

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Au terme de cette leçon,
les pharmaciens seront en mesure de :

1. catégoriser les différentes causes de non-observance.
2. décrire les différentes théories psychologiques pouvant expliquer le phénomène de non-observance thérapeutique.
3. expliquer les déterminants psychosociaux qui ont un impact sur l'adhésion au traitement.
4. citer les stratégies d'intervention qui peuvent être utilisées auprès des patients inobservants.

INSTRUCTIONS

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez la réponse qui vous semble correcte. Encerchez la lettre sur la carte-réponse ci-jointe.
2. La note minimale pour recevoir les UFC est de 70 % (ou 14 bonnes réponses sur 20). Si vous réussissez, vos UFC seront enregistrées auprès de l'Ordre provincial pertinent. (Remarque: dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes de notifier l'Ordre.)

COMMENT RÉPONDRE?

- A. Pour connaître vos résultats immédiatement, répondez en ligne sur le site www.monportailpharmacie.ca.
- B. Faites-nous parvenir votre carte-réponse par courrier ou télécopieur au (416) 764-3937. Votre carte-réponse sera notée et les Éditions Rogers vous enverront vos résultats par la poste dans un délai de six à huit semaines.

Cette leçon de FC est publiée par le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers Media, One Mount Pleasant Rd., Toronto (Ontario) M4Y 2Y5.
Tél. : 416-764-3916 - Téléc. : 416-764-3931.
Aucune partie de cette leçon de FC ne peut être reproduite partiellement ou intégralement sans autorisation écrite préalable de l'éditeur. ©2007

LE GROUPE PHARMACIE

Québec Pharmacie 
pharmacy practice PharmacyPost



La non-adhésion au traitement : une perspective psychologique et communicationnelle

Par Christiane Mayer, B. Pharm, Cert. psychologie

Août 2007

L'auteure, les réviseurs experts et Québec Pharmacie déclarent ne pas être en conflit d'intérêts réel ou potentiel avec le commanditaire de cette leçon.

INTRODUCTION

Le problème de la non-adhésion au traitement pharmacologique est probablement le défi le plus stimulant auquel les professionnels de la santé doivent faire face de nos jours. C'est aussi celui qui crée le plus de préoccupations et de frustrations. En effet, les statistiques sur la non-adhésion au traitement sont déconcertantes, et ce, malgré tous les efforts qui ont été déployés ces dernières années pour trouver une solution au problème; 20 % à 80 % des personnes qui doivent prendre des médicaments ne respectent pas leur traitement¹⁻³. On parle même de 50 % des individus inobservants à leur traitement chronique après un an⁴⁻⁷. Une des explications réside principalement dans la complexité du phénomène de l'observance et des facteurs perceptuels impliqués. Plusieurs variables sont en interrelation : aspects cognitifs propres à l'individu, aspects comportementaux, liens sociaux et facteurs liés à l'environnement. Tous ces aspects sont des variables dont il faut tenir compte pour tenter de comprendre la non-observance⁸.

Au même titre que cesser de fumer, faire de l'exercice ou opter pour une alimentation saine, le fait d'avoir à prendre des médicaments régulièrement exige d'adopter consciemment et volontairement un nouveau comportement.

C'est sous cet angle que nous aborderons la notion d'adhésion au traitement.

Pour la plupart des gens, tout changement d'habitude est difficile. Diverses approches de conception psychologique sont susceptibles d'être utiles quand il s'agit d'intervenir auprès de patients inobservants à leur traitement. Les théories, modèles et méthodes présentés ici proposent un cadre conceptuel intéressant et nouveau.

Depuis plus de 30 ans, diverses façons d'améliorer les résultats thérapeutiques ont été étudiées et proposées. Malgré tous ces efforts, le taux d'adhésion au traitement a très peu évolué dans la population et cela est particulièrement criant en ce qui concerne les médicaments utilisés pour maîtriser des maladies chroniques et asymptomatiques comme l'hypertension artérielle ou les dyslipidémies⁹⁻¹¹.

Cet article présente différents modèles et théories permettant d'expliquer et de donner un cadre conceptuel au phénomène de la non-observance.

LES RAISONS DE L'INOBSERVANCE

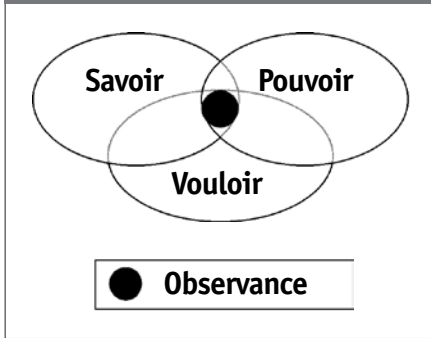
Le modèle SVP

Les raisons pouvant expliquer le comportement d'inobservance sont multiples et variables selon les individus et leur contexte de

LEÇON BÉNÉFICIAIRE D'UNE SUBVENTION À VISÉE ÉDUCATIVE DE :



FIGURE 1: Le modèle SVP



vie. Comme de nombreux facteurs peuvent être responsables de l'inobservance, mieux on réussira à les identifier, plus on sera à même d'apporter des correctifs appropriés^{10,12}.

On peut classer les causes courantes en trois catégories, celles se rapportant au *savoir*, au *pouvoir* et au *vouloir*¹³⁻¹⁵. Selon ce modèle dynamique, le patient adhère à son traitement s'il *sait*, s'il *peut* et s'il *veut*.

Obstacles à l'observance liés au savoir

À la base de tout comportement volontaire d'adhésion au traitement, une compréhension minimale du traitement demeure la toile de fond essentielle à tout comportement d'adhésion au traitement^{3,11}. Dans certains cas, le problème d'inobservance est attribuable au manque de connaissances du patient sur la nature de son problème de santé ou au manque d'information sur le médicament prescrit, sur ses effets, sur la façon de le prendre ou sur ses effets secondaires¹⁶. C'est ici que l'activité éducative du pharmacien auprès du patient prend toute sa place. Le rôle du pharmacien est de renforcer, compléter ou corriger ce que le patient sait déjà.

Pour transmettre de l'information efficacement et de façon intelligible, il faut avant tout

Quelques causes d'inobservance liées au savoir^{13,14} (manque de connaissance)

- Le patient ne comprend pas sa maladie et ses complications ou n'en a pas été informé.
- Le patient ne sait pas qu'il devra prendre son médicament pendant plusieurs mois.
- Le patient ne connaît pas la méthode d'administration de son médicament.
- Le patient n'a pas bien compris la posologie/la façon de prendre son médicament.
- Le patient ne sait pas quelles mesures prendre pour réduire ou maîtriser les effets secondaires.

s'adapter au patient, à son niveau de langage et bâtir sur ses connaissances de base¹⁷. Il s'agit d'une démarche de « construction du savoir », qui doit par conséquent partir de ce que le patient sait déjà et s'élaborer sur ce qu'il souhaite savoir¹⁸. Certains patients souhaitent savoir le maximum de choses sur leur maladie et leur traitement; d'autres se contenteront de savoir le nombre de comprimés qu'ils devront prendre quotidiennement et à quel moment. Il a même été démontré que si le professionnel de la santé utilise un langage confus, trop scientifique ou un jargon médical excessif que le patient ne comprend pas, la probabilité que le patient adhère à son traitement s'amenuise^{19,20}.

Cependant, on sait à présent que l'ignorance ou le manque de connaissances ne suffisent pas à expliquer la non-adhésion au traitement; d'autres facteurs entrent en jeu.

Obstacles à l'observance liés au vouloir

Ces obstacles catégorisés comme liés au « vouloir » sont les facteurs d'inobservance liés à la **motivation** du patient à adhérer au traitement médicamenteux^{13,14}. Il ne suffit pas de *savoir* pour être motivé. Les croyances et les peurs jouent aussi un rôle prépondérant. Il s'agit de l'attitude du patient face au système de santé en général, à son médecin, à son pharmacien, de ses croyances à propos du traitement qui lui est proposé, des peurs irrationnelles qu'il entretient.

Quelques causes d'inobservance liées au vouloir^{13,14} (manque de motivation)

- Le patient ne croit pas qu'il est malade.
- Le patient ne fait pas confiance à son professionnel de la santé (médecin ou pharmacien).
- Le patient croit plus aux produits naturels qu'aux « produits chimiques ».
- Le patient a peur de devenir dépendant aux médicaments.
- Le patient ne perçoit pas les effets bénéfiques de son traitement.
- Le patient ne croit pas qu'il est vulnérable aux complications de la maladie.
- Le patient a entendu aux nouvelles ou a vu dans les médias que le médicament est « dangereux ».

Obstacles à l'observance liés au pouvoir

Une fois que le patient a les connaissances et la motivation pour suivre son traitement, les seuls obstacles restant à contrer sont d'ordre pratique et concernent directement la capacité du patient à suivre, au quotidien, les indica-

tions qui lui sont données sur la manière de prendre le médicament^{13,14}. On peut souvent les surmonter en répondant aux besoins spécifiques du patient : en simplifiant le schéma posologique, en modifiant la forme posologique pour mieux l'adapter à sa situation ou en utilisant des outils comme les piluliers, les alarmes, les calendriers, etc¹⁴. On sait, par exemple, que le fait de diminuer le nombre de prises quotidiennes améliore significativement l'adhésion au traitement^{11,21,22}.

Alors que l'expérience nous montre que les interventions pour résoudre les problèmes liés au « savoir » et au « pouvoir » sont relativement rapides et largement efficaces, les interventions visant à amener le patient à accroître sa motivation à prendre ses médicaments régulièrement prennent habituellement beaucoup de temps et sont basées sur l'établissement d'un lien de confiance entre le professionnel de la santé et le patient.

Quelques causes d'inobservance liées au pouvoir^{13,14} (incapacité à utiliser le médicament / à respecter son traitement)

- Le traitement est complexe (nombre de prises élevées).
- Le patient n'est pas capable d'avaler les comprimés, que ce soit à cause du goût ou de la forme pharmaceutique.
- Le patient a de la difficulté à sortir les comprimés de l'emballage.
- Le patient a des problèmes cognitifs ou il a tendance à oublier.
- La présence d'un effet secondaire important.
- Le médicament ne convient pas au mode de vie du patient.
- Le patient a un handicap physique ou des problèmes moteurs qui l'empêchent d'utiliser correctement le dispositif d'administration.
- Le patient a trop de médicaments à prendre chaque jour.

Le patient comme individu

Un patient ne devait plus être considéré comme un individu passif à qui il faut apprendre à suivre aveuglément nos « ordres ». C'est une personne, un individu qui, lorsqu'il est en contact avec le monde médical, endosse temporairement le rôle social de « malade ». Il demeure malgré tout un être à part entière, avec ses attitudes, ses croyances, son mode de vie, bref, son unicité. Or, les pensées et les idées de cet individu ont une influence significative sur ses comportements en matière de santé. On admet donc aisément que ses motivations personnelles, les représentations qu'il se fait de la maladie et des médicaments, sans oublier ses

croiances, jouent un rôle déterminant dans ses comportements de santé, et donc dans son degré d'adhésion au traitement médicamenteux⁹.

Parmi ces trois composantes de l'adhésion au traitement (savoir, vouloir et pouvoir), la motivation (le vouloir) est fondamentale pour effectuer un changement de comportement²³. Ce sont précisément ces obstacles liés à la « motivation » que les théories psychologiques tentent d'expliquer. Plusieurs de ces modèles ont tenté d'expliquer comment les patients interprètent leurs symptômes et l'information qui leur est transmise au sujet de leur santé. Certains illustrent comment les variables individuelles et personnelles de chaque individu interagissent avec certains facteurs sociaux et environnementaux pour mettre en œuvre le comportement désiré. Ces modèles nous guident aussi vers une meilleure compréhension de ce que croit un patient au sujet de sa maladie et des comportements qu'il compte adopter face à une menace pour sa santé.

Les modèles les plus importants dans ce domaine sont le modèle des croyances face à la santé (*Health Belief Model*), la théorie du comportement planifié, la théorie de l'auto-efficacité et la théorie du locus de contrôle. Ces modèles ont en commun l'idée que les attitudes et les convictions d'un individu sont des déterminants essentiels à l'adoption d'un comportement.

Nous verrons ensuite un modèle qui tente plutôt d'expliquer comment un individu évolue vers le changement de comportement qui lui est demandé : le modèle de Prochaska et Di Clemente, aussi appelé « modèle transthéorique de changement de comportement ».

MODÈLES DE PRÉDICTION DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

LE MODÈLE DES CROYANCES FACE À LA SANTÉ (*HEALTH BELIEF MODEL – HBM*)

Le modèle HBM est probablement le plus connu des modèles qui tentent d'expliquer les comportements en matière de santé. Il a été élaboré dans les années 1950 pour tenter d'expliquer l'adoption de comportements préventifs par des individus en bonne santé, notamment la vaccination⁹. Il postule que le comportement qu'une personne choisit d'adopter dépend de la valeur qu'elle accorde à un but et à la croyance que son comportement lui permettra d'atteindre ce but. Il suppose donc que la clé pour comprendre les comportements d'un individu est d'iden-

tifier ses perceptions et ses croyances face à la santé⁹.

Ce modèle établit qu'un individu est motivé à agir selon sa propre perception de la menace pour sa santé et sur sa conviction qu'en agissant de telle ou telle manière il pourra atténuer cette menace. Il doit être d'abord convaincu qu'il est personnellement vulnérable, que les conséquences de son état de santé sont sérieuses, que le comportement qu'il choisira d'adopter préviendra ces conséquences et, finalement, que les « bénéfiques » de son nouveau comportement seront supérieurs aux « coûts », autrement dit, que l'effort vaille la peine^{9,24}. Face à une menace pour sa santé, un individu évalue toutes les possibilités qui lui permettent d'atténuer cette menace⁹.

Ce modèle est toujours d'actualité. L'observance y est vue comme un comportement préventif. Un patient adhérera plus à son traitement s'il se croit vulnérable à une maladie qu'il perçoit comme grave et pour laquelle un traitement sera efficace, à condition que les bénéfiques surpasseront les coûts.

ÉTUDE DE CAS N° 1

Jean Tremblay a 50 ans. On vient tout juste de lui diagnostiquer une hypercholestérolémie. Selon le HBM, la motivation de M. Tremblay à maîtriser son taux de cholestérol sanguin sera directement proportionnelle à sa perception de l'ampleur de la menace de ce problème pour sa santé. Par exemple, s'il est convaincu que cela le mènera inévitablement à un problème cardiaque ou circulatoire, et s'il croit que ces problèmes sont potentiellement sérieux, il sera très motivé à se traiter.

Pour contrôler son hypercholestérolémie, M. Tremblay pense qu'il a plusieurs choix de traitement. Il peut modifier son alimentation, faire de l'exercice, essayer de se détendre, prendre des médicaments ou se procurer le nouveau produit naturel dont il a lu les bienfaits dans un magazine. Il évaluera alors chacune de ces voies thérapeutiques, consciemment ou non, et en évaluera le coût et les bénéfiques. Le bénéfice de chaque avenue thérapeutique sera alors comparé aux coûts. Les « coûts » sont bien sûr d'ordre économique, mais cela comprend aussi tous les inconvénients et les désagréments qui pourraient s'y rattacher : devoir aller chez le médecin, devoir prendre un médicament régulièrement, aller à l'hôpital pour faire des prises de sang ou subir un effet secondaire incommode.

Quand on tient compte de tout cela, il n'est pas surprenant qu'un patient asymptomatique cesse de prendre ses comprimés hypocholestérolémiants, considérant que cela l'oblige à aller régulièrement chez le médecin et à la pharmacie, et à subir des prises de sang alors qu'il ne voit aucun bienfait!

Études probantes et adhésion au traitement

Les cinq croyances préalables à l'adhésion au traitement selon le HBM²⁴

- 1) Croyance en la valeur de la vie et de la santé
- 2) Croyance en sa vulnérabilité à la maladie
- 3) Croyance que la maladie peut avoir des répercussions graves
- 4) Croyance que le traitement aura un impact sur ces répercussions
- 5) Croyance que les « bénéfiques » du traitement sont supérieurs aux « coûts »

Le HBM a été utilisé avec succès pour prédire l'adhésion à un grand nombre de comportements préventifs dans le domaine de la santé tels que le dépistage du cancer, les soins dentaires et les modifications alimentaires^{8,10}.

Par contre, peu d'études ont tenté d'étudier le phénomène d'inobservance à l'aide du HBM. Celles qui ont été réalisées jusqu'à présent n'ont pas pu démontrer clairement que ce modèle permet de **prédire** sans l'ombre d'un doute le niveau d'adhésion au traitement⁹.

Le HBM est néanmoins un bon modèle pour évaluer la **volonté** d'un patient à adhérer à un traitement médicamenteux, bien qu'il ne soit pas efficace pour prédire le comportement réel d'adhésion aux recommandations puisque les difficultés quotidiennes, liées à la modification du comportement à plus long terme, entrent aussi en ligne de compte.

Intervention du pharmacien

Malgré le manque de corrélation statistiquement significative entre les différents éléments du HBM combinés et l'adhésion au traitement médicamenteux, l'intervention du pharmacien auprès du patient peut tout de même avoir un impact positif sur l'adhésion au traitement. Implicitement, on peut à tout le moins identifier quelques pistes de solution qui pourraient modifier les perceptions d'un patient en matière de santé et modifier ainsi le comportement ciblé. La littérature médicale démontre que ces interventions sont efficaces⁹.

Les interventions pouvant agir sur les variables du HBM sont des interventions de nature éducatives visant à augmenter ou à rectifier la perception de l'équilibre « coûts/bénéfices » du traitement proposé. L'information doit être la plus réaliste possible; il est inutile d'amplifier ou de minimiser un risque, car la peur ou l'anxiété que cela pourrait entraîner risquerait de créer une barrière émotive qui bloquerait la réception efficace du message.

Par exemple, les interventions de nature éducative destinées à améliorer les connaissances, et donc à augmenter la perception de gravité du problème de santé ou la perception de vulnérabilité, peuvent avoir un impact. C'est le cas lorsque le pharmacien prend le temps de parler ouvertement de la maladie et des complications à long terme avec le patient.

Chez un patient, la perception de sa vulnérabilité peut aussi évoluer dans le temps. Par exemple, si son corps lui donne un sérieux avertissement ou si un membre de sa famille auquel il peut s'identifier, est victime d'une crise cardiaque.

La mort d'un proche peut nous faire prendre conscience de notre propre vulnérabilité et susciter l'envie de prendre ses médicaments pour vivre plus longtemps et pouvoir réaliser ses projets.

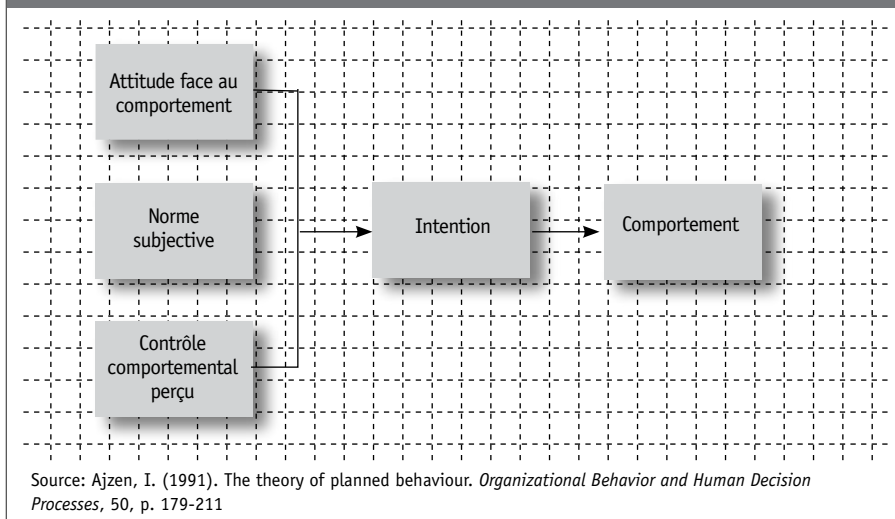
Le pharmacien pourrait aussi s'efforcer d'identifier et de minimiser les obstacles potentiels à l'adhésion au traitement, et de limiter des inconvénients comme les effets secondaires ou le coût, par exemple. On entend souvent les pharmaciens dire qu'ils préfèrent ne pas parler des effets secondaires par crainte que les patients choisissent de ne pas prendre leurs médicaments. Or, les patients souhaitent avoir cette information¹⁸. De plus, les études sur ce sujet n'ont pas pu démontrer que le fait de donner de l'information sur les effets secondaires nuisait à l'observance thérapeutique²⁵⁻²⁷.

LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ (TCP)

La théorie du comportement planifié (TCP) cherche elle aussi à expliquer les déterminants motivant l'adoption d'un comportement. Plus vaste que le HBM, elle a pour objectif d'expliquer tout comportement volontaire d'un individu et pas seulement les comportements préventifs en matière de santé. Elle ajoute aussi au précédent modèle l'importance de l'influence sociale sur le comportement d'un individu^{24,28}.

Selon cette théorie, l'être humain prend des décisions de nature rationnelle et volontaire. C'est l'**intention** de s'engager dans un comportement qui détermine si un individu adoptera ou non un comportement. Autrement dit, s'il a l'intention d'être observant, il le sera. Cette intention d'adopter ou non un comportement repose sur trois déterminants : l'attitude de l'individu face au comportement, les normes subjectives (sociales) et la perception de contrôle sur ce même comportement; appelée « efficacité personnelle » (voir la figure 2).

FIGURE 2: Théorie du comportement planifié



L'attitude face au comportement

L'attitude d'un individu face à un comportement peut être perçue plus ou moins positivement ou négativement. Elle est déterminée par la somme des croyances qui sont liées à ce comportement. Par exemple, si un patient croit que le fait de prendre ses médicaments lui causera plus de tort que de bien, on dira que son attitude par rapport au comportement sera négative.

Certains patients qui croient que les médicaments sont des produits chimiques toxiques auront une attitude négative devant la recommandation de prendre un médicament. Il en est de même pour une mère qui croit que donner des antibiotiques à son enfant sera nuisible pour son système immunitaire. Dans ces circonstances, il est probable qu'elle n'aura pas l'intention de donner l'antibiotique à son enfant.

Les normes subjectives

Ce deuxième déterminant de l'intention est aussi basé sur des croyances, mais cette fois-ci, sur la croyance de ce que les personnes importantes de son entourage (parents, amis, collègues, professionnels de la santé) pensent du comportement à changer. C'est la pression sociale. L'intention d'adopter un comportement est donc affectée par les croyances en matière de santé des personnes qui ont de l'influence dans la vie de l'individu. Par exemple, si une patiente croit que son mari pourrait désapprouver sa décision de prendre des antidépresseurs, elle pourrait manifester l'intention de ne pas les prendre et de tenter de s'en sortir sans médicaments.

La perception du contrôle comportemental

Ce troisième déterminant concerne la croyance que l'individu a la capacité de réussir à adopter un comportement précis. Cette notion d'efficacité personnelle revient d'ailleurs très souvent dans tous les modèles présentés ici. L'individu doit avoir confiance en sa capacité d'adopter ce comportement (autoefficacité). Plus il a confiance en sa capacité de réussir, plus ce déterminant sera puissant pour entraîner le changement de comportement.

Si nous revenons au M. Tremblay de notre étude de cas sous l'angle de ce modèle, nous pouvons ajouter à son histoire que s'il percevait que les membres influents de sa famille ou de son entourage croient fermement que l'hypercholestérolémie est une maladie sérieuse et qu'ils désapprouveraient sa décision de ne pas se traiter, son engagement concret à s'en préoccuper sera d'autant plus important.

Études probantes et adhésion au traitement

Une étude réalisée en 2001 par Lennon et coll. avait pour objectif d'identifier les facteurs psychosociaux qui ont une influence sur l'adhésion au traitement antihypertensif⁵. Les chercheurs ont pu valider par cette étude l'efficacité de la TCP pour prédire l'observance. Ils ont montré que l'intention d'être observant était un bon prédicteur de comportement d'adhésion au traitement. Ils ont aussi relevé qu'il y avait une corrélation significative entre cette intention et l'attitude positive à prendre ses médicaments tels que prescrits, la pression des personnes de l'entourage et une perception positive de contrôle du comportement⁵.

Intervention du pharmacien

À la lumière de ce que nous montre ce modèle, voici quelques pistes de solution. D'abord, le pharmacien doit s'assurer de créer un lien de confiance avec le patient pour ainsi devenir une personne influente dans sa décision de prendre ses médicaments tels que prescrits. Le pharmacien devrait aussi s'assurer de transmettre l'information de manière à tenter de modifier les croyances en matière de santé qui pourraient avoir un impact négatif sur l'attitude du patient. Par exemple, en mettant l'accent sur les avantages d'un traitement et en tentant d'en minimiser les effets négatifs. Le pharmacien devrait aussi être très attentif à ce que dit le patient au sujet de ses croyances en matière de santé (en corrigeant au besoin certaines idées fausses). En ce qui concerne l'efficacité personnelle, le pharmacien pourrait aussi encourager les succès en proposant des objectifs facilement atteignables, en faisant le suivi et en faisant des commentaires constructifs. L'objectif est que le patient ait une perception positive de sa capacité à réussir le changement envisagé et qu'il en soit convaincu.

LA THÉORIE DU LOCUS DE CONTRÔLE

La **théorie du locus de contrôle** part du principe que les individus diffèrent par la façon dont ils perçoivent le contrôle qu'ils ont sur les événements de leur vie²⁹. Deux grands types de locus de contrôle ont été étudiés : le locus de contrôle interne et le locus de contrôle externe.

Les individus dotés d'un locus de contrôle interne croient que leurs actions vont déterminer ce qui leur arrive. En d'autres termes, les bons comme les mauvais événements sont sous leur contrôle. Au contraire, les individus avec un locus de contrôle externe croient plutôt que ce qui leur arrive est totalement indépendant de leur volonté, mais dépend plutôt des circonstances, du hasard et de la fatalité²⁹.

Appliquée au domaine de la santé, cette théorie soutient que les patients agissent en fonction de l'importance du degré de contrôle qu'ils croient avoir sur ce qui leur arrive. Un individu doté d'un locus de contrôle interne croit pouvoir influencer par ses propres actions le cours de la maladie et les résultats thérapeutiques. Par exemple, un patient diabétique qui croit que ses actions face à sa maladie pourront limiter les complications à long terme sera plus enclin à mesurer régulièrement sa glycémie et à suivre plus étroitement son diabète.

Un individu doté d'un locus de contrôle externe estimera plutôt avoir peu de contrôle sur le cours des événements; que son niveau

Réactions de patients dotés d'un locus de contrôle externe

- « Vous voulez que j'obtienne de bons résultats? Faites ce qu'il faut! »
- « Dites à ma femme ce qu'il faut que je fasse; c'est elle qui s'occupe de mes médicaments. »
- « Si Dieu veut que je guérisse, il fera ce qu'il faut. »
- « Vous savez, à mon âge, c'est normal d'être malade; il faut laisser faire la nature. »

Réactions de patients dotés d'un locus de contrôle interne

- « D'accord, dites-moi ce que je dois faire et je le ferai. »
- « Avez-vous des lectures à me suggérer pour que j'apprenne ce que je dois faire? »

de santé est plutôt déterminé par l'hérédité, la chance, l'âge ou par des personnes influentes de son entourage (un professionnel de la santé, par exemple)³⁰. Ainsi, un patient diabétique qui croit que « le sort en est jeté » ou encore que « ce qui doit arriver arrivera de toute façon », sera probablement moins motivé à prendre en charge son diabète.

Selon cette théorie, les individus dotés d'un locus de contrôle interne sont plus susceptibles de suivre le traitement médicamenteux prescrit, car ils croient que leur comportement peut influencer dans une certaine mesure sur le résultat thérapeutique.

Études probantes et adhésion au traitement

Les recherches faites jusqu'à présent pour établir une relation entre le locus de contrôle et la santé tendent à démontrer que cette théorie semble beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait cru au départ. En fait, bien que certaines études aient démontré un lien positif entre le fait d'avoir un locus de contrôle interne et une meilleure observance^{31,32}, d'autres n'ont pas pu démontrer ce lien³³.

Pour expliquer l'apparente contradiction entre ces résultats, on a tenté d'expliquer ceci : le locus de contrôle interne ne serait qu'une petite partie d'un construit plus large qui doit aussi tenir compte, entre autres, de la capacité d'un individu à mettre en place un comportement pour préserver la santé. Le locus de contrôle à lui seul ne permet pas de prédire sans l'ombre d'un doute un comportement en santé³⁴. Parallèlement à cette explication, d'autres études ont montré qu'on peut mieux prédire l'adhésion au traitement en combinant la théorie du locus de contrôle et celle

de l'autoefficacité^{9,35}. Kaplan a montré une adhésion plus élevée au traitement lorsqu'un locus de contrôle interne fort est associé à une autoefficacité forte³⁵.

On pourrait aussi penser que les interventions habituellement préconisées dans les études ciblent précisément les personnes à locus de contrôle interne. Certains auteurs pensent que les personnes dotées d'un locus de contrôle externe réagissent négativement à des interventions favorisant leur autonomie et leur propre responsabilité³⁶.

Intervention du pharmacien

Une des stratégies à adopter par le pharmacien consiste à d'abord identifier si le locus de contrôle du patient est interne ou externe. L'utilisation de questions ouvertes peut apporter ce genre d'information. Par exemple : « Que pensez-vous de tous les changements que vous avez à faire? »

Les interventions éducatives, individuelles ou en groupe, semblent particulièrement efficaces pour les individus à locus de contrôle interne. Les professionnels de la santé ont donc avantage à impliquer les patients à locus de contrôle interne dans leur traitement. Toutefois, le fait qu'un patient ait un locus de contrôle interne n'est pas suffisant pour assurer l'adhésion à long terme au traitement. Le pharmacien devrait donc aussi s'efforcer d'accroître l'autoefficacité et d'assurer un soutien social adéquat pour les patients soumis à un traitement de longue durée (participation à des groupes éducatifs ou de soutien, soutien familial adéquat).

Pour les patients dotés d'un locus de contrôle externe, le pharmacien devrait surtout chercher à faciliter l'accès aux ressources et à l'expertise externe plutôt que de tenter d'influer sur leur responsabilité personnelle face au changement³⁶.

LA THÉORIE DE L'AUTOEFFICACITÉ OU THÉORIE DE L'EFFICACITÉ PERSONNELLE PERCUE (SELF EFFICACY MODEL)

Cette théorie postule que nous avons tous notre propre perception de notre capacité

Comment le pharmacien peut-il accroître l'autoefficacité?

- En impliquant le patient dans le choix des objectifs thérapeutiques.
- En impliquant le patient dans le choix des méthodes utilisées.
- En s'assurant que le patient se fixe des objectifs réalisables.
- En assurant un suivi et une rétroaction constructive.

d'adopter ou non un comportement spécifique. Elle reflète donc une confiance de l'individu en lui-même sur sa propre capacité à adopter un comportement spécifique³⁷.

Différentes sources d'information peuvent influencer sur ce sentiment de compétence personnelle : les expériences personnelles et celles des autres (réussites ou échecs), la persuasion, l'observation d'autres personnes qui ont réussi et l'expérience émotionnelle ou physiologique qu'entraîne la maladie^{9,24}. Par exemple, selon cette théorie, les individus sont plus à même d'essayer de cesser de fumer²⁴ :

- 1) sur la recommandation expresse de leur médecin.
- 2) s'ils ont vu d'autres personnes de leur entourage essayer de cesser de fumer avec succès.
- 3) s'ils ont déjà essayé de cesser de fumer par le passé.
- 4) s'ils croient avoir les outils et les habiletés leur permettant de gérer les symptômes physiques de la cessation tabagique.

Études probantes et adhésion au traitement

Les études montrant le lien entre l'efficacité personnelle et l'adhésion au traitement sont sans équivoque et cohérentes^{9,38}. Une étude réalisée par Tall et coll. en 1993 a montré, auprès de patients arthritiques, qu'une intervention éducative tenant compte des aspects émotifs engendrés par la maladie et visant à favoriser l'efficacité personnelle pouvait augmenter le taux d'adhésion au traitement³⁹. Une autre étude réalisée auprès de patients séropositifs a donné des résultats similaires⁴⁰. Dans ce cas, les interventions individualisées, visant à promouvoir l'autoefficacité, étaient de trois natures distinctes : 1) échange d'information; 2) développement d'habiletés et de stratégies d'autorégulation; et 3) discussion relative au soutien social existant.

Intervention du pharmacien

La théorie de l'autoefficacité nous apprend qu'une des façons d'améliorer l'adhésion au traitement consiste à améliorer l'efficacité personnelle perçue chez le patient.

Le patient doit être convaincu qu'il a les connaissances et les compétences requises pour mener à bien un plan de traitement. L'enseignement doit donc être approprié pour permettre au patient d'avoir pleine confiance en sa capacité de réussir. En général, les pharmaciens transmettent des informations sur la nature et les conséquences de la maladie, mais ils ne travaillent que rare-

Tableau récapitulatif des caractéristiques des différents stades de changement de comportement⁴¹

Stade	Caractéristiques
Préréflexion	Un individu en préréflexion n'a pas du tout l'intention de modifier son comportement ou n'est pas conscient du problème. « Je ne vois pas pourquoi je devrais commencer à prendre ce médicament. » « Le médecin voit des drames où il n'y en a pas. » « Vous savez les médecins... »
Réflexion	Au stade de la réflexion, il sait qu'il devrait modifier son comportement et commence à y penser. Il n'est cependant pas prêt. Il peut rester à ce stade pendant très longtemps et même ne jamais progresser vers les autres stades. Il est plus ouvert à l'idée de recevoir de l'information et de parler du changement que les personnes qui sont en préréflexion. « Il me semble que je ne suis pas si malade que ça. » « Je ne sais pas si j'ai assez d'énergie pour faire tous ces efforts. »
Préparation	Au stade de la préparation l'individu commence sérieusement à songer à modifier son comportement. Il commence même souvent à faire des essais, à poser de petits gestes concrets. « Je vais essayer. » « Je pense que je peux y arriver. » « Si je n'essaie pas, je ne saurai pas. »
Action	Lorsqu'il s'engage à modifier son comportement, l'individu en est au stade de l'action. On estime que seulement 10 % à 15 % des patients en sont au stade de l'action au moment où on leur demande de faire un changement de comportement. Il a adopté son nouveau comportement et il fait un effort de volonté pour le maintenir. Le changement est amorcé, mais il n'est pas encore tout à fait enraciné.
Maintien	L'individu a adopté son nouveau comportement; c'est maintenant une nouvelle habitude qui demande moins d'effort qu'au stade de l'action. L'individu poursuit ses efforts pour maintenir le changement de comportement adopté.

ment à la mise en place d'un plan d'action, à la résolution des problèmes rencontrés par le patient et à l'évaluation des résultats des efforts.

La prise en compte des objectifs, des préférences et des capacités du patient dans l'établissement d'un contrat est pour lui une source d'efficacité personnelle importante. Par exemple, le pharmacien pourrait travailler avec le patient à établir un plan d'action en commençant par fixer des objectifs modestes et par lui demander s'il se croit capable de les atteindre (« Par quoi voulez-vous commencer? Voulez-vous qu'on en discute? » ou « Seriez-vous d'accord pour faire un essai et qu'on s'en reparle dans une semaine? »). Il faut s'assurer que l'objectif fixé pourra être atteint puisque cela deviendra une source importante d'efficacité personnelle.

À la visite suivante, il faudra réévaluer l'efficacité de ce plan d'action et mettre en lumière la réussite par une rétroaction constructive.

Une autre façon d'accroître l'autoefficacité consiste à aider le patient à trouver une personne-modèle (un autre patient sur qui il peut prendre exemple). Ainsi, la participation à des groupes de soutien et à des formations de groupe pourrait lui donner l'occasion de s'identifier à un modèle.

MODÈLE DES STADES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (MODÈLE DE PROCHASKA ET DI CLEMENTE)

Ce modèle, aussi connu sous le nom de « modèle transthéorique de changement de comportement » comporte plusieurs aspects dont le plus connu est certainement la présence de cinq stades de changements à travers lesquels un patient doit cheminer avant de passer à l'action et d'adopter un comportement à long terme^{24,41}. Ce modèle a été d'abord étudié avec les patients aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool. Depuis, il a été appliqué à d'autres situations : cessation tabagique, perte de poids, protection contre les MTS, régime, exercice et adhésion aux recommandations médicales^{41,42}. Les différents stades sont présentés dans le tableau ci-dessus.

Au cours des trois premiers stades (préréflexion, réflexion et préparation), les patients pèsent le pour et le contre du changement pour décider de modifier leur comportement ou non. L'ambivalence est normale à ces stades. Au cours des deux derniers stades – l'action et le maintien – l'ambivalence est moins présente et le patient s'efforce de mettre en place son plan de changement^{41,42}. En fait, il est difficile de mettre des limites précises pour savoir à quel moment un individu est passé au stade subséquent; la progression n'est

pas non plus linéaire comme on pourrait le croire^{24,43}. En fait, ces cinq stades devraient être vus comme un continuum à travers lequel un individu chemine, avec des allers et retours d'un stade à l'autre^{41,43}. Cette évolution est habituellement lente et progressive; un individu ne peut passer du stade de l'indifférence (préréflexion) au stade de l'action en une seule étape. Le rôle du professionnel de la santé est donc de favoriser l'évolution de l'individu à travers ces stades de changement pour le faire cheminer du stade de la préréflexion au stade de la réflexion, puis du stade de la préparation au stade de l'action et, finalement, au stade du maintien. Bien que la rechute ne soit pas considérée comme un stade du modèle de Prochaska, elle fait partie intégrante du changement. La rechute devrait être recadrée positivement chez les patients qui se découragent à la suite de leurs échecs (*voir Figure 3*).

Ces stades de changement ne font pas l'unanimité^{43,44}. En ce qui concerne son application à l'adhésion au traitement, selon certains auteurs, le stade auquel se situe un individu est un fort prédicteur du taux d'observance. Pour d'autres, mesurer l'intention serait plus efficace que de mesurer les stades de changement^{24,44}.

Bien que ce modèle ne soit pas parfait, les professionnels de la santé le trouvent intéressant, car il leur permet de situer le patient dans sa démarche d'adoption du comportement à changer et d'en constater la progression.

L'élément le plus intéressant du modèle de Prochaska est la notion d'ambivalence. Les patients sont habituellement ambivalents face à un changement de comportement; commencer à prendre des médicaments sur une base régulière et de façon constante n'échappe pas à cette règle^{41,45}. On ne peut donc pas s'attendre à ce que tous les patients qui se présentent à la pharmacie avec une ordonnance de médicaments à prendre à long terme aient tous l'intention de suivre nos recommandations à la lettre.

Selon ce modèle, lorsque vient le moment d'adopter un nouveau comportement, un individu pèse d'abord le pour et le contre. D'un côté de la balance décisionnelle se retrouvent les avantages qu'il y a à adopter le nouveau comportement et les inconvénients du statu quo. De l'autre côté, s'opposent les inconvénients du changement et les avantages du statu quo⁴¹. Ces avantages et ces inconvénients (le pour et le contre) sont étroitement liés aux stades du changement de comportement. La décision d'un individu de passer d'un stade à l'autre est basée sur l'importance relative des

avantages (raisons de changer) par rapport aux inconvénients (raisons de ne pas changer)⁴¹. Par exemple, lorsqu'une personne chemine de la préréflexion vers la préparation, le poids des inconvénients à changer diminue, alors que celui des avantages augmente.

DESCRIPTION DE L'ENTREVUE MOTIVATIONNELLE

L'entrevue motivationnelle est une approche communicationnelle, directive et centrée sur le patient. Elle vise à augmenter la motivation intrinsèque d'un individu en agissant sur la balance décisionnelle du changement en explorant et résolvant l'ambivalence; chaque personne doit trouver ses propres motivations à changer son comportement. Elle favorise donc le cheminement de l'individu d'un stade à l'autre^{41,42,45}. Elle sera particulièrement pertinente aux stades de la préréflexion et de la réflexion. Par la qualité de ses interventions, le pharmacien est en mesure d'influencer positivement ou négativement sur le cheminement de l'individu à travers les stades de changement.

L'intervention grâce à l'entrevue motivationnelle se veut collaborative, incitant le patient à s'exprimer, à garder l'autonomie de ses décisions et elle met l'accent sur la liberté de choix^{41,45}. C'est tout le contraire de l'approche axée sur l'éducation, la confrontation et l'autorité. Même de brèves interventions de 5 ou 10 minutes peuvent être efficaces⁴⁵⁻⁴⁷.

Voici les quatre principes généraux sur lesquels elle repose :

1) *Faire preuve d'empathie*

La première attitude à adopter face à un patient ambivalent consiste à accepter cette ambivalence, car cela facilite le changement. Cette ambivalence est normale. L'écoute active est fondamentale : il s'agit d'écouter de façon empathique et sans jugement, et d'utiliser des reflets, des reformulations et des résumés pour s'assurer de vraiment comprendre les motifs de l'ambivalence afin d'amener le patient à explorer cette ambivalence. Les questions ouvertes sont à privilégier par rapport aux questions fermées.

2) *Soulever les contradictions*

Concrètement, cela revient à aider le patient à identifier les écarts entre son comportement actuel et les buts qu'il souhaite atteindre. La perception et surtout la verbalisation de cette contradiction sont le moteur du changement.

Le pharmacien doit inciter le patient à verbaliser ces contradictions plutôt que de

ÉTUDE DE CAS N° 2

Monsieur Fiore, 51 ans, se présente à votre pharmacie. Il vient d'apprendre qu'il est diabétique. Il a toujours été très en forme physiquement jusqu'à ce que son médecin découvre par hasard un diabète de type 2. Il aime la bonne chère et le bon vin, il préfère les activités culturelles aux activités sportives et il a une petite dent sucrée!

Son médecin l'a informé qu'il doit modifier plusieurs de ses comportements : adopter une alimentation moins riche en gras, plus équilibrée; cesser de manger les desserts qu'il aime tant; prendre des médicaments trois fois par jour; mesurer sa glycémie régulièrement; faire de l'exercice; et cesser de fumer!

D'un côté, Monsieur Fiore sait bien qu'il va devoir prendre en charge son diabète, mais il voit aussi bien des avantages à continuer à vivre sa vie normalement. Tous ces changements vont profondément modifier ses habitudes.

D'un autre côté, il connaît les complications du diabète; son père et son frère en sont atteints et ils ont eu de sérieuses complications, dont une perte de vision et des problèmes cardiaques.

Au moment de son diagnostic, Monsieur Fiore est ambivalent...

C'est par une entrevue motivationnelle que l'on facilitera la résolution de cette ambivalence et le passage d'un stade à l'autre^{41,45}.

tenter de le convaincre ou de le persuader de faire quelque chose, ce qui provoque souvent l'effet contraire. Soulever les contradictions est très différent de l'argumentation; car vouloir argumenter avec un patient va détruire le lien de confiance que vous tentez d'établir avec lui.

Il vaut mieux poser des questions telles que : « Qu'est-ce qui vous inciterait à commencer à prendre vos médicaments régulièrement? » ou « Si j'avais un message dans une enveloppe qui vous convaincrait de l'importance de prendre vos médicaments de façon régulière, quel serait-il? »

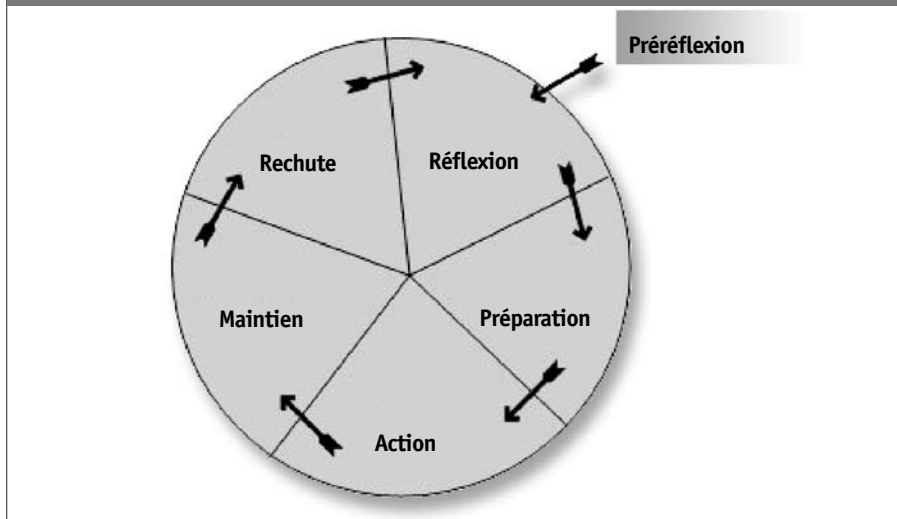
3) *Composer avec la résistance*

Une des difficultés pour le pharmacien est de commencer par reconnaître la présence d'une résistance et de l'accepter sans discuter⁴⁸. Il faut prêter une grande attention à son propre comportement lorsqu'on est confronté à de la résistance et résister à la tentation de persuader, confronter, faire des suggestions ou mettre en garde l'interlocuteur.

Des phrases telles que : « Vous courez vraiment après les problèmes si vous continuez ainsi... », « Pourquoi n'essayeriez-vous pas au moins un des quatre médicaments? » ou « Oui, mais... » vont à l'encontre de l'esprit de l'entrevue motivationnelle^{41,48}.

Mais comment reconnaître la résistance? Les chercheurs ont identifié quatre catégo-

FIGURE 3: Stades de changement



Les chercheurs ont identifié quatre catégories de réponses indiquant une résistance⁴¹

Argumenter	Le patient met en doute ce que vous lui dites. Il ne tient pas compte de ce que vous lui dites. Il montre une certaine hostilité.
Interrompre	Le patient vous coupe la parole. Il élève le ton.
Nier	Le patient vous blâme. Il exprime son désaccord. Il se trouve des excuses. Il se croit à l'abri des conséquences négatives.
Ignorer	Le patient ne prête pas attention à ce que vous lui dites. Il ne réagit pas. Il tente de changer de sujet.

ries de réponses indiquant une résistance⁴¹ :

Comment réagir quand vous constatez une résistance? Une résistance est le signe que votre approche doit être très prudente et axée sur un mode relationnel (empathique) plutôt que sur un mode informationnel. Cet objectif pourra être atteint en faisant preuve d'empathie, en utilisant les outils de l'empathie (questions ouvertes, réponses réflexives (dont les reflets et les reformulations), et en écoutant.

4) *Favoriser le sentiment d'efficacité personnelle*

Cela signifie que le pharmacien doit aider le patient à prendre confiance en lui par rapport au changement de comportement à effectuer. Il faut lui laisser le soin de définir lui-même ses objectifs, de même que la responsabilité de choisir et d'accomplir lui-même le changement. Les succès passés peuvent servir d'encouragement.

Études probantes et adhésion au traitement

L'efficacité de l'entrevue motivationnelle a été clairement démontrée dans le domaine du traitement de l'alcoolisme^{41,45}. Dans d'autres domaines, comme la perte de poids et l'alimentation, les chercheurs ont fait le même constat^{41,45,49}.

Jusqu'à présent, aucune étude n'a été réalisée dans le domaine spécifique de la pharmacie pour améliorer l'observance du traitement médicamenteux. Par contre, certaines études ont récemment été réalisées pour mesurer l'impact de l'entrevue motivationnelle sur la prise de médicaments, mais les intervenants étaient soit des infirmières formées dans ce but, soit

des intervenants spécialisés^{42,50}. Les résultats étaient significatifs, mais le nombre de sujets était très faible. D'autres études sur l'adhésion aux recommandations médicales et de santé tendent à montrer que les interventions appliquées à ce modèle sont efficaces^{41,49,51}.

Somme toute, l'entrevue motivationnelle semble très prometteuse. Mais d'autres travaux seront nécessaires pour clarifier son impact, les éléments-clés à privilégier et les déterminants de la réussite^{42,45}.

Intervention du pharmacien

Est-ce qu'un pharmacien devrait insister pour donner de l'information à un patient pour le convaincre de modifier son comportement? Il est clair que le pharmacien a la responsabilité de donner de l'information sur les médicaments et sur le traitement prescrit. Cependant, l'ambivalence est pour le pharmacien un signal pour qu'il travaille aussi à motiver le patient plutôt que de se contenter de stratégies visant uniquement à transmettre de l'information. Dans de tels cas, l'information sera beaucoup mieux reçue si on demande d'abord au patient la « permission », l'autorisation de lui donner de l'information (p. ex.: « Est-ce que je peux vous proposer quelque chose? », « Aimerez-vous en savoir plus sur ce sujet? », « Vous n'êtes pas convaincu que cela s'applique à votre cas; voulez-vous qu'on en parle? »).

Dans le cadre de l'entrevue motivationnelle, le pharmacien peut utiliser le concept « demander-informer-demander ». On vise d'abord à obtenir de l'information de la part du patient; l'utilisation de questions ouvertes permet de se faire une idée des perceptions du patient par rapport à sa maladie et à son

traitement (p. ex. : « Que pensez-vous de votre tension artérielle élevée? »). Une fois que le patient a exprimé ses impressions, le pharmacien peut lui donner de l'information destinée à soulever des contradictions. Puis, il pourra chercher à savoir si le traitement médicamenteux suscite des inquiétudes chez le patient (« Pensez-vous être en mesure de faire cela? », « Qu'en pensez-vous jusque-là? »).

Tous les professionnels de la santé auraient avantage à comprendre la philosophie et les principes de l'entrevue motivationnelle afin de mieux aider leurs clients dans leur processus de changement. L'entrevue motivationnelle est très utile, car elle permet au pharmacien d'explorer la compréhension et les préoccupations du patient. Cette approche est axée sur la gestion efficace de la résistance au changement et sur l'aide à apporter au patient pour lui permettre d'évoluer dans ce processus.

En résumé

L'intervention du pharmacien pour améliorer l'adhésion au traitement n'est pas simple et, en plus d'une bonne connaissance de la pharmacothérapie, elle exige une compréhension biopsychosociale de l'individu. Toute l'information que le pharmacien transmet s'insère dans tout un réseau mental de représentations individuelles et subjectives propres à chaque individu. Pour un patient, il ne suffit pas de « savoir » pour être motivé et pour changer d'attitude.

Il faut aussi retenir que l'intervention auprès des patients lors de la remise d'un nouveau médicament est tout aussi importante que l'intervention faite par le pharmacien lors

ÉTUDE DE CAS N° 3

Exemple d'intervention d'un pharmacien auprès d'un patient dont la cause de non-adhésion semble être liée à sa motivation (vouloir)

Monsieur Therrien se présente à la pharmacie pour renouveler deux de ses ordonnances de médicaments, de la metformine et du glyburide.

Il s'agit d'un homme de 54 ans qui souffre de diabète, d'hypertension et d'hypercholestérolémie.

Dans son dossier, vous constatez les problèmes suivants :

- Il est en retard de 15 jours pour le renouvellement de son glyburide et de sa metformine.
- Son dossier indique aussi qu'il prend de l'atorvastatine 10 mg, du lisinopril 10 mg ainsi que de l'AAS 80 mg. Ces trois médicaments devraient aussi être renouvelés aujourd'hui.

d'un renouvellement. Lorsque des patients commencent à prendre un nouveau traitement, c'est une occasion unique de détecter ceux qui sont susceptibles de ne pas prendre leurs médicaments comme on le leur recommande. Des questions ouvertes visant à identifier les croyances des patients peuvent s'avérer très efficaces. Par exemple :

- « Qu'est-ce que vous pensez d'avoir à prendre ce médicament? »
- « Qu'est-ce que vous savez sur l'hypertension? Sur l'hypercholestérolémie? »
- « Qu'est-ce que vous pensez du fait que le médecin vous ait prescrit ce médicament? »
- « Qu'est-ce que votre médecin vous a expliqué? Qu'est-ce que vous en pensez? »

Selon les modèles présentés ici, les stratégies suivantes seraient susceptibles de donner de bons résultats :

1. Interventions de nature éducative

D'une part, une meilleure connaissance de sa maladie et de son traitement peut améliorer l'adhésion du patient au traitement⁵². D'autre part, il faut aussi songer à augmenter la perception de la menace que pose la maladie et à souligner les bienfaits du traitement. Il peut s'agir, par exemple, d'enseigner des techniques d'auto-surveillance afin que le patient puisse constater concrètement l'efficacité de son médicament. Une restructuration de certaines croyances en matière de santé devrait aussi être envisagée dans les cas où une fausse

L'entrevue motivationnelle

Phm	Bonjour Monsieur Therrien, ça va bien aujourd'hui?	
Pt	Oui, ça va bien, merci.	
Phm	Monsieur Therrien, avez-vous quelques minutes pour que nous discutions de vos médicaments?	<i>Demander au patient s'il a du temps à consacrer est une première marque de respect en vue d'établir un lien de confiance entre le pharmacien et son client.</i>
Pt	Oui, pas de problème.	
Phm	J'ai noté que vos médicaments auraient dû être renouvelés il y a déjà une dizaine de jours et je me demandais s'il vous en reste encore à la maison?	<i>Le pharmacien valide sans porter de jugement l'information objective qu'il a notée dans le dossier du patient.</i>
Pt	Oui, il m'en reste suffisamment.	
Phm	D'accord... Comment vous les prenez?	<i>L'utilisation d'une question ouverte permet d'obtenir plus d'information.</i>
Pt	Je les prends une journée sur deux à peu près... En fait, je ne pense pas que j'ai vraiment besoin de les prendre tous les jours. Huit pilules par jour, c'est beaucoup!	<i>Le patient transmet une information.</i>
Phm	Vous trouvez que ça en fait trop à prendre?	
Pt	Oui	
Phm	Qu'est-ce qui vous incommod le plus d'avoir à prendre tous ces médicaments?	<i>Le pharmacien tente d'identifier s'il s'agit d'un problème de « pouvoir » (posologie complexe) ou de « vouloir » (motivation).</i>
Pt	Eh bien, écoutez... je me sens très bien, je ne me sens pas malade. Je veux continuer à être en bonne santé, mais pas en prenant des pilules!	<i>La réponse du patient permet au pharmacien d'éliminer la cause « pouvoir » et d'envisager plutôt une cause « vouloir ».</i>
Phm	Donc vous avez peur que les médicaments vous rendent encore plus malade alors que vous vous sentez bien...	<i>Réponse réflexive de type empathique. à préciser lorsque l'on croit identifier une cause « vouloir » (faire preuve d'empathie).</i>
Pt	Exactement!	
Phm	Qu'est-ce que votre médecin vous a dit à propos de votre état de santé?	<i>Une question ouverte permet d'aller chercher plus d'information.</i>
Pt	Il m'a dit que je fais du diabète, de l'hypertension et du cholestérol, et que je devrais m'en occuper, car mon cœur pourrait en souffrir un jour.	
Phm	Et vous, qu'est-ce que vous en pensez?	<i>Toujours dans l'esprit de l'entrevue motivationnelle, le pharmacien doit éviter de raisonner ou de faire des suggestions. Il doit plutôt inciter le patient à s'exprimer.</i>
Pt	Les médecins, vous les connaissez, ils aiment ça, prescrire des médicaments!	
Phm	Vous n'êtes pas vraiment convaincu de l'importance de les prendre régulièrement...	<i>Réponse empathique (réponse réflexive)</i>
Pt	Pas vraiment. En plus, il voudrait que je perde du poids, que je fasse de l'exercice et que j'arrête de fumer. Il rêve en couleurs!	
Phm	Vous trouvez que ça fait beaucoup en même temps.	<i>Réponse empathique (réponse réflexive)</i>
	(Laisser un silence)	
Pt	Oui... On peut dire ça...	
Phm	Pour ma part, en tant que professionnel de la santé, je suis inquiet de l'impact sur votre santé si vous restez avec ces problèmes-là sans les maîtriser.	<i>Le pharmacien transmet son inquiétude au patient à propos de son état de santé (soulever les contradictions).</i>
	(Laisser un silence)	
Phm	Qu'est-ce qui vous inciterait à prendre régulièrement vos médicaments?	

Suite en page 10

L'entrevue motivationnelle (suite)

Pt	Je ne sais pas trop... Je vais y penser.	
Phm	Est-ce que je peux vous proposer quelque chose?	<i>Dans l'esprit de l'entrevue motivationnelle, il est important de demander la permission avant de transmettre de l'information ou de faire des suggestions.</i>
Pt	Oui, vous pouvez toujours essayer...	
Phm	J'ai ici de l'information sur les différents problèmes de santé dont vous venez de me parler. Vous pourriez toujours y jeter un coup d'œil et on s'en reparlera à votre prochaine visite.	
Pt	Je peux bien essayer de faire ça...	
Phm	Parfait. Bonne fin de journée, Monsieur Therrien!	
Pt	Oui, bonne journée à vous aussi.	

croissance influe négativement sur l'adhésion au traitement.

2. Interventions destinées à augmenter l'efficacité personnelle

L'éducation du patient devrait cibler aussi le renforcement de l'efficacité personnelle. La confiance en sa propre capacité de réussite est un déterminant extrêmement important du succès et dont l'efficacité est bien démontrée. Il s'agit d'encourager le patient à se fixer ses propres objectifs et de s'assurer que ces objectifs sont réalisables.

3. Assurer une communication plus efficace entre le pharmacien et son patient.

Dans le modèle traditionnel de communication pharmacien-patient, un expert – le pharmacien – incite un patient – passif – à être observant. Le patient a le choix de coopérer ou de ne pas coopérer. Un modèle plus intéressant, et plus efficace, consiste à voir le patient comme un individu qui a un emploi du temps chargé et qui prend une part active aux décisions concernant

sa santé. Au lieu d'accepter tout ce que lui proposent les professionnels, il modifie les traitements suggérés en fonction de ce qui a de l'importance pour lui. Dans cette optique, le pharmacien doit être à l'écoute des réelles préoccupations de ses patients, et il ne devrait pas hésiter à aborder les aspects psychosociaux de l'individu, ses croyances en matière de santé, ses craintes et ses attitudes. D'ailleurs, il est bien démontré que la qualité de la communication pharmacien-médecin améliore l'adhésion au traitement^{11,52}. Pourquoi en serait-il autrement de la communication pharmacien-patient?

L'inobservance au traitement médicamenteux est un problème extrêmement préoccupant pour les professionnels de la santé. Les conséquences individuelles et sociétales sont très importantes et méritent que l'on y porte une attention particulière. À la lumière de ce qui précède, plusieurs déterminants, tant cognitifs que psychologiques et sociaux sont étroitement liés les uns aux autres et influent sur l'adhésion au traitement; une approche

globale de l'individu (cognitive, émotive et comportementale) est donc à privilégier.

Les modèles psychologiques présentés dans cet article pour expliquer tous ces déterminants et leurs interrelations devraient être vus comme un moyen d'affiner notre compréhension plutôt que comme une fin en soi. Il est cependant essentiel de bien comprendre l'influence de tous ces facteurs en tant que déterminants de la non-adhésion au traitement médicamenteux et de prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre de nouvelles stratégies adaptées aux nouvelles découvertes.

En tant que professionnel de la santé le plus disponible et le plus facilement accessible, le pharmacien joue un rôle primordial pour optimiser des comportements favorables au maintien de la santé. Le modèle d'intervention S.V.P. est un outil d'intervention simple et facile à maîtriser. En recherchant activement la cause probable de l'inobservance au traitement, le pharmacien pourra cibler l'intervention appropriée à chaque situation.

De plus, si un pharmacien s'investit pour favoriser la meilleure adhésion des patients à leur traitement, il en résultera de meilleurs résultats thérapeutiques, moins d'effets secondaires et moins de risques pour la santé des patients. ●

Cette leçon a été révisée par Melanie Rantucci, M.Sc. Phm, Ph.D., R.Ph en Colombie-Britannique, et Nora MacLeod-Glover, R.Ph., B.Sc. Phm. Remerciements particuliers à Jean-Marc Assaad. Ph.D. Le Dr Assaad, psychologue clinicien et spécialiste de l'entrevue motivationnelle, est le directeur du Programme pour cesser de fumer en milieu de travail au Centre Universitaire de Santé McGill, en collaboration avec l'Hôpital Royal-Victoria et l'Institut thoracique de Montréal.

RÉFÉRENCES

- Gottlieb H. Medication Nonadherence: Finding Solutions to a Costly Medical Problem. *Drug Benefit Trends*, 2000;12(6):57-62.
- Krueger KP, Felkey BG, Berger BA. Improving adherence and persistence: a review and assessment of interventions and description of steps toward a national adherence initiative. *JAPhA*, 2003;(43)4:668-79.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*, 2005;353:487-97.
- Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. In: Haynes NRB, Taylor DW, Sackett DL, eds. 1979 *Compliance in Healthcare*. Baltimore: Johns Hopkins University Press;11-22.
- Lennon C, Hugues CM, Johnston GD, McElroy JC. Identification of psychosocial factors which influence patient adherence with antihypertensive medication. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 2001;9(suppl):R8.
- Anderson RJ, Kirk LM. Methods of improving patient compliance in chronic disease states. *Arch Intern Med*, 1982;142:1673-5.
- ATP III. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*, 2002;106:3143-421.
- Kehoe WA, Katz RC. Health behaviors and pharmacotherapy. *The Annals of Pharmacotherapy*, 1998;32(10):1076-86.
- Christensen A. Patient adherence to medical treatment regimens: bridging the gap between behavioral science and biomedicine. *Current Perspectives in Psychology series*, Alan E. Kazdin Éditions. 2004.
- DiMatteo R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 2004;42(3):200-9.
- Tabor P, Lopez DA. Comply with us: improving medication adherence. *J Pharm Pract*, 2004;17(3):167-81.
- Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow pres-

criptions for medication. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, 2, CD 000011.

13. Lalande R, Goudreau J. Éducation du patient et observance des recommandations: une stratégie d'intervention pour le clinicien. *Psychologie médicale*, 1991;23(6):655-8.

14. Beardsley RT et coll. Programme de consultation Pharmacien-Patient – PCPP 3: consultation en vue d'améliorer l'observance, Indian Health Service, U.S. Public Health. Document distribué par Pfizer. 1997.

15. Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2005

16. Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2003;60(7):657-65.

17. Johnson Roberts K, Volberding P. Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. *AIDS*, 1999;13:1771-8.

18. Semchuk W. Empowering providers to meet patient information needs: reduce patient anxiety to support adherence. *CPJ*, 2004;137(3):46-9.

19. Hall J, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounter. *Med Care*, 1988;26:657-75.

20. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: a scientific review. *JAMA*, 2002;288(22):2868-70.

21. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics*, 2001;23:1296-1310.

22. Richter A, Anton SE, Koch P, Dennett SL. The impact of reducing dose frequency on health outcomes. *Clinical Therapeutics*, 2003; 25(8):2307-35.

23. Possidente CJ, Bucci KK, McClain WJ. Motivational interviewing: a tool to improve medication adherence? *Am J Health-Syst Pharm*, 2005;62:1311-14.

24. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. *Int Elec J Health Edu*, 2000;3(special issue):180-93.

25. Lamb GC, Green SS, Heron J. Can physicians warn patients of potential side-effects without causing fear of causing these side-effects? *Arch Intern Med*, 1994;154:2753-6.

26. Myers E, Calvert E. The effect of forewarning on the occurrence of side-effects and discontinuance of medication in patients on amitriptyline. *Br J Psychiatry*, 1973;122:461-4.

27. Howland J, Baker M, Poet T. Does patient education cause side-effects? A controlled trial. *J Fam Pract*, 1990;31:62-4.

28. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991;5:179-211.

29. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monographs*, 1966;80(1):1-28.

30. Collin J. Médicament et vieillesse : trois cas de figure. *Anthropologie et sociétés*, 2003;27(2):119-38.

31. Eldred LJ, Wu AW, Chiasson RE, Moore RD. Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease, *J Acquired Immune Deficiency Syndromes Human Retrovirology*, 1998;18:117-25.

32. Flakerud JH. Culture and ethnicity in JHFlakerud and PJ Ungvaski (Eds), *HIV/AIDS: a guide to nursing care*, 3rd. ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 1995;405-32.

33. Habbush DF. Coping style and locus of control: predicting daily adherence to self-monitoring of bleed glucose in women with gestational diabetes mellitus. *Dissertation abstracts international*, 2001;section B:2484.

34. Knecht MC, Syrjälä AH, Knuutila ML. Locus of control beliefs predicting oral and diabetes health behavior and health status. *Acta Odontologica Scandinavica*, 1999;57(3):127-31.

35. Kaplan RM, Atkins CJ. Specific Efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 1984;3:223-42.

36. Holt CL, Clark EM, Kreuter MW and Scharff DP. Does locus of control moderate the effects of tailored health education materials? *Health Education Research*, 2000;15(4):393-403.

37. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 1977;84:191-215.

38. O'hea EL. Adherence to medical regimens in low-income adults with type 2 diabetes: the influence of perceived control constructs. *Dissertation abstracts*, 2005;65:3718.

39. Tall E, Rasker JJ, Seydel ER, Wiegman O. Health status, adherence with health recommendations, self efficacy and social support in patients with rheumatoid

arthritis. *Patient Educ Counsel*, 1996;20:63-76.

40. Smith SR, Rublain JC, Marcus C, Brock TP, Chesnay MA. A medication self management program to improve adherence to HIV therapy. *Patient Education and Counseling*, 2003;50(2):187-99.

41. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York. Guilford Press Éditions, 2002.

42. Possidente CJ, Bucci KK, McClain WJ. Motivational interviewing: a tool to improve medication adherence? *Am J Health-Syst Pharm*, 2005;62:1311-4.

43. Bunton R, Baldwin S, Flynn D, Whitelaw S. The stages of change model in health promotion: science and ideology. *Critical Public Health*, 2000;10(1):55-70.

44. Riemsmma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L. Systematic review of the effectiveness of stage-based interventions to promote smoking cessation. *BMJ*, 2003;326:1-7.

45. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*, 2004;53:147-55.

46. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 1992;47(9):1102-14.

47. Stott NC, Rollnick SR, Rees M, Pill RM. Innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Fam Pract*, 1995;12:413-18.

48. Moyers TB, Rollnick S. A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Psychotherapy in Practice*, 2002;58(2):185-93.

49. Rubak S, Sandboek A, Lauritzen T, Christensen BO. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 2005;8:305-12.

50. Adamian MA. Brief motivational interviewing to improve medication-taking for patients with HIV: A content analysis. The 129th Annual Meeting of APHA. Atlanta, GA (21-25 oct. 2001).

51. Zweben A, Zuckoff A. Motivational interviewing and treatment adherence. In: Miller WR, Rollnick S (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York. Guilford Press Editions.

52. Roberts KJ, Volberding P. Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. *AIDS*, 1999;13:1771-8.

QUESTIONS : Répondez en ligne sur monportailpharmacie.ca, section Formation en ligne, FC en ligne, « Encore plus de formation approuvée par le CCEPP »

1. Laquelle des causes de non-adhésion suivantes NE FIGURE PAS dans la catégorie « pouvoir »?

- a) Oubli
- b) Posologie complexe
- c) Préfère les produits naturels
- d) Effets secondaires désagréables

2. Laquelle des causes de non-adhésion suivantes NE FIGURE PAS dans la catégorie « vouloir »?

- a) Ne croit pas en l'efficacité des médicaments

- b) Nie sa maladie
- c) N'a pas confiance en son médecin
- d) Ne comprend pas la nature de sa maladie

3. Une des solutions possibles à la non-observance est de distribuer les médicaments en pilulier. Cette approche sera probablement efficace si la cause de la non-observance est de type :

- a) Savoir
- b) Vouloir
- c) Pouvoir

- d) Aucune de ces réponses

4. Toutes les stratégies suivantes sont potentiellement efficaces pour améliorer l'adhésion au traitement et sont à privilégier à chaque rencontre, SAUF UNE, laquelle?

- a) Assurer une communication verbale respectueuse entre le pharmacien et le client.
- b) Encourager l'efficacité personnelle.
- c) Donner de systématiquement unenouvelle information chaque fois que le patient vient à la pharmacie.

- d) Poser des questions ouvertes pour en apprendre plus sur le client.
 e) Poser des questions ouvertes pour en savoir plus sur ce que pense le patient.
5. **L'information qu'un pharmacien transmet à son patient sur le médicament et la maladie garantit qu'il respectera son traitement médicamenteux.**
 a) Vrai
 b) Faux
6. **En ce qui concerne le HBM, lequel des énoncés suivants est FAUX?**
 a) Selon ce modèle, une des conditions préalables à l'adhésion au traitement est que le patient se croie vulnérable à la maladie.
 b) Le patient pèse consciemment ou inconsciemment le pour et le contre de chaque alternative et prend une décision logique selon cette analyse.
 c) Selon ce modèle, une des conditions préalables à l'adhésion au traitement est que le patient croie à l'efficacité du médicament pour limiter les complications.
 d) L'opinion du professionnel de la santé a une influence importante sur la décision du patient de prendre ou non ses médicaments.
7. **Parmi les causes possibles de non-observance, laquelle exige habituellement une intervention à long terme**
 a) Pouvoir
 b) Savoir
 c) Vouloir
 d) Toutes ces réponses
8. **Selon la théorie du comportement planifié, l'intention d'être observant est un bon prédicteur de l'observance.**
 a) Vrai
 b) Faux
9. **Selon la théorie du comportement planifié, un professionnel de la santé avec qui le patient a établi un lien de confiance devient une personne influente en ce qui concerne l'adhésion au traitement.**
 a) Vrai
 b) Faux
10. **Selon le HBM, quels sont des exemples de « coûts » associés à un changement de comportement?**
 a) Le prix
 b) La présence d'un effet secondaire incommode
 c) L'incompatibilité avec le mode de vie
 d) Avoir à se rendre chez son médecin régulièrement
 e) Tous ces énoncés
11. **Monsieur Dansereau a récemment reçu un diagnostic de diabète de type 2. (Il a acheté plusieurs ouvrages de référence sur le sujet, il mesure sa glycémie quotidiennement, il inscrit ses résultats sur un graphique et il a pris un rendez-vous avec une nutritionniste). Selon toute probabilité, ce patient est doté :**
 a) d'un locus de contrôle interne.
 b) d'un locus de contrôle externe.
12. **Parmi les théories suivantes et compte tenu du taux de succès décrit dans les études, laquelle fait l'unanimité dans la communauté scientifique pour prédire l'adhésion au traitement?**
 a) HBM
 b) Théorie de l'action planifiée
 c) Théorie de l'autoefficacité
 d) Locus de contrôle
13. **Parmi les interventions suivantes du pharmacien, laquelle est soutenue par la théorie du HBM?**
 a) Renseigner le patient sur les conséquences à long terme de sa maladie.
 b) Remettre au patient un feuillet d'information expliquant l'évolution de la maladie.
 c) Donner des conseils pour atténuer les effets secondaires.
 d) Tous ces énoncés.
14. **Selon la théorie du comportement planifié, le fait d'avoir une attitude positive par rapport aux médicaments est un déterminant positif de l'adhésion au traitement)**
 a) Vrai
 b) Faux
15. **Parmi les énoncés suivants, lequel est le plus représentatif d'un signe de résistance?**
 a) Le patient vous pose des questions sur la maladie.
 b) Le patient vous écoute avec attention et vous pose des questions pour être certain d'avoir bien compris.
- c) Le patient vous interrompt et vous demande combien coûte ce médicament.
 d) Le patient exprime son inquiétude quant aux conséquences de sa maladie.
16. **Parmi les énoncés suivants concernant l'entrevue motivationnelle, lequel est FAUX?**
 a) Le pharmacien doit tenter de convaincre et de persuader le patient à tout prix pour le motiver à prendre ses médicaments.
 b) Elle est utile pour faire évoluer le patient à travers les différents stades du changement, de la préréflexion à l'action.
 c) Elle favorise l'autonomie du patient et sa liberté de choix.
 d) Il n'est pas nécessaire que l'intervention soit longue pour être efficace.
17. **L'enseignement de l'autocontrôle de la tension artérielle et l'élaboration d'un plan d'intervention personnalisé pour l'asthme sont deux exemples soutenant quelle théorie?**
 a) Locus de contrôle
 b) Autoefficacité
 c) HBM
 d) Théorie de l'action planifiée
18. **Croire que la santé peut être contrôlée en posant des gestes concrets est un élément essentiel de la théorie du comportement planifié.**
 a) Vrai
 b) Faux
19. **Le modèle transthéorique de changement de comportement comporte cinq stades. Parmi les stades suivants, lequel comporte le plus d'ambivalence?**
 a) Préréflexion
 b) Réflexion
 c) Action
 d) Préparation
 e) Maintien
20. **Selon le modèle transthéorique de changement de comportement, le rôle du professionnel est de faire passer le patient au stade subséquent.**
 a) Vrai
 b) Faux

COMITÉ DE RÉDACTION

À propos de l'auteur

Christiane Mayer est chargée de cours en communication interpersonnelle à la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Elle est également consultante dans le domaine de la réingénierie en pharmacie communautaire. Elle fait régulièrement des exposés et a publié de nombreux articles sur ces sujets.

Révision

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

Coordonnatrice de la FC

Sheila McGovern, Toronto (Ontario)

Cette information est publiée par Les Éditions Rogers Limitée, One Mount Pleasant Rd., Toronto, (Ontario) M4Y 2Y5. Tél. : 416-764-2000. Télécopieur : 416-764-3931.

Ce document ne peut être reproduit, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite de l'éditeur ©2007



POUR RÉPONDRE EN LIGNE À CETTE LEÇON DE FORMATION CONTINUE

Si vous avez déjà ouvert une session dans notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE, veuillez revenir à la page «Leçons disponibles en ligne» et cliquez sur «Lien vers les questions» correspondant à cette leçon de FC.

Si vous n'avez pas encore ouvert une session, mais que vous êtes inscrit à notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE, veuillez cliquer ici :

<http://ce.pharmacygateway.com/Pharmacie/login/index.asp>

Si vous ne vous êtes pas encore inscrit à notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE et si vous désirez répondre aux questions en ligne, veuillez cliquer ici :

<http://ce.pharmacygateway.com/Pharmacie/login/adduser.asp>

Pour toute question, veuillez communiquer avec :

(formation continue de Pharmacy Practice, de Pharmacy Post, du Centre Novopharm de FC sur l'observance thérapeutique, d'autres FC approuvées par le CCEPP ou de Tech Talk [anglais] ou Coin Technipharm [français])

Mayra Ramos

Fax : (416) 764-3937

Courriel : mayra.ramos@rci.rogers.com

(pour Québec Pharmacie et L'actualité pharmaceutique)

Stéphane Paradis

Fax : (514) 843-2183

Courriel : stephane.paradis@rci.rogers.com