

CONSEILS POUR UNE MEILLEURE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

A.J. SCHEEN (1), A. PARADA (2), D. GIET (3)

RÉSUMÉ : Une prescription médicamenteuse conclut bon nombre de consultations médicales. Les bases rationnelles de la prescription d'un médicament par le médecin reposent sur de nombreux arguments pharmacodynamiques, pharmacocinétiques, pragmatiques et économiques. Il est cependant désolant de constater qu'un patient sur deux ne suit pas le traitement tel qu'il lui a été prescrit. Cet article analyse quelques-uns des obstacles à la relation thérapeutique médecin-malade, se traduisant par une adhésion imparfaite au traitement médicamenteux. Il donne quelques conseils pratiques pour tenter de remédier à cette situation dans le but d'améliorer l'efficacité et la sécurité d'emploi des médicaments.

MOTS-CLÉS : Médicaments – Observance thérapeutique – Pharmacothérapie – Prescription – Relation médecin-malade

ADVICES FOR A BETTER DRUG PRESCRIPTION

SUMMARY : The prescription of a pharmacological agent concludes most medical visits. The rational basis of drug prescription by the physician relies on numerous pharmacodynamic, pharmacokinetic, pragmatic and economic considerations. However, it is a pity to notice that one patient out of two does not strictly follow the pharmacological treatment as it was prescribed. This article analyses some problems of the patient-doctor relationship, which may reduce medication compliance, and provides practical advice for improving such a situation in order to enhance both efficacy and safety of drug prescribing.

KEYWORDS : Compliance – Drug – Pharmacotherapy – Prescription – Patient-doctor relationship

INTRODUCTION

La discordance pouvant exister entre les conseils du médecin et la réalité de leur suivi par le patient est aussi vieille que la médecine. Déjà Hippocrate affirmait que «dans toutes les maladies, la présence d'esprit et la bonne volonté à prendre ce qui est administré annoncent un avenir heureux; le contraire est un mauvais signe». Cet aphorisme reste pertinent, quelque 2.000 années plus tard et ce, d'autant plus que les moyens thérapeutiques actuels ont certes gagné en efficacité, mais aussi en complexité. Force est de reconnaître que seule la moitié des patients suivent leur prescription médicale à la lettre (1). Ce constat n'a pas manqué d'interpeller l'Organisation Mondiale de la Santé, notamment pour ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques (2). Le manque d'observance thérapeutique pose également un problème majeur en médecine préventive, par exemple pour la prévention des maladies cardiovasculaires (3). Le risque est d'autant plus élevé que la stratégie recommandée comprend un nombre toujours croissant de molécules (4). Le manque d'observance impose de s'interroger à propos de la bonne formulation des conseils qui sont donnés par le médecin au patient quant à la prescription médicamenteuse. «Pharmakon», médicament en grec, veut dire poison et remède, ce qui exprime bien la signification équivoque

de la thérapeutique. Si le médicament représente pour celui qui le prescrit le soin, pour le patient ce même médicament représente, certes le soin et donc l'espoir de guérison, mais aussi sa maladie, sa souffrance, ses craintes. C'est dire l'ambivalence du rapport médecin-patient et de chacun des deux vis-à-vis du médicament (5).

Le but de cet article est de donner quelques conseils pour une prescription efficace susceptible d'améliorer, non seulement l'observance thérapeutique, mais aussi l'efficacité et la sécurité du traitement proposé (6). Pour ce faire, il convient que le médecin prodigue à son patient des indications précises de posologie et des instructions en termes de nombres de prises journalières, d'horaire d'ingestion par rapport aux repas, de durée de traitement... Encore faut-il que tous ces conseils soient ensuite respectés par le patient.

BASES RATIONNELLES SCIENTIFIQUES DE LA PRESCRIPTION

La prescription médicamenteuse repose sur des règles scientifiques relativement bien codifiées (Tableau I) (6, 7).

LE RATIONNEL PHARMACOLOGIQUE

La sélection d'un médicament doit se baser sur une bonne connaissance à la fois de la maladie et de la pharmacologie. Le médicament sera prescrit soit dans une optique étiologique, soit à visée symptomatique. Il sera choisi en fonction de son mode d'action, de son efficacité potentielle, de sa sécurité et tolérance. L'apport de la médecine factuelle («Evidence-Based Medicine» ou EBM) ne peut être négligé dans cet important processus de sélection conduisant à la prescription thérapeutique (8).

(1) Professeur ordinaire, Université de Liège, Chef de Service, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques et Unité de Pharmacologie clinique, Département de Médecine CHU Sart Tilman, Liège.

(2) Médecin généraliste à Basse Bodeux, Maître de Stage, Département de Médecine générale, ULg.

(3) Médecin Généraliste, Professeur, Département de Médecine Générale, Université de Liège.

TABLEAU I : FONDEMENTS SCIENTIFIQUES ET RATIONNELS DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

1) Aspects pharmacodynamiques	
-	- Mécanisme d'action
	- Ratio efficacité/sécurité (EBM)
	- Ajustement posologique (titration)
	- Associations médicamenteuses synergiques
-	- Interactions pharmacodynamiques néfastes
2) Aspects pharmacocinétiques	
	- Horaire de prise par rapport aux repas
	- Chronopharmacocinétique
	- Interactions médicamenteuses à risque
-	- Réductions posologiques si insuffisance rénale/hépatique
3) Aspects pragmatiques	
	- Facilité d'administration
4) Aspects économiques	
-	- Coût du traitement

La réponse thérapeutique dépend, parmi d'autres facteurs, de la posologie journalière et de la durée du traitement médicamenteux. Les défauts d'observance thérapeutique («compliance») concernent souvent ces deux aspects de la prescription. En effet, le patient, selon son profil psychologique et l'affection dont il est atteint, sera souvent tenté de diminuer la posologie (par crainte d'effets indésirables) ou, au contraire, de l'augmenter (dans l'espoir, souvent illusoire, d'augmenter l'efficacité et de «guérir plus vite»). Dans bien des cas, un arrêt prématuré, par négligence ou motivé par une amélioration de la symptomatologie, aboutit à une récurrence rapide de la maladie qui, parfois, devient plus résistante au traitement. Il est donc essentiel de bien informer le patient sur l'importance de respecter la posologie prescrite et la durée du traitement. Idéalement, posologie et durée du traitement seront clairement indiqués sur l'ordonnance (9).

La chronopharmacologie et la chronopharmacothérapie, dont les principes sont connus de longue date (10), sont régulièrement utilisées dans le domaine de la cancérologie. Elles peuvent certainement aussi trouver des applications dans d'autres domaines de la médecine. Dans certains cas, en effet, l'horaire de prise, matinale ou vespérale, peut être important, soit pour améliorer l'efficacité du traitement (prise de dexaméthasone au coucher pour inhiber le pic de sécrétion nocturne d'ACTH et corriger une hyperandrogénie; prise d'hydrocortisone le matin pour mimer au mieux le rythme nyctéméral physiologique), soit pour limiter la survenue de manifestations indésirables (prise de médicaments avec effets sédatifs au coucher, y compris certains antidépresseurs ou antihistaminiques H1). Rappelons que les statines seront de

préférence ingérées le soir afin de faire coïncider l'acmé de leur concentration plasmatique (et hépatique) avec la période nocturne pendant laquelle la synthèse endogène de cholestérol est maximale.

Une titration progressive sera souvent utilisée en fonction de la réponse observée et des éventuelles manifestations indésirables. La relation dose-effet peut cependant varier selon la classe pharmacologique. Dans bien des cas, cependant, la relation n'est pas linéaire, mais plutôt de type hyperbolique. Il en résulte qu'une bonne part de l'effet escompté est déjà obtenu avec la moitié de la dose maximale et qu'une augmentation de la posologie jusqu'au maximum n'apporte qu'un gain supplémentaire relativement limité quant à l'efficacité, tout en pouvant entraîner des problèmes de tolérance ou de sécurité. L'alternative sera de recourir à une combinaison thérapeutique de plusieurs médicaments utilisés chacun à une posologie sous-maximale. Bien évidemment, il conviendra, dans ce cas, de sélectionner des médicaments qui ont des mécanismes d'action différents aboutissant à un renforcement de l'activité thérapeutique finale, par un effet additif, voire synergique. Ainsi, dans le domaine du traitement de l'hypertension artérielle, il est souvent préférable de combiner un diurétique à une dose modérée d'un antagoniste du système rénine-angiotensine plutôt qu'augmenter systématiquement la posologie de ce dernier jusqu'au maximum. C'est également le cas dans le traitement du diabète de type 2 où il est de plus en plus conseillé d'associer un insulinosensibilisateur (metformine ou glitazone) à une dose modérée d'un insulinosécrétagogue (sulfonylurée) plutôt que de titrer le sulfamide jusqu'à une posologie maximale.

Enfin, il faut rappeler que la prescription de plusieurs médicaments (le plus souvent pour traiter différentes pathologies présentes simultanément) expose le patient à la problématique des interactions médicamenteuses. C'est particulièrement le cas chez le sujet âgé (6, 11). La plupart d'entre elles sont d'ordre pharmacocinétique, mais certaines reconnaissent une origine purement pharmacodynamique. L'attention doit tout spécialement se porter sur la recherche de la présence simultanée de deux médicaments aux effets opposés; par exemple, l'agoniste d'un récepteur (par exemple, un bêta-2 mimétique) ne peut être coprescrit avec un antagoniste de ce même récepteur (par exemple, un bêta-bloquant non sélectif). Les interactions pharmacodynamiques sont cependant parfois plus complexes, même si certaines sont devenues classiques et bien connues : rappelons, à titre d'exemples,

l'association proscrite d'un tricyclique (inhibiteur de la recapture neuronale de la noradrénaline) et d'un inhibiteur de la monoamine oxydase (risque de crise adrénargique) ou, plus communément, l'interaction pharmacodynamique résultant de la combinaison d'agents anti-hypertenseurs et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (atténuation de l'effet hypotenseur et parfois risque d'insuffisance rénale).

LE RATIONNEL PHARMACOCINÉTIQUE

Les bases élémentaires de la pharmacocinétique doivent guider la prescription médicamenteuse. La concentration finale efficace dépendra, outre de la posologie prescrite, de toute une série de mécanismes susceptibles d'influencer la biodisponibilité, la distribution, la métabolisation et l'élimination du médicament. Parmi les phénomènes susceptibles d'influencer la biodisponibilité, assez facilement maîtrisables en pratique clinique, figure la prise du médicament à jeun ou lors des repas. Certains médicaments devraient être préférentiellement pris lors des repas, parce qu'ils sont agressifs pour la muqueuse gastrique (tels les anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou moins bien tolérés sur le plan digestif lorsqu'ils sont pris à jeun (metformine) ou parce que leur biodisponibilité n'est pas affectée par les aliments (voire est augmentée); d'autres, au contraire, devront être pris à distance des repas pour ne pas voir leur résorption entravée (isoniazide, thyroxine, par exemple). Lorsque la condition de prise joue un rôle important dans la résorption digestive du médicament, il est important d'en avertir le patient et de lui expliquer les raisons. Dans quelques cas particuliers, la prise concomitante de certains aliments sera déconseillée; c'est le cas, par exemple, du jus de pamplemousse pour les médicaments à index thérapeutique étroit métabolisés par le cytochrome P450 3A4, comme la ciclosporine (cette isoforme CYP3A4, est, en effet, inhibée par un composant du pamplemousse) ou encore des aliments lactés pour les médicaments susceptibles de précipiter en présence de calcium, comme les tétracyclines ou encore les diphosphonates.

La combinaison de plusieurs médicaments expose le patient à un risque accru d'interactions médicamenteuses. La plupart d'entre elles, et celles qui ont conduit aux manifestations indésirables les plus graves, concernent les agents inhibant le cytochrome P450, notamment le cytochrome 3A4 (antimycotiques azolés comme le fluconazole, l'itraconazole, le kétoconazole ou le miconazole, macrolides, notamment l'érythromycine; cimétidine, amiodarone, ou encore

certaines antirétroviraux) : par exemple, ces agents sont susceptibles d'inhiber le métabolisme d'autres médicaments dont l'augmentation des concentrations plasmatiques peut conduire à un allongement de l'espace QT et à des torsades de pointe (terfénadine, cisapride ...) ou encore à des risques hémorragiques (antivitamine K de type warfarine ou acénocoumarol). Il s'agit là d'un aspect particulièrement important de la prescription médicamenteuse, mais trop vaste pour être abordé ici de façon plus exhaustive. Certains exemples pratiques d'interactions médicamenteuses touchant quelques médicaments parmi les plus prescrits en Belgique seront présentés dans un autre article du même numéro (12).

Le médecin devra éventuellement tenir compte de diverses pathologies associées pour adapter au mieux la posologie prescrite. C'est principalement le cas en présence d'une insuffisance rénale, condition fréquente, notamment chez le sujet âgé (6, 11), qui demandera un abaissement de la dose journalière des médicaments éliminés par le rein; cette réduction se fera le plus souvent proportionnellement à la diminution de la filtration glomérulaire. Pour beaucoup de médicaments, cependant, la réduction posologique ne devra être instaurée qu'en cas d'insuffisance rénale sévère (par exemple, clairance inférieure à 30 ml/min). Pareille adaptation pourra être opérée, soit en diminuant la dose à chaque administration (par exemple, pour les antibiotiques temps-dépendants de la famille des bêta-lactamines, à savoir les dérivés de la pénicilline ou les céphalosporines), soit en augmentant l'intervalle de temps entre deux doses successives (par exemple, pour les antibiotiques concentration-dépendants, comme les aminoglycosides ou les fluoroquinolones). La présence d'une insuffisance hépatique (par exemple, chez le patient cirrhotique) doit éventuellement faire adapter la posologie des nombreux médicaments métabolisés par le foie, en particulier les nombreux médicaments lipophiles qui agissent sur le système nerveux central ou encore le paracétamol. Dans les deux cas de figure, l'ajustement posologique sera d'autant plus important que les médicaments concernés ont un index thérapeutique étroit : une absence de réduction posologique entraînerait des concentrations plasmatiques élevées qui pourraient dépasser le seuil toxique. Lorsque cela est possible, le recours à un monitoring thérapeutique est utile (digoxine, théophylline, ciclosporine, lithium, aminoglycosides, certains anti-épileptiques, ...).

LE RATIONNEL PRAGMATIQUE

La prise d'un médicament impose toujours une contrainte au patient. Le médecin doit essayer de limiter au maximum cette dernière, par exemple en veillant à réduire le nombre de prises par jour (intérêt des formes retard ou à longue durée d'action) ou en privilégiant les modalités d'administration les plus commodes pour le patient. Le recours à un mode d'administration médicamenteux sophistiqué (aérosol-thérapie, multi-injections) pourra être mal accepté et/ou mal réalisé par certains patients. Les malades âgés rencontrent souvent des difficultés très concrètes qui font obstacle à une prise médicamenteuse correcte : ouverture du flacon, usage d'un compte-gouttes, galéniques inadaptées... Le recours à un pilulier adapté peut s'avérer utile, voire indispensable dans certains cas. Tenir compte de ces aspects de la prescription, même si cela peut paraître trivial, pourra améliorer l'observance thérapeutique au long cours et donc, *in fine*, conditionner la réponse thérapeutique.

LE RATIONNEL ÉCONOMIQUE

Le coût d'un médicament ou d'une stratégie médicamenteuse, pour le malade comme pour la société, ne peut être occulté dans la prescription thérapeutique, *a fortiori* avec la commercialisation de médicaments de plus en plus onéreux. A efficacité et sécurité comparables, il convient de donner la préférence aux médicaments les moins onéreux. La problématique liée à la prescription de génériques est abordée dans un autre article de ce numéro (13).

Un autre aspect à ne pas négliger est l'éventuelle autosélection faite par le patient parmi une longue liste de médicaments en fonction de critères financiers et non en fonction de critères d'efficacité. Le malade pourra, en effet, être tenté d'éliminer des médicaments particulièrement importants pour son traitement, mais jugés trop chers, alors qu'il continuera à prendre des molécules d'intérêt secondaire uniquement parce qu'elles sont bon marché. Le médecin doit donc veiller à limiter la prescription aux médicaments ayant vraiment apporté les preuves de leur efficacité thérapeutique et a dûment informer son patient sur la hiérarchie éventuelle des médicaments prescrits. Cet aspect particulier, mais hélas non exceptionnel, de la pharmacothérapie souligne l'importance de la relation médecin-patient dans toute prescription médicamenteuse.

LA PRESCRIPTION THÉRAPEUTIQUE AU COEUR DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE

Les personnes âgées rassemblent toutes les conditions pour une mauvaise observance thérapeutique (6, 11). L'analyse et l'anticipation des difficultés à suivre un traitement sont la base de toute stratégie visant à améliorer la prescription thérapeutique. Schématiquement, la proposition d'un traitement à un patient peut être subdivisée en trois étapes successives : d'abord, la mise en forme du message; ensuite, sa délivrance; enfin, sa réception (Tableau II) (5).

MISE EN FORME DU MESSAGE

La formulation de la proposition thérapeutique doit éviter certains pièges et, notamment, celui de ne pas être à l'écoute du patient. En effet, les objectifs du patient et du médecin ne sont pas toujours superposables. C'est à celui qui veut faire passer son message thérapeutique à percevoir et analyser semblable divergence.

La mise en forme du message sera d'autant plus aisée pour le médecin qu'il est rassuré sur la fiabilité de son diagnostic, qu'il connaît bien l'histoire naturelle de la maladie, spontanément et sous traitement, et qu'il est bien informé quant aux modalités thérapeutiques à instaurer. Ceci impose une bonne connaissance de la médecine, en général, et de la pharmacothérapie, en particulier (7). Le médecin doit savoir ce qu'il peut attendre du médicament prescrit, à la fois dans ses aspects positifs (réponse thérapeutique) et dans ses aspects négatifs potentiels (manifestations indésirables).

Pour tout patient sensé éprouver des difficultés à suivre un traitement, le médecin peut adop-

TABLEAU II : LA PRESCRIPTION THÉRAPEUTIQUE AU COEUR DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE.

- 1) Mise en forme du message
 - Conception correcte de la problématique
 - Prise en compte de la polymédication/automédication
 - Définition d'objectifs précis, concrets et raisonnables
 - Présentation claire, bien détaillée et lisible de l'ordonnance
- 2) Délivrance du message thérapeutique
 - Disponibilité du médecin pour expliquer l'ordonnance
 - Négocier plutôt qu'imposer, chercher l'adhésion plutôt que l'obéissance
 - S'aider éventuellement d'un carnet de suivi/journal de bord
- 3) Réception du message thérapeutique
 - Evaluer la bonne compréhension du message-
 Faire appel à l'aide de l'entourage en cas de difficulté
 Rechercher les pensées automatiques négatives

ter plusieurs stratégies, parmi lesquelles proposer un enchaînement progressif d'objectifs intermédiaires et établir un contrat thérapeutique avec le patient (5). Les médecins sont trop souvent ambitieux avec les objectifs thérapeutiques qu'ils fixent pour leurs patients et omettent d'évaluer le réalisme de tels objectifs. Pour le patient, un objectif thérapeutique intermédiaire doit être réaliste, réalisable rapidement et auto-évaluable. Un contrat thérapeutique est un engagement mutuel précisant les moyens et les méthodes à employer pour atteindre un but commun convenant au médecin et au patient. Il peut être modifié en tout temps, mais exclusivement après discussion entre les deux contractants. Le non-respect d'une clause du contrat ne peut être sujet à sanction, mais bien à une éventuelle modification du contrat après une nouvelle négociation. La durée du contrat doit être limitée dans le temps et rediscutée régulièrement. Il est recommandé de privilégier le contrat écrit ou, en cas de contrat oral, d'en consigner les éléments clés dans le dossier médical afin de pouvoir s'y référer en tout temps (5).

DÉLIVRANCE DU MESSAGE

Certaines erreurs ne doivent pas être commises. Dans l'intention d'insister sur l'importance d'un médicament, il n'est pas souhaitable d'être dogmatique. Le médecin doit négocier plutôt qu'imposer et chercher l'adhésion du patient plutôt que l'obéissance. Pour ce faire, il doit être disponible pour donner des explications sur la maladie et les enjeux du traitement et prendre le temps d'expliquer l'ordonnance. Idéalement, le médecin traitant doit, pour chaque patient, récapituler sur un feuille unique le schéma thérapeutique reprenant l'ensemble des traitements et, le cas échéant, le nombre et l'horaire des prises médicamenteuses journalières devront y être aussi clairement consignées ainsi que les éventuelles modalités particulières d'administration (à jeun ou lors du repas).

Si l'effet attendu n'est pas immédiat, le patient doit en être dûment informé. Il s'agit, en effet, souvent là d'un motif d'arrêt prématuré qui pourrait facilement être évité. Par ailleurs, il vaut mieux prévenir le patient, et éventuellement son entourage, de la possibilité de manifestations indésirables et anticiper sur les solutions et la conduite à tenir.

Enfin, le journal de bord est peut-être l'outil le plus précieux dont le médecin dispose pour faire face aux difficultés de ses patients à suivre leur traitement. En fonction de la situation, son utilisation peut donc être proposée dès la délivrance du message. Il s'agit d'un carnet dans

lequel le patient note des observations en relation avec la prise des médicaments : l'horaire des prises, des résultats d'auto-tests comme la glycémie, la pression artérielle ou le débit expiratoire de pointe, l'amélioration de symptômes ou, au contraire, l'apparition de manifestations indésirables... L'emploi d'un journal de ce type crée un partenariat entre le patient et le médecin: l'un observe et note, l'autre lit et aide à trouver des solutions. Cette approche est utilisée depuis longtemps en diabétologie. Attention, cependant, l'utilisation de ce carnet de bord exige sa consultation régulière. En effet, oublier de le consulter équivaut pour le médecin à se discréditer aux yeux du patient, avec la démonstration du peu d'attention accordée aux efforts fournis.

RÉCEPTION DU MESSAGE

L'information au patient dépend certes de la qualité de l'explication fournie par le médecin, mais aussi de la possibilité de compréhension de la part du malade. Les sujets âgés, parlant une langue étrangère ou provenant de milieux défavorisés ont souvent plus de difficultés, mais le problème de la compréhension (et donc de l'adhésion au traitement) ne se limite pas à ce type de patients. Il faut savoir, en effet, que lorsque le médecin parle objectivement de la maladie et du médicament, c'est subjectivement que cela va être entendu par le patient. Dès lors, le médecin doit non seulement être attentif à la conception de son message thérapeutique et aux moyens mis en œuvre pour le délivrer correctement, mais il doit aussi être à l'écoute de son patient pour juger de la qualité de la réception de ce message. Cette attitude permettra souvent au médecin d'apprendre du patient sa ou ses propres théories de la maladie et du médicament. Le médecin sera alors souvent surpris par la valeur constructive ou parfois destructrice attribuée par le patient au médicament prescrit, loin de toute explication rationnelle. L'information scientifique en médecine est filtrée par la subjectivité de la personne qui la reçoit. Cette difficulté doit être prise en considération par le soignant, surtout en cas d'échec thérapeutique inexplicé et répété.

Trop peu de médecins demandent à leur patient s'il a eu un problème ou une difficulté à suivre son traitement. L'exploration active des manifestations indésirables d'un traitement prescrit n'est effectivement pas une démarche facile. Elle expose le médecin au difficile constat de l'iatrogénicité de son action, à une déconvenue ou à une irritation liée aux interprétations du patient qui peuvent diverger de sa propre analyse. Trop souvent, certainement inconsciemment, les médecins font l'impasse sur cette

étape. Face à une question trop vague de leur part, du genre «et votre traitement, ça va ?», le patient a tendance à fournir une réponse positive évasive et non réellement informative. Lorsqu'une difficulté est évoquée ponctuellement, le médecin se borne souvent à écouter ce que dit le patient, émet parfois une solution, sans s'assurer qu'elle convient au patient, et passe à un autre sujet. Une processus d'aide en 6 étapes devrait permettre au médecin d'aborder plus systématiquement les difficultés que rencontre le malade dans la mise en pratique et le suivi de son traitement, notamment médicamenteux :

- 1) rechercher si le patient rencontre une difficulté pour se traiter;
- 2) faire décrire précisément la difficulté rencontrée par le patient;
- 3) reformuler la difficulté évoquée par le patient (« si je vous ai bien compris, vous dites ... »);
- 4) analyser avec le malade les causes de cette difficulté à suivre le traitement;
- 5) élaborer une stratégie avec son patient pour tenter de supprimer ou contourner la difficulté;
- 6) évaluer ultérieurement la stratégie afin de savoir si elle a permis de résoudre la problématique (5).

CONCLUSION

Les enjeux de la pharmacothérapie comportent deux versants symétriques, celui de l'efficacité thérapeutique et celui de la sécurité. Le médecin doit mettre tout en œuvre pour prescrire le «meilleur traitement» en faisant appel à ses connaissances des mécanismes pharmacodynamiques et pharmacocinétiques, sans oublier les aspects pragmatiques ou économiques. Cependant, l'observance thérapeutique joue également un rôle incontestable, quoique souvent sous-estimé, voire négligé. Un traitement n'est le plus souvent pleinement efficace que s'il est correctement pris; à l'inverse, il peut s'avérer dangereux en cas de mauvaise observance. Les paramètres pouvant interférer avec le bon suivi des prescriptions sont très nombreux. Tous répondent cependant à un principe général essentiel : la relation thérapeutique découle d'un acte de communication entre le médecin et son patient. La qualité de cette relation sera seule à même d'influer positivement sur le vécu du patient vis-à-vis de sa maladie, mais aussi de son traitement. C'est au médecin qu'il incombe de maîtriser la complexité de la prescription médicamenteuse en soignant la mise en forme du message thérapeutique, en simplifiant les modalités pratiques de sa délivrance et en vérifiant la qualité de sa réception par le patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Scheen AJ.— L'observance thérapeutique. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 854-858.
2. World Health Organization.— Adherence to long-term therapies : Evidence for action. OMS, Genève, Suisse, 2003, 196 p.
3. Scheen AJ.— La non-observance thérapeutique : problème majeur pour la prévention des maladies cardiovasculaires. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 914-920.
4. Scheen AJ, Lefèbvre PJ, Kulbertus H.— Comment je préviens ... Les maladies cardio-vasculaires par une approche pharmacologique combinée : y a-t-il place pour une « polypill » ? *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 527-533.
5. Grimaldi A, Cosserat J (Eds).— La relation médecin-malade. *EMC référence Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Elsevier, Paris, 2004, 202 p.
6. Jackson SHD, Mangoni AA, Batty GM.— Optimization of drug prescribing. *Br J Clin Pharmacol*, 2004, **57**, 231-236.
7. Scheen AJ.— Comment je traite... De la pharmacologie spéciale à la thérapeutique médicale : plaidoyer pour un enseignement privilégiant l'apprentissage au raisonnement thérapeutique, de la décision à la prescription. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 811-816.
8. Costentin J.— Pharmacothérapie pratique à l'officine : l'essentiel. *Collection Pharma*, Elsevier, Paris, 2004, 237 p.
9. Numéraux spéciaux.— De la médecine factuelle aux recommandations thérapeutiques. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 201-320 et 325-477.
10. Scheen A, Luyckx A.— Chronopharmacologie et chronothérapeutique. *Rev Med Liège*, 1985, **40**, 528-532.
11. Scheen AJ.— Particularités de la pharmacothérapie chez le sujet âgé. *Rev Med Liège*, 1997, **52**, 201-204.
12. Scheen AJ.— Interactions médicamenteuses : de la théorie à la pratique. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 471-482.
13. Delporte JP, Delattre L.— Les génériques. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 459-463.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
email : andre.scheen@chu.ulg.ac.be