

# La communication patient-médecin autour du médicament : malentendus et non-dits

## *Drug-therapy : misunderstanding and omission, in patient-doctor communication*

**S. Mokrane<sup>1</sup> et M. Bujold<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Département de Médecine générale, ULB, <sup>2</sup>Département de Médecine familiale, Université McGill, Montréal

### RESUME

*La communication patient-médecin est semée de malentendus et de non-dits, notamment autour du médicament. Dans cet article, nous mobilisons l'anthropologie de la santé pour éclairer ce phénomène. Au-delà de son efficacité biomédicale, le médicament est aussi un objet manufacturé porteur de sens, objectivant la maladie, empreint de charmes mais suscitant également des doutes. Il est à la fois prometteur d'une certaine autonomisation par rapport à la maladie et de la matérialisation d'une dépendance au médecin.*

*Le médicament est enfin un outil de communication entre le patient souffrant et le médecin soignant. S'il fait l'objet de dissension, le médicament peut être une opportunité pour le médecin d'explorer les représentations individuelles de la maladie des patients et les obstacles éventuels à une adhésion thérapeutique négociée entre les deux partenaires de la relation thérapeutique.*

*Rev Med Brux 2017 ; 38 : 385-91*

### ABSTRACT

*Patient-doctor communication is fraught with misunderstanding and omission, especially around the drug therapy. In this article we mobilize health anthropology to illustrate this phenomenon. Beyond the biomedical effect, the drug is also an object of meaning: it objectifies the disease and is appealing but also raising uncertainties. It simultaneously promises a certain autonomy and a dependency on the doctor.*

*Drug prescription also serves as a communication tool between the suffering patient and the caring doctor. If the prescription can be source of disagreement, it could present an opportunity for the doctor to explore the patient's illness representation, and the potential obstacles to negotiated therapeutic adherence between the partners of the therapeutic relationship.*

*Rev Med Brux 2017 ; 38 : 385-91*

*Key words : family doctor, patient doctor communication, medicine, illness representation, health anthropology*

### INTRODUCTION

Lors de la consultation, de nombreux malentendus et non-dits jalonnent la rencontre patient-médecin, notamment dans la communication autour des médicaments. Du point de vue biomédical, les médicaments sont des molécules biologiquement actives, produits par des firmes pharmaceutiques, distribués par les pharmaciens et destinés aux patients. Un traitement médicamenteux, à visée curative, symptomatique ou préventive, est prescrit en fonction

de la situation clinique (anamnèse, examen physique, examens complémentaires éventuels). Pour autant, la prescription ne sera pas nécessairement suivie scrupuleusement par le patient.

Dans sa pratique quotidienne, le médecin généraliste peut être confronté à des comportements et des attitudes très variables des patients concernant l'usage des médicaments. Certains patients présentant une ou plusieurs pathologies chroniques, et prenant un traitement quotidien depuis parfois plusieurs années,

ne connaissent pas le nom et/ou le rôle de leurs médicaments<sup>1</sup>. En revanche, d'autres semblent très attachés à leur traitement habituel, et toute adaptation de dosage ou de molécule entraîne au mieux une négociation, au pire le non-suivi de la prescription<sup>2</sup>. Certains patients qui devaient prendre des traitements pharmaceutiques d'après la situation clinique et les recommandations des guides de pratique clinique, les refusent, là où d'autres insistent pour en obtenir bien qu'ils n'en aient pas nécessairement besoin<sup>3</sup>. Enfin, il arrive que certains produits pharmaceutiques ne soient pas perçus comme des médicaments (par exemple des psychotropes ou des antalgiques) par les patients<sup>1</sup>.

Toutes ces situations peuvent être à l'origine de malentendus dans la relation patient-médecin. La littérature actuelle en anthropologie de la santé nous éclaire sur la manière dont les patients appréhendent les médicaments, ce qu'ils représentent pour eux, et peut contribuer de la sorte à améliorer la communication patient-médecin autour du médicament. Dans cet article, nous envisagerons le médicament comme un objet social qui investit et réorganise le quotidien des patients. Ce qui va nous amener à nuancer la notion de *compliance* au traitement, par les termes d'observance et d'adhésion thérapeutique. Ensuite, nous nous attarderons sur le statut ambivalent du médicament, emprunt de charmes et suscitant des doutes. Métaphore de l'attention du médecin et d'une action bénéfique sur le corps malade, il suscite également des craintes par rapport à ses potentiels effets secondaires, et à une dépendance à un système de contrôle médico-pharmaceutique. Nous verrons comment ces éléments peuvent influencer les rapports des usagers aux médicaments et considérerons certains aspects de l'automédication. Enfin, nous tenterons de clarifier quelques sources de malentendus, avant d'évoquer la manière dont la prescription participe à la communication patient-médecin autour du médicament.

## LE MÉDICAMENT, OBJET SOCIAL EMPRUNT DE CHARMES

Parmi les moyens thérapeutiques, le médicament s'est fait une place majeure. À la suite de van der Geest et Reynolds Whyte, le médicament peut être envisagé comme un *materia medica*, objet médiateur de l'action du médecin sur la maladie. Les médicaments objectivent l'expérience de la maladie par leur capacité à modifier l'organisme vivant. En tant qu'objets, ils exercent leurs *charmes* par les attentes qu'ils suscitent et les effets qu'ils provoquent. Les médicaments *envoûtent* par ce qu'ils signifient : ils sont une métaphore de l'expérience et de la conception de la maladie. Ils charment aussi par la manière dont ils donnent sens<sup>3</sup>. Les médicaments matérialisent également un peu du médecin, concrétisent la reconnaissance par le soignant de la souffrance du malade, et prolongent la consultation.

Produit pharmaceutique manufacturé, le médicament, peut donc être envisagé comme un objet social,

et la prise médicamenteuse comme une pratique. Les différentes formes médicamenteuses, les comprimés -à avaler, à faire dissoudre-, les solutions -à diluer ou pas-, les injections, etc., sont spécifiques des usagers : par exemple, le sirop pour les enfants, certains produits intraveineux pour les patients hospitalisés. Le médicament et la prise médicamenteuse contribuent de la sorte à donner sens au parcours thérapeutique dans lequel ils s'inscrivent<sup>4</sup>. Le médicament, diffusé largement, parfois accessible sans ordonnance, a investi le quotidien des usagers, circulant dans la sphère privée.

La gestion quotidienne des médicaments (où et comment ils sont rangés, comment sera organisée la prise, les stratégies mises en place pour permettre la prise des médicaments, etc.) varie selon les modèles culturels et les rapports au corps<sup>5</sup>. La prise médicamenteuse en elle-même implique une réorganisation du quotidien durant toute la durée du traitement, et nécessite parfois l'implication d'autres membres de la famille ou du réseau social, ou au contraire le recours à diverses stratégies visant à éviter de dévoiler à son entourage la prise de médicaments<sup>6</sup>.

Au cours de la maladie chronique, le traitement peut évoluer : changement de médicaments ou de posologie, modification des conditionnements à l'occasion d'un renouvellement de la prescription, ou encore substitution d'une spécialité par un générique ou remplacement d'un générique par une autre marque lors de la délivrance des médicaments en pharmacie. Or, la recherche du traitement le plus approprié pour le patient crée les conditions d'un processus d'identification entre le médicament et son usager<sup>2</sup>, pouvant expliquer certaines réticences. Une modification du traitement habituel implique pour le patient de s'approprier le nouveau traitement. Par ailleurs, toute perturbation de la situation familiale, sociale ou administrative peut également influencer les prises médicamenteuses, et donc l'observance du traitement<sup>7</sup>.

## COMPLIANCE, OBSERVANCE, ADHESION AUX MÉDICAMENTS

*Compliance*, observance, adhésion thérapeutique concerne le suivi de la prescription médicale par le patient. Ces différentes appellations reflètent l'évolution d'un concept qui tente de décrire la manière dont la prescription médicale sera effectivement mise en application par le patient, ce en lien avec l'évolution du modèle de la relation patient-médecin. *Compliance* (de l'anglais *to comply with*) comprend une notion d'obéissance du patient qui doit se conformer aux consignes du médecin. Seules deux options sont envisagées : le *bon* patient, *compliant*, qui suit la prescription médicale et le *mauvais* patient, *incompliant*, qui ne l'applique pas<sup>8</sup>.

Or, la réalité n'est pas si dichotomique. Il existe en effet un continuum de comportements entre ces deux extrêmes dont rend compte le terme

d'observance<sup>i</sup> thérapeutique. L'observance thérapeutique reflète l'adéquation des pratiques de santé par rapport aux recommandations du médecin. Elle peut s'appliquer aux traitements médicamenteux : posologie, modalité de la prise, durée du traitement, etc., mais également aux thérapies non médicamenteuses : soins infirmiers, physiothérapie, psychothérapie, etc. Elle concerne également les mesures d'hygiène de vie telles que l'activité physique ou le régime alimentaire, ou encore le suivi médical : la présence aux rendez-vous médicaux ou la réalisation des examens complémentaires<sup>8</sup>. L'étude des déterminants de l'observance thérapeutique nécessite une approche multifactorielle tenant compte de la pathologie, du type de traitement, de la relation patient-médecin, d'éléments liés au patient, et du système de santé<sup>9</sup>. L'observance est mesurable par différentes méthodes. Pour les maladies chroniques, le taux d'observance médicamenteuse, dans les pays développés, est estimé en moyenne à quelque 50 %<sup>10</sup>. Ce faible taux a des conséquences sanitaires et économiques non négligeables<sup>10</sup>.

Cependant, le taux d'observance est une mesure ponctuelle qui ne rend pas compte de la variabilité des pratiques de santé, ni de leur évolution dans le temps<sup>2,8</sup>. Dans une approche centrée sur le patient, les recherches sur l'observance thérapeutique soulignent qu'il s'agit avant tout pour le patient de maîtriser sa maladie, par exemple, en testant différents dosages et leurs effets sur la maladie<sup>11</sup>. L'observance renvoie à ce que le patient met en place pour gérer sa maladie, notamment les stratégies qu'il déploie pour intégrer la prise médicamenteuse tenant compte des contraintes de la vie quotidienne. Parfois, la prise médicamenteuse trahit la présence d'une maladie stigmatisante (VIH, épilepsie, diabète, etc.), amenant le patient à modifier les prises de médicaments pour éviter de dévoiler sa pathologie à l'entourage. Ainsi, le comportement d'un patient *inobservant* peut révéler un doute, sinon d'une méfiance vis-à-vis des médicaments, une difficulté pour le patient à accepter sa maladie, des obstacles socioéconomiques à l'accès au médicament. Le schéma thérapeutique prescrit est peut-être inapplicable par le patient parce qu'il ne tient pas compte de son mode de vie, ou la prise médicamenteuse peut être difficile à maintenir dans la durée. Les difficultés d'observance peuvent aussi être liées à un défaut d'information sur la maladie ou sur les médicaments prescrits<sup>6</sup>.

En lien avec les représentations individuelles et collectives du traitement, l'adhésion thérapeutique décrit la concordance entre les perceptions et les attentes du patient et celles du médecin en matière de traitement<sup>6</sup>. Investiguer l'adhésion thérapeutique peut aider à évaluer les obstacles à l'observance. La relation patient-médecin peut alors évoluer vers une *alliance thérapeutique* où patient et médecin sont partenaires et s'entendent sur les décisions relatives au traitement<sup>9</sup>. Des outils d'aide à la décision partagée<sup>ii</sup> peuvent être utilisés lorsque différentes options thérapeutiques existent sans que l'une soit objectivement meilleure qu'une autre<sup>12</sup>. Tels que définis par l'IPDAS

(*International Patient Decision Aid Standards*)<sup>13</sup>, ces outils visent à : (a) aider les patients et les professionnels de santé à identifier un élément de décision et les options associées ; (b) les aider à échanger des informations sur les bénéfices et les limites de chaque option ; (c) aider les patients à clarifier et communiquer leurs valeurs personnelles et leurs préférences ; (d) aider les patients à réfléchir avec les différents professionnels aux différentes options et (e) aider les patients à prendre une décision informée et basée sur leurs propres valeurs. Une revue systématique de la Cochrane de 110 essais contrôlés randomisés montrent de solides preuves de l'efficacité d'outils d'aide à la décision. Ces outils améliorent les connaissances des patients sur les options thérapeutiques, les aident à avoir des attentes plus précises par rapport aux possibles bénéfices et désavantages, amènent à des choix qui sont plus en accord avec leurs valeurs, et à un usage plus efficient des soins de santé. Ils ont également montré un effet bénéfique sur la communication patient-médecin<sup>14</sup>.

Les traitements envisagés pourront dès lors tenir compte des représentations qu'a le patient de la maladie et de son traitement, de ses contraintes de vie, et viser ainsi à soutenir le patient dans la gestion de sa maladie. Une telle relation devrait permettre au patient d'exprimer notamment ses doutes, ses craintes concernant les médicaments proposés.

## SCEPTICISME VIS-A-VIS DES MEDICAMENTS

La popularité des biomédicaments n'a d'équivalent que la méfiance qu'ils suscitent. Les médicaments sont à la fois ce qui soigne et ce qui rappelle à chaque instant la maladie. D'une part, ils contribuent à améliorer la vie sociale et à augmenter l'autonomie en réduisant les manifestations de la maladie. D'autre part, ils peuvent menacer cette qualité de vie et cette autonomie par la nécessité de la prise régulière et de consultations médicales récurrentes pour le renouvellement des prescriptions<sup>3,11</sup>. Une étude menée en France auprès de personnes hypertendues relève que la prise irrégulière des médicaments permet notamment au patient de garantir la continuité du traitement lorsque les rendez-vous mensuels chez le médecin généraliste sont plus espacés que le nombre de comprimés dans les boîtes (un mois de calendrier versus des boîtes de 28 ou 30 comprimés). Ce défaut d'observance peut également refléter un problème d'adhésion thérapeutique : la nécessité de la prise quotidienne à vie d'un ou de plusieurs médicaments peut être difficilement acceptée par le patient lorsque la maladie est peu symptomatique, voire asymptomatique.

<sup>i</sup>. Certains auteurs distinguent, au sein du concept d'*adhérence*, la *persistance* qui renvoie à la durée durant laquelle le traitement sera pris par rapport à ce qui était recommandé, d'une part, et la *compliance* qui concerne alors la prise de médicament selon la posologie et modalités horaires prévus par la prescription d'autre part<sup>26</sup>.

<sup>ii</sup>. Voir par exemple : Hôpital d'Ottawa. Institut de Recherche. (Consulté le 07/07/2017). Outils d'aide à la décision pour les patients. [Internet] <https://decisionaid.ohri.ca/francais/repertoire.html>.

tique, et lorsque les contraintes de la prise médicamenteuse ont un impact sur la vie sociale, en particulier chez les personnes actives<sup>2</sup>.

Par ailleurs, certains patients en attente de plus d'écoute par rapport au problème de santé qui les amènent à consulter ne sont pas satisfaits de la réponse médicamenteuse proposée par leur médecin, et parfois considèrent que c'est un moyen pour le médecin de raccourcir le temps de consultation. Les critiques contre l'usage des médicaments pharmaceutiques s'amplifient dès la fin des années soixante. De nombreux mouvements alternatifs apparaissent, prônant l'autonomisation et le rejet de l'autorité, y compris le rejet du paternalisme médical incarné par la figure du médecin<sup>15</sup>. Illich parle même de surmédicalisation de la société dès 1975<sup>16</sup> : la biomédecine outrepasserait son domaine de compétence en s'imposant dans des questions non médicales (par exemple, la ménopause, l'anxiété ou encore la contraception). Comme d'autres auteurs, il s'est particulièrement intéressé aux effets iatrogènes des médicaments, incitant à la prudence en matière de prescription médicamenteuse susceptible de participer à la médicalisation de la vie quotidienne<sup>3</sup>.

La crainte des effets secondaires peut, en outre, côté patient, être une autre cause d'inquiétudes par rapport aux médicaments. Chez certains, l'irrégularité des prises médicamenteuses aide à la fois à ressentir l'effet d'une réduction des doses, confirmant ainsi l'efficacité du traitement, et à maîtriser en partie les effets indésirables inhérents au traitement et la manière dont ils affectent leur vie sociale<sup>2</sup>. Ces effets iatrogènes sont d'autant moins tolérés qu'ils concernent des médicaments à visée préventive. Hardy s'intéresse au sens de la prescription médicale, en particulier au sens du *bien* qu'il représente pour le médecin. L'objectif d'une prescription (curative, symptomatique, préventive) peut différer entre patient et médecin, et amener à ce que Hardy appelle des prescriptions paradoxales, source potentielle de malentendus. L'auteure évoque pour cela l'affaire du Mediator®, ce dérivé d'amphétamine, commercialisé comme antidiabétique oral, prescrit comme coupe-fin et responsable de valvulopathies. L'ampleur du scandale serait à mettre en lien avec la discordance entre l'objectif de la prescription (médicament de confort, aide à la perte de poids) et l'effet délétère potentiel (risque vital lié aux valvulopathies)<sup>17</sup>. On pourrait également citer la thalidomide, molécule commercialisée à la fin des années cinquante pour diverses indications, principalement comme somnifère léger, anxiolytique ou comme anti-nauséeux chez les femmes enceintes (en vente libre dans certains pays), et responsable de toxicité neurologique et de malformations congénitales.

Face à la toxicité de certains médicaments, des patients voient dans les produits naturels de santé et dans certains traitements alternatifs (par exemple, la naturopathie) un *allié naturel* contre l'*agression chimique* biomédicale<sup>15</sup>, ce qui ne les empêche pas pour autant de souhaiter un suivi médical. Schmitz

relève ainsi que le recours à l'homéopathie chez les personnes soignées pour un cancer est " largement induit par les effets réels ou supposés des traitements conventionnels " (Schmitz, 2011:14) (chimiothérapie, chirurgie, radio-thérapie, hormonothérapie)<sup>18</sup>. Les malades espèrent ainsi aider leur corps à se préparer aux différents traitements, afin que ceux-ci soient mieux supportés. Ces recours s'inscrivent dès lors dans une démarche qui vise à potentialiser leur observance au traitement anticancéreux.

## AUTOMEDICATION ET AUTONOMIE

Par ailleurs, le médicament, investi de ses charmes, peut également être considéré comme un objet familier, presque banal, dont les effets potentiellement délétères sur le corps pourraient presque être oubliés<sup>19</sup>. Dans les pratiques d'automédication, la prise de médicaments a lieu sans consultation préalable d'un médecin pour l'épisode de santé considéré, que le médicament soit déjà présent dans la pharmacie, ou bien que le sujet se le procure à la pharmacie ou auprès de proches, à cette occasion<sup>1</sup> <sup>iii</sup>. Différentes logiques sous-tendent ces pratiques : l'automédication s'exerce principalement par gain de temps et d'argent, et pour des problèmes qui, pour l'usager, renvoient plutôt à une gestion du quotidien qu'à une situation médicale (par exemple, pour les psychotropes)<sup>19</sup>. Le recours à l'automédication relève également de l'exercice de l'autonomie du patient par rapport à l'expertise médicale, d'une volonté de plus grande maîtrise de sa santé et du choix de ses traitements, matérialisant une résistance à l'autorité biomédicale et au contrôle de la santé publique<sup>2,19</sup>.

L'automédication peut être mobilisée pour des problèmes de santé chroniques, bien connus de l'utilisateur, ou pour des problèmes de santé considérés comme bénins, sans volonté de détourner le médicament de ses indications thérapeutiques<sup>19</sup>. La pratique de l'automédication soulève ainsi le problème de la définition, pour le malade, d'une *maladie bénigne*. L'expérience de l'usage d'un médicament permet aux patients d'acquérir une compétence sur l'indication de ce médicament. Des glissements sémantiques s'opèrent dans l'esprit de l'usager : un symptôme connu pour lequel un traitement a été efficace, lui apparaît alors bénin ; et le médicament qui le maîtrise lui semble ainsi inoffensif<sup>1</sup>.

En outre, l'automédication renvoie aussi à une contestation de la compétence du médecin, lorsque les usagers jugent incompétent *les* médecins généralistes ou *leur* médecin traitant, jugement lié à " une insatisfaction ponctuelle, une expérience déçue, suite à la faillite d'un médecin concernant un diagnostic ou le traitement d'un mal "(Fainzang, 2010:128)<sup>1</sup>.

<sup>iii</sup>. Nous n'aborderons pas ici le recours aux produits naturels de santé, et n'évoquerons pas non plus les pratiques de détournement d'usage, ni d'usage " non médical " (notamment festif) des médicaments.

D'une part, les rapports à la connaissance médicale ont évolué : au sein même de l'institution médicale, des critiques visent entre autres l'expertise parfois limitée des prescripteurs par rapport aux médicaments et à leurs propriétés pharmacologiques en particulier. D'autre part, une plus grande disponibilité des informations sur la santé favorise un renforcement du pouvoir des individus sur leur santé, et un remodelage de la relation patient-médecin<sup>1,2,19,20</sup>.

Enfin, l'automédication peut révéler une difficulté d'accès aux soignants. C'est alors, parfois, pour les personnes les plus précarisées, le seul accès à un traitement<sup>7,21,22</sup>.

### **MALENTENDUS AUTOUR DU MEDICAMENT**

En tant qu'objet social, le médicament peut signifier plusieurs choses à la fois et convoquer des discours parfois contradictoires. En effet, à chaque passage d'un espace thérapeutique à l'autre s'opère un glissement de sens. Ainsi, outre le sens attribué au médicament par le médecin prescripteur, un sens autre lui sera attribué lors de son acquisition (représentation du médicament par l'acheteur) et de son utilisation (usage, mésusage, détournement d'usage; efficacité)<sup>4</sup>. Dès lors que le médicament est entré dans la pharmacie familiale ou personnelle, son utilisation et son administration se révèlent peut-être bien éloignées de la prescription médicale.

Concernant la transmission d'informations relatives au traitement médicamenteux, certains médecins ne sont pas nécessairement explicites dans leur démarche, quelle qu'en soit la raison d'ailleurs : ce serait trop long, trop compliqué à expliquer ; pour ne pas effrayer le patient ; etc<sup>23</sup>. De leur côté, les patients savent bien qu'on ne leur dit pas tout et, d'eux-mêmes, ils vont sélectionner (consciemment ou non) les informations à transmettre au médecin<sup>15</sup>. Différentes raisons peuvent expliquer cette sélection : "*ne pas embêter le médecin avec mes histoires, ne pas prendre trop de temps du médecin, cette info ne concerne pas ma maladie, il va me prescrire un médicament que je ne veux pas (ex. antidépresseur, hormonothérapie)*"<sup>15,23</sup>. Bref, à vouloir se protéger les uns les autres, les informations sont transmises de manière partielle de part et d'autre.

De plus, les informations données par les médecins sont transformées par ceux qui les reçoivent. En effet les patients ont leur propre connaissance de leur mal et des remèdes. Les informations données sont comprises au travers du prisme de leurs propres modèles interprétatifs de la maladie.

Le savoir des patients sur les médicaments s'enrichit également par des informations fournies par les médias et internet, les firmes pharmaceutiques, les conseils des proches ou du pharmacien, les notices des médicaments, ou encore par les messages délivrés par les autorités de santé. Les informations recueillies sont parfois contradictoires et font l'objet d'une sélection

et d'une réinterprétation<sup>20</sup>.

Ce savoir acquis sur les médicaments peut amener le patient à contester et/ou ne pas appliquer la prescription médicamenteuse, parce qu'elle ne correspond pas au mal qu'il ressent, ou parce qu'il appréhende la perception sociale attachée à la maladie (discrimination, vulnérabilisation, marginalisation, etc.)<sup>24,25</sup>, comme pour la prise d'antidépresseurs<sup>26</sup>.

Dans d'autres situations, le patient va adhérer totalement à la prescription, et même plus, augmentant les doses d'un médicament, espérant par là-même améliorer ses chances de guérison. Enfin, il peut arriver que des patients suivent les prescriptions mais interrompent prématurément leur traitement médicamenteux, lorsqu'ils ne ressentent plus de symptômes, puisqu'ils ont bien retenu le discours diffusé par les autorités de santé qui incite à éviter la prise de médicaments inutiles<sup>20</sup>.

### **PRESCRIPTIONS ET COMMUNICATION**

De manière générale, la prescription participe à la relation patient-médecin. Par la prescription, le médecin signifie au patient qu'il a compris ses plaintes et qu'il peut l'aider. La prescription montre la capacité à objectiver et visualiser la maladie et sera ensuite échangée contre des médicaments<sup>3</sup>.

La prescription peut également être considérée comme une marque d'intérêt du médecin pour son patient. Une prescription médicamenteuse non justifiée du point de vue biomédical peut néanmoins être délivrée par le médecin, pour satisfaire le patient, pour valoriser sa réputation, ou *a contrario*, pour signifier la fin de la consultation<sup>3</sup>.

De nombreux facteurs influencent ainsi les pratiques de prescription. Une étude comparative des pratiques des médecins généralistes en France et aux Pays-Bas met en évidence notamment les éléments suivants : des facteurs liés aux patients (leur rapport à la maladie, leur attente de médicaments), liés aux médecins et à son attitude durant la consultation (éducation thérapeutique, responsabilisation du patient, maintien de la confiance du patient), à l'interaction patient-médecin (attentes du patient, le fait que ce soit le patient ou le médecin qui mette fin à la consultation), à l'organisation du système de santé (filtrage ou accès direct au médecin généraliste). Ces différents éléments vont amener à des pratiques privilégiant plutôt l'éducation thérapeutique, les conseils, la réassurance ou plutôt la prescription médicamenteuse<sup>27</sup>.

L'écrit, la prescription médicamenteuse, joue un rôle important dans la communication. Tout comme il peut couper court à une consultation, il peut également entrer dans un processus d'échange continu, enrichissant le cours de la communication. L'information des dossiers médicaux électroniques et la suppression du média papier pour la prescription médicamenteuse, entraîneront une évolution de

l'interaction patient-médecin qu'il sera intéressant à suivre.

## CONCLUSION

La communication autour du médicament est un élément central de la relation patient-médecin. Nous avons évoqué ici des pistes pour améliorer cette communication autour du médicament : approfondir et orienter l'anamnèse afin d'interroger la perception du malade sur sa propre maladie, investiguer ce que le patient consomme effectivement comme médicament et comme *remède* : en quelle quantité, à quelle fréquence, à quel moment de la journée, sous quelle forme, depuis combien de temps, etc. Le médecin sera amené à prendre le temps d'expliquer les enjeux thérapeutiques de la prescription médicamenteuse, d'utiliser des outils de prise de décision partagée avec le patient, d'informer des effets indésirables principaux tout en écoutant les doutes des patients. Enfin, il sera parfois nécessaire de questionner les conditions sociales de vie et leur impact sur l'accès et l'observance au traitement. Des éléments-clés et des recommandations sont proposés dans le tableau.

### **Tableau : Communication patient-médecin autour du médicament : des éléments-clés et des recommandations**

#### **Les médicaments et la prise médicamenteuse**

- Matérialisent la relation avec le médecin, sont perçus par le patient comme la capacité du médecin à objectiver et visualiser la maladie ;
- Contribuent à donner sens au parcours thérapeutique (ex. résultat matériel d'une quête de soins) ;
- Peuvent être des objets de discriminations sociales (ex. antidépresseurs) ;
- Sont parfois empreints d'attentes qui ne suivent pas toujours des objectifs d'efficacité biomédicale ;
- Nécessitent une réorganisation du quotidien du patient.

#### **Adhésion aux médicaments et automédication**

- Vérifiez les attentes et les craintes du patient au début de la consultation.
- Présentez et discutez avec le patient des options thérapeutiques possibles. Explorez ses préférences.
- Investiguez les effets bénéfiques et indésirables des médicaments du point de vue du patient. Explicitez ce qui est connu empiriquement.
- Explorez ce qu'il met en place quotidiennement pour gérer sa maladie, et de possibles obstacles à la prise de médicaments.
- Instaurez un climat de confiance pour explorer les pratiques du patient en matière d'automédication (ex. utilisation de médicaments en vente libre, etc.) et de soins complémentaires (recours aux produits de santé non conventionnels, etc.).

#### **Des recommandations générales**

- Vérifiez la possibilité d'utiliser des outils de prise de décision partagée : <https://decisionaid.ohri.ca/francais/repertoire.html>
  - Rappelez-vous que la prise de décision concernant la prise de médicament inclut plusieurs parties prenantes (patient, membres de la famille, médecin traitant, médecins spécialistes, et autres praticiens de la santé) : <http://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/recherche/projets/interprofessionnalisme/>
  - Les praticiens de la santé désirant considérer dans leur pratique les façons dont les patients s'expliquent et interprètent leurs épisodes de maladie peuvent suivre ce module gratuit de formation en ligne pour s'initier aux outils offerts par l'anthropologie médicale interprétative : <https://apprendre.med.uottawa.ca/cours/les-representations-individuelles-et-populaires-de-la-maladie-2/>
- Le module de formation en ligne est offert gratuitement par la Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa (Canada).

Une évolution de la relation patient-médecin vers un partage des décisions tenant compte des facteurs d'observance propres au patient, dans une posture d'alliance thérapeutique permettrait d'améliorer l'adhésion au traitement négocié, de soutenir le patient dans la maîtrise de sa maladie et, *in fine*, d'améliorer la santé des patients.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fainzang S. L'automédication. *Anthropologies et Sociétés*. 2010;34(1):115-33.
2. Sarradon-Eck A, Ergot M, Blanc AM, Faure M. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle, *Pratiques et Organisation des Soins*. Société française de santé publique. 2008;39(1):3-12.
3. Reynolds Whyte S, van der Geest S, Hardon A. *Social lives of medicines*. Cambridge:University Press;2002.
4. Akrich M. Petite anthropologie du médicament. *Techniques et culture*. 1995;25-26:129-57.
5. Fainzang S. Les médicaments dans l'espace privé : gestion individuelle ou collective. *Anthropologie et Sociétés*. 2003;27(2):139-54.
6. Desclaux A. L'observance en Afrique. Question de culture ou " vieux problème " de santé publique ?, *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesures, déterminants, évolution*. Paris:ANRS;2001:57-66.
7. Mokrane S. Accès aux soins des sans-papiers à Bruxelles: Ruptures biographiques et stratégies d'acteur (mémoire). Aix-en-Provence:Université Paul Cézanne;2012.
8. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*. 2005;22:31-4.
9. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2012; 70(1):15-25.
10. Anonyme. Adherence to Long-term Therapies. Evidence for action, World Health Organization,2003.
11. Conrad P. The Meaning of Medications: Another Look at Compliance. *Social Science & Medicine*. 1985;20(1):29-37.
12. Anonyme. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée, Haute Autorité de Santé. 2013.
13. International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration. (Consulté le 07/07/2017). What are patient decision aids ? [Internet] <http://ipdas.ohri.ca/what.html>
14. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M *et al*. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(10). Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub3
15. Bujold, M. Le patient intégrateur: analyse de l'articulation d'une pluralité de voix / voies dans une clinique intégrative québécoise. Ste-Foy:Université de Laval;2011.
16. Illich I. *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropriations of health*. New-York:Pantheon Books;1976.

17. Hardy AC. A propos de la signification " médicale " d'une prescription. Commentaire. Sciences sociales et santé. 2012; 30(3):103-14.
18. Schmitz O. Les points de l'articulation entre homéopathie et oncologie conventionnelle. Une enquête auprès de praticiens et d'usagers de l'homéopathie. Anthropologie et santé. 2011(2); mis en ligne le 22 juin 2011: <http://anthropologiesante.revues.org/701>.
19. Thoër C, Pierret J, Lévy J. Quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation des médicaments hors cadre médical. Drogues, santé et société. 2008;7(1):19-54.
20. Fainzang S. Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade. In: Collin J, Otero M, Monnais L. Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe. Québec:Presses de l'Université du Québec;2006:267-79.
21. Jaffré Y. Pharmacies des villes, pharmacies « par terre ». Bulletin de l'APAD (Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement). 1999;17:63-70.
22. Fassin D. Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite au Sénégal. Cahiers d'Etudes Africaines. 1985;98(25):161-77.
23. Fainzang S. La relation médecins-malade : information et mensonge. Paris:Presses universitaires de France;2007.
24. Kleinman A, Eisenberg L, Goog B. Culture, Illness and care, Annals of internal medicine. 1978;88:251-88.
25. Young JC. The anthropologies of Illness and Sickness. Annual Reviews of Anthropology. 1982;11:257-85.
26. Guillaumie L, Moisan J, Grégoire JP, Villeneuve D, Beaucage C, Bujold M *et al.* Perspective of community pharmacists on their practice with patients who have an antidepressant drug treatment: finding from focus group. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2015;11(2):43-56.
27. Rosman S. Les pratiques des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In: Bloy G, Shweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes:Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique;2010:117-31.

**Correspondance et tirés à part :**

S. MOKRANE  
 Département de Médecine générale, ULB  
 Route de Lennik, 808 (CP 612)  
 1070 Bruxelles  
 E-mail : [saphia.mokrane@ulb.ac.be](mailto:saphia.mokrane@ulb.ac.be)

Travail reçu le 1<sup>er</sup> juin 2017, accepté dans sa version définitive le 11 juillet 2017.