



Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments

Plusieurs études ont analysé le mésusage des médicaments. Les causes peuvent être des prescriptions inappropriées, l'inobservance des recommandations ou encore une demande explicite du patient. Toutes ces raisons montrent que la lutte contre le mésusage passe par la communication et la relation entre médecin et patient.

Le phénomène du mésusage de médicaments reçoit depuis quelques années une attention grandissante de la part des milieux de l'épidémiologie et de la santé publique. Prescription et consommation inadéquates occasionnent, estime-t-on, de nombreux problèmes de santé et surtout des coûts économiques et sociaux importants.

À cet égard, la focale s'est faite notamment sur la prescription aux personnes âgées, groupe caractérisé par une forte consommation de médicaments en général et de psychotropes en particulier [1]. Plusieurs auraient à leur dossier des prescriptions de médicaments potentiellement non appropriées, à risque élevé, susceptibles d'interagir de façon néfaste. Dans un grand nombre de cas, on remarque que les médicaments psychotropes sont fréquemment en cause [2].

Il n'est pas étonnant, dès lors, de constater l'intérêt croissant pour ce phénomène et la multiplication des études axées sur « l'utilisation rationnelle des médicaments », c'est-à-dire l'utilisation définie par les autorités de santé publique selon les premières indications pour lesquelles les médicaments sont mis sur le marché. Cette démarche se fonde cependant sur deux *a priori* : celui d'un comportement généralement scientifique et standardisé de la part des médecins et celui d'un comportement, au contraire, irrationnel et aléatoire de la part des patients.

Tel n'est cependant pas le cas. Les études en sociologie médicale ont permis d'infirmer ce postulat, et ce, notamment à travers l'analyse des facteurs dits « subjectifs » qui sous-tendent les pratiques d'utilisation (prescription et consommation) et qui façonnent la relation patient-médecin telle qu'elle se déploie lors de la consultation médicale. Dans les pages qui suivent, nous nous attacherons à identifier les facteurs sociaux à l'origine du mésusage des médicaments. Parmi

ces facteurs, le poids de la demande exprimée par le patient, la symbolique du médicament et de l'acte de prescrire sont d'une importance majeure.

Les pratiques de prescription : des fondements scientifiques aux comportements irrationnels ?

Parce qu'elles sont à l'origine de la prescription, les pratiques des médecins ont fait l'objet de nombreuses études depuis quelques années [1, 2]. On s'est ainsi attaché à identifier les facteurs qui les influencent et ceux qui permettent d'expliquer la surprescription ou la prescription inadéquate en regard du choix de la molécule, du dosage et de l'interaction possible avec les autres médicaments prescrits au patient. Selon ces études, les profils de prescription des médecins varieraient en fonction de l'âge, du sexe, du type de pratique et du lieu de formation des médecins. La prescription non appropriée correspondrait en effet à un profil socio-démographique particulier chez les médecins : elle serait plus fréquente chez les médecins plus âgés, qui n'ont pas d'affiliation universitaire ou hospitalière. Outre la formation initiale, les connaissances par rapport aux propriétés des médicaments et à leurs effets chez certains groupes de patients sont également évoquées parmi les causes de prescriptions inadéquates. On pense par exemple au cas des personnes âgées et aux réactions adverses susceptibles d'être provoquées par une médication non adaptée à leur physiologie vieillissante. On peut également souligner les difficultés, pour les médecins non spécialisés dans ce champ, à diagnostiquer les problèmes de santé mentale, à distinguer les manifestations d'anxiété et de dépression chez leurs patients, difficultés susceptibles de conduire à une surprescription de médicaments psychotropes.

Les sources d'information dont disposent les médecins pour se tenir au fait des évolutions et des innovations pharmacologiques ont également généré des analyses particulières. Certaines études ont ainsi fait valoir l'importance de l'industrie pharmaceutique comme source et se sont questionnées sur la neutralité scientifique de l'information qu'elle diffuse.

Le contexte de pratique enfin, tel qu'appréhendé à travers la gestion du temps, les affiliations institutionnelles et le mode de rémunération des médecins, peut être à l'origine de pratiques de prescription inadéquates. Les médecins les plus enclins à surprescrire seraient ceux ayant un volume de pratique élevé, revoyant leurs patients souvent et ressentant une responsabilité limitée par rapport à eux. La situation de concurrence dans laquelle se trouvent les prescripteurs participerait également de cette dynamique.

Johanne Collin
Chargée de recherche dans le groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (Grasp),
Université de Montréal



On le voit, au-delà des indications médicales, nombre de facteurs sont susceptibles d'influencer la prescription et de la faire dévier d'une rationalité scientifique à laquelle on souhaiterait qu'elle soit tout entière soumise. La décision de prescrire et les pratiques afférentes s'inscrivent en fait dans un contexte social et engagent un processus relationnel complexe entre patient et médecin qu'il faut prendre en compte pour saisir les origines du mésusage des médicaments.

Les pratiques de consommation : l'inobservance comme comportement irrationnel ?

Si la recherche des causes du mésusage des médicaments s'est tournée depuis quelques années vers les pratiques de prescription des médecins, c'est dans la perspective d'explorer toutes les causes possibles du phénomène. D'ores et déjà, cependant, on considérerait le mésusage comme relevant d'abord de l'inobservance des patients. Celle-ci se définit couramment comme le fait de ne pas se conformer aux traitements recommandés par les médecins et les pharmaciens. Elle peut prendre diverses formes : prescription médicale non remplie ou non renouvelée ; non-respect de la posologie à suivre ; arrêt prématuré du traitement ; prise simultanée de médicaments d'ordonnances et d'autres substances susceptibles de provoquer une interaction nuisible [3].

Les études sur cette question introduisent une distinction entre une inobservance volontaire de la part des patients, et une autre forme qui serait involontaire. Dans le premier cas, le patient est considéré comme refusant délibérément de suivre les recommandations médicales. Dans le second cas, il est souvent présenté comme la victime passive d'une situation thérapeutique qui le dépasse, parce qu'elle est complexe, qu'il manque d'informations ou de connaissances à son sujet ou encore en raison d'un état de santé (confusion, perte de mémoire, etc.) qui l'empêche de respecter le traitement prescrit.

On peut considérer que trois notions sous-tendent le concept d'inobservance : la dérogation, la méconnaissance et l'idée d'un comportement irrationnel face aux médicaments. Ces trois notions reposent à leur tour sur un certain nombre de présupposés. Celle de « méconnaissance » suggère que le patient n'est détenteur d'aucun savoir scientifiquement valable et qu'il doit ponctuellement être informé sur les caractéristiques et les effets des médicaments qui lui sont prescrits. Le « comportement irrationnel », ou jugé comme tel lorsqu'il déroge aux directives médicales, suggère quant à lui une absence de gestion, de planification et de cohérence dans le comportement du patient face au médicament. Enfin, la notion de « dérogation » ou de désobéissance sous-entend que la relation thérapeutique est forcément une relation d'autorité où le patient doit se plier aux directives du praticien.

Pourtant, l'expérience du patient face à la maladie et à la consommation de certains médicaments lui

confère des connaissances, un savoir profane qui, à son tour, peuvent influencer grandement sa façon d'utiliser les médicaments. Il modulera ou diminuera le dosage de certains d'entre eux pour en atténuer, par exemple, les effets secondaires. Dans le contexte d'une pharmacothérapie complexe et coûteuse, il ira jusqu'à établir une hiérarchie entre ses médicaments, faisant montre d'une plus ou moins grande fidélité au traitement en fonction de l'importance qu'il accorde à chacun.

Plutôt que geste de désobéissance, l'inobservance peut, dans cette optique, être appréhendée comme une forme de régulation exercée par le patient sur sa consommation, comme une action planifiée en somme, en fonction de sa perception de la gravité de sa maladie et de l'efficacité du médicament. Une logique autre que médicale sous-tend éventuellement l'usage que font les patients des médicaments. Sa prise en compte peut permettre une meilleure participation du patient aux décisions concernant les traitements et, conséquemment, une gestion plus adéquate des médicaments.

La consultation médicale comme lieu d'interaction

Les connaissances actuelles sur les comportements d'observance et les pratiques de prescription démontrent l'importance d'investir le phénomène du mésusage des médicaments à travers la prise en compte de la relation thérapeutique, c'est-à-dire du processus relationnel qui sous-tend la décision de prescrire.

La consultation comme lieu de transfert des informations sur le médicament

Dans la problématique du mésusage, le manque d'informations et de connaissances concernant les médicaments occupe une place importante, tant par rapport aux pratiques de prescription que de consommation. La consultation s'avère dès lors un moment crucial susceptible d'influencer le comportement futur du patient face à sa médication. Plusieurs chercheurs se sont ainsi penchés sur la communication patient/médecin et sur l'information (concernant les effets secondaires, les façons de prendre le médicament, etc.) effectivement transmise au patient au cours de l'échange [4]. Ils ont fait le constat d'un manque à cet égard. Facteur primordial du mésusage au niveau de la consommation, l'élément « information » ne saurait toutefois, à lui seul, expliquer l'ampleur du phénomène.

La façon de communiquer et de transmettre l'information pour qu'elle soit bien comprise est tout aussi importante. Entre alors en ligne de compte la notion de distance sociale et professionnelle. Patients et cliniciens n'appartiennent souvent pas au même milieu. Des origines socio-économiques et un capital culturel différents interfèrent dans les échanges. Ainsi des patients pourront hésiter à s'exprimer, à poser des questions, craignant d'être jugés incompetents mais alimentant, par cette attitude, l'idée selon laquelle ils auraient des difficultés à comprendre les explications du praticien.

Mais plus encore, il faut voir que la consultation est ancrée dans un contexte social. Aussi doit-elle être vue autrement que comme le lieu du transfert univoque d'une certaine information neutre et standardisée. Il apparaît plus juste de l'appréhender comme le lieu d'une interaction : patient et médecin sont des acteurs qui agissent et réagissent au cours de la consultation, en fonction de leurs valeurs, de leurs représentations, d'une culture de la santé et de la maladie qui leur est propre. L'interaction qui prend alors place influence la prescription de médicaments et l'utilisation qui en sera faite par la suite.

De la communication à la négociation

Plutôt que d'appréhender la relation thérapeutique sous l'angle d'un pouvoir médical qui s'impose unilatéralement, la notion d'interaction permet donc d'envisager l'espace clinique comme une « aire de jeu » où les acteurs tentent de mobiliser leurs ressources et leur savoir-faire et de s'influencer réciproquement ; un espace de négociation, en somme. Pour ce faire, ces derniers s'appuient sur des cultures éventuellement en conflit, l'une profane et l'autre professionnelle. On peut penser, avec Freidson [5] que ces cultures différenciées sont organisées en systèmes référentiels, c'est-à-dire balisées par l'ensemble des croyances, savoirs et ressources que détient chaque acteur pour interpréter la maladie et agir sur elle.

Dans cette négociation possible, la prescription acquiert une valeur symbolique indéniable. Peu d'expériences humaines ont une puissance symbolique aussi manifeste que les actes ordinaires de prescrire et d'ingérer des médicaments. Les significations attachées à ces actes dépassent de beaucoup les propriétés proprement pharmaceutiques attribuées aux substances. Selon le contexte de la relation, le médicament peut représenter le transfert du pouvoir de guérir, d'entre les mains du médecin vers celles du patient. L'acte de prescrire peut également signifier la sollicitude du médecin envers son patient. En donnant au médecin le sentiment d'agir sur la situation, la prescription est enfin susceptible d'atténuer le sentiment d'incertitude ou d'impuissance qu'il éprouve face à la manifestation de problèmes complexes et mal codifiés.

La demande sociale pour le médicament

La prescription peut dès lors devenir objet d'une forte demande de la part du patient. C'est ce qu'avancent quelques études ayant exploré les dimensions « subjectives » de la prescription. S'intéressant à ce qu'ils ont désigné comme les motifs « non scientifiques » qui sous-tendent la prescription, Schwartz, Soumerai et Avorn [6] ont avancé que la pression de la demande exprimée par les patients constituait le motif premier de la prescription pour près de la moitié des médecins interrogés dans le cadre d'une vaste enquête américaine. Tamblyn [1] rapporte également les résultats d'une enquête auprès des médecins de famille, selon laquelle

68 % des patients âgés s'attendent à avoir une prescription à la fin de la consultation pour un nouveau problème, bien que celle-ci ne soit justifiée que dans 45 % des cas. La proportion des ordonnances jugées non nécessaires aurait été de l'ordre de 22 % pour un antibiotique et entre 17 % et 35 % pour une médication gastro-intestinale. Ces attentes des patients et les pressions qu'ils exercent sur les prescripteurs expliqueraient en partie la surprescription dont font état les études.

La demande exprimée face à la prescription est en effet soutenue par l'expression d'un contrôle profane plus ou moins intense, c'est-à-dire par les pressions qu'exerce le patient sur le médecin, en fonction de son système référentiel profane. L'intensité de ce contrôle peut varier selon divers facteurs dont notamment la distance que le médecin établit entre lui et ses patients, l'état du marché, c'est-à-dire la situation de concurrence dans laquelle exerce le médecin, ainsi que l'intégration du praticien dans un réseau plus ou moins serré de liens avec les autres professionnels et collègues. On peut ainsi penser que le contrôle profane sera plus fort dans le contexte de la pratique en cabinet privé où le praticien peut se trouver plus isolé, qu'en milieu hospitalier où le système référentiel professionnel tend à dominer [5]. La situation clinique en elle-même est également susceptible d'intensifier le contrôle profane. Des symptômes vagues ou diffus, des pathologies floues et l'incertitude qu'ils entraînent face au diagnostic donneront davantage de prise aux pressions exercées par le patient dans sa recherche de solutions tangibles ; pressions se traduisant le plus souvent par une demande de médicaments.

Un exemple éclairant : la prescription de médicaments psychotropes

Dans le cas de la prescription de psychotropes, notamment aux personnes âgées, l'existence de motifs conscients et cohérents — bien que non fondés sur des critères scientifiques — intervient de façon particulièrement évidente dans la décision de prescrire [7]. De tels cas s'inscrivent en effet fréquemment dans un contexte réunissant les conditions propices à l'exercice d'un contrôle par les patients.

Les médicaments psychotropes génèrent une forte demande, notamment de la part de patients qui en utilisent depuis longtemps. Or, il faut voir que certains patients âgés sont des consommateurs de longue date chez qui les risques de dépendance sont déjà manifestes. De nombreuses études tendent, en effet, à documenter le potentiel toxicomanogène des médicaments psychotropes et en particulier des benzodiazépines [2]. La présence d'un syndrome de sevrage et les effets de rebond associés à un arrêt brusque recréent, voire amplifient, les symptômes pour lesquels le médicament a été initialement prescrit. De telles manifestations sont susceptibles de décourager les patients lorsqu'ils tentent de cesser la consommation

Bibliographie

1. Tamblyn, R., 1996. Medication use in seniors : challenges and solutions. *Thérapie*, 51, 3, 269-282.
2. Cohen, D. & Collin, J., 1997. Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits, Québec, ministère de la santé et des services sociaux, Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies.
3. Griffith, S., 1990. A Review of factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *British Journal of General Practice*, 114-116.
4. Makoul, G., Arnston, P., Schofiels, T., 1995. Health Promotion in Primary Care : Physician-Patient Communication and Decision Making about Prescription Medications. *Social Science and Medicine*, 41, 9 : 1241-54.
5. Freidson, E., 1984. *La profession médicale*, Paris, Payot.
6. Schwartz, R. K., Soumerai, S. B., Avorn, J., 1989. Physician Motivations for nonscientific drug prescribing. *Social Science and Medicine*, 28, 6, 577-582.
7. Collin, J., Damestoy, N., Lalande, R., 1999. La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes, *Sciences sociales et santé*, (à paraître).



du médicament, d'où une demande potentiellement insistante pour que le médicament leur soit res prescrit.

Si la demande est ici un fait avéré, il faut également souligner que le contexte clinique qui sous-tend cette demande donne à celle-ci une force particulière. Les personnes âgées se voient généralement prescrire des médicaments psychotropes en réponse à des problèmes d'anxiété, d'insomnie ou de dépression, pathologies difficiles à dépister et à codifier à partir des tests diagnostics habituels. L'interprétation de certains symptômes aigus devient alors d'autant plus malaisée que leurs manifestations peuvent se confondre avec celles issues d'autres pathologies fréquentes chez les personnes âgées. Crises d'angoisse et crises d'angine pourront se manifester de la même façon ; hypertension et anxiété pourront s'alimenter, voire même, s'amplifier l'une et l'autre. Nourrie par l'absence de supports technologiques, l'incertitude confère ici à la description des symptômes éprouvés par le patient un poids prépondérant dans l'établissement du diagnostic et réserve à sa demande de médicaments une écoute particulière. Toute pratique clinique a tendance à intervenir activement. Dans le contexte de la consultation médicale, la valorisation de l'action passe notamment par la prescription. En cas de doute et devant un diagnostic difficile à établir, mieux vaut agir concrètement que de ne pas intervenir.

L'exercice du contrôle profane est également modulé par la plus ou moins grande intensité du contact qui caractérise les rapports entre médecin et patient. La pratique en médecine générale auprès de personnes âgées implique de fréquentes consultations ainsi qu'un suivi à long terme de la part du médecin. Progressivement, celui-ci devient plus sensible à la plainte exprimée par le patient. La compassion et le désir de soulager l'angoisse, la dépression, la tristesse, créent ainsi un terrain fertile pour l'intervention et donc pour la prescription de psychotropes. Le sentiment d'impuissance face aux malaises exprimés par les patients encourage en somme la retranscription, dans le champ du médical, de problèmes sociaux liés au vieillissement tels l'isolement ou le sentiment d'exclusion.

Enfin, les psychotropes sont souvent prescrits par les omnipraticiens exerçant en cabinet privé. La concurrence qui s'exerce par rapport à cette clientèle mobile répond éventuellement au dernier critère susceptible de moduler l'intensité du contrôle profane. Les praticiens répondraient d'autant mieux à la demande de psychotropes qu'ils voudraient éviter que leurs patients ne cherchent, chez des collègues plus conciliants, une réponse favorable à leur requête. Au-delà de la concurrence toutefois, le désir de maintenir une relation de confiance avec le patient et de s'assurer, par là, d'un certain contrôle sur la médication prescrite s'avérerait plus déterminant [2]. Les risques d'interaction médicamenteuse, qui s'accroissent avec le nombre de médicaments consommés quotidiennement, sont en effet bien réels chez les patients âgés. En acquiesçant

à la demande, les médecins se donneraient la possibilité de maintenir le lien de confiance avec leurs patients, moyen le plus sûr d'entraîner une gestion adéquate de la consommation de médicaments.

La pression de la demande sociale en faveur du médicament, l'inconfort à refuser, le désir de conserver un contrôle sur la consommation et d'établir une relation de confiance, l'incertitude liée au diagnostic, la représentation que se fait le médecin de la relation thérapeutique de même que la signification qu'il attache au médicament sont autant d'éléments qui, mieux que le seul manque d'informations, parviennent à expliquer des pratiques de prescriptions considérées comme inadéquates en regard des normes cliniques.

Habiletés communicationnelles et négociation : des pistes pour contrer le mésusage de médicaments

Rationalité et irrationalité quant à l'utilisation des médicaments ne constituent pas les caractéristiques respectives des médecins et de leurs patients. Les uns comme les autres voient leurs actes modulés par des logiques complexes que les facteurs sociaux et les processus relationnels contribuent souvent à éloigner d'une rationalité scientifique et médicale. Dans la question du mésusage, la consultation médicale s'avère un moment crucial. Plus que simple occasion de transmettre au patient les informations nécessaires au bon usage des médicaments qui lui sont prescrits, la consultation se révèle comme le lieu d'une négociation entre deux acteurs orientés par un système référentiel potentiellement divergent. Dans un contexte médical où la valorisation de l'action est forte, la prescription s'inscrit nécessairement comme enjeu de cette négociation. L'expression d'une demande en faveur du médicament et l'exercice d'un certain contrôle profane seront favorisés par des facteurs structurels, contextuels et situationnels qui sous-tendent la relation thérapeutique.

C'est dès lors à travers l'atteinte d'un consensus entre médecin et patient quant aux causes des symptômes éprouvés et quant aux solutions à y apporter que l'on peut enrayer, en partie du moins, le mésusage de médicaments. Dans la perspective de l'interaction, c'est en effet la lecture que chacun se fait de la situation, plutôt que la situation en elle-même, qui oriente l'action. À travers le développement d'habiletés communicationnelles, le praticien peut parvenir à mettre au jour les valeurs qui sous-tendent et orientent la compréhension qu'a le patient de la situation. Mieux outillé dans la négociation, il sera ainsi plus en mesure d'orienter l'échange vers l'établissement consensuel d'un traitement médicamenteux adéquat. ■