



Rédactrice en chef
Catherine Choquette
Téléphone : (514) 843-2539
catherine.choquette@lactmed.rogers.com

Sont représentés au conseil de rédaction de MedActual FMC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique

Président du conseil



Dr François Croteau
Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrini, Montréal ;
Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada ;
Directeur médical aux Éditions Santé Rogers Media.



Dr Gilles Beaucage
Spécialiste en médecine d'urgence au CSSS Pierre-Boucher ;
Membre du Comité médical des Services pré-hospitaliers d'urgence de la Montérégie ;
Médecin volontaire au sein de l'Association « Médecins sans frontières », MSF-Canada.



Dr Johanne Blais
Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'université Laval ;
Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'université Laval ;
Professeur adjoint de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.



Dr Roger Ladouceur
Médecin de famille au CH de Verdun ;
Professeur adjoint de clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal ;
Directeur adjoint du Bureau de formation professionnelle continue de l'Université de Montréal.



Dr Francine Léger
Médecin de famille ;
Responsable de formation clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal ;
Chef du service de périnatalité du CHUM.

Le dialogue au rendez-vous

Le médecin, le pharmacien et le médicament

Par Claude Richard* et Marie-Thérèse Lussier**
En collaboration avec Christiane Mayer***

Cette chronique est la dernière d'une série de trois sur la communication entre médecin et pharmacien, avec la collaboration de Christiane Mayer, pharmacienne. Aujourd'hui, nous aborderons le problème de la communication sous l'angle de l'écriture de l'ordonnance et des échanges à propos des médicaments. En effet, il existe différents problèmes avec, d'une part, l'ordonnance elle-même et, d'autre part, le discours que l'on tient au patient à propos du médicament.

Pour qu'un patient puisse prendre une décision éclairée à propos de son traitement, il est nécessaire qu'il soit informé. Les deux sources les plus importantes sont, sans conteste, son médecin traitant et son pharmacien. Dans la suite des événements qui conduisent à la prise de médicaments, le médecin est le premier intervenant. Il prescrit un médicament, puis le pharmacien fournit ce médicament au patient. Chacun des deux professionnels, en principe, doit contribuer à informer le patient. Cependant, comme le patient doit prendre une première décision, celle de se rendre chez le pharmacien pour se procurer le médicament prescrit, on doit supposer que le médecin lui a fourni l'information nécessaire et suffisante pour prendre une décision éclairée.

Les informations échangées sur les médicaments : deux principes

► Premier principe : une décision éclairée

Quelles sont ces informations que le patient reçoit de son médecin au sujet des médicaments ? Plusieurs recherches effectuées au cours des 25 dernières années montrent que ces informations s'avèrent insuffisantes et incomplètes. Sur la base des informations présentées au patient au moment de la consultation, les chercheurs estiment que la décision de ce dernier de prendre le médicament ne peut être compréhensible que dans le contexte de la relation de confiance qu'il entre-

tient avec le professionnel de la santé. En d'autres mots, le patient accepte de prendre le médicament parce qu'il fait confiance à son médecin. Quels sont les faits ?

Richard et Lussier (2005) ont analysé le discours des médecins et des patients à propos des médicaments dans 462 entrevues réalisées par des médecins de famille de la région de Montréal. Voici un aperçu des résultats. La figure 1 présente les fréquences de discussion des thèmes lorsque des nouvelles ordonnances, toutes classes pharmacologiques confondues, sont émises au cours d'une consultation. Dans le cas des nouvelles ordonnances, le patient est réputé ne pas connaître le médicament et le médecin devrait donc lui don-

Objectifs pédagogiques

- Connaître les deux principes pour la discussion sur les médicaments.
- Identifier les stratégies communicationnelles qui permettent d'améliorer l'observance du patient.
- Sensibiliser le médecin aux principes d'une collaboration médecin-pharmacien réussie.

Mots-clés

communication, médicaments, ordonnances, observance.

* Psychologue, post-doctorant GEIRSO, Université du Québec à Montréal et membre de l'équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la Santé de Laval.

** MD, M. Sc., médecin de famille et directrice de l'équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la Santé de Laval.

*** B. Pharm., chargée de cours, Faculté de pharmacie, Université de Montréal et consultante en pharmacie communautaire.



Figure 1 Fréquence des thèmes lors d'une nouvelle ordonnance

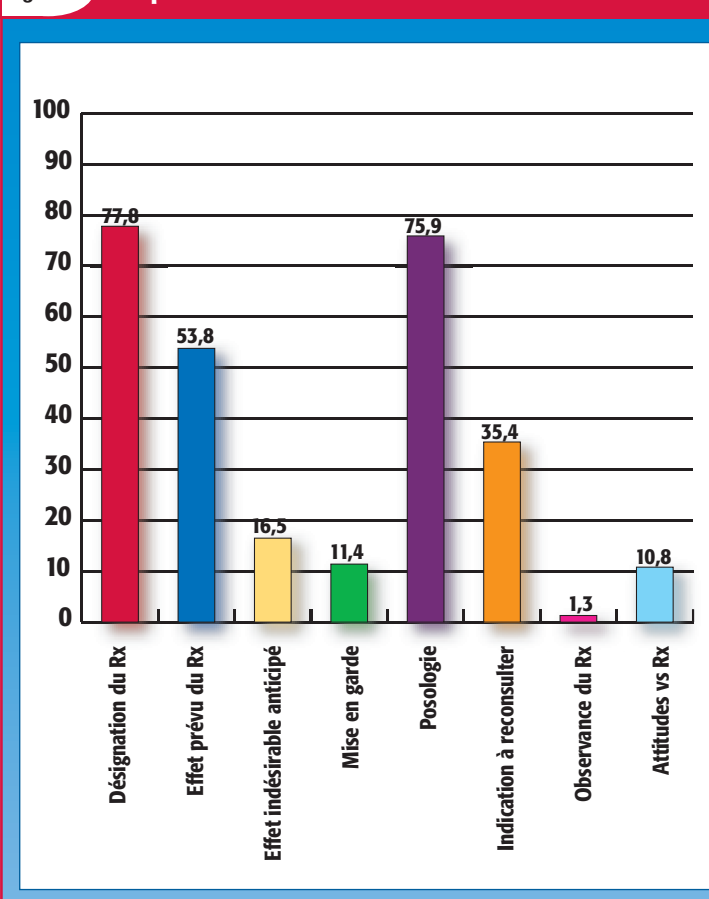
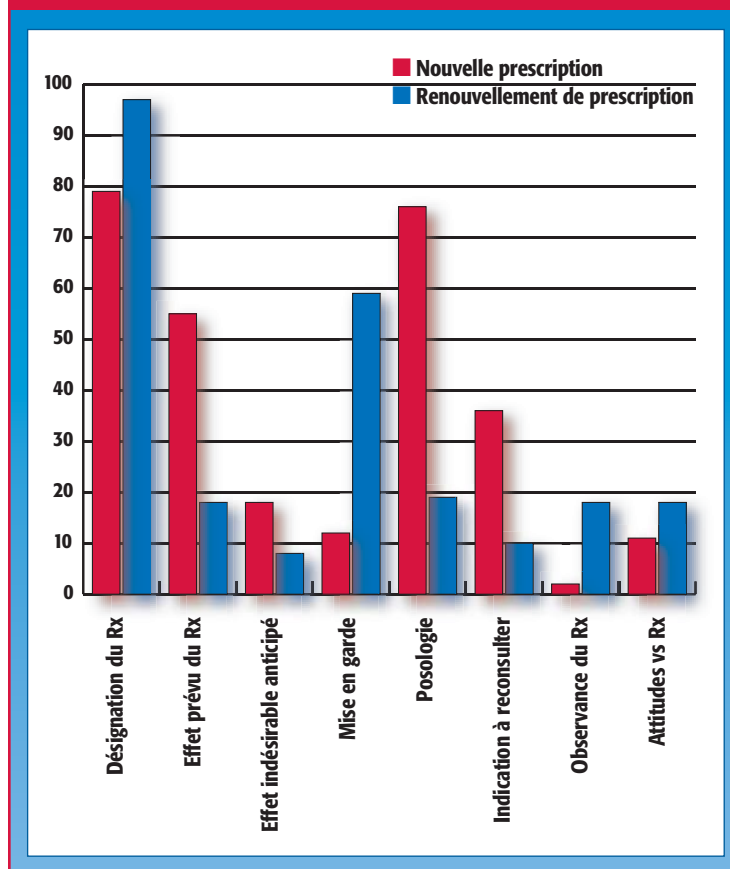


Figure 2 Comparaison entre un nouveau médicament et un renouvellement



ner l'information nécessaire à une prise de décision éclairée en rapport avec ce médicament.

Le premier constat se rapporte aux fréquences relativement faibles des informations transmises aux patients. Même pour une information de base comme la désignation, qui inclut le nom commercial ou scientifique, l'apparence, la forme, bref, tout ce qui peut servir à désigner le médicament, ce thème n'est abordé que dans 77,8 % des nouveaux médicaments prescrits. Près du quart des nouvelles ordonnances sont discutées sans qu'on y réfère par un

autre descripteur que le « médicament » ou « ça ». La posologie, un autre thème que l'on s'attend à voir présent dans tous les cas de nouvelles ordonnances, n'est présente que dans 75,9 % des cas. On ne discute des effets prévus du médicament que dans un peu plus de la moitié des nouvelles ordonnances. Les fréquences des autres thèmes sont encore plus basses. Un argument possible pour expliquer ces résultats serait que le médecin utilise le moment du renouvellement d'une ordonnance pour compléter ou ajouter des informations. Les données de Richard et Lussier n'appuient pas

cette hypothèse, sauf pour la désignation pour laquelle la fréquence de discussion s'avère plus élevée (figure 2, page 33).

Dans la figure 2, les bâtonnets bleus indiquent les cas des renouvellements de prescriptions et les rouges, les nouvelles prescriptions. On constate d'abord que le modèle général de fréquence de discussion des thèmes est similaire dans les deux cas. Mis à part les thèmes « désignation », « observance » et « attitudes par rapport aux médicaments », la fréquence de discussion de ces thèmes est en général encore plus faible pour

les renouvellements que pour les nouveaux médicaments. Ainsi, lorsqu'un patient arrive à la pharmacie, il semble qu'il soit bien peu informé sur son médicament. Il est difficile de comprendre pourquoi le médecin donne aussi peu d'informations. Est-ce qu'il croit que c'est évident ? Que le patient est capable de lire et de comprendre la posologie inscrite sur la bouteille ? Que le pharmacien lui expliquera de toute façon ? Une chose est certaine, en sortant du cabinet du médecin, le patient n'a pas les éléments qu'il faut pour prendre seul une décision éclairée par rapport au médicament.

► **Deuxième principe** **un patient informé** **devient actif**

Le fait que le patient soit moins bien informé diminue l'efficacité du travail du pharmacien et du médecin lorsque surviennent des difficultés avec l'ordonnance. Cette ignorance risque également de diminuer l'observance du traitement.

Un patient actif devient **un intermédiaire qui** **facilite le travail** **du tandem médecin-** **pharmacien**

En plus de bien informer le patient afin qu'il puisse prendre une décision éclairée, la transmission d'informations de la part du médecin (au patient) permet au patient de jouer un rôle actif dans son traitement. Il devient pour ainsi dire une courroie de transmission entre le médecin et le pharmacien. Le médecin envoie bien involontairement un mauvais message au pharmacien lorsque son patient se présente à la pharmacie en ignorant même le nom de son médicament. Le pharmacien comprendra alors que ce patient n'est pas très impliqué dans ses propres soins, ce qui ne l'incitera pas à faire les efforts nécessaires pour motiver et impliquer ce patient dans la gestion de ses soins. Par ailleurs, lorsque le pharmacien a devant lui un patient au fait de sa médication, il devient plus motivé à poursuivre la tâche de l'informer, de s'assurer qu'il comprend bien la posologie et de vérifier son intention d'observance. On serait porté à croire que l'on s'occupe davantage des patients moins bien outillés et moins de ceux qui nous semblent mieux outillés. Malheureusement, cela ne semble pas être le cas.

Lorsque le médecin ne prend pas le temps de donner au patient les explications minimales concernant le médicament prescrit, il prive le pharmacien d'une source d'aide inestimable pour remplir l'ordonnance. Dans le cas, par exemple, où l'ordonnance est illisible (dans 3,5 % des cas, ce qui représente 29 % des appels téléphoniques du pharmacien au médecin qui sont évitables), le patient qui n'a pas été informé du nom du médicament ne peut aider le pharmacien qui doit alors téléphoner au médecin. Lorsque surviennent des difficultés d'interprétation de l'ordonnance chez le pharmacien, le médecin peut même subir une perte de crédibilité aux yeux du patient, en particulier si l'absence d'explications verbales est associée à une attitude expéditive de sa part.

Un patient actif est plus **susceptible de s'engager** **dans son traitement**

La non-observance représente l'un des problèmes cliniques les plus importants signalés par les médecins de famille et les pharmaciens dans leur pratique. La figure 3 illustre le caractère hétérogène de ce phénomène. On estime que la non-observance varie de 30 % à 70 % selon la nature du traitement proposé. Cette non-observance se répartit

Figure 3 Le caractère hétérogène de la non-observance

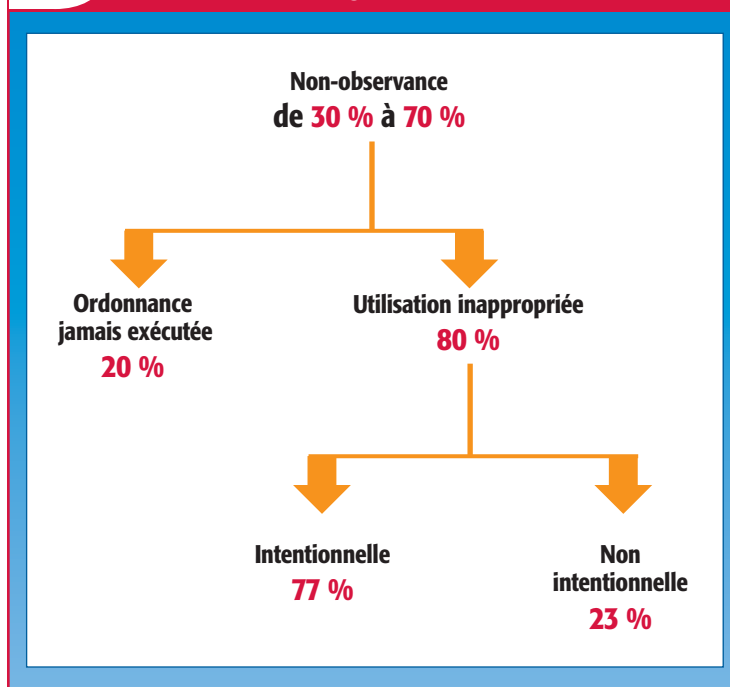


Tableau I

Pistes de solution pour améliorer l'observance du patient

- Partager le **diagnostic** avec le patient
- Faire un **lien** entre le diagnostic et le traitement proposé
- Situer le traitement proposé dans le cadre du plan de traitement global
- Favoriser la participation du patient, en vérifiant :
 - sa compréhension du traitement
 - son engagement à suivre le traitement
 - l'applicabilité du traitement dans la vie quotidienne
 - ses inquiétudes vis-à-vis du traitement
- Informer en donnant **minimalement** :
 - le nom du médicament
 - la posologie
 - les effets attendus et indésirables possibles
- Remettre une ordonnance **lisible** au patient

de la façon suivante : 20 % des ordonnances ne se rendent pas à la pharmacie et ne sont donc jamais exécutées et 80 % représentent une utilisation inappropriée du médicament. Cette utilisation inappropriée serait la plupart du temps (77 %) intentionnelle, alors que 23 % serait non intentionnelle. Comme on peut le constater, il y a place à beaucoup d'amélioration en ce qui concerne l'observance du traitement. Les professionnels de la santé peuvent agir à tous les niveaux, en particulier pour diminuer la non-exécution de l'ordonnance et la non-observance intentionnelle.

Voici deux sources de non-observance du traitement du patient :

1. Lorsque le patient n'est pas impliqué comme partenaire, l'observance est diminuée. Laissé à l'écart de la décision et n'étant pas informé de la nature du traitement proposé, le patient ne comprendra pas la logique de l'utilisation d'un médicament et il devra faire un acte de foi vis-à-vis du traitement qu'on lui propose.
2. Dans le cas de discours discordant du médecin et du pharmacien, il y aura, aux yeux du patient, une perte de crédibilité des deux professionnels qui nuira à son observance.

Le tableau I présente quelques pistes de solution pour améliorer l'observance du patient.

Lorsque le médecin dit à haute voix ce qu'il écrit sur l'ordonnance, il met en application un principe d'apprentissage important, en offrant au patient la même information sous forme écrite et verbale. Du même coup, il aidera le pharmacien à remettre le médicament prescrit de façon adéquate. Il y aura ainsi moins d'appels de vérification qui représentent une perte de temps pour les deux professionnels. De plus, si avec l'autorisation du patient, le médecin peut aussi écrire sur l'ordonnance la raison de cette prescription (l'intention thérapeutique), il diminuera encore davantage le nombre des appels du pharmacien. L'ajout de l'intention thérapeutique comporte plusieurs avantages : si le pharmacien a des doutes sur l'interprétation de la prescription, il peut se servir de la raison de la prescription pour les écarter. Mais, plus important encore, cette information lui permettra de mieux choisir



les conseils qu'il transmettra au patient, de faire un meilleur suivi lors des renouvellements et de l'adresser au médecin plus efficacement. Un guide conjoint de l'Ordre des pharmaciens et du Collège des médecins a été publié pour vous aider à faire correctement une prescription. Il peut être utile de s'y référer (voir *Guide des modalités d'émission et d'exécution des*

ordonnances en pratique privée dans la bibliographie).

L'encadré de la ci-contre illustre une interaction entre le médecin et le patient encourageant la participation du patient dans la décision et qui l'informe au sujet de sa médication. Rejoignons le médecin et le patient au moment de la remise d'une nouvelle ordonnance, lors

Exemple d'une discussion favorisant la participation du patient

Tout en rédigeant l'ordonnance et en maintenant un contact visuel avec le patient, le médecin précise la prescription :

Le médecin

– En plus du programme d'exercices que vous faites et des anti-inflammatoires que vous prenez déjà, je vais ajouter un autre médicament pour maîtriser la douleur.

Le médecin insère la nouvelle prescription dans un plan global et donne le motif de la nouvelle prescription.

Le médecin

– Dans les cas comme le vôtre, il est recommandé d'ajouter un médicament au coucher. Je vais vous prescrire de l'amytriptiline.

Le médecin rassure en normalisant l'expérience du patient. Il nomme le médicament.

Le patient

– Quoi ? Qu'est-ce que c'est ?

Le médecin

– L'amytriptiline est un antidépresseur, mais à très faible dose, il maîtrise la douleur.

Le médecin répète le nom du médicament, en précise la classe et son effet principal.

Le patient

– Mais je ne suis pas déprimé. J'ai juste un mal de dos qui ne me lâche pas.

La réaction d'étonnement du patient permettra au médecin d'insister sur les différents usages du même médicament.

Le médecin

– À très faible dose, ce médicament agit sur la douleur, en particulier sur la douleur chronique. Il agit comme antidépresseur seulement à des plus fortes doses.

Il rassure le patient sur l'action du médicament, en particulier sur l'aspect antidépresseur.

Le patient

– Ah oui ?

Le médecin

– Oui. Son efficacité a été montrée dans ces cas-là et une petite dose suffit. Je vais vous le prescrire à une dose de 10 mg, un comprimé à prendre au coucher.

Le médecin précise que ce type de médicament peut avoir plusieurs usages. Il le nomme à nouveau et en précise le dosage et la posologie.

Le patient

– Je peux essayer. Si vous pensez que cela peut m'aider. Mais je n'aime pas penser que je prends des antidépresseurs.

Malgré l'étonnement initial, le patient s'engage à essayer ce nouveau médicament. Mais il exprime sa réticence à son usage. Cette réticence pourrait mener à la non-observance si on n'en discute pas.

Le médecin

– Oui, les antidépresseurs peuvent laisser croire que l'on a un problème de santé mentale, ce qui n'est pas votre cas. Le médicament n'aura pas d'effets sur votre humeur. Mais il faudra le prendre régulièrement pendant quelques semaines avant de pouvoir évaluer si, dans votre cas, c'est efficace.

Le médecin reprend les inquiétudes du patient à propos des effets psychologiques du médicament et le rassure pour augmenter ses chances de prendre le médicament. Il précise aussi la durée de la prise et le délai pour l'effet attendu. Il personnalise le message.

Le patient

– Je suis d'accord, pour autant qu'il n'y ait pas trop d'effets secondaires.

Le patient exprime une autre préoccupation concernant les effets indésirables du médicament.

Le médecin

– À ce dosage, les effets indésirables sont plutôt rares. Les plus fréquents

sont la somnolence au réveil, la sécheresse de la bouche et une vision embrouillée. Demandez au pharmacien de vous remettre le feuillet explicatif. Si jamais il y avait des effets indésirables, il peut vous aider à trouver une solution et s'ils sont trop embarrassants, nous trouverons une solution de rechange.

Le médecin discute des effets indésirables et adresse le patient au pharmacien, présenté comme un partenaire dans les soins, pour un complément d'information. Il est important de discuter de l'ensemble des craintes du patient et de lui indiquer que rien n'est définitif dans ce traitement, qu'il peut être ajusté ou changé selon le besoin. En le rassurant, on vise à assurer son observance.

Le patient

– Merci docteur. Je vais essayer. J'espère que ce médicament va m'aider.

Le patient s'engage à le prendre. Il est important d'obtenir explicitement l'engagement du patient à prendre le médicament.

Le médecin

– Voyez ma secrétaire et prenez un autre rendez-vous d'ici trois à quatre semaines. Nous évaluerons alors si notre stratégie est gagnante.

Le médecin assure un suivi.

► Dans cette interaction, le médecin couvre l'essentiel de ce qu'il faut dire lorsqu'on prescrit un médicament. Cet exemple montre que le manque de temps n'est pas une excuse pour ne pas donner toute l'information nécessaire au patient et il montre l'intérêt d'identifier le pharmacien comme une ressource complémentaire pour aider le patient avec sa médication.

d'une visite de suivi pour une douleur lombaire chronique.

La collaboration interprofessionnelle pharmacien-médecin

Le médecin gagne beaucoup en travaillant conjointement avec le pharmacien. Cependant, la collaboration interprofessionnelle suppose une communication efficace entre les deux professionnels. Comment pouvons-nous modéliser cette communication ? Pour comprendre le rôle que doit jouer la communication, on doit retourner aux responsabilités de chacun.

Le médecin est le premier intervenant dans la séquence de communication avec un patient, car il est celui qui prescrit et qui doit obtenir le consentement éclairé du patient. Pour l'obtenir, il a le devoir de donner une information claire au patient à propos de sa médication. Il devrait aussi vérifier le niveau de compréhension de son patient et surtout sa motivation à débiter le traitement prescrit. On peut supposer que lorsque le patient se présente à la

pharmacie, il aura obtenu, au moins une fois, toutes les informations nécessaires à la prise du médicament. Sa visite à la pharmacie permettra de confirmer la compréhension qu'il a de son traitement et de valider les informations encore ambiguës ou d'éliminer les incertitudes.

Dans ce contexte de collaboration, qu'est-ce que le médecin peut attendre du pharmacien ? Il peut voir ce dernier comme un filet de sécurité, un partenaire qui vérifiera auprès du patient le taux de rétention des informations transmises. Il est bien connu que lorsqu'il s'agit de nouvelles informations, la capacité de rétention est plutôt basse et ce que l'on croyait compris souvent ne l'est pas. Le pharmacien doit donc reprendre les explications, clarifier toute ambiguïté dans l'esprit du patient, renforcer les propos du médecin et, si nécessaire, compléter les informations. Mais, comme le pharmacien reverra le patient plus souvent que le médecin, on peut s'attendre à ce qu'il vérifie la motivation du patient à prendre correc-

tement ses médicaments à chaque renouvellement. Si les deux professionnels arrivent à bien s'arrimer l'un à l'autre et que le patient n'entend qu'un seul et même message de la part des professionnels qui le traitent, l'efficacité des soins en sera certainement améliorée. ■

Bibliographie

- *Guide des modalités d'émission et d'exécution des ordonnances en pratique privée*, Collège des médecins et Ordre des pharmaciens du Québec.
- Richard C et Lussier MT (2005). *La communication professionnelle en santé*. Montréal, ERPI.
- Richard C et Lussier MT (2005). « Les médicaments ». Dans *La communication professionnelle en santé*. Sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, ERPI.
- Parent M et Turgeon M (2005). « La communication médecin-pharmacien ». Dans *La communication professionnelle en santé*. Sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, ERPI.
- Collège des médecins du Québec (1996). *Ordonnances des médicaments. Modalités d'émission et d'exécution pour la clientèle hors établissement*.