnelle, alors, il initie plus souvent et donne plus d'informations.

Observance

Le taux dialogique indique un discours plutôt dialogique pour l'observance, pour les médicaments du statut represcrit. Lorsque comparés aux actifs discutés, le médecin participe davantage à des contenus initiés par le patient pour les represcrits. En effet, l'information que le patient initie (rôle patient instigateur : 14,3 %) est reprise par le médecin (rôle médecin participant: 14,3 %) ce qui explique l'atteinte d'une légère dominance du dialogue sur le monologue pour les represcrits. Ce résultat reflète possiblement l'importance pour le médecin d'obtenir l'engagement du patient de manière plus active au moment de la prescription du médicament.

Malgré un taux dialogique de 0,57, il est difficile de tirer des conclusions sur la nature dialogique des propos étant donné le faible nombre d'occurrences (7/158 cas) de cette catégorie indiquant la quasi-absence de propos sur l'observance lors des nouvelles prescriptions. Cette observation nous incite à penser que le médecin prend pour acquis que le patient fera compléter la prescription et qu'il ne perçoit pas le besoin d'anticiper les problèmes d'observance. Or, dans le cas de nouvelles

prescriptions, il paraît souhaitable de parler de l'observance, car il y a un manifestement des problèmes sérieux à cet égard. Ainsi, Berg, Dischler, Wagner, Raia et Palmer Shevlin (1993) synthétisent les résultats de plusieurs enquêtes auprès d'usagers et rapportent qu'environ 20 % des nouvelles prescriptions ne sont jamais remplies. Les raisons invoquées par les patients sont nombreuses, mais au-delà de 50 % affirment qu'ils croyaient ne pas en avoir besoin, que le médicament n'aiderait pas ou qu'ils ne désiraient tout simplement pas les prendre. Une question de la part du médecin au sujet de l'intention de prendre le médicament prescrit aurait pu identifier un certain nombre de ces problèmes et permettre l'amorce d'une discussion. Si respecter la prescription équivaut, pour le médecin, à appliquer la solution au problème pour lequel le patient consulte, dans les faits, il y a toute une variété de raisons de consultations non explicites qui font que le patient n'est pas nécessairement prêt à suivre le traitement proposé dans le cadre de la consultation (Hanner et Witek, 1995; Premi, Shannon et Tougas, 1997). De plus, même si la solution proposée paraît satisfaisante dans le contexte du bureau du médecin, il est manifestement difficile pour un patient de prendre un médicament sur une base régulière, en particulier pour des maladies asymptomatiques ou pour des périodes prolongées. Il devient donc intéressant d'envisager toute nouvelle prescription de médicament comme un changement de comportement ayant de multiples impacts sur le quotidien du patient. L'implantation d'un nouveau comportement nécessite support et conseil. Le médecin aurait donc avantage à explorer cette dimension. Il serait donc souhaitable d'aborder le propos vis-à-vis de l'observance en termes de guidance anticipatoire.

Thèmes sans différence de taux dialogique

Considérons maintenant la Figure 2 de façon plus détaillée afin de mieux dégager la signification des variations observées. Cette figure regroupe les six blocs de thématiques (« Effet principal anticipé », « Effet principal observé », « Effet indésirable anticipé » et « Effet indésirable observé », « Attitudes et émotions », « Indication de reconsulter ») pour lesquels, d'une part, les taux dialogiques sont plutôt bas indiquant une tendance au monologue et pour lesquels, d'autre part, les variations du taux dialogique en fonction des statuts du médicament ne sont pas significatives. On y distingue deux regroupements de thématiques en fonction du locuteur qui a la prépondérance d'initiative : 1) prépondérance d'initiative médecin (« Effet principal anticipé », « Effet indésirable anticipé », « Indication de reconsulter »); 2) prépondérance d'initiative patient ou partagée (« Effet principal observé », « Effet indésirable observé » et « Attitudes et émotions »).

Thèmes à prépondérance d'initiative médecin élevée

L'examen des données relatives aux rôles permet de constater que, pour ces trois blocs de thèmes, le médecin adopte essentiellement le rôle d'informateur. Dans ce cas, on peut penser que les thèmes portant sur l'anticipation des effets des médicaments et des raisons de reconsulter relèvent presque exclusivement de la responsabilité et du savoir professionnel du médecin, quel que soit le statut de la médication discutée.

Thèmes à prépondérance d'initiative patient élevée

Pour les deux statuts, represcrit ou actif discuté, on observe un comportement où le médecin est essentiellement soit attentif, soit

instigateur. Cependant, le médecin est un peu moins attentif et un peu plus instigateur dans le cas des represcrits où il doit poser un geste, soit celui de rédiger une ordonnance. Bien que les effets observés relèvent de la compétence et de l'expérience du patient, le médecin doit pouvoir les documenter s'il veut bien traiter ce dernier. Il doit s'assurer d'avoir l'information nécessaire. Il a avantage, dans le cas d'une prescription, à engager le patient sur ce sujet et non d'attendre que le sujet se présente naturellement. On peut dire qu'il y a une nécessité de l'action pour le médecin.

Pour le bloc thématique « Attitudes et émotions », le faible taux dialogique indique un discours plutôt monologique pour tous les statuts de médicament considérés. La prépondérance d'initiative favorise nettement le patient. Le médecin ici adopte le rôle attentif dans tous les cas et, en particulier, pour les represcrits. En effet, l'expression des émotions relève de l'expérience du patient qui a la compétence pour en parler. Si le médecin semble réceptif à ce contenu, il n'y a pas, par ailleurs, d'indication qu'il cherche à engager la discussion sur ce terrain. Une hypothèse que nous pouvons avancer pour rendre compte de cette observation renvoie à la perception du médecin qu'il n'est pas dans un contexte psychothérapeutique où il est pertinent d'explorer ces dimensions. Or, ce sont précisément ces dimensions qui constituent des barrières majeures à la prise des médicaments (Leventhal et Cameron, 1987). En ce sens, les médecins ne semblent pas intervenir activement pour développer ces contenus, ce qui serait un préalable à la discussion de solutions appropriées.

Facteurs explicatifs du taux dialogique et de la prépondérance d'initiative

Nous proposons ici quatre facteurs pouvant être à l'origine de l'ensemble des variations observées des taux dialogiques et de la

prépondérance d'initiative : 1) la connaissance du patient au sujet du médicament; 2) la compétence clinique du médecin; 3) l'expérience du patient et 4) l'exercice de la responsabilité clinique du médecin par la rédaction d'une ordonnance.

La connaissance du patient au sujet du médicament est un facteur qui évolue en fonction de l'histoire de l'usage du médicament, c'est-à-dire du statut du médicament. Pour un médicament nouveau prescrit, le patient a peu ou pas de connaissances à son propos et pour les médicaments actifs discutés ou represcrits, le patient possède certaines connaissances à leur propos. La connaissance qu'a un patient à propos des médicaments expliquerait jusqu'à quel point celui-ci peut s'engager avec le médecin dans une contribution au contenu. Ce facteur serait donc surtout en relation avec la variation du taux dialogique. Si l'implication du patient est associée à sa connaissance du médicament, on a tout lieu de croire que cette implication augmentera au cours des prochaines années à cause de la plus grande accessibilité des informations via les médias et l'internet (Fostier, sous presse; Gask et Usherwood, 2002). Les thèmes les plus influencés par ce facteur seraient : la « Désignation », la « Posologie », les « Mises en garde » et l'« Observance ».

Le deuxième facteur que nous identifions est celui de la compétence clinique du médecin. Ce facteur touche des sujets relevant des champs de compétence du médecin qui sont peu ou pas partagés avec le patient. Dans ces cas, c'est donc de la responsabilité du médecin de tenir un discours à leur égard. Il s'agit surtout de monologues médecin, initiés par celui-ci. Ainsi, nous observons que, pour les thèmes « Effet principal anticipé », « Effet indésirable anticipé » et « Indication à reconsulter », il y a très peu de variation en fonction du taux dialogique et de la prépondérance d'initiative. Le taux dialogique est très faible et l'initiative médecin est très

élevée. La discussion de ces thèmes relève davantage de l'expertise clinique du médecin.

Le troisième facteur que nous identifions est celui de l'expérience du patient (pour l'opposer au premier facteur, la connaissance). Les thèmes affectés par ce facteur sont les suivants : « Effet principal observé », « Effet indésirable observé » et « Attitudes et émotions ». Dans ces trois cas, les taux dialogiques sont semblables en fonction des statuts concernés. Cependant, la prépondérance d'initiative varie. Ainsi pour « Attitudes et émotions » et « Effet indésirable observé » nous avons une prépondérance patient pour les deux statuts de médicament. Dans le cas « Effet principal observé », il y a équilibre d'initiative entre le médecin et le patient. En effet, bien que relevant de l'expérience du patient, l'« Effet principal observé » fait partie des thèmes qui deviennent discutables lorsque le médecin doit prescrire le médicament, car il est relié à l'évaluation de l'efficacité (fait-il ce qu'il doit faire?) du médicament pour le patient. Ce qui reste non partagé, quel que soit le statut du médicament, est le thème « Attitudes/émotions », car ce thème relève strictement de l'expertise du patient et le médecin contribue rarement à l'élaboration de contenus sur ce thème.

Le quatrième facteur que nous proposons pour expliquer les résultats observés est celui de l'engagement de la responsabilité du médecin, à savoir l'acte de prescrire. La rédaction d'une ordonnance, qu'il s'agisse de la première fois ou d'un renouvellement pour un patient donné, serait en relation avec la prépondérance d'initiative du médecin, quelque soit le bloc thème. Dans le cas des nouveaux prescrits, tout est à faire, le médecin ne peut tabler sur la connaissance ni l'expérience du patient avec ce médicament. Le médecin porte donc toute la responsabilité. Dans le cas des represcrits, le médecin peut se reposer sur la connaissance et l'expérience du patient pour s'assurer que ses responsabilités sont acquittées. Lorsqu'il represcrit, la responsabilité du médecin est plus directement engagée que lorsqu'il aborde les actifs discutés. Ce serait pour cette raison

que, dans presque tous les thèmes (sauf « Attitudes/émotions »), la prépondérance du médecin est la plus basse pour les actifs discutés et qu'elle augmente pour les represcrits et les nouveaux prescrits.

Explication dialogique

En tenant compte de ces quatre facteurs, nous nous sommes posé la question suivante : est-ce que l'on peut s'attendre à plus de participation du patient sur le développement des thèmes reliés à la médication durant l'entrevue? Comme principe général, nous nous attendions à ce que ce soit le médecin qui introduise le sujet et que ce soit surtout lui qui contribue au contenu des divers thèmes. Les analyses de l'interaction (Roter & al., 1997; Sleath & al., 1999) et d'autres analyses de contenu (Fisher, 1983; Makoul, 1998; Makoul & al., 1995; Parrot, 1994; Waitzkin, 1984) pointent dans cette direction. Les raisons invoquées pour expliquer ces résultats, comme les relations de pouvoir entre patient et médecin, sont souvent extérieures à la nature de la communication. Il y en aurait une autre, davantage associée à la structure même de l'interaction, qui nous fait croire qu'il serait « normal » que la participation au contenu et l'initiative du patient pour proposer des contenus soient relativement faibles. Notre explication s'inspire du point de vue développé par Robinson (1998, 2001a, 2001b, 2003; Robinson et Stivers, 2001) qui suggère de comprendre la consultation médicale comme un système de « résolution de problème ». La relation médecin-patient serait une relation de type « service » dans laquelle un patient vient solliciter un service professionnel d'un expert fournisseur du service recherché. Cette situation peut évidemment varier en fonction, entre autres, de la nature de la raison de consultation (recherche de conseils, problème aigu ou chronique, de la présence d'une composante psychosociale, etc.), de la connaissance antérieure que le médecin a du patient ou du problème traité. Mais toujours, selon Robinson, être fournisseur d'un service est la

définition première de la relation médecin-patient. Les interlocuteurs communiqueraient leur disponibilité à collaborer l'un avec l'autre (Robinson, 2003) et comment chacun est disposé à le faire. Ainsi, médecin et patient coopéreraient activement à la définition de cette solution que nous appellerons le « cadre général de participation » dans lequel un « projet » sera défini (Robinson et Linell , 1998).

Le projet constitue une solution interactive au problème de santé exprimé par le patient et ceci dans le cadre général d'une organisation visant à répondre à des besoins de ce type. Chacun, dans ce projet partagé, a un rôle à jouer. Selon Robinson, une fois la demande du patient clarifiée, un processus de recherche de solution s'engagerait. La définition de la solution relèverait principalement du rôle du médecin, car sa tâche première serait d'obtenir du patient les informations pertinentes lui permettant de poser un diagnostic médical. Ici, le rôle du patient est d'aider le médecin dans sa quête d'information. Cette démarche pour trouver une solution se poursuit jusqu'à la fin de l'examen physique. À ce moment, idéalement, le médecin a une ou des hypothèses sur la nature des difficultés et des solutions à proposer. Il partage alors son diagnostic du problème avec le patient. Normalement, dans le cadre de ce projet de soins, une fois le problème identifié, on s'attend à ce que le médecin propose une solution en accord avec le cadre médical dans lequel il exerce sa profession. Le projet se trouverait alors complété. Il peut vouloir convaincre le patient d'accepter le traitement ou lui fournir de l'information supplémentaire, mais l'essentiel est complété.

Selon cette perspective, on peut comprendre que l'information sur le traitement ou le médicament soit minimaliste, car le médicament devient « *La-réponse-au-problème-que-vous-avez* ». Un « *Prenez ceci* » devient alors suffisant. Nommer le produit n'est pas nécessaire. De même, le médicament assurera « *la-disparition-des-symptômes-dont-vous-m'avez-*

parlé ». C'est l'équivalent de son effet principal. Il est donc inutile de nommer l'effet principal. Prendre le médicament est aussi « *ce-qu'il-doit-faire-pour-résoudre-le-problème* ». C'est l'équivalent de la posologie. Le médecin peut supposer que le patient a la volonté de suivre les instructions qu'il pourra lire sur le contenant. Dans le cas de l'observance, inutile aussi d'en parler puisque « *d'appliquer la solution* » est implicite dans la recherche de solution du patient. Une autre raison d'éviter de parler directement d'observance serait que, dans ce contexte, de soulever explicitement l'observance peut être perçu comme l'expression d'un doute de la part du médecin sur l'engagement du patient dans le projet commun, ce qui pourrait être vexant pour le patient, car l'expression de ce doute suppose qu'il n'est peut-être pas un bon patient.

On peut comprendre que les discours explicites peuvent être peu fréquents, car l'information est diffusée implicitement grâce au contexte. Cette information, de plus, est présentée dans un format qui soutient l'action du patient s'il désire appliquer la solution. Le patient peut, grâce à l'information disponible, régler son problème. En général, le patient ne tient pas à discourir longuement à propos du problème; le patient veut plutôt agir sur ce dernier. Il se situe dans une démarche essentiellement pragmatique. Dans la vie de tous les jours, a fortiori dans le contexte médical, le guide des conduites est d'abord l'action et non les contenus (Robinson, 2001).

Il serait alors normal que le patient initie moins souvent et qu'il contribue moins aux contenus lorsqu'il s'agit de productions verbales moins associées à son rôle de support du médecin en vue de réaliser le projet de soins. Une fois le problème énoncé par le patient, c'est le médecin qui est en charge. Cette situation correspond à ce que nous observons pour les médicaments nouveaux prescrits où le médecin est essentiellement informateur. Du point de vue de modèle trans-théorique de

changement de comportement de Prochaska et Di Climente (1984) et de Willey (1999), le patient serait alors encore dans un stade de contemplation ou même de précontemplation, mais engagé dans un processus visant à passer à l'action. Par contre, dans le cas des médicaments actifs discutés et represcrits, le patient est déjà passé au stade de l'action. Dans les deux cas, la solution au problème est déjà trouvée et le patient est plus actif. Cependant dans le cas des represcrits, la situation est intermédiaire entre actifs discutés et nouveaux prescrits. Le patient, dans ces deux cas, a une expérience du traitement. Il peut donc contribuer de manière significative et même prendre l'initiative. Il s'approche donc de plus en plus d'une relation de collaboration avec le médecin dans le but de contrôler ou de régler le problème. On peut constater que pour les actifs discutés et les represcrits, le rôle du médecin varie : il peut être attentif, participant et instigateur de dialogue et non seulement informateur comme pour les nouveaux prescrits. Le projet n'est plus de trouver une solution, elle est trouvée. Le projet s'est transformé en quelque chose du type : « *est-ce que l'on peut implanter cette solution et fonctionne-t-elle?* ».

Si cette explication dialogique s'avère exacte, on peut identifier deux conséquences fâcheuses du point de vue médical, soit la passivité interactive du patient et la pauvreté conceptuelle du patient entretenue par le médecin.

Passivité interactive du patient dans la discussion des médicaments

Dans le cas des médicaments nouveaux prescrits, le patient se trouve dans une situation relativement passive et en retrait par rapport à l'action. Il serait en phase de contemplation ou même de précontemplation (Prochaska et Di Clemente, 1984) et doit décider s'il passe ou non à l'action. Cette situation peut avoir comme conséquence qu'il ne se sente

pas engagé par les solutions proposées par le médecin. Ce n'est pas « sa » solution et il peut donc garder une certaine liberté à l'égard de cette proposition. Le médecin doit soutenir activement le passage à l'action s'il espère compléter le projet en sollicitant de façon explicite l'engagement du patient.

Dans le cas des médicaments actifs discutés et prescrits, le patient est passé à l'action et, dans cette mesure, il a déjà adopté la solution proposée. C'est donc sur cette base que peut se construire une collaboration plus active entre le patient et le médecin. Ici le médecin vise à aider le patient à gérer son traitement. Dans ces cas, il y a un nouveau projet qui se prolongera dans le temps.

Pauvreté conceptuelle du patient entretenue par le médecin

La pauvreté conceptuelle renvoie à la capacité réduite du patient de réfléchir et de manipuler les concepts liés aux médicaments. Il y aurait deux manières par lesquelles le patient n'est pas nourri conceptuellement, soit la faible fréquence à laquelle la majorité des thèmes sont abordés et, lorsqu'ils le sont, le médecin n'engage pas le patient dans la discussion des contenus.

Les données de la littérature sur la participation des patients à la consultation semblent confirmer les deux interprétations précédentes dans la mesure où elles montrent que lorsqu'il y a moins de participation du patient à la consultation, la satisfaction, le rappel de l'information et l'observance sont moins bons (Hall, Roter et Katz, 1988). Stewart (1995) et Michnie, Miles et Weinman (2003) ont montré que l'état de santé des patients (état fonctionnel, santé psychologique, indicateurs physiologiques

de tension artérielle et de glycémie) était meilleur dans les cas où le patient avait pu participer à la définition du problème et au traitement.

Nos données sur la participation au contenu viennent nuancer la relation tenue pour vraie jusqu'à maintenant, à savoir que si on augmente la participation du patient, on augmente l'observance. Nos données suggèrent que la participation du patient arrive naturellement lorsqu'il a quelque chose à dire et qu'il s'est déjà engagé dans la démarche de soins. La relation ne serait donc pas entre la participation et l'observance, mais entre la connaissance et l'expérience d'une part et la participation et l'observance d'autre part. Vue sous cet angle, la participation au contenu indiquerait possiblement une plus grande intégration du patient au système de soins.

Le silence du patient ne doit pas être confondu avec un désintérêt de sa part. Dans le cadre d'une relation de service, une fois le problème énoncé au médecin, le silence du patient n'est pas l'expression de la passivité du patient (Robinson 2003), mais l'expression d'une demande indirecte d'action de ce dernier pour que le médecin prenne en main le reste du déroulement de l'entrevue afin que le projet commun se réalise. Dans une relation asymétrique, dans la position dépendante, le silence est une demande d'action vis-à-vis le responsable (Labov et Fanshell, 1977). Le patient agit donc en conformité avec son rôle. Les patients qui participent moins dans le processus seraient ceux qui se conforment moins en dehors de la consultation en étant le moins observant. Ces patients montrent leur moins grande intégration au système de soins en faisant preuve d'initiative en dehors de la consultation et en ne suivant pas la prescription. Ainsi, la participation, au niveau de la relation de soins, serait peut-être une mesure de conformité et d'intégration au processus médical. Notre interprétation diffère donc de celle donnée, entre autres, par Makoul & al. (1995), Makoul (1998), Parrot (1994) et Stevenson & al. (2000)

qui interprètent ce silence comme une passivité synonyme de non-implication.

Le modèle suggéré par Robinson explique assez bien ce qui se passe pour les médicaments nouveaux prescrits. Cependant, pour les actifs discutés, on assiste, tout en restant dans le registre monologique, à une plus grande initiative du patient. On constate que le médecin ne reprend pas et ne complète pas les contenus proposés par le patient. On passe donc d'un modèle asymétrique (nouveaux prescrits) où le médecin fournit l'information pour passer à une communication symétrique où le patient fournit, lui aussi, de l'information en monologue. Une explication possible serait que l'échange de contenu est subordonné à la réalisation du projet partagé (la résolution du problème) et non à développer les contenus pour eux-mêmes. Le sujet réel de la conversation serait « la solution du problème » et non le médicament lui-même. C'est comme si chacun apportait ses contributions propres sans discuter des contributions de l'autre. Cela pourrait expliquer que, pour les « Attitudes/émotions », les échanges soient très monologiques avec prépondérance patient; le patient fournit une information émotive qui peut être tenue en compte par le médecin pour proposer une solution, mais ce n'est pas l'objectif du projet de comprendre les émotions suscitées chez le patient. Les avoir énoncées serait suffisant.

On peut penser que la situation évoluerait ainsi : une première prise en charge du patient par le médecin puis, avec le temps, le patient développe une expertise (expérience) que le médecin peut ensuite utiliser au moment du suivi pour partager de nouvelles informations et discuter de la réaction du patient au traitement. Aussi au moment du suivi, le patient peut davantage donner un avis et s'engager dans l'échange sur les contenus. Plus sa connaissance et son expérience se développent, plus le patient sera en mesure d'une collaboration avec son médecin en vue de la

gestion de sa maladie. Avec le début du suivi, c'est l'établissement d'un cercle vertueux. Dans une même entrevue, il y aurait plusieurs stades de collaboration parce qu'il y a de multiples traitements à des stades différents et où l'expérience avec chacune des maladies abordées varie. De cette situation, découlent des stratégies communicationnelles changeantes pour chaque problème.

Conclusion

Notre réponse à la question « Est-ce que l'on peut s'attendre à plus de participation sur le développement des thèmes reliés à la médication durant l'entrevue? » est que cela dépend du statut du médicament. Dans le cas des nouveaux prescrits, nous ne croyons pas que l'on puisse développer une grande collaboration entre le patient et le médecin. D'une part, parce que le patient n'a pas l'expérience ni la connaissance pour intervenir, mais d'autre part, parce que l'usage du silence par le patient dans un contexte où ce dernier demande un service est une stratégie efficace pour obtenir une réponse à sa demande de soins. L'action du patient lors de la discussion des nouveaux prescrits reposera donc sur la confiance qu'il a envers l'expert qu'il consulte. Mais pour les médicaments que le patient consomme déjà, soit les actifs discutés et les represcrits, la situation change. Les facteurs que nous avons isolés nous permettent de suggérer que le médecin peut alors tabler sur les connaissances et l'expérience du patient pour augmenter le dialogue sur les médicaments. Dans leur cas, la solution déjà est trouvée, un nouveau projet est amorcé et ils sont déjà passés à l'action. Le rôle du médecin en est alors un de *coach* pour les aider à améliorer leur capacité de prise en charge d'eux-mêmes. Dans le cadre d'un *coaching*, il est possible d'imaginer d'améliorer la collaboration, de développer la connaissance et l'observance du patient au traitement.

Comme nous l'avons noté précédemment, dans une conversation médicale, il y a beaucoup de présupposés et d'implicites qui ne sont pas verbalisés. Comme le projet dans lequel le médecin et le patient sont engagés n'est pas de discourir sur les médicaments, mais de régler le problème présenté par le patient, il est peu probable que l'un et l'autre sentent le besoin de verbaliser plus abondamment, car ce qui est dit leur paraît suffisant pour que le patient passe à l'action pour régler son problème. Pour changer ce comportement, il faudrait que la verbalisation des différents aspects liés à la prise d'un médicament fasse partie explicitement du projet que partagent le médecin et le patient. Ce changement aurait un impact considérable sur l'interaction et les contenus échangés. Ceci implique que la communication médicale à propos des médicaments s'éloigne des communications de service calquées sur le modèle suivant :

Demande ----> Solution ----> Action du client
pour qu'elle devienne

Demande ---> Solution + Éducation/*coaching* ----> Action du
patient

L'éducation/*coaching* au sujet des traitements et des médicaments exige la maîtrise par le médecin d'un répertoire assez impressionnant d'habiletés communicationnelles qui, traditionnellement, n'ont pas fait partie de la formation des médecins (Kurtz, Silverman, Bensing et Draper, 1998). Si on en vient à la conclusion qu'il faut changer le comportement du médecin, il faut penser à des interventions éducatives qui soient systématiques et intégrées à la formation clinique tout au long du cursus des études médicales que ce soit au niveau prégradué, de résidence ou en formation professionnelle continue (Kurtz, Silverman et Benson, 2003; Millette, Lussier et Goudreau, 2004). L'objectif de cette formation serait de

développer des habiletés spécifiques pour une communication professionnelle efficace. Plus spécifiquement, Heath (1992) recommande, si on désire modifier le comportement communicationnel du médecin et du patient, que les nouveaux comportements communicationnels soient intégrés minutieusement dans l'organisation interactive de l'entrevue, car chaque moment de l'entrevue médicale modifie la manière de traiter les contenus et l'interaction. À cela, nous ajoutons que, dans le cas des discussions sur les médicaments, chaque statut modifie la manière d'en parler.

Références

- Berg, J. S., Dischler, J., Wagner, D., Raia, J. J., & Palmer, S. N. (1993). Medication compliance: A healthcare problem. *The Annals of Pharmacotherapy*, 27(9), S3-S22.
- Britten, N., & Ukoumunne, O. C. (1997). The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: A questionnaire survey. *British Medical Journal*, 315(7121), 1506-10.
- Callahan, E. J., & Bertakis, K. D. (1991). Development and validation of the Davis Observation Code. *Family Medicine*, 23(1), 19-24.
- Chewning, B., & Sleath, B. (1996). Medication decision-making and management: A client-centered model. *Social Science and Medicine*, 42(3), 389-98.
- Coombs, R. B., Jensen, P., Hoa Her, M., & al. (1995). *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance and inappropriate use of prescription medication in Canada*. Ottawa, ON: Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, University of Toronto Press.
- Cockburn, J., & Pit, S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: Patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations: A questionnaire study. *British Medical Journal*, 315(7107), 520-3.
- DiMatteo, M. R. (1994). The Physician-patient relationship: Effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 37(1), 149-161.

- Fisher, S. (1983). Doctor talk/patient talk: How treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. In S. Fisher & A. D. Todd (Eds.), *The social organisation of doctor-patient communication*. Washington, DC: The center for applied linguistics.
- Fostier, P. (sous presse). L'influence de l'Internet dans la communication médecin-patient. In C. Richard, & M. T. Lussier, (sous presse), *La communication professionnelle en santé*. Montréal : ERPI.
- Gask, L., Usherwood, T. (2002). ABC of psychological medicine. The consultation. *British Medical Journal*, 324(7353), 1567-9.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, Berkshire: NFER-Nelson.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657-675.
- Hammond, S. L. & Lambert, B. L. (1994). Communicating about Medications: Directions for research. *Health communication*, 6(4), 247-251.
- Hanner, L. & Witek, J. J. (1995). *Healing wounded doctor-patient relationships*. Delano, MN: Kashan Publishing.
- Haynes, R. B. (2001). Improving patient adherence: State of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In L. E. Burke & I. S. Ockene (Eds.), *Compliance in health care and research* (pp. 3-21). New York, NY: Futura Publishing C.

- Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2880-2883.
- Heath, C. (1992). The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at work: Interaction in institutional setting* (pp. 235-267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Kennedy, I. (2003). Patients are experts in their own field. The interests of patients and healthcare professionals are intertwined. *British Medical Journal*, 326, 1276-1277.
- Kurtz, S. (2002). Doctor-patient communication: Principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Science*, 29, S23-S29.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J., (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides, *Academic Medicine*, 78(8): 802-809.
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press.
- Labov, W. & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*, New York NY: Academic Press.
- Leventhal, H. & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.

- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue: Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam: John Benjamins.
- Makoul, G. (1998). Perpetuating passivity: Reliance and reciprocal determinism in physician-patient interaction. *Journal of Health Communication*, 3, 233-259
- Makoul, G., Arntson, P. & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science and Medicine*, 41(9), 1241-1254.
- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-79.
- Michnie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51, 197-206.
- Millette, B., Lussier, M.T., & Goudreau, J. (2004). L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*, 5, 52-60.
- Morris, L. A., Tabak, E. R., & Gondek, K. (1997). Counseling patients about prescribed medication: 12-year trend. *Medical Care*, 35(10), 996-1007.
- National Council on patient Information and education. (2000). *Educate before you medicate: talk about prescriptions*. <http://www.talkaboutrx.org>

- Papillon, M. J., Laurier, C., Bernard, L., & Baril, J. (2001). Consommation des médicaments. Gouvernement du Québec (Ed.), *Enquête sociale et de santé*. 1998, 2ème édition. Sainte-Foy, QC : Les publications du Québec.
- Parrott, R. (1994). Exploring family practitioners' and patients' information exchange about prescribed medications: Implications for practitioners' interviewing and patients' understanding. *Health Communication*, 6(4), 267-280.
- Premi, J., Shannon, S., & Tougas, G. (1997). *Diagnosing the causes of dyspepsia, Part 1: When is it safe to give reassurance? Practice-based Small Group Learning Project*. Educational module, Continuing education. Hamilton: McMaster University.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach, Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dorsey Professional Book.
- Rabin, D. L. & Bush, P. J. (1975). Who's using medicines? *Journal of Community Health*, 1, 106-117.
- Robinson, J. D. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communication*, 15(1), 27-57.
- Robinson, J. D. (2001a). Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text*, 21(1-2), 19-54.

- Robinson, J. D. (2001b). Closing medical encounters: Two physician practices and their implications for the expression of patient' unstated concerns. *Social Science and Medicine*, 53,639-656.
- Robinson, J. D. (1998). Getting down to business: Talk, gaze, and body orientation during opening of doctor-patient consultations. *Human Communication Research*, 25, 98-124.
- Robinson, J. D. & Stivers, T. (2001). Achieving activity transition in physician-patient encounters: From history taking to physical examination. *Human Communication Research*, 27, 253-298.
- Rosenberg, E., Lussier, M.-T., Beaudoin, C., Kirmayer, L., & Galbaud-Dufort, G. (2002). Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *General Hospital Psychiatry*, 24, 322-327.
- Roter, D. L. (2000). The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship. *Health Expectations*, 3, 17-25.
- Roter, D. L. (1995). *The Roter method of Interaction process analysis. Coding manual*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication Patterns of Primary Care Physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277(4), 350-356.
- Scherwitz, L., Hennrikus, D., Yusim, S., Lester, J., & Vallbona, C. (1985). Physician communication to patients regarding medications. *Patient Education and Counseling*, 7(2), 121-36.

- Sleath, B., Roter, D., Chewning, B., & Svarstad, B. (1999). Asking questions about medication: Analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical Care*, 37, 1169-1173.
- Sleath, B., Svarstad, B., & Roter, D. (1997). Physician vs patient initiation of psychotropic prescribing in primary care settings: A content analysis of audiotapes. *Social Science and Medicine*, 44(4), 541-548.
- Stevenson, F. A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Doctor-patient communication about drugs: The evidence for shared decision making. *Social Science and Medicine*, 50(6), 829-840.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Données sur la communication entre médecin et patient. *Cancer Prevention and Control*, 3, 25-30.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam C. L., & Freeman, T. (2003). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stiles, W. B. (1990). Verbal response modes and dimensions of interpersonal roles: A method of discourse analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 693-703.
- Straand, J. & Rokstad, K. S. (1999). Elderly patients in general practice: Diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from More and Romsdal prescription study. *Family Practice*, 16, 380-388.
- Svarstad, B. (1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In Mechanic D. (Ed.), *The growth of bureaucratic medicine: An inquiry into the dynamics of patient behavior*

and the organization of medical care (pp. 220-238). New York: John Wiley.

Tamblyn, R. & Perreault, R. (1998). *Encouraging the wise use of prescription medication by older adults. Canada Health Action: Building on the legacy*. Papers commissioned by the National Forum on health. Determinants of health. Adults and seniors. Sainte-Foy: Éditions Multi Mondes.

Waitzkin, H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 81-101.

Webb, S. & Lloyd, M. (1994). Prescribing and referral in general practice: A study of patients' expectations and doctors' actions. *British Journal of General Practice*, 44, 165-169.

Wiederholt, J. B., Clarridge, B. R., & Svarstad, B. M. (1992). Verbal consultation regarding prescription drugs: Findings from a statewide study. *Medical Care*, 30(2), 159-173.

Willey, C. (1999). Behavior-changing methods for improving adherence to medication. *Current Hypertension Reports*, 1(6), 477-81.

CONCLUSION

Contribution à la communauté scientifique

La pertinence d'utiliser le système de cotation GHQ et cGHQ

Une première conclusion qui peut être tirée de notre démarche doctorale se rapporte à l'utilisation des deux manières (GHQ et cGHQ) de corriger ce questionnaire. Nous avons montré qu'il y a tout intérêt à employer ces deux façons. Le cGHQ identifie une population qui vraisemblablement souffre de difficultés chroniques, mais qui par ailleurs ne se différencie pas de la population identifiée par le GHQ. Nous avons donc toutes les raisons de croire que nous avons adopté une stratégie adéquate en retenant les deux populations ainsi identifiées en vue de constituer notre échantillon, d'autant plus que la nature récente de la détresse n'était pas un enjeu dans notre contexte. Ces résultats seront utiles pour les chercheurs et cliniciens qui désirent identifier ou intervenir sur l'ensemble des patients souffrant de détresse psychologique, que celle-ci soit récente ou de durée plus longue.

Le développement et la validation de MEDICODE

La communauté scientifique dispose maintenant d'un outil validé spécifiquement dédié à l'étude du discours sur la médication, MEDICODE, ainsi que du logiciel de codification qui l'accompagne. De plus, cette méthode est utile pour évaluer la discussion du problème pour lequel le traitement est discuté. Dans le cadre de cette thèse, nous n'avons pas évalué cette partie de l'instrument. Cette fiche problème est en cours d'évaluation, mais, comme nous avons suivi la même procédure que pour la fiche médicament, nous croyons qu'elle pourra être utilisée avec confiance.

Cet outil pourra être utilisé dans toutes les situations où des propos sur la médication sont présents. MEDICODE comble un vide en termes d'outil de recherche sur les contenus et l'interaction. Plusieurs méthodes sont excellentes dans l'analyse de l'interaction et d'autres, dans l'analyse des contenus, mais jusqu'à maintenant, peu d'entre elles donnent une idée assez précise à la fois des contenus et de l'interaction. De plus, l'approche au codage, en complémentarité des comportements verbaux que nous avons développée, s'est révélée intéressante et a permis de dégager un ensemble de résultats qui sont habituellement le fait de méthodes beaucoup plus coûteuses à maîtriser et à utiliser. Nous croyons que le raffinement de notre approche a intérêt à être poursuivi et développé.

Nous avons comparé MEDICODE à un outil éprouvé : le RIAS. Par rapport à la méthode RIAS, l'avantage principal de MEDICODE est d'être plus rapide d'usage et plus spécifique au médicament. Par contre, RIAS fournit une description plus précise des interactions que MEDICODE. Le choix du thème de discussion par médicament comme unité de mesure contribue à rendre MEDICODE plus rapide d'usage et beaucoup moins demandante qu'une mesure au niveau de l'« acte de langage ». Les catégories de thématiques, où la fidélité et la validité (en comparaison avec la méthode RIAS) sont faibles, sont relativement peu nombreuses. Celles-là peuvent soit être abandonnées parce qu'elles décrivent des aspects marginaux de la discussion des médicaments, soit combinées en des catégories plus larges qui regroupent ensemble des catégories qui étaient confondues les unes avec les autres. Il aurait été intéressant de valider les sections de MEDICODE portant sur le « Problème » et le « Sommaire » de l'entrevue et de les mettre en relation avec les informations contenues dans la fiche des médicaments. Une nouvelle recherche dans laquelle nous sommes impliqué présentement nous permettra de réaliser cette validation.

De plus, nous serons en mesure de confirmer l'intérêt des changements apportés à MEDICODE, suite à cette première étude de validation, et de continuer l'évaluation de sa validité prédictive, puisque nous aurons des mesures de résultats telles l'observance et le contrôle de la maladie. En effet, ces comparaisons font partie intégrante du projet de recherche en cours portant sur la discussion de l'asthme lors de consultation en médecine générale. Nous pourrions donc aussi vérifier si le type de problème discuté se révèle un modulateur significatif des propos tenus sur les médicaments en consultation.

Les fréquences de discussion des thématiques et la participation des interlocuteurs aux discussions

Notre recherche visait d'abord à analyser la présence de contenus sur la médication et ensuite d'analyser la participation de chacun des interlocuteurs au développement de ces contenus, et non seulement qui des deux participants en assumait l'initiative. Nos résultats viennent allonger la liste des travaux qui confirment la pauvreté des échanges sur les médicaments en général, mais ils montrent aussi que la participation des interlocuteurs varie en fonction des différents thèmes abordés et du statut des médicaments discutés.

Les médecins invoquent souvent le fait que ce qui n'est pas dit la première fois pour un médicament le sera plus tard. Nos données nous montrent que cela est inexact, car les fréquences de discussion des thèmes demeurent faibles dans le cas des médicaments de statut actif et represcrit. En fait, ce que l'on observe pour ces deux statuts est que si les médecins rediscutent de certains sujets, ils le font suite à l'initiative des patients en co-participation avec eux ou en approuvant silencieusement lorsque le patient en parle seul. En général, la participation du patient est plus élevée que ce

que l'examen de la littérature laissait entrevoir et, dans certains cas particuliers, elle domine celle des médecins. À notre avis, cela suffit pour cesser de présenter le patient comme passif. Il s'intéresse manifestement à ce qui le concerne plus directement et, là où il a une connaissance ou une expérience du médicament, sa participation augmente.

L'une des contributions majeures de cette recherche est de montrer qu'au-delà des caractéristiques des entrevues des patients et des médecins, les thèmes eux-mêmes et le statut du médicament influencent la fréquence des discussions et le niveau de participation de chacun des interlocuteurs au contenu.

Enfin, il y a des informations minimales qui devraient être échangées au moment de la discussion d'un médicament en consultation. Nous croyons que nous sommes bien en-deçà de ces minima. Il faut donc augmenter l'information sur les catégories cliniques les plus importantes, telles la posologie, la raison de la prise du médicament, les effets indésirables et l'observance. Il y a un manque criant d'études permettant de faire le lien entre la nature, le volume et la participation aux échanges sur les médicaments lors de la consultation et le comportement d'observance dont la nature multifactorielle par ailleurs est reconnue. Il est cependant raisonnable de penser que ce lien existe, car il est difficile, par exemple, d'imaginer qu'un patient puisse suivre des consignes qui ne sont pas données.

Pourquoi est-ce que la participation est faible?

Pour expliquer la faible participation de chacun des interlocuteurs, nous nous sommes tourné vers les travaux récents de Robinson (2003) en analyse conversationnelle de consultations médicales. Selon lui, lorsque le médecin et le patient parlent d'une nouvelle médication, ils s'engagent dans un projet partagé. Ce projet commun implique une répartition des rôles

verbaux et s'appuie sur des présupposés et implicites qu'il est inutile de discuter explicitement, puisque ce que le médecin dit est suffisant pour permettre au patient d'agir. Le médecin répond adéquatement à la demande qui est à l'origine de la présence du patient dans son bureau. Dans ce contexte, de verbaliser le non-dit permet peut-être de discourir sur les médicaments, mais ceci n'est pas essentiel pour que le patient puisse poser les gestes recommandés par le médecin. Le patient est dans l'action, il adopte un point de vue pragmatique et son intérêt pour discourir sur la médication semble très limité. De plus, que le médecin verbalise pourrait même, dans certains cas, avoir des conséquences adverses sur la relation patient-médecin.

Ainsi, selon Robinson, il serait dans la nature des choses qu'une bonne partie de l'information reste implicite, véhiculée par la situation, le contexte et la nature de la demande. Du point de vue de ce type d'analyse, il ne fait aucun doute que la méthode que nous avons utilisée est parcellaire dans la mesure où elle ne permet de codifier que ce qui est explicitement énoncé. Il y aurait donc toujours une partie de l'information qui reste inaccessible, sauf à l'aide d'analyses complexes, comme l'analyse conversationnelle. Cependant, cette méthode d'analyse du matériel demande beaucoup de temps et est coûteuse.

Nous proposons également une autre hypothèse pour expliquer la pauvreté du discours du médecin à propos des médicaments. Le médecin appliquerait à son discours un principe « d'économie ». En effet, s'il devait traiter systématiquement de tous les aspects du médicament chaque fois, il allongerait de façon indue la durée d'entrevue sans pour autant être assuré de la pertinence de ses propos. Une manière simple de régler cette difficulté est de donner une information minimale et d'être à l'affût d'indices de la nécessité d'informations supplémentaires. Ces indices pourraient être des difficultés rencontrées par le patient lors de la prise du médicament ou encore

des questions du patient à propos du médicament. De cette manière, le médecin ne donnerait que l'information pertinente. Il est permis de penser que le recours à cette stratégie lui permettrait de gérer son temps dans la consultation.

*Indice et taux dialogique, prépondérance d'initiative et rôles
dans la discussion des médicaments*

Une des retombées les plus intéressantes et inattendues de cette démarche doctorale est le développement d'une brochette de concepts, tels l'indice dialogique, le taux dialogique, la prépondérance d'initiative et les rôles dialogiques. L'inclusion, dans la procédure de codification, de qui initie la participation à la discussion des thèmes a permis le développement de ces concepts originaux. Comme les propos tenus sur la médication sont, dans le meilleur des cas, brefs, l'inclusion de cette information dans le codage nous permet d'introduire une dimension interactive dans cette mesure de contenu et ainsi de pouvoir parler du traitement de chacune des thématiques en termes de monologue ou de dialogue. Nous ne croyons pas qu'il soit utile de recourir, dans ce cas, à une mesure plus développée de l'interaction, comme le RIAS par exemple, car l'engagement des interlocuteurs sur chacun des thèmes est trop bref.

Globalement, nous observons, quel que soit le statut du médicament, que les taux dialogiques sont faibles et que nous demeurons généralement dans le domaine du monologue du médecin. Toutefois, nos comparaisons plus fines nous ont permis d'identifier que ce comportement n'est pas uniforme. En effet, le taux dialogique varie en fonction des statuts et des thèmes. De plus, nous avons montré que la prépondérance d'initiative, qui reste majoritairement une prépondérance d'initiative du médecin, varie également en fonction des statuts et des thèmes.

Nous avons choisi le terme dialogue en référence aux approches dialogiques (Linell, 1998; Hellstrom, 1998). Une manière plus technique de décrire notre mesure aurait été la participation au contenu du thème par le patient et/ou le médecin, peu importe le moment d'apparition dans les échanges sur le médicament. Ainsi, la présence d'alternances des propos entre le médecin et le patient sur le thème n'est pas nécessaire pour que les propos soient identifiés comme un dialogue. Dans la perspective que nous adoptons, l'absence de contiguïté des interventions n'est pas une contre-indication à qualifier les contributions du patient et du médecin de dialogue (Richard et Lussier, sous presse).

Des variables explicatives

Notre recherche, en plus de proposer des concepts qui, nous l'espérons, aident à décrire la réalité de l'échange à propos de la médication, a permis de dégager quatre facteurs importants qui semblent régir la production du discours à propos de la médication. Ces facteurs, qui demandent à être vérifiés par d'autres recherches, pourraient constituer la base d'un modèle explicatif des variations du discours sur la médication au cours de consultations médicales.

Le premier facteur serait l'état des connaissances du patient. Celui-ci évoluerait en fonction de l'usage du médicament. En effet, plus le patient connaît le médicament, plus il s'engage dans l'échange, soit en augmentant la quantité des monologues, soit en augmentant sa participation au dialogue. Cette variable influencerait surtout le taux dialogique des thèmes.

Le deuxième facteur que nous identifions serait la nature de la thématique en ce qu'elle relève directement de la compétence clinique du

médecin. Ces thèmes touchent d'emblée des sujets relevant de compétences plus spécifiques du médecin et sont peu ou pas partagés avec le patient. C'est donc de la responsabilité du médecin de tenir un discours à leur égard. Il s'agit surtout de monologues du médecin, initiés par lui. Ces thèmes varieront donc peu en termes de taux dialogique ou de prépondérance du médecin.

Le troisième facteur que nous identifions serait la nature de la thématique en ce qu'elle relève de l'expertise ou de l'expérience du patient. Dans ce cas, les taux dialogiques sont semblables en fonction des statuts, mais la prépondérance d'initiative est soit partagée par le patient et le médecin, soit dominée par le patient.

Le quatrième facteur serait l'engagement de la responsabilité du médecin, à savoir est-ce qu'il pose l'acte de prescrire et si c'est la première fois qu'il pose cet acte à propos de ce médicament avec ce patient. L'acte de prescrire serait en relation avec la prépondérance d'initiative du médecin.

Ce modèle est embryonnaire et hypothétique; cependant, nous croyons qu'il constitue une piste de recherche intéressante pour l'avenir.

L'application des concepts au contexte clinique

Le taux dialogique et la prépondérance d'initiative sont des concepts globaux qui donnent une vue d'ensemble de la discussion d'un thème, sans distinguer l'apport spécifique de chaque interlocuteur. Ces concepts peuvent être utiles en recherche pour caractériser des comportements verbaux. Ils pourraient cependant être aussi utilisés en formation clinique pour évaluer une série d'entrevues d'un médecin donné sur le niveau de dialogue atteint.

Le concept d'indice dialogique médecin ou patient que nous n'avons pas présenté explicitement, mais qui nous sert à calculer le taux dialogique, donne, au contraire, une mesure du niveau de dialogue pour chacun des participants. L'indice fournit un aperçu général de quatre comportements que nous nommons les rôles dialogiques : attentif, informateur, participant et instigateur. Pour comprendre clairement la dynamique dialogique, il faut faire appel aux rôles dialogiques qui décrivent mieux cette dynamique. Ainsi, lorsque nous désirons décrire le comportement particulier d'un des participants, ces notions sont plus utiles que celui du taux dialogique. Dans le cas des activités éducatives du médecin, ces notions, particulièrement celles de rôles dialogiques, sont également plus utiles, car elles permettent de descendre à un niveau de détail plus pertinent du point de vue clinique.

Donc, ces concepts peuvent à la fois permettre d'étudier globalement la discussion des thématiques et d'avoir une description très fine des comportements particuliers des interlocuteurs.

Une interprétation en termes dialogiques des résultats : les conséquences possibles sur la pratique de la communication professionnelle de prescription

Nous croyons que sans intervention, il sera difficile d'augmenter le taux dialogique. La raison principale serait, comme nous l'avons notée précédemment, que dans une conversation médicale, il y a beaucoup de présupposés et d'implicites qui ne sont pas verbalisés. Il s'agit, du point de vue du médecin, à tout le moins, d'une stratégie éminemment économique et efficace. Comme le projet dans lequel le médecin et le patient sont engagés n'est pas de discourir sur les médicaments, mais de régler le problème présenté par le patient, il est peu probable qu'ils sentent le besoin de

verbaliser plus abondamment, car ce qui est dit est suffisant pour que le patient puisse passer à l'action pour régler son problème. Les médecins ont tendance à adopter une attitude attentiste en cette matière et réagissent lorsqu'il y a un problème manifeste avec la médication, plutôt que d'essayer de prévenir les difficultés. Ils perçoivent probablement que ceci leur sauve du temps dans l'exercice quotidien de leur pratique. Cependant, la recension des écrits révèle que les problèmes avec la prise des médicaments sont nombreux et pas toujours manifestes ni pour le patient ni pour le médecin. Pour améliorer la situation, il devient nécessaire pour le médecin de rechercher les difficultés et de proposer des solutions.

Pour changer l'approche actuelle, il faudrait que la verbalisation des différents aspects liés à la prise d'un médicament fasse partie explicitement du projet que partagent le médecin et le patient. Ce changement aurait un impact considérable sur l'interaction et les contenus échangés. Ceci implique que la communication médicale à propos des médicaments s'éloigne des communications dans d'autres situations de service, pour inclure un effort volontaire de nommer et d'explicitier les contenus et les processus en jeu. Donc, cela exige un effort explicite de la part du médecin d'éduquer le patient à propos de ses médicaments. De plus, comme le cadre d'interprétation de l'action évolue tout au long de l'entrevue, une fois que la prescription est faite, il devrait s'ajouter un *coaching* du patient pour l'aider à suivre son traitement et, particulièrement, l'aider à respecter la posologie de ses médicaments.

Si notre interprétation est juste, le niveau identifiable normal de dialogue est assez faible. Cependant, le non-dit a des limites dans la mesure où cette pratique ne peut contribuer à augmenter la motivation du patient à prendre ses médicaments. Si le patient se sent déjà engagé dans le traitement et se sent déjà motivé, il prendra ses médicaments. Il n'y a pas à revenir sur les présupposés et les implicites, il y a harmonie entre l'approche en consultation et l'observance du patient au traitement ou son intention

d'actualiser le traitement. Cependant, s'il ne se sent pas engagé, cette approche est manifestement insuffisante. Il est alors nécessaire d'adopter une procédure où les présupposés et implicites sont explicités et où l'on verbalise ce qui est attendu du patient. Il est certain qu'alors on s'éloigne de la conversation dite « naturelle » pour nous diriger vers une conversation professionnelle où l'on force la mention de présupposés et d'implicites. Si, dans une conversation habituelle, la réponse à une demande est simplement de fournir ce qui est demandé, dans le cas qui nous occupe, le médecin devrait fournir la prescription qui est la réponse à la demande. Dans une conversation professionnelle, le médecin, en plus de dire en quoi la prescription est la réponse à la demande, doit : 1) s'assurer de la compréhension du patient, 2) s'assurer de son engagement à la prise du médicament, 3) expliquer les conséquences possibles, s'il ne se conforme pas parfaitement ou s'il décide de ne pas se traiter, etc. Étant donné la convergence des données sur les taux d'observance plutôt bas aux recommandations médicales et les coûts sociaux élevés associés à l'utilisation inadéquate des médicaments par les patients, nous croyons que les médecins doivent développer une communication plus professionnelle

Dialogue-t-on suffisamment?

Dans le cadre de la méthodologie que nous avons développée, on peut se demander si les intervenants ont actuellement un niveau adéquat de dialogue. Quel est le niveau de dialogue attendu dans une interaction médecin-patient? Ce niveau ne serait-il pas celui qui est associé à des résultats de soins améliorés en fonction des connaissances des patients, de leur observance aux recommandations et du contrôle de la maladie pour laquelle ils sont traités? Notre étude ne permet pas de répondre à ces questions, car elle est descriptive et que nous n'avons pas, entre autres, de mesure d'observance ni de données sur les connaissances des patients au sujet de leurs médicaments. Une étude qui inclut de telles mesures est

présentement en cours et pourra ajouter de nouvelles connaissances à ce chapitre.

Le patient comme influence sur le médecin

Une autre conclusion que nous tirons de cette recherche est que si l'on veut modifier le comportement du médecin à l'égard du discours sur la médication, il serait important d'utiliser le patient comme levier de changement, car nous avons observé que lorsqu'il connaît le médicament, le patient s'engage plus dans des échanges avec le médecin et il prend plus d'initiatives pour donner lui-même de l'information. Il participe dès lors plus activement aux conversations, ce qui semble un gage de collaboration aux discussions des traitements en consultation. Enfin, les résultats qui émanent de cette recherche, par le biais du vocabulaire développé pour décrire la discussion avec les patients de la médication en consultation et de l'ensemble des concepts développés, offrent des pistes d'intervention en formation médicale, comme en témoigne la reconnaissance récente de l'importance de ce projet par le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec.

RÉFÉRENCES

- Andrich, D. & Van Choubroeck, L. (1989). The General Health Questionnaire: A psychometric analysis using latent trait theory. *Psychological Medicine*, 19, 469-485.
- Arborelius E. & Bremberg, S. (1994). Prevention in practice. How do general practitioners discuss life-style issues with their patients? *Patient Education and Counseling*, 23, 23-31.
- Arborelius, E. & Bremberg, S. (1992). What does a human relationship with the doctor mean? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 10, 163-169.
- Arborelius E. & Timpka, T. (1990). In what way may videotapes be used to get significant information about the patient-physician relationship? *Medical Teacher*, 12(2), 197-208.
- Aronsson, K. & Satterlund-Larsson, U. (1987). Politeness strategy and doctor-patient communication. On the social choreography of collaborative thinking. *Journal of Language and Social Psychology*, 6(1), 1-27.
- Aspergren, K. (1999). BEME Guide No 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21, 563-570.
- Assemblée nationale, 21^{ème} session, Trente-sixième législature (2002). Projet de loi n°90. Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Sanctionné le 14 juin 2002. Éditeur officiel du Québec.

- Babrow, A. S., Hines, S. C., & Kasch, C. R. (2000). Managing uncertainty in illness explanation: An application of problematic integration theory. In B.B. Whaley (Ed.), *Explaining illness: Research, theory, and strategies*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bai, T. R. (1992). Successful management of chronic asthma symptoms. *Medicine North America*, March, 3708-3715.
- Bales R. F. (1991). Bales' interaction process analysis (1950). In D. C. Miller (Ed.), *Handbook of research design and social measurement* (pp. 373-374). Newbury Park, CA.: Sage Publications.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bartal, M. (1991). Prise en charge et surveillance de l'asthmatique. *Revue des Maladies Respiratoires*, 8, 433-441.
- Bateson, G. (1980). *Vers une écologie de l'esprit II*. Paris: Seuil.
- Beasley, R., Roche, W. R., Roberts, J. A., Holgate, S. T. (1989). Cellular events in the bronchi in mild asthma and after bronchial provocation. *American Review of Respiratory Disease*, 139, 806-817.
- Beaudoin, C., Lussier, M. T., Gagnon, R., Lalande, R., & Brouillet, M. I. (2001). Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for encounter: An exploratory study of content and determinants. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 275-84

- Beaulieu, M. D., Leclère, H., & Bordages, G. (1993). Taxonomy of difficulties in general practice. *Canadian Family Physician*, 39, 1369-1375.
- Beckman, H. & Frankel, R. (1984). The impact of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692-696.
- Beckman, H., Markakis, K., Suchman, A., & Frankel, R. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1365-3.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science and Medicine*, 32(11), 1301-1310.
- Bensing, J. M., Dronkers, J. (1992). Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Medical Care*, 30(4), 283-298.
- Berg, J. S., Dischler, J., Wagner, D., Raia, J. J., & Palmer, S. N. (1993). Medication compliance: A healthcare problem. *The Annals of Pharmacotherapy*, 27(9), S3-S22.
- Bertakis, K. D. (1977). The communication of information from physician to patient: A method for increasing patient retention and satisfaction. *Journal of Family Practice*, 5, 217-222.
- Bertakis, K. D., Callahan, E. J., Helms, L. J., Azari, R., & Robbins, J. A. (1993). The effect of patient health status on physician practice style. *Family Medicine*, 25(5), 530-535.
- Bertakis, K. D., Callahan, E. J. (1992). A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code. *Family Medicine*, 24(4), 307-311.

- Bertakis, K. D., Roter, D., & Putman, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Family Practice*, 32(2), 175-181.
- Billig, M. (1996). *Arguing and thinking: A rhetorical approach to social psychology*. Cambridge, GB: Cambridge University Press.
- Birdwhistell, R. (1977). Some discussion of ethnography, theory, and method. In *About Bateson* (pp. 103-144). New York: E.P. Dutton.
- Boon, H., & Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35(3), 161-76.
- Boulet, L.P. (1998). Du nouveau dans le traitement de l'asthme. *Le Clinicien*, 1-2.
- Bousquet, J., Knani, J., Henry, C., Liard, R., Richard, A., Michel, F. B., Neukirch, F. & (1996). Under-treatment in a nonselected population of adult patients with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 98(3), 514-521.
- Braddock, C. H., Edwards, K. A., Hasenberg, N. M., Laidley, T. L., & Levinson, W. (1999). Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. *Journal of the American Medical Association*, 282(24), 2313-2320.
- Britten, N., & Ukoumunne, O. C. (1997). The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: A questionnaire survey. *British Medical Journal*, 315(7121), 1506-10.

- Cairns, E., Wilson, R., McLelland, R., & Gillespie, K. & (1989). Improving the validity of the GHQ30 by rescoring for chronicity: A failure to replicate. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 793-798.
- Calkins, D. R., Davis, R. B., Reiley, P., Phillips, R. S., Pineo, K. L., Delbanco, T. L., & Lezzoni, L. I. (1997). Patient-physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the postdischarge treatment plan. *Archives of Internal Medicine*, 157(9), 1026-30.
- Callahan, E. J., & Bertakis, K. D. (1991). Development and validation of the Davis Observation Code. *Family Medicine*, 23(1), 19-24.
- Chan, C. S. W., Wun, Y. T., Cheung, A., Dickinson, J. A., Chan, K. W., Lee, H. C., & Yung, Y. M. (2003). Communication skill of general practitioners: Any room for improvement? How much can it be improved? *Medical Education*, 37, 514-526.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango) *Social Science and Medicine*, 44(5), 681-692.
- Chewning, B., & Sleath, B. (1996). Medication decision-making and management: A client-centered model. *Social Science and Medicine*, 42(3), 389-98.
- Cline, C. M., Bjorck-Linne, A. K., Israelsson, B. Y., Willenheimer, R. B., & Erhardt, L. R. (1999). Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 1(2), 145-149

- Coombs, R. B., Jensen, P., Hoa Her, M., & al. (1995). *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance and inappropriate use of prescription medication in Canada*. Ottawa, ON: Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, University of Toronto Press.
- Coates, J., Steven, I., Beilby, J., Coffey, G., Litt, J., & Wagner, C. (1994). Knowledge of and reported asthma management among South Australian general practitioners. *British Journal of General Practice*, 44(380), 123-126.
- Cockburn, J., & Pit, S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: Patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations: A questionnaire study. *British Medical Journal*, 315(7107), 520-3.
- Cockburn, J., Reid, A. L., & Sanson-Fisher, R. W. (1987). The process and content of general-practice consultations that involve prescription of antibiotic agents. *Medical Journal of Australia*, 147(7), 321-324.
- Collège des médecins de famille du Canada (2002). *Critères pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale, médecine d'urgence, compétences avancées et soins palliatifs*. Mississauga, ON : Service de l'éducation du Collège des médecins de famille du Canada.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (1996). *Compétences pour le nouveau millénaire : rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux*. ProMEDS 2000. Ottawa, ON.
- Corda, R. S., Burke, H. B., & Horowitz, H. W. (2000). Adherence to prescription medications among medical professionals. *Southern Medicine*, 93(6), 585-9.

- Coulter, A, Entwistle, V, & Gilbert, D. (1999). Sharing decisions with patients: Is the information good enough? *British Medical Journal*, 318, 318-322.
- Courteheuse, C. (1992). Responsabilité réciproque: le cas de l'asthme. *Revue médicale suisse-romande*, 112(3), 235-238.
- Crock, R. D., Jarjoura, D., Polen, A., & Rutecki, G. W. (1999). Confronting the communication gap between conventional and alternative medicine: A survey of physicians' attitudes. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5(2), 61-66
- Dahl, R. (1997). How to get through to your patients. *Hippocrates*, 11(4), 38-44.
- Davis, A. D. & Taylor-Vaisey A. (1997). A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association*, 157(4), 408-416.
- Dean, M. M. (1993). Care of asthma. *Canadian Family Physician*, 39, 2369-2374.
- De Mont-Marin, F., Hardy, P., Lépine, J. P., Halfon, P., & Feline, A. & (1993). Validation d'une version française du General Health Questionnaire (GHQ-28) dans une population de diabétiques. *L'Encéphale*, XIX, 293-301.
- Desmond, J. & Copeland, L. R. (2000). *Communicating with today's patient. Essentials to save time, decrease risk, and increase patient compliance.* San Francisco, CA: Jossey-Bass..

- DiMatteo, M. R. (2004a). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- DiMatteo, M. R. (2004b). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- DiMatteo, M. R. (1994). The Physician-patient relationship: Effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 37(1), 149-161.
- DiMatteo, M. R. (1991). *The psychology of health, illness, and medical care: An individual perspective*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., Kaplan, S., & Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12(2), 93-102.
- Duck, S. (1993). *Social context and relationship*. London: Sage.
- Enlund, H., Vaino, K., Wallenius, S., & Poston, J. (1991). Adverse drug effects and the need for drug information. *Medical Care*, 29, 558-565.
- Estrada, C. A., Hryniewicz, M. M., Higgs, V. B., Collins, C., & Byrd, J. C. (2000). Anticoagulant patient information material is written at high readability levels. *Stroke*, 31, 2966-70
- Evans, D. (1993). To help patients control asthma the clinician must be a good listener and teacher. *Thorax*, 48, 685-687.

- Farr, R. M. & Moscovici, S. (1984). *Social representation*. New-York: Cambridge University press.
- Ferner, A. & Robin, E. (2003). Is concordance the primrose path to health? *British Medical Journal*, 327, 821-822
- Fiala, P. (1994). L'interprétation en lexicométrie. Une approche quantitative des données lexicales. *Langue française*, 103, 113-122.
- Fisher, S. (1983). Doctor talk/patient talk: How treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. In S. Fisher & A. D. Todd (Eds.), *The social organisation of doctor-patient communication*. Washington, DC: The center for applied linguistics.
- Fitzgerald, J. M., Swan, D., & Turner, M. O. (1992). The role of asthma education. *Canadian Medical Association Journal*, 147(6), 855-856.
- Fostier, P. (sous presse). L'influence de l'Internet dans la communication médecin-patient. In C. Richard, & M. T. Lussier, (sous presse), *La communication professionnelle en santé*. Montréal : ERPI.
- Frankel, R. M. (1995). Some answers about questions in clinical interviews. In G. H. Morris & R. J. Chenail (Eds), *The talk of the clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse* (pp. 233-257). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frankel, R. M. (1989). From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes*, 7, 135-170.

- Frankel, R. M. & Beckman, H. B. (1982). *Impact: An interaction-based method for preserving and analyzing clinical transactions*. Nashville, TN: Humana Inc
- Freemon, B., Negrette, V. F., Davis, M., & Korsh, B. (1970). Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5, 298-311.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York, NY: Dodd, Mead & Company.
- Freidson, E. (1970b). *Professional dominance: The social structure of medical care*. New York, NY: Atherton.
- Gabe, J. (1990). Towards a sociology of tranquilizer prescribing. *British Journal of Addiction*, 85(1), 41-8.
- Gandhi, T. K., Weingart, S. N., Borus, J., Seger, A. C., Peterson, J., Burdick, E., Seger, D., Shu, K., Frederico, F., Reape, L. L., & Bates, D. (2003). Adverse drug events in ambulatory care. *New England Journal of Medicine*, 348(16), 1556-1564.
- Gardner, M. E., Rulien, N., McGhan, W. F., & Mead, R. A. (1988). A study of patients' perceived importance of medication information provided by physicians in a health maintenance organization. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 22, 596-598.
- Gask, L., Usherwood, T. (2002). ABC of psychological medicine. The consultation. *British Medical Journal*, 324(7353), 1567-9.

- Goldberg, D. P. & Bridges, K. (1993). The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychological Medicine*, 23, 185-193
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. & (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, Berkshire: NFER-Nelson.
- Goodchild, M. & Duncan-Jones, P. (1985). Chronicity and the GHQ. *British Journal of Psychiatry*, 146, 55-61.
- Goudreau, J. (2002). *Améliorer les pratiques préventives des médecins : une recherche action*. Rapport de recherche à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.
- Gouvernement du Québec (2000). *Liste de médicaments*. Octobre. Régie de l'Assurance Maladie, Québec.
- Gurwitz, J. H., Field, T. S., Harrold, L. R., Rothschild, J., Debellis, K., Seger, A. C., Cadoret, C., Fish, L. S., Garber, L., Kelleher, M., & Bates, D. W. (2003). Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *Journal of the American Medical Association*, 289(9), 1107-1116.

- Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D. L., Ehrlich, C. M., & Miller, L. H. (1994). Gender in medical encounters: An analysis of physician and Patient Communication in a Primary Care Setting. *Health Psychology, 13*(5), 384-392.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Medical Care, 26*(7), 657-675.
- Hammond, S. L. & Lambert, B. L. (1994). Communicating about Medications: Directions for research. *Health communication, 6*(4), 247-251.
- Hanner, L. & Witek, J. J. (1995). *Healing wounded doctor-patient relationships*. Delano, MN: Kashan Publishing.
- Hartert, T. V., Windom, H. H., Peebles, R. S., Freidhoff, L. R., & Toggias, A. (1996). Inadequate outpatient medical therapy for patients with asthma admitted to two urban hospitals. *The American Journal of Medicine, 100*, 386-394.
- Haynes, R. B. (2001). Improving patient adherence: State of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In L. E. Burke & I. S. Ockene (Eds.), *Compliance in health care and research* (pp. 3-21). New York, NY: Futura Publishing C.
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications. *Journal of the American Medical Association, 288*(22), 2880-2883.

- Hayward, R. S. A., Guyatt, G. H., Moore, K.-A., McKibbon, K. A., & Carter, A. O. (1997). Canadian physicians' attitudes about and preference regarding clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 156(12), 1715-1723.
- Healthy People 2000. (1991). Washington DC: Department of Health and Human Services (DHHS publication no (PHS) 91-50212).
- Heath, C. (1992). The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at work: Interaction in institutional setting* (pp. 235-267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Heath, C. (1981). The opening sequence in doctor-patient interaction. In P. Atkinson & C. Heath (Eds.), *Medical work: Realities and routines* (pp. 71-90). Farnborough, England: Cambridge.
- Heath, C. (1980). On prescription-writing in social interaction. In R. Mapes (Ed.), *Prescribing practice and drug usage*. Londres: Croom Helm.
- Hellstrom, O. (1998). Dialogue medicine: A health-liberating attitude in general practice. *Patient Education and Counseling*, 35(3), 221-231.
- Henry, R., Fitzclarence, C., Henry, D., & Cruickshank, D. (1993). What do health care professionals know about childhood asthma? *Journal of Paediatric Child Health*, 29(1), 32-35.
- Hoff, J. C. (1975). How often do consumers seek your advice on prescription OTC products? *Pharmacy Times*, 163, 52-55.

- Hotz, S. (2002). Treatment compliance. A review. Manuscrit non publié.
- Huppert, F., Gore, M., & Elliott, B. (1988). The value of an improved scoring system (CGHQ) for the General Health Questionnaire in a representative community sample. *Psychological Medicine*, 18, 1001-1006.
- Huston, M. M., & Blaha, J. D. (1991). Patients' recall of preoperative instruction for informed consent for an operation. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 73, 160-162.
- Iles, A. (2003). Giving patients choice puts more pressure on GPs, survey shows. *British Medical Journal*, 327(6), 522.
- Inui, T. S., Carter, W. B., Kukull, W. A., & Haigh, V. H. (1982). Outcome-based Doctor-Patient Interaction Analysis 1. Comparison of Technics. *Medical Care*, 20 (6), 535-549.
- Johanson, M., Sätterlund-Larsson, U., Säljö, R., & Svärdsudd, K. (1995). Lifestyle in primary health care discourse. *Social Science and Medicine*, 40(3), 339- 348.
- Jones, A. & Sykes, A. (1990). The effect of symptom presentation on delay in asthma diagnosis in children in a general practice. *Respiratory Medicine*, 84(2), 139-142.
- Jones, K. & Gruffydd-Jones, K. (1996). Management of acute asthma attacks associated with respiratory tract infection: A postal survey of general practitioners in the U.K. *Respiratory Medicine*, 90(7), 419-425.

- Jones, W. L., Rimer, B. K., Levy, M. H., & Kinman, J. L. (1984). Cancer patients' knowledge, beliefs, and behavior regarding pain control regimens: Implications for education programs. *Patient Education and Counseling*, 5(4), 159-164.
- Kanakadurga, R. & Poduri, M. D. (2003). Patients' awareness of their medications. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(9):E36
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27, S110-S127.
- Katz, J., Daltroy, L. H., Brennan, T. A., & Liang, M. H. (1992). Informed consent and the prescription of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Arthritis and Rheumatology*, 35, 1257-1263.
- Kaufman, D. W., Kelly, J. P., Rosenberg, L., Anderson, T. E., & Mitchell, A. A. (2002). Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. The Slone survey. *Journal of the American Medical Association*, 287(3), 337-344.
- Kennedy, I. (2003). Patients are experts in their own field. The interests of patients and healthcare professionals are intertwined. *British Medical Journal*, 326, 1276-1277.
- Keown, C., Slovic, P., & Lichtenstein, S. (1984). Attitudes of physicians, pharmacists and laypersons toward seriousness and need for disclosure of prescription drug side effects. *Health Psychology*, 3, 1-11.

- Kessels, R. P. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of Royal Society of Medicine*, 96, 370.
- Koeter, M., VanDenBrink, W., & Ormel, J. (1989). Chronic psychiatric complaints and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 186-190.
- Korsch, B. M., Ethel, M. D., Gozzi, K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*, 42(5), 855-871.
- Korsch, B. M. & Harding, C. (1997). *The intelligent patient's guide to the doctor-patient relationship. Learning to talk so your doctor will listen*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kourdoulos, D. & Schattner, P. (1997). A survey on the diagnosis and management of asthma in young children. *Australian Family Physician*, 26, S71-S75.
- Krantzler, N. J. (1986). Media images of physicians and nurses in the United States. *Social Science and Medicine*, 9, 933-952.
- Kravitz, R., Callahan, E., Paterniti, D., Antonius, D., Dunham, M., & Lewis, E. (1996). Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Annals of Internal Medicine*, 125, 730-737.
- Kurtz, S. (2002). Doctor-patient communication: Principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Science*, 29, S23-S29.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J., (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides, *Academic Medicine*, 78(8): 802-809.

- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). *Calgary-Cambridge guide to communication: Process skills*. Cambridge (UK) et Calgary (AL): < <http://www.skillscascade.com> >, <<http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press.
- Labov, W. & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*, New York NY: Academic Press.
- Lacroix, L. (1997). Un vaste programme d'éducation est lancé pour contrer l'utilisation inappropriée des médicaments. *La Presse*, 24 septembre, A-10.
- Langewitz, W. A., Eich, P., Kiss, A., & Wossmer, B. (1998). Improving communication skills: A randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 268-76.
- Larsson, U., Salvo, R., & Aronsson, K. (1978). Patient-doctor communication on smoking and drinking: lifestyle in medical consultations. *Social Science Medicine*, 25, 1129-1137.
- Lazarou, J., Pomeranz, B., & Corey, P. (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. A meta-analysis of prospective studies. *Journal of the American Medical Association*, 279(15), 1200-1205.
- Lee, K. A. & Lim, Y. W. (1995). Asthma self care efficacy and morbidity in polyclinic outpatients. *Annals of Academic Medicine*, 24, 846-850.

- Legorreta, A., Christian-Herman, J., O'Connor, R., Hasan, M., Evans, R., & Leung, K. (1998). Compliance with national asthma management guidelines and special care: A health maintenance organization experience. *Archives of Internal Medicine*, 158(5), 457-464.
- Levenstein, J. H., McCracken, E., & McWhinney, I. (1986). The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3(1), 24-29.
- Leventhal, H. & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H., Easterling, D. V., Coons, H. L., Luchterhand, C. M., & Love, R. R. (1986). *Adaptation to chemotherapy treatments*. In B.L. Andersen (Ed.), *Women with cancer: Psychological perspectives* (pp. 172-203). New York, NY: Springer Verlag.
- Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J. P., Dull, V., & Frankel, R. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association*, 277(7), 553-559.
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). *Intervention for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations* (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Lewis, C. C., Pantell, R. H., & Sharp, L. (1991). Increasing patient knowledge, satisfaction, and involvement: randomized trial of a communication intervention. *Pediatrics*, 88(2), 351-358.

- Lewis, C. E., Wells, K. B., & Ware, J. (1986). A model for predicting the counseling practices of physicians. *Journal of General Intern Medicine*, 1, 14-19.
- Ley, P. (1977). Psychological studies of doctor-patient communication. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*. Oxford: Pergamon Press.
- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue: Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam: John Benjamins.
- Lipkin, M. Jr., Frankel, R. M., Beckman, H. B., Charon, R. & Fein, O. (1995). Performing the interview. In M. Lipkin Jr., S. M. Putnam & A. Lazare, *The medical interview. Clinical care, education, and research* (pp. 65-82). New York: Springer-Verlag.
- Lipkin, M., Putnam, S., Lazare, A. (1995). *The Medical interview. Clinical care, education and research*. New York: Springer-Verlag.
- Lussier, M.T., Collin, J. & Richard, C. (2001). Discussions on medications between elderly patients and their general practitioners. Forum du Collège des médecins de famille du Canada, Vancouver.
- Lussier, M.T., & Richard, C. (1999). Pas rassurant ce que vous dites, DOC! *Le médecin du Québec*, 34(7), 43-48.
- Lussier, M.T. & Richard, C. (1997). Le dialogue au rendez-vous. Plaintes et poursuites : la communication patient-médecin est souvent en cause. *L'Omnipraticien*, Octobre, 40-44.

- Lussier, M.T., Rosenberg, E., Beaudoin, C., Richard, C., & Gagnon, R. (1998). Doctor-patient communication as a determinant of psychological distress detection in primary care. *Communication in Health Care*, Amsterdam, 12 juin.
- Lussier, M.T., Rosenberg, E., Beaudoin, C., Richard, C., & Gagnon, R. (1997). Determinants of the detection of psychological distress in primary care. Orlando, 25e Annual Meeting NAPCRG, Novembre 1997.
- Maguire, P., Fairbairn, S., & Fletcher, C. (1986). Consultation skills of young doctors: II. Most young doctors are bad at giving information. *British Medical Journal*, 292: 1576-8.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325(7366), 697-700.
- Makoul, G. (1998). Perpetuating passivity: Reliance and reciprocal determinism in physician-patient interaction. *Journal of Health Communication*, 3, 233-259
- Makoul, G., Arntson, P. & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science and Medicine*, 41(9), 1241-1254.
- Marinker, M. & Shaw, J. (2003). Not to be taken as directed. Putting concordance for taking medicines into practice. *British Medical Journal*, 326, 348-349.
- Marvel, M. K., Epstein, R.M., Flowers, K. & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *The Journal of the American Medical Association*, 281(3), 283-287.

- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-79.
- McGrath, J. M. (1999). Physicians' perspectives on communicating prescription drug information. *Qualitative Health Research*, 9(6), 731-745.
- McGuire, L. C. (1996). Remembering what the doctor said: Organization and adults' memory for medical information. *Experimental Aging Research*, 22(4), 403-428.
- Michnie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51, 197-206.
- Millette, B., Lussier, M.T., & Goudreau, J. (2004). L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*, 5, 52-60.
- Morris, L. A. & Kanouse, D. E. (1982). Informing patients about drug side effects. *Journal of Behavior and Medicine*, 5, 363-373.
- Morris, L. A., Tabak, E. R., & Gondek, K. (1997). Counseling patients about prescribed medication: 12-year trend. *Medical Care*, 35(10), 996-1007.
- Myers, M. G., Cairns, J. A., & Singer, J. (1987). The consent form as a possible cause of side effects. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 42, 250-253.

- National Council on patient Information and education. (2000). *Educate before you medicate: talk about prescriptions*. <http://www.talkaboutrx.org>
- Neville, R. G., Hoskins, G., Smith, B., & Clark, R. A. (1997) How general practionners manage acute asthma attacks. *Thorax*, 52, 153-156.
- Newhouse, M. (1994). Hospital-Based Asthma Education. *Chest*, 106, 237-241.
- Newman, S., Bland, R., & Orn, H. (1988). A comparison of methods of scoring the General Health Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 29(4), 402-408.
- Ni, H., Simile, C., & Hardy, A. M. (2002). Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: Results from the 1999 national health interview survey. *Medical Care*, 40(4), 353-8.
- Ong, L., De Haes, J., Hoos, A., & Lammes, F. (1995). Doctor-patient communication: A review of the litterature. *Social Science Medicine*, 40(7), 903-918.
- Ormel, J., Koeter, M. W., Van Den Brink, W. & Van De Willige, G. (1991). Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Archive of General Psychiatry*, 48, 700-706.
- Pantell, R. H., Stewart, T. J., Dias, J. K., Wells, P., & William Ross, A. (1982). Physician Communication with Children and Parents. *Pediatrics*, 70(3), 396-402.

Papillon, M. J., Laurier, C., Bernard, L., & Baril, J. (2001). Consommation des médicaments. Gouvernement du Québec (Ed.), *Enquête sociale et de santé*. 1998, 2ème édition. Sainte-Foy, QC : Les publications du Québec.

Parrott, R. (1994). Exploring family practitioners' and patients' information exchange about prescribed medications: Implications for practitioners' interviewing and patients' understanding. *Health Communication*, 6(4), 267-280.

Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 53, 257-278.

Partridge, M. R. (1995). Delivering optimal care to the person with asthma: What are the key components and what do we mean by patient education? *European Respiratory Journal*, 8, 298-305.

Partridge, M. R. (1994). Communication and asthma. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 49(2), 98-100.

Partridge, M. R. (1991). Self-care plans for asthmatics. *The Practitioner*, 235, 715-721.

Partridge, M. R. (1986). Asthma education: more reading or more viewing? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79, 326-328.

Pearce, W. B., (1994). *Interpersonnal communication: Creating social worlds*. New York: HarperCollins.

Pequet, B. A., Wegner, F., & Brown, J. I. (1984). *Prescription drugs: A survey of consumer use, attitudes and behavior*. Washington, DC: American Association of Retired Persons.

- Piccinelli, M., Bisoffi, G., Bon, M. G., Cunico, L., Tansella, M. & (1993). Validity and test-retest reliability of the Italian version of the 12-item General-Health Questionnaire in general practice: A comparison between three scoring methods. *Comprehensive Psychiatry*, 34(3), 198-205.
- Premi, J., Shannon, S., & Tougas, G. (1997). *Diagnosing the causes of dyspepsia, Part 1: When is it safe to give reassurance? Practice-based Small Group Learning Project*. Educational module, Continuing education. Hamilton: McMaster University.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach, Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dorsey Professional Book.
- Quaid, K. A., Faden, R. R., Vining, E. P., & Freeman, J. M. (1990). Informed consent for a prescription drug: Impact of disclosed information on patient understanding and medical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 15, 249-259.
- Rabin, D. L. & Bush, P. J. (1975). Who's using medicines? *Journal of Community Health*, 1, 106-117.
- Raynes, N. V. (1979). Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations. *Psychological Medicine*, 9(4), 671-679.
- Richard, C., Lussier, M.T. (sous presse). Une approche dialogique de la consultation. In C. Richard & M.T. Lussier (Éds.) *La communication professionnelle en santé*, Montréal: ERPI.

- Richard, C., Lussier, M.T., Gagnon, R. & Lamarche, L. (2004). GHQ-28 and c-GHQ-28: Implications of two scoring methods for the GHQ in a primary care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(3), 235-243.
- Robbins, J., Bertakis, K., Helms, J., Azari, R., Callahan, E., & Creten, D. (1981). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Social Science Medicine*, 15E, 239-244.
- Robbins, J. & Kirmayer, L. (1990). Illness worry and disability in fibromyalgia syndrome. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 20, 49-63.
- Robinson, J. D. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communication*, 15(1), 27-57.
- Robinson, J. D. (2001a). Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text*, 21(1-2), 19-54.
- Robinson, J. D. (2001b). Closing medical encounters: Two physician practices and their implications for the expression of patient' unstated concerns. *Social Science and Medicine*, 53,639-656.
- Robinson, J. D. (1998). Getting down to business: Talk, gaze, and body orientation during opening of doctor-patient consultations. *Human Communication Research*, 25, 98-124.
- Robinson, J. D. & Stivers, T. (2001). Achieving activity transition in physician-patient encounters: From history taking to physical examination. *Human Communication Research*, 27, 253-298.

- Rosenberg, J., Hayes, J., & Peterson, R. (1987). Revising the seriousness of illness rating scale: modernization and re-standardization. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17, 85-92.
- Rosenberg, E., Lussier, M.-T., Beaudoin, C., Kirmayer, L., & Galbaud-Dufort, G. (2002). Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *General Hospital Psychiatry*, 24, 322-327.
- Rost, K., Roter, D., Bertakis, K., & Quill, T. (1990). Physician-patient familiarity and patient recall of medication changes. The Collaborative Study Group of the SGIM Task Force on the Doctor and Patient. *Family Medicine*, 22(6), 453-7.
- Roter, D. L. (2000). The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship. *Health Expectations*, 3, 17-25.
- Roter, D. L. (1995). *The Roter method of Interaction process analysis. Coding manual*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Roter, D. L. (1991). *The Roter method of interaction analysis*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Roter, D. L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs*, 281-315.
- Roter, D. & Frankel, R. (1992). Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. *Social Science Medicine*, 34(10), 1097-1103.

- Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication. A meta-analytical review. *Journal of the American Medical Association*, 288(6), 756-764.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. (1993). *Doctors talking with patients / patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport, Connecticut: Auburn House.
- Roter, D. & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46, 243-251.
- Roter, D., Lipkin, M., & Korsgaard, A. (1991). Sex Differences in Patients' and Physicians' Communication During Primary Care Medical Visits. *Medical Care*, 29(11), 1083-1093.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication Patterns of Primary Care Physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277(4), 350-356.
- Rowland-Morin, P. A. & Corroll, J. G. (1990). Verbal Communication Skills and Patient Satisfaction – A study of Doctor-Patient Interviews. *Evaluation & the Health Professions*, 13(2), 168-185.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1997). *From compliance to concordance. Toward shared goals in medicine taking*. London: RPSGB.
- Rubin, R. B. (1981). *The development and refinement of a communication competency assessment instrument*. Paper presented at the annual meeting of the Speech communication Association, Anaheim, cité dans Spitzberg, B. H., Cupach, W. R. (2002). *Interpersonal skills*. Knapp, M. L.,

Daly, J. A. *Handbook of interpersonal communication*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.

Sackett, D. L. & Snow, J. C. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Scherwitz, L., Henrikus, D., Yusim, S., Lester, J., & Vallbona, C. (1985). Physician communication to patients regarding medications. *Patient Education and Counseling*, 7(2), 121-36.

Sleath, B., Roter, D., Chewing, B., & Svarstad, B. (1999). Asking questions about medication: Analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical Care*, 37, 1169-1173.

Sleath, B., Svarstad, B., & Roter, D. (1998). Patient race and psychotropic prescribing during medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 34, 227-238.

Sleath, B., Svarstad, B., & Roter, D. (1997). Physician vs patient initiation of psychotropic prescribing in primary care settings: A content analysis of audiotapes. *Social Science and Medicine*, 44(4), 541-548.

SPSS (1999). *SPSS Base 10.0: Applications guide*. Chicago: SPSS Inc.

SPSS Inc. (1990) *SPSS Reference Guide*. Chicago.

Stacy, R. & Spencer, J. (1999). Patients as teachers: A qualitative study of patients' views on their role in a community based undergraduate project. *Medical Education*, 33, 688-694.

- Stange, K. C., Zyzanski, S. J., Jaén, C. R., Callahan, E. J., Kelly, R. B., Gillanders, W. R., Shank, J. C., Chao, J., Medalie, J. H., Miller, W. L., Crabtree, B. F., Flocke, S. A., Gilchrist, V. J., Langa, D. M., & Goodwin, M. A. (1998). Illuminating the 'Black Box'. A Description of 4454 Patients Visits to 138 Family Physicians. *The Journal of Family Practice*, 46(5), 377-389.
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P. S., & D'Lugoff, B. C. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71(2), 127-31.
- Stevenson, F. A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Doctor-patient communication about drugs: The evidence for shared decision making. *Social Science and Medicine*, 50(6), 829-840.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Données sur la communication entre médecin et patient. *Cancer Prevention and Control*, 3, 25-30.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam C. L., & Freeman, T. (2003). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stewart, J. E. & Martin, J. L. (1979). Correlates of patients' perceived and real knowledge of prescription directions. *Contemporary Pharmacy Practice*, 2(3), 144-148.

- Stewart, M., McWhinney, I. R., & Buck, C. W. (1979). The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29, 77-82.
- Stiles, W. B. (1990). Verbal response modes and dimensions of interpersonal roles: A method of discourse analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 693-703.
- Stiles, W. B. & Putnam, S. M. (1992). Verbal exchanges in medical interviews: concepts and measurement. *Social Science and Medicine*, 35(3), 347-55.
- Straand, J. & Rokstad, K. S. (1999). Elderly patients in general practice: Diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from More and Romsdal prescription study. *Family Practice*, 16, 380-388.
- Street, R. L. (1991). Information-giving in medical consultation: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science and Medicine*, 32, 541-548.
- Street, R. & Buller, D. (1988). Patients' characteristics affecting physician-patient nonverbal communication. *Human Communication Research*, 15, 60-90.
- Surtees, P. (1987). Psychiatric disorder in the community and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 150, 808-835.
- Svarstad, B. (1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In Mechanic D. (Ed.), *The growth of bureaucratic medicine: An inquiry into the dynamics of patient behavior and the organization of medical care* (pp. 220-238). New York: John Wiley.

- Svarstad, B. L., Chewning, B. A., Sleath, B. L., & Claesson, C. (1999). The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling*, 37(2), 113-24.
- Tamblyn, R. M., Laprise, R., Schnarch, B., Monette, J., & McLeod, P. J. (1997). Characteristics of physicians prescribing more psychotropic drugs to women than to men. *Santé mentale Québec*, 22(1), 239-262.
- Tamblyn, R. & Perreault, R. (1998). *Encouraging the wise use of prescription medication by older adults. Canada Health Action: Building on the legacy.* Papers commissioned by the National Forum on health. Determinants of health. Adults and seniors. Sainte-Foy: Éditions Multi Mondes.
- Tannen, D. & Wallat, C. (1993). Interactive frame and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical examination/interview. *Framing in discourse*, D. Tannen (Eds.), Oxford: Oxford University Press.
- Todd, A. D. (1993). A diagnosis of physician-patient discourse in the prescription of contraception. In S. Fisher & A. D. Todd (Eds.), *The social organisation of doctor patient communication* (pp. 183-212). Norwood, NJ: Ablex.
- Tse, M., Bauman, A., & Bridges-Webb, C. (1991). Asthma management in general practice. *Australian Family Physician*, 20(8), 1085-1092.
- Tuckett, D. A., Boulton, M., & Olson, C. A. (1985). A new approach to the measurement of patients' understanding of what they are told in medical consultations. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 27-38.

- Van Ganse, E., Leufkens, H. G. M., Vincken, W., & al. (1997). Assessing asthma management from interviews of patients and family physicians. *Journal of Asthma*, 34(3), 203-209.
- Vergès, P. (1995). Représentation sociales partagées, périphériques, indifférentes, d'une minorité: méthodes d'approche. *Cahiers internationaux de Psychologie Sociale*, 28.
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 405(14).
- Vilke, G. M., Marino, A., Iskander, J., & Chan, T. C. (2000). Emergency department patient knowledge of medications. *Journal of Emergency Medicine*, 19(4), 327-330.
- Vollmer, W. M., O'Hollaren, M., Ettinger, K. M., & al. (1997). Specialty differences in the management of asthma: A Cc-sectional assessment of allergists' patients and generalists' patients in a large HMO. *Archive of Intern Medicine*, 157, 1201-1208.
- Waitzkin, H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 81-101.
- Waitzkin, H. (1984). Doctor-Patient Communication. Clinical Implications of Social Scientific Research. *Journal of the American Medical Association*, 252(17), 2441-2446.
- Waitzkin, H. & Britt, T. (1993). Processing narratives of self-destructive behavior in routine medical encounters: health promotion, disease prevention, and the discourse of health care. *Social Science and Medicine*, 36(9), 1121-1136.

- Waitzkin, H. & Stoeckle, J. D. (1972). The communication of information about illness: clinical, sociological and methodological considerations. *Psychosomatic medicine*, 8, 180-215.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & al. (1993). *Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Wartman, S. A., Morlock, L. L., Malitz, F. E., & Palm, E. (1981). Do prescriptions adversely affect doctor-patient interactions? *American Journal of Public Health*, 71, 1358-1361.
- Wasserman, R. C. & Inui, T. S. (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions: A critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care*, 21(3), 279-293.
- Wasserman, R. C., Inui, T. S., Barriatua, R. D., Carter, W. B., & Lippincott, P. (1984). Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics*, 74(6), 1047-1053.
- Webb, S. & Lloyd, M. (1994). Prescribing and referral in general practice: A study of patients' expectations and doctors' actions. *British Journal of General Practice*, 44, 165-169.
- Wechsler, H., Levine, S., Idelson, R. K., Rohman, M., & Taylor, J. O. & (1983). The physician's role in health promotion-A survey of primary care practitioners. *New England Journal of Medicine*, 308(2), 97-100.

- Weisman, C. S., Teitelbaum, M. A., Nathanson, C. A., Chase, G. A., King, T. M., Levine, D. M. & (1986). Sex differences in the practice patterns of recently trained obstetrician-gynecologists. *Obstetric Gynecology*, 67, 776.
- Weiss, K. B., Gergen, P. J., & Hodgson, T. (1992). An economic evaluation of asthma in the US. *New England Journal of Medicine*, 326, 862.
- Wiederholt, J. B., Clarridge, B. R., & Svarstad, B. M. (1992). Verbal consultation regarding prescription drugs: Findings from a statewide study. *Medical Care*, 30(2), 159-173.
- Willey, C. (1999). Behavior-changing methods for improving adherence to medication. *Current Hypertension Reports*, 1(6), 477-81.
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: A review. *Family Practice*, 15(5), 480-492.
- Wissow, L. S., Roter, D. L., & Wilson, M. E. H. (1994). Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics*, 93(2), 289-295.
- Wolff, M., Bower, D. J., Marbella, A. M., & Casanova, J. E. (1998). Family physicians' experiences with practice guidelines. *Family Medicine*, 30, 2117-2121.
- Wolf, M. H., Putnam, S. M., Stiles, W. B., & James, S. A. (1978). The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient's perceptions of physicians' behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4), 391-401.

- Wolle, J. M. & Cwi, J. (1995). Physicians' prevention-related practice behaviors in treating adult patients with asthma: Results of a national survey. *Journal of Asthma*, 32(4), 309-318.
- Wolraich, M. L., Albanese, M., Stone, G., Nesbitt, D., Thomson, E., Shymansky, J., Bartley, J., & Hanson, J. (1986). Medical communication behavior system. An interactional analysis system for medical interactions. *Medical Care*, 24(10), 891-903.
- Worrall, G., Caulk, P., & Freake, D. (1997). The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: A systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 156(12), 1705-12.
- Yedidia, M. J., Gillespie, C. C., Kachur, E., Schwartz, M. D., Ockene, J., Cherpaitis, A. E., Snyder, C. W., Lazare, A., & Lipkin, M. Jr. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *Journal of the American Medical Association*, 290(9), 1210-2.
- Zins, Beauchesne et associés (2000). *Étude sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux : Mise à jour du concept de service pour l'an 2000*. Rapport final présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

ANNEXE I

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	<i>i</i>
A) PREMIÈRE PARTIE : CODIFICATION GÉNÉRALE	1
I. LES QUATRE FICHES QUI COMPOSENT LA CODIFICATION	1
II. PROCÉDURE DE CODIFICATION	1
III. RECODIFICATION	3
B) DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE DU DISCOURS	4
I. CODAGE ROTER OU SAIR	4
1.1 Introduction.....	4
1.2 Les catégories de codage.....	5
1.3 Règles générales.....	5
1.4 Segments d'entrevue.....	7
1.5 Notes de codage.....	8
1. [Pers] : les remarques personnelles et les conversations sociales.....	12
2. [Rire] : les rires, les blagues.....	13
3. [App] : montre de l'approbation-direct.....	14
4. [Comp] : donne compliment-général.....	15
5. [Accord] : montre un accord ou une compréhension.....	16
6. [BC] : communication de support.....	17
7. [Vérifi] : paraphrase/vérifie la compréhension.....	18
8. [Empa] : empathie.....	20
9. [Preoc] : montre de la préoccupation ou du souci.....	21
10. [R/O] : rassure, encourage ou montre de l'optimisme.....	23
11. [Légit] : légitimise.....	25
12. [Désap] : montre de la désapprobation-direct.....	26
13. [Part] : partenariat (catégorie médecin).....	28
14. [Dévoil] : dévoilement de soi (catégorie médecin seulement).....	29
15. [Critique] : montre des critiques-général.....	30
16. [?Rassur] : demande à être rassuré.....	31
17. [Trans] : mots de transition.....	32
18. [Orient] : donne une orientation.....	33
19. [?Bid] : demande de répétition.....	35
20. [?Cmp] : demande de compréhension.....	36
21. [?Opinion] : demande d'opinion.....	37
22. [[?]Med] : demande (fermée)-condition médicale.....	38
23. [[?]Théra] : demande (fermée)-plan de traitement.....	39
24. [[?]S/V] : demande (fermée)-style de vie.....	40
25. [[?]P/S-S] : demande (fermée)-psychosocial/senti.....	41
26. [[?]Autre] : demande (fermée)-autre.....	42
27. [?Med] : demande (ouverte)-condition médicale.....	43
28. [?Théra] : demande (ouverte)-plan de traitement.....	45
29. [?S/V] : demande (ouverte)-style de vie.....	46
30. [?P/S-S] : demande (ouverte)-psychosocial/senti.....	47
31. [?Autre] : demande (ouverte)-autre.....	48

32. [Don-Med] : donne information-condition médicale.....	49
33. [Don-Théra] : donne information-plan de traitement	51
34. [Don-S/V] : donne information-style de vie	53
35. [Don- P/S-S] : donne information-psychosocial (catégorie patient).....	54
36. [Don-Autre] : donne information-autre.....	55
37. [C-Med/Théra] : conseil ou condition behaviorale-médical/plan	56
38. [C-S/V-P/S-S] : conseil ou dirige le comportement-style de vie/psychosocial	58
39. [?Service].....	60
40. [Non-intell]	61
41. [Silence].....	61
II. SURCODAGE.....	62
2.1 Surcodage-A	62
1. [Accepte] : accepter.....	62
2. [Aggraver].....	62
3. [Conclusion/Sommaire]	62
4. [Dissuasion]	63
5. [Émotion +].....	63
6. [Émotion -]	63
7. [Mitiger].....	63
8. [Nier].....	64
9. [Refus]	64
10. [Renf-Mouv] : renforcement/motivation.....	64
11. [Solidarité/support].....	65
2.2 Surcodage-B	65
1. [Initie] : initier	65
2. [Interrompt]	65
3. [Redirige] : rediriger.....	66
4. [Signale fin] : signaler la fin ou la fermeture	66
5. [Sommaire MD]	66
6. [Superposition]	66
III. THEMES.....	67
3.1 Le problème	67
3.2 Discours sur le problème	67
1. Tabac.....	67
2. Activités physiques	68
3. Sommeil	68
4. Allergies.....	68
5. Contrôle de l'environnement (en particulier pour le contrôle de l'asthme).....	68
6. Autres thématiques : voir la section <i>Problèmes</i> dans <i>Medicode</i>	69
IV. DISCOURS SUR LE MÉDICAMENT	70
4.1 Identification du médicament.....	70
4.2 Discours sur le médicament.....	70
C) TROISIÈME PARTIE : MEDICODE	71

I. INTRODUCTION.....	71
1.1 <i>Mesure de la participation</i>	71
1. Qui parle	76
2. Évaluation de la participation au discours.....	77
3. Évaluation de la mesure hiérarchique.....	77
1.2 <i>Mesure de la manière de participer</i>	73
1. Élaboration du discours.....	73
2. Influence	74
3. Précision du discours.....	75
II. FICHE PROBLÈMES/SYMPTÔMES	76
2.1 <i>Généralités</i>	76
1. Problèmes selon MD	76
2. Problèmes selon Pt	76
3. Médicaments.....	77
4. Le problème : son nom.....	77
2.3 <i>Discours sur les problèmes</i>	77
1. Problème : symptômes	77
2. Problème : mécanismes décrits.....	77
3. Problème : explications (les causes originelles du problème).....	77
4. Problème : expression d'émotions	78
5. Problème : son contrôle.....	78
6. Problème : son suivi	79
7. Traitement : explication	79
8. Traitement : expression d'émotions	80
9. Traitement : enseignement des appareils.....	80
10. Conséquences sur l'état fonctionnel.....	81
11. Conséquences sur le fonctionnement psychosocial	81
12. Conséquences sur le style de vie	81
13. Conséquences économiques	81
14. Évolution de la maladie.....	82
15. Maladie guérissable.....	82
16. Maladie contrôlable.....	82
17. Maladie prévenable	83
18. MD encourage le Pt à l'auto-contrôle	83
19. Indications générales sur quand reconsulter/suivi	83
20. Consultation.....	84
21. Tabac.....	84
22. Activités physiques	84
23. Sommeil.....	84
24. Allergie	84
25. Contrôle de l'environnement	84
26. Plan de traitement.....	84

III. FICHE MEDICAMENTS	90
3.1 <i>Généralités</i>	85
1. Médicament MD.....	85
2. Médicament Pt.....	85
3. Vrai nom.....	85
4. Problème traité par ce médicament	85
3.2 <i>Discours sur le médicament</i>	86
3.2.1 Statut.....	86
1. Statut médicament.....	86
2. Médicament nommé	87
3. Classe nommée	87
4a.. Rx j'ai un substitut.....	88
4b. Je suis substitut	88
3.2.2 Initiatives de discussion	89
5. Aborde la prescription ou le renouvellement du Rx.....	89
6. Usage.....	90
7. Demande d'avis concernant le Rx	90
8a.. Attitudes envers Rx /Incertitudes à propos du médicament.....	90
8b. Inquiétude envers le Rx/Objections envers le Rx	91
8c. Puissance du médicament.....	92
9. Discussion de l'engagement du Pt.....	92
3.2.3 Discussion théorique sur le médicament.....	93
10. Rx études/effets prévus.....	93
11. Action du médicament.....	94
12. Délai effet attendu.....	94
13. Effets indésirables possibles.....	94
14. Contre-indications.....	95
3.2.4 Discussion autour d'une prescription	97
15. Coût du médicament.....	97
16. Présentation du médicament.....	97
17. MD Rx au besoin seul	97
18. InstrRx (posologie).....	98
19. Durée du traitement	98
20. Observance du Rx.....	99
21. Solution de l'observance du Rx	99
22. Effets observés sur symptômes	100
23. Contrôle du problème	100
24. Effets indésirables observés	100
25. MD indic. reconsultation.....	101
IV. SOMMAIRE	102
1. <i>Qualité de l'enregistrement</i>	102
2. <i>Début brusque</i>	102
3. <i>Fin brusque</i>	102
4. <i>Pauses</i>	102
5. <i>Interruptions</i>	103
6. <i>Autres membres présents</i>	103
7. <i>Style du médecin</i>	103

8. Évaluation des caractéristiques de la communication Pt/MD	106
9. Degré de transparence du dialogue.....	108
10. Ouverture de l'entrevue	108
11. Fermeture de l'entrevue	109
12. Médecin motive le patient à suivre ses recommandations	109
13. Problème de santé relié au psychosocial	109
14. Discussion sur le problème de santé (médecin).....	109
15. Ouverture du médecin	110
16. Ouverture du patient face à la dimension psychosociale	110
17. Discussion sur le problème de santé (patient)	110
18. Explication du problème de santé.....	111
19. Résistance aux propos du MD	111
20. Résistance aux propos du Pt.....	112
21. Stratégies de résistance.....	112
22. Stratégies de contrôle de résistance	112
23. Raisons de consultation.....	113
24. Exploration d'autres voies après énonciation de RC	113
25. Raisons de consultation du Pt épuisées	114
26. Nouveau problème en fin d'entrevue	114
27. Nouveau problème de nature psychosociale	114
28. Liste des médicaments (une fois ou plus)	115
29. Patient allergique/intolérant au médicament.....	115
30. Patient doute de l'efficacité du médicament	115
31. Discussion sur les médicaments.....	116
D) QUATRIÈME PARTIE : NAVIGATION	117
I. MENU GLOBAL	117
II. NUMÉRO D'ENTREVUE.....	118
III. SAIR	119
IV. PROBLÈMES/SYMPTÔMES.....	121
V. MÉDICAMENTS	123
VI. SOMMAIRE.....	124

A) PREMIÈRE PARTIE : CODIFICATION GÉNÉRALE

I. LES QUATRE FICHES QUI COMPOSENT LA CODIFICATION

La première fiche, *Entrevue*, comporte le numéro de l'entrevue codée ainsi que la date et l'heure auxquelles la codification a été effectuée.

La deuxième fiche, *Codage P*, est centrale au travail puisqu'elle regroupe l'ensemble des informations reliées à SAIR. Elle met en lumière la structure générale de l'entrevue de même que la place et la qualité du discours sur la médication et les problèmes de santé dans la communication.

La troisième fiche principale, *Medicode*, regroupe deux fiches secondaires *Problème/symptôme* et *Médicament*.

La première concerne la description de tous les problèmes de santé décrits par le patient au médecin lors de la consultation. Un problème de santé se doit de recevoir un traitement dans la consultation. Les troubles chroniques non-traités, mais mentionnés, de même que les troubles mentionnés, mais pris en charge par un spécialiste sous supervision du médecin de famille, ne seront pas inclus dans cette description.

La deuxième fiche a trait au discours sur les médicaments. Tous les médicaments sont inclus dans cette codification, quel que soit leur statut pendant la consultation. Le(s) vocable(s) utilisé(s) par le médecin et le patient doivent aussi être notés tels quels.

Ces fiches sont décrites de façon plus élaborée dans la partie intitulée *Medicode*.

La quatrième fiche *Sommaire* se doit d'être complétée à la fin de la codification. Elle évalue la consultation dans son ensemble afin de mettre en lumière la qualité générale de la communication.

II. PROCÉDURE DE CODIFICATION

Le codeur commence par remplir la fiche *Entrevue* en y inscrivant le numéro de l'entrevue, le code du médecin et le code du patient.

Ensuite, l'entrevue générale est divisée en énoncés dans la fiche *Codage P*. Un énoncé est égal à **une** information véhiculée soit par le patient et le médecin.

Le codeur doit identifier (voir l'exemple qui suit) :

- a) Le locuteur de l'énoncé (patient ou médecin)
- b) Le segment de l'énoncé (1, 2 ou 3)
- c) Le piéage correspondant à cette partie du discours (renouvelé à tous les dix énoncés, indiqué sur le magnétophone)
- d) La qualité de l'énoncé selon la codification de *Roter*
- e) Le thème général de l'énoncé (voir *Thèmes*, §B, III)
- f) Le médicament traité dans l'énoncé (s'il y a lieu) (voir *Medicode*, §C)
- g) Le discours associé au médicament (voir *Medicode*, §C)
- h) Le problème de santé abordé dans l'énoncé (s'il y a lieu) (voir *Medicode*, §C)
- i) Le surcodage relatif à la communication (s'il y a lieu) (voir *Surcodage*, §B, II)

Le **segment 1** correspond à l'ouverture de l'entrevue. Le patient expose la raison de consultation. On revise le dossier du patient, le médecin fait l'historique du problème de santé et de la condition générale de son patient, pose un diagnostic ou poursuit son investigation, etc. Le **segment 2** concerne l'examen physique concret. Le **segment 3** a trait au moment de fermeture d'entrevue. Le médecin alors donne le traitement approprié au problème identifié. Ce segment est entièrement consacré au plan thérapeutique envisagé ou suivi, à la prise de futurs rendez-vous, etc.

Une fiche regroupant ces informations est associée à un énoncé. Après la complétion d'une fiche, le codeur clique sur *ENTER* et recommence avec un nouvel énoncé. Une entrevue générale peut compter jusqu'à 1300 fiches. La moyenne se situe autour de 500.

Lorsqu'un médicament et/ou un problème de santé sont abordés, le codeur commence par remplir les fiches *Codage P* jusqu'à la fin du discours sur le médicament et/ou le problème de santé en question. Puis, il réécoute le segment concerné de la bande et remplit alors les fiches *Médicament* et *Problème/symptôme*. Si plus loin dans l'entrevue, le sujet (problème ou médicament) revient dans le discours, la fiche déjà ouverte sur le problème ou le médicament est complétée, ceci jusqu'à épuisement de la nouvelle information sur le sujet.

Lorsque la codification générale de l'entrevue est terminée, le codeur remplit la fiche *Sommaire*.

III. RECODIFICATION

Afin de s'assurer de la fidélité intercodeurs, une recodification de certaines bandes sélectionnées sera réalisée. Il a été déterminé en début de tâche que la première bande de chaque dizaine serait recodée en son entier par son codeur. Après l'écoute de deux dizaines, donc vingt bandes, le codeur reprend les deux bandes et les recode. La procédure de codification demeure la même. De plus, cette recodification se fait à l'aveugle, c'est à dire, sans reprendre connaissance des éléments constituant la première codification.

Pour l'accord intercodeur, on suit la même procédure que pour la fidélité dans le temps. Mais les bandes recodées sont données à l'autre codeur qui les recode à son tour et les résultats sont comparés. Dans les deux cas, nous visons 80% d'accord entre les deux codages. Si ce taux n'est pas atteint, nous révisons l'usage des codes.

B) DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE DU DISCOURS

I. CODAGE ROTER OU SAIR

1.1 Introduction

Le Système d'Analyse de l'Interaction de Roter (SAIR) est une méthode de codage de l'interaction patient-médecin **lors d'une** visite médicale. Ce système de codification **s'inspire** du travail de Robert Bales et vise à évaluer les interactions dans les petits groupes pendant des tâches de solution de problèmes et de prise de décision (Interaction Process Analysis, Cambridge, Mass. : Addison-Wesley, 1950). Le SAIR s'écarte substantiellement du travail d'origine de Robert Bales de quatre manières :

- a) Le système de codage a été adapté à l'échange dans la situation dyadique spécifique de la rencontre médicale. L'ensemble des échanges patient-médecin sont codés par catégories s'appliquant à l'un ou l'autre des interlocuteurs bien que certaines de ces catégories puissent être utilisées plus fréquemment par l'un ou l'autre des interlocuteurs.
- b) Les catégories sont conçues de façon à refléter directement le contenu et le contexte des dialogues habituels entre patients et médecins pendant l'échange médical.
- c) L'identification et la classification des énoncés verbaux s'effectuent directement à partir d'enregistrement audio et non à partir de transcriptions.
- d) Puisque le codage se fait directement à partir d'enregistrement audio, plutôt que de la transcription, il devient possible d'évaluer la qualité tonale des interactions. La tonalité véhicule les aspects émotionnels de la visite au-delà du sens des mots. Se basant sur l'impression générale des émotions véhiculées, les codeurs évaluent le patient et le médecin sur des dimensions émotionnelles globales comme la colère, l'anxiété, la dominance, la sympathie et l'intérêt.

1.2 Les catégories de codage

L'unité de base de la communication verbale se définit comme un « énoncé », c'est-à-dire l'unité la plus petite à laquelle peut être attribuée une classification. La longueur de l'unité peut varier d'un mot à une longue phrase. Une phrase est considérée comme une unité si elle véhicule une seule unité de sens ou reliée à un seul item d'intérêt. Les phrases comprenant plusieurs unités de sens sont généralement divisées à la conjonction. Si une pensée ou une phrase est divisée par une pause d'une seconde ou plus alors chaque fragment de phrase est codé comme une phrase séparée. Si la première portion de la phrase peut être catégorisée alors la deuxième portion est catégorisée comme la première. Si, par contre la première portion n'a pas de contenu, elle reste seule et est considérée comme une transition. Si la portion identifiée n'a pas de contenu ou de sens et ne peut alors être catégorisée cette portion sera alors catégorisée comme une transition.

J'ai des douleurs au bras... (1 sec) ...beaucoup.
[Don-Med]; [Don-Med]

J'ai beaucoup... (1 sec) ...de douleur dans mon bras.
[Trans]; [Don-Med]

J'ai beaucoup...; (1 sec) ...Je ne peux... (1 sec) ...je ne peux bouger mon bras.
[Trans]; [Trans]; [Don-Med]

Le temps moyen pour coder une entrevue est approximativement le quadruple du temps de l'entrevue elle-même. Donc une entrevue de 15 minutes nécessitera de 60 à 90 minutes de codage.

1.3 Règles générales

- a) Des règles de codage et des définitions de catégories sont fournies, mais il faut aussi ajouter une fonction interprétative pour coder correctement les énoncés. Ceci est particulièrement évident lorsque l'on considère comment les choses sont dites, c'est-à-dire avec quel ton et avec quelle intonation. L'interprétation de ce qui est dit doit se faire dans le contexte de comment c'est dit. Ceci dans le but de reconnaître la bonne catégorie. Ainsi, par exemple, l'emphase sur « j'espère », dans « j'espère que c'est tout ce que nous aurons à faire », entraîne une interprétation de cette phrase comme étant l'expression d'une préoccupation ou d'inquiétude. Par contre la même phrase, mais où

cette fois aucun mot n'est mis en évidence et où le ton est plus léger, amènera une interprétation plus en terme d'une phrase rassurante et encourageante.

- b) Lorsque nous devons choisir entre l'aspect émotif et l'aspect de contenu d'un message, Bales nous suggère de choisir l'aspect émotif pour le codage. Les raisons données par Bales sont que le contenu explicite est susceptible de faire porter le codage sur les domaines neutres associés à la tâche. Notre intuition répond aux aspects émotifs implicites, ce qui nous oriente plutôt vers les aspects émotifs du codage. Comme des échanges émotifs sont plutôt rares quand un choix doit être fait entre ces deux aspects, il est plus probable que ce soit l'aspect émotif que neutre et l'intuition doit donc être suivie. Ainsi, par exemple, « Je suis très mesquin avec toi de te voler tout ce sang » peut être codé comme une information neutre, comme l'expression d'une préoccupation ou d'une inquiétude ou encore comme une blague. À cause des doutes, la première catégorie doit être éliminée.
- c) Une aide supplémentaire peut être obtenue pour choisir la bonne catégorie en considérant la manière dont l'interlocuteur interprète l'énoncé. Dans l'exemple précédent, si la personne rit en réaction à l'énoncé, l'énoncé sera alors considéré comme une blague; si la personne réagit comme s'il acceptait des excuses ou comme s'il acceptait l'expression de préoccupations, l'énoncé précédent sera codé selon la réaction.
- d) Les phrases incomplètes ne sont pas codées, sauf si l'autre complète l'information. On attribue alors un code à chacun. Par exemple, le codeur ne donnera pas de code à « J'éter... » dit par le Pt, si le MD ne complète pas l'information, mais il le fera pour :

Pt J'éter... (on n'indique rien)

vs

Pt J'éter... [Don-Med]
MD Vous éternuez ? [Vérifie]

- e) On doit faire attention de ne pas identifier certains mots avec certaines catégories. En effet, les mots peuvent avoir différentes fonctions et sens selon les différents contextes dans lesquels ils sont utilisés et avec quelle intention. Par exemple, « D'accord » peut être utilisé de différentes manières :

- a) Pour signifier son accord ou sa compréhension
- b) Demande de compréhension
- c) Pour indiquer une transition à un autre sujet
- d) Communication de support/facilitateur de réponse

Sommaire des règles pour coder dans des situations ambiguës :

- a) Coder en fonction du ton de la voix et de l'emphase
- b) Utiliser les catégories émotives lorsqu'il y a un doute entre une catégorie neutre et une catégorie émotive
- c) Coder en fonction de la réponse de l'interlocuteur
- d) Coder en fonction du contexte

L'intérêt de coder en fonction de matériel audio, c'est que cette technique permet de compléter l'interprétation du contenu d'une phrase par les aspects paralinguistiques comme le ton de la voix et l'emphase exprimée. Par exemple, les expressions reflétant la préoccupation, le désaccord, l'optimisme ou l'approbation sont véhiculées par le ton de la voix et l'emphase exprimée aussi bien que par le contexte et la situation. Bien que le ton et l'emphase soient difficiles à décrire ou à définir, ils sont cependant interprétés, par la plupart des gens, de manière uniforme.

1.4 Segments d'entrevue

Une visite clinique typique suit généralement la séquence suivante : l'histoire de cas, l'examen physique, le counseling. Ces segments d'entrevues se distinguent de la façon suivante :

Histoire : Après les salutations d'usages, le médecin enchaîne avec des questions à propos des raisons médicales préoccupant le patient, puis son histoire médicale et celle de sa famille, l'arrière-plan médical et les traitements antérieurs ou les autres aspects de leurs vies ou les préoccupations psychosociales. L'historique se termine généralement avec le médecin utilisant un énoncé d'orientation qui indique au patient que l'on peut commencer l'examen physique.

L'examen physique : Ce segment inclut la procédure de l'examen physique lui-même. Le médecin et le patient peuvent continuer de discuter des conditions médicales ou d'échanger d'autres informations pendant cette période, mais l'activité principale de ce segment est l'examen lui-même. Les énoncés d'orientation augmentent fréquemment durant ce segment, car le médecin doit dire au patient quoi faire ou ce qu'il s'apprête à faire en relation avec les procédures d'examens. Dans certains cas, ce segment de

l'examen physique se termine de manière claire quand il est accompagné par des énoncés verbaux qui l'indiquent et/ou quand le médecin quitte la pièce pour permettre au patient de se rhabiller. Dans d'autres cas, la transition à la partie counseling est moins claire, mais elle est généralement caractérisée par des échanges verbaux.

La fin du segment de l'examen physique et le début du **segment counseling** est généralement caractérisé par une diminution du nombre d'énoncés d'orientation et une augmentation des énoncés où l'on donne de l'information (par le patient ou par le médecin) et/ou des énoncés-conseil/oriente le comportement. Ce segment de l'entrevue consiste en des énoncés donnant de l'information ou des conseils à propos des conditions médicales du patient, le traitement proposé, et/ou d'autres énoncés concernant le style de vie ou des informations de nature psychosociale ou des suggestions. Le segment counseling conclue avec des remarques de fermeture.

1.5 Notes de codage (voir Sommaire, §C, IV)

En plus de coder le contenu verbal des bandes audio dans les catégories décrites, ce qui suit doit aussi être noté pendant et immédiatement après le codage de chaque bande.

- a) L'identification du cas, la date de codage et l'identité du codeur.
- b) Les entrevues commençant ou finissant brusquement (des salutations omises de l'enregistrement et où on commence l'enregistrement avec le segment portant sur l'historique en cours ou l'enregistrement s'arrête brusquement vers la fin de l'entrevue, mais sans qu'elle soit complétée).
- c) Le sexe du médecin et du patient.
- d) Les segments d'entrevue : au moment approprié, on note a) le début du segment examen et b) la fin de l'examen/le début du segment counseling (ceci peut être fait soit en traçant une ligne sur le formulaire de codage où nous indiquons alors les échanges verbaux apparaissant pendant ces segments ou en utilisant une nouvelle feuille de codification pour chaque segment). Si les segments ne sont pas clairs ou se présentent dans un ordre inversé, on note cette information sur la grille de codage.

- e) Interruptions : on note toutes les interruptions présentes lors de l'entrevue (p. ex. : le médecin sort de la pièce, le médecin répond au téléphone). Si l'enregistrement continu pendant ce temps, notez le temps approximatif de l'interruption. (Note : durant l'interruption, les échanges verbaux qui ne sont pas avec le patient et le médecin ne sont pas codés.)
- f) La qualité générale de l'enregistrement : si la qualité d'enregistrement est constante, on note (qualifie) cette qualité à la fin du codage (p. ex. : bon, mauvais, passable). Si une bande contient une section difficile à entendre ou inaudible, notez l'endroit où ces difficultés sont apparues.
- g) Présence d'un tiers parti : si quelqu'un d'autre (p.ex. : un autre médecin, un parent du patient) est présent pour une partie ou la totalité de l'entrevue, on décrit brièvement le rôle que cette personne joue. En d'autres mots, on indique à quel moment cette personne était présente, combien de temps elle a été présente et quelle était son implication pendant la visite.

Abréviations des catégories utilisées sur les feuilles de codage et les transcriptions

[Pers]	Remarque personnelle, conversation sociale
[Rire]	Rire, raconter une blague
[App]	Montre de l'approbation-directement
[Comp]	Donne un compliment-général
[Accord]	Montre son accord ou sa compréhension
[BC]	Communication de support
[Vérifi]	Paraphrase/vérifie la compréhension
[Empa]	Empathie
[Préoc]	Montre de la préoccupation ou du souci
[R/O]	Rassure, encourage ou montre de l'optimisme
[Légit]	Légitimise
[Désap]	Montre de la désapprobation-directe
[Part]	Partenariat
[Dévoil]	Dévoilement de soi
[Critique]	Montre des critiques-général
[?Rassur]	Demande à être rassuré
[Trans]	Mots de transitions
[Orient]	Donne une orientation
[?Bid]	Demande de répétition
[?Cmp]	Demande de compréhension
[?Opinion]	Demande d'opinion
[[?]Med]	Demande (fermée)-condition médicale

[[?]Théra]	Demande (fermée)-plan de traitement
[[?]S/V]	Demande (fermée)-style de vie
[[?]P/S-S]	Demande (fermée)-psychosocial/senti
[[?]Autre]	Demande (fermée)-autre
[?Med]	Demande (ouverte)-condition médicale
[?Théra]	Demande (ouverte)-plan de traitement
[?S/V]	Demande (ouverte)-style de vie
[?P/S-S]	Demande (ouverte)-psychosocial/senti
[?Autre]	Demande (ouverte)-autre
[Don-Med]	Donne information-condition médicale
[Don-Théra]	Donne information-plan de traitement
[Don-S/V]	Donne information-style de vie
[Don- P/S-S]	Donne information-psychosocial
[Don-Autre]	Donne information-autre
[C-Med/Théra]	Conseil ou condition behavioral-médical/plan thérapeutique
[C-S/V-PS]	Conseil ou dirige le comportement-style de vie/psychosocial
[?Service]	Demande de services
[Non-intell]	Énoncé non intelligible
[Silence]	Silence

1. [Pers] : les remarques personnelles et les conversations sociales

- a) Salutations (p. ex. : « Hello », « Je suis M. Smith », « Comment ça va?* » ou « Comment allez-vous ») pour débiter la relation avec des énoncés amicaux qui font partie des salutations formelles du début (p. ex. : « Je suis content de te voir ») et de la fin de l'entrevue (« Salut », « Au revoir », « Fais attention à toi »).

* Quand le patient répond à une salutation comme « Comment allez-vous » par une description du problème médical, cette description doit être considérée comme la manière dont la question a été interprétée. Cette question sera donc codée comme une demande ouverte-psychosocial/senti, [?P/S-S].

- b) Réaction à des gestes amicaux et de bienvenue (p. ex. : « Bien », « Merci » et « Comment allez-vous? »).
- c) Conversation sur la température, le sport ou tout autre sujet non médical ou un sujet social sur la santé en général qui n'est pas directement relié à la discussion de la santé.

MD Alors, comment vous êtes-vous blessé au genou? [?Med]

Pt En jouant au baseball. [Don-Med]

MD Baseball? Que s'est-il passé? [Vérifi]; [?Med]

Pt Bien, j'étais un héros et j'ai glissé de justesse au deuxième but. [Don-Med]

MD Ha oui! Est-ce que ça en valait la peine. [Rire]

Pt C'était extraordinaire! Nous sommes entrés en collision au but mais je l'ai eu! Le même jeu que Sandburg samedi. [R/O]; [Don-Med]; [Pers]

MD Ha d'accord! C'était extraordinaire. Et Dawson en troisième manche? [Pers]; [Pers]; [Pers]

Pt Epoustouflant! [Pers]

MD Quelle partie! Alors vous êtes un partisan des Cubs. [Pers]

Pt Bien, j'ai grandi à Chicago. [Pers]

MD Vraiment? Bien maintenant vous êtes dans le pays des Orioles (rire). [Pers]; [Pers]

Pt Oui. [Pers]

MD Bon, montrez-moi ce genou. Vous a-t-il frappé sur le côté? [Trans]; [Orient]; [[?]Med]

Dans l'exemple précédent, les segments codés comme personnels [Pers] remplacent le codage plus détaillé qui aurait été fait si cet échange avait été relié à la visite médicale (p. ex. : accord [Accord], blague [Rire], approbations [App]).

2. [Rire] : les rires, les blagues

- a) Le fait de faire des blagues amicales, tenter d'amuser ou de socialiser, *kidding around*, des blagues morbides (p. ex. : « Je pourrais m'envoler lors de vents forts » ou des rires nerveux).
- b) Les rires en réponse à une blague sont codés séparément (les pauses séparant chacun des rires permettent de distinguer chacun des segments à coder).

3. [App] : montre de l'approbation-direct

- a) Compliments offerts à l'autre personne présente (p. ex. : « C'est bien », « C'est bon », « Vous avez l'air bien aujourd'hui », « C'était parfait »).
- b) Montrer à l'autre de la gratitude ou de l'appréciation (p. ex. : « J'apprécie vraiment ce que vous faites, je ne sais pas ce que je ferais sans vous »).
- c) Toute expression d'approbation, d'appréciation, de récompense, de respect ou d'admiration envers l'autre, incluant des énoncés comme : « S'il vous plaît », « Merci », « Vous êtes le bienvenu », « Je suis content de vous avoir rencontré » (quand c'est dit vers la fin de l'entrevue), pouvant également inclure des formules de politesse comme par exemple :

Les informations que vous avez fournies ont été très utiles.

Vous avez beaucoup essayé.

C'est une bonne idée.

- d) Des exclamations qui véhiculent un senti positif en réponse à l'énoncé de l'autre.

Intéressant.

Ah! Vraiment.

Wow!

- e) Un compliment spécifiquement dirigé vers une caractéristique associée à l'autre.

J'aime votre robe.

Ce nouveau bureau est très bien.

Votre infirmière est très aidante.

Votre petit garçon est très gentil.

4. [Comp] : donne compliment-général

- a) Compliment adressé à quelqu'un qui n'est pas immédiatement impliqué dans l'échange :

D^f Brodeur est si attentif.

Il est quelqu'un d'extraordinaire.

Ils sont très gentils.

- b) Toutes expressions d'approbation, d'appréciation, de récompense ou montrant du respect ou de l'admiration pour quelqu'un d'autre.

D^f Klein est un docteur merveilleux.

Les laboratoires Calvet font un excellent travail.

L'équipe là-bas a fait des merveilles pour ma mère.

- c) Un compliment à propos de quelque chose attribué spécifiquement à quelqu'un d'autre.

Le jardin est remarquablement réussi cette année.

La clinique du D^f Marshall est très pratique.

5. [Accord] : montre un accord ou une compréhension

- a) Les signes d'accord ou de compréhension sont compris dans cette catégorie :

Je vois.

Oui, c'est correct.

O.K., très bien.

Je sais.

D'accord.

Oh, vraiment!

- b) Cela inclut le fait de donner son accord sur un point litigieux, des formes de politesses sociales et d'excuses qui n'indiquent pas une attention spéciale au senti de l'autre (voir en particulier la description de préoccupation [Preoc] (§B, 1.5, 9), souci pour d'autres excuses) :

Tu avais raison.

Je suis désolé.

Excusez-moi.

Je suis désolé d'être en retard.

Je suis désolé du mélange des tableaux.

- c) Cela inclut les accords énoncés négativement :

MD Ce n'est pas une bonne idée d'ajouter du sel. [C-SV-PS]

Pt Non, je sais. [Accord]

MD Essayez de ne pas lever quoique ce soit de lourd.
[C-Med/Théra]

Pt Non, non, je ne le ferai pas. [Accord]

6. [BC] : communication de support

Le [BC] sera utilisé prioritairement lors de situations où l'un des deux interlocuteurs se lance dans un monologue ou une énumération de faits. Le [BC] consiste en autant d'indicateurs montrant que l'intérêt est soutenu, que l'écoute est attentive ou encore des encouragements énoncés par le médecin lorsque ce n'est pas son tour de parole. Par exemple :

Mmm-hum.

Oui.

D'accord.

Ces réponses sont différentes des autres en ce qu'elles ne servent pas à indiquer que l'interlocuteur est prêt à prendre la parole. Les communications de support sont généralement ces paroles presque inaudibles qui accompagnent la parole du patient et qui servent à l'encourager à continuer de parler ou qui signale l'intérêt du médecin dans les propos du patient.

Note : Quand le « O.K. » ou le « Mmm-hum » du médecin communique « Je vous ai entendu », « Je vous comprends » ou signifie qu'il signale la réception d'une réponse à une question – ou quand le « O.K. » ou « Mmm-hum » est suivi par une question du médecin ou un énoncé qui sert à prendre la parole (même après une pause pendant laquelle le patient a la chance de reprendre la parole) -- le « O.K. » sera codé comme une transition [Trans]. De la même manière un « oui » peut véhiculer de l'information (et alors être codé *Donne de l'information*) ou peut servir à confirmer la compréhension de l'autre (p. ex. : après une vérification) et sera codé comme un [Accord].

La communication de support doit être considérée comme un sous-ensemble de la catégorie [Accord]. Dans le doute, codez comme un [Accord].

7. [Vérifi] : paraphrase/vérifie la compréhension

Paraphrases/vérification de compréhension, de précision, de confirmation, de clarification

- a) Catégorie classant les mécanismes par lesquels l'interlocuteur répète ou reflète l'information qu'il a reçue de l'autre avec l'intention d'en vérifier la conformité de l'information ou pour confirmer une compréhension commune des faits ou d'un sujet ayant été discuté. Cette reformulation peut être sous forme interrogative ou non, mais la fonction de ces reformulations est de clarifier la communication de l'autre (essentiellement ils demandent : « Est-ce que je comprends ce que vous avez dit? », « Est-ce que j'ai bien compris? », « Est-ce que je vais dans la bonne direction? ») :

Pt Il y a une franchise importante. [Don-S/M]
 MD Ha oui? [Vérifi]
 Pt C'est très important. [Don-S/M]

- b) Cette catégorie inclut des paraphrases ou des répétitions des communications de l'autre sous une forme déclarative ou interrogative :

Pt J'ai une douleur dans la poitrine. [Don-Med]
 MD Alors vous avez une douleur dans la poitrine. [Vérifi]

 Pt Je ne vais pas très bien. [Don-Med]
 MD Vous dites que vous ne vous sentez pas bien? [Vérifi]

 MD Depuis quand avez-vous cette démangeaison? [[?]Med]
 Pt Seulement depuis dimanche. [Don-Med]
 MD Ha, depuis dimanche. [Vérifi]

- c) Cette catégorie inclut des reformulations qui mettent en évidence un aspect de la situation que l'autre n'avait pas accentué ou reflète l'essentiel d'un propos, sans ajouter de nouvelles informations.

MD Et quand vous êtes-vous fait examiner les yeux? [[?]Med]
 Pt Une semaine avant lundi dernier. [Don-Med]
 MD Alors, cela fait pratiquement deux semaines, si on compte à partir d'aujourd'hui. [Vérifi]

- d) Cette catégorie inclut la reprise d'informations dites plus tôt par l'autre dans la visite :

Vous avez dit un peu plus tôt que vous aviez des difficultés à dormir.

- e) Cette catégorie inclut des énoncés prononcés lors de la révision de dossier et ces verbalisations sont clairement l'énoncé de connaissances communes. Dans ces situations, il s'agit d'une revue d'informations partagées et elle n'inclut pas de nouvelles informations. Dans le doute, l'énoncé doit être codé à l'aide d'une des catégories pertinentes parmi les *Donne information*.

En commençant, je vois que votre père est décédé d'une insuffisance cardiaque. [Vérifi]

(Parcourant le dossier) Vous êtes marié et avez deux enfants. [Vérifi]

- f) Il a été entendu que les énoncés [Vérifi] seront suivis d'un [Accord] si la réponse donnée n'apporte aucune nouvelle information. Si une information est ajoutée, l'énoncé sera codé parmi les *Donne information*.

Pt J'ai passé mon test mardi de la semaine passée. [Don-Med]

MD Le 16? [Vérifi]

Pt Oui, le 16. [Accord]

vs

Pt J'ai passé mon test la semaine passée. [Don-Med]

MD La semaine passée? [Vérifi]

Pt Oui, le 16. [Don-Med]

8. [Empa] : empathie

Des énoncés qui paraphrasent, interprètent, reconnaissent ou nomment l'état émotif de l'autre. Le code [Empa] sera réservé à des énoncés verbaux explicites qui montrent que le médecin comprend les émotions ressenties par le patient.

C'est très difficile pour vous, je comprends.

La douleur doit vous déranger beaucoup.

Vous semblez un peu tendu.

Vous devez être préoccupé.

Vous deviez être nerveux.

Quel soulagement !

Je comprends comment vous devez vous sentir.

Pt J'ai eu beaucoup de difficultés à accepter mon cancer.
[Don-P/S-S]

MD Oui, je sais que ce n'est pas facile. [Empa]

9. [Preoc] : montre de la préoccupation ou du souci

- a) Un énoncé ou une expression non verbale indiquant qu'une condition ou un événement est sérieux, préoccupant, inquiétant ou demandant une attention spéciale (p. ex. : comme le réconfort) et que ce soit particulièrement pertinent maintenant dans l'entrevue médicale. En d'autres mots, ces énoncés ont des composantes émotives et psychosociales fortes et immédiates et ne réfèrent pas à un cadre de référence plus général ou à des enjeux passés (voir *Donne information - Psychosocial* ou *Conseil - Style de vie/Psychosocial*). Le ton de la voix, l'intonation ou le contenu peuvent révéler des préoccupations, des soucis, du stress, de la nervosité, une préférence personnelle ou des incertitudes dont on doit se préoccuper maintenant. On retrouve également dans cette catégorie toutes les marques non verbales d'empathie.

Ressentez-vous de la douleur?

Je suis très préoccupé par votre tension artérielle.

Oh, j'ai bien peur que cela va vous faire mal.

J'espère que c'est tout ce que nous aurons à faire.

Je veux seulement savoir si je devrai aller à l'hôpital.

J'espère que vous pouvez me donner quelque chose pour contrôler la douleur.

Je pense que j'ai été plus irritable que d'habitude.

J'espère que vous irez mieux.

Je subis beaucoup de pression à la maison et au travail. On dirait qu'il n'y a aucun moment de relâche nulle part.

Ceci peut faire mal [Préoc]. Je vais procéder très délicatement.

Je suis très préoccupé par mon fils.

Pt Mon mari a eu une attaque. [Don-P/S-S]

MD Oh... [Préoc]

- b) Cette catégorie inclut la description d'émotions douloureuses de la situation médicale ou des discussions de sentiments non spécifiques (p. ex. : étrange, curieux ou imprécis), même à l'intérieur de la description de l'état physique :

C'est étrange.... je me sens flotter.

Je ne me sens pas à la hauteur.

- c) Cette catégorie inclut des demandes d'excuses et indique une préoccupation pour les sentiments de l'autre (n'inclut pas les rituels de politesse) :

Oh, je suis désolé que ça vous ait dérangé.

Je suis désolé de vous avoir blessé.

- d) Cette catégorie inclut l'expression de préoccupations lorsque ces préoccupations concernent l'autre personne :

Est-ce que ceci vous fait souffrir?

Êtes-vous bien?

- e) Cette catégorie inclut l'autocritique :

Je suis un homme faible lorsqu'il s'agit d'arrêter de fumer.

10. [R/O] : rassure, encourage ou montre de l'optimisme

- a) Cette catégorie comprend des énoncés indiquant de l'optimisme, de l'encouragement, un soulagement des soucis ou des énoncés visant à rassurer. Ceux-ci sont distingués de ceux visant l'approbation ou le compliment, car les énoncés qui visent à rassurer sont plus personnels, intimes et immédiats (en d'autres mots, ce sont des énoncés qui reflètent comment le patient ou le médecin se sent maintenant, pendant l'entrevue). Cette catégorie inclut aussi les énoncés portants sur le pronostic de santé. C'est plus positif que la catégorie [Préoc].

Je ne m'en ferais pas avec cela.

C'est beaucoup mieux.

Je me sens vraiment bien.

Vous ne sentirez rien.

Je ne suis plus préoccupé maintenant.

Tu vas aller mieux avant que tu t'en rendes compte.

Je crois que ce sera tout ce que nous aurons à faire.

Vous n'avez pas à vous soucier d'effets secondaires.

Je crois vraiment que cela va vous aider.

Mon asthme est beaucoup mieux.

Je suis désolé à propos de votre mari [Préoc]. Je suis certain qu'il ira mieux bientôt [R/O].

- b) Cette catégorie inclut des descriptions d'émotions agréables de soi, de la situation médicale ou une discussion de sentis non spécifiques (renversant, fantastique), même si on décrit un état physique.

C'est étrange... je me suis senti formidable.

Je ne me suis jamais aussi bien senti.

Je vais très bien.

- c) Cette catégorie inclut des énoncés qui montrent que l'on a conscience des sentiments de l'autre et ceci d'une manière encourageante ou des énoncés en réponse à une demande d'être rassuré.

Vous voyez, cela n'a pas fait trop mal.

La douleur va disparaître dans quelques petites secondes.

Pt Est-ce que j'aurai à refaire ceci (procédure) encore?

MD Non, je ne crois pas que ce sera encore un problème pour vous.

11. [Légit] : légitimise

- a) Énoncés qui indiquent que les actions de l'autre, ses émotions ou pensées sont compréhensibles et normales :

Je comprends pourquoi vous êtes préoccupé.

Je comprends pourquoi vous avez des problèmes à dormir.

C'est naturel d'être préoccupé par votre famille.

Ces énoncés indiquent que l'on comprend pourquoi l'autre sent ou pense d'une certaine manière et non seulement reconnaître qu'ils se sentent et pensent de cette manière.

- b) Des énoncés qui normalisent l'action, l'émotion ou la pensée de l'autre en les rendant universels.

Je ferais la même chose si j'étais dans vos souliers.

À un moment ou un autre ces idées vous passent par la tête.

Qui n'a pas peur du cancer.

J'ai déjà senti la même chose moi-même.

Avoir un enfant rendrait qui que ce soit tendu.

12. [Désap] : montre de la désapprobation-direct

- a) Toutes indications de désapprobation, de critique, de plainte, de rejet, de froideur ou de doute dirigé vers l'autre. Des énoncés qui essentiellement contredisent ou réfutent quelque chose dit par l'autre ou qui impliquent un désaccord ou un rejet des hypothèses, des idées ou opinions de l'autre.

Non, je ne crois pas.

Je ne crois pas ça.

C'est impossible.

- b) Sarcasme :

Deux paquets par jour? Mais c'est fantastique.

Oh, merveilleux, un test sanguin.

- c) Énoncé défensif et de protestation :

Mais tu as promis que tu démissionnerais d'ici le premier du mois.

Je croyais que vous aviez dit que je n'aurais pas d'autres injections.

Je n'ai pas dit que ce serait complètement guéri en deux semaines.

Écoutez, si vous ne voulez pas aller mieux, continuez de vous agiter.

Ce n'est pas mon problème, si vous ne voulez pas prendre les médicaments, alors n'allez pas les chercher. C'est votre décision.

Je vais en prendre soin comme je crois.

Je vous l'avais dit.

Ne dites pas que je ne vous l'avais pas dit.

Note : Une désapprobation se différencie souvent d'un énoncé montrant une préoccupation par son intention de contredire :

MD Vous n'avez perdu que deux livres. Cela ne fera aucune différence. [Don- Med]; [Préoc]

vs

MD Comment va votre diète. [?SM]

Pt Très bien. J'ai perdu deux livres. [R/O]; [Don-SM]

MD Deux livres, ce n'est pas assez. [Vérifi]; [Désap]

13. [Part] : partenariat (catégorie médecin)

Énoncé qui reflète une association avec le patient en vue de l'aider et de le supporter. Énoncé qui réfère à la participation complémentaire de chacun dans les prises de décisions ou dans l'élaboration du plan thérapeutique. On forme une équipe (partenaire) pour vaincre la maladie.

J'aimerais que l'on trouve ensemble la stratégie la plus efficace pour vous.

Peut-être que l'on peut penser à un téléphone pour discuter des résultats et de vos questions?

Dites-moi ce que je peux faire pour vous aider.

Essayons de trouver quel serait le meilleur moment pour se revoir.

Il faut travailler cette difficulté ensemble.

14. [Dévoil] : dévoilement de soi (catégorie médecin seulement)

Énoncés qui décrivent l'expérience du médecin dans des domaines qui ont une pertinence médicale ou émotionnelle pour le patient. Le dévoilement de soi se distingue des remarques personnelles par le fait que cette dernière insiste sur les aspects de conversation amicale, bavardage ou badinage, alors que le dévoilement de soi expose une expérience du médecin qui peut rassurer ou reconforter en étant partagée avec l'autre. Le dévoilement de soi révèle des aspects privés de la vie du médecin.

On a diagnostiqué un cancer du sein chez ma femme il y a deux ans. Je sais comment c'est difficile pour tout le monde.

J'ai eu la même chirurgie du genou et je peux vous affirmer que cela en vaut la peine.

Quand mon aîné est parti vivre dans son propre logement, il y a eu un grand vide à la maison.

J'ai moi-même été dépendant de la cigarette, alors je mesure tout à fait votre difficulté.

15. [Critique] : montre des critiques-général

- a) Toute indication de désapprobation, de plainte, de rejet, de froideur ou de doute à l'égard de quelqu'un de non impliqué dans l'échange. Ceci inclut des énoncés qui essentiellement contredisent ou réfutent quelque chose dit par quelqu'un d'autre ou bien qui impliquent un désaccord ou le rejet des hypothèses, idées ou opinions de quelqu'un d'autre.

Mon mari ne peut pas cuisiner.

Elle n'est jamais là lorsque j'ai besoin d'elle.

Je n'aime pas l'atmosphère ici.

De toute façon... ils peuvent bien faire ce qu'ils veulent à partir du moment que ça ne me dérange pas.

Je ne peux croire qu'il vous ait dit ça.

Elle m'a dit d'en prendre quatre fois par jour, je lui ai dit d'oublier ça.

Ça n'en vaut pas la peine.

Je ne crois pas ce que l'on dit à propos des vitamines et de tous ces produits pour vous remonter.

- b) Le sarcasme :

600 \$ par mois. Très bien, comme si on pouvait vraiment se payer ça.

- c) Des énoncés défensifs :

Ils sont ceux qui m'ont dit que je pouvais prendre du temps libre.

16. [?Rassur] : demande à être rassuré

- a) Des questions préoccupantes qui appellent un besoin ou un désir d'être rassuré ou encouragé. Le ton de la voix, l'intonation et le contenu émotionnel peuvent jouer un rôle important pour distinguer une demande d'être rassuré d'autres types d'énoncés.

Croyez vous vraiment que je peux arrêter de fumer.

Ces tests ne sont pas trop douloureux, n'est-ce pas?

Croyez-vous que je commence à aller mieux?

Croyez-vous que c'est sérieux?

Est-ce que cet eczéma va disparaître un jour?

Combien de temps ces changements d'humeur vont continuer?

Habituellement, combien de temps dure un post-partum? [[?]] P/S-S]

vs

Quand cette post-partum va-t-elle se terminer? [?Rassur]

Est-ce que ce type de fracture guérit rapidement? [[?]]Med]

vs

Est-ce que ma jambe sera comme avant? [?Rassur]

Qu'est-ce qui peut causer ces maux de tête? [?Med]

vs

Croyez-vous que ce qui cause ces migraines est sérieux? [?Rassur]

- b) Notez que cette catégorie comprend les préoccupations sous forme de questions lorsque le sujet de cette préoccupation est celui qui parle (en d'autres mots, c'est celui qui parle qui demande à être rassuré en relation avec lui-même ou son action) :

Ce que je fais est correct?

Est-ce que je vous ai aidé aujourd'hui? [?Rassur]

vs

Est-ce que ceci va t'aider? [?Opinion]

(pendant l'examen physique) Est-ce que je vous fais mal? [?Rassur]

vs

(pendant l'examen physique) Êtes-vous bien? [Préoc]

17. [Trans] : mots de transition

- a) Énoncés ou fragments de phrases qui indiquent une transition à un autre sujet, d'autres pensées ou actions. Cette catégorie inclut les énoncés ou les fragments de phrases qui servent à conserver la parole en indiquant une suite à venir lorsqu'un mot est suivi d'une pause d'une seconde ou plus.

Ha.... attend une minute maintenant...

Bien....

Maintenant.....

Voyons voir....

Voyons voir... (1 sec) ...vous vous sentiez étourdi et vous aviez des maux de tête... (1 sec) ...hum... (1 sec) ...aucun symptôme de rhume? [Trans]; [Don-Med]; [Trans]; [[?] Med]

- b) Si la pause entre la transition et la partie plus substantielle de la phrase dure moins d'une seconde, la transition est alors englobée dans la suite de l'énoncé (cette règle n'est valable que pour les transitions).

Hum... je crois que j'ai ce rhume depuis une semaine. [Don-Med]

Ah... laissez-moi voir... Oh, vous fumez? [[?] S/M]

Très bien... allez sur la table s'il vous plaît. [Orient]

vs

Bien... allez sur la table s'il vous plaît. [App]; [Orient]

18. [Orient] : donne une orientation

- a) Les énoncés d'orientation informent l'autre personne sur la suite des événements, sur ce à quoi elle peut s'attendre pendant l'entrevue ou l'examen, ou servent à organiser la visite. Ce sont des consignes ou orientations spatiales données par le médecin. Ces énoncés sont utiles pour guider le patient à propos de ce qui peut se produire pendant la visite. Cette catégorie restreinte concerne les énoncés qui servent à cadrer le comportement de l'autre et à faciliter la démarche pendant la visite. En d'autres mots, la catégorie [Orient] sert à identifier les énoncés qui aident l'autre à coopérer, c'est-à-dire des énoncés qui aident à faire progresser la visite.

Maintenant, je vais prendre votre pression.

Je reviens immédiatement avec l'injection.

Il y a deux problèmes que je voudrais discuter avec vous.

Nous parlions plus tôt de votre diète. Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions supplémentaires.

Occupons-nous de votre rhume d'abord.

Et, à propos de votre essoufflement...

Maintenant, je vais faire votre culture.

- b) La catégorie [Orient] comprend les directives ou les instructions reliées à l'examen physique ou à la visite clinique, incluant les énoncés phrasés sur le mode impératif. Ceux-ci sont souvent utilisés pour faciliter le déroulement de la visite. Cette catégorie comprend aussi les énoncés reliés à la procédure ou à l'aspect administratif de la visite.

Pourriez-vous vous installer sur la table d'examen s'il vous plaît.

Regardez droit devant.

Dites « Ha ».

Amenez ce formulaire à la réception dans le corridor au fond.

Parfait, vous pouvez remettre votre chemise.

Descendez de la balance maintenant.

J'ai besoin que vous cachiez votre oeil gauche.

Lorsque vous avez des doutes à propos du fait que cette catégorie convienne ou non, vous utilisez alors une catégorie plus large :

Habituellement, je donne à mes patients une injection contre la grippe. [Don-Théra]

Maintenant Paul, j'ai besoin de regarder dans ta bouche pour voir s'il n'y a pas d'infection. [Don-Med]

Tout ce que vous allez sentir c'est un petit bâton. [R/O]

Montrez à l'infirmière le formulaire pour le test. [C-Med/Théra]

Voyez la réception à propos de votre facture. [C-S/V-P/S-S]

Parlez-moi de la mort de votre mère. [? S/V]

vs

Parlons de la mort de votre mère. [Orient]

19. [?Bid] : demande de répétition

Cette catégorie les mécanismes qui servent à demander une répétition du dernier énoncé émis par l'autre. Les demandes de répétition sont utilisées lorsque les énoncés n'ont pas bien été entendus et demandent alors d'être répétés et sont souvent le signe de difficultés d'audition. Ils suivent immédiatement après ou brièvement après l'énoncé nécessitant répétition.

Quoi?

Qu'avez-vous dit?

Avez-vous dit les pilules blanches?

Dites-le encore.

Je n'ai pas compris ce que vous avez dit.

Avez-vous dit que c'était ici?

Je n'ai pas compris la dernière partie de vos explications.

Pardon?

20. [?Cmp] : demande de compréhension

Cette catégorie les énoncés grâce auxquels le médecin ou le patient vérifie rapidement si l'information qui vient d'être dite a été comprise ou suivie (essentiellement, ce sont des versions de : « Comprenez-vous ce que je dis? »). Cette catégorie inclut les demandes de permission ou d'accord.

Vous comprenez jusqu'à maintenant?

Est-ce que vous comprenez?

Pouvez-vous répéter ce que je viens de vous dire?

Vous avez compris?

Vous rappelez-vous ce que je vous ai dit?

D'accord?

On se comprend bien?

C'est clair dans votre esprit?

Regardons l'autre pied, d'accord? [Orient], [?Cmp]

21. [?Opinion] : demande d'opinion

Ce sont les questions qui sollicitent l'opinion du patient, son point de vue ou sa perspective en relation avec le traitement, l'étiologie, la prévention ou le pronostic :

Qu'est-ce que vous pensez que c'est?

Qu'est-ce que vous croyez qui a causé cela?

Qu'est-ce que vous pensez que cela veut dire?

Qu'est-ce qui aiderait selon vous?

Qu'est-ce que vous croyez qui va arriver?

Croyez-vous que vous pourrez respecter votre diète?

Croyez-vous que vous auriez des douleurs à la poitrine si vous vous traitiez convenablement?

Comment croyez-vous que vous y arriverez?

Avez-vous une idée sur comment vous avez attrapé cela?

22. [?Med] : demande (fermée)-condition médicale

Cette sous-catégorie concerne les questions directes et fermées à propos d'informations spécifiques, c'est-à-dire lorsque des réponses courtes sont généralement requises. Une réponse d'un ou deux mots (oui, non, etc.) est généralement suffisante.

Cette sous-catégorie inclut des questions à propos de l'histoire médicale du patient et de celle de sa famille, des traitements précédents, des symptômes, de la condition physique (p. ex. : l'incapacité ou la douleur), des pratiques reliées à la condition médicale ou aux allergies (faire exception des allergies aux drogues).

Avez-vous des difficultés à dormir la nuit depuis que ces douleurs à la poitrine ont commencé?

Avez-vous déjà été hospitalisé pour ce problème?

Avez-vous des douleurs aux bras et aux jambes?

Avez-vous eu un test sanguin la dernière fois que vous êtes venu?

Quand cette fracture sera-t-elle guérie?

Y a-t-il d'autres membres de votre famille qui souffre de haute pression?

NB : Lorsque le MD pose une question fermée à propos du thème de la cigarette, cette dernière se verra attribuer le code [?Med] si le Pt est connu comme ayant des troubles respiratoires (p. ex. : asthme) ou si sa raison de consultation concerne des problèmes respiratoires. Si le Pt n'a jamais eu de problème de ce type ou s'il ne vient pas pour cette raison, alors la question sera codée [?S/V].

(le Pt est asthmatique) Fumez-vous? [?Med]

23. [[?]]Théra] : demande (fermée)-plan de traitement

Cette sous-catégorie comprend les questions fermées à propos des médicaments et des traitements présents et à des aspects du style de vie reliés directement aux conditions médicales du patient.

À quelle fréquence prenez-vous vos médicaments contre la haute pression?

Voyez-vous le physiothérapeute (comme je vous l'ai conseillé)?

À quelle fréquence je dois prendre ces pilules?

Qu'est-ce que je dois prendre contre la douleur la nuit?

Dois-je mettre quelque chose dans l'eau (lorsque je me trempe les pieds)?

C'est quand la dernière fois que vous avez pris une nitro?

Avez-vous diminué votre consommation de sel?

Avez-vous besoin d'une prescription pour cela?

Je peux fumer combien de cigarettes?

Pouvez-vous me recommander un dermatologue (pour aller le voir tel que recommandé)?

Êtes-vous allergique à la pénicilline?

Quand avez-vous arrêté de prendre des valiums?

Avez-vous déjà essayé de prendre de l'ibuprofène?

Voulez-vous vérifier mon cholestérol?

Combien d'insuline prenez-vous?

24. [S/M] : demande (fermée)-style de vie

Ce sont les questions fermées associées au style de vie (le tabac, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et la pratique de l'exercice), la famille et la situation dans la maison, le travail, la prévention et les soins que l'on se donne, mais sans relation avec un problème de santé particulier. Ces questions sont distinguées de celles codées comme étant des remarques personnelles [Pers], car l'intention ici est plus que purement sociale ou amicale (ces questions ont pour objectif de comprendre le style de vie de l'autre dans la mesure où il peut influencer l'état de santé).

Qui demeure avec vous?

Travaillez-vous toujours sur le quart de nuit?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

Buvez-vous de l'alcool?

Je dois marcher quelle distance à chaque jour?

Combien de cafés je peux prendre par jour?

Est-ce que votre mari boit plus que d'habitude?

Dois-je passer une mammographie une fois par année? (des patientes sans aucun facteur de risque)

Vous recommandez quel régime? (pour perdre du poids sans nécessité médicale)

Prenez-vous la pilule contraceptive?

Prévoyez-vous allaiter au sein?

Dois-je prendre des vitamines?

25. [[?]P/S-S] : demande (fermée)-psychosocial/senti

Cette sous-catégorie touche les questions fermées associées à l'état émotif ou psychologique ou à des choses directement reliées à ces états. Elle comprend les questions reliées aux préoccupations, aux soucis, au stress ou à ce que l'on aime ou n'aime pas.

Êtes-vous anxieux à propos de cela?

Avez-vous pleuré beaucoup ces derniers temps?

Est-ce que le stress peut être la cause d'une douleur à la poitrine?

Est-ce que cela vous met en colère?

Avez-vous l'impression que vous êtes à blâmer pour cela?

Êtes-vous inquiet de votre vol en avion?

Pouvez-vous vous arranger avec?

Croyez-vous en Dieu?

Est-ce que votre famille vous supporte?

Avez-vous essayé de voir un travailleur social?

Êtes-vous redevenu vous-même?

Êtes-vous une personne religieuse?

26. [[?]Autre] : demande (fermée)-autre

Ce sont les questions fermées reliées à l'administration, aux procédures d'examen, etc. (ce sont des questions qui bien que reliées à la visite médicale ne se classent pas dans les sous-catégories précédentes).

Est-ce que je dois m'asseoir ici?

Où est le banc?

M'avez-vous donné votre carte d'assurance-maladie?

27. [?Med] : demande (ouverte)-condition médicale

Les questions ouvertes se distinguent souvent des questions fermées par le fait qu'elles sont moins spécifiques et/ou ont une intention exploratoire. Elles commencent souvent par des mots comme « Qu'est-ce...? », « Pourquoi...? », « Comment...? » et elles demandent une réponse portant sur des perceptions, des informations ou un sentiment. Les demandes d'exemples de clarification ou d'ajouts d'information sont incluses dans cette catégorie.

Le contenu des sous-catégories correspond aux contenus des sous-catégories de *Pose question (fermée)*.

Comment est votre appétit?

Qu'est-ce qui provoque la démangeaison?

Pourquoi j'ai mal à l'estomac?

Dites-moi quel est votre problème?

Quels sont les résultats?

Est-ce que vous devenez moite ou vous avez une respiration courte ou quelque chose comme ça? (dans ce cas, l'intention du MD est d'explorer. Cette interprétation est supportée par le « ...quelque chose comme ça? ». Si la question s'était terminée par « ...une respiration courte? », elle aurait été codée comme une question fermée [[?]Med].

Ce que je comprends de votre dossier, c'est que vous alliez assez bien jusqu'à ce...? (dans ce cas, l'inflexion à la fin de la phrase indique que le MD sollicite plus d'informations du patient. C'est alors codé comme une question ouverte [?Med]).

Vous n'avez pas eu d'autres symptômes du tout?

Y a-t-il d'autres douleurs en plus de la douleur à la poitrine? (Ces deux dernières questions sont codées comme ouvertes parce que, en dépit du format de la question qui permet de répondre par oui ou non, l'intention est d'explorer, en ce sens que le MD demande plus d'informations et désire que le Pt initie une description des symptômes ou d'autres problèmes s'ils sont présents. En d'autres mots, si le patient répond oui à ces questions, il est habituel et attendu qu'il donnera aussi des informations supplémentaires. Si par contre le MD avait demandé s'il y avait présence d'un symptôme spécifique, ces questions auraient été codées comme fermées)

Note : Quand le choix entre la catégorie question ouverte ou fermée est difficile malgré les règles décrites plus haut, les pauses ou les opportunités pour l'autre de répondre à la question peuvent être instructives. Par exemple, si un MD questionne un Pt avec la série suivante de questions sans pause, ce serait codé comme des questions fermées :

Comment la douleur se déplace-t-elle, de la droite vers la gauche de votre tête ou se déplace-t-elle de la gauche vers la droite? [[?] Med]

Dans ce cas, même si la première partie de la question semble nous diriger vers une question ouverte, le fait qu'il n'y ait pas de transition avec le reste de la question qui elle demande une réponse fermée nous fait pencher vers l'usage du code [[?] Med]. Cependant, des pauses auraient pu en transformer la lecture.

Comment la douleur se déplace-t-elle... (pause) ...se déplace-t-elle de la droite vers la gauche de votre tête?... (pause) ...ou se déplace-t-elle de la gauche vers la droite? [? Med]; [[?] Med]; [[?]Med]

Dans cet exemple, la pause après la question initiale du MD permet au Pt de répondre avec une variété de réponses reliées à comment la douleur change; donc l'intention de la question sera comprise comme une intention d'exploration et sera donc codée comme étant ouverte. Ce n'est qu'après que le Pt eut hésité à répondre à la première question que le MD enchaîne avec deux questions fermées plus spécifiques.

28. [?Théra] : demande (ouverte)-plan de traitement

Comment ça va avec votre médication contre la douleur?

Qu'est-ce qui fait que vous avez des difficultés à vous rappeler de prendre vos pilules?

Pourquoi je ne peux continuer à prendre les pilules bleues?

Quelle sorte de diète à forte teneur en fibres vous ont-ils donnée?
(réfère à sa diète suite à une hospitalisation)

Pourquoi avez-vous cessé la tétracycline?

Quelle sorte d'effets secondaires aura ce médicament?

Dites-moi comment vous réagissez à l'aspirine?

Qu'est-ce que je dois faire pour me préparer au test sur le glucose?

29. [?S/V] : demande (ouverte)-style de vie

Comment ça va avec votre diète?

Pourquoi avez-vous recommencé à fumer?

Que faites-vous de vos journées?

Comment avez-vous réussi à arrêter de fumer?

Pourquoi avez-vous changé d'emploi?

Pourquoi je dois couper le café?

Pourriez-vous me parler de la maladie de ma mère?

30. [?P/S-S] : demande (ouverte)-psychosocial/senti

Comment vous sentiez-vous par rapport au fait que votre mari buvait?

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus?

Pourquoi n'aimez-vous pas votre emploi?

Comment puis-je arrêter de m'en faire pour mon fils?

Qu'est-ce qui se passerait si vous déménagiez dans votre propre appartement?

Il n'y aurait pas quelque chose qui a augmenté la tension dernièrement?

Quel genre de rêve avez-vous eu?

Cette sous-catégorie inclut toutes questions ouvertes avec un objectif flou et qui permet la discussion à propos d'aspects psychosociaux, peu importe le contexte.

Comment vous organisez-vous?

Comment allez-vous?

La douleur ne vous dérange pas trop dans vos activités?

Qu'est-ce qui se passe?

Comment vous sentez-vous?

31. [?Autre] : demande (ouverte)-autre

Qu'est-ce que je fais avec ça?

Qu'est-ce que vous voulez que je fasse avec ça?

Comment je mets ça?

32. [Don-Med] : donne information-condition médicale

Cette sous-catégorie traite des énoncés qui ne dirigent pas explicitement le comportement de l'autre. Ceux-ci sont caractérisés par un contenu présenté d'une manière neutre et/ou par une information à propos d'actions à être initiées par celui qui parle ou par d'autres (p. ex. : par le personnel clinique ou de l'hôpital).

- a) Ce sont des énoncés de faits ou d'opinions associés directement à la condition médicale, aux symptômes, au diagnostic, au pronostic, aux résultats des tests passés et présents, à l'histoire médicale de la personne et de sa famille (incluant l'historique d'immunisation, lieu des anciens traitements, le médecin traitant de l'époque, les traitements pris dans le passé (non Rx : chimiothérapie, radiothérapie, etc.), aux pratiques médicales et à ses allergies (non-médicales).

Ma mère est décédée du cancer du sein à 49 ans.

Ma grand-mère était diabétique.

J'ai eu un rayon X du poumon il y a trois mois.

Mon grand-père est mort d'une maladie cardiaque.

Votre pression sanguine est de 100 sur 70.

Les résultats de l'analyse sanguine vont nous aider à déterminer de quelle infection il s'agit.

Je crois que la rougeur disparaîtra d'ici une semaine.

En 1965, j'étais à l'hôpital avec des ulcères.

Vous semblez avoir des migraines.

Toutes les nuits, à deux heures du matin, la douleur me réveille.

J'ai mal au dos, ça m'empêche de dormir.

Ce que je mange ne semble pas faire de différence. Les douleurs reviennent toujours.

Oui, il y a plusieurs années, mon médecin m'a dit d'arrêter de fumer.

J'ai pris cinq livres.

Note : Un oui ou un non qui amène de nouvelles informations en réponse à une question ne doit pas être confondu avec l'expression de l'accord ou du désaccord.

MD Avez-vous eu des régurgitations? [[?] Med]

Pt Oui (j'en ai eu). [Don-Med]

vs

MD Alors, vous dites que vous avez eu des régurgitations. [Vérifi]

Pt Oui (j'en ai eu). [Accord]

MD Avez-vous déjà essayé de cesser de fumer? [[?]SM]

Pt Non (je n'ai pas essayé). [Don-SM]

vs

MD Alors, vous avez déjà essayé d'arrêter avant. [Don-SM]

Pt Non (c'est incorrect). [Désap]

b) Les énoncés touchant à l'effet tangible du médicament sur la condition physique du patient seront eux aussi codés dans cette catégorie*.

Pt J'ai pris les anti-inflammatoires que vous m'aviez prescrits.
[Don-Théra]

MD La douleur est complètement disparue. [Don-Med]

*Ce type de discours sépare la prise de médicament de l'effet observé. Dans le cas où les deux informations sont liées, on privilégiera le discours portant sur le médicament [Don-Théra].

33. [Don-Théra] : donne information-plan de traitement

Cette sous-catégorie traite des énoncés de faits ou d'opinions associés au traitement actuel, des informations associées à l'usage des médicaments, à la posologie, aux allergies associées aux médicaments, à des traitements particuliers, à des tests à faire, à une hospitalisation imminente, à des rendez-vous ou aux rencontres patient-médecin ou des informations portant sur le style de vie et associées directement à la condition médicale du patient (p. ex. : reliées à la diète ou au fait de fumer). Également, cette sous-catégorie inclut des informations sur les médicaments pris ou prescrits dans le passé (elle n'inclut pas par contre les informations sur les hospitalisations passées, les tests qui ont été exécutés ou tout autre traitement passé prescrit. Cette dernière information serait incluse dans la sous-catégorie [Don-Med]). Elle inclut les discussions sur les disponibilités et les coûts des médicaments, des traitements et des tests. Finalement, les traitements médicaux passés, mais qui continuent dans le temps présent, seront également classés dans ici. Les énoncés ont un caractère impératif et abordent exactement ce qu'il y a à faire, la façon dont on doit s'y prendre pour régler le problème en question.

Ce médicament est un diurétique qui vous aidera.

Je crois que je vais vous faire une injection de pénicilline aujourd'hui pour s'assurer que l'infection est terminée.

Nous allons faire un test de grossesse comme ça nous saurons.

Je vais vous téléphoner la semaine prochaine pour les résultats des tests.

Je prends des pilules pour la pression trois fois par jour.

Pendant que vous êtes à l'hôpital, nous allons faire un test sur le stress.

Je continue de voir le physiothérapeute deux fois par mois.

Je n'ai pas eu à prendre de « nitro » depuis presque un mois.

D' Dubuc sera votre médecin traitant, c'est un bon médecin. [Don-Théra]; [Comp]

Je ne me rappelle pas comment j'ai réagi au médicament. Je crois que j'ai eu une crise d'urticaire.

J'ai pris du Tylenol, ça n'a pas marché.

J'achète toujours les médicaments sous leur nom générique. C'est moins cher.

Le test coûte environ 80 \$.

Le test de glucose est fait pendant le jeûne.

Nous allons vérifier votre cholestérol lorsque vous serez à jeun.

Les antihistaminiques me rendent somnolent.

Pt J'ai de la difficulté à respirer depuis longtemps. [Don-Med]

MD Fumez-vous? [[?]Thera]

34. [Don-S/V] : donne information-style de vie

Cette sous-catégorie traite des énoncés de faits ou d'opinions associés au style de vie (tabac, alimentation, sommeil, alcool et exercices physiques), la situation familiale et à la maison, le travail ou son emploi, les soins de soi qui ne sont pas associés à un problème spécifique de santé. Ceci inclut les informations à propos des comportements associés à sa condition de santé générale et ses assurances médicales (p. ex. : la croix-bleu, etc.). Ceci inclut aussi les informations sur des projets passés ou futurs dans ces domaines. Ces énoncés sont généralement directs, sans détour, tant dans leur contenu que dans la manière avec laquelle ils ont été émis, et sont émotivement neutres (notez l'exclusion des préoccupations psychosociales). On y retrouve également toutes informations générales portant sur l'histoire médicale ou non d'un tiers, pour autant que ces informations aient une implication directe sur la vie du patient. Par contre, des informations générales portant sur un tiers et dépassant le contenu de l'entrevue par leur faible degré d'importance sur la vie du patient seront considérées comme de la conversation simple.

Mon mari s'est fait prescrire ces antibiotiques.

Ma fille habite en France depuis trois ans.

Fumer fait travailler votre coeur plus fort parce qu'il manque d'oxygène.

J'ai travaillé dans le jardin presque toute la journée.

Je suis loin de fumer autant que j'ai déjà fumé.

Je bois entre deux ou trois tasses de café par jour, mais j'essaie de diminuer.

Je demeurais avec ma soeur et son fils. Maintenant je demeure avec ma mère, mais je me cherche une place pour moi plus proche du travail.

Un test PAP annuel n'est pas vraiment nécessaire pour une femme de votre âge.

La clinique commencera à offrir un vaccin contre la grippe à partir du mois de septembre.

J'ai de la difficulté à dormir (sans mentionner le problème de stress).

35. [Don- P/S-S] : donne information-psychosocial (catégorie patient)

Cette sous-catégorie comprend des énoncés faits par le patient et reliés à des préoccupations ou des difficultés psychosociales (p. ex. : stress, sentiments, émotions, état d'esprit, apparence physique, valeurs et croyances). Ces énoncés peuvent se référer au style de vie, aux informations médicales et/ou thérapeutiques, mais sont distingués des autres sous-catégories de *Donne information* par leur dimension psychosociale ou affective. Celles-ci sont néanmoins moins immédiates, intimes ou intenses que [Préoc], [App] ou [Désap]. Ce sont des énoncés à forte teneur émotive. Cela comprend également les marques non verbales de sympathie. La sympathie non verbale se distingue de l'empathie par sa charge émotionnelle plus forte. L'empathie reconnaît le sérieux de l'événement, alors que la sympathie le partage.

Note : Tout énoncé de type psychosocial produit par le médecin doit être codé comme [C-S/V-P/S-S].

Pt Mon mari a eu une attaque. [Don-S/V]
MD Ooooohhh. [C-S/V-P/S-S]

Ma fille et moi avons habituellement beaucoup de plaisir ensemble.

Je deviens très nerveux si je ne m'entraîne pas tous les jours.

Mon premier mari était terrible avec moi.

Le café me rend seulement nerveux et irritable.

Physiquement, je me sentais comme si j'allais avoir une attaque d'anxiété.

Tous les mariages ont leurs hauts et leurs bas.

J'imagine que plusieurs croient à une forme de vie après la mort.

C'est lorsque je sors avec des amis que je sens le besoin de fumer.

Ma pression augmente lorsque je dois la faire prendre.

Ma famille est très supportante.

J'ai écrit mon C.V. et je le distribue. J'espère trouver un emploi.

Quand je prends l'avion je deviens très nerveux.

36. [Don-Autre] : donne information-autre

- a) Ce sont des énoncés de faits ou d'opinions associés aux aspects administratifs, à des complications administratives, à des directives précises se rapportant au domaine extérieur à la consultation, etc. (c'est-à-dire aux informations qui, même si elles sont reliées par certains aspects de la visite clinique, n'entrent pas dans les sous-catégories précédentes).

Nous sommes aujourd'hui le 14. (au patient qui doit remplir un formulaire)

Ah. (en réponse à une demande du médecin pendant l'examen)

Savez-vous ce qu'il adviendra de l'hôpital?

Voulez-vous que je vous indique l'adresse du laboratoire?

Tiens. (le MD remet la/les prescription(s))

- b) Tous les énoncés portant sur la recherche en cours ont été codés dans cette catégorie.

Rendez-moi le questionnaire une fois que vous l'aurez rempli?

La recherche consiste à étudier...

37. [C-Med/Théra] : conseil ou condition behaviorale-médical/plan

Ce sont des énoncés qui suggèrent ou impliquent une décision ou une action à être prise par l'autre (habituellement le patient). Ces énoncés sont caractérisés par leur intention de persuader, d'influencer, d'orienter ou de changer le comportement de l'autre. Les énoncés impératifs pour diriger le comportement de l'autre sont inclus. Ces énoncés ont un caractère incitant plutôt qu'ordonnant.

Ces énoncés sont sous-catégorisés comme suit :

- a) Condition médicale/traitement thérapeutique [C-Med/Théra] : comprend des énoncés à propos du problème médical, de la posologie des médicaments, des rendez-vous futurs et les tests. Les énoncés associés aux activités dans lesquelles on prend soin de soi ou des changements dans le style de vie ou de contrôle (p. ex. : arrêter de fumer, changer la diète, suivre un programme d'exercices) sont inclus dans cette sous-catégorie seulement s'ils sont explicitement reliés à la condition médicale.

Je voudrais que vous preniez ce médicament pour réduire l'abondance de liquide.

Téléphonez-moi si vous ne vous sentez pas mieux d'ici la semaine prochaine.

Plus de sel pour vous.

Prenez vos médicaments trois fois par jour.

Revenez dans deux semaines.

Si vous voulez aller mieux, vous allez devoir arrêter de fumer.

Plus de lait. Prenez d'autres produits pour le remplacer.

- b) Les instructions élaborées sont incluses dans cette catégorie, c'est-à-dire les explications sur comment comprendre les instructions :

Je veux que vous preniez E-Mycin trois fois par jour pendant dix jours. Vous pouvez vous procurer ce médicament à la pharmacie de l'autre côté de la rue. Allez au comptoir dans la salle d'attente et ils vont vous indiquer le chemin.

Téléphonez-moi si quelque chose se passe. Si je ne suis pas ici, laissez un message au service de réponse téléphonique à ce numéro. S'il y a une urgence, dites-leur, ils vont m'appeler.

38. [C-S/V-P/S-S] : conseil ou dirige le comportement-style de vie/conseil ou dirige le psychosocial

Cela inclut les énoncés associés au style de vie, à la famille, aux activités quotidiennes, au travail et à l'emploi, à la promotion et à la prévention autour de sa santé, aux enjeux psychosociaux, incluant les problèmes et les préoccupations émotifs.

Vous avez vraiment besoin de sortir et de rencontrer plus de gens. Impliquez-vous dans des activités de bénévolat que vous appréciez.

Essayez de prendre des respirations profondes quand vous vous sentez tendu. Je sais que ces techniques aident à gérer le stress.

Cette catégorie inclut les conseils à propos du fait de fumer, la diète, l'exercice, l'alcool, le contrôle du poids ou des drogues lorsqu'ils ne sont pas directement reliés aux conditions médicales.

Faites cet examen du sein au moins une fois par mois.

Vous devez manger moins si vous voulez perdre du poids.

Fumer va vous tuer [Préoc]. Vous devez arrêter. (Ce 2^e énoncé suggère l'action que le patient doit entreprendre, donc [C-S/V-P/S-S])

Cette catégorie inclut aussi les énoncés caractérisés par leur aspect persuasif. Les énoncés persuasifs peuvent révéler un autre aspect de notre expérience personnelle comme modèle de comportement ou comme une influence motivante.

J'ai fumé jusqu'au moment où j'ai réalisé que ça me tuait.

Souvent les gens trouvent que d'aller en sevrage est la meilleure façon d'arrêter.

Cette catégorie inclut aussi tous les énoncés faits par le médecin et qui sont associés à des préoccupations psychosociales.

C'est important d'être prudent avec l'alcool quand vous êtes déprimé.

Il semble que les choses aillent mieux entre vous et votre fils.

Pour passer au travers beaucoup sont aidés par leur foi.

L'abus de drogue est symptomatique de problèmes émotifs.

39. [?Service]

Cette catégorie traite concerne les demandes initiées par le patient pour des services, des références ou une légitimisation. Elle inclut les demandes pour des médicaments, un traitement, un test ou une référence particulière. C'est un appel direct à l'autorité du médecin.

Pouvez-vous me donner une autre prescription pour mes pilules pour le coeur?

Je me demande si je ne pourrais pas avoir plus de ces pilules pour mes maux de tête.

Pouvons-nous vérifier mon cholestérol aussi?

Pourriez-vous signer ceci pour mon travail?

Puis-je avoir une semaine de plus de congé?

Pouvez-vous me faire une prescription pour des pilules amaigrissantes. [?Service]

vs

Quel régime me recommandez-vous? [[?]S/M]

40. [Non-intell]

Énoncé non intelligible.

41. [Silence]

Pour considérer qu'il y a silence, il doit y avoir absence de parole pendant au moins une minute. On peut considérer comme un silence le fait que le médecin s'adresse à quelqu'un d'autre que le patient, au téléphone ou autrement, pendant au moins une minute.

II. SURCODAGE

2.1 Surcodage-A

1. [Accepte] : accepter

Le patient manifeste son accord ou sa résignation à l'explication de sa condition donnée par le médecin. Cet accord est généralement précédé d'informations détaillées sur le problème en question ou sur son plan de traitement. Le médecin a alors convaincu le patient que la voie à suivre qu'il lui propose est la bonne.

MD Je crois que c'est votre stress qui vous cause ces maux de ventre.

Pt Oui...

MD Peut-être qu'une période de relaxation avant d'aller au lit vous serait bénéfique.

Pt Je vais essayer, on ne sait jamais. [Accepte]

2. [Aggraver]

Sur quelques énoncés, le patient accentue son propos, le rend plus dramatique généralement en lui attribuant une charge émotionnelle importante. Cette aggravation peut se faire même en ayant intercalé des propos de nature différente.

Pt J'ai eu mal au ventre toute la nuit.

MD Toute le nuit?

Pt C'était épouvantable, je me tordais de douleur. [Aggraver]

3. [Conclusion/Sommaire]

Le médecin habituellement, et exceptionnellement le patient, peuvent conclure l'entrevue en résumant les propos principaux et les principales recommandations.

4. [Dissuasion]

Le médecin condamne un comportement précis du patient. Il tente de l'amener à changer ses habitudes, à écouter ses recommandations. C'est l'opposé de [Renf-Motiv].

- MD Ne vous avais-je pas demandé d'arrêter de fumer?
 Pt Je suis lâche! Chaque fois que je pense à arrêter, c'est pire : je fume plus.
 MD Il va falloir faire quelque chose pour ça. C'est votre santé qui en dépend [Dissuasion]

Remarque : voir la catégorie [Influence] dans Medicode lorsqu'on parle d'argumentation.

5. [Émotion +]

Expressions d'émotions associées à la joie, au soulagement, à l'enthousiasme, à l'optimisme, etc.

6. [Émotion -]

Expressions d'émotions associées à la peine, la tristesse, la déception, le pessimisme, etc.

7. [Mitiger]

Le patient banalise ses propos, tente de diminuer leur importance, de dédramatiser la situation. Le médecin peut de son côté tenter de banaliser ses propos ou la gravité des symptômes, de diminuer la gravité de son diagnostic, du traitement envisagé ou des effets secondaires qui y sont rattachés afin de neutraliser toutes objections venant du patient. La structure générale est :

- a) Affirmation d'une gravité X
- b) Réduction de cette gravité

- Pt J'ai souvent mal à la poitrine...
 MD Oh!
 Pt Non, pas si souvent. De temps en temps, une petite douleur.
 [Mitiger]
- MD Vous savez que ce médicament a de nombreux effets secondaires
 Pt Oh! Je ne suis pas sûr...
 MD Non, c'est vraiment très rare, un cas sur mille... rassurez-vous... [Mitiger]

8. [Nier]

La patient ou le médecin nie qu'un événement ou des propos ont été tenus.

9. [Refus]

Le patient ou le médecin refuse de répondre à une question, ignore volontairement un propos de son interlocuteur, ignore une suggestion, une demande (etc.) parce que ce dernier le met mal à l'aise. Le refus peut être justifié ou non.

- MD C'est peut être le stress qui cause ces maux de ventre?
 Pt J'ai peut-être un ulcère ou une anthérite. Cela ressemble à la gastro que j'ai eue l'année passée. [Refus]

10. [Renf-Motiv] : renforcement/motivation

Le médecin encourage un comportement bénéfique du patient. Il lui manifeste son approbation et veut s'assurer que le patient restera dans cette voie. Il peut favoriser une approche plus agressive en tentant de fouetter son patient, d'essayer de l'amener à adhérer à ses suggestions. C'est l'opposé de [Dissuasion].

- Pt Cela fait maintenant deux mois que je ne fume plus.
 MD C'est excellent! Vous pensiez que vous n'y arriveriez jamais.
 [Renf-Motiv]
 Pt C'est très difficile.
 MD Vous avez traversé le plus dur. Ne vous laissez pas abattre.
 [Renf-Motiv]

11. [Solidarité/support]

Les expressions de support ou de solidarité à l'égard du patient. Très proche de la catégorie « paternariat » de Roter qui serait une sous-catégorie de support solidarité. Cette catégorie ne met pas seulement l'accent sur l'association pour supporter le patient, mais aussi sur les propos encourageant et aidant pour le patient.

Je suis là pour vous aider, vous pouvez compter sur moi.

Je suis avec vous dans cette démarche. Nous traverserons cette épreuve ensemble.

Je suis certain que dans peu de temps vous irez mieux et que tout cela ne sera qu'un mauvais souvenir.

2.2 Surcodage-B

1. [Initie] : initier

Le patient ou le médecin indique de façon explicite que le temps est venu d'aborder un nouveau sujet, la discussion sur le sujet précédent étant maintenant terminée.

Pt Je ne crois pas qu'il y ait d'autres problèmes de santé dans ma famille.

MD O.K. Hum.

MD Comment ça va avec votre médication pour la pression?
[Initie]

2. [Interrompt]

Le médecin ou le patient coupe la parole et vole le tour de parole à son interlocuteur. Le locuteur n'a pas l'opportunité de terminer ses propos de façon justifiée ou non. Pour s'assurer que le médecin ou le patient interrompt, il faut que l'idée débutée soit incomplète et/ou que la phrase ne soit pas terminée.

Pt J'avais très mal au ventre. C'est peut-être dû a...

MD Êtes-vous bien stressé ces temps-ci? [Interrompt]

3. [Redirige] : rediriger

Généralement, le médecin change le sujet de conversation sans que le sujet précédent soit épuisé. Cela peut se faire avec ou sans justification. Cela se fait au moment du tour de parole normal, ce qui le distingue de [Interruption].

Pt Mon mari a eu une attaque, j'ai eu si peur...
 MD Mais, comment va votre taux de sucre? [Redirige]

4. [Signale fin] : signaler la fin ou la fermeture

Le patient ou le médecin indique clairement que le propos est épuisé, que le tour de la question a été réalisé.

Pt Je ne crois pas qu'il y ait autre chose à ce sujet. [Signal fin]
 Pt Ma grand-mère était diabétique.
 MD O.K. Parfait [Signal fin]. Bon... à propos de votre jambe...

5. [Sommaire MD]

Le médecin tente de reconstituer les événements, de mettre en commun les informations dont il dispose afin de s'assurer de sa bonne compréhension des propos du patient. C'est un résumé.

MD Bon, si j'ai bien compris, vous avez pris des anti-inflammatoires pour votre épaule. Ensuite, on vous a fait une radiographie qui était normale. Et maintenant, vous avez toujours aussi mal.

6. [Superposition]

Il y a chevauchements des paroles du médecin et du patient sans qu'aucun d'eux n'interrompe son interlocuteur. Il y a superposition des paroles du médecin lorsque le patient parle et que le médecin se met à parler en même temps que le patient qui termine néanmoins ses propos. Il y a superposition des paroles du patient lorsque que le médecin parle et que le patient se met à parler en même temps que le médecin, mais que le médecin termine quand même ses propos.

III. THEMES

On retrouve ici des thématiques qui permettent de préciser la codification de *Roter* dans les champs de la condition médicale, du plan thérapeutique et du style de vie/psychosocial.

3.1 Le problème

Écrire dans le champ texte le nom du problème énoncé par le patient ou le médecin. Si par la suite le codeur se rend compte qu'il a mal identifié le problème, il revient en arrière et corrige.

Il a pu mal identifier le problème parce que :

- a) il a été mal prononcé
- b) il a été identifié par un symptôme
- c) on a d'abord utilisé une manière familière pour le nommer
- d) etc.

3.2 Discours sur le problème

1. Tabac

Tout échange portant sur la consommation de tabac par la personne elle-même (histoire antérieure d'usage, usage courant) et tout échange portant sur la cessation du tabac (évaluation du stade de changement, essais antérieurs, barrières, méthodes pour cesser, etc.).

MD Est-ce que vous fumez?

Pt Non

Pt Oui, mais je veux arrêter de fumer.

2. Activités physiques

Tout échange portant sur les activités physiques (types d'activités, histoire antérieure, habitudes courantes, barrières)

Combien d'heures de natation faites-vous par semaine?

On recommande 30 minutes d'activités physiques à tous les jours.

Je n'arrive pas à intégrer le sport dans ma routine.

3. Sommeil

Tout échange portant sur les habitudes de sommeil, sa qualité, sa durée, sur les problèmes de sommeil et leurs causes et les essais pour y remédier.

Est-ce que la toux vous réveille la nuit?

Je dors mal depuis que les problèmes au bureau ont débuté.

Avez-vous fait quelque chose pour améliorer votre sommeil?

4. Allergies

Tout échange portant sur les allergies et les allergènes, les symptômes et les traitements s'y rapportant (à l'exception des Rx). Il peut être question des allergies saisonnières dues aux pollens du gazon, des arbres, des graminés ou des allergies aux poils d'animaux, à des aliments, au tapis, etc.

Le spécialiste que vous avez consulté pour vos allergies recommande une désensibilisation (des vaccins).

Mes allergies sont pires au printemps : mes yeux, mon nez et mes oreilles piquent, j'éternue et je suis congestionné.

5. Contrôle de l'environnement (en particulier pour le contrôle de l'asthme)

Tout échange portant sur les mesures prises ou suggérées afin de diminuer les sources d'irritation bronchique : présence de tapis, d'animaux, de plantes, type de chauffage, niveau d'humidité, gestion de la poussière, exposition à des odeurs fortes ou à de la fumée de cigarette secondaire (la

personne elle-même ne fume pas). Ce thème comprend aussi tous les changements que le Pt a apportés dans son environnement.

Pt J'habite dans un logement au sous-sol d'un vieil immeuble...
c'est très humide.

MD Est-ce que vous faites de l'asthme lorsque vous êtes exposés
à la poussière?

Pt Ah oui, je me mets à tousser et à siller lorsque je suis à un
endroit où il y a de la poussière.

MD Avez-vous changé quelque chose à la maison?

6. Autres thématiques : voir la section *Problèmes dans Medicode*

IV. DISCOURS SUR LE MÉDICAMENT

4.1 Identification du médicament

Identifier dans le champ texte le nom du médicament. Il s'agit de répéter la même consigne que pour le problème.

4.2 Discours sur le médicament

Voir les définitions du discours Rx dans Medicode (§C, 3.2).

C) TROISIÈME PARTIE : MEDICODE

I. INTRODUCTION

Pour chacun des thèmes de la fiche problème et de la fiche médicament, il y a, en général, six choix possibles pour décrire qui parle. Pour chaque problème, il y a quatre mesures qui sont utilisées :

- a) Mesure de la participation :
 - Évaluation de la participation au discours (qui parle)
- b) Mesure de la manière de participer :
 - Élaboration du discours
 - Influence
 - Précision du discours

1.1 Mesure de la participation

1. Qui parle

Lors d'une consultation, dans un échange de propos, on doit bien distinguer un monologue d'une dyade ou d'une co-production. On parle de **monologue** quand c'est le Pt ou le MD qui initie le propos, mais qu'il est le seul à parler; son interlocuteur ne participe pas. On s'occupe du contenu dans ce contexte, qui exclut les formules de politesse ou les paraphrases.

Une **dyade**, c'est quand il y a deux prises de parole sur un sujet, la première est initiée par le Pt ou le MD; la réponse de son interlocuteur peut être longue avec des commentaires ou brève. Elle doit cependant avoir un contenu en relation avec le premier énoncé.

On parle de **co-production**, s'il y a plus de deux prises de parole sur un sujet, celle-ci excluant les formules de politesse ou les paraphrases. Il n'y a pas de limite à la longueur de l'échange et celui-ci peut être distribué tout le long de l'entrevue. Notons un cas particulier : par exemple, lorsque le Pt parle d'un sujet et que le MD ne participe pas, mais qu'il traite de ce sujet plus tard dans l'entrevue (ce qui équivaut à deux monologues séparés dans le temps sur un même sujet), on notera alors que le thème a été abordé en co-production et initié par le Pt (= Pt Co).

Il peut arriver d'avoir une **série de dyades** en chapelet. Dans ce cas-là, on codera Pt Co ou MD Co, selon qui a initié le propos. Cela peut être séparé dans le temps, sur le même thème, mais dans la même entrevue.

2. Évaluation de la participation au discours :

Dans Medicode, pour chaque problème, les possibilités de codage sont les suivantes :

- Pt Co** c'est le Pt qui initie le propos, mais il n'est pas le seul à prendre la parole. Le MD participe avec des propos en rapport avec le sujet. Il faut qu'il y ait plus de deux prises de parole sur ce sujet.
- Pt Dyade** c'est le Pt qui initie le propos ou pose la question. Le MD réplique juste au propos ou à la question sans changement de sujet par cette prise de parole.
- Pt Mono** c'est le Pt qui initie le propos et il est le seul à en parler. Le MD ne participe pas.
- Non** indique par défaut l'absence de tout échange de propos sur un thème.
- MD Mono** c'est le MD qui initie le propos et il est le seul à en parler. Le patient ne participe pas.
- MD Dyade** c'est le MD qui initie le propos, le Pt répond juste au propos initié par le MD sans changement de sujet par cette prise de parole.
- MD Co** c'est le MD qui initie le propos en rapport avec le sujet. Il faut qu'il y ait plus de deux prises de parole sur ce sujet.

3. Évaluation de la mesure hiérarchique :

Dans Medicode, la valeur hiérarchique la plus élevée est la co-production. Dans un échange des propos, s'il y a du co-produit sur un sujet, suivi d'une dyade ou d'un monologue, on prendra toujours la valeur hiérarchique supérieure. On favorise ici la co-production autant que possible.

1.2 Mesure de la manière de participer

De plus, pour chacune des catégories, il y a trois évaluations du discours du patient et/ou du médecin qui s'ajoutent pour décrire comment on parle :

1. Élaboration du discours

Nous cherchons à mesurer ici jusqu'à quel point un discours est développé. Son développement est mesuré par la variété et le développement du sujet. Une simple répétition d'un même contenu ne constitue pas un développement. La valeur attribuée à l'élaboration du thème est fonction du nombre d'aspect décrits et du nombre de détails fournis à propos de chacun de ces aspects. Pour l'élaboration du propos et estimer sa juste valeur, nous utiliserons l'échelle suivante :

Nombre d'aspects décrits
sur le problème

5	5				
4	4	5			
3	3	4	5		
2	2	3	4	5	
1	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Détails sur les
aspects

2. Influence

Nous cherchons à mesurer le sens de l'influence qui s'exerce, s'il y en a une. C'est une description de la tentative de convaincre des interlocuteurs les uns vis-à-vis des autres. Ce que l'on utilise pour convaincre est nommé ici **argument**. L'expression la plus simple de l'argument est de donner une information. Son expression la plus développée consiste à donner des raisons d'adopter un nouveau comportement au-delà de l'information en invoquant l'autorité, les conséquences ou une relation logique comme la cohérence entre l'action et les propos, etc. Nos catégories sont : argument négatif, information négative, information, information positive, argument positif.

Un argument négatif serait un propos qui tente de décourager explicitement la personne de poser un acte ou d'avoir un comportement.

Si vous persistez à fumer deux paquets de cigarettes par jour, vous allez développer une maladie grave.

Une information négative serait une information qui découragerait ou poserait sous un mauvais jour le fait de poser un acte ou d'avoir un comportement. Mais dans ce cas, il n'y a pas de propos explicite pour décourager.

La cigarette est nocive pour la santé.

Une information serait une information qui ne découragerait ni n'encouragerait le fait de poser un acte ou d'avoir un comportement. C'est un énoncé neutre et objectif qui ne favorise pas une option au détriment d'une autre.

L'industrie de la cigarette est prospère.

Une information positive serait une information qui encouragerait ou poserait sous un jour favorable le fait de poser un acte ou d'avoir un comportement. Dans ce cas, il n'y a pas de propos explicite pour encourager.

Pusieurs personnes réussissent à cesser de fumer.

Un argument positif serait un propos qui tente d'encourager explicitement la personne à poser un acte ou d'avoir un comportement.

Je vous encourage à arrêter de fumer et je suis certain que vous allez en ressentir des bénéfices rapidement.

3. Précision du discours

Un discours imprécis serait un discours qui utilise des mots ayant une portée générale, non spécifique et qui entretient une impression de vague. Par opposition, précis serait l'usage du mot exact (précis, populaire) pour désigner ce dont on veut parler et précis technique désigne l'usage du mot scientifique.

L'évaluation du vocabulaire s'échelonnerait de 1 à 4 de la manière suivante :

- 1- Le **vocabulaire pauvre** ou imprécis correspond à un langage imprécis, vague.

Le comprimé que vous prenez.

- 2- Le **vocabulaire précis courant** est celui d'un langage qui utilise les termes habituels, courants et familiers.

J'ai mal à la tête.

- 3- Le **vocabulaire précis, courant et spécialisé** est celui qui combine le langage habituel à l'utilisation des termes techniques précis. Dans ce groupe est inclus les mots recherchés, mais non-utilisés couramment.

D^f, j'ai des migraines depuis quelques jours.

- 4- Le **vocabulaire spécialisé** est celui qui contient des termes uniquement techniques ou scientifiques. Ce langage est rarement utilisé dans les relations md-pt.

Vous avez fait une embolie pulmonaire consécutive à une plébite mal contrôlée du membre inférieur droit.

II. FICHE PROBLÈMES/SYMPTÔMES

On ne code pas les références aux examens/tests ou chirurgies.

2.1 Généralités

Une fiche distincte est ouverte pour chacun des problèmes distincts identifiés pendant l'entrevue.

1. Problèmes selon MD

Identification par le médecin d'un problème ou toutes références par le médecin à un problème ou aux symptômes évoqués par le patient, au plus près du vocabulaire du médecin (y compris ses questions diagnostiques alors marquées d'un «?»). Écrire toutes les manières différentes de nommer le problème.

Il faut ouvrir une fiche distincte pour chacun des problèmes distincts. De plus, il faut ouvrir des fiches distinctes si le médecin sépare explicitement des problèmes qui semblent reliés dans la description du problème selon le Pt.

Problème A	Difficulté à respirer	= Fiche 1
Problème B	Douleur abdominale	= Fiche 2
Problème C	Votre pression est toujours bonne?	= Fiche 3

2. Problèmes selon Pt

Description du ou des problèmes de santé ou des symptômes, au plus près du vocabulaire du patient. Écrire toute les manières différentes de nommer le problème par le Pt.

Il faut ouvrir une fiche distincte pour chacun des problèmes distincts. De plus, il faut ouvrir des fiches distinctes si le patient sépare explicitement des problèmes qui semblent reliés dans la description du problème selon le médecin. De même, si le patient réunit des problèmes nommés comme distincts par le médecin, il n'y aura qu'une seule fiche problème pour le patient (voir mise en garde pour le MD).

J'ai mal à la gorge (fiche 1). Je tousse (fiche 2), je crache (fiche 1), mon nez coule (fiche). Je n'ai pas dormi de la nuit, je toussais trop (fiche 2).

3. Médicaments

Selon le médecin ou le patient, noter les médicaments associés au traitement du problème indiqué dans *Problème selon le médecin ou le patient*.

4. Le problème : son nom

Le vrai problème, parmi toutes les désignations faites par le médecin et le patient, pour le nommer : choisir celle qui nomme le mieux et le plus exactement le problème et l'inscrire. De préférence, utiliser le nom scientifique.

2.3 Discours sur les problèmes

1. Problème : symptômes

Toutes références à un problème observable lié à un état fonctionnel et qui permet de le déceler ou des troubles perçus ou signalés par le patient, comme les douleurs, les sensations diverses, etc.

2. Problème : mécanismes décrits

Toutes références à l'anatomie et au fonctionnement physiologique associées au problème ou d'une partie du problème.

Dans l'asthme, il y a deux phénomènes : la constriction et l'inflammation des bronches.

3. Problème : explications (les causes originelles du problème)

Toutes références aux événements (exposition, comportement, maladie concomitante, etc.) identifiés comme étant à l'origine de l'apparition ou du développement du problème. Cette catégorie traite autant des causes envisagées par le médecin que par le patient. Ces causes peuvent être celles acceptées scientifiquement ou peuvent relever des explications populaires, par exemple les courants d'air causent le rhume. L'explication réfère habituellement à des causes à l'extérieur de l'individu pouvant être la cause du problème. Pour les causes internes, il faut vérifier si ces explications ne conviennent pas mieux en 1. L'énoncé peut être une question ou une affirmation.

Pt J'ai mal au bras. (symptômes)
 MD Comment vous êtes-vous fait cela? (demande explication)
 Pt Je suis tombé dans mon escalier. (explication)

4. Problème : expression d'émotions

Le patient, et parfois le MD, exprime une émotion à propos du problème du patient.

Le patient insiste pour connaître les causes de son problème, manifeste de l'anxiété, émet des hypothèses, dramatise ou aggrave ses propos pour identifier le sérieux de la situation.

C'est peut-être de ma famille que ça vient. Ça pourrait? Ça doit-être de ma famille?

Ça fait très mal. J'ai peur que ça soit mon foie?

Je suis paniqué à la pensée que j'ai peut-être le cancer.

Je me sens honteux et sale d'avoir une MTS.

5. Problème : son contrôle

Le patient et/ou le médecin discute(nt) du contrôle de la maladie ou de ses symptômes. Cette catégorie inclut les discussions sur le temps requis pour que la maladie disparaisse ou sur le fait que les symptômes ne s'aggravent pas ou ne soient plus présents bien que le patient soit toujours malade. Elle comprend également tous les tests effectués dans le cadre du contrôle de la maladie, à son évaluation ou dans le but de poser un diagnostic, de même que tous les moyens entrepris par le Pt pour tenter de contrôler les symptômes. Cette catégorie exclut cependant le délai d'action du médicament ou des références à la posologie (à placer dans la section *Médicament*). Elle peut inclure des propos sur la guérison d'une maladie.

Il faut compter dix jours pour guérir d'une grippe.

Votre asthme est sous contrôle quand vous n'avez pas besoin d'utiliser votre médicament de secours.

Avez-vous un MD de famille?

Je suis venu la semaine dernière pour le même problème.

La dernière fois que vous êtes venu, on vous avait fait passer le test du *pic flow*. Il était de 370. On va vous le refaire encore cette fois-ci parce que vous sillez beaucoup.

6. Problème : son suivi

Le médecin et/ou le patient discute(nt) du rythme des rencontres nécessaires pour s'assurer que le problème soit résolu (soigné) ou contrôlé. Cela peut inclure la discussion de tests ou de rencontres avec un tiers, mais associée à l'évolution de la maladie. Cette catégorie inclut également les propos concernant la fin du suivi, la nécessité du suivi, la décision qu'il n'y ait pas de suivi ou le suivi déjà entrepris par le MD de famille (p. ex. : si le Pt est à l'urgence).

Nous devons nous revoir à tous les trois mois pour commencer. Puis, si tout va bien, nous pourrons espacer les rendez-vous.

Dans deux semaines, prenez rendez-vous avec ce laboratoire pour faire ces tests. Ils me communiqueront les résultats et nous reprendront rendez-vous si nécessaire.

On va regarder où vous en êtes. On va vous faire le test du *pic flow*.

7. Traitement : explication

Toutes les références aux explications relatives au traitement en excluant les explications associées à la médication (Rx).

Pour diminuer le sel dans votre diète, il faut éviter les aliments en conserve et les charcuteries en plus de ne plus utiliser la salière à la table.

Cela fait référence à un/des traitement(s) non pharmacologique(s) pour le problème, qu'il(s) ai(en)t ou non été utilisé(s). Cela fait également référence à un/des traitement(s) non pharmacologique(s) antérieurement essayé(s) pour le problème, qu'il(s) ai(en)t ou non été utilisé(s), aux effets bénéfiques ou non du traitement non-pharmacologique essayé contre le problème ou aux interrogations sur les effets futurs de ce même traitement

Ma visite chez le physiothérapeute a été très bénéfique.

Est-ce que ça vous a fait du bien d'aller chez le chiropraticien?

J'ai mis des compresses pour me soulager.

Je vais voir le physiothérapeute la semaine prochaine.

MD conseille prévention non Rx

Le médecin donne des conseils préventifs non pharmacologiques, suggère un traitement ou un examen afin de s'assurer de la bonne santé de son patient.

Essayez de limiter votre consommation de sel.

On va faire une radiographie de votre poignet pour être certain que ce n'est pas une tendinite.

8. Traitement : expression d'émotions

Cette catégorie fait référence à l'expression d'émotions relatives au traitement en excluant les expressions d'émotions associées à la médication.

Me mettre cette « pompe » dans la bouche me dégoûte.

Je déteste me mettre au régime.

9. Traitement : enseignement des appareils

Dans le cas de l'asthme par exemple le médecin donne des informations sur la manière de se servir des différentes pompes.

MD Avez-vous déjà utilisé une pompe?

Pt Non

MD Je vais vous faire une petite démonstration.

Pt O.K.

MD D'abord vous prenez la pompe et vous la secouez un peu... comme ça... puis, vous la placer près de vos lèvres... vous videz l'air de vos poumons puis vous inspirez.

10. Conséquences sur l'état fonctionnel

Cette catégorie fait référence aux conséquences du problème ou du traitement (en excluant les Rx) sur l'état fonctionnel (capacités physiques et cognitives, fonctionnement physiologique, états psychiques, mobilité) du patient.

J'ai de la difficulté à marcher à cause de cette douleur.

J'ai de la difficulté à concentrer depuis l'accident.

11. Conséquences sur le fonctionnement psychosocial.

Cette catégorie fait référence aux conséquences du problème ou du traitement (en excluant les Rx) sur le fonctionnement psychosocial (appartenance au réseau social, activités, rencontres et relations interpersonnelles) du patient.

Je n'aime pas souper avec les gens (causé par dépression).

Depuis que je suis malade, j'ai perdu mes amis, car je ne peux plus faire les mêmes activités.

12. Conséquences sur le style de vie

Cette catégorie fait référence aux conséquences du problème ou du traitement (en excluant les Rx) sur les habitudes de vie (alimentation, heure de repas, consommation, hobbies/loisirs individuels, heure de lever/coucher, exercices) du patient.

J'ai si mal à la gorge, je ne peux même plus fumer.

Depuis ma fracture, je ne peux plus faire de jogging.

13. Conséquences économiques

Cette catégorie fait référence aux conséquences du problème ou du traitement (en excluant les Rx) sur les conditions économiques (pertes de revenu, coûts supplémentaires, etc.) du patient.

J'ai dépensé une fortune pour me soigner.

Je n'ai pas d'assurance pour couvrir les services de physiothérapie.

14. Évolution de la maladie

Cette catégorie fait référence au développement **futur** de la maladie (problème), à sa progression ou son évolution.

L'intensité des symptômes reliés à votre maladie de Crohn peut varier au cours des prochains mois.

La maladie pulmonaire chronique progressera, empirera, si vous ne cessez pas de fumer.

L'asthme se caractérise par des périodes de crises et des périodes d'acalmies.

15. Maladie guérissable

Cette catégorie fait référence aux possibilités théoriques et/ou concrètes de guérison de la maladie (problème). Attention aux maladies chroniques qui peuvent être contrôlées, mais non guéries.

Est-ce que cette maladie se guérit?

Vous savez que le diabète est incurable.

L'antibiotique guérira l'infection à votre poumon.

16. Maladie contrôlable

Cette catégorie fait référence aux possibilités théoriques et/ou concrètes de contrôle de la maladie (problème).

Avec un diurétique, vous pourrez presque avoir une vie normale.

Le type de diabète que vous présentez est une maladie chronique qui peut être très bien contrôlée par l'adoption d'une diète équilibrée et des activités physiques régulières.

17. Maladie prévenable

Cette catégorie fait référence aux possibilités théoriques et/ou concrètes de prévenir l'apparition ou la récurrence de la maladie (problème)

En s'étirant bien avant un exercice, on évite une telle douleur.

En prenant des suppléments de calcium, vous pouvez prévenir le développement de l'ostéoporose.

18. MD encourage le Pt à l'auto-contrôle

Le médecin encourage le patient à exercer lui-même un suivi de son problème (prendre des mesures de son état et appliquer des techniques recommandées de contrôle/atténuation des symptômes).

Y a-t-il un endroit où vous pouvez prendre votre pression?

N'oubliez pas de prendre votre taux de sucre avant chaque repas.

Je tiens un calendrier de mes symptômes.

Je mesure mon débit expiratoire régulièrement.

19. Indications générales sur quand reconsulter/suivi

Le médecin donne des indications générales pour une reconsultation concernant le problème.

Revenez me voir dans un mois avec vos chiffres de pression.

Si la fièvre n'est pas tombée dans 48 heures, il faut nous reconsulter.

Si je comprends bien ce qui est écrit, je dois revenir à la clinique ou à l'urgence si mon enfant devient somnolent ou qu'il vomit (dans le contexte d'un traumatisme crânien).

20. Consultation

Lorsque le médecin ou le patient discute de la demande d'une consultation avec un tiers, qui peut être un médecin ou un autre professionnel de la santé, le réfère à des ressources écrites, des sites internet ou un centre de renseignements à propos de sa maladie.

Je vais vous envoyer en consultation en orthopédie, ainsi nous en aurons le coeur net.

J'ai pensé que peut-être je devrais retourner voir mon spécialiste.

Pour les définitions de :

- 21. Tabac**
- 22. Activités physiques**
- 23. Sommeil**
- 24. Allergie**
- 25. Contrôle de l'environnement**
- 26. Plan de traitement**

voir les thématiques dans la section de SAIR pour la définition (§B, III, 3.2).
Le codage dans Medicode reste le même.

III. FICHE MÉDICAMENTS

3.1 Généralités

1. Médicament MD

Écrire tous les vocables utilisés par le médecin pour désigner le médicament, du plus général (p. ex. : pilules, médicament) au plus spécifique (p. ex. : tylenol, diabeta, etc.). Il peut y avoir plusieurs manières de nommer la même chose. On écrira aussi l'énumération des noms possibles produite par le médecin dans le but de trouver le nom approprié du médicament dont il est question. On ouvre donc qu'une seule fiche qui contiendra la liste des noms énumérés.

2. Médicament Pt

Écrire tous les vocables utilisés par le patient pour désigner le médicament, du plus général (p. ex. : pilules, médicament), au plus spécifique (p. ex. : tylenol, diabeta, etc.). On écrira aussi l'énumération des noms possibles produite par le patient dans le but de trouver le nom approprié du médicament dont il est question. On ouvre donc qu'une seule fiche qui contiendra la liste des noms énumérés.

3. Vrai nom

Il faut indiquer le vrai nom du médicament parmi toutes les désignations faites par le médecin et le patient. Pour ce faire, il faut choisir celle qui nomme le mieux et le plus exactement le médicament et l'inscrire.

4. Problème traité par ce médicament

Il faut indiquer le terme spécialisé le plus courant utilisé par le médecin ou le patient pour désigner le problème de santé associé à ce médicament. C'est le diagnostic posé par le médecin. Il rejoint fréquemment la description faite dans la fiche *Problème/symptômes*. Il peut arriver qu'un médicament soit nommé sans être rattaché dans le discours à un problème quelconque.

3.2 Discours sur le médicament

3.2.1 Statut

1. Statut médicament

Le médicament discuté est pour le patient, soit un nouveau médicament, soit un médicament actuellement consommé (actif), soit un ancien médicament consommé dans le passé, mais non en usage au moment de l'entrevue. Aux trois statuts (nouveau, actif, ancien), on ajoute l'orientation du discours : soit que le médicament est simplement discuté sans prescription, soit qu'on finit par le prescrire ou le renouveler, soit on finit par l'exclure. À chacun des trois statuts (nouveau, actif, ancien), on ajoute l'orientation du discours, c'est-à-dire soit simplement discuté, prescrit ou reprécrit et exclu.

Nouveau discuté : le Rx est nouveau (à notre connaissance, il n'a jamais été prescrit auparavant) et on ne fait qu'en discuter (pas de prescription).

Nouveau prescrit : le Rx est nouveau et on décide de le prescrire.

Actif discuté : le Rx est actuellement consommé par le patient et on en discute (la prescription ne nécessite pas de renouvellement à ce moment-là). Cela inclut également les Rx pris au besoin (p. ex. : ventolin).

Actif renouvelé : le Rx est actuellement consommé par le patient et on décide de renouveler la prescription.

Ancien discuté : un Rx qui a déjà été pris dans le passé et dont on discute sans décider de le reprécrire, mais sans mentionner qu'il ne convient plus et qu'il est à exclure.

Ancien reprécrit : un Rx qui a déjà été pris dans le passé et que l'on décide de reprécrire.

NAA exclut (nouveau, actif, ancien) : un Rx nouveau, actif ou ancien pour lequel on mentionne explicitement qu'il ne convient pas, que l'on ne prescrira pas (nouveau), que l'on ne renouvelera pas (actif) ou que l'on ne reprendra pas (ancien).

Un médicament est discuté s'il en est question sans jamais préciser si le Rx est prescrit. Un médicament est prescrit ou represcrit lorsqu'il fait l'objet d'une prescription explicite. Un médicament est exclu lorsqu'il est déconseillé, exclu ou à proscrire.

La catégorie d'un Rx peut changer en cours d'entrevue. Un médicament d'abord identifié comme *actif discuté* au début de l'entrevue peut, par exemple, plus loin dans l'entrevue devenir *actif represcrit* en fin de consultation. Sur un même Rx, on doit accumuler l'information jusqu'à la fin de l'entrevue et lui donner son statut final en tenant compte de l'ensemble des informations disponibles à son sujet.

2. Médicament nommé

Écrire le nom commercial ou générique du médicament ou le nom de la molécule dont les propos ont été initiés par le médecin ou le patient et discutés par les deux (Co) de façon explicite.

Tylenol, diabeta, lopid, entrophén, acétaminophène, glyburide, etc.

Il est important de s'assurer de la bonne orthographe du médicament discuté (voir la liste des médicaments du Québec).

Le Rx est parfois identifié par sa présentation (crème, comprimé, sirop, tube, etc.). Il peut arriver que le médicament soit nommé par sa présentation uniquement (soit par sa forme, sa couleur, son aspect).

C'est la pompe bleue?

Vous savez, la petite pilule rose...

La crème que je vous ai prescrite.

3. Classe nommée

C'est une catégorie descriptive qui rend compte de la classe du médicament. Elle est en alternative au nom ou s'ajoute au nom si le nom et la classe sont mentionnés.

L'immodium est un *anti-diarrhéique*.

Le naproxén est un *anti-inflammatoire* qui combat efficacement la douleur.

La classe du médicament, dont les propos ont été initiés par le médecin ou le patient et discutés par les deux (Co) de façon explicite. Les cas les plus fréquents sont ceux des antibiotiques et des anti-inflammatoires.

4a. Rx j'ai un substitut

Cela fait référence à une suggestion ou une possibilité d'un traitement pharmacologique substitut à celui utilisé ou discuté présentement. On doit alors ouvrir une fiche Rx pour ce Rx substitut qui est le choix premier et l'autre, le choix alternatif.

On doit identifier qu'il a été mentionné un substitut pour le Rx (de la fiche) ainsi que son nom.

Catégorie : j'ai un substitut et son nom est X

Je préférerais vous prescrire de l'acétaminophène plutôt que de l'aspirine pour votre problème d'arthrose.

Le médecin propose de remplacer **a** par **b**, alors dans la fiche **b** (le médicament substitut) il doit être identifié comme un substitut pour **a**.

Catégorie: Je suis un substitut pour X

Les tylenols seraient peut-être plus appropriés que les advils.

Dans ce cas, on ouvre une fiche pour « tylenol » et on indique dans cette fiche qu'il est un substitut.

4b. Je suis substitut

Lorsque le Rx est une alternative, c'est à dire que l'on peut indifféramment choisir l'un ou l'autre des Rx, ce qui est le cas où le médecin propose les médicaments **a** et **b** indifféremment, **a** sera présenté comme l'alternative dans la fiche de **b** et vice-versa. Donc, dans ce cas, **a** sera mentionné aussi comme alternative à **b** (voir 4a.).

On doit ouvrir une fiche Rx pour l'alternative et l'identifier comme l'alternative. On doit aussi, pour le médicament d'origine, l'identifier comme une alternative.

Vous pouvez prendre des advils ou des motrins.

Le vocable (nom) utilisé par le médecin pour désigner le ou les traitements pharmacologique(s) alternatif(s) sera rapporté dans l'espace prévu à cette fin.

3.2.2 Initiatives de discussion

5. Aborde la prescription ou le renouvellement du Rx

Qui (le médecin ou le patient) et comment, seul ou avec l'autre, discute d'un médicament actif qui fait l'objet d'une nouvelle prescription, d'un renouvellement ou d'une modification de prescription.

Pourriez-vous renouveler mes anti-inflammatoires?

Avez-vous besoin de quelque chose là?

Cela fait référence à l'acte du patient de demander une nouvelle prescription ou un renouvellement de la nouvelle prescription du médicament en question. Dans le cas du MD, il s'agit de son offre de prescrire ou de renouveler le Rx. Ici, on ne retrouve que l'acte réel ou la demande de prescription.

Pourriez-vous me donner des pilules pour dormir?

Je vais vous donner quelque chose pour votre rhume.

Je vous prescris des anti-inflammatoires.

Est-ce qu'il vous reste des anti-inflammatoires?

Il me faudrait une autre ordonnance pour mes pilules pour la pression.

Je vais vous prescrire des antibiotiques.

6. Usage

Mention ou questionnement relatif à l'usage actuel du médicament en question. Ce sont aussi les précisions concernant l'utilisation d'un médicament, la façon dont le patient s'en sert, le consomme, ceci sans référence aux instructionx/posologie particulières associées aux Rx (sinon voir Rx instructions). L'usage concerne des Rx actifs ou anciens.

Prenez-vous encore vos hormones?

J'avais des tylenols, ça m'a fait du bien.

7. Demande d'avis concernant le Rx

Cette catégorie concerne les questions posées implicitement ou explicitement par le patient au sujet du médicament. Ces questions peuvent toucher tant la prise du médicament que sa présentation ou la posologie, etc. Cette catégorie recoupe d'autres classes dans la fiche, mais son contenu est plus général. Les demandes sont généralement pairées avec des contenus qui seront codés par ailleurs.

Est-ce que c'est la pilule bleue?

Je ne vais pas avoir mal à l'estomac avec ça au moins?

Le médecin demande au patient, de façon explicite, son avis quant au médicament discuté.

Je vais vous prescrire de l'insuline. Qu'est-ce que vous en pensez?

8a. Attitudes envers Rx /Incertitudes à propos du médicament

Les partis expriment leur attitude favorable, défavorable ou autre, par exemple : « Moi, je suis contre les Rx ». Aussi, les partis expriment leur(s) incertitudes(s) quant à l'efficacité du médicament pour régler le problème discuté.

L'attitude par rapport au Rx peut varier. Pour chacun, il faut identifier : *Apprécie pas du tout* à *Apprécie beaucoup*.

Je n'aime pas ce médicament.

Ce médicament a changé ma vie.

C'est vraiment un bon médicament.

Je n'ai pas vu de changement, peut-être que ce n'est pas le bon médicament.

Je doute énormément que ce médicament me convienne.

Je n'ai aucun doute que ce médicament vous aidera.

8b. Inquiétude envers le Rx/Objections envers le Rx

Les partis expriment leur inquiétude face à la nature, la puissance ou les effets secondaires attendus du médicament en question.

Est-ce que c'est dangereux pour moi de prendre ce nouveau médicament?

Le Paxil est très difficile à arrêter.

J'ai entendu dire que ce médicament entraînait la perte de cheveux.

Les partis expriment leur réserve, leurs raisons de ne pas être en faveur de la prise du médicament discuté.

Il n'est pas question que je me bourre de pilules !!!!

Je refuse de prendre des antibiotiques.

J'ai arrêté mes médicaments pour la pression, je n'en ai pas besoin.

Je me demande si ce médicament est pour moi.

L'inquiétude par rapport au Rx du médecin et du patient peut varier. Pour chacun, il faut identifier : de *Pas inquiet* à *Très inquiet*.

8c. Puissance du médicament

On discute ici de la force du médicament prescrit par le médecin. On peut en parler aussi dans des termes généraux, mais toujours au niveau de la force ou de la faiblesse. Par exemple, le médecin peut vouloir contrôler de façon rapide l'état de son patient et par conséquent, favoriser un médicament plus fort/puissant. Le Rx peut être puissant soit parce qu'il est dangereux ou soit parce qu'il est efficace. La puissance peut couvrir les effets secondaires si ces derniers sont traités comme une manifestation de la puissance du Rx. En cas d'incertitude sur la nature des propos on peut coder *5 Attitudes envers le Rx /Incertitudes à propos du médicament*.

Peut être associée aussi au fait qu'il est important de respecter les instructions au sujet de la prise du médicament car des excès pourraient être dangereux.

Attention ce médicament est puissant, il ne faut pas dépasser la dose prescrite.

Capacité à contrôler les symptômes rapidement et/ou efficacement. (Indés)

Avec ceci, vos symptômes vont disparaître rapidement. (Dés)

L'opinion par rapport à la puissance du médecin et du patient peut varier :
Pour chacun il faut identifier: *Désirable, Indifférent, Indésirable*

Pouvez-vous me donner quelque chose de fort, juste pour être sûr...(Dés)

C'est la plus petite dose que je peux vous donner. (Dés)

Il faut éviter les doses plus fortes dans votre cas. (Indés)

9. Discussion de l'engagement du Pt

Le médecin demande au Pt de respecter le traitement proposé à son patient. Il lui demande de s'engager, de s'impliquer ou de se conformer à la thérapie qu'il suggère, de façon explicite.

Vous allez bien le prendre cette fois, votre médicament?

Le patient s'engage à prendre le médicament prescrit par le médecin, de façon explicite.

Oui, oui docteur. Vous pouvez me faire confiance.

3.2.3 Discussion théorique sur le médicament

10. Rx études/effets prévus

Ceci fait référence à la modification du tableau symptomatique et/ou à l'effet attendu du médicament sur un/des symptômes du problème.

Les anti-inflammatoires vont faire disparaître la douleur.

Le médecin ou le patient traite de l'effet principal du médicament attendu sur les symptômes physiques ou psychologiques du patient. Cette catégorie diffère de la catégorie ACTION par ses manifestations directes et par l'observation concrète par le patient de l'effet sur les symptômes et non sur les mécanismes d'action.

Ça va vous décongestionner en moins de deux.

Est-ce que ma douleur va disparaître?

Votre enflure devrait diminuer avec cet anti-inflammatoire.

Le médecin explique les raisons pour lesquelles il utilise le médicament en question plutôt qu'un autre; il peut parler de sa nature, de sa fiabilité ou efficacité (fait ce qu'on attend de lui).

C'est un bon médicament, il agit rapidement sur les symptômes du rhume.

En général, on obtient de très bons résultats avec cet anti-hypertenseur.

Cela fait référence à des recherches ou études sérieuses relatives au médicament en question.

Des études nous confirment que la prise d'hormones aide à prévenir l'ostéoporose.

Cela fait également référence aux raisons pour lesquelles le médicament est prescrit ou conseillé au patient. C'est peut être à cause de l'effet principal ou d'une autre caractéristique qui est par ailleurs codé. Ce que l'on veut souligner ici c'est le lien causal explicite qui est fait entre une caractéristique et la prescription ou conseil. Ce qui est implicite n'est pas considéré.

Je vous donne cette crème pour diminuer l'irritation sur vos jambes.

11. Action du médicament

Cela fait référence à la cible et/ou à la dynamique (anatomie, physiologie, métabolisme) du médicament. Action chimique et directe du médicament sur les mécanismes impliqués dans le problème de santé. On ne parle pas ici de ses effets sur les symptômes mais bien de son travail direct dans le corps du patient.

Ce médicament va dilater vos vaisseaux sanguins pour permettre à votre sang de mieux circuler.

Le Coumadin va dans votre sang pour l'éclaircir.

12. Délai effet attendu

Cela fait référence au temps précis qui est requis (temps prévu, quantifié) pour que l'action du médicament se manifeste sur les symptômes ou le problème du patient.

D'ici deux semaines, vos bronches vont s'améliorer considérablement.

13. Effets indésirables possibles*

Cela fait référence aux effets secondaires susceptibles d'apparaître suite à la prise du médicament en question.

Vous aurez peut-être de la difficulté à digérer ce médicament.

Les partis peuvent nommer un seul effet indésirable attendu, deux effets, trois effets ou en faire une énumération. Mais seuls les trois premiers seront retenus pour 3.2.3.5.

*Il arrive que l'effet soit nommé sans référence à un effet spécifique aux catégories ci-dessus.

Effet indésirable possible 1 (2; 3)

Cette catégorie est une sous-catégorie de *Effets indésirables possibles*. L'effet secondaire est nommé. Notez le nom de l'effet secondaire.

Cela fait référence à la probabilité de l'effet, si c'est le MD qui y fait référence ou le patient.

Cela fait référence à la gravité de l'effet indésirable possible.

Les propos s'évaluent de « négligeable » à « à éviter ».

Conseils/précautions : Cela fait référence aux mesures à prendre pendant la prise du médicament pour s'assurer que le patient ne sera pas trop embêté par les effets indésirables et pour que le traitement soit efficace. Référence à des conseils, instructions ou précautions relatifs aux effets secondaires possibles.

N'oubliez pas de manger en prenant votre antibiotique.

Prenez du yogourt pour rétablir votre flore intestinale.

14. Contre-indications

Cela fait référence à une condition médicale empêchant le patient de consommer le médicament en question. Il s'agit ici de l'identification d'une condition médicale qui proscrit l'utilisation d'un médicament. Le médecin peut aussi vérifier la présence de contre-indications en posant des questions plus ou moins explicites sur la condition générale de son patient. Les conditions médicales entraînant une contre-indication doivent être identifiées ou choisies dans le menu déroulant attendant à la catégorie.

Allergie
Asthme
Diabète
Fièvre Active
Glaucome

Grossesse
Hypertension
Insuffisance Hépatique
Insuffisance Rénale
Intéraction médicamenteuse
Maladie Cardiaque
MPOC (Maladie pulmonaire obstructive chronique)
Tuberculose Active
Ulcère
Autre

Vous ne pouvez pas prendre ces anti-inflammatoires avec à cause de votre haute pression.

Avez-vous déjà eu un ulcère d'estomac?

Oui, j'ai des troubles d'acidité.

Dans ce cas, je ne vous prescrirai pas ces anti-inflammatoires.

Est-ce que c'est dangereux pour moi de prendre ce médicament?

Cela fait référence aux interactions du médicament avec d'autres médicaments consommés par le patient et pouvant ainsi nuire à l'état de santé du patient. Le vocable du médicament en interaction sera noté dans l'endroit prévu à cet effet.

Est-ce que ce nouveau médicament peut aller avec mes autres pilules?

Ces antibiotiques inhiberont l'effet de votre pilule contraceptive.

Cela fait également référence ou questionnement relatif aux allergies ou à l'intolérance possible du patient au médicament en question.

Êtes-vous allergique à la pénicilline?

Cela fait finalement référence aux raisons pour lesquelles le médicament en question est exclu de la thérapie ou déconseillé. On peut renvoyer à la nature, au mode d'action, aux effets du médicament, mais ce que l'on veut souligner ici c'est le lien **causal explicite** qui est fait entre une caractéristique et l'exclusion de ce médicament.

Ces pillules me donnent mal à la tête, j'en veux une autre sorte.

Cela ne sert à rien ce décongestionnant, arrêtez-le.

3.2.4 Discussion autour d'une prescription

15. Coût du médicament

Cela fait référence au coût en argent du médicament. La discussion du coût peut inclure les références à un tiers payeur, au Régime Médical du Québec et à un assureur privé.

C'est bien cher le mevacor.

Avez-vous une assurance médicament?

16. Présentation du médicament

Cela fait référence à la présentation physique (forme, dimension, couleur, texture, goût) du médicament sauf lorsque la présentation traduit seulement le nom du médicament (voir la catégorie *Médicament nommé*, §C, 3.2.1, 2).

La petite pilule jaune est votre anti-dépresseur.

J'avais une crème pour mes pieds.

Le comprimé pour votre coeur a la forme d'un losange.

17. MD Rx au besoin seul

Le médecin conseille l'utilisation du médicament en cas de besoin seulement lorsque certains symptômes sont présents.

Prenez des tylenols si la douleur vous dérange.

18. InstrRx (posologie)

Cela fait référence aux instructions relatives à la consommation du médicament : posologie, dosage, etc. On traite ici de la fréquence à laquelle le médicament en question doit être consommé pour être efficace. Cette portion du discours est la base du plan thérapeutique. On aborde ici la durée du traitement, le nombre de médicament à prendre par jour.

Prenez un comprimé au coucher.

Prenez ces antibiotiques deux fois par jour, pendant dix jours.

Vous devez prendre votre médicament à heure fixe sinon ça ne donnera rien.

Cela fait référence à un changement relatif à la posologie du médicament, à une augmentation ou une diminution du dosage du médicament.

Votre médicament pour la pression ne fait pas assez effet. Prenez-en deux par jour au lieu d'un.

Si le MD limite l'usage du médicament, inscrire "oui" dans la case correspondante.

Ne prenez pas plus de 4 fois par jour votre ventolin.

19. Durée du traitement

Cela fait référence au temps de consommation prévu pour le médicament en question. Sous catégorie de posologie; en cas de doute, coder posologie.

Vous devrez prendre ces médicaments pendant dix jours.

Est-ce que je devrai prendre le synthroid toute ma vie.

20. Observance du Rx

Cela fait référence aux problèmes rencontrés quant au respect de la posologie ou des instructions relatives à la prise du médicament en question.

Parfois j'oublie la pilule que je dois prendre sur l'heure du dîner.

Le médecin s'informe auprès du patient s'il respecte la posologie ou les instructions relatives à la prise adéquate du médicament en question.

Vous prenez bien vos médicaments tous les jours?

Cela fait référence aussi aux technicalités (nombre de prescription, pharmacie, horaire de travail, etc.) relatives à la consommation du médicament en question.

Cela fait aussi référence aux problèmes possibles qui peuvent être engendrés par le non-respect de la posologie ou des instructions relatives à la prise du médicament en question. On aborde la dangerosité de ne pas respecter la posologie ou d'arrêter un traitement avant le terme prévu sans consulter le médecin.

Votre médicament ne fera pas effet si vous ne le prenez pas à heure fixe.

J'ai tellement de médicaments à prendre, ça devient mêlant.

Je travaille de nuit, ça me sera difficile de prendre les antibiotiques trois fois par jour.

21. Solution de l'observance du Rx

Cette catégorie concerne la proposition de solutions relatives aux problèmes de respect de la posologie identifiés.

On va s'arranger pour que vous preniez deux comprimés par jour au lieu de trois.

22. Effets observés sur symptômes

Cela fait référence aux effets concrets observés du médicament sur les symptômes ou le problème du patient.

J'ai pris des tylenols, ça n'a rien fait !

Est-ce que les antibiotiques vous ont soulagé?

Depuis le début du Norvax, mes chiffres de TA ont baissé.

23. Contrôle du problème

Cela fait référence aux effets concrets observés du médicament sur le contrôle d'un problème de santé chronique (HTA, diabète, ostéo-arthrose, angine, asthme, etc.).

Votre taux de sucre est encore un peu trop haut.

24. Effets indésirables observés

Cela fait référence aux effets secondaires observés suite à la prise du médicament en question. Les partis peuvent nommer un seul effet indésirable observé, deux effets, trois effets ou en faire une énumération mais seuls les trois premiers seront retenus.

J'ai eu des brûlures d'estomac insupportables.

Effet indésirable observé 1 (2; 3)

L'effet secondaire observé est nommé selon le vocable utilisé.

Cela fait référence à l'incidence de l'effet, si c'est le MD qui y fait référence ou le patient.

Cela fait aussi référence à la gravité des effets indésirables observés. Les propos s'évaluent en « négligeable » à « à éviter ».

Les propos sur l'effet indésirable sont à évaluer aussi en fonction l'élaboration des explications, l'influence et le vocabulaire.

Conseils/précautions: Référence aux mesures à prendre pendant la prise du médicament pour s'assurer que le patient ne sera pas trop embêté par les effets indésirables et pour que le traitement soit efficace. Référence à des conseils, instructions ou précautions relatifs aux effets secondaires possibles.

25. MD indic. reconsultation

Le médecin donne des indications générales à reconsulter pour vérifier la réponse du patient au médicament en question.

Revenez me voir si votre toux ne s'estompe pas avec les antibiotiques.

Identifier les raisons principales de la reconsultation: Contrôle (effet attendu sur le problème), Effets indésirables, Problème/symptômes persistants (absence d'effet du médicament). Pour le patient et le médecin on doit également évaluer, l'élaboration des explications, l'influence et le vocabulaire.

IV.SOMMAIRE

Dans l'échelle de fréquence d'apparition des comportements, le barème suivant a été appliqué. Les chiffres **1, 2, 3** désignent des situations où le comportement en question est plutôt absent. Ainsi, **1** désignera l'absence complète du comportement recherché tandis que le **3** s'appliquera aux cas où le comportement n'apparaît qu'à quelques occasions pendant l'entrevue. Les chiffres **4, 5, 6** désignent les situation où le comportement recherché est présent dans l'ensemble. **4** référera au comportement présent, mais pas des plus saillants, contrairement au **6** qui désignera une situation où le comportement étudié sera des plus remarquables.

1. Qualité de l'enregistrement

La qualité de l'enregistrement sera jugée selon le degré d'audibilité des dialogues. Une bande de mauvaise qualité est difficile à écouter, la plupart de l'entrevue étant voilée par des bruits de fonds ou les partis parlant à un volume inadéquat. Une bande qui contient des passages inaudibles se devra d'être intelligible à 80 %. Une bande de qualité passable doit être intelligible à 70 %, tandis qu'une bande de bonne qualité comportera au moins 95 % de dialogues parfaitement intelligibles.

2. Début brusque

Un début de bande brusque est généralement caractérisé par l'absence de formules de politesse. Bien souvent, le patient est déjà présent dans le cabinet et la discussion est déjà commencée.

3. Fin brusque

Une fin de bande brusque omet en général la conclusion proprement dite. Le médecin peut, par exemple, accompagner le patient au secrétariat sans avoir signalé explicitement la fin de l'entrevue.

4. Pauses

Les pauses dans l'enregistrement ne sont pas très communes. Par exemple, le médecin fait étendre son patient dans une autre pièce afin de revérifier sa pression au repos. En général, une marque est donnée pour signaler la pause de la bande (p. ex. : MD « Bon, je vais arrêter ça... »).

5. Interruptions

Les interruptions sont de natures diverses. Le niveau d'interruption *le plus bas* sera donné au médecin qui n'est pas interrompu de l'entrevue ou qui ne l'est qu'une fois. Un médecin interrompu plus de quatre fois se verra donné un *niveau très haut* d'interruptions. Dans le cas où des interruptions différentes (p. ex. : MD quitte la pièce deux fois et reçoit un coup de téléphone) apparaissent dans la même entrevue, celle qui sera jugée la plus inappropriée sera codée en priorité.

6. Autres membres présents

Les autres membres adultes de la famille présents peuvent être : le conjoint ou la conjointe du patient, le père ou la mère, bref toutes personnes raisonnables capables de communiquer. Dans le cas des personnes âgées, l'aidant naturel (un fils ou une fille du patient) peut être présent pendant l'entrevue. Le bébé naissant ou l'enfant turbulent ne sont pas ici considérés adultes.

7. Style du médecin

Style biomédical strict : ce médecin ne s'attarde qu'au problème de santé physique mentionné par son patient. Bien souvent, ce style de médecin administrera un traitement sans se préoccuper des causes ou des conséquences du problème en question. On retrouve beaucoup de ce type de pratique en médecine d'urgence.

Style prédominance biomédical : un peu différent de son confrère strict, ce médecin poussera son investigation un peu plus loin, en tentant de déterminer les causes du problème de santé. Cependant, si un indice de type psychosocial est donné, il est rare que celui-ci le relève. Il s'attardera aux conséquences pratiques du problème de santé. Si le patient propose de lui-même d'aborder la dimension psychosociale, ce type de médecin peut alors présenter un certain malaise.

Style mixte : si le problème de santé en question est relié à un aspect psychosocial de la vie du patient, ce médecin le relèvera. En plus de s'attarder au problème de santé présenté, ce type questionnera son patient sur ses préoccupations, tentera d'associer son problème physique à un événement perturbateur de sa vie quotidienne, sans nier l'importance des manifestations physiques. Il s'assurera donc à la fois de la bonne santé physique et mentale de son patient.

Style prédominance psychosocial : on parle ici d'une approche beaucoup plus psychothérapeutique. Ce style sera plutôt conditionné par le patient que pratiqué par un médecin en particulier. Par exemple, un médecin traitant un patient en dépression majeure agira en cette occasion beaucoup plus à titre d'intervenant psychosocial, le volet émotionnel de la consultation sera abordé davantage.

Pendant l'entrevue, le médecin a :

pris le temps d'écouter le patient : le médecin pose des questions, explore les voies tendues par le patient, lui laisse la parole, manifeste de l'intérêt, etc.

semblé pressé : le médecin signale que le temps presse, remet des problèmes à une rencontre ultérieure, envoie le patient à sa secrétaire pour la prise de rendez-vous, etc. Il ne s'attarde pas aux détails du problème de santé, passe rapidement les symptômes en revue, fait un diagnostic rapide et donne un traitement expéditif.

utilisé beaucoup de termes médicaux-techniques : le médecin s'exprime dans un jargon médical plus ou moins accessible au patient.

tenté d'avoir une conversation avec le patient : le médecin est détendu, il prend la peine de s'intéresser au patient, formule des remarques personnelles. Ses remarques dépassent alors le cadre médical.

bien répondu aux questions du patient : le médecin est à l'écoute, il prend en considération les interrogations de son patient et y répond de façon satisfaisante. Il donne une réponse intelligente au patient, ne tente pas de s'en débarrasser par des généralités.

interrompu souvent le patient : le médecin coupe la parole, ne tient pas compte des indices verbaux, refuse de céder son tour de parole.

discuté des possibilités diagnostiques : le médecin émet des hypothèses, tente de déterminer avec le patient la nature de son problème.

discuté des possibilités thérapeutiques : le médecin explore des nouvelles avenues de traitement, est réceptif aux objections du patient, tente de créer un plan de traitement adapté. Il passe en revue la médication de son patient et s'assure de la pertinence des médicaments prescrits (lorsqu'ils sont nombreux).

rassuré le patient : montre de l'empathie, est sensible aux préoccupations de son patient, l'encourage et lui montre du support. Il se montre optimiste face à la situation.

Pendant l'entrevue, le patient a :

dû souvent recentrer le MD sur ses préoccupations (RC) : le médecin change de sujet, manque de sérieux, n'écoute pas le patient qui doit alors rediriger le médecin vers les raisons qui motivent sa présence dans le cabinet. Il doit revenir sur des informations qui n'ont pas été prises en compte par le médecin, rappeler un problème important oublié par ce dernier.

montré plusieurs signes qu'il écoutait le MD : le patient acquiesce, donne son accord ou son désaccord, exprime son opinion au médecin, pose des questions.

montré plusieurs signes d'impatience : le patient est-il pressé?, irrité d'avoir attendu dans la salle?, manque-t-il de considération envers le médecin?, son ton de voix est-il agressif? est-il très dominant dans la conversation?

utilisé beaucoup de termes médicaux-techniques : le patient est bien renseigné quant à son état de santé ou les rouages du domaine médical. Il s'exprime dans un jargon plus ou moins spécialisé auquel le médecin peut répondre par la pareille. Il a une bonne connaissance des médicaments qu'il consomme, etc.

bien répondu aux questions du médecin : le patient fournit des informations pertinentes, il ne se perd pas dans des détails futils ou des anecdotes de sa vie quotidienne. Il répond clairement aux questions du médecin, sans détours ou sans refus.

interrompu le médecin : le patient est relativement agressif, il coupe fréquemment la parole au médecin, refuse de l'écouter. Il dirige la conversation de même que les sujets abordés pendant l'entrevue. Le médecin doit faire un effort pour se faire entendre.

proposé des possibilités diagnostiques au MD : le patient émet des hypothèses, tente de déterminer la nature exacte du mal dont il souffre, suggère la voie à suivre au médecin.

proposé des modalités thérapeutiques : le patient propose un plan de traitement, s'est documenté sur la question. Il a des objections précises à communiquer. Il suggère un médicament en lequel il a une plus grande confiance, etc.

8. Évaluation des caractéristiques de la communication Pt/MD

Détendue/tendue : une communication détendue sera ponctuée de blagues, de rires. Le médecin prend son temps, est à l'aise, de même que le patient. À l'inverse, une communication tendue sera avare de paroles, un malaise sera tangible. Bien souvent, l'entrevue sera courte et centrée uniquement sur la raison de consultation.

Personnelle/impersonnelle : dans le même ordre d'idée, une communication personnelle sera centrée sur le patient en tant qu'être humain, non en tant que simple problème de santé. Le médecin sera généralement ouvert aux avenues psychosociales. Il est évident que la différence est palpable au niveau de la familiarité d'un médecin et d'un patient qui se connaissent depuis des années et une consultation d'urgence, par exemple.

Attentive/distraite : ici, le patient lui-même peut être distrait et attendre simplement qu'on lui donne le traitement qui soulagera ses maux. Une communication attentive est centrée sur la parole, les questions sont nombreuses et l'intérêt, palpable. De même, le médecin peut exprimer son accord sans toutefois prendre note des informations qui lui sont données. Ainsi, il lui arrivera peut-être de poser une question à laquelle le patient a déjà répondu de lui-même.

Méfiance/confiance mutuelle : en confiance, le patient accepte les explications du médecin, il remet sa cause entre ses mains, anticipe un résultat positif. Le médecin ne fait pas preuve d'incrédulité et ne tente pas de prendre son patient en défaut. De l'autre côté, patient et médecin démontrent de la résistance aux propos de l'autre. Le médecin pourra sous-estimer les craintes du patient. De son côté, le patient peut remettre en cause les compétences du médecin.

Froide/chaleureuse : une communication chaleureuse donnera naissance à des conversations personnelles, à des blagues, à des encouragements et à des marques de sympathie palpables. Une communication froide s'en tiendra au cadre médical, sans en sortir réellement.

De façon globale, patient et médecin ont présenté des signes :

Colère/irritation : le patient peut se montrer irrité par les propos du médecin. Il peut manifester verbalement son désaccord, se montrer réticent pendant la consultation. Un médecin exprimera rarement de la colère. Par contre, il peut sembler irrité, agacé pendant l'entrevue (par un patient un peu pleignard, par exemple), et de ce fait, manquer de respect envers son patient.

Anxiété/nervosité : généralement, cette catégorie s'applique plus au patient qu'au médecin. Il est fréquent qu'un patient manifeste de l'anxiété envers son état de santé ou montre clairement des signes de nervosité (rire forcé, débit rapide, etc.) due à des événements de sa vie personnelle ou à sa condition médicale. Un médecin nerveux, par exemple, serait celui qui a pris du retard dans ses consultations. Il se montrera donc un peu expéditif tout au long de l'entrevue.

Dominant/affirmatif : un patient dominant monopolise le tour de parole, se montre irrité si le médecin n'acquiesce pas à ses demandes ou se montre en désaccord avec la cause ou la nature présumée de son mal. Le médecin dominant, quant à lui, contrôle de façon serrée la discussion. Dans son diagnostic, il ne se montre pas nécessairement ouvert aux doutes ou aux interrogations de son patient. De plus, il décidera du temps alloué à l'exposition de chaque problème de santé.

*Le nombre d'interruptions et de superpositions (*Surcodage*) peut être un bon indice de la présence des traits rattachés aux trois catégories ci-haut.

Intérêt/concerné : le patient se montre en général concerné par sa propre condition. Il est informé et manifeste un engagement envers son plan thérapeutique. Cependant, il arrive que ce dernier nie son état et ne soit pas responsabilisé quant à sa propre santé (p. ex. : « Je n'ai aucun problème. », « Je ne pense pas que ce soit important. », etc.). Le médecin de famille se montre souvent plus intéressé par l'état de son patient que celui à l'urgence. Un médecin concerné favorisera la prévention et s'informerait de l'état général de son patient plutôt que de traiter froidement le problème présenté. La bonne santé de son patient lui tient à coeur, il croit en sa guérison, démontre un désir de lui venir en aide.

Amical/chaleureux : un patient qui blague, qui rit, qui parle sans gêne à son médecin manifeste un comportement amical. Il arrive que cette échelle varie entre le début et la fin de l'entrevue, le patient devenant plus confortable en cours de route. La même définition s'applique au médecin, qui rassurera son patient, se montrera humain, enjoué et rieur, y allant même de quelques remarques personnelles.

Attentif : patient et médecin qui utilisent la communication de support à bon escient, pour signaler à l'autre leur présence et leur attention dans le dialogue. Un médecin attentif ne laissera pas passer d'indices importants sur l'état réel du patient. Le patient posera des questions et manifesterà sa bonne compréhension du sujet traité.

Sympathique/empathique : ici, encore une fois, le degré de familiarité de la conversation joue un rôle important. Les blagues, les confidences représentent en général de bonnes marques de sympathie de la part du patient. Dépendamment du niveau de familiarité, il s'intéressera à la vie personnelle du médecin. Le médecin, de son côté, se fera le reflet des émotions qu'il pressent chez le patient. Il lui montrera son respect et sa compréhension des émotions et préoccupations émises.

Dépression : des signes tels que des pleurs pendant l'entrevue, un trémolo dans la voix, des symptômes tels que l'insomnie, l'irritabilité, l'impression d'une perte de contrôle sur son quotidien, etc. caractériseront le patient dépressif.

Détresse émotionnelle : un patient de ce type se montrera anxieux, dépassé par les événements, stressé, troublé par les plus petits détails. Il montrera des signes d'émotion vive ou un besoin urgent de se confier pendant l'entrevue.

9. Degré de transparence du dialogue

Un dialogue transparent nommera explicitement tous les référents traités pendant l'entrevue. Le cas parfait de transparence est la première entrevue, où patient et médecin font connaissance. L'opacité grandit avec la familiarité des deux partis. Le pire cas d'opacité est là où on effectue un suivi hebdomadaire, par exemple, et où le problème et son traitement ne sont plus désignés que par des termes flous (p. ex. : « Je vais vous prescrire vos pilules. »). Une communication opaque est celle où la bonne compréhension du déroulement de l'entrevue est gênée soit par la trop grande présence de termes flous (« ça », « la pilule », etc.), soit par l'absence de contact visuel avec l'action.

10. Ouverture de l'entrevue

L'ouverture de l'entrevue peut être **sociale** (« Bonjour, comment allez-vous? »), **factuelle** (« Qu'est-ce qui vous amène? », « Vous êtes envoyé par le docteur Tremblay? ») ou **motivationnelle** (« Oh! Vous avez l'air beaucoup mieux! Ça se passe bien avec vos traitements. »).

11. Fermeture de l'entrevue

La fermeture de l'entrevue peut être **sociale** (« Merci. », « Au revoir. », « Passez de Joyeuses fêtes. », etc.), **factuelle** (« Prenez vos médicaments pendant dix jours, ça devrait rentrer dans l'ordre. ») ou **motivationnelle** (« Prenez bien vos hormones à tous les jours, vous allez voir, ça va faire des miracles. »).

12. Médecin motive le patient à suivre ses recommandations

Le médecin qui encourage le patient à suivre ses recommandations passera en général assez de temps à lui expliquer les raisons du traitement, à lui montrer sa valeur et sa pertinence. Le patient émet souvent des réserves à cet égard. Le médecin veut le conscientiser à sa condition et le responsabiliser. Il insiste, vérifie à plusieurs reprises sa compréhension. Un médecin qui ne motiverait pas son patient serait celui donnant la prescription et les instructions, sans insister sur l'importance de l'observance.

13. Problème de santé relié au psychosocial

Le médecin peut tenter de relier le problème de santé présenté par le patient à un problème de nature psychologique. Il choisira pour ce faire, dépendamment du degré d'ouverture de son patient, un moment particulier dans l'entrevue pour émettre son hypothèse (p. ex. : début de l'entrevue, examen physique, fin de l'entrevue).

14. Discussion sur le problème de santé (médecin)

Strictement d'ordre physique : le médecin se concentre sur les symptômes observés et donne le traitement approprié.

Physique, mais affectant l'état psychologique du patient : pour un problème de santé sérieux, chronique, qui affecte directement la qualité de vie du patient.

Physique, mais les symptômes variant selon état psychologique du patient : par exemple, il peut diagnostiquer un ulcère d'estomac chez son patient mais noter qu'une hausse du stress chez celui-ci exacerbera le mal.

Strictement psychologique : le médecin ne s'attardant qu'à la dimension psychosociale. C'est le cas par exemple d'une dépression.

Aucun problème de santé : dans le cas où plus d'un problème de santé sont discutés pendant l'entrevue, le problème psychosocial, si abordé, aura priorité sur le problème physique.

15. Ouverture du médecin

Le médecin présente une ouverture plus ou moins grande à la dimension psychosociale de l'entrevue. Ainsi, un médecin dont l'ouverture à ce sujet est nulle n'abordera jamais le senti du patient et passera sous silence les indices qui lui sont envoyés en ce sens. Un médecin dont l'ouverture psychosociale est très grande sera très sensible au vécu émotionnel de son patient et aura à coeur sa bonne santé mentale. Il posera des questions explicites afin d'amener le patient à parler de son vécu et de ses préoccupations. Aborde-t-on dans la communication des thèmes tels la vieillesse, l'isolement, la retraite, la vie conjugale? Le médecin s'informe-t-il de l'opinion de son patient?

16. Ouverture du patient face à la dimension psychosociale

Lorsqu'un patient présente un problème de santé qui apparemment est lié à un stress de sa vie quotidienne, il peut réagir de différentes façons à la suggestion du médecin. Certains patients dénieront clairement cette affirmation, tentant de démontrer à quel point leur état est grave, en rationalisant la nature de leur mal, en cherchant désespérément une cause. Au contraire, un patient peut accepter cette explication et même y capituler, se montrant parfois rassuré de ce que son physique ne soit pas réellement affecté. Tout dépend ici de la réponse du patient face à l'insinuation du médecin.

17. Discussion sur le problème de santé (patient)

Strictement d'ordre physique : le patient élabore grandement sur ses symptômes physiques, il en est incommodé, consulte pour un soulagement de ses manifestations.

Physique mais affectant l'état psychologique du patient : il se peut que sa qualité de vie ou son état affectif en soit affecté par le problème de santé (p. ex. : « C'est terrible, mon mal de tête m'empêche de vivre! »). On se concentre sur les conséquences tangibles du problème.

Physique mais symptômes variant selon état psychologique du patient : le patient reconnaît sa condition, mais associe la variation de la gravité de ses symptômes aux aléas du quotidien (p. ex. : « C'est quand je suis le plus stressé que mes migraines sont les plus fortes. »).

Strictement psychologique : le patient consulte pour un trouble psychologique, une dépression; il est au bout du rouleau, parfois même suicidaire.

Psychologique mais affectant son physique : le patient prétend que ses malaises physiques sont créés par le stress de sa vie quotidienne. Par exemple, le patient fait de l'hypertension parce que son conjoint est à l'hôpital.

Aucun problème de santé : le patient est en parfaite santé ou bien, il ne consulte que pour des suivis de problèmes de santé déjà contrôlés.

18. Explication du problème de santé

Le patient peut accepter ou non l'explication que le médecin lui donne de son problème de santé. Généralement, l'acceptation du diagnostic sera faite clairement (p. ex. : « Oui, vous avez raison. »), alors que le déni sera exprimé par de l'irritation ou un silence signalant un refus de commenter ou de répondre. Le patient pourra accepter à contre-cœur le plan thérapeutique donné par le médecin. Le ton de la voix est un bon indicateur de cette variable.

19. Résistance aux propos du MD

Une résistance aux propos du médecin se fait par une irritation décelable, un refus de continuer dans l'avenue proposée, un déni des causes envisagées. Face à un médicament, le patient peut émettre des doutes, des craintes et même un refus catégorique quant à la prise du médicament proposé. Il résistera aux arguments employés pour le convaincre, se montrera méfiant envers le médecin.

20. Résistance aux propos du Pt

Le médecin qui résiste aux propos de son patient se montrera froid, irrité et distant. Il tentera d'éviter un glissement du sujet de conversation vers ce à quoi il émet des réserves. Dans le pire des cas, le médecin montrera explicitement son désaccord, interrompera son patient, posera un diagnostic non-négociable et tentera de se débarrasser au plus vite du patient.

21. Stratégies de résistance

Expression de méfiance : incrédulité des deux partis, doutes émis, réserves face au diagnostic présenté ou au plan de traitement suggéré.

Refus : refus de se soumettre aux suggestions du médecin, désaccord implicite ou explicite du médecin, refus de sa part de relever l'indice tendu ou de s'engager dans une voie qui lui paraît futile.

Négociation : tentative d'amener le médecin dans une autre voie, tentative de raisonner le patient, de gagner la joute oratoire en présentant des arguments forts, des raisons valables de douter, de craindre (pour le patient).

Ignore les propos : le médecin ou le patient passe sous silence une explication ou un indice, continue sur la voie rassurante plutôt que d'explorer la nouvelle avenue suggérée.

Proteste verbalement : désaccord explicite (p. ex. : « Non, ce n'est pas vrai », « Ce n'est pas ça », etc.) du patient ou du médecin face aux propos émis par l'autre parti.

22. Stratégies de contrôle de résistance

Autoritaire : le patient, mais plus souvent le médecin, se montrera autoritaire face à la résistance de l'autre. Il lui affirmera clairement le non-fondé de cette résistance, ne lui laissant aucune alternative quant au plan de traitement ou au diagnostic. Le patient autoritaire serait celui qui, par exemple, refuserait de prendre le médicament prescrit.

Intolérant (rejet) : cette stratégie rejette toutes formes de résistance. Le patient ou le médecin ne tient aucunement compte des réserves exprimées par l'autre parti; il ne tient compte que de sa propre opinion.

Passif (ne répond pas) : le médecin ou patient peut contrôler la résistance par la passivité. On neutralise l'agressivité en demeurant calme. Par exemple, passer sous silence les craintes du patient ou ne pas donner suite aux questions du médecin.

Négociation/raisons : le médecin peut tenter de négocier avec son patient résistant. Il peut tenter de lui expliquer les bienfaits du traitement envisagé, lui donner des raisons pour lesquelles il lui administre ce traitement. Le patient aussi peut vouloir négocier. Par exemple, il peut expliquer sa réticence à prendre un médicament par les difficultés d'observance qui risquent de se présenter. Généralement, l'un des partis capitulera à cette stratégie.

Rassurance/empathie : stratégie généralement employée par le médecin. Ce dernier tentera de rassurer le patient, de lui montrer que ses craintes sont injustifiées. Il manifestera de l'empathie, montrera au patient qu'il se préoccupe autant que lui de sa santé et de son bien-être.

Nie les effets : par exemple, une femme refuse de prendre des hormones parce qu'elle a peur d'engraisser. Le médecin lui répliquera que ses craintes sont injustifiées, qu'il n'a jamais entendu parler d'une telle chose. Il neutralise la résistance en niant les effets secondaires que peut présenter un médicament. Le patient peut employer la même stratégie, mais en prétendant que le médicament prescrit n'a pas d'effet sur lui, qu'il ne le soulage pas.

23. Raisons de consultation

Le médecin demande les raisons de consultation en début d'entrevue à l'aide des formes suivantes : « Qu'est-ce qui vous amène? », « Que puis-je faire pour vous? », « Comment ça va? », etc. Le patient peut lui-même énoncer les raisons qui l'amènent, sans suggestion du médecin.

24. Exploration d'autres voies après énonciation de RC

Le médecin, après l'énonciation de la raison de consultation initiale, pourra explorer d'autres voies et tenter de cerner si d'autres problèmes sont existants à l'aide des formes suivantes : « Est-ce que quelque chose d'autre vous préoccupe? », « Y a t-il autre chose? », « Est-ce que c'est tout pour aujourd'hui? », etc.

25. Raisons de consultation du Pt épuisées

Le patient peut énoncer clairement que ses raisons de consultations sont épuisées. En réponse aux questions ci-dessus, il répondra : « Non, je crois que c'est tout », « Je pense que nous avons fait le tour », « C'est tout ce qui me préoccupait », « À part ça, tout va bien », etc. Si le médecin n'explore pas d'autres voies dans l'entrevue que la raison de consultation, alors on prend pour acquis que le patient pourrait avoir d'autres raisons de consulter, mais que le médecin ne lui en a pas donné la chance.

26. Nouveau problème en fin d'entrevue

Le patient peut énoncer un nouveau problème en toute fin d'entrevue (segment 3), après que son problème principal ait été réglé. Des formes telles que : « Ah! Aussi, je voulais vous demander », « Pardon docteur, il y a aussi que... », etc. Ce problème peut être de nature psychosociale, le patient peut mentionner par exemple une difficulté dans son couple ou un stress présent au travail. En général, ces problèmes de dernière minute sont préoccupants pour le patient, ils témoignent d'un certain malaise. Le problème peut aussi être tout simplement d'ordre physique, par exemple une plaie ou un retour sur une raison de consultation antérieure.

27. Nouveau problème de nature psychosociale

explore la nouvelle demande : on prolonge la durée de l'entrevue, le médecin évaluant que le problème soulevé est d'importance assez grande pour être entendu immédiatement. Il pose des questions, se montre ouvert.

indique que le temps est écoulé : par une absence d'écoute flagrante, un O.K. signifiant que l'entrevue est terminée ou tout simplement de façon explicite.

propose d'en discuter à la prochaine rencontre : généralement l'option choisie lorsque le temps d'entrevue est écoulé. Le problème ne paraît pas très sérieux, alors le médecin invite le patient à conserver son idée et à lui en reparler une autre fois.

manifeste de la surprise : le médecin se montre surpris face au problème soulevé. Il montre qu'il se sent concerné par le bien-être de son patient. Cette manifestation s'accompagne souvent d'empathie ou de sympathie. Le problème est pris au sérieux et on en discute généralement sur le moment.

manifeste de l'irritation : le médecin ne se montre pas réceptif à la demande, il cesse généralement d'être attentif. On sent par le ton de la voix qu'il n'a pas envie de continuer l'entrevue. Il emploiera alors une des stratégies ci-dessus afin de mettre un terme à la consultation.

ignore la demande : lorsque le patient fait état de son problème, le médecin ignore les propos, ne saisit pas l'indice et demeure dans le cadre médical de la consultation. Par exemple, au patient qui mentionne des problèmes conjugaux, le médecin tend la prescription, résume les instructions posologiques et souhaite une bonne journée.

28. Liste des médicaments (une fois ou plus)

Le médecin, en début d'entrevue, demande au patient s'il consomme des médicaments. Il peut le faire une seule fois (p. ex. : « Prenez-vous des médicaments sur une base régulière? ») ou plusieurs fois. Dans ce cas, après la question principale, le médecin reviendra à la charge après chaque problème de santé énoncé (p. ex. : « Qu'avez-vous fait pour ça? » « Qu'avez-vous pris pour vous soulager? », etc.). Dans les entrevues de suivi, le médecin peut vérifier si le patient consomme toujours et de façon appropriée les médicaments inscrits à son dossier.

29. Patient allergique/intolerant au médicament

Le médecin peut ou non demander au patient s'il est allergique au médicament. Il peut le demander de façon générale en début d'entrevue ou lorsque vient le temps de faire une prescription. Généralement, la deuxième demande sera plus spécifique que la première (p. ex. : « Êtes-vous allergique à des médicaments? » vs « Êtes-vous allergique à la pénicilline? »).

30. Patient doute de l'efficacité du médicament

Le patient peut exprimer un doute envers un ou des médicaments. Ce doute peut être dirigé vers l'ensemble de la médication (p. ex. : « Je n'aime pas ça prendre des pilules. ») ou vers un médicament en particulier (p. ex. : « Je ne pense pas que j'aie besoin d'hormones. », « Je préfère éviter de prendre des antibiotiques. »).

31. Discussion sur les médicaments

La discussion sur les médicaments sera plus ou moins élaborée selon l'entrevue et le problème de santé. D'autres facteurs de discussion sont la réticence du patient à prendre un médicament et la connaissance plus ou moins grande du patient de son état de santé et des traitements reliés. Si le patient présente des doutes de façon explicite, alors la discussion risque d'être prolongée. Certains médicaments commanderont une discussion plus longue, par exemple les hormones, les médicaments pour la pression ou les anti-inflammatoires, contrairement aux antibiotiques qui sont généralement prescrits sans plus de commentaires.

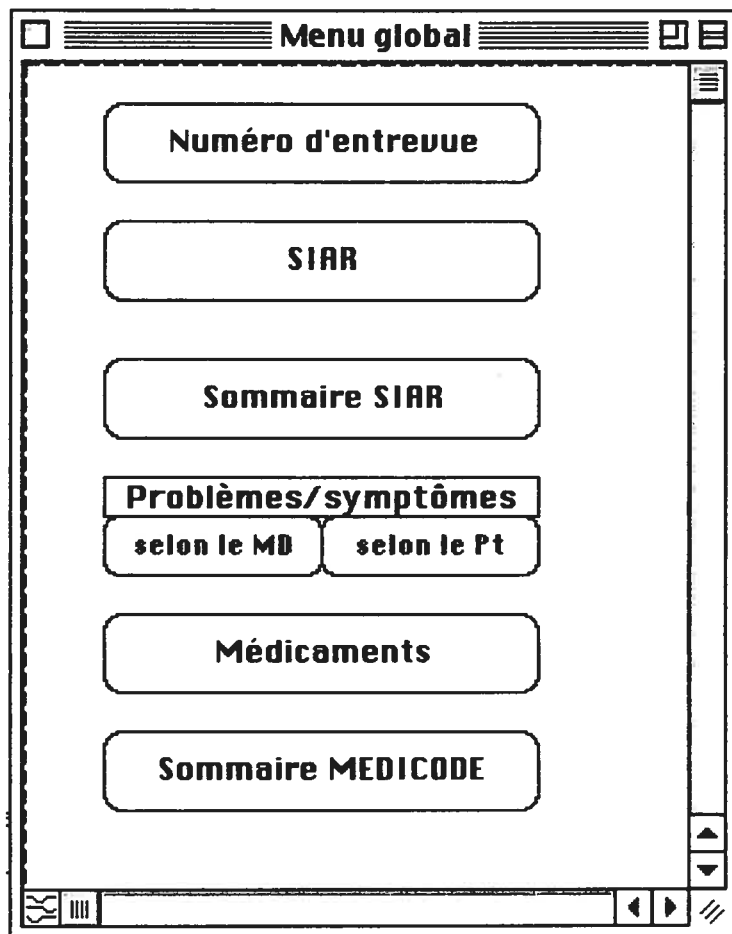
Discussion non-élaborée (1) : on ne fait que nommer le médicament et souligner que le patient le consomme. Il se peut que le médicament discuté ne soit nommé que par des termes vagues, flous (p. ex. : « Je vais vous prescrire quelque chose. »).

Discussion plus ou moins élaborée (3/4) : en plus de nommer le médicament, on donne des instructions sur la posologie, la durée de traitement, etc. Bref, le médecin et le patient couvrent l'ensemble de l'ordonnance, mais sans déborder de ce cadre.

Discussion élaborée (6) : on aborde des thèmes tels l'observance, la valeur du médicament, les effets secondaires anticipés, les études en cours, en plus de la posologie et des habitudes de consommation et du nom du médicament.

C) QUATRIÈME PARTIE : NAVIGATION

I. MENU GLOBAL



La fenêtre Menu Global présente l'ensemble des sous-fenêtres auxquelles le codeur a accès. Celles-ci sont au nombre de cinq :

- a) Numéro d'entrevue
- b) SAIR
- c) Problèmes/symptômes
- d) Médicaments
- e) Sommaire

En cliquant sur chacune d'elles, le codeur a accès aux différentes sous-fenêtres.

II. NUMÉRO D'ENTREVUE

Il faut identifier le numéro de l'entrevue.

Numéro d'entrevue	
1	
Id MD	
1	
Id Pt	
2	
Date&heure	

F
E
R
M
E
R

III. SAIR

- 1- Une première étape consiste à identifier le **segment de l'entrevue** dans la case prévue à cet effet (« seg »). Il suffit d'indiquer le chiffre 1 si l'on est dans « L'histoire du cas », le chiffre 2 si l'on est dans la partie « Examen physique », le chiffre 3 si l'on se trouve « À la fin de l'examen physique et au début du counseling ».
- 2- Une deuxième étape consiste à identifier le **piétage** dans la case prévue à cet effet. Cette case se trouve en haut à droite dans la fenêtre, et en dessous de la date et de l'heure.
- 3- De manière automatique, à chaque dizaine d'énoncés codés, un message apparaît à l'écran et indique au codeur de changer le piétage.
- 4- Une troisième étape consiste à identifier l'auteur de l'énoncé codé. Il s'agit pour cela de cocher la case Pt (si c'est le patient qui parle) ou MD (si c'est le médecin qui parle). Par la suite, on indique la catégorie de codage appliquée à l'énoncé en cochant la case correspondante (par exemple : [Silence], [Don-Med], [Don- P/S-S]).
- 5- Au dessus des deux cases où est indiqué l'auteur de l'énoncé codé, on retrouve les catégories de codage attribuées aux deux derniers énoncés.
- 6- Quand un problème est identifié dans l'énoncé, soit on l'indique manuellement dans la case « **PRO** », soit il s'agit d'un problème d'asthme et il suffit alors de cocher la case « **Asthme** ».
- 7- La touche « **ENTER** » permet de valider chaque nouvelle donnée introduite par le codeur.
- 8- La touche « **F** » permet de retourner à l'écran précédent. Tandis que la touche « **N** » permet d'aller à l'écran suivant.
- 9- La touche « **Liste** » a la même fonction que la touche « **L** ».
- 10-La touche « **Globale** » ramène le codeur à la fenêtre « **Menu Global** ».
- 11-La case « **No Ent** » comprend le numéro de l'entrevue.
- 12-La case « **ID Pt** » reprend le numéro d'identification du patient.
- 13-La case « **ID MD** » reprend le numéro d'identification du médecin.
- 14-La case qui se situe à gauche de celle indiquant la date et l'heure de l'entrevue correspond au numéro de l'énoncé.

Dans la fenêtre « SAIR », quand on appuie sur la case « L. prob. », cela permet au codeur de repérer l'ensemble des problèmes identifiés dans l'entrevue ainsi que le numéro de l'énoncé où est apparu le problème (voir exemple ci-dessus).

Dans la fenêtre « SAIR », quand on appuie sur la case « L.Rx », cela permet au codeur de repérer l'ensemble des médicaments identifiés dans l'entrevue ainsi que le numéro de l'énoncé où est apparu le médicament (voir exemple ci-dessus).

Dans la fenêtre « SAIR », quand on appuie sur la case « L », cela permet au codeur d'avoir accès à l'ensemble des catégories de codage attribuées aux énoncés depuis le début, à l'auteur de l'énoncé, au numéro de l'énoncé, au piétage, à la catégorie de codage, au surcodage, au thème mais également au(x) problème(s) ou au(x) médicament(s) s'ils sont identifiés (voir exemple ci-dessus).

Dans la fenêtre « SAIR », quand on appuie sur la touche « SOM-MD », cela permet de voir spécifiquement pour le médecin le nombre de fois qu'une catégorie de codage a été utilisée (voir exemple ci-dessus).

Dans la fenêtre « SAIR », quand on appuie sur la touche « SOM-Pt », cela permet de voir spécifiquement pour le patient le nombre de fois qu'une catégorie de codage a été utilisée (voir exemple ci-dessus).

Dans la fenêtre « SAIR », quand on appuie sur la touche « SOM », cela permet de voir de manière globale pour le patient et le médecin le nombre de fois qu'une catégorie de codage a été utilisée (voir exemple ci-dessus).

L. Rx		L. prob.		L		+ DE 1 CODE	
PRECEDENTE		F		SUIVANTE		N	
SUR NSP		NSP		ERREUR DE CODAGE		1,00	
Rx NSP		NSP		PT MD CODE		12/04/04 11:51	
DIS NSP		Oui		ERREUR A PT OU MD		0,0	
				Asthme <input type="checkbox"/> PRO NSP		ERREUR PIETAGE	
				THE NSP			

SILENCE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R/O	(?)MED <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DON-MED
PERS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LEGIT	(?)THERA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DON-THERA
RIRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESAP	(?)S/V <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DON-S/V
APP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CRITIQUE	(?)P/S-S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DON-P/S
COMP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?RASSUR	(?)AUTRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DON-AUTRE
ACCORD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRANS	?MED <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C-MED/THERA
BC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ORIENT	?THERA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C-S/V
VERIFI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?BID	?S/V <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C-P/S
EMPA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?CMP.	?P/S-S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?SERVICE
PREOC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?OPINION	?AUTRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NON-INTELL

No ent ID Pt ID MD SEG PARTENA DEVOIL

ENTER

LISTE SOM SOM MD SOM PT

GLOBALE

IV. PROBLÈMES/SYMPTÔMES

En appuyant sur la touche « Problèmes/Symptômes » dans la fenêtre « Menu Global », que ce soit pour le médecin ou pour le patient, le codeur a accès à deux cases. La case « Fermer » permet de revenir à la fenêtre « Menu Global ». La case « Nouveau » permet d'entrer les données d'un nouveau problème. Si aucune donnée n'apparaît en dessous de ces deux cases, cela signifie qu'aucun problème n'a pour le moment été identifié. Par contre si un élément (anévrisme dans l'exemple ci-dessus) apparaît, cela signifie que ce problème a déjà été identifié et qu'une fiche a été remplie à son sujet. En cliquant sur le nom du problème, on a accès à la fiche le concernant. (Voir image suivante)

Toutefois il existe une petite différence entre la liste « Probl./sympt.Pt » et la liste « Probl./sympt.Md ». En effet, si le codeur navigue dans « Probl./sympt.Pt », ce seront les problèmes identifiés ou non par le patient qui apparaîtront en premier lieu. Ceux identifiés ou non par le médecin suivront. Tandis que dans la liste « Probl./sympt.Md », ce seront

les problèmes identifiés ou non par le médecin qui apparaîtront en premier lieu. Ceux identifiés ou non par le patient suivront. Si le patient ou le médecin n'a pas parlé de problème, il sera indiqué « silence ».

Quand on veut identifier un nouveau problème, on clique sur la case « Nouveau » et le codeur débouche dans la sous-fenêtre « Problèmes/Symptômes ».

On y retrouve le numéro de l'entrevue, le numéro d'identification du médecin et du patient. Le codeur doit indiquer dans cette fiche si le problème est nommé par le patient et/ou le médecin, et la manière dont le problème est nommé par les partis. Pour le reste du remplissage de la fiche, le codeur n'a qu'à suivre les instructions présentes sur celle-ci. La touche « Validation » permet au codeur d'enregistrer les réponses introduites et de rester dans la fiche.

La touche « Entrer/Femer » permet au codeur d'enregistrer les réponses introduites et de revenir à la sous-fenêtre « Liste Probl./Sympt MD » ou « Liste Probl./Sympt Pt »

La touche « Fermer » n'enregistre pas les données introduites et permet de revenir à la sous-fenêtre « Liste Probl./Sympt MD » ou « Liste Probl./Sympt Pt ».

V. MÉDICAMENTS

En appuyant sur la fenêtre « Médicaments » dans le « Menu Global », le codeur aboutit à une sous-fenêtre (liste Médicaments) où se trouvent deux cases : la case « Fermer » permet de revenir à la fenêtre « Menu Global ». La case « Nouveau » permet d'entrer les données d'un nouveau médicament. Si aucune donnée n'apparaît en dessous de ces deux cases, cela signifie qu'aucun médicament n'a pour le moment été identifié. Par contre si un élément (Tylenol dans l'exemple ci-dessus) apparaît, cela signifie que ce médicament a déjà été identifié et qu'une fiche a été remplie à son sujet. En cliquant sur le nom du médicament, on a accès à la fiche le concernant (Voir image suivante). Si le patient ou le médecin n'a pas parlé de médicament, il sera indiqué « silence ».

Quand on se trouve dans la sous-fenêtre « Fiche Médicament », on y retrouve le numéro de l'entrevue, le numéro d'identification du médecin et du patient. Le codeur doit indiquer dans cette fiche si le médicament est nommé par le patient et/ou le médecin, et la manière dont le médicament est nommé par les partis. Pour le reste du remplissage de la fiche, le codeur n'a qu'à suivre les instructions présentes sur celle-ci. La touche « Validation » permet au codeur d'enregistrer les réponses introduites et de rester dans la fiche. La touche « Entrer/Fermer » permet au codeur d'enregistrer les réponses introduites et de revenir à la sous-fenêtre « Liste médicaments ».

La touche « Fermer » n'enregistre pas les données introduites et permet de revenir à la sous-fenêtre « Liste médicaments ».

Entrevue no	1	Validation		Entrer et fermer		Fermer	
ID MD	1						
ID Pt	2						
Médic. MD	:Silence:					1 Statut médic.	
Médic. Pt	:Silence:					▼	
Vrai nom	:Silence:						
Problème	:Silence:						
2 Médic. nommé	:Non:		3 Classe nommée		:Non:		
4a- Rx j'ai un substitut	:Non:		:NSP:				
4b- Je suis substitut	:Non:		:NSP:				
<i>-----Initiatives de discussion-----</i>							
5a Aborde pres. renouvel.	:Non:						
6 Usage	:Non:		<i>Médecin</i>		<i>Patient</i>		
			Elaboration		:NSP:		
			Influence		:NSP:		
			Vocabulaire		:NSP:		
7 Pt questionne vs Rx	:Non:		:NSP:		<i>Médecin</i>		
					<i>Patient</i>		
			Elaboration		:NSP:		
			Influence		:NSP:		
			Vocabulaire		:NSP:		
8 MD ? avis Pt vs Rx	:Non:		:NSP:		<i>Médecin</i>		
					<i>Patient</i>		
			Elaboration		:NSP:		
			Influence		:NSP:		
			Vocabulaire		:NSP:		
9a Attitudes vs Rx	:Non:		<i>Médecin</i>		<i>Patient</i>		
			:NSP:		:NSP:		
			Elaboration		:NSP:		

VI. SOMMAIRE

En cliquant sur la fenêtre « Sommaire » dans le menu global, le codeur arrive à la sous-fenêtre « Tape Summ Asthme » qui reprend à nouveau les données concernant le numéro de l'entrevue et le numéro d'identification du médecin et du patient. Le codeur doit répondre à l'ensemble des questions présentes sur cette fiche. Pour chaque question, une échelle de réponse est proposée. Afin de valider ses réponses, le codeur appuie sur la touche « Globale ».

NO ENTREVUE	<input type="text" value="1"/>	Globale
Id MD	<input type="text" value="1"/>	
Id Pt	<input type="text" value="2"/>	

1- La qualité générale de l'enregistrement;

1- Mauvaise
2- Contient passages inaudibles
3- Passable
4- Bonne

1- Oui 2- Non 3- N/P

2- Début brusque

3- Fin brusque

4- Pause de l'enregistrement durant la visite

5- D'autres adultes sont présents

6- Des interruptions?

1- Personne tiers
2- Téléphone, intercom, etc.
3- Le médecin quitte la pièce
4- Le personnel de la clinique intervient
5- N/P

7- Niveaux des interruptions durant la visite:

Bas Elevé

1-----2-----3-----4-----5-----6

8- MD demande la liste des problèmes (établit l'agenda)