



Consentement éclairé et médicaments : leures et lueurs¹

Claude Richard, Yvette Lajeunesse et Marie-Thérèse Lussier

Au cours de la seconde moitié du vingtième siècle, la pratique médicale figée dans des traditions séculaires, voire millénaires, a été tirée de son « sommeil dogmatique » non seulement

en raison de l'explosion de la science et de la biotechnologie mais tout autant par l'expansion de la pensée démocratique. « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon

jugement [...]», énonçait le serment hippocratique. La décision médicale, clef de voûte de la rencontre médicale, a longtemps reposé sur le seul jugement du médecin. L'autorité du savoir entraînait la soumission. Le médecin comme les autres détenteurs des savoirs, curé ou notaire, n'avaient pas besoin d'exercer de coercition. Au nom de l'autonomie du patient, l'autorité du médecin a été combattue par de nombreux bioéthiciens durant les dernières décennies. Les critiques du paternalisme médical occultaient bien souvent le caractère du caring de ce « despotisme éclairé » par lequel le médecin agissait en « bon père de famille » en prenant soin de l'autre. La règle du consentement du patient (à l'acte médical) est venue modifier la relation inégalitaire où le patient était soumis à l'autorité du savant. Le consentement, qui signifie donner son accord, acquiescer, accepter quelque chose de son plein gré, est une vieille catégorie du droit privé, du droit civil et du droit canonique. Ayant une valeur critériologique, il signait la validité ou la nullité de l'acte juridique. C'est dans ce sens que l'on peut interpréter la phrase aujourd'hui largement confirmée : « Ce n'est pas l'amour qui fait le mariage, c'est le consentement ou le contrat. »

Le rapprochement entre pratique médicale et consentement est apparu au début du siècle dernier dans le droit américain, plus précisément états-unien. La jurisprudence, comme l'illustre le cas *Schloendorff*², concerne principalement la pratique chirurgicale. La cour (*Schloendorff v. Society of New York Hospitals*, 1917) a reconnu le droit à l'autodétermination du patient, imposant aux médecins l'obligation d'obtenir le consentement du patient pour tout acte chirurgical. Le juge Benjamin Cardozo établit la règle du droit du patient à l'autodétermination en ces termes : « Tout être humain d'âge adulte et sain d'esprit a le droit de déterminer ce qui sera fait sur son propre corps ; et un chirurgien qui procède à une opération sans le consentement du patient commet des voies de fait, pour lesquelles il est passible de poursuite en dommages³. » Quelques décennies plus tard, dans la cause *Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees*⁴, la cour adjoint au

caractère volontaire et explicite du consentement l'exigence d'un consentement « éclairé ». La cour entendait par ce terme la divulgation de « tous les faits nécessaires au patient constituant la base d'un consentement intelligent en regard du traitement proposé⁵ ». Au Canada, les cas *Reibl c. Hugues* ([1980] 2 S.C.R. 880) et *Hopp c. Lepp* ([1980] 2 S.C.R. 192) ont permis d'établir les standards en matière de divulgation des informations⁶. Il est à noter que les critères de validité du consentement exigent tacitement que le patient ait compris les informations transmises⁷.

L'avènement de la bioéthique a généralisé, voire universalisé, la règle du consentement à l'acte médical. Découlant du rapport Belmont de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research en 1973, le principe d'autonomie, et son corollaire le consentement éclairé, deviendra, entre autres sous l'influence de Tom Beauchamp et James Childress et leur approche par principe (le *principlism*⁸), un élément indissociable de la pratique médicale d'aujourd'hui.

Bien que le consentement aux soins, à l'origine, se rapporte aux actes que le médecin effectue sur le corps de son patient, les mêmes standards s'appliquent à la prescription d'un médicament. C'est ce que, depuis 1994, souligne l'article 11 du Code civil du Québec : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. » La nature distincte de l'acte de prescrire un médicament et de l'acte chirurgical suggère-t-elle une interprétation différente de cette règle ? Le consentement éclairé comporte-t-il les mêmes exigences dans un contexte où la décision de concrétiser l'acte médical revient au patient ? Le présent article a pour but de mieux comprendre l'articulation entre l'acte de prescrire un médicament et l'obtention d'un consentement éclairé. Les données d'une recherche sur la communication entre patient et médecin serviront à présenter les zones d'ombre de l'application de cette règle dans la pratique actuelle. Nous proposerons

en deuxième lieu un modèle axé sur le dialogue permettant de résoudre certaines apories du consentement éclairé. Enfin, nous examinerons le concept d'entrevue motivationnelle à l'aide duquel nous analyserons la contradiction supposée entre l'autodétermination du patient et la responsabilité contraignante du médecin qui recherche le consentement éclairé du patient, qui doit avoir saisi les multiples facettes de la médication.

Consentement éclairé et prescription du médicament

La théorie du consentement aux soins nous est bien connue aujourd'hui. La validité du consentement aux soins repose sur trois conditions : l'aptitude du patient à donner ou à refuser son consentement, la liberté de son consentement et la divulgation par le médecin des informations pertinentes à la décision en vue du consentement éclairé. Du point de vue juridique et éthique, les standards du consentement éclairé requièrent la divulgation des informations suivantes : le diagnostic de la maladie, la nature et le but de l'intervention proposée, les bénéfices et les risques probables associés à l'intervention, les autres choix possibles de traitements incluant les bénéfices et risques de chacun et les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention. Dans *The Canadian Law of Consent to Treatment*, Rozovsky mentionne également l'impact du traitement sur le mode de vie du patient, incluant les considérations économiques⁹.

L'application littérale de ces directives qui se réduirait à une démarche purement technique, monologique, rend le processus d'obtention du consentement relativement simple. Certaines pratiques telles que l'utilisation de feuillets informatifs et même de vidéo ont été mises au point en vue de faciliter la recherche du consentement lorsque les informations sont relativement circonscrites ou du moins suffisamment stéréotypées, en particulier en regard des risques, par exemple pour une appendicectomie ou une cholécystectomie. Ces pratiques représentent pour les patients un gain substantiel, lorsqu'elles sont utilisées comme complément d'une démarche interactive. Cependant, de nombreux facteurs peuvent dévier ces moyens de leur but premier et les substituer au dialogue nécessaire entre le patient et le médecin. Un processus de communication centré uniquement sur les informations à

transmettre aussi exhaustives soient-elles est-il garant d'un consentement éclairé? Ce modèle est-il privilégié dans la pratique médicale?

L'analyse sociale et dialogique de la communication de 422 entrevues médicales dans des cliniques de première ligne du grand Montréal démontre que la discussion au sujet de la médication demeure insuffisante à de nombreux égards¹⁰. L'étude que nous avons effectuée corrobore ces données¹¹. Au regard des standards du consentement éclairé, on souligne la méconnaissance des exigences juridiques et éthiques de la part du médecin, dont il est difficile de dire s'il s'agit d'ignorance ou d'incompréhension, et soulève par le fait même la question de la validité du consentement dans de tels contextes. L'étude confirme aussi la pauvreté des échanges entre patients et médecins au sujet de la médication. En fait, la plupart des échanges ne répondent pas aux exigences d'une information minimale. Les données tiennent compte de trois catégories de médicaments : 1) la médication active, c'est-à-dire en cours (43%), pour laquelle le patient est réputé avoir donné son consentement, 2) la médication faisant l'objet d'un renouvellement (16%) pour laquelle le patient doit réitérer son consentement et 3) la médication nouvelle (10%) pour laquelle le patient doit donner son consentement, sur un total de 1 492 médicaments considérés. À l'égard du consentement éclairé, nous retenons les statistiques suivantes. Le nom même du médicament était mentionné dans 87,9% de toutes les discussions, soit respectivement selon les catégories 90%, 95,9% et 77,8%. Le taux le plus bas concerne la médication nouvellement prescrite où, dans près de 25% des occurrences, le médecin ne désigne pas le produit prescrit. Les instructions, concernant la posologie entre autres, étaient abordées pour 43,8% des médicaments toutes catégories confondues, soit respectivement 42,5%, 58,4% et 75,9%. L'effet attendu du médicament était expliqué pour 19,5% des médicaments toutes catégories confondues, dont 53,8% pour les médicaments nouvellement prescrits. Les effets secondaires des médicaments étaient mentionnés dans l'ensemble 8,2% des fois, dont 16,5% pour les nouveaux médicaments. Enfin, les attitudes et les émotions du patient en regard de la médication font l'objet d'échanges dans 14,7% des cas, soit respectivement 16,2%, 17,3% et 10,8% selon les catégories.

Par ailleurs, l'analyse des données démontre que l'initiative des échanges sur la médication revient en général au médecin, bien qu'elle varie selon les trois catégories. L'initiative de la discussion sur le médicament par le médecin est maximale lorsqu'il s'agit d'une médication nouvelle, se réduit dans le cas d'un renouvellement de prescription et atteint un niveau nettement moindre pour la médication active. Enfin, il est important de souligner la nature monologique des échanges dans une très forte majorité des cas. Ces différents constats doivent être pris en considération dans l'élaboration d'une démarche appropriée à l'obtention d'un consentement éclairé.

Par ailleurs, les rencontres médicales analysées reposent sur un modèle de relation médicale jouissant d'une entente implicite, ce qui expliquerait que les échanges approfondis sur la médication deviennent superflus. Centrés sur la résolution de problèmes et portés par un modèle de relation « partagé dans une société donnée, à un moment historique donné¹² », les patients sont engagés dans un « processus pragmatique » qui ne nécessite pas la discussion mais l'action. Un tel cadre présume de la possible légitimité de raccourcis où le médecin limite ses instructions à : « Prenez ce médicament » et n'entrevoit pas la nécessité d'insister sur le nom du produit, les effets attendus ou les effets secondaires puisque l'ordonnance même constitue la solution au problème qui a conduit à la consultation. En s'abstenant de réclamer tout éclaircissement auprès du médecin, le patient cautionne cette manière de fonctionner. La démarche du médecin vise à soutenir la prise du médicament plutôt que de favoriser la compréhension du patient par rapport à son traitement. Dans un tel cadre, la relation médicale est décrite comme une « relation de service » axée sur la résolution de problèmes, le médecin devient un « fournisseur de service ». La discussion qui s'ensuit semble démontrer que la relation entre patient et médecin n'a pas réellement évolué depuis les critiques émises entre autres par le mouvement de la bioéthique. La décision demeure tributaire de la seule expertise médicale et le rôle accessoire du patient dans la décision s'explique par les multiples barrières psychologiques, scientifiques ou émotionnelles qui se dressent. Les contraintes psychologiques affectent les capacités de raisonnement du patient : le patient utiliserait ainsi une rationalité imparfaite pour arriver

à une décision. Il retient peu ou mal l'information donnée, surtout en situation de stress comme lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Par ailleurs, il ne faut pas négliger certains « fossés » entre patients et médecins. Les études rapportent que l'analphabétisme touche un million de personnes au Québec et 20% de la population ne comprend pas un discours de niveau supérieur à la cinquième année scolaire. Ainsi 49% des personnes interrogées qui n'ont pas de diplôme collégial et 14% de ceux qui en détiennent un avouent un manque de compréhension des propos du médecin. Ce phénomène est-il lié aux déficiences communicationnelles du médecin dont l'utilisation d'un jargon médical en entrevue, à la complexité des problèmes discutés, à la multiplicité des informations à assimiler ? C'est pourquoi l'augmentation de la quantité d'informations ou la répétition de ces informations s'avèrent des stratégies insuffisantes pour améliorer la compréhension des patients concernant leur traitement.

Les limites d'interprétation d'une telle étude paraissent évidentes. Par exemple, en ce qui concerne les catégories « médication active » et « médication faisant l'objet d'un renouvellement », l'analyse des occurrences de communication au sujet de la médication ne tient pas compte des entretiens précédents et des acquis des patients concernant leur médication. Cependant, certaines données demeurent instructives et se conjuguent à celles qui portent sur la catégorie « médication nouvelle ». Par ailleurs, d'autres facteurs s'ajoutent aux nombreuses contraintes évoquées plus haut. D'un côté, les obstacles peuvent se situer au niveau de la pratique. Le lieu de la rencontre médicale, le temps alloué, de même que l'état de santé du patient déterminent des conditions plus ou moins favorables à l'instauration d'une communication efficace. Les échanges avec le patient en bureau privé ou à la salle d'urgence, aux soins intensifs ou aux soins palliatifs exigent que la communication soit adaptée aux circonstances. L'entrevue diffère également selon que le patient nous est connu ou non, selon que la discussion porte sur une maladie aiguë ou une maladie chronique, sur une maladie bénigne ou maligne, voire une maladie menaçante pour la vie. De l'autre côté, il existe des difficultés intrinsèques à la notion de consentement. Les incertitudes liées au diagnostic et au pronostic, la profusion d'informations à transmettre, l'absence de critères clairs pour choisir

dans la masse d'informations, l'exigence d'individualiser ces informations, etc., sont autant d'obstacles qui peuvent brouiller la communication. Devant ces obstacles et ces exigences, un doute sérieux se pose sur l'obtention d'un consentement véritablement éclairé quand il s'agit de prescrire un médicament.

Un modèle d'entrevue

Ce que mettent en évidence les publications liées à cette recherche, c'est la nécessité de repenser le modèle de communication entre médecin et patient concernant les échanges sur les médicaments. Même en admettant que le rôle secondaire du patient relève d'une logique sociale « qui concerne plus le fonctionnement harmonieux de la relation et de l'action », les données de l'étude sur la communication mettent en perspective des insuffisances auxquelles il faut remédier. Le « modèle de communication patient-médecin à propos des médicaments » présenté ici décrit une démarche visant à combler certaines lacunes par laquelle « le médecin peut construire sur les connaissances déjà acquises du patient et son expérience pour augmenter le dialogue de prescription. Ce faisant, il favorisera la participation du patient que l'on associe à une meilleure adhésion au traitement¹³. » Cette approche qui repose sur une relation de confiance s'applique principalement aux situations cliniques exigeant un suivi de la médication, donc dans le cadre de la gestion d'une maladie chronique.

Le modèle propose trois niveaux d'organisation : macro, méso et microscopique. Le niveau *macroscopique* décrit le processus plus étendu de la construction de la connaissance sur les médicaments à travers le temps. Il s'agit d'un processus qui commence dans l'enfance et se poursuit tout au long de la vie. Cette connaissance se construit au fil des interactions de l'individu avec sa famille, dans ses rapports avec les membres de sa communauté, à travers les médias, etc. Parmi les multiples expositions aux médicaments il y a les propos échangés lors des rencontres médicales, qui ne sont donc pas les seuls. Ainsi, à ce niveau, l'influence du médecin s'exerçant parmi d'autres est toute relative. La connaissance acquise du médicament constitue la toile de fond sur laquelle se joueront les niveaux suivants.

Le niveau *mésoscopique* est un niveau d'abstraction intermédiaire. Le modèle nécessite un cadre

conceptuel permettant d'établir un pont entre la connaissance générale du patient sur les médicaments et leur utilisation éclairée. Il comporte deux volets : les tâches à accomplir pour une prise optimale du médicament et les modes de communication pour en discuter. Le premier volet s'appuie sur un cadre proposé par Bajcar qui décrit différents profils de discours professionnel visant à soutenir la prise de médicaments par les patients¹⁴. Ce cadre comporte trois tâches qu'un individu doit effectuer pour respecter une pratique optimale de la prise de médicaments : 1) attribuer un sens à la prise de sa médication ; 2) développer une pragmatique de la prise du médicament et 3) surveiller les effets attendus et les réactions secondaires du médicament. L'actualisation de ces trois tâches repose en grande partie sur la nature et la dynamique des échanges qui ont cours durant la consultation professionnelle.

Ainsi, pour le patient, l'occasion de discuter des effets du médicament, qu'il s'agisse de l'effet principal recherché, des effets secondaires non souhaités, ou encore de son attitude ou de ses émotions vis-à-vis des médicaments (le plus souvent des craintes par rapport aux effets des molécules), permet la construction d'un sens à la prise de la médication (Pourquoi me prescrit-on ce médicament ? Est-il bon pour moi ? Est-il dangereux ? etc.). Pour acquérir une pragmatique de la prise du médicament, le patient doit connaître un minimum d'informations de nature plus technique qui guideront le geste de prise du médicament. Ainsi, le médicament doit nécessairement pouvoir être identifié correctement par le patient. Celui-ci doit également comprendre la posologie, c'est-à-dire la fréquence et la durée de la prise, y compris la voie d'administration, afin de prendre adéquatement le produit. Pour favoriser la prise du médicament, la discussion doit porter sur l'intention de suivre la recommandation médicale. Pour s'assurer que la prise est adéquate, la vérification de la consommation en cours s'avère utile. La vigilance du patient, sa capacité d'autoévaluation est un préalable à la troisième tâche de surveillance. Pour réaliser cette tâche, le patient doit être informé des effets prévisibles, effet recherché et effets indésirables. Il doit faire part au médecin des effets que le médicament produit sur lui. Il doit être également avisé des symptômes qui indiquent que la situation n'évolue pas dans la direction souhaitée et doit connaître les effets qui nécessitent une

consultation. Ces dernières indications aident le patient à gérer sa prise de médicament et l'encouragent à porter attention à l'évolution de son état de santé.

Le deuxième volet du modèle distingue deux modes de communication. Bien qu'orienté vers des objectifs différents, chaque mode demeure pertinent lors des échanges sur le médicament. L'un de ces modes met l'accent sur le dialogue et l'autre, sur le monologue. Lorsque le dialogue domine, les interlocuteurs adoptent tour à tour le rôle d'instigateur du dialogue (capacité à engager l'autre dans un dialogue) et celui de participant au dialogue (capacité à participer à l'invitation au dialogue). Dans les situations où le monologue domine, les interlocuteurs adoptent soit le rôle d'informateur (capacité de donner une information sans engager la participation de l'autre) soit le rôle d'auditeur (capacité d'écoute de l'autre interlocuteur qui informe).

Ainsi au niveau mésoscopique, on trouvera des « patrons récurrents », autrement dit le style « habituel » des individus dans les échanges et les rôles adoptés par les interlocuteurs qui interagissent en de multiples rencontres. Les types d'échange et les rôles interactifs demeurent les mêmes au niveau microscopique. L'analogie avec la personnalité d'un individu peut aider à mieux comprendre ce rapport entre les niveaux méso et micro. Ainsi, de façon générale, la personnalité d'un individu reflète sa manière d'être qui est plutôt stable dans le temps. De façon ponctuelle, cette manière d'être sera également observable dans le cadre d'une entrevue individuelle.

Le niveau microscopique se rapporte à l'articulation du contenu des tâches et des rôles interactifs déterminés plus haut en situation concrète. D'une appréciation globale de l'ensemble, nous passons alors à une analyse détaillée de l'interaction dans le cadre d'une entrevue. Le modèle proposé exige la maîtrise d'habiletés communicationnelles dont l'efficacité est maintenant reconnue¹⁵.

D'abord, il faut comprendre la perspective du patient : faire exprimer les croyances du patient en

lien avec les médicaments ; être attentif aux indices non verbaux en vue de repérer les désaccords ou les hésitations ; fournir au patient des occasions de participer aux discussions et accueillir ses questions.

Ensuite, il convient d'offrir des explications : évaluer préalablement les connaissances du patient sur le ou les médicaments ; relier, autant que possible, l'information aux croyances du patient ; organiser l'information par catégories explicites et unités faciles à gérer ; donner de l'information au moment approprié ; éviter le jargon médical ; utiliser du matériel visuel ou écrit pour compléter les explications ; vérifier la compréhension du patient.

Enfin, il s'agit d'arriver à un accord avec le patient et trouver un terrain d'entente : aider le patient à formuler explicitement les hésitations, les interrogations, les difficultés que le traitement éveille chez lui ; offrir des solutions de rechange au patient qui exprime des hésitations ; s'assurer de l'accord du patient avec le traitement choisi ; obtenir l'engagement explicite du patient à suivre le traitement choisi ; vérifier les moyens que le patient se donne pour suivre le traitement et

l'aide qui lui est nécessaire ; proposer le suivi et prévoir les prochaines étapes.

Cependant, certains événements particuliers — un nouveau diagnostic, perte de contrôle de la maladie, une nouvelle médication, des effets inattendus des médicaments — créent des difficultés et exigent une excellente maîtrise de ces habiletés communicationnelles. La sensibilité du professionnel à la réponse du patient à ces événements particuliers, qu'elle s'exprime sur un mode affectif ou cognitif, est décisive.

La rencontre médicale concernant la prise d'un médicament oblige le médecin à considérer une multitude de détails. Dans les faits, en particulier dans le cas des maladies chroniques, les occasions de parler du médicament sont nombreuses. C'est important pour le médecin qui n'ignore pas que la mémorisation et la compréhension des informations données sont faibles au cours d'une seule entrevue

et que la recherche du consentement éclairé est un processus plutôt qu'un acte ponctuel. Plusieurs questions exigent que ce processus soit mieux compris. Que vaut le consentement si le patient n'a pas bien saisi l'information ? Quelles sont les informations minimales à donner pour déterminer que le consentement est éclairé ? La confiance établie entre le patient et son médecin a-t-elle une influence sur la nature et la quantité d'informations livrées ? Les catégories de médicaments ou leur dangerosité influent-elles sur ces informations ? Le modèle proposé permet au médecin de concilier son expertise et les besoins du patient en regard des médicaments non par le recours à l'autorité du savoir, aujourd'hui dépassée, que lui confèrent ses compétences, mais par la mise en valeur de celles-ci dans une démarche dynamique où le dialogue devient un lieu de négociation en vue de la meilleure solution. La ligne d'autorité n'est plus externe et désincarnée, mais émerge de la relation médicale elle-même.

Ce modèle de discussion concernant la prise de médicaments a pour but d'aider les professionnels de la santé, d'une part, à comprendre le patient vis-à-vis de la prescription d'un médicament et à s'ajuster en conséquence et, d'autre part, à définir les besoins de chaque patient en matière d'informations pour mieux y répondre. La composante dialogique de ce modèle vise à aider les professionnels de la santé d'abord à engager le patient dans un dialogue à propos de la médication et ensuite à stimuler le patient à devenir un partenaire actif dans le processus d'apprentissage et de prise en charge du traitement. Ces objectifs doivent tenir compte des ajustements nécessaires que la maladie elle-même impose selon qu'elle est bénigne ou grave, voire mortelle, aiguë ou chronique.

En résumé, ce modèle de communication patient-médecin à propos des médicaments propose une démarche « pragmatique » particulièrement adaptée au cadre de la maladie chronique. Dans un premier temps, le médecin prescrit un médicament en portant une attention particulière au fait que le patient comprend bien comment le prendre. Il centre les échanges pour établir une entente avec le patient en vue de l'essai du médicament (*give a fair chance*). Dans un deuxième temps, si l'essai du médicament est concluant, le médecin élabore la discussion sur le médicament en tenant compte de l'expérience

que le patient a acquise avec le médicament et donne plus d'informations adaptées à la situation du patient. Cette approche se distingue de la démarche traditionnelle où la décision « éclairée » du patient s'appuie sur une analyse rationnelle, souvent abstraite, par laquelle il est censé choisir le médicament le plus approprié pour lui. L'approche pragmatique comble une dimension essentielle dans la prise de décision du patient, soit la connaissance pratique du médicament. Elle nécessite néanmoins la réintroduction et la revalorisation du sentiment de confiance dans la relation entre patient et médecin, sentiment qui s'est grandement effrité au cours des dernières décennies, confiance fondée certes sur l'expertise du médecin, mais sur une expertise partagée. Le médecin retrouve en elle son rôle de guide ou de conseiller vis-à-vis du patient.

Cette démarche tente ainsi d'apporter des solutions à l'inobservance thérapeutique. Le problème de l'inobservance ne peut se régler qu'avec le temps, et les difficultés qu'il comporte s'apparentent à celles que l'on rencontre lorsque l'on désire induire un changement de comportement. L'impact économique considérable qui découle de ce problème sérieux et complexe de l'inobservance — hospitalisations, visites médicales, tests de laboratoire supplémentaires, perte de productivité, morts prématurés — exige de s'attarder aux solutions possibles. L'intérêt de cette méthode est de tenir compte de la responsabilité partagée dans le problème d'inobservance, évitant la focalisation sur le patient. De façon complémentaire, cette méthode apporte des correctifs aux lacunes mises en évidence par la recherche en matière de communication médicale : le dialogue engage le patient dans des échanges réitérés visant l'élaboration d'informations sur le médicament définies par ses besoins. Ainsi, la répétition des échanges aide à une meilleure compréhension du traitement et favorise l'acceptation et le maintien de la prise du médicament.

Du point de vue du consentement éclairé, cette méthode peut sembler déviante, ou pour le moins atypique. La pierre d'achoppement réside en effet dans l'absence apparente de choix laissé au patient : le médecin par son rôle conseil suggère un traitement et en défend l'usage. Une telle pratique semble contrevenir aux règles du consentement éclairé du patient. Ces règles sont axées sur les grandes catégories d'informations qui doivent être données au

patient. En fait, la plupart de ces informations sont intégrées à même le contenu des échanges associés aux trois tâches du modèle. La troisième tâche, qui consiste en la surveillance par le patient des effets escomptés et des réactions secondaires au médicament, va même au-delà des attentes en faisant une place à l'expérience propre du patient. Les échanges peuvent porter sur les solutions de rechange possibles lorsque le traitement proposé ne répond pas aux attentes du patient. De façon à favoriser la compréhension des informations et l'observance de la posologie, le médecin devrait se limiter au médicament qui semble le plus approprié *selon son évaluation*. Plusieurs pourraient considérer qu'il s'agit là d'un retour à la relation médicale classique.

Faut-il rejeter cette méthode qui semble enfreindre un enjeu majeur du consentement éclairé ? Les premières critiques de la bioéthique s'attaquaient au paternalisme médical et à l'absence d'espace décisionnel laissé au patient. Dans le livre considéré comme le premier ouvrage de bioéthique en 1954, Joseph Fletcher proposait que le choix personnel du patient soit la valeur morale décisive¹⁶. Qu'est-ce que cela signifie dans le cadre de la rencontre clinique s'agissant de la prescription d'un médicament ? Le droit de la patiente de recourir à la contraception s'étend-il au choix de la pilule contraceptive ? La quantité de produits contraceptifs sur le marché exige du médecin qu'il soit à même de mettre en rapport les propriétés du produit et les caractéristiques de la patiente. Le choix du produit ne peut être laissé à l'entière discrétion de la patiente en raison de multiples considérations proprement scientifiques. Mais d'autres aspects importants pour la décision de la patiente, comme l'horaire, la fréquence de la prise ou le prix du médicament, doivent également être pris en compte lors des échanges. La discussion peut en outre rencontrer l'obstacle des effets secondaires. Comment le patient peut-il prendre une décision éclairée si, pour suivre la règle, le médecin récite la liste exhaustive d'effets secondaires énumérés dans le *Compendium des produits pharmaceutiques* (CPS) à titre d'information ? Le médecin doit exercer un jugement fondé sur son expertise scientifique aussi bien dans le choix de la médication que dans le tri des effets secondaires à révéler. La discussion sur les médicaments exige beaucoup de perspicacité selon qu'il s'agit du traitement d'une maladie de courte (bronchite ou

infection urinaire) ou de longue (hypertension ou diabète) durée, de maladie bénigne ou grave, selon la présence ou l'absence de symptômes, et même selon la personnalité du patient, etc. L'exhaustivité n'est pas synonyme de consentement éclairé si le patient se perd dans une masse d'informations sans guide pour l'aider. Le médecin est ce guide, un guide en qui le patient a assez confiance pour venir chercher auprès de lui de l'aide et qui doit maintenir cette confiance en adoptant une éthique de la discussion favorisant la décision autonome du patient.

Entrevue motivationnelle, autonomie et consentement

Le modèle de communication que nous avons présenté vise à réduire le taux d'inobservance thérapeutique. Cependant, cette stratégie ne peut à elle seule écarter toutes les difficultés d'adhésion au traitement. Malgré une discussion respectant les règles de l'art, certains patients reviennent, rendez-vous après rendez-vous, sans avoir mis en pratique les recommandations du médecin. Ils retardent, suspendent ou modifient la prise des médicaments, attermoient tout changement dans leur style de vie, par exemple cesser de fumer, suivre un régime alimentaire ou faire régulièrement de l'exercice. La répétition des consignes est-elle une stratégie efficace pour venir à bout des résistances ? Certains médecins seront tentés de congédier le patient sous prétexte que leurs points de vue sont irréconciliables. Jusqu'où s'étend la responsabilité du médecin dans de telles situations ? Le médecin doit-il tenter d'influencer, de persuader son patient à suivre ses recommandations ?

L'approche psychologique systématique de Miller et Rollnick, nommée « entrevue motivationnelle », est proposée comme solution pour sortir de telles impasses. Il s'agit d'une démarche de communication *complémentaire* du modèle de communication patient-médecin à propos des médicaments. En quoi consiste-t-elle et pourquoi y recourt-on ?

La motivation est intimement associée au *changement* et à l'*apprentissage* ; c'est, de manière simplifiée, ce qui nous pousse à agir. Un objectif de l'entrevue motivationnelle est de parvenir à des changements de comportement en réduisant l'ambivalence vis-à-vis de l'action à entreprendre.

Pour une description d'une intervention structurée visant à motiver le patient, tournons-nous vers les travaux de Miller et Rollnick¹⁷. C'est dans le cadre du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qu'ils ont mis au point la démarche systématique qu'est l'entrevue motivationnelle. Ils la définissent de la façon suivante : « Il s'agit d'une méthode centrée sur le patient et directive, pour améliorer la motivation *intrinsèque* au changement en explorant et en résolvant les ambivalences. » L'ambivalence est présentée comme une balance dont les pôles symbolisent d'un côté le changement et de l'autre le statu quo. Chaque pôle comporte des avantages et des inconvénients. Le changement est favorisé lorsque le poids des avantages associés au changement l'emporte sur celui du statu quo. En d'autres termes, il faut qu'il y ait plus d'avantages perçus à changer qu'à ne pas changer.

L'entrevue motivationnelle s'appuie sur deux présupposés : 1) le comportement inadéquat du patient (tel qu'évalué par le médecin ou son entourage) nécessite une rectification et 2) le médecin est réputé détenir la solution au problème du patient. Ces deux critères sont extérieurs au patient lui-même. L'entrevue motivationnelle cherche à influencer sur le patient et à l'inciter à percevoir la nécessité du changement. Elle cherche à réduire les tensions entre la maladie comme la conçoit le patient (*illness*) et la maladie comme la conçoit le médecin (*disease*). Elle semble porter atteinte à l'autonomie du patient en ce qu'elle suppose que celui ne voit pas, à tort, ce qu'il devrait voir : la nécessité de changement. Or, d'un côté, ne pas intervenir sur le comportement inadéquat du patient relève d'une compréhension étroite de l'autonomie selon laquelle, conformément au relativisme ambiant, l'opinion de chacun est non seulement valable, mais tout à fait comparable à celle des autres. Réduire la décision de chacun à une question de point de vue est une attitude qui joue contre l'intérêt du patient. De l'autre côté, l'expertise du médecin repose sur une tradition scientifique qui, du point

de vue de la santé, apparaît comme une approche qui s'est révélée plus objective et plus efficace que les autres. Disposant donc de données probantes à propos de l'efficacité des traitements, le médecin peut prétendre savoir de quoi il parle et être convaincu que ses solutions sont certainement parmi les meilleures. N'oublions pas que le patient consulte volontairement le médecin, il sollicite son avis d'expert. Le médecin qui se contente de faire connaître une liste de traitements qu'il laisse à la discrétion du patient se dérobe à ses responsabilités. De même, il manque à ses responsabilités lorsque sous prétexte de ne pas influencer son patient, il s'abstient d'intervenir et le prive de son avis sur ce qui est considéré comme le plus approprié (par la science médicale) dans sa situation. Le rôle du médecin comporte enfin l'obligation d'aider le patient à suivre le traitement, et pas seulement celle de lui prescrire un médicament.

Ces justifications sont-elles convaincantes ? Concernant le concept d'autonomie, recourir à l'entrevue motivationnelle ou, pis, à la persuasion, ne signifie-t-il pas retomber dans les ornières du paternalisme médical et empiéter sur la liberté de décision du patient ? Au nom de l'autonomie, le médecin ne doit-il pas laisser le patient assumer pleinement ses choix ? Le concept d'autonomie s'entend en de multiples sens.

Au sens le plus simple, il signifie que le patient est libre de ses choix, que ses décisions ne dépendent de personne d'autre que de lui-même. Au sens fort du terme, il signifie se gouverner soi-même, se donner ses propres lois, c'est-à-dire « revendiquer le droit de conduire ses propres actions sans ingérence [...] de ceux qui prétendent être meilleurs et plus sages que nous¹⁸ ». Si l'on s'en tient à une interprétation littérale de ces définitions, l'entrevue motivationnelle devient une intrusion de la part du médecin. En revanche, si on inclut dans la définition de l'autonomie la capacité du sujet d'argumenter, de persuader et de se laisser persuader, le priver de cette interaction serait un

manque de respect vis-à-vis de sa « véritable » autonomie¹⁹. L'autonomie, quel que soit le sens qu'on lui donne, renvoie à la notion de compétence. Dire que le patient est libre de choisir ou qu'il se gouverne lui-même, cela sous-entend qu'il a la compétence de le faire. Le respect de l'autonomie implique la reconnaissance de la compétence égale des sujets. Dans le cadre de la rencontre médicale, cela veut dire que le médecin doit reconnaître au patient la compétence de décider pour lui-même. La rencontre entre patient et médecin est cependant fondée sur l'inégalité de certaines compétences. La tâche du médecin est de réduire cette inégalité pour aider le patient à prendre une décision autonome. Cela implique pour le moins d'informer adéquatement le patient. Cependant, comme le dit Dominique Wolton : « S'il suffisait d'informer pour convaincre, cela se saurait²⁰. »

En médecine, la complexité et les conséquences de la décision exigent que le médecin aille au-delà du rôle d'informateur. Respecter l'autonomie, c'est en premier lieu s'assurer que le patient qui se conforme aux recommandations du médecin le fait en toute connaissance de cause, et non par soumission à l'avis de l'expert. Le choix du patient n'est ni éclairé ni libre si le médecin se contente de présenter une ordonnance en disant « Prenez ceci » et que le patient s'y conforme sans autres explications. Dans la même perspective, le patient qui ne se conforme pas aux recommandations du médecin doit le faire en toute connaissance de cause et doit donc comprendre les implications de sa décision. Le choix du patient n'est pas réellement libre s'il repose sur une connaissance partielle des enjeux, sur des incompréhensions ou sur une mise en perspective incomplète. L'entrevue motivationnelle a pour but de réduire la complexité de la décision et de mettre l'accent sur les avantages de la stratégie proposée par le médecin. Elle réduit l'ambivalence du patient en soulignant les avantages qui sont peut-être connus du patient mais qui ne sont peut-être pas suffisamment mis en valeur. Attirer l'attention sur le bilan positif des avantages par rapport aux inconvénients du traitement vise à améliorer la motivation du patient. En ce sens, l'entrevue motivationnelle fait partie intégrante d'une démarche propice au consentement libre et éclairé du patient.

L'autre réserve concerne la présentation des recommandations du médecin comme horizon

indépassable du bien du patient. La formation scientifique du médecin l'engage à tenir un tel discours. Il faut rappeler que ce n'est qu'à la fin du dix-neuvième siècle, avec le développement de la médecine anatomoclinique, que les bases scientifiques sont devenues suffisamment solides pour que les résultats de la médecine apparaissent *supérieurs* à ceux des guérisseurs. Le monopole professionnel est devenu possible lorsque les professions consultantes ont pu « apporter à une clientèle de profanes la preuve qu'elles sont capables de résoudre pratiquement ses problèmes ». Ce n'est qu'au vingtième siècle que la médecine a pu répondre à cette exigence : « [C]omme profession consultante sa position reste jusqu'à une date récente semblable à celle de l'exorciste zandé²¹. » La pratique actuelle fondée sur les données probantes (*evidence-based medicine*) suggère que la médecine moderne serait garante des meilleures interventions pour aider un patient. Mais, « [e]n sciences, tout ce qui s'écrit n'est pas vérité²² », rappelait récemment un article de *L'actualité médicale*. Les récentes controverses portant sur les anti-inflammatoires ou sur l'hormonothérapie de substitution illustrent les incertitudes toujours inhérentes à la pratique médicale. La science médicale fournit certes des réponses très valables aux problèmes du patient en vue de son bien. Cependant, elle n'a pas réponse à tout. La science donne des réponses aux questions posées à une époque donnée par les moyens également propres à cette époque. La tentation de faire dire à la science plus qu'elle ne dit a été, est et sera toujours présente, surtout que la vérification scientifique toujours très coûteuse s'avère souvent décevante. La science demeure malgré tout la méthode la plus susceptible de faire évoluer continuellement les connaissances.

Souvent les réponses qu'apporte la science obligent le patient à réviser son mode de vie, à sacrifier des habitudes qui, aussi néfastes soient-elles, font cependant partie de son identité et cela en raison de connaissances souvent insuffisantes, incomplètes. Le refus de se conformer aux recommandations traduit une collision entre le monde du patient et celui du médecin. Pour le médecin convaincu de la valeur de ses recommandations, l'entrevue motivationnelle est un moyen d'en convaincre le patient. Le médecin ne peut et ne doit pas renoncer à ce qu'il croit juste et nécessaire. Par l'entrevue motivationnelle, il n'impose pas son point

de vue, il en fait la promotion active par la mise en valeur des avantages du traitement pour que la décision du patient soit congruente avec la démarche entreprise auprès d'un expert médical.

La pratique actuelle telle que nous l'avons décrite semble suggérer que le consentement éclairé est un leurre. Une compréhension stricte des concepts d'autonomie et de consentement éclairé éloigne la pratique de ses visées réelles. Le modèle de communication patient-médecin à propos des médicaments et l'entrevue motivationnelle favorisent le retour vers un juste milieu centré sur un processus placé au premier plan dans lequel le médecin et le patient s'engagent activement. De plus, ils constituent peut-être une lueur d'espoir dans la crise de confiance envers les médecins. Comme Onora O'Neill le suggère, le consentement « peut aider à reconquérir et maintenir la confiance envers les médecins ». Atteindre ce but impose une démarche réflexive sur le concept d'autonomie : « Si l'autonomie est réellement fondamentale en bioéthique,

nous avons besoin d'une explication éthiquement plus convaincante de l'autonomie²³. » Quel que soit l'investissement du médecin, la décision autonome du patient dans le cadre d'une relation asymétrique et complémentaire, comme dans tout autre domaine de la vie, comporte toujours des compromis. Escompter que la décision du patient se fonde sur la parfaite compréhension des enjeux tout autant que sur l'absence totale d'influence n'est ni réaliste ni atteignable et reviendrait à nier la finitude de l'être humain. ♦

Claude Richard est consultant CEPASS [au long] à la faculté de médecine de l'université de Montréal.
Yvette Lajeunesse est omnipraticienne à l'Institut de gériatrie de Montréal et présidente du comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'université de Montréal.
Marie-Thérèse Lussier est professeur agrégé de médecine familiale à la faculté de médecine de l'université de Montréal.

1. Emprunt au titre du recueil de poésie *Leurres et leurs* de Birago Diop, Paris, Présence africaine, 1960.

2. Dans l'affaire Schlöndorff, le chirurgien fut poursuivi pour avoir procédé à l'exérèse d'une tumeur fibromateuse alors que la patiente n'avait consenti qu'à un examen abdominal sous anesthésie tout en spécifiant formellement qu'elle ne voulait pas d'opération.

3. Cité dans T. L. Beauchamp et R. R. Faden, *A History of Informed Consent*, New York, Oxford University Press, 1986, p. 123.

4. Martin Salgo, ayant subi une paralysie permanente à la suite d'une aortographie translobaire, poursuit les médecins non seulement pour négligence dans l'exécution de l'intervention, mais aussi pour avoir omis de l'informer du risque de paralysie.

5. T.L. Beauchamp et R. R. Faden, *op. cit.*, p. 125.

6. L. E. Rozovsky, *The Canadian Law of Consent to Treatment*, Toronto et Vancouver, Butterworths, 1997, p. 9-16. M. Reibl a subi un accident vasculaire cérébral massif le laissant paralysé de façon permanente suite à une endartériectomie sans avoir été avisé de ce risque. Dans le cas *Hopp c. Lepp* où le patient présente des dommages permanents suite à une hémilaminectomie, la Cour spécifie : « même si un certain risque est une possibilité qui ne nécessite pas à l'ordinaire d'être divulgué, néanmoins si sa survenue entraîne des conséquences sérieuses, par exemple une paralysie ou la mort, il doit être considéré comme un risque significatif nécessitant une divulgation ».

7. Les sept critères d'un consentement valide sont énoncés dans *ibid.*, p. 3.

8. T. L. Beauchamp et J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 2001.

9. L. E. Rozovsky, *op. cit.*, p. 13-14.

10. Il s'agit d'une étude d'observation, en milieu naturel, dans laquelle les entrevues entre médecins généralistes et leurs patients ont été enregistrées sur bande audio et puis analysées grâce à MEDICODE, un système validé d'analyse de contenu.

11. C. Richard et M. T. Lussier, *Nature and Frequency of Exchanges on Medications During Primary Care Encounters, Patient Education and Counseling* (sous presse).

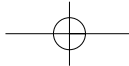
12. C. Richard, *Importance et rôle du discours sur la médication dans l'entrevue médicale*, thèse de doctorat (Ph. D., psychologie), université de Montréal, mars 2005.

13. C. Richard, M. T. Lussier et J. Bajcar, « Strategies to Optimize Discussions and Decision Making about Medications During Clinical Encounters: Teaching and Changing Practice », affiche présentée au International Conference on Communication and Health, Chicago, octobre 2005.

14. I. Bajcar, « Task Analysis of Patients Medication-Taking Practice and the Role of Making Sense: A Grounded Theory Study », *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2 (AUTEUR: vol. ?? no ??), 2006, p. 59-82

15. J. Silverman, S. M. Kurtz et J. Draper, *Skills for Communicating with Patients*, Abingdon, Radcliffe Publishing, 2005.

16. J. Fletcher, *Morals and Medicine: The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth. Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*, Boston, Beacon Press, 1954.



17. R. W. Miller et S. Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, The Guilford Press, 1991; S. Rollnick, P. Mason et C. Butler, *Health Behavior Change: A Guide for Practitioners*, New York, Churchill Livingstone, 1999.

18. J. B. Schneewind, *L'invention de l'autonomie. Une histoire de la philosophie morale moderne*, Paris, Gallimard, 2001, p. 17.

19. Y. M. Barilan et M. Weintraub, «Persuasion as Respect for Persons: An Alternative View of Autonomy and

the Limits of Discourse», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, n° 1, 2001, p. 13-33.

20. D. Wolton, *Il faut sauver la communication*, Paris, Flammarion, 2005, p. 37.

21. E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (1970), p. 26 et 32.

22. *L'actualité médicale*, 7 septembre 2005, p. 29.

23. O. O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, p. 37.

