

Université de Montréal

Évaluation de la communication
pharmacien-patient
dans les pharmacies communautaires
au Québec

par

Benoît Cossette B.Pharm.

Faculté de pharmacie

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences pharmaceutiques
option recherche évaluative et pharmacoéconomie

Juillet, 1999
© Benoît Cossette, 1999



2,8435 mm8

QV
705
U58
1999
V.012



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Évaluation de la communication
pharmacien-patient
dans les pharmacies communautaires
au Québec

présenté par :

Benoît Cossette B.Pharm.

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claudine Laurier Ph.D.
Johanne Collin Ph.D.
Yola Moride Ph.D.

Mémoire accepté le :99-10-06.....

Sommaire

Sujet et but de l'étude

Dans le contexte québécois d'un domaine de la santé en transformation, le pharmacien est appelé à offrir un nombre croissant de services de consultation pour une utilisation optimale de la thérapie médicamenteuse. L'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) offre actuellement à ses membres un programme de formation portant sur la communication pharmacien-patient. Le programme vise à fournir aux pharmaciens une démarche à suivre lors de l'exécution d'ordonnances et une formation sur la communication afin d'optimiser l'échange pharmacien-patient.

L'étude vise à analyser l'état de la communication verbale pharmacien-patient, prévalant avant le programme de formation de l'OPQ dans les pharmacies communautaires au Québec.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de décrire la communication de conseils verbaux aux patients, par le pharmacien participant, lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance. Les objectifs secondaires sont : 1) déterminer la fréquence de communication verbale pharmacien-patient lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance; 2) déterminer les éléments d'information communiqués verbalement au patient par le pharmacien lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance et 3) déterminer les caractéristiques du pharmacien et du milieu qui sont liées à la fréquence et au contenu de la communication pharmacien-patient lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance.

Méthode

La méthode utilisée est celle des patients simulés qui consiste en la visite de pharmaciens par des patients qui simulent une situation standardisée d'exécution d'ordonnance(s). Trois simulations ont été utilisées afin d'évaluer différentes catégories de médicaments : médicament pour une pathologie aiguë, médicament pour une pathologie chronique et médicament demandant un enseignement particulier de la part du pharmacien. À partir

d'un échantillon de 450 pharmaciens ayant été contactés, 52 pharmaciens ont été évalués par 4 patients simulés différents.

Résultats

Le pourcentage de simulations pour lesquelles le pharmacien a communiqué des renseignements verbaux au patient est de 90,0%, 100%, 92,9% et 89,8% pour la sertraline, l'azithromycine, le BenylinDM-D^{md} et le salbutamol respectivement.

Les scores de conseils fondamentaux et globaux ont été développés afin de synthétiser l'information concernant le contenu de l'épisode de conseil. Les scores sont calculés sur un total possible de 100. Le score de conseils fondamentaux comprend les éléments qui devraient être communiqués au patient lors de l'exécution de nouvelle ordonnance. La moyenne des scores de conseils fondamentaux est de 58,6, 49,6, 41,7 et 50,1 pour la sertraline, l'azithromycine, le BenylinDM-D^{md} et le salbutamol respectivement. Le score de conseils globaux comprend l'ensemble des éléments pouvant être communiqués au patient lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance. La moyenne des scores de conseils globaux est de 43,4, 32,1, 30,2, 45,2 pour la sertraline, l'azithromycine, le BenylinDM-D^{md} et le salbutamol respectivement. L'analyse de l'influence des variables explicatives sur le contenu de l'épisode de communication révèle que, de façon générale, les femmes et les propriétaires obtiennent des scores plus élevés que les hommes et les salariés.

Conclusions

La fréquence de communication observée dans la présente étude est plus élevée que celle citée dans toutes les études révisées. L'analyse du contenu par les scores fondamentaux et globaux démontre par contre que moins de la moitié de tous les éléments d'information retenus sont discutés par les pharmaciens. Malgré un faible taux de participation nuisant à la généralisation des résultats, les données recueillies donnent une information valable sur un sous-groupe de pharmaciens et se sont révélées utiles à L'OPQ pour orienter son programme de formation.

Table des matières

1. Revue de littérature	1
1.1 Communication pharmacien-patient	1
1.1.1 Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication	2
1.2 Variables explicatives	19
1.2.1 Caractéristiques du pharmacien	19
1.2.2 Caractéristiques du milieu	23
1.2.3 Résumé des variables explicatives	27
1.3 Démarches de communication	28
1.4 Apports et faiblesses de la revue de littérature	30
2. Méthodologie	31
2.1 Objectifs de l'étude	31
2.1.1 Objectif principal	31
2.1.2 Objectifs spécifiques	31
2.2 Devis	31
2.3 Population	31
2.3.1 Critères d'inclusion	32
2.4 Sélection des participants	32
2.4.1 Identification de la population-source	32
2.4.2 Recrutement des participants	32
2.4.2.1 Modifications à la liste de noms	33
2.4.2.2 Modification de la méthode de recrutement	33
2.4.2.3 Arrêt du recrutement	34
2.4.2.4 Période d'évaluation	34
2.5 Démarche de recherche	34
2.5.1 Différences entre les méthodes	36
2.5.2 Méthode retenue (patients simulés)	36

2.6 Présentation des simulations	38
2.6.1 Patients simulés	38
2.6.2 Caractéristiques des simulations	38
2.6.3 Déroulement de l'entretien	39
2.6.4 Simulation 1	39
2.6.5 Simulation 2	40
2.6.6 Simulation 3	40
2.7 Protocole sur l'utilisation des ordonnances	41
2.7.1 Possession des médicaments	41
2.7.2 Dossier-patient	42
2.7.3 Ordonnances	42
2.8 Variables à l'étude	42
2.8.1 Variables dépendantes	42
2.8.2 Variables indépendantes	47
2.8.2.1 Caractéristiques du pharmacien	47
2.8.2.2 Caractéristiques du milieu	47
2.8.3 Scores de synthèse du contenu de l'épisode de communication	48
2.8.3.1 Score de conseil de niveau fondamental	48
2.8.3.2 Score d'éléments globaux	51
2.8.4 Événements indésirables	54
2.8.5 Analyse de la remise d'information	56
2.8.5.1 Techniques de communication	56
2.8.5.2 Identification du patient simulé	56
2.9 Analyses statistiques	56
2.9.1 Statistiques descriptives	56
2.9.2 Liens entre variables dépendantes et indépendantes	57
3. Résultats	58
3.1 Taux de participation	58
3.2 Caractéristiques des pharmaciens participants	59
3.2.1 Région	59

3.2.2	Années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique	59
3.2.3	Sexe	60
3.2.4	Statut (salariés ou propriétaires)	60
3.3	Visites des patients simulés	60
3.4	Exclusions	61
3.5	Conseil remis par le pharmacien participant	62
3.6	Éléments de l'entretien	63
3.7	Score de conseil fondamental	68
3.8	Score de conseil global	69
3.9	Corrélation entre les scores de conseil fondamental et global	69
3.10	Endroit de remise d'information	70
3.11	Utilisation des techniques de communication	71
3.12	Identification du patient simulé	72
3.13	Liens entre les différentes variables explicatives	73
3.14	Analyse de l'influence des différentes variables explicatives sur la remise de conseil	74
3.15	Analyse de l'influence des variables explicatives sur le score de conseil fondamental et le score de conseil global	76
3.16	Analyse multivariée de l'influence des variables explicatives sur le score d'éléments fondamentaux et le score d'éléments globaux	80
4.0	Discussion	84
5.0	Conclusion	91
	Sources Documentaires	92

Liste des tableaux

Tableau 1.1.1 Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication	12
Tableau 2.8.1 : Renseignements types retenus pour chaque élément lors d'un conseil de niveau fondamental selon le médicament visé.	44
Tableau 2.8.2 : Renseignements types retenus pour chaque élément lors d'un conseil de niveau intermédiaire selon le médicament visé.	45
Tableau 2.8.3 : Renseignements types retenus pour chaque élément lors d'un conseil de niveau enrichi selon le médicament visé.	46
Tableau 2.8.4 Éléments de conseil et renseignements types retenus lors d'un conseil de niveau fondamental selon le médicament visé.	50
Tableau 2.8.5 : Moyenne et (écart-type) de l'importance attribuée aux éléments de niveau fondamental inclus dans le score global par les pharmaciens experts.	52
Tableau 2.8.6 : Moyenne et (écart-type) de l'importance attribuée aux éléments de niveau intermédiaire inclus dans le score global par les pharmaciens experts.	53
Tableau 2.8.7 : Moyenne et (écart-type) de l'importance attribuée aux éléments de niveau enrichi inclus dans le score global par les pharmaciens experts.	53
Tableau 2.8.8 : Sommaire des variables dépendantes et indépendantes	55
Tableau 3.1.1 : procédures utilisées pour le recrutement	58
Tableau 3.1.2 : raisons de refus données par certains pharmaciens rendant impossible leur participation à l'étude	59
Tableau 3.2.1 : sexe et statut de l'ensemble des pharmaciens contactés et des participants	60
Tableau 3.3.1 : Nombre de visites selon la journée de la semaine et la simulation.	61
Tableau 3.3.2 : Heures auxquelles ont eu lieu les différentes visites par les patients simulés selon les simulations.	61
Tableau 3.4.1 : raisons d'exclusions des simulations lors de l'analyse.	62
Tableau 3.5.1 : Conseil verbal donné par les pharmaciens par médicament pour les simulations valides	63
Tableau 3.6.1 Pourcentage de pharmaciens ayant discuté chaque élément du conseil fondamental pour les 4 médicaments.	66

Tableau 3.6.2 Pourcentage de pharmaciens ayant discuté chaque élément du conseil intermédiaire pour les 4 médicaments. _____	67
Tableau 3.6.3 Pourcentage de pharmaciens ayant discuté chaque élément du conseil enrichi pour les 4 médicaments. _____	68
Tableau 3.7.1 : Mesures de tendance centrale et de dispersion des scores de conseil fondamental (score sur 100) par médicament pour les simulations valides. _____	68
Tableau 3.8.1 : Mesures de tendance centrale et de dispersion des scores globaux (score sur 100) par médicament pour les simulations valides. _____	69
Tableau 3.10.1 : Endroit de la communication par simulation _____	71
Tableau 3.11.1 : utilisation des techniques de communication par simulation _____	71
Tableau 3.12.1 : Comparaison des scores de conseil fondamental des pharmaciens ayant identifié le patient simulé et des pharmaciens n'ayant pas identifié le patient simulé. _____	72
Tableau 3.12.2 : Moyenne et comparaison des scores de conseil global des pharmaciens ayant identifié le patient simulé et des pharmaciens n'ayant pas identifié le patient simulé. _____	72
Tableau 3.13.1 Valeurs de P suite à l'analyse des liens entre les différentes variables explicatives. _____	73
Tableau 3.14.1 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon le sexe et le médicament. _____	74
Tableau 3.14.2 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon le statut et le médicament. _____	74
Tableau 3.14.3 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon l'expérience et le médicament. _____	75
Tableau 3.14.4 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon le type de pharmacie et le médicament. _____	75
Tableau 3.14.5 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon l'achalandage et le médicament. _____	75
Tableau 3.15.1 Score de conseil de niveau fondamental, selon le sexe, pour les 4 médicaments. _____	76
Tableau 3.15.2 Score de conseil de niveau global, selon le sexe, pour les 4 médicaments. _____	77

Tableau 3.15.3 Score de conseil de niveau fondamental, selon le statut, pour les 4 médicaments. _____	77
Tableau 3.15.4 Score de conseil de niveau global, selon le statut, pour les 4 médicaments.	78
Tableau 3.15.5 Score de conseil de niveau fondamental, selon l'expérience, pour les 4 médicaments. _____	78
Tableau 3.15.6 Score de conseil de niveau global, selon l'expérience, pour les 4 médicaments. _____	78
Tableau 3.15.7 Score de conseil de niveau fondamental, selon le type de pharmacie, pour les 4 médicaments. _____	79
Tableau 3.15.8 Score de conseil de niveau global, selon le type de pharmacie, pour les 4 médicaments. _____	79
Tableau 3.15.9 Score de conseil fondamental, selon l'achalandage, pour les 4 médicaments. _____	80
Tableau 3.15.10 Score de conseil global, selon l'achalandage, pour les 4 médicaments. __	80
Tableau 3.16.1 : régression multiple du score de conseil fondamental pour la sertraline. _	82
Tableau 3.16.2 : régression multiple du score de conseil global pour la sertraline. _____	82
Tableau 3.16.3 : régression multiple du score de conseil fondamental pour l'azithromycine. _____	82
Tableau 3.16.4 : régression multiple du score de conseil global pour l'azithromycine. ____	82
Tableau 3.16.5 : régression multiple du score de conseil fondamental pour le BenylinDM-D ^(md) . _____	82
Tableau 3.16.6.: régression multiple du score de conseil global pour le BenylinDM-D ^(md) .	83
Tableau 3.16.7 : régression multiple du score de conseil fondamental pour le salbutamol.	83
Tableau 3.16.8 : régression multiple du score de conseil global pour le salbutamol. _____	83

Liste des sigles et abréviations

c.a.t.: cuillerée à thé

co: comprimé

die: une fois par jour

inh.: inhalation

md: marque déposée

ml: millilitre

mg: milligrammes

OPQ: Ordre des pharmaciens du Québec.

PCPP : Programme de Consultation Pharmacien Patient

prn: au besoin

qid: quatre fois par jour

ren.: renouvellements

sig: dispenser tel que prescrit

stat: immédiatement

tid: trois fois par jour

Remerciements

La réalisation d'un tel travail n'aurait pas été possible sans la contribution de plusieurs personnes. Je tiens à les remercier pour leur aide au cours des différentes étapes qui ont mené au présent ouvrage.

Un remerciement particulier, pour son enseignement, sa rigueur et sa disponibilité, à Mme. Claudine Laurier sans la collaboration de qui, le présent projet n'aurait pu être réalisé.

Pour leurs suggestions et recommandations, Mme. Yola Moride et Mme. Johanne Collin.

Pour leur collaboration tout au long du projet, de l'Ordre des pharmaciens du Québec, Mme. Danielle Fagnan, M. Pierre Dion, Mme. Elaine Michaud, M. Pierre Ducharme et M. Michel Normandin.

Pour leur contribution à l'élaboration de la pondération des différents éléments de conseil, Mme. Diane Lamarre, Mme. Chantal Des Groseillers, Mme. Danielle Fagnan, M. Pascal Monarque, Mme. Christiane Mayer, Mme Judith Choquette et Mme. Sylvie Grégoire.

Pour avoir assuré le suivi des différentes ordonnances utilisées pour le projet, de l'Ordre des médecins du Québec, Dr. Claude Mercure et Dr. André Jacques.

Pour la rédaction des différentes ordonnances les Dr. Johanne Monette, Dr. Catherine Lemièrre, Dr. Pierre Ernst, et Dr. Marie-Claude Auger.

Et finalement, pour son soutien financier, la compagnie Pfizer Canada.

Avant-propos

Le domaine de la santé au Québec a subi des transformations majeures au cours des dernières années qui ont eu un impact certain sur la pratique de la pharmacie communautaire. Les deux principaux changements affectant la profession de pharmacien sont probablement le virage ambulatoire qui amène dans le milieu communautaire des clientèles ayant des pathologies plus lourdes et le régime universel d'assurance-médicament qui augmente les tâches administratives du pharmacien.

Le pharmacien n'est pas seulement responsable de la distribution des médicaments, il doit également assumer un rôle de conseiller visant une utilisation optimale de la thérapie médicamenteuse. Ce rôle de conseiller est reconnu par l'article 17 de la Loi de la pharmacie au Québec qui stipule que: "L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnances, sur l'usage reconnu des médicaments...".¹ En outre, le concept des soins pharmaceutiques implique aussi cette fonction de conseiller. Ce concept élaboré par Hepler et Strand est largement accepté dans la profession comme définissant la mission de la pratique. Il est énoncé comme suit : " Pharmaceutical care is that component of pharmacy practice which entails the direct interaction of the pharmacist with the patient for the purpose of caring for that patient's drug-related needs".²

Afin d'aider le pharmacien à mieux assurer ce rôle de conseiller, l'Ordre des pharmaciens du Québec a mis sur pied un programme de formation sur la communication verbale pharmacien-patient offert à tous ses membres.

Le présent travail vise à évaluer la communication verbale pharmacien-patient en milieu communautaire au Québec avant l'entrée en vigueur de ce programme de formation. De façon plus spécifique, l'étude vise à déterminer la fréquence de communication pharmacien-patient lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance et la nature des informations qui sont généralement transmises au patient. Les liens possibles entre, fréquence de communication, nature des informations et certaines caractéristiques du

pharmacien (expérience, sexe et statut) et du milieu (charge de travail et type de pharmacie) ont également été analysés.

Les données recueillies permettent d'obtenir des informations courantes sur la pratique pharmaceutique en milieu communautaire suite aux bouleversements récents dans le système de santé québécois. Les résultats des analyses seront transmis aux administrateurs de l'OPQ qui pourront les utiliser comme source d'information sur la pratique actuelle de la pharmacie et pour cibler des éléments particuliers lors des sessions de formation s'ils le jugent nécessaire.

1. Revue de littérature

1.1 Communication pharmacien-patient

La communication pharmacien-patient peut se produire à diverses occasions. L'une de ces occasions est la demande d'exécution d'une ordonnance par le patient. C'est sur la communication se produisant à ce jour que se centre le présent travail. La transmission d'information lors de l'exécution d'ordonnances peut prendre plusieurs formes. La principale forme, qui est essentielle, est la communication verbale entre le pharmacien et le patient par l'entremise de laquelle le pharmacien transmet les différents renseignements en s'assurant qu'ils soient bien compris. L'information peut également être transmise de façon écrite, sous la forme de feuillets de renseignements ou d'étiquettes auxiliaires. Les feuillets de renseignements, concernant le médicament ou la pathologie, peuvent être pré-imprimés ou imprimés de façon personnalisée pour chaque patient. Les étiquettes auxiliaires sont présentées sous forme d'autocollants, habituellement colorés, qui sont apposés directement sur le vial afin d'insister sur un élément précis spécifique au médicament. Des exemples d'autocollants courants sont : Prendre avec de la nourriture; Peut causer de la somnolence.

La transmission de renseignements à l'occasion de l'exécution d'une ordonnance peut se produire à la fois lors de l'exécution de nouvelles ordonnances ou de renouvellements. De leur côté, les nouvelles ordonnances peuvent être pour un nouveau traitement ou concerner une thérapie déjà amorcée précédemment. Les renouvellements impliquent que le patient a déjà reçu le médicament pour la même indication. L'information remise pourra différer selon qu'il s'agisse d'une nouvelle ordonnance pour un traitement déjà connu ou pour un nouveau traitement. En effet, on s'attend à ce que l'information transmise soit plus complète dans le cas d'un nouveau traitement.

Plusieurs études se sont intéressées à la communication pharmacien-patient et apportent des données intéressantes soit sur la fréquence de la communication, soit sur la nature de cette communication ou encore sur les techniques de communication utilisées. En outre, certains auteurs ont cherché à mettre en évidence des liens entre diverses variables et les comportements de communication de pharmaciens. Les méthodologies adoptées varient

mais peuvent être classées en quatre catégories : le questionnaire au pharmacien ou au patient, le journal de bord, l'observation directe et les patient simulés. La section suivante rapporte les résultats des divers travaux empiriques en fonction du thème abordé et de la méthode utilisée.

1.1.1 Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication

Questionnaire auprès du patient

Wiederholt et collaborateurs ont utilisé un questionnaire téléphonique pour analyser la communication d'informations concernant les médicaments par les médecins et pharmaciens.³ La collecte de données a été réalisée en 1984 par téléphone auprès de 2382 personnes de 18 ans et plus de l'état du Wisconsin. Les réponses de 2135 sujets ont été jugées valides et retenues pour l'analyse. Les sujets ont répondu en fonction de la dernière ordonnance qu'ils avaient reçue, ce qui peut engendrer un biais de mémoire si cet événement n'est pas récent. Les sujets ont rapporté avoir reçu de l'information verbale, de la part du pharmacien, dans 34% des cas en considérant les nouvelles ordonnances et les renouvellements. Ce pourcentage passe à 38% lorsque l'on ne considère que les nouvelles ordonnances. Il est important de noter que cette consultation pouvait être donnée par le personnel technique de la pharmacie et ne se limitait pas seulement à l'information donnée par le pharmacien.

Les auteurs ont également analysé le pourcentage d'ordonnances pour lesquelles le pharmacien donne des conseils mais en ne considérant que les sujets (1150 patients) ayant reçu leur ordonnance au cours de l'année précédant le sondage afin d'éliminer le biais de mémoire. L'analyse de ce sous-groupe révèle que les patients rapportent avoir reçu de l'information dans 44% des cas pour une nouvelle ordonnance et dans 30% des cas pour un renouvellement.

Les patients étaient questionnés sur les différents éléments d'information communiqués, par le personnel de la pharmacie, lors de la remise de l'ordonnance pour le sous-groupe de patients ayant reçu leur ordonnance au cours de l'année précédant le sondage. Cinq

principales catégories d'information étaient étudiées et l'analyse est faite en fonction du type d'ordonnance, nouvelle ou renouvellement. Quatre pourcent des patients rapportent avoir reçu de l'information sur l'indication du médicament dans le cas d'une nouvelle ordonnance et 3% dans le cas d'un renouvellement ; 27% (nouvelle ordonnance) et 14% des patients (renouvellement) disaient avoir reçu les directives pour la prise ; 8% (nouvelle ordonnance) et 6% des patients (renouvellement) disaient avoir reçu des renseignements sur les effets indésirables ; 6% (nouvelle ordonnance) et 4% des patients (renouvellement) disaient avoir reçu des renseignements sur les interactions médicamenteuses / précautions et 5% (nouvelle ordonnance) et 6% des patients (renouvellement) disaient avoir reçu de l'information générale.

Dans un article publié en 1997, Morris et collaborateurs rapportent les résultats de 4 sondages auprès de patients menés sur une période de 12 ans.⁴ Les sondages, réalisés par téléphone, visaient, entre autres, à analyser les informations transmises, de façon verbale et écrite, par le médecin ou le pharmacien sur l'utilisation de médicaments. Les sondages ont été menés à travers les États-Unis auprès de 1104 patients en 1982 (taux de réponse, sujets admissibles, de 61%) ; 1000 patients en 1984-85 (taux de réponse, sujets admissibles, de 72%) ; 1023 patients en 1992 (taux de réponse, sujets admissibles, 66%) et 1000 patients en 1994 (taux de réponse, sujets admissibles, de 67%). Les numéros de téléphone étaient obtenus de façon aléatoire. Les sujets devaient être âgés de 18 ans ou plus et avoir fait remplir une nouvelle ordonnance dans les 4 semaines précédant l'appel. Ils ne devaient considérer que l'épisode le plus récent dans leurs réponses aux questions. Les auteurs présentent les résultats en terme de pourcentage de patients rapportant avoir reçu au moins une information verbale, de la part du pharmacien, sur l'utilisation du ou des médicaments. Ce pourcentage est de 37%, en 1982, 31% en 1984, 37% en 1992 et 42% en 1994.

Les auteurs ont également analysé les différents éléments d'information mentionnés par les pharmaciens lors de la remise du médicament. Les patients étaient questionnés sur 5 sujets en particulier. Le pourcentage de patients qui rapportaient recevoir de l'information sur le

nombre d'unités à prendre étaient de 23%, 20%, 28% et 32% pour les sondages de 1982, 1984, 1992 et 1994 respectivement. En ce qui concerne l'information sur l'intervalle de prise, les pourcentages étaient de 23%, 21%, 27% et 33% des patients pour les années 1982,1984, 1992 et 1994, respectivement. Pour l'information concernant le nombre de renouvellements, ils étaient de 12%, 13%, 16% et 15% des patients pour les années 1982,1984, 1992 et 1994, respectivement. Selon les réponses des patients, les précautions étaient abordées pour 13%, 13%, 18% et 25% des patients pour les années 1982,1984, 1992 et 1994, respectivement. Les effets indésirables étaient abordés pour 8%, 9%, 11% et 19% des patients pour les années 1982,1984, 1992 et 1994, respectivement. À noter que dans toutes les catégories, et ce pour chacun des sondages, les patients rapportent avoir reçu plus d'informations de la part de leur médecin que de leur pharmacien.

Les auteurs ont aussi analysé la remise d'information écrite par le pharmacien. L'augmentation est à ce niveau plus spectaculaire puisque 16%, 26%, 32% et 59%, des patients ont rapporté en avoir reçu pour les années 1982, 1984, 1992 et 1994, respectivement.

L'enquête nationale sur la santé de la population, menée au Canada en 1994-1995, auprès de 26 430 ménages par interview, a également analysé certaines informations transmises par le médecin et le pharmacien pour les médicaments avec ordonnance.⁵ Les répondants rapportent avoir reçu de l'information sur l'usage du médicament par le médecin dans 93% des cas et par le pharmacien dans 63% des cas. La posologie était abordée par le médecin dans 82% des cas et par le pharmacien dans 72% des cas; les effets prévus dans 81% des cas par le médecin et dans 57% des cas par le pharmacien; les effets secondaires possibles dans 55% des cas par le médecin et dans 58% des cas par le pharmacien; les aliments ou boissons à éviter dans 55% des cas par le médecin et dans 61% des cas par le pharmacien et les activités à éviter dans 41% des cas par le médecin et dans 44% des cas par le pharmacien.

Questionnaire auprès du pharmacien

Kirking a, pour sa part, évalué la pratique des pharmaciens communautaires de l'Ohio à l'aide d'un questionnaire postal.^{6,7} Les pharmaciens devaient pratiquer au moins 20 heures par semaine en pharmacie communautaire. Le questionnaire a été envoyé à un échantillon de 679 pharmaciens et 506 questionnaires conformes ont été reçus pour un taux de réponse net de 76,8%. La définition de conseil retenue est la suivante : "the provision of verbal information that will help patients to use their medications properly". Utilisant cette définition, les pharmaciens devaient rapporter le pourcentage de nouvelles ordonnances pour lesquelles ils donnaient des conseils. Les pharmaciens ont rapporté donner des conseils sur 41,6% ± 30,6 des nouvelles ordonnances.

Les pharmaciens participants devaient également indiquer, pour 3 médicaments types (warfarine, sulfizoxazole et amitriptylline), s'ils discutaient généralement certains éléments d'information spécifiques lors de la remise d'une nouvelle ordonnance. Dans ces éléments d'information spécifiques, les effets indésirables communs seraient le plus souvent discutés (73,8 à 79,4 % des ordonnances, selon le médicament), suivis de l'horaire d'administration (64,3 à 72,0 %), l'indication du médicament (49,0 à 66,3%), le nom du médicament (44,8 à 54,2%) et le fait de demander au patient s'il avait des questions (38,3 à 44,6%). La voie d'administration (19,4 à 23,4%), les méthodes de conservation des produits (14,7 à 21,4%) et les effets indésirables moins courants, plus sévères et précautions (21,4 à 43,1%) arrivaient au bas de la liste.

Au niveau québécois, une étude publiée en 1989 par Laurier et collaborateurs a utilisé la méthode du questionnaire postal auprès de pharmaciens pour récolter les données.⁸ Deux questionnaires complémentaires ont été envoyés à un total de 634 pharmaciens communautaires. Le taux de réponse brut au premier questionnaire a été de 72,6% des pharmaciens. Le deuxième questionnaire a été envoyé seulement aux pharmaciens ayant retourné le premier et le taux de réponse a été de 91 %, pour un taux de réponse global de

65 % pour les 2 questionnaires. Les répondants ont rapporté donner de l'information sur $68,9 \pm 24,2\%$ des nouveaux traitements.

Les pharmaciens devaient également indiquer dans quel pourcentage des épisodes de conseils sur les nouveaux traitements ils discutaient d'éléments spécifiques. Ils devaient indiquer si les éléments spécifiques étaient discutés dans moins de 25% des cas, 25-50% des cas, 51-75% des cas ou plus de 75% des cas. Selon les pharmaciens, l'indication et le mode d'administration sont discutés, pour plus de 75% des nouveaux traitements, par 56% et 67% des pharmaciens respectivement alors que les effets indésirables fréquents et les effets indésirables rares mais sérieux sont discutés, pour plus de 75% des nouveaux traitements, par 33% et 17% des pharmaciens.

Laurier et collaborateurs présentent une analyse secondaire de données obtenues par un questionnaire postal envoyé aux pharmaciens canadiens.⁹ Un total de 1884 pharmaciens communautaires ont reçu le questionnaire; 894 l'ont complété et retourné pour un taux de réponse de 47%. Les questions visaient toutes les ordonnances exécutées : nouvelles ou renouvellements. Les pharmaciens ont rapporté donner de l'information sur $52,1 \pm 27,1\%$ des ordonnances. La moyenne pour les pharmaciens québécois s'établit à 63,9% et est la plus élevée de toutes les provinces canadiennes.

Patients simulés

L'effet, sur la fréquence de communication, de l'entrée en vigueur d'une Loi de l'état du Kansas (1976) rendant obligatoire la transmission d'informations au patient a été évalué. L'étude de Puckett et collaborateurs réalisée en 1975-76 et celle de Ross et collaborateurs, réalisée en 1978 évaluent respectivement la situation avant et après l'application de la Loi.^{10,11} Les auteurs ont utilisé la même méthodologie du pseudo-patient. Le pseudo-patient visitait, dans chacune des études, 95 pharmacies en remettant une ordonnance pour l'un des 4 médicaments suivants : tétracycline, sulfate ferreux, chlorpromazine et sulfizoxazole. Les pharmaciens ne savaient pas qu'ils étaient évalués. Le pourcentage de patients auxquels une information verbale a été donnée est de 30% en 1975-76 et de 31% en

1978. Des étiquettes complémentaires ont été apposées sur 13% des médicaments remis lors de l'évaluation de 1975-76 et 40% des médicaments remis en 1978, une différence statistiquement significative.

Les auteurs ont également analysé les différents éléments d'information mentionnés par les pharmaciens lors de la remise du médicament. Ils avaient identifié 10 éléments essentiels basés sur l'information du USP XIX : le nom du médicament, l'indication générale, la voie d'administration, la quantité de médicament constituant une dose, le moment de prise et l'intervalle, la quantité maximale à prendre en une journée, la durée de traitement, les effets indésirables et précautions pertinentes, la nécessité d'éviter d'autres médicaments, aliments ou activités et l'entreposage et la manipulation sécuritaire du produit. Les auteurs ont calculé pour chaque pharmacien un score global où l'information exacte pour chacun des éléments mentionnés par le pharmacien vaut 1 point et l'information inexacte entraîne la déduction d'un point. Lors de l'analyse les auteurs ont considéré que certains points étaient facultatifs ce qui donne un score maximal de 8 pour le sulfate ferreux, de 9 pour la chlorpromazine et la tétracycline et de 10 pour le sulfizoxazole. Le score moyen pour l'ensemble des pharmaciens pour les années 1975-76 est de 3,3 / 10 (33%) pour le sulfizoxazole, de 2,3 / 9 (26%) pour la tétracycline, de 2,8 / 8 (35%) pour le sulfate ferreux et de 1,2 / 9 (13%) pour la chlorpromazine. Les scores sont semblables pour 1978. Le nombre d'informations inexactes (entraînant une déduction d'un point) n'est pas mentionné par les auteurs. Bien que reconnaissant, dans la discussion, que certains renseignements sont plus importants à mentionner que d'autres, les auteurs ont accordé la même pondération à tous les éléments.

Mason et Svarstad ont évalué la pratique de 40 pharmaciens pratiquant dans des pharmacies indépendantes dans un milieu rural du Wisconsin.¹² Chaque pharmacien était évalué par 2 patients simulés différents présentant pour l'un, une ordonnance pour de l'Actifed^(md) (alors médicament d'ordonnance) et pour l'autre une ordonnance de tétracycline. Les pharmaciens ont donné de l'information verbale pour 56 des 80 entretiens ce qui donne une

fréquence de 70%. Il est à noter que 8 pharmaciens (20%) n'ont donné aucune indication pour les 2 médicaments.

Les patients simulés ont également noté les éléments d'information mentionnés verbalement par les pharmaciens lors de la remise des médicaments. Les éléments mentionnés le plus fréquemment sont : la description du médicament, mentionné par 45% des pharmaciens dans le cas de l'Actifed^(md) et 43% des pharmaciens dans le cas de la tétracycline. Le nom du médicament était abordé par 33% (Actifed^(md)) et 35% (tétracycline) des pharmaciens, le nombre d'unités à prendre par 30% (Actifed^(md)) et 25% (tétracycline) des pharmaciens, la fréquence de prise par jour par 40% (Actifed^(md)) et 35% (tétracycline) des pharmaciens. Le moment de prise par rapport aux repas est abordé par 50% des pharmaciens dans le cas de la tétracycline (cette information n'est pas jugée pertinente pour l'Actifed^(md)), la durée de traitement par 40% des pharmaciens (tétracycline) et les effets indésirables par 50% des pharmaciens pour l'Actifed^(md).

Mickle et collaborateurs ont évalué l'information donnée par le pharmacien lors de la remise d'albutérol en aérosol-doseur.¹³ Un patient simulé a présenté la même ordonnance à un échantillon de 52 pharmacies (26 indépendantes et 26 chaînes) réparties entre trois villes de l'État du Tennessee. Les patients devaient solliciter de l'information si elle n'était pas offerte de façon volontaire en posant une des 2 questions suivantes : "How do I use this ?" ou "Can you show me how to use this?". Les pharmaciens ne savaient pas qu'ils étaient évalués. Les patients simulés ont noté que 13% des pharmaciens ont donné des conseils sur l'utilisation de façon volontaire, 46% l'ont fait suite à la demande du patient et 40% n'ont donné aucun conseil. Sur les 31 pharmaciens ayant donné de l'information au patient simulé, 13% ont discuté 7 des 8 éléments nécessaires à une bonne utilisation du produit, 16% ont discuté 5 à 6 éléments, 19% ont discuté 2 à 4 éléments et 39% ont discuté moins de 2 éléments. Un seul pharmacien a discuté et démontré l'utilisation correcte de l'aérosol-doseur. Aucun pharmacien n'a offert de tube d'espacement ou demandé au patient d'utiliser l'aérosol-doseur devant lui afin de corriger sa technique. Un pourcentage impressionnant

(30,8%) des pharmaciens ont donné comme suggestion de lire les instructions incluses dans la boîte et n'ont donné aucun autre conseil.

Au niveau canadien, une étude menée par Willison et collaborateurs visant à décrire la pratique en pharmacie communautaire a été réalisée en 1990 dans la région d'Hamilton en Ontario.¹⁴ Sur un total de 37 pharmacies approchées, 30 ont accepté d'être évaluées par la méthode des patients simulés. L'objectif principal était de déterminer la qualité du conseil donné pour une situation spécifique. Les auteurs avaient retenu 8 situations différentes dont 4 impliquaient un médicament vendu sous ordonnance : nouvel utilisateur de warfarine, femme enceinte (premier trimestre) voulant faire exécuter une ancienne ordonnance de tétracycline, nouvel utilisateur d'aérosol-doseur et nouvelle utilisatrice de crème vaginale antifongique. Les pharmaciens ont donné des conseils verbaux de façon volontaire à un pourcentage de patients variant entre 29% et 57% selon les situations.

Dans 2 de ces 4 simulations il y avait un potentiel pour le pharmacien de donner des conseils erronés ou de ne pas mentionner certains éléments qui sont tellement essentiels que le fait de ne pas les mentionner peut porter préjudice à la santé du patient. Les auteurs ont mesuré, pour les pharmaciens qui avaient donné un conseil, le pourcentage de pharmaciens qui donnaient des conseils totalement sécuritaires pour ces 2 simulations. Ce pourcentage était de 72,4% pour le nouvel utilisateur de warfarine et de 60% pour la femme enceinte voulant remplir une ancienne ordonnance de tétracycline.

Journal de bord

Raisch a mené une étude dans l'État du Nouveau-Mexique aux États-Unis. Il voulait vérifier si la méthode de paiement du pharmacien avait un impact sur l'incidence de conseils et sur les éléments d'information mentionnés.¹⁵ Il a recruté 80 pharmaciens sur un échantillon de 205 pour un taux de participation de 39%. Les pharmaciens devaient noter leurs interventions dans un journal de bord pendant une période de 40 heures, ce qui a donné 3766 épisodes de conseils pour l'ensemble des participants. La médiane du pourcentage d'ordonnances pour lesquelles le pharmacien donne des conseils est de 12,9%

dans le cas de l'utilisateur payeur, de 13,0% pour les bénéficiaires du programme Medicaid, de 11,1% dans le cas de tiers payeur et de 7,9% lors de paiement par capitation. Une différence significative a été observée entre le paiement direct par le patient ($p=0,004$) ainsi que pour le programme Medicaid ($p=0,017$) lorsque comparé avec la méthode de capitation.

Vingt-trois pharmaciens parmi les 80 ont été recrutés afin de valider à l'aide d'observation directe les résultats obtenus par la méthode du journal de bord. Les pharmaciens ayant accepté ont ainsi été observés pendant 2 périodes d'environ 4 heures. Le pourcentage moyen d'ordonnance où des conseils ont été donnés était de 36 ± 27 par pharmacien lors de l'observation. Il était de $24\% \pm 21$ pour le journal de bord, une moyenne plus faible que lors de l'observation ($p=0,040$). La corrélation entre les deux mesures était par contre très élevée (Pearson $r = 0,7$; $p < 0,001$).

Observation directe

Berardo et collaborateurs ont mesuré le pourcentage d'ordonnances pour lesquelles de l'information verbale est donnée avant et après un programme de formation suivi par les 8 pharmaciens participant à l'étude.¹⁶ La méthode utilisée était celle de l'observation directe. Les observateurs ont évalué les pharmaciens pour un total de 5.5 heures chacun en pré-intervention, donnant un total de 381 épisodes de conseils notés. Le total d'heures observées a été de 16.5 pour chacun des pharmaciens en post-intervention, pour un total de 954 épisodes de conseils. Les résultats démontrent que la fréquence de conseils n'était pas différente ($p>0,05$) survenant dans 20% des cas pré-formation et 24% des cas post-formation. Les observateurs avaient comme définition de communication, la transmission d'informations verbales du pharmacien au patient portant sur tout sujet autre que le nombre de comprimés ou capsules dispensées, le nombre de renouvellements ou le coût de l'ordonnance.

Les auteurs notent que, lorsque de l'information est donnée aux patients, les informations données les plus souvent sont : comment prendre le médicament, mentionné pour 39,7% des ordonnances en pré-formation et 54,1% des ordonnances en post-formation, les effets

indésirables mentionnés pour 36,8% et 48,6% des ordonnances en pré et post-formation, respectivement, le dosage mentionné pour 19,1% et 23,3% des ordonnances en pré et post-formation, respectivement, et le nombre de doses à prendre par jour mentionné pour 19,1% et 21,9% des ordonnances en pré et post-formation respectivement. Il est important de rappeler que les résultats sont obtenus à partir d'un petit échantillon de pharmaciens soit 8.

Plus récemment une étude de Schommer et Wiederholt, utilisant la méthode de l'observation directe a été menée au Wisconsin dans 12 pharmacies communautaires.^{17,18,19} Pour chacune des pharmacies, les conseils donnés à 30 patients ont été notés, pour un total de 360 contacts. Un total de 23 pharmaciens ont participé à l'étude. Des 360 contacts 38,5% étaient pour des nouvelles ordonnances alors que 61,5% étaient pour des renouvellements. Les auteurs définissaient la consultation pharmaceutique comme "any face-to-face verbal communication between a pharmacist and patient (or agent of the patient, hereafter referred to as the patient) about medications or health during the dispensing of a prescription to that patient"¹⁷. Les auteurs ont noté une consultation pharmaceutique pour 76 % des contacts.

Les auteurs ont également analysé les éléments d'information transmis les plus souvent par les pharmaciens lors de la remise d'ordonnances à leurs patients. Les directives d'utilisation sont mentionnées pour 39% des contacts, les éléments administratifs pour 37%, la sollicitation de rétroaction est faite par le pharmacien pour 36%, l'indication de la thérapie est mentionnée pour 31%, le nom du médicament pour 25%, les effets indésirables pour 25%, le monitoring pour 14%, la continuité de la thérapie pour 9%, les interactions pour 4%, et les contre-indications pour 3% des contacts. Les auteurs ont également noté que lors de la remise d'un nouveau médicament les pharmaciens donnent de l'information concernant: les directives d'utilisation, le nom du médicament, l'indication de la thérapie, les effets indésirables et les interactions plus souvent que lors de la remise d'un renouvellement.

Un résumé des différentes études présentées dans cette section est présenté au tableau 1.1.1.

Tableau 1.1.1 Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication

Auteurs (année)	Méthodologie / Indicateurs	Échantillon	Fréquence de communication	Contenu de l'épisode de communication / Éléments d'information										
Puckett ¹⁰ (1978)	Patients simulés remettant une ordonnance de l'un des médicaments suivants : tétracycline, sulfate ferreux, chlorpromazine, sulfizoxazole.	95 pharmaciens communautaires dans l'état du Kansas	% de situations avec transmission de renseignements verbaux = 30%	<p>Score global pour l'ensemble des éléments à mentionner</p> <table border="1" data-bbox="430 279 646 863"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,3 / 10</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>2,3 / 9</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>2,8 / 8</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>1,2 / 9</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	Score	%	3,3 / 10	33	2,3 / 9	26	2,8 / 8	35	1,2 / 9	13
Score	%													
3,3 / 10	33													
2,3 / 9	26													
2,8 / 8	35													
1,2 / 9	13													
Ross et coll. ¹¹ (1978)	Patients simulés remettant une ordonnance de l'un des médicaments suivants : tétracycline, sulfate ferreux, chlorpromazine, sulfizoxazole.	95 pharmaciens communautaires de l'état du Kansas	% de situations avec transmission de renseignements verbaux = 31%											

Tableau 1.1.1 (suite) : Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication

Auteurs (année)	Méthodologie / Indicateurs	Échantillon	Fréquence de communication	Contenu de l'épisode de communication / Éléments d'information																																				
Kirkling ^{6,7} (1982-1984)	Questionnaire auprès de pharmaciens % de nouvelles ordonnances pour lesquelles des conseils verbaux sont donnés. % de nouvelles ordonnances de warfarine, sulfizoxazole et amytriptiline, pour lesquelles des renseignements spécifiques étaient mentionnés.	506 pharmaciens de l'Ohio Taux de réponse net de 76,8% (679 pharmaciens contactés)	Renseignements sur 41,6% ± 30,6% des nouvelles ordonnances.	<p>% des pharmaciens qui mentionnent généralement l'élément d'information pour chaque médicament</p> <table border="1" data-bbox="406 1386 1421 1837"> <thead> <tr> <th></th> <th>Warf</th> <th>Sulfi</th> <th>Amy</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Nom du produit</td> <td>54%</td> <td>49%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>- Indication générale</td> <td>66%</td> <td>64%</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>- Voie d'administration</td> <td>23%</td> <td>26%</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>- Fréquence d'administration</td> <td>69%</td> <td>72%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>- Effets indésirables communs/ précautions</td> <td>79%</td> <td>77%</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>- Effets indésirables moins communs, plus sévères</td> <td>43%</td> <td>22%</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>- Manipulation / entreposage</td> <td>21%</td> <td>18%</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>- Questions aux patients pour vérifier leur compréhension</td> <td>47%</td> <td>38%</td> <td>39%</td> </tr> </tbody> </table>		Warf	Sulfi	Amy	- Nom du produit	54%	49%	45%	- Indication générale	66%	64%	49%	- Voie d'administration	23%	26%	19%	- Fréquence d'administration	69%	72%	64%	- Effets indésirables communs/ précautions	79%	77%	74%	- Effets indésirables moins communs, plus sévères	43%	22%	21%	- Manipulation / entreposage	21%	18%	15%	- Questions aux patients pour vérifier leur compréhension	47%	38%	39%
	Warf	Sulfi	Amy																																					
- Nom du produit	54%	49%	45%																																					
- Indication générale	66%	64%	49%																																					
- Voie d'administration	23%	26%	19%																																					
- Fréquence d'administration	69%	72%	64%																																					
- Effets indésirables communs/ précautions	79%	77%	74%																																					
- Effets indésirables moins communs, plus sévères	43%	22%	21%																																					
- Manipulation / entreposage	21%	18%	15%																																					
- Questions aux patients pour vérifier leur compréhension	47%	38%	39%																																					

Tableau 1.1.1 (suite) : Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication

Auteurs (année)	Méthodologie / Indicateurs	Échantillon	Fréquence de communication	Contenu de l'épisode de communication/ Éléments d'information																								
Mason et Svarstad ¹² (1984)	<p>Patients simulés</p> <p>Une ordonnance d'Actifed^{md} et une ordonnance de tétracycline.</p>	40 Pharmaciens milieu rural du Wisconsin	Pharmaciens avaient donné de l'information verbale dans 56 des 80 situations (70%).	<p>% de pharmaciens discutant l'élément particulier</p> <table border="1" data-bbox="380 281 813 863"> <thead> <tr> <th></th> <th>Actifed</th> <th>Tétrac.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Description du médicament</td> <td>45%</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>- Nom du médicament</td> <td>33%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>- Nombre d'unités à prendre</td> <td>30%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>- Fréquence de prise par jour</td> <td>40%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>- Moment de prise par rapport aux repas</td> <td>NA</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>- Durée de traitement</td> <td>NA</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>- Effets indésirables</td> <td>50%</td> <td>18%</td> </tr> </tbody> </table>		Actifed	Tétrac.	- Description du médicament	45%	43%	- Nom du médicament	33%	35%	- Nombre d'unités à prendre	30%	25%	- Fréquence de prise par jour	40%	35%	- Moment de prise par rapport aux repas	NA	50%	- Durée de traitement	NA	40%	- Effets indésirables	50%	18%
	Actifed	Tétrac.																										
- Description du médicament	45%	43%																										
- Nom du médicament	33%	35%																										
- Nombre d'unités à prendre	30%	25%																										
- Fréquence de prise par jour	40%	35%																										
- Moment de prise par rapport aux repas	NA	50%																										
- Durée de traitement	NA	40%																										
- Effets indésirables	50%	18%																										
Berardo et coll. ¹⁶ (1989)	Observation directe de remise de conseils en pré et post programme de formation	8 pharmaciens communautaires aux Etats-Unis	<p>20% de contacts dans la période pré-formation.</p> <p>24% de contacts dans la période post-formation.</p>	<p>% de situations ou l'élément spécifique est discuté</p> <table border="1" data-bbox="888 281 1144 863"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pré-form.</th> <th>Post-form.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-Comment prendre le médicament</td> <td>39,7%</td> <td>54,1%</td> </tr> <tr> <td>- Effets indésirables</td> <td>36,8%</td> <td>48,6%</td> </tr> <tr> <td>-Dosage</td> <td>19,1%</td> <td>23,3%</td> </tr> <tr> <td>-Nombre de doses à prendre par jour</td> <td>19,1%</td> <td>21,9%</td> </tr> </tbody> </table>		Pré-form.	Post-form.	-Comment prendre le médicament	39,7%	54,1%	- Effets indésirables	36,8%	48,6%	-Dosage	19,1%	23,3%	-Nombre de doses à prendre par jour	19,1%	21,9%									
	Pré-form.	Post-form.																										
-Comment prendre le médicament	39,7%	54,1%																										
- Effets indésirables	36,8%	48,6%																										
-Dosage	19,1%	23,3%																										
-Nombre de doses à prendre par jour	19,1%	21,9%																										

Tableau 1.1.1 (suite) : Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication

Auteurs (année)	Méthodologie / Indicateurs	Échantillon	Fréquence de communication	Contenu de l'épisode de communication / Éléments d'information
Laurier et coll. ⁸ (1989)	Questionnaire auprès de pharmaciens. % des nouveaux traitements avec conseils verbaux.	426 pharmaciens communautaires au Québec. Taux de réponse net de 65% (634 pharmaciens contactés)	Conseils verbaux pour : 68,9% ± 24,2% des nouveaux traitements.	% de pharmaciens discutant l'élément spécifique pour plus de 75% des nouveaux traitements - Indication 56% - Mode d'administration 67% - Effets indésirables fréquents 33% - Effets indésirables rares mais sérieux 17%
Mickle et coll. ¹³ (1990)	Patients simulés Ordonnance d'albutérol en aérosol-doseur	52 pharmacies communautaires réparties dans 3 villes au Tennessee	Renseignements donnés volontairement dans 13% des situations. Renseignements donnés suite à la demande du patient dans 46% des situations.	% pharmaciens ayant expliqué un nombre d'étapes pour l'utilisation d'un aérosol-doseur - 7 à 8 des 8 étapes 13% - 5 à 6 des 8 étapes 16% - 2 à 4 des 8 étapes 19% - Moins de 2 des 8 étapes 39%
Willison et coll. ¹⁴ (1990)	Patients simulés 8 simulations différentes.	30 Pharmacies communautaires de la région d'Hamilton en Ontario	Renseignements donnés volontairement dans 29% à 57% des situations selon le médicament.	
Laurier et coll. ⁹ (1992)	Questionnaire auprès de pharmaciens. % des ordonnances avec conseils verbaux.	894 pharmaciens canadiens. Taux de réponse de 47%	Renseignements remis pour 52,1% ± 27,1% des ordonnances. Moyenne québécoise: 63,9%.	

Tableau 1.1.1 (suite) : Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication

Auteurs (année)	Méthodologie / Indicateurs	Échantillon	Fréquence de communication	Contenu de l'épisode de communication / Éléments d'information
Wiederholt et coll. ³ (1992)	Questionnaire auprès de patients sur renseignements donnés par le personnel de la pharmacie	1150 patients ayant reçu une ordonnance dans les 12 mois précédents (sur 2135 répondants)	Renseignements reçus par 44% des patients (nouvelle ordonnance) Renseignements reçus par 30% des patients (renouvellement)	<p>% de patients ayant reçu l'information spécifique</p> <p><u>Nouvelle ordonnance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Indication du médicament 4% - Directives pour la prise 27% - Effets indésirables 8% - Information générale 5% - Interactions médicamenteuses / précautions 6% <p><u>Renouvellement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Indication du médicament 3% - Directives pour la prise 14% - Effets indésirables 6% - Information générale 5% - Interactions médicamenteuses / précautions 4%
Raisch ¹⁵ (1993)	Journal de bord Validation par observation directe d'une partie des répondants	80 pharmaciens communautaires dans l'état du Nouveau-Mexique Taux de participation de 39%	Médiane du pourcentage d'ordonnances pour lesquelles le pharmacien donne des conseils lors de l'observation. Utilisateur payeur : 12,9% Bénéficiaires Médicaïd: 13% Tiers payeur : 11,1% Capitation: 7,9%	

Tableau 1.1.1 (suite) : Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication

Auteurs (année)	Méthodologie / Indicateurs	Échantillon	Fréquence de communication	Contenu de l'épisode de communication / Éléments d'information																														
Schommer et Wiederholt (1995-1997)	Observation directe de 30 contacts dans 12 pharmacies.	12 Pharmacies communautaires du Wisconsin	Conseils verbaux dans 76% des épisodes de conseils.	<p>% des ordonnances pour lesquelles l'élément d'information spécifique est discuté</p> <table border="1"> <tr><td>Directives d'utilisation</td><td>39%</td></tr> <tr><td>Éléments administratifs</td><td>37%</td></tr> <tr><td>Sollicitation de rétroaction</td><td>36%</td></tr> <tr><td>Indication de la thérapie</td><td>31%</td></tr> <tr><td>Nom du médicament</td><td>25%</td></tr> <tr><td>Effets indésirables</td><td>25%</td></tr> <tr><td>Monitoring</td><td>14%</td></tr> <tr><td>Continuité de la thérapie</td><td>9%</td></tr> <tr><td>Interactions</td><td>4%</td></tr> <tr><td>Contre-indications</td><td>3%</td></tr> </table>	Directives d'utilisation	39%	Éléments administratifs	37%	Sollicitation de rétroaction	36%	Indication de la thérapie	31%	Nom du médicament	25%	Effets indésirables	25%	Monitoring	14%	Continuité de la thérapie	9%	Interactions	4%	Contre-indications	3%										
Directives d'utilisation	39%																																	
Éléments administratifs	37%																																	
Sollicitation de rétroaction	36%																																	
Indication de la thérapie	31%																																	
Nom du médicament	25%																																	
Effets indésirables	25%																																	
Monitoring	14%																																	
Continuité de la thérapie	9%																																	
Interactions	4%																																	
Contre-indications	3%																																	
Morris et coll. ⁴ (1997)	Questionnaire auprès de patients sur renseignements remis lors de dernière exécution d'ordonnance	<p>Sondage 1982 : 1104 patients</p> <p>Sondage 1984-85 : 1000 patients</p> <p>Sondage 1992 : 1023 patients</p> <p>Sondage 1994 : 1000 patients</p>	<p>Information verbale remise à 37% des patients (1982)</p> <p>Information verbale remise à 31% des patients (1984-85)</p> <p>Information verbale remise à 37% des patients (1992)</p> <p>Information verbale remise à 42% des patients (1994)</p>	<p>% de patients ayant reçu l'information particulière</p> <table border="1"> <tr><td></td><td>1982</td><td>1984-85</td><td>1992</td><td>1994</td></tr> <tr><td>- Nombre d'unités à prendre</td><td>23%</td><td>20%</td><td>28%</td><td>32%</td></tr> <tr><td>- Intervalle de prise</td><td>23%</td><td>21%</td><td>27%</td><td>33%</td></tr> <tr><td>- Nombre de renouvellements</td><td>12%</td><td>13%</td><td>16%</td><td>15%</td></tr> <tr><td>- Précautions</td><td>13%</td><td>13%</td><td>18%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>- Effets indésirables</td><td>8%</td><td>9%</td><td>11%</td><td>19%</td></tr> </table>		1982	1984-85	1992	1994	- Nombre d'unités à prendre	23%	20%	28%	32%	- Intervalle de prise	23%	21%	27%	33%	- Nombre de renouvellements	12%	13%	16%	15%	- Précautions	13%	13%	18%	5%	- Effets indésirables	8%	9%	11%	19%
	1982	1984-85	1992	1994																														
- Nombre d'unités à prendre	23%	20%	28%	32%																														
- Intervalle de prise	23%	21%	27%	33%																														
- Nombre de renouvellements	12%	13%	16%	15%																														
- Précautions	13%	13%	18%	5%																														
- Effets indésirables	8%	9%	11%	19%																														

Tableau 1.1.1 (suite) : Fréquence de communication et contenu de l'épisode de communication

Auteurs (année)	Méthodologie / Indicateurs	Échantillon	Fréquence de communication	Contenu de l'épisode de communication/ Éléments d'information																					
Statistique Canada ⁵ (1998)	Questionnaire auprès de patients sur renseignements communiqués pour médicament sur ordonnance au cours des 12 mois précédant l'interview.	26 430 ménages à travers le Canada. Taux de réponse de 88%.		<p>% de patients rapportant avoir reçu l'information selon le professionnel</p> <table border="1" data-bbox="373 285 698 871"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 285 422 483"></th> <th data-bbox="373 483 422 724">Md</th> <th data-bbox="373 724 422 903">Pharm.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="422 285 470 483">- Usage du médicament</td> <td data-bbox="422 483 470 724">93%</td> <td data-bbox="422 724 470 903">63%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 285 519 483">- Posologie</td> <td data-bbox="470 483 519 724">82%</td> <td data-bbox="470 724 519 903">72%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="519 285 568 483">- Effets prévus</td> <td data-bbox="519 483 568 724">81%</td> <td data-bbox="519 724 568 903">57%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 285 617 483">- Effets secondaires possibles</td> <td data-bbox="568 483 617 724">55%</td> <td data-bbox="568 724 617 903">58%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="617 285 665 483">- Aliments ou boissons à éviter</td> <td data-bbox="617 483 665 724">55%</td> <td data-bbox="617 724 665 903">61%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="665 285 698 483">- Activités à éviter</td> <td data-bbox="665 483 698 724">41%</td> <td data-bbox="665 724 698 903">44%</td> </tr> </tbody> </table>		Md	Pharm.	- Usage du médicament	93%	63%	- Posologie	82%	72%	- Effets prévus	81%	57%	- Effets secondaires possibles	55%	58%	- Aliments ou boissons à éviter	55%	61%	- Activités à éviter	41%	44%
	Md	Pharm.																							
- Usage du médicament	93%	63%																							
- Posologie	82%	72%																							
- Effets prévus	81%	57%																							
- Effets secondaires possibles	55%	58%																							
- Aliments ou boissons à éviter	55%	61%																							
- Activités à éviter	41%	44%																							

1.2 Variables explicatives

Plusieurs variables explicatives peuvent avoir une influence sur la remise de conseils verbaux au moment de l'exécution de l'ordonnance. Bien qu'utilisant des méthodologies différentes, avec des populations différentes, les différents auteurs ont démontré des liens semblables entre la remise de conseils et certaines variables. Ces variables peuvent être regroupées en 2 catégories principales : les caractéristiques du pharmacien et les caractéristiques du milieu d'exercice. Les principales variables visant à décrire les caractéristiques du pharmacien sont le sexe du pharmacien, l'âge, le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique ou l'obtention du diplôme, le statut (propriétaire ou salarié) et les perceptions et attitudes. Les principales variables visant à décrire le milieu d'exercice sont le type de pharmacie, la charge de travail du pharmacien et la méthode de remboursement du pharmacien.

1.2.1 Caractéristiques du pharmacien

Sexe du pharmacien

Selon certaines études, les femmes donnaient plus de conseils que leurs collègues masculins. Ainsi, dans l'étude de Laurier et collaborateur (1989) auprès de pharmaciens québécois, les femmes et les hommes ont rapporté donner des conseils en moyenne dans 77,1% et 64,7% des nouveaux traitements respectivement ($p < 0,01$).⁸ Cette différence demeurait significative ($p=0,01$) lors de régressions contrôlant pour la perception de la dimension professionnelle du rôle, la charge de travail et le fait de travailler dans une petite, moyenne ou grande pharmacie.

Une étude menée au Canada et utilisant une méthodologie similaire a démontré la même relation, lors d'analyses bivariées, les femmes rapportant donner de l'information en moyenne pour 56,8% des ordonnances tandis que les hommes rapportaient en donner pour 47,7% des ordonnances ($p=0,001$).⁹ Les résultats demeuraient significatifs ($p \leq 0,001$) lors de l'analyse multivariée contrôlant pour l'effet du nombre d'années depuis l'obtention du permis, du statut (salarié, propriétaire), du type de pharmacie et de la charge de travail.

L'étude de Kirking (1984) indique que les femmes rapportent donner des conseils pour un plus grand pourcentage d'ordonnances en moyenne ($p=0,03$) lors de l'analyse bivariée.⁷ Lors de l'analyse multivariée, cette variable n'a par contre pas été incluse dans le modèle de régression contrôlant pour les variables situationnelles et démographiques ainsi que pour les attitudes et les normes subjectives par rapport à la communication d'information.

Statut du pharmacien

Certaines études ont indiqué que le statut du pharmacien (salarié ou propriétaire) était relié à la communication pharmacien-patient tandis que d'autres n'ont pu démontrer de lien statistiquement significatif.

L'étude de Kirking (1984), menée auprès de pharmaciens de l'Ohio, indique, lors de l'analyse bivariée, que les propriétaires rapportent donner des conseils pour un plus grand pourcentage d'ordonnances en moyenne que leurs confrères salariés ($p<0,001$).⁷ Cette variable n'est par contre pas retenue dans le modèle de régression contrôlant pour les variables situationnelles et démographiques ainsi que pour les attitudes et les normes subjectives par rapport à la communication d'information.

L'étude de Laurier et collaborateurs (1989), spécifique à la situation québécoise, n'a démontré aucune différence entre les pharmaciens salariés et propriétaires au niveau du pourcentage de nouveaux traitements pour lesquels les pharmaciens donnent de conseils lors de l'analyse bivariée ($p=0,18$).⁸ Lors de la régression pas-à-pas cette variable n'a pas été incluse dans le modèle de régression contrôlant pour les variables de sexe, de perception de la dimension professionnelle du rôle, de charge de travail et de taille de la pharmacie.

Dans l'étude de Laurier et collaborateurs (1992) menée auprès de pharmaciens canadiens, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre salariés et propriétaires lors de l'analyse bivariée.⁹ Une différence significative ($p=0,01$) apparaît lors l'analyse multivariée contrôlant pour le sexe, le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du

permis de pratique, le type de pharmacie et la charge de travail. Les propriétaires rapportent donner de l'information pour un plus grand pourcentage d'ordonnances que les salariés.

Expérience de pratique

Le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique, la graduation, ou l'âge semblent être associés à la remise de conseils au patient.

Dans l'étude de Puckett (1979), utilisant les patients simulés, les auteurs ont noté que le nombre de pharmaciens qui donnent des conseils de façon volontaire diminue avec l'âge.¹⁰ Il s'agit ici seulement d'une observation puisque les auteurs n'ont pu mesurer directement l'âge.

Kirking (1984), en demandant par questionnaire aux pharmaciens de décrire leurs habitudes de pratique, a démontré un lien entre le pourcentage d'ordonnances pour lesquelles le pharmacien donne des conseils et le nombre d'années écoulées depuis la graduation.⁷ Le résultat n'apparaît pas comme significatif lors de l'analyse bivariée ($p=0,08$) mais il devient significatif lors de la régression de type pas-à-pas contrôlant pour le type de pharmacie, la charge de travail, les attitudes et les normes subjectives par rapport à la communication d'information ($p<0,005$). Encore ici les pharmaciens ayant gradué plus récemment rapportent donner plus de conseils que leurs collègues ayant gradué depuis plus longtemps.

Chez les pharmaciens canadiens une différence a été mise en évidence lors de l'analyse multivariée contrôlant pour le sexe, le statut (salarié, propriétaire), le type de pharmacie et la charge de travail.⁹ Les pharmaciens ayant obtenu leur permis de pratique plus récemment rapportent donner plus de conseils ($p \leq 0,001$) que leurs collègues l'ayant obtenu depuis plus longtemps.

L'étude de Laurier et collaborateurs (1989), interrogeant les pharmaciens québécois sur la communication lors de la remise de nouveaux traitements, a démontré une différence liée au nombre d'années depuis l'obtention du permis de pratique, lors de l'analyse bivariée.⁸

Les auteurs ont séparé les pharmaciens en 3 groupes selon le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique : < 10 ans, 10-19 ans, et \geq 20 ans. Les pharmaciens ayant reçu leur permis de pratique il y a moins de 10 ans rapportaient donner plus de conseils en moyenne que leurs collègues ayant reçu leur permis depuis plus de 10 ans. Cette variable n'a par contre pas été incluse dans le modèle de régression de type pas-à-pas contrôlant pour les variables de sexe, de perception de la dimension professionnelle du rôle, de la charge de travail et du fait de travailler dans une petite pharmacie.

Ces différences pourraient s'expliquer, entre autres, par les changements au niveau de la formation. En effet, les curriculums des différentes facultés de pharmacie ont été modifiés au cours des dernières années pour mieux répondre aux nouveaux besoins de la profession. Les pharmaciens ayant gradué plus récemment ont été plus exposés à cette nouvelle formation clinique que leurs confrères plus âgés.

Attitudes du pharmacien

Dans une étude menée par questionnaire auprès de pharmaciens de l'Ohio, Kirking a analysé la relation entre la communication d'information aux patients par le pharmacien et 2 scores : un score d'attitude et un score reflétant la perception des normes subjectives.⁷ Les attitudes et les normes étaient établies conformément à la théorie de Fishbein-Ajzen. Ainsi le score d'attitude reflète la probabilité que la communication entraîne diverses conséquences et la valeur de ces conséquences. Le score de normes subjectives découle de la perception des attentes de divers groupes significatifs et de la volonté de se conformer à ces attentes. Les pharmaciens ayant une attitude plus favorable envers la communication rapportaient donner des conseils pour un plus grand pourcentage d'ordonnances. Les pharmaciens obtenant les scores de normes subjectives les plus élevés étaient ceux qui rapportaient donner de l'information sur un plus important pourcentage d'ordonnances. Lors de l'analyse multivariée, contrôlant pour le type de pharmacie, la charge de travail, l'année de graduation et la location de la pharmacie (pharmacie communautaire), une relation significative ($p < 0,0001$) avec la fréquence de remise d'information aux patients a été obtenue pour le score d'attitude et pour le score de normes subjectives.

Dans l'étude de Laurier et collaborateurs (1989) menée auprès de pharmaciens québécois par l'entremise d'un questionnaire, les auteurs ont inclus une série de déclarations décrivant des activités professionnelles habituelles pour le pharmacien. Les répondants devaient indiquer, sur une échelle de 4 points s'ils étaient en accord ou en désaccord avec ces déclarations.⁸ Les réponses servaient à établir pour chaque pharmacien un indice de perception de la dimension professionnelle du rôle. Cet indice a été positivement associé de façon statistiquement significative à la remise d'information verbale ($p < 0,001$), lors de l'analyse multivariée contrôlant pour le sexe, la charge de travail et le fait de travailler dans une petite pharmacie. Les pharmaciens ayant indiqué une orientation professionnelle plus marquée sont également ceux qui rapportaient donner des conseils sur un plus grand pourcentage d'ordonnances.

Schommer et collaborateurs dans une étude réalisée à l'aide de l'observation directe proposent un modèle qui vise à expliquer les différentes variables influençant la remise d'information par le pharmacien.¹⁹ L'élément central à cette communication est la remise de façon spontanée du médicament par le pharmacien lui-même. Cette remise est influencée positivement par la perception du pharmacien de l'importance de l'information à transmettre ainsi que par sa perception de son rôle de conseiller. Elle est affectée négativement par le manque de temps dû à une charge de travail trop élevée.

1.2.2 Caractéristiques du milieu

Charge de travail

Le lien entre la charge de travail et la communication d'information n'est pas toujours facile à étudier. La principale difficulté dans l'analyse est dans l'obtention d'un indice de charge de travail valide. L'indice le plus utilisé est le nombre d'ordonnances exécutées à l'heure. Cet indice tient rarement compte de la présence d'assistant-techniques qui peuvent diminuer l'impact de la charge de travail. Il devient important d'évaluer le support technique offert aux pharmaciens dans l'exécution d'une ordonnance (approvisionnement,

dossier informatique, réclamations etc.) puisque les pharmaciens qui reçoivent un support peuvent consacrer plus de temps à la transmission d'informations aux patients.

Kirking étudiant les pharmaciens de l'Ohio a démontré lors d'analyse bivariée que le pourcentage d'ordonnances pour lesquelles le pharmacien donne des conseils diminue avec l'augmentation du nombre d'ordonnances exécutées par heure ($p < 0,001$).⁷ Le résultat demeure significatif ($p < 0,005$) lors d'analyse multivariée contrôlant pour le type de pharmacie, le nombre d'années écoulées depuis la graduation et les attitudes et les normes subjectives par rapport à la communication d'information.

Dans l'étude de Laurier et collaborateurs auprès de pharmaciens québécois, l'indice de charge de travail du pharmacien tient compte de l'aide technique.⁸ La charge de travail a été calculée comme le nombre d'ordonnances exécutées par heure divisées par $1 + 0,6(y)$ où (y) est égal au nombre de minutes d'assistant technique. Un coefficient de 0,6 a été choisi arbitrairement pour être affecté au temps d'assistant-technique afin de tenir compte du fait que les assistant-techniques ne peuvent réaliser toutes les tâches du pharmacien. Les auteurs ont démontré une corrélation négative modeste (corrélation de Pearson -0,13, $p < 0,05$) entre le pourcentage d'ordonnances conseillées et la charge de travail. Cette association demeure significative ($p = 0,002$) lors de régression contrôlant pour la perception de la dimension professionnelle du rôle, du sexe du pharmacien et du fait de travailler dans une petite pharmacie.

Une étude menée au Canada a également démontré un lien entre le nombre d'ordonnances exécutées par heure et la communication d'informations, lors de l'analyse multivariée contrôlant pour le sexe, le nombre d'années depuis l'obtention du permis, le statut (salarié, propriétaire), et le type de pharmacie.⁹ Lorsque la charge de travail augmente, le pourcentage d'ordonnances pour lesquelles le pharmacien donne des conseils diminue ($p \leq 0,001$).

Pour l'analyse tirée de leur étude avec patients simulés, Willison et collaborateurs ont développé un modèle de régression où 2 variables, le nombre d'ordonnances exécutées par jour et la quantité d'information recueillie auprès du patient, expliquent 50% de la variabilité retrouvée au niveau de la fréquence de communication de conseils totalement sécuritaires.¹⁴ Les pharmacies ayant un volume moyen (100-150 ordonnances par jour) obtenaient les meilleurs résultats, celles à grand volume (plus de 150 ordonnances par jour) les pires résultats, et celles ayant un petit volume (moins de 100 ordonnances par jour) des résultats mixtes.

Dans son étude basée sur un journal de bord Raisch¹⁵ a démontré une corrélation négative (Pearson $r=-0,28$; $p=0,02$) entre le nombre d'ordonnances exécutées par pharmaciens par heure et le pourcentage d'ordonnances pour lesquelles le pharmacien donnait des conseils.

Berardo dans son étude utilisant l'observation directe, n'a par contre pas démontré de corrélation significative entre l'achalandage de la pharmacie et la transmission d'information.¹⁶ Cependant la taille d'échantillon était très faible puisque seulement 8 pharmaciens étaient évalués.

Type de pharmacie

Cette variable est relativement difficile à évaluer puisqu'il faut classer les pharmacies en diverses catégories. Plusieurs classifications ont été utilisées dans les différentes études afin de départager les pharmacies. Ces classifications étaient basées principalement sur des mesures de superficies et de services offerts.

Kirking, (1984) a catégorisé les pharmacies selon leur type défini comme : chaîne, communautaire traditionnel, communautaire de type apothicaire, et pharmacie adjacente à un centre médical ou clinique médicale.⁷ L'analyse bivariée démontre une différence significative ($p<0,001$) entre les différents types de pharmacie, les pharmaciens des pharmacies de type chaîne rapportant donner des conseils sur un plus faible pourcentage d'ordonnances que les autres types. L'analyse multivariée contrôlant pour la charge de

travail, le nombre d'années écoulées depuis la graduation, ainsi que pour les attitudes et les normes subjectives par rapport à la communication d'information, indique la même relation ($p < 0,0001$).

Dans l'étude de Laurier et collaborateurs (1989) les pharmacies ont été classées en fonction de la superficie totale de l'établissement (pharmacie et local commercial).⁸ Les pharmaciens québécois devaient indiquer le pourcentage des nouveaux traitements pour lesquels ils donnaient de l'information à leur patient. Ce pourcentage était de 74,7% pour les pharmaciens des petites surfaces (<900 pieds carrés), 69,2% pour les pharmaciens oeuvrant dans une pharmacie de type traditionnel (900-2500 pieds carrés) et de 62,0% pour ceux des grandes surfaces (>2500 pieds carrés). La différence, lors de l'analyse bivariée, était statistiquement significative entre les petites et grandes surfaces ($p < 0,001$) ainsi qu'entre les moyennes et grandes surfaces ($p < 0,01$). Lors de la régression pas-à-pas le fait de travailler dans une grande surface comparativement à une pharmacie traditionnelle n'a pas été retenu dans l'analyse. Le fait de travailler dans une petite surface est par contre significativement ($p=0,05$) associé à plus grand pourcentage d'ordonnance pour lesquelles de l'information est donnée, et ce, en contrôlant pour la perception de la dimension professionnelle du rôle, la charge de travail et le sexe.

Dans une étude auprès de pharmaciens canadiens, les pharmacies étaient regroupées en 2 catégories : chaîne-franchise ou indépendant.⁹ L'analyse multivariée contrôlant pour le sexe, le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique, le statut (salarié, propriétaire), et la charge de travail a indiqué que les pharmaciens pratiquant en milieu de type chaîne-franchise rapportent donner moins de conseils que leurs collègues pratiquant en milieu de type indépendant ($p=0,002$).

Raisch (1993) a également utilisé la classification "indépendant ou chaîne" pour départager les pharmaciens dans son étude basée sur un journal de bord.¹⁵ Des conseils étaient donnés pour 17,7% des ordonnances dans les pharmacies de type chaîne tandis que les pharmacies de type indépendant en donnaient pour 10,7% des ordonnances. Il s'agit ici d'une tendance

approchant le seuil de signification statistique habituel de 0,05 ($p=0,06$). Il est important de mentionner que les pharmacies indépendantes exécutaient significativement plus d'ordonnances par heure que les pharmacies de type chaîne et qu'un lien négatif avait été mis en évidence entre le nombre d'ordonnances exécutées par heure et la fréquence de conseils. Cependant, aucune analyse multivariée ne permet de dégager l'effet intrinsèque du type de pharmacie et du nombre d'ordonnances.

L'étude de Mickle et collaborateurs (1990), utilisant la même classification de chaîne ou indépendant n'a démontré aucune différence statistiquement significative entre les 2 milieux quant au fait de donner des conseils à un patient simulé présentant une ordonnance pour un bêta-agoniste par aérosol-doseur.¹³

Type de remboursement du pharmacien

Les différents éléments d'information mentionnés lors du conseil ont également été analysés en fonction du type de remboursement du pharmacien.¹⁵ Il a été démontré que les éléments pertinents à la catégorie de paiement, à l'indication, au dosage, et à la durée de thérapie sont discutés plus souvent pour les patients pour lesquels le pharmacien est remboursé par le programme Medicaid que pour les patients pour lesquels le pharmacien était payé à capitation. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les pharmaciens savent que les patients du groupe capitation leur sont acquis peu importe le niveau de service. Une autre explication est que puisque ce sont des patients plus réguliers le pharmacien peut juger qu'ils ont moins besoin de conseils. L'observance au traitement était plus souvent discutée pour les patients dont la facture était remboursée par Medicaid ou par capitation que pour les patients payant eux-mêmes.

1.2.3 Résumé des variables explicatives

L'analyse des différents articles publiés à ce jour met en évidence une influence de diverses variables explicatives sur la fréquence de communication verbale. Comme caractéristiques du pharmacien influençant la remise de conseils on retrouve le sexe, le statut et l'expérience. Pour ces différentes variables une majorité des études indiquent que les

femmes, les propriétaires et les pharmaciens ayant débuté leur carrière depuis moins longtemps (estimée à partir de l'année d'obtention du diplôme, de l'année d'obtention du permis de pratique ou de l'âge) donnent des conseils sur un plus grand pourcentage d'ordonnances. Au niveau des caractéristiques du milieu, le type de pharmacie, et la charge de travail semblent aussi avoir un lien avec la communication de renseignements. Plusieurs études ont démontré une différence au niveau du type de pharmacie mais il est plus difficile de dégager une relation puisque différentes classifications ont été utilisées. Quant à la charge de travail, il semble exister une relation négative entre cette variable et la fréquence de communication verbale.

1.3 Démarches de communication

Comme mentionné plus haut, la présente étude vise à évaluer la situation prévalant avant le programme de formation de l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Objectif 100% conseils : comprendre et faire comprendre.²⁰ Le programme de formation vise à amener le pharmacien à définir les objectifs de communication en pharmacie, définir les principales étapes de la consultation pharmaceutique, identifier les principaux obstacles à la communication, définir et appliquer le niveau fondamental de la communication pharmaceutique et décrire et utiliser la technique de communication du Programme de consultation pharmacien-patient (PCPP). Le programme PCPP est adapté d'un programme développé aux États-Unis par le ministère des affaires indiennes.²¹ Il vise à enseigner différentes techniques pour optimiser la communication.

Quelques études donnent des indications partielles quant au recours à diverses techniques de communication, ou à la réalisation des étapes de la consultation pharmaceutique.

Ainsi des pharmaciens américains ont rapporté questionner le patient afin de vérifier si celui-ci a bien compris l'information qui vient de lui être transmise pour une moyenne de 38,3% des ordonnances de sulfizoxazole, 38,7% des ordonnances d'amitriptylline et 44,6% des ordonnances de warfarine.⁷

Mason et Svarstad ont évalué les questions posées par le pharmacien afin de créer le dossier patient et obtenir de plus amples informations sur les connaissances préalables du patient.¹² Il est à noter qu'au moment de l'étude, la Loi de l'état du Wisconsin ne rendait pas encore obligatoire la création d'un dossier-patient. Sur les 40 pharmaciens participant à l'étude, 25 n'ont posé aucune question au patient, 7 ont posé au moins une question à l'un des 2 patients simulés et 8 ont posé au moins une question aux 2 patients simulés. Sur un total de 80 entretiens le pharmacien a questionné le patient sur : la présence d'allergies dans 11 entretiens, l'utilisation préalable du produit dans 9 entretiens, le problème présent dans 6 entretiens, la prise d'autres médicaments ou la présence d'autres problèmes médicaux dans 3 entretiens et la remise d'informations préalables dans un entretien.

Dans l'étude de Schommer et collaborateur il fut observé que les pharmaciens sollicitaient une rétroaction de la part de leurs patients dans 36% des contacts.¹⁸

L'étude de Wertheimer et collaborateurs visait à déterminer si l'attitude du pharmacien dans sa communication verbale avec son patient était différente selon la nature du problème clinique.²² Les auteurs ont eu recours à un patient simulé qui a visité 47 pharmacies sélectionnées parmi 313 pharmacies de la région de Minneapolis-St-Paul aux États-Unis. Les visites ont eu lieu au cours d'une période de 3 mois en 1990, et chaque pharmacie se voyait présenter l'une des 2 situations suivantes : un cas de mal de dos et un cas d'herpès génital.

En considérant les 2 cas, les auteurs concluent que les pharmaciens ont de bonnes techniques de communication. Au niveau du contact visuel, 70,2% des pharmaciens gardaient un contact visuel soutenu, 19,2% un certain contact visuel et 10,6% peu de contact visuel. Pour la posture, 87,2% inclinaient vers l'avant, 6,4% inclinaient vers l'arrière et 6,4% avaient les bras croisés. La majorité, 78,7% semblaient confortables avec le sujet traité, 12,8% semblaient légèrement inconfortables tandis que 4,3% semblaient inconfortables.

Le temps consacré à chaque patient a aussi été noté. L'épisode de communication durait de 1 à 2 minutes dans 61,7% des cas, de 3 à 5 minutes dans 31,9% des cas, et de 6 à 8 minutes dans 6,4% des cas.

Les auteurs ont noté des différences dans l'attitude des pharmaciens selon les pathologies présentées par les patients simulés. Les pharmaciens avaient un meilleur contact visuel ($p=0,03$), posaient plus de questions d'ordre général ($p=0,01$) et donnaient plus de conseils de façon spontanée ($p=0,007$) au patient ayant un mal de dos qu'au patient ayant l'herpès génital.

1.4 Apports et faiblesses de la revue de littérature

En regardant les résultats des différentes études par rapport à leur année de réalisation on peut dire de façon générale que la fréquence de communication pharmacien-patient s'est accrue au fil des années. De façon plus spécifique, certaines études ont également identifié la fréquence de communication de certains éléments du conseil. La littérature a également permis d'identifier certaines variables qui semblent être liées à la communication verbale pharmacien-patient.

Mais les études dont nous disposons ne nous apportent que des indications de ce qu'est la situation actuelle au Québec. La plupart des études ont été réalisées aux États-Unis où le système de santé est très différent du modèle québécois. Deux études nous renseignent plus spécifiquement sur la situation québécoise mais comme elles ont été réalisées avant les réformes récentes du système de santé, on peut penser que la situation s'est modifiée depuis.^{8,9} De plus, ces 2 études ont été réalisées à l'aide d'un questionnaire. L'utilisation d'une nouvelle méthodologie évaluant directement le pharmacien dans son milieu de travail permettrait de clarifier les résultats obtenus par les études précédentes.

2. Méthodologie

2.1 Objectifs de l'étude

2.1.1 Objectif principal

La présente étude vise à décrire la communication de conseils verbaux aux patients lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance, dans un groupe de pharmaciens acceptant de participer à l'étude.

2.1.2 Objectifs spécifiques

- A) Déterminer la fréquence de communication verbale pharmacien-patient lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance.

- B) Déterminer les éléments d'information communiqués verbalement au patient par le pharmacien lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance.

- C) Déterminer les caractéristiques du pharmacien et du milieu qui sont liés à la fréquence et au contenu de la communication pharmacien-patient lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance.

2.2 Devis

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique. L'ensemble des participants recrutés est évalué pour déterminer l'incidence de communication ainsi que le contenu de l'épisode de communication. Les données sont recueillies dans l'optique d'une éventuelle comparaison avec des données provenant d'une seconde évaluation suite au programme de formation de l'OPQ.

2.3 Population

Population cible : pharmaciens communautaires pratiquant dans la grande région de Montréal, acceptant d'être évalués.

Population source : à défaut de cadre échantillonnal pour la population cible, la population source est définie comme les pharmaciens répertoriés dans la liste de l'OPQ, pratiquant en milieu communautaire dans la grande région de Montréal.

Population à l'étude : échantillon de pharmaciens, rencontrant les critères d'inclusion énumérés ci-dessous.

2.3.1 Critères d'inclusion

- A) Pratiquer en milieu communautaire dans la région 1 (Montréal, Rive-sud et la ville de Laval) tel que défini par les fichiers de l'OPQ.
- B) Pratiquer en milieu communautaire pour au moins une période de 4 heures continues entre 9:00 et 16:30 du lundi au vendredi.
- C) Accepter d'être visité par des patients simulés.

2.4 Sélection des participants

2.4.1 Identification de la population-source

Les pharmaciens pratiquant en milieu communautaire dans la grande région de Montréal ont été identifiés grâce à une liste de l'OPQ des pharmaciens inscrits au tableau pour la région 1 qui comprend l'Île de Montréal, la Rive-sud et la ville de Laval. Il avait été prévu de recruter 90 pharmaciens afin d'avoir un échantillon permettant une éventuelle comparaison avec une évaluation semblable suite au programme de formation. Un échantillonnage aléatoire à partir de la liste a été utilisé de façon à identifier 150 noms permettant la constitution d'une première liste de personnes à contacter.

2.4.2 Recrutement des participants

Les personnes retenues sur la liste ont reçu une invitation à participer à l'étude. Le premier envoi s'est fait par la poste. Il comprenait une lettre de présentation, une description de l'étude que l'on retrouve à l'appendice A, et le formulaire de consentement (appendice B). Les différentes informations recueillies au cours de l'étude étaient décrites afin de permettre aux participants de prendre une décision éclairée et deux numéros de téléphone étaient disponibles si les pharmaciens avaient de plus amples questions. Les pharmaciens

intéressés à participer devaient remplir le formulaire de consentement et le retourner aux responsables de l'étude par télécopieur ou dans une enveloppe pré-affranchie fournie. Un premier rappel téléphonique a été effectué 2 semaines après l'envoi postal pour les pharmaciens n'ayant pas répondu. Un deuxième rappel téléphonique a été effectué 2 semaines après le premier rappel pour tenter de rejoindre les pharmaciens restants. Lors des appels téléphoniques, l'investigateur demandait à parler au pharmacien et laissait un message (si possible) si celui-ci n'était pas présent.

Il a été réalisé, dès le premier envoi postal, que le taux de participation était de beaucoup inférieur à ce qui avait été prévu ce qui a amené des modifications à la liste de noms et à la méthode de recrutement. Une deuxième puis une troisième sélection à partir de la liste de l'OPQ ont été réalisées dans le but d'obtenir un échantillon de 90 pharmaciens.

2.4.2.1 Modifications à la liste de noms

La liste de noms étant classée par années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique. Il est apparu évident que les pharmaciens inscrits au début de cette liste ne pratiquaient plus suffisamment d'heures pour être admissibles à l'étude. Comme le premier pharmacien ayant accepté de participer à l'étude se trouvait au 169^{ième} rang, les 168 premiers noms ont donc été rayés de la liste pour les envois subséquents. De plus, comme le candidat à la maîtrise (BC), était un des patients simulés, les derniers noms de la liste (pharmaciens des promotions 1995-1997 au nombre de 144) ont également été rayés puisque ces pharmaciens auraient pu facilement reconnaître un des patients simulés. La liste est ainsi passée de 1360 noms à 1048.

2.4.2.2 Modification de la méthode de recrutement

Les 2 suivis devaient initialement être effectués par téléphone. Cette façon de procéder n'a pas eu l'effet escompté puisque la majorité des pharmaciens sont enregistrés à l'OPQ par leur numéro de téléphone à la maison et non au travail, les rendant moins accessibles pour une conversation directe. Il a donc été décidé, pour le deuxième et troisième envoi d'effectuer le premier suivi par la poste 10 jours après le premier envoi et d'effectuer un suivi téléphonique 10 jours après le premier suivi postal.

2.4.2.3 Arrêt du recrutement

Le recrutement des pharmaciens a dû être arrêté à 52 pharmaciens parce que la limite de temps de la période était atteinte. En effet, le programme de formation débutant, il aurait été difficile de prétendre avoir mesuré les comportements avant intervention.

2.4.2.4 Période d'évaluation

Les pharmaciens ayant retourné le formulaire de consentement ont été contactés par le candidat à la maîtrise (BC) avant la visite des patients simulés pour les informer que trois patients simulés se présenteraient à la pharmacie au cours des 3 prochains mois.

2.5 Démarche de recherche

La méthode choisie pour la collecte de données doit permettre de décrire la pratique des pharmaciens participants de façon valide et précise. Cinq méthodes ont généralement été utilisées antérieurement : le questionnaire au patient^{3,4,23}, le questionnaire au pharmacien^{6,7,8,9,24}, le journal de bord tenu par le pharmacien^{15,24}, l'observation directe du pharmacien^{15,16,17,18,19} et le recours au patient simulé^{10,11,12,13,14,22}. Chacune de ces méthodes présente des avantages et des limites théoriques.

Questionnaire au patient

Le questionnaire au patient permet d'évaluer la nature des services rendus lors d'une visite à la pharmacie. Sa principale limite provient du biais de mémoire du patient concernant un entretien avec un pharmacien qui a eu lieu dans un passé plus ou moins rapproché. De plus, les patients peuvent avoir une compréhension des questions différente de celle visée par les auteurs ce qui peut nuire à la validité des résultats mesurés.

Questionnaire au pharmacien

Le questionnaire au pharmacien consiste à interroger un échantillon des pharmaciens visés par l'étude. Plusieurs chercheurs ont eu recours à cette méthode et tous ont opté pour l'administration d'un questionnaire postal. Cette méthode a comme principal avantage de

permettre l'obtention de données pour un échantillon assez considérable de façon peu coûteuse. Les répondants peuvent également garder l'anonymat lors de leur réponse. Cependant, cette méthode peut conduire à une surestimation des comportements réels des répondants.^{24,25,26} Cette surestimation peut être due à une tendance à répondre aux questions de façon socialement acceptable, de façon à respecter des normes de bonne pratique. La perception par le pharmacien de ce qui constitue un conseil adéquat peut également influencer la réponse au questionnaire.²⁵

Journal de bord

La méthode du journal de bord rempli par le pharmacien demande au pharmacien participant de noter par écrit ses activités journalières de façon à pouvoir évaluer le temps consacré à chaque activité. Son utilisation est optimale pour l'évaluation d'interventions précises peu fréquentes telles que l'explication de l'utilisation d'un glucomètre. Cependant certains pharmaciens pourraient ne pas noter toutes leurs activités que ce soit par oubli, par manque de temps ou pour d'autres raisons.

Observation directe

La méthode de l'observation directe consiste en l'observation du pharmacien dans son environnement de travail par un observateur qui note les différentes activités du pharmacien.

Son principal avantage est de permettre l'évaluation, dans un contexte réel de pratique, de plusieurs types d'activités, comme par exemple les conseils sur les médicaments en vente libre ou prescrits, les demandes d'information au téléphone, la préparation et le tenue de dossiers ainsi que d'autres activités.

Comme limite à son utilisation, on retrouve la variabilité des situations pouvant se présenter, ce qui fait qu'il est difficile de comparer les pharmaciens entre eux puisqu'ils n'ont pas été confrontés aux mêmes situations. Il est également difficile d'élaborer des instruments visant à mesurer finement le contenu d'un épisode de communication puisque

ce contenu est spécifique à chacune des situations.²⁷ De plus, le fait de se sentir observé peut influencer le travail du pharmacien qui désire bien paraître. Certains auteurs ont démontré que l'observateur peut influencer à la hausse la fréquence de comportements déjà présents mais qu'il n'amène pas le professionnel à adopter des comportements qu'il ne posait pas avant.²⁸ En d'autres mots un pharmacien qui donne des conseils va peut-être en donner plus souvent mais un pharmacien qui n'en donne pas ne commencera pas à en donner. Cette influence positive est présente principalement au début de l'observation et s'estompe par la suite.^{24,25} L'observation amène également un problème de faisabilité, puisque l'évaluateur doit avoir la possibilité de se positionner de façon à ne pas déranger le fonctionnement habituel, tout en pouvant observer les épisodes de communication, ce qui peut s'avérer difficile dans l'environnement habituel des pharmacies communautaires. Finalement, on peut questionner la faisabilité au niveau éthique puisque la méthode exige l'observation d'un entretien confidentiel sans demander la participation volontaire et éclairée du patient.

2.5.1 Différences entre les méthodes

La méthode utilisée pour recueillir les données doit toujours être considérée lors de l'interprétation des résultats puisqu'il semble qu'elle peut influencer ces résultats. Ortiz et collaborateurs en utilisant plusieurs méthodes de collecte de données auprès de populations de pharmaciens semblables a démontré que le pourcentage d'ordonnances pour lesquelles le pharmacien donne des conseils est plus élevé lorsqu'il est mesuré par questionnaire auprès du pharmacien que par observation directe.²⁴ L'observation directe donne à son tour un pourcentage d'ordonnances conseillées plus élevé que lorsque mesuré par journal de bord. Raisch a démontré cette même relation entre les résultats obtenus par journal de bord et observation directe.¹⁵

2.5.2 Méthode retenue (patients simulés)

L'utilisation de patients simulés pour évaluer les comportements des professionnels est de plus en plus prônée dans différents domaines de la santé. Mais le domaine pour lequel on retrouve le plus grand nombre de publications concerne l'évaluation des étudiants de

médecine.^{29,30,31,32,33,34} Barrows, un des initiateurs de ce type d'évaluation, donne un bon résumé du développement de la méthode.³⁵

Cette méthodologie a également été utilisée dans des contextes autres que celui de l'enseignement, notamment dans la région de Montréal pour évaluer les différences dans l'utilisation des ressources de différents groupes de médecins.³⁶ La principale différence entre le contexte d'évaluation d'étudiants et le contexte de la recherche est l'obligation d'obtenir un consentement explicite. En effet, les étudiants doivent se prêter à ces évaluations dans le contexte de leurs apprentissages tandis que les participants à une recherche doivent le faire de façon volontaire et éclairée.

Pour la présente étude, la méthode des patients simulés consiste en la visite des pharmaciens consentant par des patients simulés. La méthode a l'avantage d'évaluer le pharmacien dans un contexte de pratique réel. De plus, le recours à une situation préétablie et validée permet la recherche par l'évaluateur de points bien précis qui devraient être inclus dans un épisode de consultation pharmacien-patient. L'utilisation d'un même problème simulé pour tous les pharmaciens facilite aussi la comparaison entre pharmaciens. Pour ce faire, les patients simulés doivent être formés à présenter la situation de façon uniforme.

La principale limite de cette méthodologie, lorsqu'on veut étudier la communication d'information pharmacien-patient lors de la remise d'une ordonnance, est qu'elle ne permet, en pratique, que l'utilisation d'ordonnances présentées par des patients inconnus du pharmacien. Une autre limite provient de la sélection des participants. Les pharmaciens, d'un point de vue éthique, doivent être avertis de la visite des patients simulés. On peut s'attendre à ce que les pharmaciens qui acceptent de participer soient ceux qui se perçoivent comme de bons communicateurs puisqu'ils vont se soumettre à l'évaluation. Une autre limite est qu'elle ne permet que l'évaluation d'un nombre limité de situations en raison de la difficulté de former ces patients pour plusieurs situations et de la nécessité de visiter chacun des pharmaciens dans leur environnement de travail.

Malgré ses limites nous avons retenu la méthodologie des patients simulés parce qu'elle permet d'évaluer tous les participants dans leur milieu de pratique réel et pour des situations cliniques identiques.

2.6 Présentation des simulations

Chaque pharmacien s'est vu présenté trois simulations comprenant un total de quatre ordonnances. Un patient simulé a présenté 2 ordonnances tandis que les 2 autres n'en ont présenté qu'une seule. Le choix a été fait dans l'optique d'être fidèle à la réalité de la pratique quotidienne tout en choisissant des ordonnances représentant diverses situations. Les simulations retenues sont simples puisque l'objectif principal est d'évaluer la communication d'information du pharmacien au patient plutôt que les connaissances des pharmaciens. La première simulation présente une pharmacothérapie pour une pathologie chronique, la deuxième une pharmacothérapie pour une pathologie aiguë et la dernière une pharmacothérapie demandant un enseignement particulier de la part du pharmacien.

2.6.1 Patients simulés

Les patients simulés sont trois étudiants en pharmacie et l'auteur (BC) de ce mémoire. Des 3 étudiants, l'un avait complété sa troisième année, l'une sa quatrième année et l'autre sa première année. Les étudiants ont été retenus pour leur disponibilité et leur facilité à comprendre le contexte de l'évaluation de la tâche et les outils de mesure. Il est préférable, pour une même simulation, qu'un seul patient simulé effectue toutes les évaluations afin d'avoir la situation la plus reproductible possible. Ceci n'a pu être possible pour une des simulations (azithromycine et BenylinDM-D^(md)) en raison de l'impossibilité d'une patiente simulée de compléter l'étude dû à des engagements préalables. Une patiente simulée de même sexe et d'âge semblable a été choisie pour poursuivre les évaluations.

2.6.2 Caractéristiques des simulations

Les patients simulés se présentaient à la pharmacie entre 8:30h et 16:30 du lundi au vendredi. Ils se disaient assurés auprès d'une compagnie privée ne maintenant pas de lien

en temps réel avec le pharmacien afin d'éviter que ce dernier ne vérifie l'admissibilité du patient avant d'exécuter l'ordonnance. Les patients s'identifiaient comme patient simulé après la remise du médicament, et avant le paiement afin d'éviter la demande de remboursement. Les pharmaciens participants ont reçu, une fois toutes les visites de patients simulés terminées, un honoraire de 8 dollars par ordonnances (32 dollars au total), pour leur participation à l'étude.

2.6.3 Déroulement de l'entretien

Les patients devaient présenter l'ordonnance au laboratoire et répondre aux diverses questions qui lui étaient posées. En l'absence de questions, ils ne devaient fournir aucun renseignement et se contenter de remettre l'ordonnance. Ils attendaient ensuite d'être appelés pour la remise du(es) médicament(s). Les patients ne tentaient pas d'obtenir des renseignements puisque l'objectif était de déterminer si le pharmacien donnait de l'information même s'il n'était pas sollicité. Le patient devait toutefois se montrer intéressé aux renseignements donnés par des signes positifs de la tête. Pour chaque simulation, les réponses à d'éventuelles questions du pharmacien étaient prévues à l'avance. Elles devaient être apportées par le patient simulé seulement si le pharmacien posait la question. Afin de s'assurer que l'entretien était bien terminé le patient demandait "C'est tout ?" au moment de payer. Une fois l'entretien terminé, il demandait à voir le pharmacien si le médicament avait été remis par une autre personne. Il s'identifiait au pharmacien comme patient simulé et lui demandait d'invalider l'ordonnance et le dossier patient tel que convenu dans le protocole sur l'utilisation des ordonnances.

2.6.4 Simulation 1

Un homme de 25 ans présente une ordonnance pour un début de traitement avec le Zoloft^{md} (sertraline) 50 mg die, nombre : 30 co, ren :1.

Le médicament lui est destiné. Il s'agit d'un premier épisode de dépression, il n'a donc jamais pris d'antidépresseurs auparavant. Il n'a pas d'allergies, ne présente aucune autre maladie chronique, n'a jamais pris le médicament auparavant, ne prend aucun autre

médicament et n'a aucune contre-indication au médicament. Le médecin a informé le patient du diagnostic de dépression et du fait qu'il lui prescrivait un antidépresseur. Le patient sait de façon vague que le traitement peut prendre plusieurs mois sans indication précise sur la durée. Le médecin n'a donné aucune information additionnelle. Le patient doit le revoir dans un peu plus d'un mois.

4.6.5 Simulation 2

Une femme (2 patientes ont rempli ce rôle, une de 20 ans l'autre de 22 ans) présente une ordonnance de Zithromax^{md} (azithromycine) 250 mg sig: 2 co stat puis 1 co die pour 4 jours, nombre: 6 co, ainsi que Benylin DM-D^{md} (chlorhydrate de pseudoéphédrine 30 mg/5ml et bromhydrate de dextrométhorphane 15 mg/5ml) 10 ml ou 2 c.a.t. tid prn nombre: 250 ml; ren:0.

Le médicament est destiné à la patiente qui est allergique à la pénicilline (éruption cutanée très importante sans complications respiratoires) ce qui justifie le choix de l'azithromycine comme traitement de première intention. Elle ne présente aucune maladie chronique, n'a jamais pris les médicaments auparavant, ne prend aucun autre médicament et n'a aucune contre-indication aux médicaments. Si elle est questionnée, la patiente décrira la toux comme sèche et non productive et dira avoir de légers épisodes de fièvre qui sont bien soulagés par du Tylenol extra-fort^{md} qu'elle prend au besoin en respectant la posologie. Le médecin lui a annoncé un diagnostic d'infection des voies respiratoires supérieures que la patiente décrira comme une infection de la gorge et du nez. Il lui a dit qu'il lui prescrivait un antibiotique ainsi qu'un sirop pour le nez et la toux. Il ne lui a donné aucune information additionnelle. La patiente n'a pas de visites de contrôle prévues auprès du médecin.

4.6.6 Simulation 3

Un homme de 22 ans présente une ordonnance pour du salbutamol inhalateur 100 mcg, 1 à 2 inh qid prn, nombre:1, ren:1.

Le médicament est destiné au patient qui ne présente pas d'allergies, n'a pas d'autres maladies chroniques, n'a jamais reçu le médicament auparavant, ne prend aucun autre médicament et n'a aucune contre-indication au médicament. Il s'agit de la première fois qu'il reçoit un aérosol-doseur. Si le pharmacien se renseigne sur ses symptômes, il décrira des difficultés respiratoires (sifflements) lors d'activités physiques, ou lorsqu'il a un rhume. Sa condition s'est détériorée dernièrement suite à un déménagement puisqu'il y a des tapis dans son nouvel appartement.

Le médecin a diagnostiqué un asthme léger et lui a prescrit une "pompe" pour l'aider à respirer lors de crises. Il ne lui a donné aucune information additionnelle. Le patient n'a pas de visite de contrôle auprès du médecin.

Il est possible, lors de la remise du médicament que le pharmacien demande au patient simulé d'inhaler une dose de salbutamol afin de vérifier sa technique d'administration. Afin d'éviter cette exposition, le patient simulé dira n'éprouver aucun symptôme présentement et préférer ne pas prendre de médicament. Si le pharmacien propose un tube d'espacement, le patient va considérer la suggestion mais refuser l'offre.

2.7 Protocole sur l'utilisation des ordonnances

Comme l'ordonnance présentée par le patient simulé n'est rédigée que dans un but d'étude, il est important qu'elle ne soit pas confondue, une fois la simulation terminée avec une ordonnance réelle. À cet égard une façon de procéder lors de la visite des patients simulés a été convenue entre les investigateurs, l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins du Québec. Le protocole visait à garder une évidence (pour une période de 2 ans comme pour les ordonnances habituelles) que la simulation avait bel et bien été exécutée. Ce protocole concerne la possession des médicaments, le dossier-patient et l'ordonnance remise par le patient simulé.

2.7.1 Possession des médicaments

Le patient s'identifiait comme patient simulé avant le paiement et retournait les médicaments dispensés au pharmacien. Le patient demandait ensuite au pharmacien de signer une formule attestant que les médicaments lui avait bien été retournés. Un exemplaire de cette formule est disponible à l'appendice C.

2.7.2 Dossier-patient

Comme il s'agissait d'un nouveau patient, un nouveau dossier était créé dans chaque établissement. Une fois la simulation terminée, le pharmacien avait la possibilité de mettre une note au dossier informatique invalidant ce dossier ou de détruire ce dossier informatique après en avoir fait imprimer une copie papier qu'il conservait. Le patient simulé fournissait, à chaque pharmacien, une copie papier d'un dossier comprenant déjà les différentes informations qui doivent se trouver dans ce dossier selon la Loi de la pharmacie.¹ Un exemplaire des différents dossiers patients est disponible à l'appendice D.

2.7.3 Ordonnances

Les ordonnances ont été rédigées par 4 médecins de la région de Montréal. Trois de ces médecins sont généralistes et un est pneumologue. Les ordonnances ont été rédigées sur le carnet d'ordonnance habituel du médecin. Une photocopie de chaque ordonnance a été remise aux médecins participants pour leurs dossiers personnels.

Une fois la simulation terminée l'ordonnance était classée avec les ordonnances habituelles après que le pharmacien lui ait apposé un autocollant, remis par le patient simulé, l'identifiant comme faisant partie de l'étude. Un exemple de cet autocollant est fourni à l'appendice E. Les patients simulés fournissaient également une photocopie de l'ordonnance que le pharmacien gardait dans ses dossiers personnels.

2.8 Variables à l'étude

2.8.1 Variables dépendantes

Les variables dépendantes de cette étude sont la remise de conseils verbaux et la nature des informations divulguées. Ces éléments sont notés par le patient simulé immédiatement après sa sortie de l'établissement sur une grille d'évaluation. Les différentes grilles sont disponibles à l'appendice F.

La remise de conseil par le pharmacien participant est définie comme la communication verbale du pharmacien au patient d'au moins un élément concernant l'utilisation appropriée du médicament inclus à la section conseils et éducation des grilles d'évaluation propres à chaque médicament .

La nature des renseignements transmis est établie en déterminant pour chaque élément d'information pertinent, si celui-ci a été abordé de façon verbale par le pharmacien participant lors de la remise du médicament.

Les grilles de collecte de données utilisées par les patients simulés incluaient le renseignement type qui semblait le plus approprié pour chaque élément d'information. Ces renseignements types ont été retenus par les chercheurs après une revue de la documentation pertinente et sont rapportés aux tableaux 2.8.1 à 2.8.3.^{37,38,39,40,41,42} Ils ont été regroupés en fonction des niveaux établis par l'OPQ. En effet, cet organisme a défini des renseignements qui devaient faire partie d'un conseil de niveau fondamental, d'un conseil de niveau intermédiaire et d'un conseil exhaustif, de niveau enrichi. Les patients simulés devaient noter le renseignement donné par le pharmacien lorsque celui-ci différait du renseignement type retenu. Les renseignements divergents étaient par la suite analysés par les auteurs afin de déterminer s'ils étaient adéquats.

Tableau 2.8.1 : Renseignements types retenus pour chaque élément lors d'un conseil de niveau fondamental selon le médicament visé.

Éléments	Sertraline	Azithromycine	Benylin DM-D ^(md)	Salbutamol
Nom du médicament	Zoloft ^(md) ou sertraline	Zithromax ^(md) ou azithromycine	Benylin DM-D ^(md) ou pseudoéphédrine et dextrométhorphan	Ventolin ^(md) ou salbutamol
Indication (1) du médicament	dépression	Antibiotique ou traitement infection	Décongestionnant (pseudoéphédrine)	Asthme ou ouvre les bronches
Indication (2) du médicament	NA	NA	Antitussif (dextrométhorphan)	NA
Horaire d'administration	1 cap die	2 caps jour 1, puis 1 cap die pour 4 jours	10 ml (2 c.a.t.) tid bien espacé (q6 à 8 h.)	1 à 2 inhalations q6h. prn
Moment de prise optimale	AM si agitation PM ou HS si somnolence	À jeun, 1h ac ou 2h pc	Éviter de prendre de 4 à 6 h avant le coucher	NA
Précautions particulières	Attention à la consommation d'alcool	NA	NA	NA

NA= non applicable

Tableau 2.8.2 : Renseignements types retenus pour chaque élément lors d'un conseil de niveau intermédiaire selon le médicament visé.

Éléments	Sertraline	Azithromycine	Benylin DM-D ^(md)	Salbutamol
Début d'un effet	2 à 4 semaines	Environ 2 jours	15 à 30 minutes	5 minutes
Durée de traitement	Plusieurs mois	5 jours	Au besoin si symptômes	Au besoin si symptômes
Que faire si l'état s'aggrave	Consulter médecin ou pharmacien	Consulter médecin ou pharmacien	Consulter médecin ou pharmacien	Consulter médecin ou pharmacien
Après combien de temps faut-il s'inquiéter s'il n'y a pas d'améliorations	1 à 1,5 mois	Environ 3 jours	24 à 48 heures	Si une crise n'est pas bien soulagée
Oubli d'une dose	Prendre immédiatement sauf si presque temps pour la prochaine dose, ne pas doubler la dose.	Prendre immédiatement sauf si presque temps pour la prochaine dose, ne pas doubler la dose.	NA	NA
Conditions et durée de conservation	NA	NA	NA	Date d'expiration est indiquée sur l'aérosol-doseur

NA= non applicable

Tableau 2.8.3 : Renseignements types retenus pour chaque élément lors d'un conseil de niveau enrichi selon le médicament visé.

Éléments	Sertraline	Azithromycine	BenylinDM-D ^(md)	Salbutamol
Effet thérapeutique (1)	Devrait vous redonner plus d'énergie (diminuer symptômes de dépression)	Agit en tuant bactéries ou en prévenant leur croissance	Diminue la toux (dextrométhorphan)	Ouvre les bronches
Effet thérapeutique (2)	NA	NA	Agit en constrictionnant les vaisseaux au niveau du nez (pseudoéphédrine)	NA
Effet physiologique	Agit au niveau de substances du cerveau pour rétablir équilibre	NA	NA	NA
Monitoring de la thérapie	NA	NA	Soulagement des symptômes de congestion et de la toux	Ne pas dépasser 8 inh/j, si augmente de façon régulière peut indiquer un contrôle sous-optimal de la thérapie
Nombre de renouvellements	1	Aucun	Aucun	1
Mesures non pharmacologiques	NA	Boire beaucoup d'eau, repos	Boire beaucoup d'eau, repos	Éviter allergènes

NA= non applicable

2.8.2 Variables indépendantes

2.8.2.1 Caractéristiques du pharmacien

- Le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique est calculé en soustrayant de 1997 l'année d'obtention du permis de pratique. Cette année est établie à partir du numéro du permis de pratique obtenu à partir de la liste de l'OPQ.
- Le sexe du pharmacien est celui apparaissant à la liste de l'OPQ.
- Le statut du pharmacien, salarié ou propriétaire, est obtenu à partir de la liste de l'OPQ (1997).

2.8.2.2 Caractéristiques du milieu

- Le type de pharmacie est évalué par le patient simulé lors de la visite de la pharmacie en utilisant les critères suivants.
 - Petite surface: un seul comptoir de service desservant le laboratoire et la section commerciale.
 - Moyenne surface: 2 comptoirs de service desservant le laboratoire et la section commerciale.
 - Grande surface: plus de 2 comptoirs de service desservant le laboratoire et la section commerciale.

Chacun des trois patients simulés évalue le type de pharmacie. S'il n'y a pas de consensus, le type est déterminé comme celui identifié par 2 des 3 évaluateurs. Si aucun des évaluateurs ne s'entend, la donnée est considérée manquante.

- La charge de travail du pharmacien est calculée à partir d'un indice de charge de travail évalué par le patient simulé au moment de la visite. À cette fin, le patient simulé note les données suivantes.
 - Nombre de personnes remettant une ordonnance entre la remise de l'ordonnance du patient simulé et l'obtention de son médicament.
 - Nombre d'interventions du pharmacien auprès d'un patient, autre que le patient simulé, entre la remise de l'ordonnance du patient simulé et l'obtention de son médicament.

- Nombre d'appels téléphoniques nécessitant l'implication du pharmacien entre la remise de l'ordonnance du patient simulé et l'obtention de son médicament.

Les interventions de chaque des trois catégories sont additionnées afin d'obtenir l'indice de charge de travail.

- L'endroit de remise de l'ordonnance est évalué par le patient simulé au moment de la visite de la pharmacie en fonction des catégories suivantes.

- Bout du comptoir
- Espace confidentiel de type cloison
- Espace confidentiel de type bureau
- Autres

2.8.3 Scores de synthèse du contenu de l'épisode de communication

Les données recueillies lors de l'évaluation indiquent pour chaque élément d'information inclus au formulaire de collecte s'il a été discuté ou non par le pharmacien participant. Afin de synthétiser l'information recueillie, 2 scores, le score de conseil de niveau fondamental et le score de conseil de niveau global ont été développés.

3.8.3.1 Score de conseil de niveau fondamental

Le score a été développé afin d'obtenir une donnée unique synthétisant l'ensemble des éléments classés comme faisant partie du conseil fondamental. Ces derniers ont été retenus puisque le programme de formation de l'OPQ a comme objectif la communication par les pharmaciens de ces éléments lors de la remise d'une nouvelle ordonnance. Comme il a été jugé que chacun des éléments avait une importance semblable, un point est accordé à chaque élément lorsqu'il est discuté.

La discussion avec le patient des effets indésirables principaux, identifiables et évitables est également incluse dans le niveau fondamental mais le choix des effets indésirables qui appartiennent à cette catégorie peut être discuté longuement. Il a été décidé que la possibilité de survenue d'effets indésirables devait être discutée par le pharmacien pour chacun des médicaments. La possibilité de survenue d'effets indésirables est considérée

comme discutée lorsque le pharmacien suggère au patient de le rappeler s'il note des symptômes inhabituels ou lorsque au moins un des effets indésirables est abordé.

Le tableau 3.8.4 présente les éléments retenus dans le calcul du score de conseil de niveau fondamental pour les 4 médicaments. Comme le dénominateur du score est variable selon les médicaments, le score a été rapporté en pourcentage d'éléments discutés par rapport au nombre devant être discutés. Seules les simulations jugées valides ont été retenues pour l'analyse.

Tableau 2.8.4 Éléments de conseil et renseignements types retenus lors d'un conseil de niveau fondamental selon le médicament visé.

Éléments	Sertraline	Azithromycine	Benlyn DM-D ^(md)	Salbutamol
Pharmacien s'identifie	X	X	X	X
Vérification de l'identité du patient	X	X	X	X
Vérification d'allergies	X	X	X	X
Vérification pour grossesse et allaitement	NA	X	X	NA
Vérification de la prise d'autres médicaments	X	X	X	X
Nom du médicament	Zoloft ^(md) ou sertraline	Zithromax ^(md) ou azithromycine	Benlyn DM-D ^(md) ou pseudoéphédrine et dextrométhorphan	Ventolin ^(md) ou salbutamol
Indication (1) du médicament	dépression	Antibiotique ou traitement infection	Décongestionnant (pseudoéphédrine)	Asthme ou ouvre les bronches
Indication (2) du médicament	NA	NA	Antitussif (dextrométhorphan)	NA
Horaire d'administration	1 cap die	2 caps jour 1, puis 1 cap die pour 4 jours	10 ml (2 c.a.t.) tid bien espacé (q6 à 8 h.)	1 à 2 inhalations q6h. pm
Moment de prise optimale	AM si agitation PM ou HS si somnolence	À jeun, 1h ac ou 2h pc	Éviter de prendre de 4 à 6 h avant le coucher	NA
Mode d'utilisation	NA	NA	NA	Discussion du mode d'utilisation
Discussion de la possibilité de survenue d'événements indésirables	X	X	X	X
Précautions particulières	Attention à la consommation d'alcool	NA	NA	NA
Utilisation de la rétroaction	X	X	X	X

X= élément devant être abordé; NA= non applicable

2.8.3.2 Score d'éléments globaux

Un score englobant l'ensemble des éléments pertinents à chaque médicament a également été développé. Une pondération des différents éléments inclus dans le score a été développée puisqu'il a été jugé que les éléments n'ont pas tous la même importance. Afin de développer cette pondération un questionnaire, présenté à l'appendice G, a été envoyé à 7 pharmaciens communautaires, de la région de Montréal, reconnus comme ayant une bonne pratique au niveau de la communication. Une description des simulations telles que présentées par les patients simulés leur était donnée. Les pharmaciens devaient indiquer, sur une échelle de 5 points, (1 indiquant peu important et 5 extrêmement important) l'importance qu'ils accordent à chaque élément dans le contexte de la simulation. Le score est la somme des éléments discutés, multipliés par leur pondération respective. Comme le dénominateur du score est variable selon les médicaments, le score a été rapporté en pourcentage d'éléments discutés par rapport au score maximal possible. Seules les simulations jugées valides ont été retenues pour l'analyse. Les tableaux 2.8.5 à 2.8.7 présentent les différents éléments inclus dans le calcul du score global avec leur pondération respective qui est la moyenne des pointages accordés par les pharmaciens. Les éléments sont séparés selon les catégories du programme de formation de l'OPQ, fondamental, intermédiaire et enrichi afin de faciliter la comparaison.

Tableau 2.8.5 : Moyenne et (écart-type) de l'importance attribuée aux éléments de niveau fondamental inclus dans le score global par les pharmaciens experts.

Éléments	Sertraline	Azithromycine	Benylin DM-D ^(md)	Salbutamol
Pharmacien s'identifie	3,0 (0,9)	3,2 (0,8)	3,0 (0,8)	3,3 (1,0)
Vérification de l'identité du patient	4,2 (1,0)	4,0 (0,7)	4,7 (0,5)	4,5 (0,8)
Vérification d'allergies	4,2 (1,0)	5,0 (0)	3,5 (1,8)	4,0 (0,9)
Vérification pour grossesse et allaitement	NA	4,5 (0,8)	3,7 (1,2)	NA
Vérification de la prise d'autres médicaments	4,5 (0,6)	4,2 (0,8)	4,5 (0,8)	3,8 (1,0)
Nom du médicament	3,8 (1,3)	4,0 (1,1)	3,5 (1,2)	3,8 (1,0)
Mention que contient 2 médicaments	NA	NA	3,5 (1,1)	NA
Indication (1) du médicament	4,0 (1,3)	4,8 (0,4)	4,7 (0,5)	4,3 (0,8)
Indication (2) du médicament	NA	NA	4,7 (0,5)	NA
Horaire d'administration	4,8 (0,4)	5,0 (0)	4,8 (0,4)	4,7 (0,5)
Moment de prise optimale	5,0 (0)	5,0 (0)	4,7 (0,5)	NA
Mode d'utilisation	NA	NA	NA	4,8 (0,4)
Précautions particulières	3,0 (1,3)	NA	NA	NA
Utilisation de la rétroaction	4,3 (1,0)	4,0 (0,9)	3,8 (1,0)	4,3 (0,8)

NA= non applicable

Tableau 2.8.6 : Moyenne et (écart-type) de l'importance attribuée aux éléments de niveau intermédiaire inclus dans le score global par les pharmaciens experts.

Éléments	Sertraline	Azithromycine	Benylin DM-D ^(md)	Salbutamol
Vérification de maladies chroniques	2,5 (1,1)	3,0 (1,1)	3,5 (1,5)	3,3 (0,5)
Début d'un effet	5,0 (0)	4,5 (0,6)	2,3 (0,8)	3,7 (1,0)
Durée de traitement	4,0 (1,1)	4,3 (0,5)	3,0 (0,6)	4,5 (0,6)
Insister sur prise complète	NA	5,0 (0)	NA	NA
Description des symptômes demandant utilisation	NA	NA	NA	3,6 (0,6)
Que faire si l'état s'aggrave	2,8 (1,3)	3,2 (0,8)	2,3 (1,0)	3,8 (1,2)
Combien de temps avant améliorations	3,5 (1,4)	3,7 (0,8)	2,8 (0,8)	3,5 (1,2)
Oubli d'une dose	2,2 (0,4)	2,8 (1,2)	NA	NA
Conditions et durée de conservation	NA	NA	NA	3,0 (0,9)

NA= non applicable

Tableau 2.8.7 : Moyenne et (écart-type) de l'importance attribuée aux éléments de niveau enrichi inclus dans le score global par les pharmaciens experts.

Éléments	Sertraline	Azithromycine	BenylinDM-D ^(md)	Salbutamol
Effet thérapeutique (1)	4,3 (0,8)	3,2 (1,2)	3,5 (1,1)	3,7 (1,2)
Effet thérapeutique (2)	NA	NA	2,5 (1,4)	NA
Effet physiologique	3,0 (1,1)	NA	NA	NA
Monitoring de la thérapie	NA	NA	3,2 (1,3)	3,8 (1,1)
Nombre de renouvellements	3,0 (0,7)	1,8 (0,8)	1,2 (0,4)	2,7 (0,8)
Mesures non pharmacologiques	NA	3,3 (1,0)	3,5 (1,2)	3,5 (0,8)

NA= non applicable

2.8.4 Événements indésirables

Les événements indésirables qui doivent être communiqués aux patients font partie des éléments pris en compte dans le score de conseil global. Le pharmacien doit choisir les événements les plus pertinents en fonction des données disponibles sur leur fréquence, leur sévérité et la possibilité de corriger ou d'atténuer l'événement indésirable. Une liste de l'ensemble des événements indésirables a été dressée à partir des références pertinentes et a été soumise aux 7 pharmaciens.^{37,38,39,40,41,42}

Pour la sertraline les différents événements indésirables suivants (suivis entre parenthèses par la pondération obtenue en faisant la moyenne des réponses des pharmaciens experts et son écart-type) ont été retenus : diminution des effets indésirables après 2 semaines de traitement ($4,8 \pm 0,4$), fièvre ($1,2 \pm 0,4$), manie/ hypomanie ($1,5 \pm 0,8$), allergie ($1,8 \pm 1,2$), diminution appétit/ perte de poids ($2,7 \pm 1,6$), diminution activité sexuelle ($2,5 \pm 0,6$), somnolence/ insomnie ($4,7 \pm 0,5$), sécheresse de la bouche ($3,3 \pm 1,4$), étourdissements ($4,2 \pm 0,8$), céphalée ($3,3 \pm 1,2$), problèmes gastro-intestinaux ($3,8 \pm 0,8$), sudation ($2,8 \pm 1,7$), et tremblements ($3,0 \pm 1,3$).

Pour l'azithromycine les différents événements indésirables suivants (suivis de leur pondération et écart-type entre parenthèses) ont été retenus : douleurs aux articulations ($1,8 \pm 0,8$), réaction allergique ($2,8 \pm 0,8$), nausée/ vomissements/ diarrhée ($4,2 \pm 1,2$), douleurs abdominales ($3,3 \pm 1,5$), céphalée ($2,5 \pm 1,6$), et étourdissements ($2,5 \pm 1,4$).

Pour le BenylinDM-D^(md) les différents événements indésirables suivants (suivis de leur pondération et écart-type entre parenthèses) ont été retenus : tachycardie/ palpitations/ arythmie ($3,8 \pm 1,2$), insomnie/ somnolence ($4,7 \pm 0,5$), étourdissements ($2,0 \pm 0,9$), nervosité ($2,7 \pm 1,4$), nausées/ vomissements ($1,6 \pm 0,9$), irritabilité ($1,8 \pm 0,8$), et céphalée ($1,7 \pm 0,8$).

Pour le salbutamol les différents événements indésirables suivants (suivis de leur pondération et écart-type entre parenthèses) ont été retenus : tremblements ($2,7 \pm 0,8$),

tachycardie/ dysrythmie/ palpitations ($3,3 \pm 1,2$), nervosité ($2,7 \pm 1,5$), et céphalée ($1,8 \pm 0,4$).

Un résumé des différentes variables définies pour cette étude est présenté au tableau 2.8.8.

Tableau 2.8.8 : Sommaire des variables dépendantes et indépendantes

Variables	Définition	Valeurs possibles
Dépendantes		
- Remise de conseils verbaux	Communication verbale du pharmacien au patient d'au moins un élément concernant l'utilisation appropriée du médicament.	Oui Non
- Transmission d'éléments d'information	Transmission de façon verbale par le pharmacien participant de l'élément d'information lors de la remise du médicament.	Oui Non
- Score de conseil fondamental	score synthétisant l'ensemble des éléments faisant partie du conseil fondamental.	0-100 (%)
- Score de conseil global	score synthétisant l'ensemble des éléments.	0-100 (%)
Indépendantes		
- sexe du pharmacien	Selon la liste de l'OPQ	Homme Femme
- Statut du pharmacien	Selon la liste de l'OPQ	Propriétaire Salarié
-Expérience du pharmacien	Obtenu en soustrayant de 1998, l'année d'obtention du permis.	1-....
Type de pharmacie	<u>Petite surface</u> : un seul comptoir de service desservant le laboratoire et la section commerciale. <u>Moyenne surface</u> : 2 comptoirs de service desservant le laboratoire et la section commerciale. <u>Grande surface</u> : plus de 2 comptoirs de service desservant le laboratoire et la section commerciale.	Petite Moyenne Grande
- Charge de travail	Indice calculé en faisant la somme du nombre d'implications du pharmacien auprès de patients, du nombre de patients présentant une ordonnance, et du nombre d'appels téléphoniques demandant l'attention du pharmacien entre la remise de l'ordonnance par le patient simulé et l'obtention de son médicament.	0-....
- Endroit de remise d'information	Évalué par le patient simulé lors de la visite	-Bout du comptoir -Espace confidentiel de type cloison -Espace confidentiel de type bureau -Autres

2.8.5 Analyse de la remise d'information

2.8.5.1 Techniques de communication

L'évaluation des techniques de communication s'avère problématique puisque le jugement des qualités de communicateur du pharmacien comporte une bonne part de subjectivité. Certaines techniques, en lien avec le programme de formation de l'OPQ ont été retenues puisqu'elles pouvaient être jugées de façon objective.²⁰

Une façon de rendre la communication optimale est d'éviter une interruption lors de la communication avec le patient. Les patients simulés notaient sur la grille d'évaluation si le pharmacien interrompait le conseil une fois l'entretien verbal débuté.

Les patients simulés notaient également si le pharmacien posait des questions (rétroaction) suite à la remise d'informations pour s'assurer que le patient avait bien compris les informations qui venaient de lui être transmises.

2.8.5.2 Identification du patient simulé

Il est possible que le pharmacien participant réussisse à identifier le patient simulé avant que celui-ci ne s'identifie comme tel. Cette reconnaissance du patient simulé peut mener le pharmacien à modifier de façon positive ses comportements habituels. Afin de contrôler pour ce biais potentiel, les patients simulés devaient demander, après leur dévoilement, au pharmacien participant si celui-ci les avait identifiés. Une section est prévue à cette fin sur la feuille de collecte de données.

2.9 Analyses statistiques

2.9.1 Statistiques descriptives

Des tableaux de fréquence ont été produits et la médiane, la moyenne et l'écart-type ont été utilisés pour analyser l'échantillon de pharmaciens ayant accepté de participer à l'étude en terme d'expérience et pour l'analyse des scores de conseil de niveau fondamental et global.

2.9.2 Liens entre variables dépendantes et indépendantes

Les analyses statistiques ont visé à vérifier si les variables indépendantes caractéristiques du pharmacien (sexe, statut, expérience) et caractéristiques du milieu (type de pharmacie et charge de travail), étaient liées à la remise de conseil ou au contenu de l'épisode de communication.

Dans un premier temps, les associations entre les diverses variables ont été étudiées. L'association entre deux variables catégorielles a été analysée à l'aide du test du χ^2 . L'association entre deux variables continues a été analysée à l'aide de la corrélation de Pearson. Dans le cas où une des variables était dichotomique et l'autre continue un test de t a été réalisé. Aucune analyse n'a impliqué d'examiner un lien entre une variable comportant plus de deux catégories et une variable continue puisque la variable type de pharmacie a été recodée en deux catégories lors de l'évaluation de son effet sur une variable continue. L'équivalent non-paramétrique du test de t, le test de Mann-Whitney, a été utilisé dans le cas de non normalité. La normalité de la distribution des scores a été déterminée par le test de Kolmogorov-Smirnov avec un niveau de signification de 0,05.

Pour l'analyse bivariée de l'influence des variables explicatives sur la remise de conseils, la comparaison des différents groupes a été faite à l'aide du Fischer's exact test et du test de t.

Les scores de conseils fondamentaux et globaux ont été utilisés pour l'analyse de l'influence des variables explicatives sur le contenu de l'épisode de communication. Pour l'analyse bi-variée, le test t de Student a été utilisé pour comparer les groupes lorsque la distribution du score suivait une loi normale et le test de Mann-Whitney lorsque la distribution ne suivait pas la loi normale. La normalité de la distribution des scores a été déterminée par le test de Kolmogorov-Smirnov avec un niveau de signification de 0,05.

La régression multiple avec entrée forcée des variables a été utilisée pour l'analyse multivariée des scores de conseils fondamental et global.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 8.0.0.⁴³

3. Résultats

3.1 Taux de participation

Le taux de participation a été inférieur à ce qui était prévu. Le taux net est de 11,6% soit 52 pharmaciens participants sur 450 pharmaciens contactés. Il est important de préciser que 63 pharmaciens ont consenti à être évalués mais que 11 d'entre eux n'ont pu être évalués, parce qu'ils pratiquaient hors de la zone géographique retenue (7 pharmaciens) ou parce qu'ils avaient un horaire trop variable (4 pharmaciens) pour permettre les visites des patients simulés. Le taux de participation en incluant ces pharmaciens est de 14%. Les procédures utilisées pour le recrutement ainsi que le nombre de pharmaciens recrutés à chaque envoi sont présentés au tableau 3.1.1.

Tableau 3.1.1 : procédures utilisées pour le recrutement

Premier envoi	Rappels	Liste	Participants	Pharmaciens contactés
Envoi 1 1998-3-23	2 par téléphone	1360	16	150
Envoi 2 1998-4-16	1 par poste 1 par téléphone	1048	18	150
Envoi 3 1998-5-5	1 par poste 1 par téléphone	1048	18	150

Il faut également considérer qu'un certain nombre des pharmaciens de la liste de L'OPQ n'était pas disponible pour évaluation pour plusieurs raisons. Une analyse des réponses négatives reçues (au nombre de 71) nous permet d'estimer le pourcentage réel de pharmaciens pouvant participer à l'étude. Parmi les 71 réponses négatives reçues, 20 répondants nous ont indiqué une raison pour le refus qui les rendaient non disponibles pour participer à l'étude. Les différentes raisons sont indiquées au tableau 3.1.2. Le pourcentage des pharmaciens ayant répondu négativement et ne pouvant participer à l'étude est donc de $20/71 = 28,2\%$.

Même s'il est possible que les pharmaciens ne pouvant participer aient été plus enclins à communiquer leur réponse que les pharmaciens ne pouvant pas justifier clairement leur

refus, on peut pour des fins exploratoires appliquer ce pourcentage à l'ensemble de l'échantillon. On en déduit ainsi que 127 pharmaciens (28,2% de 450) pourraient être non disponibles pour évaluation, laissant 323 pharmaciens réellement disponibles pour évaluation pour un taux de participation de 16,1 % (52/324).

Tableau 3.1.2 : raisons de refus données par certains pharmaciens rendant impossible leur participation à l'étude

Participants donnant raison de refus	Nombre
Milieu de travail fermé	2
Congé de maternité	7
Heures trop variables	7
Non disponibles (maladie)	4
Total	20

3.2 Caractéristiques des pharmaciens participants

3.2.1 Région

Des 52 pharmaciens évalués, 36 pratiquent sur l'île de Montréal, 13 sur la Rive Sud et 3 à Laval. Il est impossible de savoir si la répartition de ces pharmaciens est la même que celle de l'échantillon des 450 pharmaciens approchés puisque l'adresse de correspondance indiquée sur la liste de l'OPQ correspond généralement au lieu de résidence plutôt qu'au lieu de travail.

3.2.2 Années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique

La moyenne du nombre d'années écoulées depuis l'obtention du permis de pratique pour les 52 pharmaciens évalués est de 12,6 années avec un écart-type de 7,9. Cette variable a pu être obtenue pour tous les participants mais n'est pas disponible pour l'ensemble des pharmaciens de la liste. En effet ce n'est que depuis 1981 que les numéros de permis comprennent 5 chiffres dont les 2 premiers indiquent l'année d'obtention. Avant 1981, les numéros de permis ne comprennent que 4 chiffres qui ne permettent pas de déduire l'année d'obtention.

3.2.3 Sexe

Des 450 pharmaciens approchés, 248 sont des femmes et 202 sont des hommes. Parmi les 52 pharmaciens évalués 20 sont des hommes pour un taux de participation de 9,9 % et 32 sont des femmes pour un taux de participation de 12,9 %. Les résultats sont présentés au tableau 3.2.1.

3.2.4 Statut (salariés ou propriétaires)

Parmi les 450 pharmaciens approchés, 277 sont des salariés et 173 sont propriétaires. Des 52 pharmaciens évalués 29 sont des salariés pour un taux de participation de 10,5 % et 23 sont des propriétaires pour un taux de participation de 13,4%. Les femmes participent dans un plus grand pourcentage que leurs collègues masculins bien que les différences entre les pourcentages ne soient pas statistiquement significatives (χ^2 , $p=0,35$). On note également que les pharmaciens propriétaires ont un taux de participation légèrement plus élevé que les pharmaciens salariés, différence non statistiquement significative (χ^2 , $p=0,42$), encore ici. Les résultats sont présentés au tableau 3.2.1.

Tableau 3.2.1 : sexe et statut de l'ensemble des pharmaciens contactés et des participants

	Homme	Femme	Salarié	Propriétaire
Nombre de pharmaciens contactés	202 (44,9%)	248 (55,1%)	277 (61,2%)	173 (38,4%)
Nombre de participants	20 (38,4%)	32 (61,5%)	29 (55,8%)	23 (44,2%)
Taux de réponse (%)	9,9	12,9	10,5	13,4

3.3 Visites des patients simulés

La première visite par un patient simulé a eu lieu le 24 mai 1998 et la dernière visite le 11 août 1998. Les visites ont été échelonnées sur les 5 jours de la semaine tel que présenté au tableau 3.3.1.

Tableau 3.3.1 : Nombre de visites selon la journée de la semaine et la simulation.

Journée de la semaine	Sertraline	Azithromycine et BenylinDM-D ^{md}	Salbutamol
Lundi	4 (7,7%)	6 (11,5%)	10 (19,2%)
Mardi	10 (19,2%)	13 (25,0%)	8 (15,4%)
Mercredi	11 (21,2%)	15 (28,8%)	17 (32,7%)
Jeudi	17 (32,7%)	11 (21,2%)	10 (19,2%)
Vendredi	10 (19,2%)	7 (13,5%)	6 (11,8%)

L'heure moyenne des visites était de 12 :07, 13 :00, et 12 :45 pour les simulations portant sur la sertraline, l'azithromycine et BenylinDM-D^{md} et le salbutamol, respectivement. Des résultats plus détaillés sont présentés au tableau 3.3.2.

Tableau 3.3.2 : Heures auxquelles ont eu lieu les différentes visites par les patients simulés selon les simulations.

Heures	Sertraline	Azithromycine et BenylinDM-D ^{md}	Salbutamol
Visite la plus matinale	9 :10	8 :30	9 :20
Visite la plus tardive	15 :40	20 :00	19 :00
Heure moyenne des visites (écart-type)	12 :07 (\pm 1 :50)	13 :00 (\pm 2 :16)	12 :45 (\pm 2 :57)

3.4 Exclusions

Certaines simulations ont dû être exclues de l'analyse. Les simulations où le médicament était remis par un autre pharmacien que le pharmacien participant ou par un étudiant en pharmacie ont été exclues puisque la personne ne fait pas partie de la cohorte étudiée. Les simulations pour lesquelles le médicament n'était pas disponible immédiatement à la pharmacie, ont également été exclues puisque le patient simulé devait s'identifier immédiatement afin d'éviter au pharmacien de commander le produit en question. Le patient simulé devait également s'identifier immédiatement si le pharmacien tentait de vérifier la validité de l'ordonnance. Les différentes raisons d'exclusion de simulations sont présentées au tableau 3.4.1. Au total, 1 pharmacien n'a pu être évalué pour aucun

médicament, 2 pharmaciens l'ont été pour 1 seul médicament, 7 pharmaciens pour 2 médicaments, 1 pharmacien pour 3 médicaments, et 41 pharmaciens pour les 4 médicaments.

Tableau 3.4.1 : raisons d'exclusions des simulations lors de l'analyse.

Raison d'exclusion	Nombre de pharmaciens exclus sertraline	Nombre de pharmaciens exclus azithromycine et Benylin DM-D ^(md)	Nombre de pharmaciens exclus (salbutamol)
Pharmacien voulait vérifier la validité de l'ordonnance	1	0	0
Conseils donnés par étudiant en pharmacie	1	2	2
Médicament non disponible (azithromycine)	0	3	0
Remise du médicament par autre pharmacien que le pharmacien participant	0	5	0
Patient reconnu par personnel de la pharmacie avant la simulation	0	0	1
Total de simulations exclues	2 (4%)	10 (19%)	3 (6%)

3.5 Conseil remis par le pharmacien participant

Les résultats présentés au tableau 3.5.1 démontrent que, pour les 3 simulations, 90 à 100% des pharmaciens se sont impliqués personnellement pour remettre le médicament au patient en discutant au moins un des éléments inclus à la grille d'évaluation. Ces résultats ne donnent par contre aucune indication sur l'exhaustivité de l'épisode de conseils.

Tableau 3.5.1 : Conseil verbal donné par les pharmaciens par médicament pour les simulations valides

	Sertraline	Azithromycine	Benylin DM-D ^{md}	Salbutamol
Nombre de simulations valides	50	42	42	49
Nombre (%) de simulations pour lesquelles le pharmacien a donné un conseil verbal	45 (90%)	42 (100%)	39 (92,9%)	44 (89,8%)

3.6 Éléments de l'entretien

Les différents éléments inclus dans la grille d'évaluation sont regroupés en 3 catégories, correspondant aux niveaux de conseils identifiés dans le programme de formation de l'OPQ l'Objectif 100 % : fondamental, intermédiaire et enrichi.²¹ Le pourcentage de pharmaciens, parmi les simulations valides, ayant discuté chaque élément est indiqué.

La comparaison des différentes catégories de conseil (fondamental, intermédiaire et enrichi) entre elles révèle que, dans l'ensemble, les pharmaciens communiquent plus régulièrement les éléments de niveau fondamental que ceux de niveau intermédiaire qui le sont plus que ceux de niveau enrichi. En effet, si on compte dans chaque catégorie, les éléments mentionnés par plus de 50% des pharmaciens, on voit que pour le niveau fondamental ce nombre est de 23 éléments sur 41 éléments possibles soit 56%, il est de 5/25 (20%) pour les conseils de niveau intermédiaire et de 1/14 (7%) pour les conseils de niveau enrichi. Cette différence entre les différents niveaux apporte une sorte de validation aux catégories de l'OPQ puisque les pharmaciens semblent porter un jugement semblable lors de la remise de conseils verbaux.

Pour les conseils de niveau fondamental, on note que les pharmaciens s'identifient comme pharmacien dans seulement 4% à 7,1% des entretiens et qu'ils n'utilisent la rétroaction que dans 14,3% à 32% des entretiens, selon les simulations. On note également que pour la situation impliquant une femme (de 20 et 22 ans) comme patient simulé, la vérification de grossesse ou d'allaitement n'a été effectuée que dans 7,1% des entretiens. Les résultats les

plus encourageants se trouvent au niveau de la vérification de la présence d'allergies qui a été faite dans 63,3% à 78% des entretiens selon la simulation et dans l'explication de l'horaire offerte dans 81% à 90% des entretiens selon le médicament.

Pour les conseils de niveau intermédiaire, on note que les pharmaciens ont vérifié la présence de maladies chroniques dans seulement 4% à 8,2% des entretiens ce qui peut s'expliquer par le jeune âge des patients simulés. Les éléments discutés plus fréquemment sont le temps nécessaire pour obtention de l'effet dans le cas de la sertraline (82%) et la durée de traitement dans le cas du salbutamol (93,9%). Il s'agit ici d'information particulièrement importante pour chacun des médicaments. En effet la sertraline peut prendre environ 2 à 4 semaines avant d'avoir un effet thérapeutique, une information majeure dans le cas de dépression et la durée de traitement dans le cas du salbutamol réfère à l'indication de prise seulement au besoin si symptômes.

Pour les conseils de niveau enrichi, les résultats sont dans l'ensemble faibles. Dans le cas du salbutamol, l'effet du médicament (ouvrir les bronches ou les passages de l'air) a été mentionné par 87,8% des pharmaciens ce qui est l'élément le plus mentionné. On note que le nombre de renouvellements et les mesures non pharmacologiques n'ont été mentionnées par aucun pharmacien dans le cas de l'azithromycine, ce qui semble correct puisque l'ordonnance ne comportait pas de renouvellements et que les mesures non pharmacologiques retenues étaient de boire de l'eau et du repos, conseils très généraux.

Une attention particulière doit être portée à la comparaison des résultats entre les différents médicaments puisque ce ne sont pas tous les mêmes pharmaciens qui ont été évalués pour chacun des médicaments. En effet, 50 pharmaciens ont pu être évalués pour la sertraline, 42 pour l'azithromycine et le BenylinDM-D^{md} et 50 pour le salbutamol. Les mêmes pourcentages ont par contre été recalculés pour les 41 pharmaciens ayant été évalués pour les 4 médicaments et ils donnent des résultats pratiquement identiques à ceux présentés aux tableaux 3.6.1 à 3.6.3.

Lors de l'analyse des éléments de conseil, une attention particulière était portée à l'exactitude des informations données par la pharmacien. Les résultats à ce niveau sont très impressionnants puisque sur l'ensemble des informations communiqués, de l'information erronée a été communiquée à seulement trois reprises. Deux pharmaciens ont mentionné que l'azithromycine pouvait être prise avec de la nourriture alors que le médicament doit être pris à jeun et l'autre cas concerne un pharmacien qui a dit que la sertraline ne pouvait pas causer de somnolence. Les différents résultats sont présentés aux tableaux 3.6.1 à 3.6.3.

Tableau 3.6.1 Pourcentage de pharmaciens ayant discuté chaque élément du conseil fondamental pour les 4 médicaments.

Éléments d'information	Pourcentage des pharmaciens (n=50) ayant discuté l'élément (sertraline)	Pourcentage des pharmaciens (n=42) ayant discuté l'élément (azithromycine)	Pourcentage des pharmaciens (n=42) ayant discuté l'élément (BenylinDM-D ^(md))	Pourcentage des pharmaciens (n=49) ayant discuté l'élément (salbutamol)
Pharmacien s'identifie	4	7,1	7,1	4,1
Demander à qui le médicament est destiné	46	63,4	63,4	93,9
Vérifier présence d'allergies	78	73,8	73,8	63,3
Vérifier prise d'autres médicaments	52	21,4	21,4	34,7
Vérifier si la patiente est enceinte ou allaite	NA	7,1	7,1	NA
Nom du médicament	86	42,9	50	83,7
Mention que BenylinDM-D ^(md) contient 2 médicaments	NA	NA	47,6	NA
Indication	72	90,5	69,0	91,8
Indication 2 (BenylinDM-D ^(md))	NA	NA	66,7	NA
Horaire	90	97,6	81	83,7
Prise optimale	80	88,1	21,4	NA
Précautions particulières	18	NA	NA	NA
Mode d'utilisation	NA	NA	NA	91,8
Le pharmacien pose question(s) pour vérifier compréhension du client	32	14,3	14,3	26,5

NA= non applicable

Tableau 3.6.2 Pourcentage de pharmaciens ayant discuté chaque élément du conseil intermédiaire pour les 4 médicaments.

Éléments d'information	Pourcentage (%) des pharmaciens (n=50) ayant discuté l'élément (sertraline)	Pourcentage (%) des pharmaciens (n=42) ayant discuté l'élément (azithromycine)	Pourcentage (%) des pharmaciens (n=42) ayant discuté l'élément (BenylinDM-D ^(md))	Pourcentage (%) des pharmaciens (n=49) ayant discuté l'élément (salbutamol)
Vérifie présence de maladies chroniques	4	7,1	7,1	8,2
Temps nécessaire pour obtention effet	82	14,3	2,4	22,4
Durée traitement	44	21,4	64,3	93,9
Description des symptômes	NA	NA	NA	65,3
Insister sur prise complète	NA	59,5	NA	NA
Que faire si l'état s'aggrave	2	4,8	4,8	24,5
Après combien de temps faut-il s'inquiéter s'il n'y a pas d'améliorations	8	2,4	2,4	18,4
Oubli d'une dose	2	0	NA	NA
Condition et durée de conservation	NA	NA	NA	8,2

NA= non applicable

Tableau 3.6.3 Pourcentage de pharmaciens ayant discuté chaque élément du conseil enrichi pour les 4 médicaments.

Éléments d'information	Pourcentage (%) des pharmaciens (n=50) ayant discuté l'élément (sertraline)	Pourcentage (%) des pharmaciens (n=42) ayant discuté l'élément (azithromycine)	Pourcentage (%) des pharmaciens (n=42) ayant discuté l'élément (BenylinDM-D ^{md})	Pourcentage (%) des pharmaciens (n=49) ayant discuté l'élément (salbutamol)
Effet A du médicament	36	2,4	38,1	87,8
Effet B du médicament	8	NA	26,2	NA
Nombre de renouvellements	42	0	2,4	20,8
Monitoring thérapie	NA	NA	41,5	20,4
Mesures non pharmacologiques	NA	0	2,4	2,0

NA= non applicable

3.7 Score de conseil fondamental

Le score de conseil fondamental, présenté au tableau 3.7.1 regroupe tous les éléments faisant partie du conseil fondamental, tel que défini par le programme de formation de l'OPQ.²¹ Comme le nombre d'éléments varie selon les médicaments, le score est converti sur 100 afin de faciliter la comparaison. Les scores varient de 41,7 à 58,6 selon le médicament impliqué. On note que l'écart-type est élevé dû à la grande distribution des valeurs.

Tableau 3.7.1 : Mesures de tendance centrale et de dispersion des scores de conseil fondamental (score sur 100) par médicament pour les simulations valides.

	Sertraline (n=50)	Azithromycine (n=42)	Benylin DM-D ^{md} (n=42)	Salbutamol (n=49)
Médiane	63,6	50,0	46,2	50,0
Moyenne	58,6	49,6	41,7	50,1
Écart-type	24,0	17,7	21,3	18,8
Valeur minimale	0	18	0	10
Valeur maximale	91	91	85	100

3.8 Score de conseil global

Le score de conseil global tient compte de l'ensemble des éléments d'information inclus dans la grille d'évaluation. Chaque élément est pondéré selon son importance spécifique à la simulation et ramené à 100% selon la méthodologie déjà décrite. Les scores globaux présentés au tableau 3.8.1 varient de 30,2 pour le BenylinDM-D^(md) à 45,2 pour la sertraline.

Tableau 3.8.1 : Mesures de tendance centrale et de dispersion des scores globaux (score sur 100) par médicament pour les simulations valides.

	Sertraline (n=50)	Azithromycine (n=42)	Benylin DM-D ^{md} (n=42)	Salbutamol (n=49)
Médiane	48,1	33,7	28,9	47,1
Moyenne	43,4	32,1	30,2	45,2
Écart-type	19,2	12,3	16,6	17,8
Valeur minimale	2,7	9,2	0	7,1
Valeur maximale	81,0	57,4	62,7	79,7

3.9 Corrélation entre les scores de conseil fondamental et global

Le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé afin de vérifier si les pharmaciens qui obtiennent les scores de conseil, fondamental ou global, les plus élevés pour un médicament obtiennent également les scores les plus élevés pour les autres médicaments.

L'analyse présentée au tableaux 3.9.1 indique qu'il existe une corrélation significative entre les scores de conseil fondamental ou global entre les différents médicaments ce qui confirme que les scores les plus élevés sont obtenus de façon cohérente par les mêmes pharmaciens quel que soit le médicament impliqué.

Tableau 3.9.1 : Corrélations entre les scores de conseil fondamental et global selon les médicaments.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Sertraline fondamental (1)	1,0							
Azithromycine fondamental (2)	0,47	1,0						
BenylinDM-D ^{md} fondamental (3)	0,45	0,81	1,0					
Salbutamol fondamental (4)	0,46	0,67	0,53	1,0				
Sertraline global (5)	0,93	0,42	0,41	0,41	1,0			
Azithromycine global (6)	0,43	0,94	0,75	0,60	0,42	1,0		
BenylinDM-D ^{md} global (7)	0,49	0,82	0,97	0,49	0,42	0,76	1,0	
Salbutamol global (8)	0,46	0,64	0,51	0,82	0,45	0,59	0,49	1,0

Toutes les corrélations sont significatives au niveau 0,01

L'analyse démontre également une forte corrélation entre le score de conseil fondamental et global pour chacun des médicaments. Les corrélations sont de 0,93, 0,94, 0,97 et 0,82 pour la sertraline, l'azithromycine, le BenylinDM-D^{md} et le salbutamol respectivement. Cette relation n'est pas surprenante puisque la pondération associée aux éléments fondamentaux compte pour 36,9, 45,7, 51,6 et 42,6% du score global total pour la sertraline, l'azithromycine, le BenylinDM-D^{md} et le salbutamol respectivement.

3.10 Endroit de remise d'information

Le tableau 3.10.1 présente les résultats quant à l'endroit physique où avait lieu la communication pharmacien-patient. Pour toutes les simulations on note que la majorité des entretiens ont eu lieu au bout du comptoir (57,1 à 75,6%) et que le bureau est très peu utilisé (0 à 4%).

Tableau 3.10.1 : Endroit de la communication par simulation

	Sertraline	Azithromycine et BenylinDM-D ^{md}	Salbutamol
Nombre de remises (%) ayant eu lieu au bout du comptoir	36 (72%)	32 (75,6%)	28 (57,1%)
Nombre de remises (%) ayant eu lieu dans un espace confidentiel de type cloison	12 (24%)	8 (19,5%)	21 (42,9%)
Nombre de remises (%) ayant eu lieu dans un bureau	2 (4%)	1 (2,4%)	0
Nombre de remises (%) ayant eu lieu dans la rangée	0	1 (2,4%)	0

3.11 Utilisation des techniques de communication

Le tableau 3.11.1 présente les résultats notés par les patients simulés pour 2 indices pertinents aux techniques de communication employées par les pharmaciens. Encore ici le recours à ces techniques est variable selon les simulations, les pharmaciens utilisant la rétroaction dans 14,3% des simulations pour l'azithromycine et le BenylinDM-D^(md) et dans 32% des simulations pour la sertraline. Le nombre de pharmaciens ayant interrompu le conseil est faible pour toutes les simulations allant de 2% pour le salbutamol à 7,1% l'azithromycine et le BenylinDM-D^(md).

Tableau 3.11.1 : utilisation des techniques de communication par simulation

	Sertraline (n=50)	Azithromycine et BenylinDM-D ^{md} (n=42)	Salbutamol (n=49)
Nombre (%) de pharmaciens posant des questions pour vérifier la compréhension par le patient des informations reçues (rétroaction)	16 (32%)	6 (14,3%)	13 (26,5%)
Nombre (%) de pharmaciens interrompant le conseil	2 (4%)	3 (7,1%)	1 (2%)

3.12 Identification du patient simulé

Une analyse de la moyenne des scores de conseils fondamental et global pour les pharmaciens ayant identifié le patient simulé avant son dévoilement comparativement aux pharmaciens n'ayant pas identifié le patient simulé est présentée aux tableaux 3.12.1 et 3.12.2. La simulation portant sur le salbutamol n'est pas présentée aux tableaux présentés ci-dessus puisque aucun pharmacien n'a identifié le patient simulé avant son dévoilement. On note que les scores sont plus élevés pour les pharmaciens ayant identifié le patient simulé avant son dévoilement que pour leurs collègues ne l'ayant pas identifié, et ce, pour toutes les simulations pour le score de conseil fondamental et global. Étant donné le petit nombre d'observations dans les groupes ayant identifié le pharmacien, les tests statistiques sont difficiles à interpréter et ne sont présentés qu'à titre indicatif.

Tableau 3.12.1 : Comparaison des scores de conseil fondamental des pharmaciens ayant identifié le patient simulé et des pharmaciens n'ayant pas identifié le patient simulé.

	Pharmaciens n'ayant pas identifié le patient			Pharmaciens ayant identifié le patient			Valeur P*
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	43	56,7	24,7	7	70,1	16,4	0,17
Azithromycine	38	48,4	17,4	4	61,4	18,7	0,17
BenylinDM-D ^{md}	38	40,0	21,2	4	57,7	16,0	0,11

test t bilatéral

Tableau 3.12.2 : Moyenne et comparaison des scores de conseil global des pharmaciens ayant identifié le patient simulé et des pharmaciens n'ayant pas identifié le patient simulé.

	Pharmaciens n'ayant pas identifié le patient			Pharmaciens ayant identifié le patient			Valeur P*
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	43	42,0	19,8	7	52,1	13,5	0,20
Azithromycine	38	31,4	12,1	4	39,2	13,8	0,23
BenylinDM-D ^{md}	38	28,8	16,5	4	43,7	13,4	0,09

* test t bilatéral

3.13 Liens entre les différentes variables explicatives

Les liens entre les différentes variables explicatives ont été analysés. Le tableau 3.13.1 résume les résultats des analyses en identifiant la valeur de p obtenue suite aux tests. L'analyse démontre qu'il existe un lien entre les variables caractéristiques du pharmacien. En effet les salariés sont plus souvent des femmes (χ^2 , $p=0,01$) et ont moins d'années d'expérience que les propriétaires (test de t, $p=0,01$).

Il existe également un lien entre les variables caractéristiques du milieu. Le fait de travailler dans une pharmacie de grande surface, plutôt que dans une pharmacie de petite ou moyenne surface, est associé à un achalandage plus élevé dans le cas de la sertraline (test de t; $p=0,02$) et du salbutamol (test de t, $p=0,04$). On retrouve ce même lien entre l'achalandage noté lors de la simulation sur la sertraline et lors de la simulation sur l'azithromycine et le BenylinDM-D^(md), (corrélation de Pearson, $p=0,01$). Il n'existe par contre aucun lien entre les variables caractérisant le pharmacien et celles caractérisant le milieu.

Tableau 3.13.1 Valeurs de P suite à l'analyse des liens entre les différentes variables explicatives.

	1	2	3	4	5	6	7
Expérience (1)	NA						
Sexe (2)	0,15a	NA					
Statut (3)	0,01a	0,01c	NA				
Superficie (4)	0,20a	0,21c	0,53c	NA			
Achalandage sertraline (5)	0,48b	0,79a	1,00a	0,02a	NA		
Achalandage Beny+azithro (6)	0,75b	0,85a	0,66a	0,13a	0,01b	NA	
Achalandage salbutamol (7)	0,76b	0,21a	0,54a	0,04a	0,29b	0,53b	NA

a : test t de Student; b : Corrélation de Pearson; c : χ^2 ; NA : non applicable

3.14 Analyse de l'influence des différentes variables explicatives sur la remise de conseil

Comme le pourcentage de pharmaciens ayant donné au moins 1 conseil est très élevé, il est difficile d'analyser le lien entre les variables explicatives et cette variable dépendante. En effet, le nombre de pharmaciens inclus dans les différents sous-groupes n'ayant pas donnée de conseil est très petit : 5 pour la sertraline, 0 pour l'azithromycine, 3 pour le BenylinDM-D^{md} et 5 pour le salbutamol. Les analyses statistiques sont moins pertinentes sur de si petits sous-groupes de sujets. Elles sont toutefois rapportées aux tableaux 3.14.1 à 3.14.5 à titre descriptif, sauf pour l'azithromycine où tous les pharmaciens ont donné un conseil.

Tableau 3.14.1 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon le sexe et le médicament.

Médicament	Nombre et (%) des simulations pour lesquelles un conseil a été communiqué		p value *
	Homme	Femme	
Sertraline	19 (89,5%)	31 (90,3%)	1
BenylinDM-D ^(md)	16 (93,8%)	26 (92,3%)	1
Salbutamol	18 (83,3%)	31 (93,5%)	0,34

* Fischer's exact test

Tableau 3.14.2 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon le statut et le médicament.

Médicament	Nombre et (%) des simulations pour lesquelles un conseil a été communiqué		p value *
	Salarié	Propriétaire	
Sertraline	30 (83,3%)	20 (100%)	0,08
BenylinDM-D ^(md)	27 (88,9%)	15 (100%)	0,54
Salbutamol	30 (86,7%)	19 (94,7%)	0,64

* Fischer's exact test

Tableau 3.14.3 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon l'expérience et le médicament.

Médicament	Nombre et (%) des simulations pour lesquelles un conseil a été communiqué		p value *
	Expérience 1-12 ans	Expérience 13-31 ans	
Sertraline	26 (92,3%)	24 (87,5%)	0,66
BenylinDM-D ^(md)	21 (90,5%)	21 (95,2%)	1
Salbutamol	26 (96,2%)	23 (82,6%)	0,17

* Fischer's exact test

Tableau 3.14.4 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon le type de pharmacie et le médicament.

Médicament	Nombre et (%) des simulations pour lesquelles un conseil a été communiqué		p value *
	Petite et moyenne	Grande	
Sertraline	26 (96,2%)	24 (83,3%)	0,18
BenylinDM-D ^(md)	22 (100%)	10 (85%)	0,10
Salbutamol	27 (100%)	22 (77,3%)	0,01

* Fischer's exact test

Tableau 3.14.5 Pourcentage de pharmaciens ayant remis des conseils selon l'achalandage et le médicament.

Médicament	Nombre de simulations		Moyenne de l'indice d'achalandage total		p value *
	Simulation avec conseil	Simulation sans conseil	Simulation avec conseil	Simulation sans conseil	
Sertraline	43	5	2,7	2,8	0,96
BenylinDM-D ^(md)	37	3	1,9	5,3	0,51
Salbutamol	44	5	2,1	3,8	0,08

* test t de Student

3.15 Analyse de l'influence des variables explicatives sur le score de conseil fondamental et le score de conseil global

L'influence de cinq variables explicatives (sexe, statut, expérience, type de pharmacie et achalandage) sur les scores de conseil fondamental et global a été analysée pour chacun des médicaments. Le test t de Student a été utilisé pour l'analyse puisque les distributions des scores fondamentaux et globaux respectaient l'hypothèse de normalité pour presque tous les médicaments. La seule exception se trouve au niveau du score de conseil de niveau fondamental pour la sertraline qui n'est pas distribué normalement. Le test de Mann-Whitney a été utilisé dans ce cas. Comme le score de conseil fondamental est fortement corrélé au score de conseil global, il ne faut pas s'attendre à des résultats qui diffèrent beaucoup en fonction du type de score. Les analyses ont cependant été faites avec chaque score par souci d'exhaustivité.

Influence du sexe sur le score de conseil fondamental et global

L'analyse de la variable sexe, présentée aux tableaux 3.15.1 et 3.15.2, démontre que les moyennes des scores (fondamental et global) sont toujours plus élevées pour les femmes que pour les hommes. Au niveau de signification $p < 0,05$, la différence est statistiquement significative pour 3 des 4 médicaments pour le score de conseil fondamental et pour 1 des 4 médicaments pour le score de conseil global.

Tableau 3.15.1 Score de conseil de niveau fondamental, selon le sexe, pour les 4 médicaments.

Médicament	Hommes			Femmes			P-value
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	19	56,0	24,3	31	60,1	24,1	0,53‡
Azithromycine	16	40,9	13,3	26	55,0	18,1	0,01†
BenylinDM-D ^(md)	16	34,4	17,5	26	46,2	22,4	0,07†
Salbutamol	18	43,8	17,2	31	53,8	19,0	0,07†

† test t de Student; ‡ test de Mann-Whitney

Tableau 3.15.2 Score de conseil de niveau global, selon le sexe, pour les 4 médicaments.

Médicament	Hommes			Femmes			P-value†
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	19	42,5	21,8	31	44,0	17,8	0,79
Azithromycine	16	26,1	10,5	26	35,8	12,0	0,01
BenylinDM-D ^(md)	16	25,9	14,5	26	32,9	17,6	0,19
Salbutamol	18	40,5	19,7	31	47,9	16,3	0,16

† test t de Student

Influence du statut sur le score de conseil fondamental et global

Pour la variable statut, l'analyse démontre que les propriétaires obtiennent des scores (fondamental et global) plus élevés que les salariés. Les résultats, présentés aux tableaux 3.15.3 et 3.15.4 ne sont par contre statistiquement significatifs ($p < 0,05$), que pour la sertraline pour les deux scores (fondamental et global). On note, par contre que pour le score de conseil global la différence approche le seuil de signification $p = 0,08$ dans le cas du salbutamol.

Tableau 3.15.3 Score de conseil de niveau fondamental, selon le statut, pour les 4 médicaments.

Médicament	Propriétaires			Salariés			P-value
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	20	70,0	13,6	30	50,9	26,5	0,01‡
Azithromycine	15	52,1	20,2	27	48,3	16,4	0,5†
BenylinDM-D ^(md)	15	47,7	23,0	27	38,3	19,9	0,20†
Salbutamol	19	53,9	18,1	30	47,7	19,2	0,27†

† test t de Student; ‡ test de Mann-Whitney

Tableau 3.15.4 Score de conseil de niveau global, selon le statut, pour les 4 médicaments.

Médicament	Propriétaires			Salariés			P-value†
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	20	55,4	12,1	30	35,4	19,1	0,01
Azithromycine	15	34,0	14,0	27	31,1	11,4	0,48
BenylinDM-D ^(md)	15	34,8	17,4	27	27,6	16,0	0,20
Salbutamol	19	50,7	15,5	30	41,7	18,4	0,08

† test t de Student

Influence de l'expérience sur le score de conseil fondamental et global

Aucune différence statistiquement significative ($p < 0,05$) n'est observée pour les scores de conseils fondamental et global, présentés aux tableaux 3.15.5 et 3.15.6 au niveau de la variable expérience. Dans le cas du score de conseil global pour le salbutamol, on approche par contre le seuil de signification avec un p de 0,08.

Tableau 3.15.5 Score de conseil de niveau fondamental, selon l'expérience, pour les 4 médicaments.

Médicament	Expérience 1-12 ans			Expérience 13-31 ans			P-value
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	26	59,8	23,9	24	57,2	24,6	0,53‡
Azithromycine	21	52,1	21,2	21	47,2	13,4	0,38†
BenylinDM-D ^(md)	21	44,5	24,6	21	38,8	14,5	0,39†
Salbutamol	26	53,2	20,3	23	46,6	16,6	0,22†

† test t de Student; ‡ test de Mann-Whitney

Tableau 3.15.6 Score de conseil de niveau global, selon l'expérience, pour les 4 médicaments.

Médicament	Expérience 1-12 ans			Expérience 13-31 ans			P-value†
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	26	42,6	18,3	24	44,3	20,6	0,76
Azithromycine	21	33,9	14,1	21	30,3	10,2	0,34
BenylinDM-D ^(md)	21	31,8	19,3	21	28,6	13,8	0,53
Salbutamol	26	49,3	16,2	23	40,5	18,7	0,08

† test t de Student

Influence du type de pharmacie sur le score de conseil fondamental et global

Aucune différence statistiquement significative ($p < 0,05$) n'est observée pour les scores de conseils fondamental et global, présentés aux tableaux 3.15.7 et 3.15.8 au niveau de la variable type de pharmacie.

Tableau 3.15.7 Score de conseil de niveau fondamental, selon le type de pharmacie, pour les 4 médicaments.

Médicament	Petite et moyenne			Grande			P-value
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	26	61,5	19,5	24	55,3	28,2	0,72‡
Azithromycine	22	49,6	14,8	20	49,7	20,8	0,99†
BenylinDM-D ^(md)	22	43,5	20,0	20	39,6	22,9	0,56†
Salbutamol	27	50,4	13,8	22	49,7	23,9	0,91†

† test t de Student; ‡ test de Mann-Whitney

Tableau 3.15.8 Score de conseil de niveau global, selon le type de pharmacie, pour les 4 médicaments.

Médicament	Petite et moyenne			Grande			P-value†
	Nombre	Moyenne	Écart-type	Nombre	Moyenne	Écart-type	
Sertraline	26	44,9	17,0	24	41,8	21,6	0,59
Azithromycine	22	31,1	9,5	20	33,2	14,9	0,60
BenylinDM-D ^(md)	22	32,7	15,6	20	27,5	17,7	0,32
Salbutamol	27	48,7	11,6	22	40,9	22,8	0,16

† test t de Student;

Influence de l'achalandage sur le score de conseil fondamental et global

Aucune différence statistiquement significative ($p < 0,05$) n'est observée pour les scores de conseils fondamental et global, présentés aux tableaux 3.15.9 et 3.15.10 au niveau de la variable achalandage.

Tableau 3.15.9 Score de conseil fondamental, selon l'achalandage, pour les 4 médicaments.

Médicament	Corrélation* (score de conseil fondamental et achalandage)	P-value
Sertraline	0,014	0,93
Azithromycine	0,004	0,98
BenylinDM-D ^(md)	-0,27	0,10
Salbutamol	0,04	0,77

* Corrélation de Pearson

Tableau 3.15.10 Score de conseil global, selon l'achalandage, pour les 4 médicaments.

Médicament	Corrélation* (score de conseil global et achalandage)	P-value
Sertraline	-0,041	0,78
Azithromycine	0,020	0,90
BenylinDM-D ^(md)	-0,23	0,16
Salbutamol	0,003	0,99

* Corrélation de Pearson

3.16 Analyse multivariée de l'influence des variables explicatives sur le score d'éléments fondamentaux et le score d'éléments globaux

La présence de liens statistiquement significatifs entre certaines variables explicatives rend utile le recours aux analyses multivariées afin de vérifier l'influence réelle de chacune des variables sur les variables indépendantes.

L'analyse multivariée a été effectuée à l'aide d'une régression multiple, en deux étapes, avec entrée forcée des variables. Les variables indépendantes catégorielles ont été incluses sous forme de "dummy" en les recodant de la façon suivante : sexe, femme=1, homme=0; statut, propriétaire=1, salarié=0; expérience 1-12 ans=1, 13-31=0; type de pharmacie petite ou moyenne=1, grande=0. Le modèle a été construit en incluant au départ les variables explicatives sexe, statut et expérience en ne les retenant dans le modèle que lorsque le niveau de signification qui leur est associé était $\leq 0,1$. Le sexe et le statut ont été inclus au départ en raison de leur plus grande influence sur les 2 scores (fondamental et global), observée lors de l'analyse de chaque variable séparément, et l'expérience puisque cette

variable a une corrélation avec le sexe et le statut. Le type de pharmacie et l'achalandage étaient ensuite ajoutés et retenus dans le modèle seulement s'ils étaient associés de façon statistiquement significative ($p \leq 0,1$) au score (fondamental ou global), en contrôlant pour les autres variables. Les interactions possibles entre les différentes variables étaient testées et incluses dans le modèle final si elles étaient statistiquement significatives ($p \leq 0,1$).

Les résultats démontrent que deux variables explicatives, le sexe et le statut, semblent influencer le score de conseil fondamental et le score de conseil global pour tous les médicaments, lors de l'analyse multivariée. Le fait d'être une femme et d'être propriétaire sont tous les deux associés à des scores (fondamental et global) plus élevés. Une interaction statut-sexe a été notée dans le cas du conseil global pour la sertraline. L'analyse des sous-groupes révèle une différence au niveau du sexe, seulement pour le sous-groupe des salariés. En effet, le score de conseil global moyen pour les propriétaires est de 55,5 pour les hommes et de 55,1 pour les femmes, tandis que le score de conseil global moyen pour les salariés est de 20,1 pour les hommes et de 40,1 pour les femmes.

L'achalandage n'a de lien statistiquement significatif ($p=0,058$), lors de l'analyse multivariée, qu'avec le score de conseil fondamental pour le BenylinDM-D^{md}.

L'expérience ($p=0,01$) et le fait de travailler dans une petite ou moyenne pharmacie ($p=0,02$), n'ont de lien statistiquement significatif, lors de l'analyse multivariée que pour le score de conseil global dans le cas du salbutamol.

Les modèles retenus sont présentés aux tableaux 3.16.1 à 3.16.8. La variance expliquée (R^2) est modeste mais substantielle compte tenu du faible degré de sophistication du modèle.

Tableau 3.16.1 : régression multiple du score de conseil fondamental pour la sertraline.

Variabiles retenues dans le modèle (R² ajusté=0,18)	β	p value
Être propriétaire	23,9	< 0,01
Être une femme	13,1	0,06

Tableau 3.16.2 : régression multiple du score de conseil global pour la sertraline.

Variabiles retenues dans le modèle (R² ajusté =0,34)	β	p value
Être propriétaire	35,5	< 0,01
Être une femme	20,1	0,01
Interaction sexe statut	-20,5	0,04

Tableau 3.16.3 : régression multiple du score de conseil fondamental pour l'azithromycine.

Variabiles retenues dans le modèle (R² ajusté =0,18)	β	p value
Être une femme	17,3	< 0,01
Être propriétaire	9,8	0,08

Tableau 3.16.4 : régression multiple du score de conseil global pour l'azithromycine.

Variabiles retenues dans le modèle (R² ajusté =0,18)	β	p value
Être une femme	12,1	< 0,01
Être propriétaire	7,0	0,08

Tableau 3.16.5 : régression multiple du score de conseil fondamental pour le BenylinDM-D^(md).

Variabiles retenues dans le modèle (R² ajusté =0,19)	β	p value
Être une femme	19,1	0,01
Achalandage	-2,2	0,06
Être propriétaire	13,5	0,06

Tableau 3.16.6.: régression multiple du score de conseil global pour le BenylinDM-D^(md).

Variabiles retenues dans le modèle (R² ajusté =0,09)	β	p value
Être propriétaire	10,8	0,05
Être une femme	10,6	0,06

Tableau 3.16.7 : régression multiple du score de conseil fondamental pour le salbutamol.

Variabiles retenues dans le modèle (R² ajusté =0,10)	β	p value
Être une femme	13,8	0,02
Être propriétaire	10,9	0,06

Tableau 3.16.8 : régression multiple du score de conseil global pour le salbutamol.

Variabiles retenues dans le modèle (R² ajusté =0,26)	β	p value
Être propriétaire	14,6	0,01
Expérience	12,4	0,01
Travailler dans une pharmacie de petite ou moyenne surface	11,2	0,02
Être une femme	10,7	0,04

4.0 Discussion

Le recrutement des pharmaciens a été moins facile que prévu. Un total de 450 pharmaciens ont été approchés pour participer à l'étude et 52 ont été évalués pour un taux de participation net de 11,6%. En analysant les réponses négatives reçues, on peut estimer qu'environ 28% des pharmaciens contactés pourraient ne pas être disponibles pour l'étude. De plus, 11 pharmaciens ayant accepté d'être évalués n'ont pu être retenus. En tenant compte de ces 2 groupes le taux de participation théorique augmente à 19,0% (63/324).

Malgré ces ajustements, le taux de participation reste faible et on peut penser que les pharmaciens recrutés constituent un sous-groupe différent de la population générale. Comme les pharmaciens étaient informés que la communication était la principale variable étudiée, il est probable que les pharmaciens recrutés ont été surtout ceux qui se perçoivent comme de bons communicateurs et qui n'avaient donc pas à craindre que leurs comportements soient connus des chercheurs. Il est donc raisonnable d'assumer que les résultats obtenus dans cette étude sont meilleurs que ceux qui auraient été mesurés auprès de la population générale des pharmaciens pratiquant en milieu communautaire au Québec.

On peut également penser qu'une autre caractéristique des pharmaciens qui ont accepté de participer à l'étude est leur désir de perfectionner leurs habiletés de communicateurs. En effet, une des demandes les plus fréquentes, lors du recrutement, était de recevoir une rétroaction sur leurs performances lors des diverses simulations. Cette ouverture à l'amélioration fait de ce sous-groupe un ensemble d'individus différent de la population générale, mais un sous-groupe particulièrement visé par le programme de formation de l'OPQ qui repose sur une participation volontaire.

Il est difficile de comparer le taux de participation à celui d'études semblables utilisant la méthodologie des patients simulés puisque certaines études ont visiblement été réalisées sans demander l'approbation des pharmaciens.^{10,11,13}

Dans une étude menée dans la région d'Hamilton en Ontario, demandant la participation volontaire de pharmaciens, les chercheurs ont obtenu un taux de participation de 81%, 30 des 37 pharmacies approchées ayant accepté de participer.¹⁴ Il serait très intéressant de connaître quelle approche de recrutement les auteurs ont utilisée pour obtenir un taux aussi élevé. Il est important de mentionner que pour l'étude menée à Hamilton comme pour la plupart des études, la participation de la pharmacie plutôt que celle du pharmacien était sollicitée ce qui implique une méthode de recrutement différente.^{10,11,13,14}

Il est évident qu'un faible taux de participation nuit sérieusement à la possibilité d'extrapoler les résultats de l'étude à l'ensemble de la population des pharmaciens pratiquant en milieu communautaire au Québec. Étant donné que cette extrapolation est un des intérêts majeurs lors la conduite d'études semblables, l'utilisation de la méthodologie des patients simulés doit être questionnée si on ne peut obtenir un taux de participation supérieur dans le futur. Suite à l'expérience acquise lors de la présente étude certaines suggestions peuvent être faites pour améliorer le recrutement. La première consiste en une meilleure diffusion de la tenue de l'étude, lors de congrès ou dans des revues pharmaceutiques en expliquant la méthode employée. La deuxième consiste à insister sur la non-complexité des situations, c'est à dire annoncer d'avance que les ordonnances ne comportent pas d'interactions et que les médicaments impliqués sont représentatifs de la pratique régulière. Finalement de façon indirecte, comme les étudiants sont maintenant confrontés à cette méthode lors de leur formation, les pharmaciens de demain auront déjà été exposés à un exercice semblable dans le passé et seront peut-être plus ouverts à cette évaluation.

Un bon argument en faveur de l'acceptabilité de cette méthode est qu'aucun pharmacien ne se soit désisté une fois l'évaluation débutée. Les organismes impliqués (OPQ et le collège des médecins) ont également approuvé la méthodologie de recherche. Il ne s'agissait, à ma connaissance, que de la seconde fois au Québec que cette méthode était utilisée pour l'évaluation des pharmaciens.⁴⁴

Un autre point qui devra être amélioré dans le futur est l'identification du patient simulé par le pharmacien. Les résultats révèlent en effet une tendance pour les pharmaciens ayant identifié le patient simulé à obtenir de meilleurs scores que leurs collègues ne l'ayant pas identifié pour 2 des 3 simulations, le patient simulé n'ayant jamais été identifié pour la simulation portant sur le salbutamol. De tels résultats laissent à penser que le score de conseil fondamental moyen plus élevé pour la sertraline peut provenir en partie de l'identification du patient simulé. Il est difficile de comparer le taux d'identification du patient simulé avec d'autres études puisque pour un nombre élevé d'entre elles le pharmacien ne savait même pas qu'il était évalué.^{10,11,13} Dans l'étude de Willison les auteurs mentionnent qu'aucun patient simulé n'a été identifié par les pharmaciens.¹⁴ Les pharmaciens n'étaient questionnés sur le sujet que lors de la rétroaction sur le projet, probablement plusieurs jours après les entretiens. Dans une étude évaluant la pratique de médecins dans la région de Montréal, les auteurs indiquent que les patients simulés ont été identifiés dans 11 % des simulations ce qui est comparable au taux de la présente étude.³⁶ Des efforts supplémentaires devront être faits afin de dissimuler l'identité du patient simulé si une étude ayant recours à la même méthodologie est répétée ultérieurement. Ceci pourrait comprendre le recours à des patients simulés ayant une certaine expérience dans ce rôle et la sélection de patients provenant de différents groupes d'âge.

Malgré tout, les résultats obtenus avec cette population théoriquement meilleure en communication, permettent d'identifier les cibles pour un programme de formation visant à améliorer les pratiques. On note en effet, qu'un faible pourcentage de pharmaciens discutent certains éléments tels que l'identification du pharmacien et l'utilisation de la rétroaction quelle que soit la simulation.

La fréquence de communication a été plus élevée que prévue variant entre 90% et 100% selon les différents médicaments. Deux études précédentes décrivant la réalité québécoise arrivaient à une fréquence de communication de l'ordre de 64% et de 69%.^{8,9} Cette différence peut probablement s'expliquer par la stratégie retenue dans la présente étude (patients simulés et recrutement volontaire) ce qui a pu résulter en une sélection des

meilleurs candidats et par la définition assez large de communication verbale. En effet, il suffisait au pharmacien de mentionner un élément de conseil au patient pour répondre à la définition de communication verbale. La fréquence de communication indique que les pharmaciens évalués s'impliquent personnellement lors de la remise de l'ordonnance mais ne donne aucune indication quant à l'exhaustivité de l'épisode de conseils.

Il devient très difficile, voire impossible dans le cas de la fréquence de conseils de 100%, de démontrer une différence statistiquement significative avec les résultats d'une éventuelle évaluation post-formation. Il apparaît souhaitable de choisir un autre indicateur que la fréquence de conseils pour mesurer un éventuel impact du programme de formation, du moins pour une population auto-sélectionnée. Le score de conseil fondamental, le score de conseil global, ou les différentes techniques de communication sont des indicateurs qui sont plus appropriés pour une estimation de l'impact du programme de formation.

Le score fondamental a été développé afin de synthétiser en une valeur unique tous les éléments qui doivent être communiqués par le pharmacien selon le programme de formation de l'OPQ.²¹ La moyenne des scores de conseil fondamental varie selon le médicament impliqué. Le score le plus faible est calculé pour le BenylinDM-D^{md} à 41,7 alors que le score le plus élevé est pour la sertraline à 58,6. Même en ne considérant que les pharmaciens qui n'ont pas identifié le patient simulé, le score associé à la sertraline est plus élevé que celui du salbutamol (57 pour la sertraline et 40 pour le salbutamol). Cette différence peut s'expliquer par la nature des médicaments. En effet la sertraline est donnée à une clientèle psychiatrique pour le traitement de la dépression, doit être prise à long terme et comporte un nombre assez élevé d'effets indésirables ce qui peut amener le pharmacien à y accorder une attention plus grande. Le BenylinDM-D^{md} est disponible en vente libre, est destiné à une utilisation aiguë et comporte peu d'effets indésirables ce qui peut expliquer le nombre plus limité d'éléments fondamentaux discutés par le pharmacien.^{37,38,41,42}

Les scores de conseil fondamental calculés pour les 4 médicaments indiquent qu'environ la moitié des éléments fondamentaux sont discutés par les pharmaciens. Les lacunes semblent se situer plus au niveau de la constitution du dossier (vérification de la prise d'autres

médicaments et vérification de la grossesse ou allaitement) et de l'interaction avec le patient (identification du pharmacien et l'utilisation de la rétroaction) qu'au niveau de la transmission d'informations. Le programme de formation de l'OPQ semble cibler directement ces lacunes puisqu'il vise à fournir une façon de travailler et à optimiser la communication pharmacien-patient.

Il apparaît également important de mentionner que pour l'ensemble des simulations, un élément d'information erroné a été transmis au patient dans seulement 3 cas. Donc, pour les pharmaciens évalués, lorsque l'information est transmise par le pharmacien, elle est presque toujours exacte.

L'analyse des résultats démontre que les scores (fondamental ou global) les plus élevés sont obtenus par sensiblement les mêmes pharmaciens quelque soit le médicament impliqué. On peut donc penser que les pharmaciens remettant beaucoup de conseils le font pour tous les médicaments et ne ciblent pas les médicaments pour une situation particulière (aiguë, chronique). Il est important de mentionner que seulement 4 médicaments ont été employés dans le présent projet et qu'une étude comportant plus de médicaments est nécessaire pour mieux analyser cette relation.

L'analyse de l'influence des différentes variables explicatives sur les scores de conseil fondamental et global ne démontre pas les mêmes liens pour toutes les simulations. Deux variables, le sexe et le statut des pharmaciens, semblent avoir une influence semblable sur les scores pour presque toutes les simulations. En effet pour toutes les simulations où il existe un lien, les femmes obtiennent des scores plus élevés que les hommes, un résultat cohérent avec celui obtenu lors de précédentes études.^{7,8,9} Les propriétaires obtiennent également des scores plus élevés que les salariés, encore ici un résultat similaire à ce qui avait été mesuré auparavant dans d'autres études.^{7,9} Une explication de ce résultat peut être que les pharmaciens propriétaires ont un intérêt économique à avoir une clientèle satisfaite des services et plus fidèle. Pour les autres variables l'influence sur les scores ne se retrouve que pour un ou deux médicaments et est inexistante pour les autres, ce qui rend difficile

l'interprétation. Pour l'évaluation de l'influence du contexte de pratique sur la communication seulement deux indicateurs (achalandage et taille de la pharmacie) ont été retenus, ce qui ne permet pas de tenir compte de l'influence que peut avoir la culture de travail propre à chaque milieu. Le nombre restreint de participants (52) diminue également la puissance de l'analyse de l'effet des différentes variables explicatives.

La principale limite de l'étude est le faible taux de participation qui a résulté en un nombre restreint de pharmaciens évalués et qui diminue la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population des pharmaciens communautaires du Québec. Le recours à un nombre limité de simulations (3), ne permet pas d'évaluer l'ensemble de la pratique de la pharmacie communautaire. Malgré tout, les simulations choisies sont très représentatives de la pratique et englobent différents types de situations.

La principale contribution de l'étude est d'analyser la pratique des pharmaciens dans leur milieu de travail et d'apporter des mesures objectives de la fréquence de communication et des éléments composant le conseil. Le recours à la classification utilisée par le programme de formation de l'OPQ permet également de fournir à cet organisme des résultats qu'il peut utiliser pour ajuster le programme de formation.

L'étude a certes apporté beaucoup d'information mais suscite également des questions pour des projets futurs. Ces projets devraient idéalement comporter un plus grand nombre de participants et surtout obtenir un taux de participation plus élevé qui assurerait une meilleure application des résultats à l'ensemble de la population à l'étude. Les prochaines études pourraient également comporter un nombre plus grand de simulations de façon à couvrir un plus grand éventail de la pratique de la pharmacie. Une dernière question concerne l'évaluation de l'impact du programme de formation de l'OPQ, l'objectif 100% conseils. Le recours à une même méthodologie permettrait la meilleure comparaison entre les résultats pré-formation et post-formation, mais il semble prudent d'explorer les avenues qui peuvent mener à un meilleur recrutement avant de débiter un projet semblable.

Lors de l'analyse des présents résultats il faut toujours garder en tête les facteurs externes qui ont une influence sur la pratique de la pharmacie et pour lesquels la formation n'apporte aucune solution. On n'a qu'à penser à une charge de travail trop lourde, à la mauvaise organisation du travail, au manque de données sur la maladie du patient et à la réticence à interférer dans la relation médecin-patient.

5.0 Conclusion

La présente étude a été menée dans le but de décrire la situation de la communication verbale pharmacien-patient prévalant avant le programme de formation de l'OPQ, l'Objectif 100% conseil. L'étude visait à fournir des renseignements à l'OPQ leur permettant d'évaluer les besoins des pharmaciens et de permettre une évaluation semblable suite à la formation afin de mesurer l'impact du programme.

La méthodologie utilisée a permis de répondre aux objectifs de l'étude auprès des pharmaciens participants. Elle semble avoir été bien acceptée par les pharmaciens participants puisqu'il n'y a eu aucun désistement en cours d'étude.

Bien que le faible taux de participation rende difficile l'application des résultats mesurés à l'ensemble de la population des pharmaciens pratiquant en milieu communautaire, les données donnent quand même une information valide pour un sous-groupe de pharmaciens qui peuvent être intéressés par le programme de formation de l'OPQ.

Ainsi les résultats démontrent que les pharmaciens participants remettent des conseils verbaux à presque tous les patients quel que soit le médicament. Lorsque l'on analyse le contenu de l'épisode de communication, par contre, on réalise que les éléments de conseil fondamental, ne sont discutés que partiellement.

L'étude aura permis d'actualiser les connaissances sur la pratique pharmaceutique en milieu communautaire au Québec. La principale contribution qu'elle apporte est probablement au niveau des ajustements qui pourront être apportés au programme de formation de l'OPQ en fournissant aux formateurs des indications claires sur les champs qui demandent une attention particulière. En effet, les résultats permettent d'identifier plusieurs lacunes au niveau de la vérification des connaissances préalables du patient, de l'utilisation de la rétroaction et de la communication de certains éléments jugés comme faisant partie du conseil fondamental comme la vérification de la grossesse ou allaitement et de la prise d'autres médicaments.

Sources Documentaires

- ¹ Loi sur la pharmacie, Montréal: Ordre des pharmaciens du Québec 1978.
- ² Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *AM J Hosp Pharm.* 1990; 47:533-43.
- ³ Wiederholt JB, Clarridge BR, Svarstad BL. Verbal communication regarding prescription drugs: findings from a statewide study. *Med Care* 1992; 30:159-73.
- ⁴ Morris LA, Tabak ER, Gondek K. Counselling patients about their medications 12 year trends. *Medical Care* 1997;35(10):996-1007.
- ⁵ Statistique Canada. Fichier supplément à l'enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995. *Rapports sur la santé, printemps 1998*; 9(4) :5.3.18-5.3.21.
- ⁶ Kirking DM. Pharmacists perceptions of their patient counseling activities. *Contemp Pharm Pract* 1982;5:230-8.
- ⁷ Kirking DM. Evaluation of an exploratory model of pharmacist patient counseling activities. *J Soc Adm Pharm* 1984;2:50-6.
- ⁸ Laurier C, Archambault A, Costandriopoulos A. Communication of verbal information by community pharmacists. *DICP, The annals of pharmacotherapy* 1989;23:862-8.
- ⁹ Laurier C, Poston JW. Perceived level of patient counselling among Canadian pharmacists. *J Soc Adm Pharm* 1992;9(3):104-13.
- ¹⁰ Puckett FJ, White SJ, Mossberg HE et al. Pharmacist/patient counseling practices. *Contemp Pharm Pract* 1978;1:67-71.
- ¹¹ Ross SR, White SJ, Hogan LJ et al. The effect of mandatory counselling regulation on the counselling practices of pharmacy practitioners. *Contemp Pharm Pract* 1981;4:64-8.
- ¹² Manson H.L., Svarstad B.L. Medication counseling behaviors and attitudes of rural community pharmacists. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 1984;18 :409-14.
- ¹³ Mickle TR, Self TH, Farr GE, Bess DT, Tsiu SJ, Caldwell FL. Evaluation of pharmacist's practice in patient education when dispensing a metered-dose inhaler. *DICP, The annals of pharmacotherapy* 1990;24:927-30.
- ¹⁴ Willison DJ, Muzzin LJ. Workload, data gathering, and quality of community pharmacists advice. *Medical care* 1995;33(1):29-40.
- ¹⁵ Raisch D.W. Patient counselling in community pharmacy and its relationship with prescription payment methods and practice settings. *The Annals of Pharmacotherapy.* 1993;27 :1173-9.
- ¹⁶ Berado DH, Kimberlin CL, Barnett CW. Observational research on patient education activities of community pharmacists. *J Soc Adm Pharm* 1989;6:21-30.
- ¹⁷ Schommer JC. Higher levels of consultation services increase patient satisfaction. *American pharmacy* 1995;NS35(8):33-39.

-
- ¹⁸ Schommer JC, Wiederholt JB. The association of prescription status, patient age, patient gender, and patient question asking behavior with the content of pharmacist-patient communication. *Pharmaceutica research* 1997;14(2):154-51.
- ¹⁹ Schommer J.C., Wiederholt J.B. A field investigation of participant and environment effects on pharmacist-patient communication in community pharmacies. *Medical Care* 1995;33(6):567-84.
- ²⁰ Comprendre et faire comprendre le défi de l'an 2000. Ordre des Pharmaciens du Québec. Montréal 1998.
- ²¹ Programme de consultation pharmacien-patient PPCP. Module 1 : Une approche interactive pour s'assurer que le patient a bien compris, Pfizer, pp. 1-28, 1997.
- ²² Wertheimer A.I., Balduzi M., Minghetti P. Reactions of community pharmacists to questions by patients with a stigmatized disease. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 1991; 16:435-42.
- ²³ Carroll NV, Gagnon JP. The relationship between patients variables and frequency of pharmacists counselling. *Drug Intell Clin Pharm* 1983;17:648-52.
- ²⁴ Ortiz M, Walker WL, Thomas R. Comparaison between methods of assessing patient counselling in Australian community pharmacies. *Journal of social and administrative pharmacy* 1989;6(1):39-48.
- ²⁵ Babbie ER. Survey Research. In : Babbie ER. *The practice of Social Research* 6th Edition. 1992. Wadsworth Publishing Company. Belmont, California.260-283.
- ²⁶ Hartman SL, Nelson MS. What we say and what we do: self-reported teaching behavior versus performances in written simulations among medical school faculty. *Acad. Med.* 1992; 67(8):522-27.
- ²⁷ Babbie ER. Field Research. In : Babbie ER. *The practice of Social Research* 6th Edition. 1992. Wadsworth Publishing Company. Belmont, California.284-310.
- ²⁸ Wakefield J. Direct observation. In:Neufeld VR, Norman GR Editors. *Assessing clinical competence.* 1985. Springer publishing company. New York. 51-70.
- ²⁹ Tamblyn RM, Klass DJ, Schnabl GK, Kopelow ML. The accuracy of standardized patients presentation. *Med. Educ.* 1991;25:100-109.
- ³⁰ Colliver JA, Williams RG. Technical Issues: Test Application. *Acad. Med.* 1993;68(6):454-60.
- ³¹ Pololi LH. Standardized patients: as we evaluate, so shall we reap. *Lancet* 1995;345:966-8.
- ³² Colliver JA, Swartz MH. Assessing Clinical Performance With Standardized Patients. *JAMA* 1997;278(9):790-1.
- ³³ Colliver JA. Validation of Standardized-patient Assessment: A Meaning for Clinical Competence. *Acad. Med.* 1995; 70(12):1062-64.

-
- ³⁴ Norman GR, Neufeld VR, Walsh A, Woodward CA, McConvey GA. Measuring Physician's Performances By Using Simulated Patients. *J Med Educ.* 1985;60:925-934.
- ³⁵ Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad. Med.* 1993;68(6):443-51.
- ³⁶ McLeod PJ, Tamblyn RM, Gayton D, Grad R, Snell L, Berkson L, Abrahamowicz M. Use of Standardized Patients to Assess Between-Physician Variations in Resource Utilization. *JAMA.* 1997;278:1164-68.
- ³⁷ Association des pharmaciens du Canada. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques 33^{ième} édition. 1998. Ottawa, Canada.
- ³⁸ American Hospital Formulary Service (AHFS). Drug information 1997. American society of health-system pharmacists Inc. Bethesda.
- ³⁹ Anonyme. USP DI 1997 13th edition. Drug information for the health care professional. Rand McNally publishers, Massachusetts.
- ⁴⁰ Anonyme. USP DI 1997 13th edition. Advice for the patient Drug information in lay language. Rand McNally publishers, Massachusetts.
- ⁴¹ Anderson PO, Knoben JE, eds. Handbook of Clinical Drug Data 8^{ième} édition. Appleton and Lange. Hamilton, Illinois. 1997-1998.
- ⁴² Lacy C, Amrstrong LL, Ingram N, Lance LL. Drug Information Handbook 4th edition. Lexi-comp Inc. Cleveland. 1996-1997.
- ⁴³ SPSS for windows. Release 8.0.0 (Arlington, VA,1997).
- ⁴⁴ Dumas J, Leblanc PP, Jacob M, et coll. Le pharmacien: conseiller ou simple commerçant. Québec: École de pharmacie, Université Laval, 1976.

Appendice A

**Lettre de présentation et
Description de l'étude (envoi postal)**

Montréal, le 23 mars 1998

«Nom»
«Adresse1»
«Ville_et_province»
«Code_postal»
«Tel_travail»

«Cher» collègue,

Dans le cadre d'une étude réalisée à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, votre nom a été choisi au hasard à partir de la liste des pharmaciens communautaires inscrits au tableau de l'Ordre. Nous sollicitons donc votre collaboration à ce projet de recherche qui fera entre autres l'objet d'un mémoire de maîtrise en pharmacie.

La recherche porte sur la communication pharmacien-patient lors de l'exécution d'ordonnance et vise à identifier les besoins de formation à cet égard. Si vous acceptez de participer vous serez visité par trois patients simulés au cours des semaines qui suivront. Chaque patient simulé vous présentera une ordonnance et notera la nature des échanges pharmacien-patient en découlant. Les détails de l'étude sont décrits à la page suivante que nous vous invitons à lire attentivement.

Cette étude a reçu l'approbation de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Cependant les résultats qui vous concernent sont tout à fait confidentiels et ne seront jamais transmis à l'Ordre. Seule une information portant sur l'ensemble des pharmaciens sera divulguée de façon à aider les divers organismes à mettre sur pied des programmes éducatifs qui répondent aux besoins des professionnels.

Si vous acceptez de participer à cette étude, veuillez signer le formulaire de consentement, ci-joint et nous le retourner par courrier (enveloppe affranchie) ou par télécopieur (514) 343-2031. Si vous préférez ne pas participer veuillez nous retourner le formulaire mentionnant votre décision de façon à ce que nous ne tentions pas de vous recontacter.

Pour tous renseignements supplémentaires sur cette recherche, vous pouvez communiquer avec Claudine Laurier au 343-5630 ou Benoît Cossette [REDACTED]

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de recevoir l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Claudine Laurier Ph.D

Benoît Cossette candidat au M.Sc.

Informations sur le projet de recherche: Étude et analyse de la communication pharmacien-patient sur les nouvelles ordonnances

Noms des chercheurs: Ce projet est sous la responsabilité de Claudine Laurier Ph.D, pharmacienne et professeur à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et de Benoît Cossette, pharmacien, candidat à la maîtrise en pharmacie.

But de l'étude: L'étude vise à décrire la communication pharmacien-patient lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance et à déterminer quels sont les facteurs associés à la fréquence et à la nature de la communication. Elle vise un échantillon de pharmaciens communautaires choisis au hasard dans la région métropolitaine de Montréal.

Méthodologie: Si vous acceptez de participer à cette étude vous serez visité, à trois reprises au cours des six prochains mois, par un patient simulé qui se présentera à la pharmacie où vous oeuvrez principalement lorsque vous serez en service. Ces patients simulés se présenteront d'abord comme tout patient régulier et remettront une ordonnance que vous devrez exécuter. Le patient simulé observera votre réaction à cette ordonnance et notera la nature de l'interaction qui en découlera (questions posées, renseignements communiqués lors de la remise). Suite à l'exécution de l'ordonnance, le patient simulé s'identifiera et vous demandera d'identifier le dossier et l'ordonnance comme non valide. Il vous fournira à cet égard un autocollant "Projet de recherche-Étude 100 % conseils, Ordonnance non valide" et les copies nécessaires. Ces procédures ont été validées par l'Ordre des pharmaciens.

Bénéfices et risques: Il n'y a aucun risque à participer à cette étude puisque les chercheurs (C. Laurier, B. Cossette) s'engagent à ne pas diffuser les données vous concernant personnellement à d'autres que vous. Par ailleurs, cette étude pourra vous permettre de mieux connaître vos propres comportements de communication. Au niveau de l'ensemble de la profession, les données permettront de formuler des programmes éducatifs visant à valoriser la communication avec le patient.

Confidentialité: Toutes les données recueillies à votre sujet demeureront strictement confidentielles. Les chercheurs et les patients simulés s'engagent par écrit à cet égard. Aucun résultat pouvant permettre de vous identifier ne sera publié ou transmis, les rapports, communications ou publications ne faisant état que de résultats agrégés. En particulier, bien que l'Ordre des pharmaciens approuve cette étude et fournit du matériel, aucune donnée recueillie à votre sujet ne lui sera transmise. Vous serez identifié sur les fiches de collecte de données et les fichiers informatiques par un numéro anonyme.

Indemnisation: Pour chaque ordonnance présentée par un patient simulé, vous recevrez un honoraire de \$8.00 pour le temps que vous avez pris pour exécuter l'ordonnance.

Droit d'abandonner l'étude: Votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps en faisant connaître votre décision à l'un des chercheurs.

Personnes à contacter au sujet de cette étude: Benoît Cossette

ou

Claudine Laurier (514) 343-5630

Appendice B

Formulaire de consentement

Consentement (Étude communication pharmacien-patient)

J'ai pris connaissance du feuillet d'information concernant la nature de l'étude et j'ai obtenu les renseignements dont j'avais besoin sur ce projet.

En conséquence j'accepte de participer à cette étude. Je peux retirer ma participation en tout temps. Je m'engage à identifier comme invalide tout ordonnance ou dossier issus de simulations relatifs à cette étude.

Nom (lettres moulées)

Signature

Adresse du lieu principal de pratique

Téléphone du lieu de pratique

Date

RETOURNEZ DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE OU FAXER AU (514) 343-2102 ou au 343-2031 à l'intention de C. Laurier.

Appendice C

Formulaire attestant le retour des médicaments

Étude de la communication pharmacien patient 1998

Montréal, le 20 avril 1998

Aux pharmacien(nes) participant à l'étude,

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une étude portant sur la communication pharmacien-patient, vous avez accepté d'être visité par un patient simulé. La présente confirme que M. Benoit Cossette est l'un des 3 patients simulés qui doivent vous visiter au cours de cette étude.

Conformément au protocole d'étude, le patient vous remet un auto-collant (étude 100% conseils) à apposer sur l'ordonnance. Une copie du dossier-patient et une photocopie de l'ordonnance vous sont également fournis afin que vous puissiez les conserver avec vos dossiers personnels. Nous vous demandons de bien vouloir signer et remettre la présente au patient simulé pour attester que les médicaments vous ont bien été retournés.

Nous vous remercions grandement de votre collaboration à cette étude.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour de plus amples détails.

Claudine Laurier (343-5630)
Benoit Cossette [REDACTED]

Signature

Date

Appendice D

Dossier-patient pour chacun des médicaments

Étude de la communication pharmacien patient 1998

Copie du dossier-patient et de l'ordonnance à conserver suite à la visite du patient simulé

1. Informations concernant le patient *(la section 1 était remplie par le patient simulé avant d'entrer dans la pharmacie)*

Nom: _____ Sexe: Masculin

Prénom: _____ Adresse: _____

Date de naissance: _____ Tel: _____

2. Informations concernant le médicament prescrit

Date de service: _____

Prescription écrite; numéro de l'ordonnance: _____

Dénomination commune ou commerciale ou les deux: Zoloft^{md} ou Sertraline

Inscription de la substitution: Non applicable

Concentration: 50 mg

Quantité du médicament: 30 capsules

Posologie: 1 cap DIE

Fréquence du renouvellement: 1 renouvellement

Prescripteur: _____

Pharmacien instrumentant: _____

Cette copie du dossier-patient, ainsi que l'ordonnance originale, doivent être conservées dans vos dossiers personnels pour une période de 2 ans suite à la visite du pseudo-patient.

Une photocopie de l'ordonnance originale doit être classée, selon son numéro d'ordonnance, dans vos dossiers habituels.

Le présent dossier a été constitué à des fins de recherche; l'ordonnance ci-dessus est nulle et les médicaments ont été récupérés par le pharmacien.

Signature du pharmacien

Numéro de permis

Date

Étude de la communication pharmacien patient 1998

Copie du dossier-patient et de l'ordonnance à conserver suite à la visite du patient simulé

1. Informations concernant le patient *(la section 1 était remplie par le patient simulé avant d'entrer dans la pharmacie)*

Nom: _____ Sexe: Féminin

Prénom: _____ Adresse: _____

Date de naissance: _____ Tel: _____

2. Informations concernant le médicament prescrit

Date de service: _____

Prescription écrite; numéro de l'ordonnance: _____

Dénomination commune ou commerciale ou les deux: Zithromax^{md} ou azithromycine

Inscription de la substitution: Non applicable

Concentration: 250 mg

Quantité du médicament: 6 capsules

Posologie: 2 caps stat jour 1 puis 1 cap die pour 4 jours

Fréquence du renouvellement: aucun

Prescripteur: _____

Pharmacien instrumentant: _____

Cette copie du dossier-patient, ainsi que l'ordonnance originale, doivent être conservées dans vos dossiers personnels pour une période de 2 ans suite à la visite du pseudo-patient.

Une photocopie de l'ordonnance originale doit être classée, selon son numéro d'ordonnance, dans vos dossiers habituels.

Le présent dossier a été constitué à des fins de recherche; l'ordonnance ci-dessus est nulle et les médicaments ont été récupérés par le pharmacien

Signature du pharmacien

Numéro de permis

Date

Étude de la communication pharmacien patient 1998

Copie du dossier-patient et de l'ordonnance à conserver suite à la visite du patient simulé

1. Informations concernant le patient *(la section 1 était remplie par le patient simulé avant d'entrer dans la pharmacie)*

Nom: _____ Sexe: Féminin
 Prénom: _____ Adresse: _____
 Date de naissance: _____ Tel: _____

2. Informations concernant le médicament prescrit

Date de service: _____

Prescription écrite; numéro de l'ordonnance: _____

Dénomination commune ou commerciale ou les deux: BenylinDM-D^{md} ou pseudoéphédrine et dextrométorphan

Inscription de la substitution: _____

Concentration: 30 mg pseudoéphédrine/ 5ml et 15 mg dextrométorphan/ 5 ml

Quantité du médicament: 250 ml

Posologie: 10 ml. tid prn

Fréquence du renouvellement: aucun

Prescripteur: _____

Pharmacien instrumentant: _____

Cette copie du dossier-patient, ainsi que l'ordonnance originale, doivent être conservées dans vos dossiers personnels pour une période de 2 ans suite à la visite du pseudo-patient.

Une photocopie de l'ordonnance originale doit être classée, selon son numéro d'ordonnance, dans vos dossiers habituels.

Le présent dossier a été constitué à des fins de recherche; l'ordonnance ci-dessus est nulle et les médicaments ont été récupérés par le pharmacien

Signature du pharmacien

Numéro de permis

Date

Étude de la communication pharmacien patient 1998

Copie du dossier-patient et de l'ordonnance à conserver suite à la visite du patient simulé

1. Informations concernant le patient *(la section 1 était remplie par le patient simulé avant d'entrer dans la pharmacie)*

Nom: _____ Sexe: Masculin

Prénom: _____ Adresse: _____

Date de naissance: _____ Tel: _____

2. Informations concernant le médicament prescrit

Date de service: _____

Prescription écrite; numéro de l'ordonnance: _____

Dénomination commune ou commerciale ou les deux: Ventolin^{md} ou salbutamol

Inscription de la substitution: _____

Concentration: 100 mcg salbutamol par inhalation

Quantité du médicament: 1 inhalateur de 200 inhalations

Posologie: 1 à 2 inhalations qid prn

Fréquence du renouvellement: 1

Prescripteur: _____

Pharmacien instrumentant: _____

Cette copie du dossier-patient, ainsi que l'ordonnance originale, doivent être conservées dans vos dossiers personnels pour une période de 2 ans suite à la visite du pseudo-patient.

Une photocopie de l'ordonnance originale doit être classée, selon son numéro d'ordonnance, dans vos dossiers habituels.

Le présent dossier a été constitué à des fins de recherche; l'ordonnance ci-dessus est nulle et les médicaments ont été récupérés par le pharmacien

Signature du pharmacien

Numéro de permis

Date

Appendice E

Autocollant à apposer sur les ordonnances

Projet de recherche - Étude 100 % conseils
Ordonnance non-valide

Appendice F

Grille d'évaluation pour chacun des médicaments

Formulaire de collecte de données

Simulation #1: Zoloft^{md} 50 mg; sig: 1 co die; nombre: 30; ren: 1.

Numéro du pharmacien exécutant: _____

Date de la visite: _____

Heure de la visite: _____

Classification de la pharmacie

petite surface

moyenne surface

grande surface

Petite surface: laboratoire, MVL et quelques produits personnels ex. papiers mouchoirs, une seule caisse enregistreuse au laboratoire.

Moyenne surface: laboratoire, MVL, produits personnels et autres articles, ayant 1 seul comptoir de service desservant la partie boutique.

Grande surface: laboratoire, MVL, produits personnels et autres articles, ayant 2 ou plus de 2 comptoirs de service desservant la partie boutique.

Achalandage de la pharmacie

Nombre de personnes remettant une ordonnance entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Nombre d'interventions du pharmacien auprès d'un patient entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Nombre d'appels téléphoniques nécessitant l'implication du pharmacien entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Temps écoulé entre le remise de l'ordonnance et la remise des médicaments: _____

Épisode de conseils au patient

Les étapes 1 et 2 ont été réalisées par: pharmacien ass-technique autre: _____

1. Préambule

	OUI	NON
Demander à qui le médicament est destiné		

2. Histoire pharmacothérapeutique

	OUI	NON
Allergies		
Autres médicaments		
Maladies chroniques		

3. Conseils et éducation

	Communication de l'information		Information exacte	
	OUI	NON	OUI	NON inscrire réponse donnée
<i>Nom du médicament: Zoloft^{md} ou sertraline</i>				
<i>Indication: dépression</i>				
<i>Horaire: médicament doit être pris DIE</i>				
<i>Prise optimale: prendre AM préférence mais PM si somnolence</i>				
<i>Temps nécessaire pour obtention effet: 2 à 4 semaines</i>				
<i>Durée Tx: plusieurs mois</i>				
<i>Que faire si l'état s'aggrave: consulter Md ou Phm</i>				
<i>Après combien de temps faut-il s'inquiéter si il n'y a pas d'améliorations: 1 à 1,5 mois</i>				
<i>Effets thérapeutiques: devrait vous redonner plus d'énergie (diminuer symptômes dépression)</i>				
<i>Effets physiologiques: agit au niveau de substances cerveau pour rétablir équilibre</i>				
<i>Oubli d'une dose: prendre immédiatement sauf si presque temps pour prochaine dose, ne pas doubler la dose</i>				
<i>Nombre de renouvellements: 1</i>				
<i>Précautions particulières: attention à la consommation d'alcool</i>				
<i>Autre:</i>				

Effets indésirables	Communication de l'information	
	OUI	NON
Phm suggère de le rappeler si patient note symptômes inhabituels		
Diminution des ES après 2 sem. de Tx		
Fièvre		
Manie/ hypomanie		
Éruption cutanée/ démangeaisons (allergie)		
Diminution d'appétit-perte de poids		
Diminution de l'activité sexuelle (libido)		
Somnolence ou insomnie		
Sécheresse de la bouche		
Étourdissements		
Maux de tête		
Problèmes gastro-intestinaux (diarrhée, constipation, crampes abdominales, gaz, douleurs)		
Augmentation de la sudation		
Tremblements		
Autre:		
Autre:		

4. Techniques de communication

	OUI	NON
Le pharmacien s'identifie		
La communication est unidirectionnelle		
Le pharmacien interrompt le conseil		

5. Conclusion

	OUI	NON
Le pharmacien pose question(s) pour vérifier compréhension du client		

Remise de l'ordonnance

L'ordonnance a été remise par

pharmacien-participant

autre pharmacien

étudiant en pharmacie

Autre: _____

assistant-technique (commis)

L'ordonnance a été remise

au bout du comptoir

l'espace confidentiel (cloison)

l'espace confidentiel (bureau)

Autre: _____

Des informations ont été données

sans la demande du patient

suite à la demande du patient

Un formulaire d'informations écrites a été remis

Oui

Non

Le pharmacien a identifié le patient simulé avant son dévoilement

Oui

Non

Commentaires: _____

Formulaire de collecte de données

Simulation #2: Zithromax^{md} 250 mg; sig 2 caps stat puis 1 co die pour 4 jours; nombre: 6; ren:0. et Benylin DM-D^{md} sig: 10 ml tid prn; nombre: 250 ml; ren: 0.

Numéro du pharmacien exécutant: _____

Date de la visite: _____ Heure de la visite: _____

Classification de la pharmacie

() petite surface () moyenne surface () grande surface

Petite surface: laboratoire, MVL et quelques produits personnels ex. papiers mouchoirs, une seule caisse enregistreuse au laboratoire.

Moyenne surface: laboratoire, MVL, produits personnels et autres articles, ayant 1 seul comptoir de service desservant la partie boutique.

Grande surface: laboratoire, MVL, produits personnels et autres articles, ayant 2 ou plus de 2 comptoirs de service desservant la partie boutique.

Achalandage de la pharmacie

Nombre de personnes remettant une ordonnance entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Nombre d'interventions du pharmacien auprès d'un patient entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Nombre d'appels téléphoniques nécessitant l'implication du pharmacien entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Temps écoulé entre la remise de l'ordonnance et la remise des médicaments: _____

Épisode de conseils au patient

Les étapes 1 et 2 ont été réalisées par: () pharmacien () ass-technique () autre: _____

1. Préambule

	OUI	NON
Demander à qui le médicament est destiné		

2. Histoire pharmacothérapeutique

	OUI	NON
Allergies		
Grossesse/allaitement		
Autres médicaments		
Maladies chroniques		

3. Conseils et éducation Azithromycine

	Communication de l'information		Information exacte	
	OUI	NON	OUI	NON inscrire réponse donnée
<i>Nom du Rx: Zithromax^{md} ou azithromycine</i>				
<i>Indication: Tx infection</i>				
<i>Prise optimale: à jeun 1h ac ou 2h pc</i>				
<i>Horaire: 2 caps jour 1, puis 1 cap die pour 4 jours</i>				
<i>Début d'un effet: environ 2 jours</i>				
<i>Durée de Tx: 5 jours mais Rx agit pour environ 10 jours</i>				
<i>Durée de TX: insister sur prise complète</i>				
<i>Que faire si l'état s'aggrave: consulter Md ou Phm</i>				
<i>Après combien de temps faut-il s'inquiéter si il n'y a pas d'améliorations: environ 3 jrs</i>				
<i>Effets du Rx: agit en tuant bactéries ou en prévenant leur croissance</i>				
<i>Si oublié d'une dose: prendre immédiatement sauf si presque temps prochaine dose, ne pas doubler dose</i>				
<i>Renouvellements: aucun</i>				
<i>Mesures non pharmacologiques: boire beaucoup d'eau, repos</i>				
<i>Autre:</i>				

Effets indésirables Azithromycine

	Communication de l'information	
	OUI	NON
Phm suggère de le rappeler si patient note symptômes inhabituels		
Douleurs articulations (néphrite interstitielle)		
Réaction allergique		
Nausée, vomissement, diarrhée		
Douleur abdominale		
Maux de tête		
Étourdissements		
Autre:		

3. Conseils et éducation Pseudo-éphédrine et dextrométhorphan	Communication de l'information		Information exacte	
	OUI	NON	OUI	NON inscrire réponse donnée
<i>Nom du Rx:</i> BenylinDM-D ^{md} ou pseudo-éphédrine et dextrométhorphan				
Mention que BenylinDM-D ^{md} contient 2 Rx				
<i>Indication:</i> antitussif				
<i>Indication:</i> décongestionnant				
<i>Prise optimale:</i> éviter de prendre de 4 à 6 heures avant le coucher				
<i>Horaire:</i> 10 ml TID bien espacé (q6h à 8h)				
<i>Début d'un effet:</i> après 15 à 30 minutes				
<i>Durée de Tx:</i> au besoin si symptômes				
<i>Que faire si l'état s'aggrave:</i> ne pas augmenter la dose, consulter Md ou Phm				
<i>Après combien de temps faut-il s'inquiéter si il n'y a pas d'améliorations:</i> 2 à 3 doses				
<i>Effets du Rx:</i> diminue la toux				
<i>Effets du Rx:</i> agit en constrictant les vaisseaux au niveau du nez ce qui réduit la sensation de pression				
<i>Si oublié d'une dose:</i> prendre immédiatement sauf si presque temps prochaine dose, ne pas doubler dose				
<i>Monitoring thérapie:</i> soulagement symptômes de congestion et de la toux				
<i>Renouvellements:</i> aucun				
<i>Mesures non pharmacologiques:</i> boire beaucoup d'eau, repos				
<i>Autre:</i>				

Effets indésirables Pseudo-éphédrine et dextrométhorphan	Communication de l'information	
	OUI	NON
Phm suggère de le rappeler si patient note symptômes inhabituels		
Tachycardie, palpitations, arythmie (PE)		
Insomnie (PE) ou somnolence (DM)		
Étourdissements (DM)		
Nervosité (PE)		
Nausées, vomissements (DM)		
Irritabilité (PE)		
Maux de tête (PE)		
Autre:		

4. Techniques de communication

	OUI	NON
Le pharmacien s'identifie		
La communication est unidirectionnelle		
Le pharmacien interrompt le conseil		

5. Conclusion

	OUI	NON
Le pharmacien pose question(s) pour vérifier compréhension du client		

Remise de l'ordonnanceL'ordonnance a été remise par

- pharmacien-participant étudiant en pharmacie Autre: _____
 autre pharmacien assistant-technique (commis)

L'ordonnance a été remise

- au bout du comptoir l'espace confidentiel (bureau)
 l'espace confidentiel (cloison) Autre: _____

Des informations ont été données

- sans la demande du patient suite à la demande du patient

Un formulaire d'informations écrites a été remis Oui Non

Le pharmacien a identifié le patient simulé avant son dévoilement Oui Non

Commentaires: _____

Formulaire de collecte de données

Simulation #3: Salbutamol 100 mcg; sig: 1 à 2 inhalations qid prn; nombre:1; ren: 1.

Numéro du pharmacien exécutant: _____

Date de la visite: _____ Heure de la visite: _____

Classification de la pharmacie

() petite surface () moyenne surface () grande surface

Petite surface: laboratoire, MVL et quelques produits personnels ex. papiers mouchoirs, une seule caisse enregistreuse au laboratoire.

Moyenne surface: laboratoire, MVL, produits personnels et autres articles, ayant 1 seul comptoir de service desservant la partie boutique.

Grande surface: laboratoire, MVL, produits personnels et autres articles, ayant 2 ou plus de 2 comptoirs de service desservant la partie boutique.

Achalandage de la pharmacie

Nombre de personnes remettant une ordonnance entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Nombre d'interventions du pharmacien auprès d'un patient entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Nombre d'appels téléphoniques nécessitant l'implication du pharmacien entre la remise de votre ordonnance et la remise de votre médicament: _____

Temps écoulé entre le remise de l'ordonnance et la remise des médicaments: _____

Épisode de conseils au patient

Les étapes 1 et 2 ont été réalisées par: () pharmacien () assistant-technique () autre: _____

1. Préambule

	OUI	NON
Demander à qui le médicament est destiné		

2. Histoire pharmacothérapeutique

	OUI	NON
Allergies		
Autres médicaments		
Maladies chroniques		

3. Conseils et éducation

	Communication de l'information		Information exacte	
	OUI	NON	OUI	NON inscrire réponse donnée
<i>Nom du médicament:</i> Ventolin ^{md} ou salbutamol				
<i>Indication:</i> asthme, ouvre passage d'air				
<i>Horaire et prise optimale:</i> 1 à 2 inhalations q6h PRN (max. 8 inh/jour)				
<i>Temps nécessaire pour obtention effet:</i> 5 min				
<i>Durée Tx:</i> PRN si symptômes				
Description symptômes demandant utilisation				
<i>Que faire si l'état s'aggrave:</i> Consulter Md ou Phm				
<i>Après combien de temps faut-il s'inquiéter si il n'y a pas d'améliorations:</i> si une crise n'est pas bien soulagée				
<i>Condition et durée de conservation:</i> date d'expiration est indiquée sur l'AD				
<i>Effets thérapeutiques:</i> ouvre les bronches				
<i>Monitoring thérapie:</i> ne pas dépasser 8 inh/j, si augmente prise de façon régulière peut indiquer contrôle sous-optimal				
<i>Nombre de renouvellements:</i> 1				
<i>Mesures non pharmacologiques et préventives:</i> éviter allergènes				
Le pharmacien offre l'utilisation de l'aérochambre				
<i>Autre:</i>				

Effets indésirables	Communication de l'information	
	OUI	NON
Phm suggère de le rappeler si patient note symptômes inhabituels		
Tremblements		
Tachycardie, dysrythmie, palpitations		
Nervosité		
Maux de tête		
Autre:		
Autre:		

Mode d'utilisation	Communication de l'information	
	OUI	NON
<i>Mode d'utilisation</i> : expliqué		
<i>Mode d'utilisation</i> : démontré		
<i>Mode d'utilisation</i> : expérimenté par patient		
Enlever le capuchon		
Agiter l'AD		
Expirer normalement		
Incliner légèrement la tête vers l'arrière		
Placer l'AD selon technique bouche ouverte ou fermée		
Activer l'AD en continuant à inspirer		
Retenir son souffle environ 10 sec.		
Expirer lentement		
Attendre environ 30 à 60 sec. entre les 2 inhalations		

4. Techniques de communication

	OUI	NON
Le pharmacien s'identifie		
La communication est unidirectionnelle		
Le pharmacien interrompt le conseil		

5. Conclusion

	OUI	NON
Le pharmacien pose question(s) pour vérifier compréhension du client		

Remise de l'ordonnance

L'ordonnance a été remise par

- pharmacien-participant étudiant en pharmacie Autre: _____
 autre pharmacien assistant-technique (commis)

L'ordonnance a été remise

- au bout du comptoir l'espace confidentiel (bureau)
 l'espace confidentiel (cloison) Autre: _____

Des informations ont été données

- sans la demande du patient suite à la demande du patient

Un formulaire d'informations écrites a été remis Oui Non

Le pharmacien a identifié le patient simulé avant son dévoilement Oui Non

Commentaires: _____

Appendice G

**Questionnaire utilisé pour la pondération
des différents éléments du score global**

Montréal, le 15 octobre 1998

«Nom»
«adresse»
«ville»
«codepostal»
«tel»

«Cher» Collègue

Dans le cadre d'une étude sur la communication verbale pharmacien-patient nous sollicitons quelques minutes de votre temps pour nous aider à établir l'importance des différents éléments d'information à communiquer aux patients lors de l'exécution d'une nouvelle ordonnance.

Nous avons mené une étude visant à analyser la communication pharmacien-patient lors de la remise d'une nouvelle ordonnance en pharmacie communautaire au Québec. Cette étude avait entre autres objectifs, celui de déterminer les éléments d'information discutés par les pharmaciens lors de communication d'informations à leurs patients. Cette communication d'informations était évaluée lors de 3 situations différentes présentées par des patients simulés aux pharmaciens participants.

Nous analysons présentement les différents éléments constituant le conseil propre à chaque médicament. Nous pensons que certains éléments d'information sont essentiels alors que d'autres font partie de renseignements qui viennent compléter un conseil.

Nous voulons construire un score global comprenant l'ensemble des éléments pertinents au conseil pour chacun des médicaments. Dans ce score les informations jugées essentielles auront un plus grand poids que celles jugées complémentaires. C'est pourquoi dans le questionnaire suivant nous vous demandons, pour chacun des médicaments, de juger de l'importance des différents éléments d'information.

Vous pouvez nous retourner le questionnaire par télécopieur au (514) 343-2031 ou par la poste à l'attention de Mme. Claudine Laurier, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Case postale 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3J7.

Nous apprécions grandement votre collaboration à cette étude.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour de plus amples détails.

En vous remerciant, nous vous prions d'accepter l'expression de nos meilleurs sentiments.

Claudine Laurier Ph.D.
Tel. (514) 343-5630
Fax. (514) 343-2031

Benoit Cossette candidat au M.Sc.
343-6111 poste 3199

Classification des différents éléments du conseil

Pour chaque ordonnance une brève description de la situation telle qu'elle a été présentée aux pharmaciens participants par les patients simulés vous est fournie afin de mieux situer l'épisode de conseils. La liste des éléments d'information pouvant être communiqués au patient est ensuite présentée. Le conseil qui nous semblait être le plus approprié est indiqué en italique.

Nous vous demandons d'accorder une importance aux différents éléments d'information pour chacun des médicaments impliqués. La description de la simulation telle qu'elle a été présentée par les patients simulés peut vous aider dans cette classification.

Les éléments d'information sont répartis en 3 catégories basées sur le programme de formation (objectif 100 % conseils) de l'OPQ : les conseils fondamentaux, intermédiaires et enrichis. Le but du présent exercice n'est pas de refaire cette classification mais de juger de l'importance d'un élément d'information pour un médicament précis dans un contexte d'utilisation précis. Suite à ces trois catégories vous trouverez les effets indésirables pour lesquels nous vous demandons de faire le même exercice.

Nous vous demandons de classer chacun des éléments dans l'une des 5 catégories. Les éléments que vous classerez comme 5 auront la plus grande importance et 1 la moindre importance dans le calcul du score global.

Une section supplémentaire est disponible à la fin pour nous faire part de vos commentaires.

Sertraline 50 mg die; nombre: 30; ren: 1.

L'ordonnance est remise par un homme de 26 ans qui nécessite la sertraline pour le traitement d'un épisode de dépression. Le médicament lui est destiné. Il s'agit d'un premier épisode de dépression, il n'a donc jamais pris d'antidépresseur auparavant. Il n'a pas d'allergies, ne présente aucune autre maladie chronique, et ne prend aucun autre médicament.

Le médecin a informé le patient du diagnostic de dépression et qu'il lui prescrivait un antidépresseur. Il ne lui a expliqué aucun moment de prise optimal. Le patient sait de façon vague que le traitement peut prendre plusieurs mois, sans indication précise sur la durée. Le médecin n'a pas mentionné d'effets secondaires.

Le patient doit revoir le médecin dans un peu plus d'un mois.

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Conseils fondamentaux Sertraline	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Pharmacien s'identifie					
Demander à qui le médicament est destiné					
Vérifier présence d'allergies					
Vérifier prise d'autres médicaments					
Nom du médicament: <i>Zoloft^{md} ou sertraline</i>					
Indication: <i>dépression</i>					
Horaire: <i>médicament doit être pris DIE</i>					
Prise optimale: <i>AM si agitation; PM si somnolence</i>					
Précautions particulières: <i>attention à la consommation d'alcool</i>					
Le pharmacien pose question(s) pour vérifier compréhension du client					

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Conseils intermédiaires Sertraline	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Vérifie présence de maladies chroniques					
Temps nécessaire pour obtention effet: <i>2 à 4 semaines</i>					
Durée traitement: <i>plusieurs mois</i>					
Que faire si l'état s'aggrave: <i>Consulter Médecin ou Pharmacien</i>					
Après combien de temps faut-il s'inquiéter si il n'y a pas d'améliorations: <i>1 à 1,5 mois</i>					
Oubli d'une dose: <i>prendre immédiatement sauf si presque temps pour prochaine dose, ne pas doubler la dose</i>					

Conseils enrichis Sertraline	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Effets thérapeutiques: <i>devrait vous redonner plus d'énergie (diminuer symptômes dépression)</i>					
Effets physiologiques: <i>agit au niveau de substances cerveau pour rétablir équilibre</i>					
Nombre de renouvellements: <i>1</i>					

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Effets indésirables Sertraline	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Diminution des ES après 2 semaines de traitement					
Fièvre					
Manie/ hypomanie					
Éruption cutanée/ démangeaisons (allergie)					
Diminution d'appétit-perte de poids					
Diminution de l'activité sexuelle (libido)					
Somnolence ou insomnie					
Sécheresse de la bouche					
Étourdissements					
Maux de tête					
Problèmes gastro-intestinaux (diarrhée, constipation, crampes abdominales, gaz, douleurs)					
Augmentation de la sudation					
Tremblements					

Azithromycine 250 mg; sig 2 caps stat puis 1 cap die pour 4 jours; nombre: 6; ren: 0.

Benylin DM-D^{md} sig: 10 ml tid prn; nombre: 250 ml; ren: 0.

Ces deux médicaments ont été présentés par la même patiente sur la même ordonnance.

L'ordonnance est présentée par une femme de 22 ou 24 ans. Le médicament lui est destiné. Elle est allergique à la pénicilline: un éruption cutanée très importante, mais n'a pas eu de complications respiratoires. Elle n'est pas enceinte et n'allait pas. Elle ne prend aucun autre médicament, et n'a pas de maladies chroniques. Elle ne se rappelle pas avoir pris un ou l'autre des médicaments dans le passé.

Le médecin a diagnostiqué une infection des voies respiratoires supérieures, que la patiente décrit comme une infection au niveau de la gorge et du nez. Le médecin lui a dit qu'il lui prescrivait un antibiotique et un sirop pour la congestion et la toux. Le médecin n'a donné aucune autre indication sur la prise du médicaments. La patiente n'a pas de visite de contrôle auprès du médecin.

Si elle est questionnée sur ses symptômes, la patiente va dire avoir une congestion nasale, une toux (qu'elle qualifiera de non productive si questionnée), et de légers épisodes de fièvre qui sont bien soulagés par du Tylenol extra-fort^{md} qu'elle prend au besoin en respectant la posologie.

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Conseils fondamentaux	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Azithromycine					
Pharmacien s'identifie					
Demander à qui le médicament est destiné					
Vérifier présence d'allergies					
Vérifier si la patiente est enceinte ou allaite					
Vérifier prise d'autres médicaments					
Nom du médicament: <i>Zithromax^{md} ou azithromycine</i>					
Indication: <i>traitement infection</i>					
Prise optimale: <i>à jeun 1h ac ou 2h pc</i>					
Horaire: <i>2 caps jour 1, puis 1 cap die pour 4 jours</i>					
Le pharmacien pose question(s) pour vérifier compréhension du client					

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Conseils intermédiaires Azithromycine	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Vérifie présence de maladies chroniques					
Début d'un effet: <i>environ 2 jours</i>					
Durée de traitement: <i>5 jours mais médicament agit pour environ 10 jours</i>					
Durée de traitement: <i>insister sur prise complète</i>					
Que faire si l'état s'aggrave: <i>consulter Médecin ou Pharmacien</i>					
Après combien de temps faut-il s'inquiéter si il n'y a pas d'améliorations: <i>environ 3 jours</i>					
Si oubli d'une dose: <i>prendre immédiatement sauf si presque temps prochaine dose, ne pas doubler dose</i>					

Conseils enrichis Azithromycine	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Effets du médicament: <i>agit en tuant bactéries ou en prévenant leur croissance</i>					
Renouvellements: <i>aucun</i>					
Mesures non pharmacologiques: <i>boire beaucoup d'eau, repos</i>					

Effets indésirables Azithromycine	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Douleurs articulations (néphrite interstitielle)					
Réaction allergique					
Nausée, vomissement, diarrhée					
Douleur abdominale					
Maux de tête					
Étourdissements					

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Conseils fondamentaux BenylinDM-D (md)	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Pharmacien s'identifie					
Demander à qui le médicament est destiné					
Vérifier présence d'allergies					
Vérifier si la patiente est enceinte ou allaite					
Vérifier prise d'autres médicaments					
Nom du médicament: <i>BenylinDM-D^{md} ou pseudo-éphédrine et dextrométhorphane</i>					
Mention que BenylinDM-D ^{md} contient 2 médicaments					
Indication: <i>antitussif</i>					
Indication: <i>décongestionnant</i>					
Prise optimale: <i>éviter de prendre de 4 à 6 heures avant le coucher</i>					
Horaire: <i>10 ml TID bien espacé (q6h à 8h)</i>					
Le pharmacien pose question(s) pour vérifier compréhension du client					

Conseils intermédiaires BenylinDM-D ^{md}	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Vérifie présence de maladies chroniques					
Début d'un effet: <i>après 15 à 30 minutes</i>					
Durée de traitement: <i>au besoin si symptômes</i>					
Que faire si l'état s'aggrave: <i>ne pas augmenter la dose, consulter médecin ou pharmacien</i>					
Après combien de temps faut-il s'inquiéter si il n'y a pas d'améliorations: <i>2 à 3 doses</i>					

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Conseils enrichis BenylinDM-D ^(md)	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Effets du médicament: <i>diminue la toux</i>					
Effets du médicament: <i>agit en constrictant les vaisseaux au niveau du nez ce qui réduit la sensation de pression</i>					
Monitoring thérapie: <i>soulagement symptômes de congestion et de la toux</i>					
Renouvellements: <i>aucun</i>					
Mesures non pharmacologiques: <i>boire beaucoup d'eau, repos</i>					

Effets indésirables BenylinDM-D ^(md)	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Tachycardie, palpitations, arythmie (PE)					
Insomnie (PE) ou somnolence (DM)					
Étourdissements (DM)					
Nervosité (PE)					
Nausées, vomissements (DM)					
Irritabilité (PE)					
Maux de tête (PE)					

DM (dextrométorphan); PE (pseudo-éphédrine)

Salbutamol 100 mcg sig: 1 à 2 inhalations qid prn; nombre: 1; ren: 1.

L'ordonnance est remise par une homme de 23 ans. L'ordonnance lui est destinée. Le patient ne présente pas d'allergie particulière. Il ne prend pas d'autres médicaments et n'a pas d'autres maladies chroniques. Il s'agit de la première fois qu'il reçoit un aérosol-doseur. Si le pharmacien se renseigne sur ses symptômes, il décrira des difficultés respiratoires (sifflements) lors d'activités physiques, ou lorsqu'il a un rhume. Sa condition s'est détériorée dernièrement suite à un déménagement puisqu'il y a des tapis dans son appartement.

Le médecin a diagnostiqué un asthme léger et lui a prescrit une pompe pour l'aider à respirer lors de crises. Il ne l'a pas informé sur l'horaire d'administration, la technique d'utilisation ou les effets secondaires potentiels. Le patient n'a pas de visite de contrôle auprès du médecin.

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Conseils fondamentaux Salbutamol	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Identification du pharmacien					
Demander à qui le médicament est destiné					
Vérifier présence d'allergies					
Vérifier prise d'autres médicaments					
Nom du médicament: <i>Ventolin^{md}</i> ou <i>salbutamol</i>					
Indication: <i>asthme, ouvre passage d'air</i>					
Horaire et prise optimale: <i>1 à 2 inhalations q6h PRN (max. 8 inh/jour)</i>					
Mode d'utilisation					
Le pharmacien pose question(s) pour vérifier compréhension du client					

Les éléments que vous classez comme 5 se voient accorder la plus grande importance et 1 la plus faible importance dans le calcul du score global. Indiquez votre réponse par un X dans la colonne choisie.

Conseils intermédiaires Salbutamol	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Vérifie présence de maladies chroniques					
Temps nécessaire pour obtention effet: 5 minutes					
Durée traitement: <i>PRN si symptômes</i>					
Description symptômes demandant utilisation					
Que faire si l'état s'aggrave: <i>Consulter médecin ou pharmacien</i>					
Après combien de temps faut-il s'inquiéter si il n'y a pas d'améliorations: <i>si une crise n'est pas bien soulagée</i>					
Condition et durée de conservation: <i>date d'expiration est indiquée sur l'aérosol-doseur</i>					

Conseils enrichis Salbutamol	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Effets thérapeutiques: <i>ouvre les bronches</i>					
Monitoring thérapie: <i>ne pas dépasser 8 inh/j, si augmente prise de façon régulière peut indiquer contrôle sous-optimal</i>					
Nombre de renouvellements: <i>1</i>					
Mesures non pharmacologiques et préventives: <i>éviter allergènes</i>					

Effets indésirables Salbutamol	5 Extrême- ment important	4 Très important	3 important	2 Moins important	1 Peu important
Bronchospasme					
Tremblements					
Tachycardie, dysrythmie, palpitations					
Nervosité					
Maux de tête					
Toux ou irritation des bronches					

