

> Objectifs des apprentissages

À la fin de cette leçon, le lecteur devrait être en mesure de répondre aux objectifs suivants :

1. Décrire les répercussions de l'infidélité au traitement sur la santé des personnes et sur le régime des soins de santé.
2. Décrire les barrières qui empêchent les patients de respecter adéquatement leur traitement.
3. Montrer comment les lacunes dans l'administration des soins de santé influencent la fidélité au traitement.
4. Montrer comment la continuité des soins peut aider les patients à mieux respecter leur traitement.



www.novopharm.com

LA CONTINUITÉ DES SOINS ET LA FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT

par Judy Schoen, B. Sc. Pharm, MBA

L'auteure, les réviseurs et le magazine Pharmacy Practice déclarent ne pas être en conflit d'intérêts réel ou perçu avec le commanditaire.

> Instructions

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez une seule réponse correcte. Encerchez la lettre correspondante sur la carte-réponse ci-jointe.
2. Remplissez la carte-réponse et postez-la, ou télécopiez-la au (416) 764-3937.
3. Une note sera accordée à votre carte-réponse et vous serez informé(e) de vos résultats par une lettre des Éditions Rogers.
4. La note minimale pour recevoir les crédits est de 70 % (ou 14 réponses correctes sur 20). Si vous réussissez, vos crédits seront enregistrés auprès de l'Ordre provincial pertinent. (Remarque : dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes de notifier l'Ordre).



Le Canadian Council on Continuing Education in Pharmacy a accordé 1,0 unité de FC à cette leçon.

N° de dossier : 185-1104.

INTRODUCTION

ON ENTEND PAR CONTINUITÉ DES SOINS LE processus qui fait en sorte que peu importe les transitions par lesquelles passe le patient dans notre régime de soins de santé, son traitement n'est jamais interrompu. En ce qui a trait aux soins pharmaceutiques, par exemple, lorsqu'un pharmacien cesse de s'occuper d'un patient, un collègue ou un autre professionnel de la santé assure la relève¹. De nos jours, la continuité des soins est un élément critique de la prise en charge des patients.

L'un des changements les plus importants dans l'administration des soins de santé a été le virage ambulatoire. Au Canada, par exemple, la durée moyenne des séjours hospitaliers est ainsi passée de 10,9 jours en 1988-1989 à 7 jours en 1994-1995². Les patients admis en milieu hospitalier sont moins nombreux et ceux qui le sont y restent moins longtemps. Leur retour dans la communauté ou dans un centre de soins de longue durée est donc mieux préparé.

L'amélioration des techniques médicales et des traitements ainsi que l'arrivée de nouveaux agents pharmaceutiques sont quelques-unes des raisons qui expliquent le virage ambulatoire. De nombreux patients qui ont besoin d'une antibiothérapie intraveineuse peuvent par exemple être traités à

domicile. De même, l'ajustement posologique de l'anticoagulothérapie peut se faire en consultation externe. Si l'état du patient est stable, cette façon de fournir des soins est plus économique que l'hospitalisation et elle permet au patient de demeurer chez lui.

L'une des principales forces motrices du virage ambulatoire et donc de la diminution des admissions et de la durée des séjours en milieu hospitalier est le rôle croissant des médicaments dans le traitement des maladies. Grâce à notre meilleure connaissance de la physiopathologie des maladies aiguës et chroniques, ces affections peuvent désormais être guéries ou tout au moins soulagées sans qu'il soit nécessaire d'hospitaliser les patients ou de procéder à des interventions effractives. Toutefois, l'obtention de résultats favorables dépend de plusieurs facteurs, dont certains stades des soins pharmaceutiques qu'un groupe de chercheurs a définis comme étant la prescription des médicaments, leur remise, la fidélité du patient au traitement et le suivi³.

Cet article traitera de la fidélité du patient à son traitement et du rôle de la continuité des soins pour l'aider à y parvenir.

FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT

LA FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT PEUT ÊTRE DÉFINIE comme étant « le degré de concordance entre

le comportement d'un patient (prise des médicaments, suivi du régime alimentaire, modification du mode de vie, etc.) et les conseils ou les prescriptions du médecin⁴. » Quant à l'infidélité au traitement, on la range dans deux catégories : intentionnelle ou non intentionnelle. L'infidélité non intentionnelle se rencontre lorsque le patient voudrait bien respecter son traitement, mais que quelque chose l'en empêche, par exemple le coût d'un médicament. L'infidélité intentionnelle procède, elle, de la motivation du patient et de la façon dont il perçoit le traitement⁵. On estime que seulement la moitié des patients souffrant de maladie chronique sont fidèles à leur traitement dans les pays développés⁴.

Il s'agit là d'une statistique qui a des répercussions importantes sur la santé du public et les coûts pour le régime de soins de santé. En effet, dans l'ensemble, les gens vivent plus longtemps et sont donc sujets à souffrir de multiples maladies chroniques, comme en témoigne un examen récent d'un échantillon transversal de réclamations effectuées par des personnes âgées en 1999. Ainsi, sur 1 216 103 cas examinés, 82 % des patients souffraient d'une maladie chronique ou plus, 65 % de ≥ 2 (représentant 95 % des dépenses), 43 % de ≥ 3 et 24 % de ≥ 4 . Les chercheurs ont découvert que la probabilité que ces patients eussent pu éviter l'hospitalisation s'ils avaient reçu des soins primaires adéquats était 99 fois plus élevée chez ceux qui souffraient de 4 affections chroniques ou plus. Or on s'attend à ce que la prévalence des maladies chroniques augmente et, d'ici 2020, on estime que 157 millions d'Américains (soit près de 50 % de la population) souffriront d'au moins une maladie chronique⁶. On peut s'attendre à des tendances similaires au Canada. On estime, par exemple, que plus de 2 millions de Canadiens souffrent de diabète, et 60 000 cas nouveaux sont diagnostiqués chaque année⁷. Ces chiffres vont vraisemblablement augmenter en raison du vieillissement de la population et de la croissance du taux d'obésité. Deux tiers des Canadiens présentent au moins un facteur de risque à l'origine de maladies chroniques. Comme un facteur modifiable de risque peut être à l'origine de plusieurs maladies chroniques, les Canadiens peuvent être exposés à plusieurs maladies chroniques importantes en même temps. On s'attend à une augmentation à la fois de la prévalence et du fardeau économique des maladies chroniques au Canada⁸.

Une étude menée par Stewart et Pearson⁹ montre à quel point les médicaments de prescription sont sous-utilisés. Ces chercheurs se sont en effet penchés sur l'utilisation de ces médicaments par des patients fortement exposés ayant obtenu depuis peu leur congé d'un établissement de soins de courte durée. Une semaine après leur sortie, ils ont reçu la visite d'une infirmière et d'un pharmacien venus vérifier s'ils étaient fidèles à leur traitement et s'ils le connaissaient bien. Dans presque 50 % des cas, le pharmacien n'est même pas arrivé à identifier les médicaments pris avant l'admission de ceux prescrits lors du congé, principalement en raison du fait que tous étaient conservés pêle-mêle, y compris les agents obtenus après la sortie du patient. De plus, si l'on en juge d'après le décompte des comprimés et un questionnaire structuré sur les médicaments, 46 % de ces patients étaient infidèles à leur traitement et la majorité le connaissaient mal. Certains ont même avoué ne pas le respecter, accumuler des comprimés ou modifier la posologie.

CONSÉQUENCES DE L'INFIDÉLITÉ AU TRAITEMENT

PRÈS DE 40 % DES PATIENTS NE PRENNENT pas leurs médicaments de prescription correctement ou ne les prennent pas du tout¹⁰. De moins bons résultats thérapeutiques, par exemple une exacerbation de la maladie traitée, sont la principale conséquence de pareille infidélité. Une méta-analyse de 63 études portant sur la fidélité au traitement a découvert qu'en respectant leur traitement au lieu d'y déroger, les patients sont plus nombreux à obtenir de bons résultats (26 % en moyenne). Cette observation laisse croire que la fidélité au traitement est peut-être tout aussi importante pour le succès thérapeutique que plusieurs interventions médicales confirmées¹⁰ (angioplastie, et fidélité au traitement à la warfarine et à l'AAS, p.ex.).

Cet effet a été démontré dans le cas de plusieurs maladies, celui du diabète entre autres, qui comporte un risque de complications accru en cas de fidélité sous-optimale au traitement, comme la maîtrise insuffisante de la glycémie, la rétinopathie, la néphropathie et la maladie cardiovasculaire. Une étude récente a d'ailleurs constaté l'existence d'une association étroite entre la mauvaise utilisation des antidiabétiques et l'augmentation du recours aux services de santé¹¹.

Dans le traitement de l'hypertension, les études montrent qu'une réduction de la pression systolique de 8 à 9 mmHg entraîne une diminution de 50 % des accidents imputables à l'AVC et de 30 % des accidents cardiovasculaires chez les adultes d'un certain âge¹². Compte tenu de données laissant croire que moins de 50 % des patients suivent leur traitement antihypertenseur correctement après un an et encore moins par la suite, les conséquences potentielles sont trop importantes pour qu'on en fasse fi¹³.

Dans le traitement des dyslipidémies, la réduction draconienne des taux de lipides diminue la mortalité et la morbidité¹⁴. Les effets des statines sur la survie commencent généralement à se faire sentir après 1 à 2 ans de traitement et une analyse récente a montré que seuls 40,1 % des patients souffrant de syndrome coronarien aigu respectent bien leur traitement. Dans le cas des patients souffrant de coronaropathie chronique ou prenant des statines pour la prévention primaire, la proportion est de 36,1 % et 25,4 % respectivement¹⁵. Véritable fardeau pour le régime de soins de santé, la nécessité d'administrer des soins de courte durée est une autre conséquence de l'infidélité au traitement. Mc Donnell et coll. ont effectué une revue des cas d'effets secondaires médicamenteux ayant nécessité une hospitalisation. Ils en ont identifié 437 au cours d'une période de 11 mois ; 158 admissions étaient directement attribuables à l'effet secondaire en question et, si l'on en juge d'après certains critères prédéfinis, 96 auraient pu être évitées qui, globalement, ont nécessité 595 jours de soins (9,83 en moyenne pour les cas graves et 5,05 pour les cas modérés). Suivi inapproprié, posologie inadéquate et infidélité au traitement étant les trois facteurs à l'origine de ces effets secondaires évitables, les auteurs en ont conclu que médecins, pharmaciens et autres professionnels de la santé devraient élaborer des stratégies de communication et d'éducation s'adressant non seulement aux patients dans la communauté, mais aussi à ceux qui s'approprient à quitter l'hôpital¹⁶.

La proportion d'hospitalisations en raison d'infidélité au traitement chez les personnes âgées atteindrait les 11 %¹⁷. Quant au fardeau financier que représentent pour le Canada les traitements supplémentaires en centres hospitaliers ou infirmiers et les traitements ambulatoires associés au non respect des traitements, Coombs et coll. ont estimé qu'ils pourraient dépasser les 3,5 G\$¹⁸.

Le non respect du traitement est donc

coûteux à la fois pour le patient, en raison de la morbidité et de la mortalité qui en découlent, et pour le régime de soins de santé en général.

OBSTACLES À LA FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT

PRENDRE LA DÉCISION DE RESPECTER UN TRAITEMENT médical et la mettre en pratique sont un processus complexe qui dépend de plusieurs facteurs. La corrélation entre divers facteurs tels que variables socio-démographiques et état de santé est au mieux ténue. D'aucuns sont plutôt d'avis que les principaux facteurs qui contribuent à l'infidélité au traitement ont trait aux croyances du patient en matière de santé, à la communication entre celui-ci et le prestataire de soins ainsi qu'à plusieurs facteurs psychologiques¹⁹.

Parmi les nombreuses raisons évoquées par les patients, mentionnons :

- les effets secondaires ;
- l'oubli ;
- l'absence de symptômes : le patient croit que le médicament n'est pas nécessaire et se sent bien même s'il ne le prend pas ;
- la provision du patient est terminée, le médicament n'est pas disponible ;
- l'inefficacité du médicament ;
- le patient prend trop de médicaments ;
- le patient ne sait pas très bien comment prendre son médicament ;
- le patient a de la difficulté à avaler ;
- le patient a de la difficulté à ouvrir le contenant²⁰.

Plusieurs chercheurs ont tenté d'identifier les variables qui peuvent avoir une influence sur la fidélité au traitement. L'examen de la documentation médicale traitant des variables associées aux médicaments et aux prescripteurs révèle que les facteurs suivants peuvent y être pour quelque chose.

- l'augmentation du nombre de médicaments ;
- la complexité du schéma thérapeutique ;
- la prolongation du traitement ;
- le type de médicament ;
- l'auto-administration ;
- la difficulté à ouvrir les contenants ;
- l'augmentation du nombre de médecins qui prescrivent des médicaments ;
- l'augmentation du nombre de pharmacies ;
- une mauvaise communication entre le patient et le prestataire de soins²⁰.

L'entretien d'une relation positive et d'une bonne communication entre le patient et le prestataire de soins constitue un élément

important pour favoriser la fidélité au traitement. Plus le nombre de médecins consultés et de pharmacies visitées augmentent, plus les soins peuvent devenir discontinus. Ce problème est particulièrement important lorsque le patient passe d'un cadre à un autre car, comme l'ont montré plusieurs études²¹⁻²³, la transmission des informations du milieu hospitalier vers le milieu communautaire souffre de failles importantes.

CONTRIBUTION DES FAILLES DE COMMUNICATION À L'INFIDÉLITÉ AU TRAITEMENT

COMME ON L'A MENTIONNÉ PRÉCÉDEMMENT, les patients passent aujourd'hui plus rapidement et plus souvent d'un cadre à l'autre. Souvent, une fois admis à l'hôpital, le patient verra son schéma thérapeutique modifié par un médecin qui ne le suivra plus une fois sorti.

Ce phénomène a été illustré dans une étude au cours de laquelle les chercheurs ont suivi pendant 15 mois des patients atteints d'une affection chronique ayant été adressés à un hôpital par leur généraliste. Au total, 130 patients prenaient 420 médicaments de manière chronique avant leur admission. Une fois ces patients admis, 28 % de ces médicaments ont été supprimés, 6 % ont été remplacés par d'autres agents et 18,3 % par un produit provenant d'un autre fabricant. Au moment de recevoir leur congé, ces patients prenaient au total 496 médicaments. Une fois les patients retournés dans la communauté, le nombre de médicaments pris a chuté à 329 tandis que 21 % ont été remplacés par d'autres agents (dont ~ 50 % par des produits génériques) et 13 % ont été supprimés du schéma thérapeutique, dont les modifications, au demeurant, n'ont été transmises en détail aux médecins de famille que dans le cas de 5 patients sur 13021.

Une étude canadienne illustre encore davantage le problème que pose le mauvais transfert d'informations lorsqu'un patient quitte l'hôpital. L'examen rétrospectif de 135 dossiers révèle ainsi que seulement 106 contenaient une feuille médico-administrative. En outre, 28,8 % de ces dossiers ne contenaient aucun renseignement sur le schéma thérapeutique à la sortie. Et bien que 94 de ces 106 dossiers renfermaient une preuve que les informations avaient été transmises au médecin de famille, celles-ci n'ont pas été reçues dans 40,4 % des cas²².

Les intervenants en milieu communau-

taire ont besoin de temps ainsi que d'informations complètes pour pouvoir assurer un suivi adéquat du patient après sa sortie de l'hôpital. Le groupe de Moore a examiné la prévalence des erreurs médicales associées à la discontinuité des soins ainsi que leur association avec les effets secondaires²³. Selon leur définition, tout geste qui ne se déroule pas conformément au plan prévu constitue une « erreur médicale ». Dans le cas où un médicament prescrit au moment du congé a été consigné au dossier hospitalier mais non sur la liste de médicaments à présenter au prestataire de soins primaires lors de la première visite après le congé, on parle d'« erreur de continuité ». Parmi les 86 patients étudiés, 49 % avaient été victimes d'une erreur médicale ou plus associée à la discontinuité des soins lors de la transition du milieu hospitalier vers le milieu communautaire et 42 % avaient été victimes d'au moins une erreur de continuité.

Les chercheurs de cette étude ont appelé ces erreurs médicales des « erreurs de continuité de l'information », en ce sens que l'information pertinente relative à la planification de la sortie n'a pas été transmise adéquatement du fournisseur de soins hospitalier au fournisseur extrahospitalier.

La prévalence des erreurs de continuité dans cette étude est semblable au pourcentage de patients infidèles à leur schéma thérapeutique de sortie observé par d'autres chercheurs^{24,25}. Par conséquent, il se peut bien que les médecins de premier recours documentent bien les médicaments que prennent leurs patients sans savoir que leur schéma thérapeutique diffère largement de ce qui avait été prévu lors de leur sortie. En pareille situation, le manque d'information en provenance de l'hôpital et les renseignements incomplets ou inexistantes fournis par le patient empêchent le médecin de famille de faire en sorte que le traitement se poursuive conformément au plan prévu par l'hôpital.

Un étude récente s'est penchée sur le taux de fidélité au traitement dans le cas où les patients recevaient un nouveau médicament pour traiter une affection chronique. Interrogés 10 jours après avoir reçu leur ordonnance, 30 % des 226 patients sondés ne prenaient pas leur nouveau médicament correctement. Dans près de la moitié des cas, les patients dérogeaient à la prescription de leur médecin intentionnellement, en raison de craintes à propos du médicament en question. Les chercheurs en ont conclu que ni le pharmacien, ni le médecin n'avaient

fourni aux patients les renseignements dont ils avaient besoin. Selon eux, une revue des médicaments quelques jours avant la prescription d'un nouvel agent pourrait aider à dissiper les craintes des patients. Or comme beaucoup de patients reçoivent de nouveaux médicaments durant leur séjour à l'hôpital, une continuité des soins serait dans ce cas des plus appropriées⁵.

Les conséquences de la fragmentation du régime de soins de santé sont évidentes. Forster et coll. ont montré que dans les deux semaines qui suivent la sortie du centre de soins de courte durée, les patients sont très exposés aux effets indésirables, en particulier à ceux qui sont causés par les médicaments²⁶. Plusieurs lacunes dans l'administration des soins peuvent conduire à des effets indésirables médicamenteux. Mentionnons entre autres :

- une éducation inadéquate du patient ;
- une mauvaise communication entre le patient et le médecin ;
- une mauvaise communication entre le médecin de l'hôpital et le médecin de famille ;
- un suivi inadéquat de l'état du patient et de son traitement après la sortie de l'hôpital ;
- le défaut de transmettre au patient un numéro de téléphone à composer en cas d'urgence ;
- la difficulté, pour le patient, de se procurer immédiatement les médicaments prescrits ;
- des services à domicile inadéquats ;
- la surveillance tardive ;
- la sortie prématurée du centre hospitalier.

On peut penser que l'infidélité au traitement dont font preuve certains patients après leur sortie procède de certaines de ces lacunes.

Winterstein a effectué une méta-analyse qui met très bien en évidence les conséquences de ces lacunes. L'incidence médiane d'admissions en raison de problèmes causés par un médicament est de 4 %, mais si on ne considère que les réadmissions, celle-ci grimpe à 14 %. Cet auteur attribue la différence observée aux lacunes survenant lors de la transition du milieu hospitalier au milieu communautaire²⁷.

Dans son étude sur le traitement médical des affections chroniques multiples, Wolff conclut que la mauvaise coordination des services cliniques peut exposer les patients qui souffrent de plusieurs maladies à diverses erreurs commises ou à des erreurs d'omission telles que des interactions médicamenteuses

TABLEAU I Efficacité de certaines stratégies destinées à améliorer la fidélité au traitement¹.

Stratégie	Efficacité médiane, selon la documentation
médicale Outils d'aide divers	6 %
Rappels de renouvellements et suivi	6 %
Simplification du schéma posologique	15 %
Éducation	22 %
Approche globale	25 %

indésirables. Les soins contre-indiqués peuvent être particulièrement problématiques dans le cas des personnes âgées, car les probabilités qu'elles souffrent de multiples affections sont plus grandes et elles peuvent être plus sensibles aux complications du traitement en raison de leur fragilité, des schémas thérapeutiques compliqués et de la piètre coordination des soins⁶.

EFFETS DE LA CONTINUITÉ DES SOINS SUR LA FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT

PLUSIEURS STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LA fidélité au traitement ont été documentées. Toutes sont plus ou moins efficaces (voir le tableau I). Horaires posologiques et plaquettes-calendrier servent à aider le patient à surmonter certaines barrières comme l'oubli, le manque de dextérité et les troubles de la vue. Les interventions du pharmacien améliorent la fidélité des patients à leur traitement et, partant, leur état de santé. Cependant, les interventions isolées ne sont généralement pas efficaces pour augmenter la fidélité à long terme et aucune stratégie n'est véritablement supérieure aux autres²⁸. Par contre, il semble que l'emploi de plusieurs stratégies concomitantes soit légèrement plus efficace. Cela n'a rien de surprenant si l'on considère les étapes du modèle de changement relativement à la fidélité au traitement. Les cinq étapes en question sont l'avant-prévision, la prévision, la préparation, l'action et l'entretien²⁰. Selon ce modèle, il existe diverses manières de susciter une amélioration de la fidélité au traitement, tout dépendant du stade où en est le patient dans sa volonté de changer son comportement (voir le tableau II). De toute évidence, le passage d'un stade à l'autre prend un certain temps et il est important que les prestataires de soin des divers cadres par lesquels passe le patient ajustent leur straté-

gie en fonction du stade où en est le patient.

Il ne fait pas de doute que la continuité des soins peut soutenir les patients dans leur passage d'un stade à l'autre. Les informations étant transmises d'un prestataire de soins de santé à l'autre et ces derniers acceptant la responsabilité des soins du patient, la continuité des soins peut aider le patient à mieux respecter son traitement en abattant certaines des barrières qui auront été identifiées.

La continuité des soins améliore la relation directe entre le patient et le prestataire de soins, ce qui, a-t-on montré déjà, améliore la fidélité au traitement²⁰. Par exemple, les patients qui assistent à des séances d'informations dispensées par un pharmacien juste avant leur congé sont plus fidèles à leur traitement. De même, on a observé une augmentation de 15 % de la fidélité au traitement chez les patients ayant reçu un *counselling* global auprès d'une infirmière, associé à une revue des médicaments et à des recommandations fournies par un cardiologue gériatre sur la modification du régime alimentaire. Comme les effets bénéfiques de l'intervention directe des prestataires de soins auprès des patients s'amenuise avec le temps, celle-ci devrait avoir lieu de manière continue²⁰.

ADMINISTRATION DE SOINS CONTINUS

LA DÉFINITION QU'ON EN A DONNÉE PLUS HAUT mérite d'être répétée. La continuité des soins est un processus orienté vers le patient, qui fait en sorte que peu importe les transitions par lesquelles celui-ci passe dans notre régime de soins de santé, son traitement n'est jamais interrompu, car un professionnel de la santé s'engage à en prendre la responsabilité¹.

Pour que la continuité des soins soit efficace, les renseignements pertinents concernant le patient doivent être transmis ou partagés de manière efficace également. Un mode

TABLEAU II Stades du changement de comportement²⁰.

Stade	Caractéristiques du patient	Stratégies du pharmacien
Avant-prévision	<ul style="list-style-type: none"> Le patient ignore qu'il a des problèmes de santé. Le patient minimise ses problèmes de santé. Le patient évite de penser à ses problèmes de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en balance les risques et les avantages. Faire prendre conscience au patient des effets positifs associés à la modification de son comportement.
Prévision	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a quelque peu conscience des risques pour sa santé. Le patient pressent vaguement qu'il doit changer son comportement. Le patient est ambivalent. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les barrières. Dissiper les inquiétudes du patient. Clarifier toute conception erronée. Identifier les outils pouvant aider le patient dans sa démarche.
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> Le patient s'inquiète de sa santé. Le patient reconnaît les avantages de changer son comportement. Le patient a l'intention d'agir en conséquence. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan de soins. Fixer des objectifs réalistes. Fixer un échéancier pour atteindre les objectifs. Encourager le patient dans sa démarche.
Action	<ul style="list-style-type: none"> Le patient entreprend de changer son comportement pour atteindre ses objectifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Réviser les attentes. Réviser les informations techniques. Redéfinir ou rajuster les objectifs. Encourager le patient dans sa démarche.
Entretien	<ul style="list-style-type: none"> Le patient poursuit sa démarche pour rester en bonne santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Encourager et soutenir le patient dans sa démarche. Élaborer un plan d'urgence en cas de rechute.

de transmission bien structuré améliorera les soins et aidera à identifier, à prévenir et à résoudre les problèmes associés aux médicaments, dont l'infidélité au traitement. Idéalement, le transfert d'informations devrait être bidirectionnel. Plusieurs outils peuvent être utilisés à cet effet, par exemple le télécopieur, Internet, le téléphone, les feuilles médico-administratives, les listes de médicaments, etc.

Le maintien de la confidentialité du patient est une priorité absolue. Le mieux est d'obtenir si possible un consentement écrit de la part du patient. Si le pharmacien n'obtient qu'un consentement verbal, la conversation doit impérativement être documentée dans le dossier du patient.

Les informations que le pharmacien d'hôpital devrait transmettre aux pharmaciens communautaires sont entre autres²⁹ :

- le diagnostic ;
- les résultats de laboratoire pertinents ;
- les médicaments prescrits au moment du congé ;
- les modifications du schéma thérapeutique ;
- les allergies ;
- les notes du pharmacien : problèmes importants associés aux médicaments, problème de fidélité au traitement, nécessité d'éduquer davantage le patient, etc.

La transmission d'informations au pharmacien d'hôpital est plus problématique pour

le pharmacien communautaire, car celui-ci n'est pas nécessairement au courant de l'hospitalisation de son patient. Il peut certainement être utile d'avoir accès à une banque de données, comme la banque Pharmanet en Colombie-Britannique, mais hélas, certaines informations pertinentes, comme l'emploi de médicaments de substitution ou la présence de problèmes associés aux médicaments, ne sont pas toujours disponibles. Certains pharmaciens suggèrent à leurs patients d'avoir en leur possession une liste des médicaments qu'ils prennent, afin d'en informer les divers prestataires de soins qu'ils consultent.

Où qu'ils se situent dans le continuum des soins, tous les pharmaciens ont un rôle à jouer dans la continuité des soins et la promotion de la fidélité au traitement.

David U. de l'*Institute of Safe Medication* a établi une série de recommandations s'adressant aux pharmaciens d'hôpitaux et aux pharmaciens communautaires pour les aider à assurer la continuité des soins³⁰.

Pharmaciens d'hôpitaux

- Si possible, voir à ce qu'avant leur admission, certains groupes de patients prioritaires bénéficient d'une rencontre au cours de laquelle vous passerez en revue tous les médicaments qu'ils prennent, y compris les produits en vente libre et les herbes médicinales. Accordez la prio-

rité aux patients appartenant à des catégories particulières, comme les personnes âgées, les cancéreux et ceux qui souffrent de maladie cardiovasculaire.

- Incitez les patients et leur famille à emporter avec eux tous leurs médicaments, y compris les produits de prescription, les médicaments en vente libre et les herbes médicinales, afin qu'ils puissent être identifiés.
- Avant leur congé, organisez une séance de *counselling* pour tous les patients ayant reçu des soins critiques ou cardiovasculaires. En outre, veillez à ce que tous les médicaments prescrits lors du congé figurent dans un formulaire spécial à l'intention du patient, de son médecin de famille et du pharmacien communautaire. Ce formulaire devrait également comprendre des informations sur la surveillance de certains paramètres de laboratoire, comme le rapport international normalisé ou la concentration sanguine des médicaments très susceptibles de causer des effets indésirables, dont les antiépileptiques et les psychotropes. (Cf. réf. 29 : exemplaires de formulaires utilisés au Canada). Faites le nécessaire afin que les prestataires de soins communautaires reçoivent ce formulaire.
- Transmettez vos coordonnées ainsi que celles du médecin au pharmacien communautaire du patient, de sorte qu'il puisse vous joindre s'il a besoin d'informations sur certains points clés permettant d'assurer la continuité des soins.
- Sensibilisez les patients aux risques que pose une mauvaise communication avec les divers prestataires de soins qu'ils rencontrent. Incitez-les à apporter leur feuille médico-administrative à la pharmacie et gardez-en un double au cas où le patient ne l'aurait pas avec lui et que le pharmacien voudrait la consulter.
- Incitez les patients à faire exécuter toutes leurs ordonnances au même endroit. Rappelez-leur d'informer leur pharmacien habituel si une ordonnance a été exécutée ailleurs.

Pharmaciens communautaires

- Lorsque le patient vous présente une ordonnance qu'on lui a remise à l'hôpital, vérifiez s'il y a concordance entre les médicaments qui y figurent (nouveaux médicaments et nouvelles posologies) et le schéma thérapeutique actuel du patient. Au besoin, communiquez avec le

pharmacien de l'hôpital pour avoir des éclaircissements.

- Demandez au patient ou à son représentant s'il a reçu une feuille médico-administrative en quittant l'hôpital et comparez les médicaments figurant sur l'ordonnance de sortie à ceux qui se trouvent dans le dossier qu'affiche l'ordinateur de la pharmacie, afin de vérifier s'il y a des contre-indications, des ambiguïtés, des omissions ou toute autre source de confusion, comme des noms de produits de marque ou de produits génériques différents ou encore une différence entre les noms figurant sur ladite feuille et ceux qui portent les étiquettes générées dans votre pharmacie.
- Si le patient possède des échantillons fournis par son médecin de famille, assurez-vous que le flacon porte une étiquette sur laquelle figurent l'indication du médicament ainsi que des directives s'adressant spécifiquement au patient.
- Incitez les compagnies de logiciel à incorporer à leurs produits des caractéristiques favorisant la continuité des soins, comme la possibilité d'enregistrer des modifications, des commentaires ou des notes dans le profil courant du patient.
- Assurez-vous de toujours communiquer directement avec le médecin de premier recours lorsque vous avez besoin de renseignements, et non à une tierce personne, comme sa secrétaire.
- Fournissez à vos patients un carte de poche sur laquelle figurent tous leurs médicaments, y compris ceux en vente libre et les herbes médicinales. Ces informations peuvent être utiles en cas d'urgence ou d'hospitalisation.

CONCLUSION

POUR OBTENIR DES RÉSULTATS POSITIFS, IL est extrêmement important que le patient respecte le traitement prescrit. Plusieurs facteurs, intentionnels ou non, peuvent cependant contribuer à l'en empêcher. L'administration de soins continus centrés sur une relation directe entre le patient et le prestataire de soins peut réduire le problème de l'infidélité au traitement et, partant, avoir un effet positif sur le bien-être du patient.

RÉFÉRENCES

1. Murzyn T. Module 4: Follow-up plan. In: Direct patient care curriculum pharmaceutical care education module. Ottawa, Ont: Canadian Society of Hospital Pharmacists, 1997.
2. Mackinnon N, Zwicker L. Review of seamless care – background. In: Mackinnon N. *Seamless care: A pharmacist's guide to continuous care programs*. 1st ed. Ottawa: Canadian Pharmacists Association, 2003.
3. Gurwitz J et coll. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003;289:1107-16.
4. From: World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Available at: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/print.html. Accessed September 1, 2004.
5. Barber N, Parsons J, Clifford S et coll. Patients' problems with new medication for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004;13:172-5.
6. Wolff JL et coll. Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162:2269-76.
7. Health Canada, Health Promotion and Programs Branch: Don't turn your back on diabetes: facts and figures. Available at: www.hc-sc.gc.ca/hppb/ah/diabetes/english/facts/index.html
8. Chronic Disease Prevention Alliance of Canada (CDPAC). The case for change. Available at: www.cdprac.ca/content/case_for_change/case_for_change.asp
9. Stewart S and Pearson S. Uncovering a multitude of sins: Management in the home post acute hospitalization among the chronically ill. *Aust NZ J Med* 1999; 29:220-7.
10. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS et coll. Patient adherence and medical treatment outcomes. *Med Care* 2002;40:794-811.
11. Balkrishnan R, Rajagopalan R, Camacho FT et coll. Predictors of medication adherence and associated health-care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: A longitudinal cohort study. *Clin Ther* 2003;25(11):2958-71.
12. Psaty BM, Smith LN, Siscovick D et coll. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first line agents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 1997;277:739-45.
13. Caro JJ, Speckman J. Existing treatment strategies: Does noncompliance make a difference? *J Hyperten, Suppl.* 1998;16:s31-4.
14. Lousberg TR, Denham AM, Rasmussen JR. A comparison of clinical outcome studies among cholesterol-lowering agents. *Ann Pharmacother* 2001;35:1599-1607.
15. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002;288:462-7.
16. McDonnell P, Jacobs M. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother* 2002;36:1331-6.
17. Krueger KP, Felkey BG, Berger BA. Improving adherence and persistence: A review and assessment of interventions and description of steps toward a national adherence initiative. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:668-79.
18. Coombs R, Jensen P, Her M et coll. Review of the scientific literature on the prevalence, consequences and health costs of noncompliance and inappropriate use of prescription medication in Canada. *Pharmaceutical Manufacturers of Canada. Health Promotion Research*, 1995;1-6.
19. Rantucci M. Counselling issues: An overview. *Pharmacy Practice* April 2004.
20. Vik SA, Maxwell, CJ and Hogan DB. Measurement, correlates and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother* 2004;38:303-12.
21. Himmel W, Tabache M and Kochen M. What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? *Eur J Clin Pharmacol* 1996 50:253-7.
22. van Walraven C and Weinberg A. Quality assessment of a discharge summary system. *CMAJ* 1995;152(9):1437-42.
23. Moore C et coll. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med* 2003;18:646-51.
24. Omori DM, Potyk RP, Kroenke K. The adverse effects of hospitalization on drug regimens. *Arch Intern Med* 1991;151:1562-4.
25. Parkin DM, Henney CR, Quirk J et coll. Deviation from prescribed drug treatment after discharge from hospital. *BMJ*; 1976:686-8.
26. Forster A et coll. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from hospital. *Ann Intern Med* 2003;138:161-7.
27. Winterstein A, Sauer B, Hepler C et coll. Preventable drug-related admissions. *Ann Pharmacother* 2002;36:1238-48.
28. Tabor PA, Lopez DA. Comply with us: Improving medication adherence. *Journal of Pharmacy Practice* 2004 17;3:167-81.
29. McKinnon N. *Seamless care: A pharmacist's guide to continuous care programs*. 1st ed. Ottawa: Canadian Pharmacists Association 2003.
30. U David. Medication safety and seamless care. *CJHP* 2002;55(2):143-5.

QUESTIONS

1. Lequel des comportements suivants représente un exemple d'infidélité intentionnelle au traitement ?

- Faire fi des conseils du pharmacien d'éviter l'alcool pendant le traitement.
- Réduire la dose pour faire durer la provision plus longtemps en raison de difficultés financières.
- Prendre son diurétique au dîner, lorsque l'époux est à la maison pour ouvrir le contenant.
- Couper les comprimés à libération prolongée en raison de troubles de la déglutition.
- Prendre les comprimés de mémoire, parce qu'on est incapable de lire les petits caractères sur l'étiquette.

2. Lequel des énoncés suivants est VRAI ?

- Les patients qui souffrent de ≥ 2 affections chroniques courent 75 fois plus de risque d'être hospitalisés.
- Après 1 an, moins de 50 % des patients sont toujours fidèles à leur traitement antihypertenseur.
- Règle générale, le pharmacien communautaire reçoit des informations concernant les médicaments prescrits lors du congé du patient.
- Moins de 30 % des patients qui se font prescrire un nouveau médicament sont fidèles au traitement.
- Aucune de ces réponses.

3. Parmi les mesures suivantes, laquelle améliore le mieux la fidélité au traitement ?

- Les rappels de renouvellement d'ordonnance.
- L'éducation des patients.
- L'approche globale.
- La simplification du schéma posologique.
- L'utilisation de plaquettes thermoformées.

M. Simard est un homme de 51 ans relativement sédentaire admis récemment à l'hôpital en raison de douleurs thoraciques. Il fume depuis 25 ans, souffre d'un léger surpoids et est fortement exposé à la coronaropathie. Une fois son congé obtenu, il raconte à son pharmacien que tout le monde exagère. Il dit venir simplement de passer un mois très stressant au travail et avoir angoissé un peu à cause de projets à venir.

4. À quel stade de changement de comportement le patient se situe-t-il ?

- Avant-prévision.
- Prévision
- Préparation
- Action
- Entretien

5. Laquelle des stratégies suivantes est appropriée dans le présent cas ?

- Revoir les valeurs cibles de C-LDL.
- Parler au patient de techniques de réduction du stress.
- Passer en revue les facteurs de risque de cardiopathie ischémique et en discuter avec le patient.
- Recommander au patient un entraîneur personnel.
- Adresser le patient à une diététicienne, afin qu'il perde du poids.

6. M. Simard a obtenu son congé et a donné son consentement pour que les informations utiles pour la continuité des soins soient transmises à son pharmacien communautaire. Parmi les informations suivantes, laquelle ou lesquelles sont considérées comme utiles à cet effet ?

- Une liste des médicaments prescrits lors du congé.
- Une liste des problèmes potentiels associés aux médicaments.
- Le diagnostic.
- Le bilan lipidique.
- Toutes ces réponses.

7. Le pharmacien communautaire a reçu les informations ci-dessous. Que devrait-il en faire ?

- Comparer les médicaments figurant au dossier du patient affiché par l'ordinateur à ceux de la liste fournie par l'hôpital.
- Consigner le diagnostic du patient dans son dossier.
- Transmettre immédiatement ces informations à la compagnie d'assurance de M. Simard.
- A et B
- B et C

8. Quelle stratégie le pharmacien peut-il utiliser pour soutenir son patient ?

- Lui faire un appel de suivi dans les 2 prochaines semaines.
- Lui remettre ses médicaments sous forme de plaquettes thermoformées.
- Passer ses médicaments en revue avec lui.
- A et C
- A et B

9. Deux mois plus tard, M. Simard se rend à la pharmacie communautaire et demande au pharmacien des conseils sur les timbres de nicotine, car il voudrait cesser de fumer. À quel stade de changement de comportement le patient se situe-t-il ?

- Avant-prévision.

- Prévision
- Préparation
- Action
- Entretien

10. Que peut faire le pharmacien à ce stade pour soutenir le patient dans sa démarche ?

- Lui parler du risque de coronaropathie posé par le tabagisme.
- L'aider à élaborer un plan d'abandon du tabagisme.
- Passer en revue avec lui les autres facteurs de risque qu'il pourrait modifier.
- A et C
- B et C

11. Lequel des énoncés suivants est VRAI ?

- La relation entre le patient et le prestataire de soins n'a que peu d'incidence sur la décision de se conformer au schéma thérapeutique prescrit.
- Les croyances du patient en matière de santé ont une incidence marquée sur la fidélité au traitement.
- Il existe une étroite corrélation entre les facteurs socio-démographiques et la fidélité au traitement.
- Les outils d'aide à la fidélité au traitement améliorent grandement le respect du traitement.
- Les prestataires de soins primaires connaissent toujours le schéma thérapeutique prévu pour la sortie de l'hôpital ainsi que les objectifs du traitement.

12. Dans quel cas parle-t-on d'erreur de continuité ?

- Lorsque l'ordonnance d'un patient n'est pas exécutée.
- Lorsque les médicaments prescrits pour la sortie n'apparaissent pas au dossier du patient dès la première visite à son médecin de famille.
- Lorsque seulement 50 % des médicaments ont été pris selon le plan de traitement.
- Lorsque le patient continue de suivre le même traitement qu'il avait avant son admission.
- Lorsqu'un patient cesse de prendre les médicaments prescrits lors de son départ en attendant de rendre visite à son médecin de famille.

13. Quelle stratégie peut-on employer pour augmenter la fidélité au traitement lorsqu'un nouveau médicament est prescrit ?

- Fournir un horaire posologique préimprimé.
- Fournir des échantillons gratuits.
- Visite de suivi chez le médecin et le phar-

macien dans les 2 semaines suivant la prescription.

- d) Employer une formulation à libération prolongée.
- e) Fournir le médicament sous forme de plaquette-calendrier.

14. Quelles sont les raisons que donnent les patients pour expliquer l'infidélité au traitement ?

- a) La présence d'effets secondaires.
- b) La difficulté à avaler les médicaments.
- c) L'inefficacité des médicaments.
- d) Aucune de ces réponses.
- e) A, B et C

M^{me} Wong est une dame de 60 ans qui souffre de diabète de type II depuis longtemps. Lors de son séjour à l'hôpital, on a non seulement remplacé les hypoglycémiantes oraux qu'elle prenait, mais on lui a également prescrit de la pravastatine. Lors de son départ, on ne lui a remis qu'une feuille médico-administrative sommaire, car de nombreux patients attendaient d'être admis à l'urgence. M^{me} Wong parle peu le français et vit seul dans un foyer pour personnes âgées. Son fils, qui est aussi un client régulier, l'accompagne à votre pharmacie communautaire et vous remet une ordonnance ainsi que la feuille médico-administrative.

15. Lequel des facteurs suivants augmente la probabilité qu'un effet indésirable médicamenteux se produise une fois la patiente sortie de l'hôpital ?

- a) La patiente a été insuffisamment renseignée.
- b) La patiente a de la difficulté à se procurer immédiatement les médicaments prescrits.
- c) Son départ de l'hôpital a été bien planifié.
- d) Sa feuille médico-administrative n'a pas été transmise à son médecin de famille.
- e) Une évaluation des soins à domicile est prévue pour le lendemain.

16. Que devriez-vous faire avec l'information reçue ?

- a) Comparer les médicaments prescrits lors du congé avec ceux qui figurent actuellement dans le dossier de la patiente.
- b) Présumer que si les médicaments que prenaient M^{me} Wong avant son hospitalisation ne figurent pas sur la feuille médico-administrative, c'est qu'ils sont toujours nécessaires.
- c) Vérifier si M^{me} Wong prend des agents en vente libre ou d'autres médicaments qui pourraient interagir avec ceux qu'on a nouvellement prescrits.
- d) A et C
- e) B et C

17. Quelle stratégie pourrait être utilisée pour favoriser la fidélité de M^{me} Wong envers son traitement ?

- a) Lui fournir un horaire posologique.
- b) Lui rappeler de renouveler son ordonnance.
- c) L'aider à surveiller sa glycémie.
- d) Lui fournir un traitement pharmaceutique global.
- e) Lui faire parvenir ses médicaments gratuitement.

Deux mois plus tard, le fils de M^{me} Wong vient faire exécuter une ordonnance à son propre nom. Il vous mentionne que sa mère est entrée à l'hôpital la veille. Vous lui indiquez que l'hôpital peut se mettre en rapport avec la pharmacie en vue d'obtenir la liste des médicaments que prend sa mère. En examinant le dossier de M^{me} Wong, vous remarquez qu'elle s'est procuré une provision de 30 jours de son nouvel hypoglycémiant le jour de son précédent congé, mais qu'elle n'en a pas obtenu d'autre depuis.

18. Quelles informations complémentaires le pharmacien devrait-il demander au fils de M^{me} Wong ?

- a) M^{me} Wong a-t-elle fait exécuter une

nouvelle ordonnance dans une autre pharmacie communautaire ?

- b) Le médecin de M^{me} Wong lui a-t-il dit de cesser de prendre son hypoglycémiant ?
- c) Les médicaments de M^{me} Wong entraînent-ils des effets secondaires ?
- d) Existe-t-il des barrières cognitives qui empêchent M^{me} Wong de respecter correctement son traitement ?
- e) Toutes ces réponses.

19. Laquelle des actions suivantes N'EST PAS compatible avec le principe de la continuité des soins ?

- a) Fournir au fils de M^{me} Wong une provision supplémentaire de tous les médicaments que prend sa mère, afin qu'elle les ait à portée de main à son retour.
- b) Fournir au fils de M^{me} Wong la liste des médicaments qui figurent au dossier de sa mère dans l'ordinateur de la pharmacie.
- c) Inciter le fils de M^{me} Wong à apporter à l'hôpital tous les médicaments que prend sa mère.
- d) Prendre contact avec le pharmacien de l'hôpital pour passer en revue les problèmes associés aux médicaments.
- e) Établir une liste des herbes médicinales que M^{me} Wong a achetées récemment et la transmettre au pharmacien de l'hôpital.

20. Quelles stratégies le pharmacien doit-il envisager de mettre en place en se fondant sur les antécédents de M^{me} Wong ?

- a) Lui fournir ses médicaments dans un contenant sécuritaire pour les enfants.
- b) Lui fournir des outils favorisant la fidélité au traitement.
- c) L'appeler au téléphone pour effectuer un suivi.
- d) Lui procurer des informations écrites sur ses médicaments.
- e) Lui fournir le plus de médicaments possible sous forme liquide.

Comité de rédaction

LA CONTINUITÉ DES SOINS ET LA FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT

À PROPOS DE L'AUTEURE

M^{me} Judy Schoen est Pharmacy Patient Care Manager au Calgary Health Region de Calgary en Alberta. Elle est également présidente du Seamless Care Committee du CSHP/CPhA Pharmacy Specialty Network, présidente du Seamless Care Subcommittee du Calgary Region Pharmacists (depuis 1996) et est membre du Comité consultatif de rédaction de Seamless Care : A pharmacist's guide to implementing and evaluating programs. M^{me} Schoen a tenu plusieurs ateliers et publié de nombreux articles sur la continuité des soins.

RÉVISEURS

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

COORDONNATRICE DE LA FC

Heather Howie, Toronto (Ontario)

Pour connaître les barèmes de la FC, communiquez avec Mayra Ramos au (416) 764-3879, par télécopie au (416) 764-3937 ou par cour-

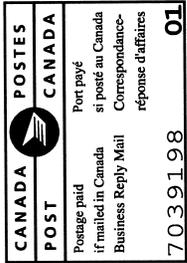
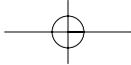
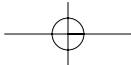
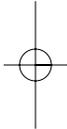
riel à mayra.ramos@rci.rogers.com.

Pour toute autre demande d'information à propos du Centre de FC sur l'observance thérapeutique, veuillez vous adresser directement à Karen Welds au (416) 764-3922 ou karen.welds@pharmacygroup.rogers.com.

Cette leçon de FC est publiée par Rogers Media Healthcare/Santé, 1 Mount Pleasant Rd., Toronto (Ont.) M4Y 2Y5. Tél. (416) 764-3916 Tél. (416) 764-3931. Son contenu, en totalité ou en partie, ne peut être reproduit sans autorisation écrite de l'éditeur.

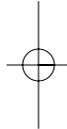
Un numéro vous manque ?

Consultez les numéros précédents du Centre de FC sur l'observance thérapeutique au www.pharmacyconnects.com et au www.novopharm.com.



1000012316-M5W1A7-BR01

PHARMACY CONTINUING EDUCATION
ROGERS MEDIA HEALTHCARE
AND FINANCIAL SERVICES
PO BOX 80054 STN BRM B
TORONTO ON M7Y 5C8



Centre  novopharm FC sur l'observance thérapeutique		LA CONTINUITÉ DES SOINS ET LA FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT	
		1,0 UFC 1,0 UNITÉ DE FC AU QUÉBEC N° de dossier CCCEP : 185-1104 FÉVRIER 2005 Non valable pour unités de FC après le 30 novembre 2007	
1. a b c d e	6. a b c d e	11. a b c d e	16. a b c d e
2. a b c d e	7. a b c d e	12. a b c d e	17. a b c d e
3. a b c d e	8. a b c d e	13. a b c d e	18. a b c d e
4. a b c d e	9. a b c d e	14. a b c d e	19. a b c d e
5. a b c d e	10. a b c d e	15. a b c d e	20. a b c d e
Nom		Prénom	
		Adresse électronique	
Prov. octroyant le permis d'exercer / N° du permis		Prov. octroyant le permis d'exercer / N° du permis	
Nom de la pharmacie		Téléphone au travail	
Adresse (<input type="checkbox"/> Domicile) (<input type="checkbox"/> Bureau)		Ville	Province
		Code postal	
Cadre d'exercice professionnel			
<input type="checkbox"/> Pharmacie (chaîne)		<input type="checkbox"/> Propriétaire	
<input type="checkbox"/> Pharmacie (indépendante)		<input type="checkbox"/> Employé à temps plein	
<input type="checkbox"/> Magasin		<input type="checkbox"/> Employé à temps partiel	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____		Diplôme obtenu en l'an _____	
Commentaires sur cette leçon de formation continue			
1. La notion de continuité des soins et de fidélité au traitement est-elle mieux comprise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
2. L'information contenue dans cette leçon était-elle pertinente pour votre pratique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
3. Croyez-vous que cette information pourra être intégrée à votre pratique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
4. Comment jugez-vous l'information contenue dans cette leçon ?			
<input type="checkbox"/> Trop élémentaire <input type="checkbox"/> Appropriée <input type="checkbox"/> Trop difficile			
5. Cette leçon répondait-elle aux objectifs d'apprentissage établis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
6. Quel thème aimeriez-vous que nous abordions dans un autre numéro? _____			
Offert par:  novopharm UNE FORCE À NULLE AUTRE PAREILLE™			
Veuillez compter de 6 à 8 semaines pour l'obtention des résultats. Télécopiez : Mayra Ramos au (416) 764-3337			
Québec Pharmacie et Novopharm reconnaissent l'importance d'utiliser de manière responsable les informations fournies dans leur programme de formation continue. Si vous ne désirez pas recevoir ces informations, ou si ne souhaitez pas que Novopharm vous envoie des renseignements sur ses produits et programmes, veuillez nous en faire part en cochant la case ci-dessous, et Pharmacy Practice respectera votre désir. <input type="checkbox"/> Je ne désire pas recevoir d'informations de la part de Novopharm.			