

## EVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LE CADRE DE LA GRATUITE CIBLÉE EN CÔTE D'IVOIRE

### Auteurs

KOUROUMA K Raissa<sup>1</sup>,  
YAYO Sagou Patrick O<sup>2</sup>,  
YOHOU Kévin S<sup>3</sup>,  
POLNEAU Sandrine<sup>4</sup>,

### Services

1- Pharmacienne,  
Attachée de recherche en  
Politique et Système de  
Santé à l'Institut National  
de Santé Publique

2- Pharmacien, Attaché  
de recherche en Politique  
et Système de Santé à  
l'Institut National de  
Santé Publique, Directeur  
Coordonnateur du  
Programme National  
de Développement de  
L'Activité Pharmaceutique.

3- Médecin. Attaché de  
recherche en Politique  
et Système de Santé à  
l'Institut National de  
Santé Publique

4- Pharmacienne,  
Maitre Assistant UFR  
SPB Laboratoire de  
Biostatistiques

### Correspondance

KOUROUMA Kadidiatou  
Raissa  
E-mail : kadirak9@yahoo.fr  
BP 18 BP 2685 Abidjan 18

### RESUME

La fréquence des erreurs de prescription augmente avec la charge de travail des prescripteurs comme c'est le cas dans les systèmes de gratuité. Une étude transversale à visée descriptive a été menée sur une série rétrospective d'ordonnances délivrées au cours du premier semestre de l'année 2014 dans 5 régions sanitaires de la Côte d'Ivoire. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la qualité des prescriptions par la recherche d'erreurs de protocole et de codification sur les prescriptions pour le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.

Sur un ensemble de 993 ordonnances collectées, 44% n'étaient pas conformes. Les erreurs de protocole étaient plus importantes dans la zone couverte par les deux régions sanitaires d'Abidjan ( $p < 0,01$ ) et dans les structures de santé de références ( $p < 0,001$ ). Quant aux erreurs de codification, elles étaient plus fréquentes dans les établissements sanitaires de premier contact ( $p = 0,0076$ ) et les services de médecine générale ( $p = 0,028$ ).

Notre étude a permis de relever que la sensibilisation du personnel de santé est primordiale pour une sécurisation des prescriptions médicamenteuses.

**Mots-clés :** système de santé, qualité des soins, prescription médicamenteuse, gratuité ciblée des soins, Côte d'Ivoire.

### ABSTRACT

*The frequency of prescriptions errors increase with the workload as it is the case in free targeted health care system. The aim of this cross-sectional descriptive study was to assess the quality of drug prescriptions by seeking protocol and coding errors for malaria, diarrhea and acute respiratory infections, among a retrospective series of prescriptions issued during the first semester of 2014. Of all the 993 prescriptions collected, 44% of them were not in accordance. Protocol errors were higher*

*in the area covered by the health regions of Abidjan ( $p < 0,01$ ) and reference structures ( $p < 0,001$ ). As regards coding errors, they were more common in first contact health facilities ( $p = 0,0076$ ) and general practice services ( $p = 0,028$ ). Our findings show that awareness of health professional is crucial for prescriptions securing.*

**Keywords:** *Health system, quality of health care, prescription, free targeted healthcare, Côte d'Ivoire*

## **INTRODUCTION**

La qualité de la prescription médicamenteuse fait partie de la qualité des soins médicaux apportés aux patients. Tous les professionnels de santé ont un objectif commun, qui est d'offrir à leurs patients la meilleure qualité de soins possibles. Ainsi l'analyse des prescriptions médicamenteuses s'inscrit dans une démarche qualité visant à assurer la sécurité du patient.

Les erreurs de prescription constituent un problème de santé publique qui interpelle tous les acteurs du système de santé. Ces erreurs sont souvent à l'origine d'accidents thérapeutiques médicamenteux (ATM) qui doivent rester une préoccupation majeure des prescripteurs et dispensateurs pour maintenir la confiance du patient dans le système de santé et de soins (Hamilton RA et Gordon T, 1992).

La gratuité ciblée, ou gratuité pour les femmes enceintes, les parturientes, les enfants de moins de 5 ans et les patients en urgences médico-chirurgicales été décrétée dans les formations sanitaires publiques pour tous les soins de santé, analyses médicales, examens radiologiques et médicaments par le gouvernement en Mars 2012 (Ministère de la Santé Côte et de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire, 2012). Cette mesure de gratuité ciblée qui faisait suite la gratuité généralisée en 2011 (Ministère de la Santé Côte et de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire, 2012), a entraîné une augmentation de la fréquentation des services de santé. Cet accroissement du niveau de fréquentation a occasionné une augmentation de la charge de travail qui pourrait être à l'origine d'erreurs médicamenteuses (Holloway C et al, 2003).

L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité des prescriptions sur le plan réglementaire et technique pour trois pathologies et symptômes (paludisme, diarrhée, infections respiratoires aiguës) couvertes par la gratuité ciblée des soins dans cinq régions sanitaires.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive menée sur une série rétrospective d'ordonnances délivrées dans le cadre de la gratuité ciblée, au cours du premier semestre de l'année 2014 dans les régions sanitaires d'Abidjan 1 Grands Ponts, Abidjan 2, Gboklé Nawa San Pédro, Tonkpi et Cavally Guemon.

Les données ont été recueillies du 19 Août au 9 Septembre 2014 dans 35 structures sanitaires du pays et au niveau de 9 services: Consultation Prénatale et Néonatale (CPN), Protection Maternelle et Infantile (PMI), pédiatrie, gynécologie, maternité, dispensaire, médecine générale, urgence et chirurgie.

Le dispensaire et les urgences ont été considérés comme faisant partie de la médecine générale et les autres services comme des services de spécialité.

Les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) comprenaient les formations sanitaires urbaines (FSU), formations sanitaires urbaines et communautaires (FSUCOM), les centres de santé urbains (CSU) et les centres de santé urbains et communautaires (CSUCOM). Les structures de références comprenaient quant à elles, les centres hospitaliers régionaux, et les hôpitaux généraux.

Les ordonnances médicales lisibles et délivrées pour le paludisme, la diarrhée, et les Infections Respiratoires Aigües (IRA) au cours du premier semestre de l'année 2014, ont été retenues. Au total sur les 1087 collectées, 993 ordonnances ont fait l'objet d'une analyse. La qualité de la prescription a été recherchée à travers les critères suivants: le volet règlementaire par le respect de la codification (identification du patient, nom de la pathologie) et le volet technique par le respect des protocoles thérapeutiques (médicaments prescrits, posologie et durée du traitement, forme galénique).

Les prescriptions étaient considérées comme conformes lorsqu'elles respectaient toutes les composantes ou modalités (identification du patient, nom de la pathologie, médicaments prescrits, posologie, durée du traitement, forme galénique) des deux critères que sont la codification et les protocoles thérapeutiques dans le cadre de la gratuité ciblée. Lorsqu'un seul des deux critères n'était pas respecté, la prescription était considérée comme non conforme.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 18.0. Le test statistique utilisé a été le Chi carré considéré comme significatif si  $p < 0,05$ .

## RÉSULTATS

### Proportion de prescriptions correctes par régions sanitaires

L'analyse des ordonnances a montré que 44% d'entre elles comprenaient des prescriptions non conformes. La quasi-totalité des régions enregistraient plus de 50% de prescriptions conformes sauf la région de Gboklé –Nawa-San Pédro avec 49% de prescriptions conformes.

Tableau I : Proportion de prescriptions conformes par région sanitaire

Régions	Nombres d'ordonnances analysées	Prescriptions conformes		Prescriptions non conformes	
		n	%	n	%
Abidjan 2	468	263	56	205	44
Cavally Guemon	172	106	62	66	38
Abidjan 1 Grands Ponts	193	97	50	96	50
Tonkpi	111	67	60	44	40
Gbokle Nawa San Pédro	49	24	49	25	51
Total	993	557	56	436	44

### Proportions de prescriptions conformes par type de structures sanitaires (SS)

Les résultats du test du Chi carrée ont montré une différence fortement significative entre les types de structures sanitaires. Il ressort de cette analyse que les erreurs de prescriptions étaient plus importantes dans les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) par rapport aux structures de références.

Tableau II : Proportions de prescriptions conformes par type de structure sanitaire

	Prescriptions			
	Conforme		Non conforme	
	n	%	n	%
ESPC	271	53	245	47
Structure de référence	286	60	191	40

$\chi^2= 5,57$  ddl=1 p=0,0183

### Proportion de prescriptions conformes par type service et par pathologie

En général, tous les services enregistraient plus de 50% de prescriptions conformes. En ce qui concerne les pathologies cibles, les ordonnances de paludisme avaient le moins de prescriptions conformes, suivies de celles de la diarrhée et des IRA.

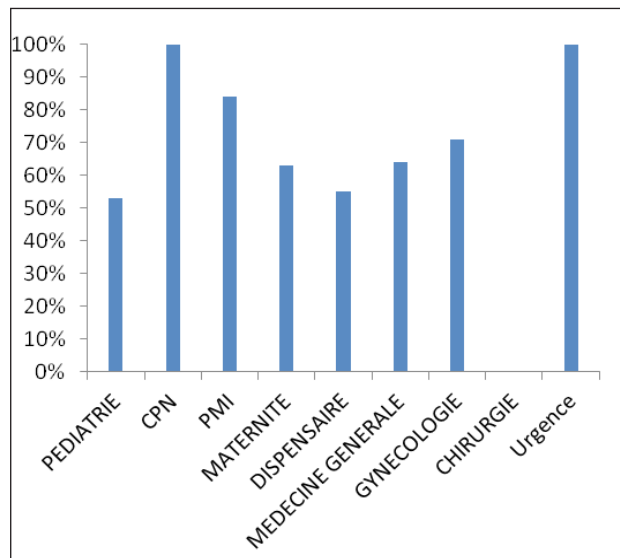


Figure 1 : Proportion de prescriptions conformes par type de service

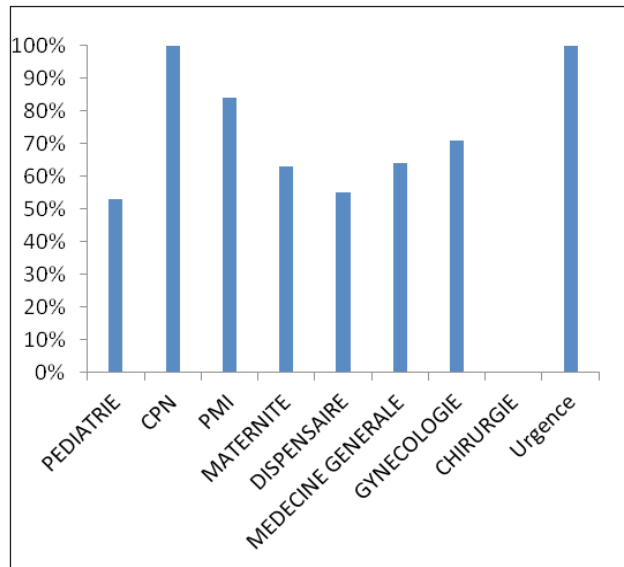


Figure 2 : Proportion de prescriptions conformes par pathologie

### **Distribution selon la nature de l'erreur (erreur de codification ou de protocole)**

La distribution des erreurs selon leur nature qu'elles soient des erreurs de protocole ou des erreurs de codification a été appréciée à l'aide du Chi carrée de Pearson.

Les résultats du test figurant dans le tableau III, ont montré que les erreurs de protocole et de codification sont plus importantes dans la zone couverte par les régions sanitaires d'Abidjan 1 et 2 par rapport à l'ensemble des autres régions avec une différence fortement significative entre les deux groupes. Il en était de même entre les ESPC et les structures de références, ces derniers enregistraient un plus grand nombre d'erreur de protocole avec une différence fortement significative ( $p=10^{-5}$ ).

Concernant les erreurs de codification, elles étaient plus fréquentes dans les ESPC par rapport aux structures de référence ( $p=0,0076$ ), et dans les services de médecine générale par rapport au service de spécialités ( $p=0,028$ ).

**Tableau III :** Distribution des erreurs de codification et de protocole selon la localisation, le type de structure sanitaire et le type de service.

Modalités	Erreur de codification			Erreur de protocole		
	Oui	Non	$\chi^2$ (p)	Oui	Non	$\chi^2$ (p)
<b>Localisation des SS</b>						
Abidjan	575	55		400	253	
Autres	274	58	16,019 (0,0001068)	232	100	7,118 (0,0076)
<b>Type de SS</b>						
ESPC	400	253		298	218	
Structures de référence	232	100	7,118 (0,0076)	342	135	21,041 (0,00001)
<b>Type de service</b>						
Médecine générale	511	72		368	215	
Service de spécialité	339	71	4,817 (0,028)	272	138	1,089 (0,297)

## DISCUSSION

La prescription joue un rôle primordial dans le processus médicamenteux. Cette étape exige une prise de décision clinique, le choix du médicament approprié, la détermination du dosage adéquat, la prise en compte des caractéristiques du produit, l'inscription du processus dans le dossier médical et l'établissement d'une ordonnance orale ou écrite. C'est surtout à cette étape que surviennent de nombreuses erreurs évitables, comme le souligne la littérature spécialisée (Aspden P, 2007; Bates DW, 2007).

L'une des limites de notre étude était la comparaison difficile avec les autres études étant donné le contexte de la gratuité ciblée et les critères de qualité sélectionnés d'une prescription médicamenteuse qui diffèrent d'une étude à l'autre.

Les résultats de notre étude ont montré une proportion élevée de prescriptions non conformes. En effet, sur les 993 ordonnances analysées 44 % présentaient des erreurs de prescription. Ce résultat se rapproche de celui rapporté par la première étude sur les erreurs médicamenteuses en Indonésie qui a montré une proportion d'erreur de prescription de 40.6% sur un total de 770 ordonnances (Ernawati DK et al, 2014).

Notre étude a également mis en évidence une proportion plus élevée de prescriptions non conformes dans les ESPC par rapport aux structures de référence. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'augmentation de la charge de travail suite aux mesures de la gratuité ciblée.

Dans notre étude, nous nous ne sommes pas penchés sur les causes des erreurs de prescription qui feront l'objet d'une étude ultérieure. Cependant, différentes études principalement dans le secteur hospitalier, ont analysé les causes des erreurs de prescriptions (Dean B et al, 2002; Coombes ID et al, 2008; Hartel M et al, 2011). Des entretiens qualitatifs avec des médecins anglais impliqués dans des erreurs de prescription ont montré que les principales causes étaient liées à l'environnement professionnel (charge de travail élevée, environnement professionnel et effectifs), à l'équipe médicale (malentendus

ou défaut de communication, responsabilités mal définies, manque de supervision chez les médecins-assistants), à des facteurs personnels (mal-être physique ou psychique, fatigue ou stress, manque de connaissances) (Dean B et al, 2002; Hostettler S et al, 2012).

Concernant la nature des erreurs de prescription, notre étude a révélé que le nombre d'erreur de codification était plus important dans les régions sanitaires d'Abidjan et dans les ESPC. Cette constatation pourrait s'expliquer par un manque de connaissance du système de codification par les prescripteurs dans le cadre de la gratuite ciblée.

Il ressort également de cette étude que le nombre de prescriptions présentant des erreurs de codification était plus important en médecine générale. Ahmed Ould, dans une étude sur la conformité des prescriptions menée en Mauritanie en 2013, avait trouvé que le taux de non-conformité était le plus bas chez les médecins spécialistes.

Quant aux erreurs de protocole, elles étaient plus importantes dans la zone couverte par les deux régions sanitaires d'Abidjan et dans les structures de références. Ces résultats pourraient s'expliquer par plusieurs raisons entre autres une inertie au changement d'habitude de prescription des praticiens, une insuffisance de diffusion des directives et une insuffisance de supervision de la hiérarchie.

Les protocoles et directives sont des outils importants dont le respect a un impact sur la qualité des soins médicaux car ces lignes directrices constituent un document préparé par des spécialistes sur la base de preuves scientifiques, un ensemble de recommandations qui aide le médecin dans ces prises de décisions pour le diagnostic et le traitement. Ils servent à la rationalisation des approvisionnements et la cohérence des stratégies de lutte contre une pathologie donnée.

La question du non respect des protocoles par les praticiens a été longtemps négligée (Ley, P. ,1981). Une étude réalisée en Côte d'Ivoire portant sur l'évaluation de la prise en charge des cas de paludisme dans les hôpitaux de référence, a montré que l'application des directives n'est pas systématique, ce défi pouvant être relevé par la supervision ciblée et la diffusion de l'algorithme d'utilisation des tests de diagnostics rapide (Kadjo F et al, 2013).

Au Brésil, une étude a révélé une adéquation partielle entre les pratiques des médecins et les directives du ministère de la santé concernant le diagnostic et la prise en charge de l'hypertension artérielle (Mion Junior D. et al, 2007). Une autre étude toujours réalisé au Brésil a également montré un non respect des protocoles post exposition chez les dentistes (Martins AMEDB et al, 2010).

La compréhension des causes très diverses des erreurs de prescription contribue à les prévenir et à rechercher des solutions pour les éviter (Dean B et al, 2002). Des mesures de politiques de santé doivent être prises afin de sécuriser les prescriptions. C'est le cas de l'Allemagne où depuis 2007 un plan d'action détaillé a été mis sur pied pour améliorer la sécurité des prescriptions médicamenteuses et pour garantir une plus grande sécurité dans l'ensemble du processus. Parmi les démarches prévues, on trouve également des mesures concrètes visant à optimiser la sécurité des prescriptions (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). En Côte d'Ivoire, nous sommes encore loin des stratégies élaborées dans les pays développés, mais nous disposons d'organisations telles que les comités médicaments sur lesquelles les politiques pourraient s'appuyer pour améliorer la sécurité des prescriptions. En effet des exemples de collaboration entre médecin et pharmacien ont permis d'améliorer la qualité des prescriptions (Nyffeler R, 2002; Locca JF et al, 2009).

## CONCLUSION

Le processus de délivrance du médicament au patient se base sur une prescription conforme. L'objectif principal de notre étude était de se placer dans un système qualité et d'évaluer la qualité de la formulation de la prescription des médicaments en nous appuyant sur les directives liés aux protocoles thérapeutiques nationaux et à la codification inhérente à la gratuité ciblée des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Dans les régions sanitaires qui ont fait l'objet de l'étude plus de la moitié des prescriptions médicamenteuses n'était pas conforme. Il apparaît primordial pour la santé des populations, de renforcer notre système de santé notamment par la sécurisation des prescriptions à travers une sensibilisation des professionnels de santé sur la nécessité de fournir le bon médicament au bon patient au bon moment et selon le bon dosage.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahmed Ould El Bara (2013). Etude de la conformité des prescriptions et de la délivrance des médicaments au niveau de 25 officines de la ville de Nouakchott. Mémoire de fin d'études. Faculté de Médecine. Université de Nouakchott.
- Aspden P, Wolcott J, Bootman JL & Cronenwett LR. (2007). Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Institute of Medicine: Preventing Medication Errors, Quality Chasm Series.
- Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD & al (2007). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA*; 274:29-34.
- Bundesministerium für Gesundheit: Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Lien internet: [www.ap-amts.de/](http://www.ap-amts.de/) [Etat au 17.2.2012].
- Coombes ID, Stowasser DA, Coombes JA & Mitchell C (2008). Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*; 188(2):89-94.
- Dean B, Schachter M, Vincent C & Barber N (2002). Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *The Lancet*; vol. 359, April 20:1373-8.
- Ernawati DK., Lee YP, & Hughes JD. (2014). Nature and frequency of medication errors in a geriatric ward: an Indonesian experience. *Therapeutics and clinical risk management*, 10, 413.
- Hamilton RA, Gordon T (1992). Incidence and cost of hospital admissions secondary to drug interactions involving theophylline. *Ann Pharmacother*, 26: 1507-11
- Hartel M, Staub LP, Röder C, Eggli S (2011). High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. *BMC Health Services Research*;11:199.
- Holloway C, Green T, Carandang E, Hogerzeil H, Laing R, et al. (2003) Managing the formulary process. In: Holloway C, editor. *Drugs and Therapeutic Committees: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization.
- Hostettler, S., Hersperger, M., & Herren, D. (2012). Le bien-être du médecin influe sur la qualité du traitement. *Bulletin des médecins suisses | Schweizerische Ärztezeitung | Bollettino dei medici svizzeri*, 93, 18.
- Kadjo F, Gaudet T, Vlehi A, Assi S-B, Tanoh M. Evaluation de la prise en charge des cas de paludisme dans les hôpitaux de référence. 2ème Colloque Scientifique sur le paludisme, 22 et 23 avril 2013, CRRAE-UMOA, Abidjan 50.
- Ley, P. (1981). Professional non-compliance: A neglected problem. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(3), 151-154.
- Locca JF, Jean-Marc Krähenbühl, Anne Niquille, Hugo Figueiredo et Olivier Bugnon (2009). Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. *Rev Med Suisse*; 5:2382-2387.

- Martins AMEDB, Pereira RD & Ferreira RC (2010). Compliance with occupational post-exposure protocol for injuries among dental surgeons. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 528-540.
- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire (2011). Circulaire 001/ MSLS/CAB/DGS du 16 avril 2011.
- Ministère de la Santé Côte et de la Lutte contre le Sida Côte d'Ivoire (2012). Arrêté ministériel n°0047 MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012.
- Mion Junior D, Silva GVD, Gusmão JLD, Machado CA, Amodeo C, Nobre F, & Mota, MA (2007). Do Brazilian physicians follow the Brazilian guidelines on hypertension?. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 88(2), 212-217.
- Nyffeler R (2002). Qualitätszirkel zur Medikamentenverschreibung – eine Antwort auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. *Managed Care*; 2:23–6
- P Ley (1981). Professional non-compliance. A neglected problem. *British Journal of Clinical Psychology*. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Institute of Medicine of the National Academies. Preventing Medication Errors (2007). Washington: The National Academies Press.
- Kathleen Holloway, Terry Green, Edelisa Carandang, Hans Hogerzeil, Richard Laing, et David Lee (2004). Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques. Guide pratique. WHO/EDM/PAR/2004.1
- P Ley (1981). Professional non-compliance. A neglected problem. *British Journal of Clinical Psychology*. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Institute of Medicine of the National Academies. Preventing Medication Errors (2007). Washington: The National Academies Press.
- Kathleen Holloway, Terry Green, Edelisa Carandang, Hans Hogerzeil, Richard Laing, et David Lee (2004). Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques. Guide pratique. WHO/EDM/PAR/2004.1
- P Ley (1981). Professional non-compliance. A neglected problem. *British Journal of Clinical Psychology*. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Institute of Medicine of the National Academies. Preventing Medication Errors (2007). Washington: The National Academies Press.
- Kathleen Holloway, Terry Green, Edelisa Carandang, Hans Hogerzeil, Richard Laing, et David Lee (2004). Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques. Guide pratique. WHO/EDM/PAR/2004.1