



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

# **Prescription médicale en Côte d'Ivoire : Etude des pratiques dans le district sanitaire de Treichville- Marcory**

Présenté par

**Serge-Eric GADJI**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département SANTE

Spécialité Santé Internationale

le 14 Avril 2013

Devant le jury composé de :

Docteur Christian Mesenge Directeur du Département Santé Université Senghor d'Alexandrie	Président
--	-----------

Pr Anne-Marie Moulin Directrice de recherche au CNRS	Examinatrice
---	--------------

Dr Bassent Devaulx Praticienne hospitalière Hôpital Universitaire d'Alexandrie	Examinatrice
--	--------------

## **Remerciements**

A mon Directeur de mémoire, le Dr Christian Mesenge pour son encadrement, sa sympathie et sa disponibilité.

Au Professeur Jean-Daniel Rainhorn, pour ses conseils et observations avisés dans l'élaboration de ce document.

Au Docteur Amadou Diop, pour sa contribution à l'élaboration de ce document.

A madame Alice Mounir, Assistante de Direction du Directeur du Département Santé pour sa disponibilité et sa gentillesse.

Au personnel du PNDAP avec à sa tête Dr Olivier Yayo pour leur soutien.

Aux professionnels de la santé et responsables du district sanitaire de Treichville-Marcory pour leur participation à cette étude.

Merci particulier à Kevin Yohou, Ndéye Khoudia Diagne et Seydou Sall pour leur soutien.

A tous mes amis de l'université Senghor particulièrement ceux qui ont contribué à ce document.

Serge-Eric GADJI

## **Dédicace**

A mon Dieu, qui a permis que se réalise cette étape de ma vie. Merci Seigneur ;

A mon épouse, Julienne GADJI pour sa présence permanente à mes côtés. Que Dieu nous garde;

A mes filles Divine Ocklande Marie et Erica Aude Yohanna, ces efforts sont pour vous. Que Dieu vous comble de ses grâces ;

A tous mes parents et amis qui avez consentis tant de sacrifices, sur tous les plans pour ma modeste personne, ce travail est aussi le vôtre, que Dieu vous le rende au centuple.

## Résumé

L'usage rationnel des médicaments est une préoccupation permanente de tous les pays et de l'organisation mondiale de la santé. En effet, l'usage irrationnel particulièrement les prescriptions irrationnelles des médicaments sont à l'origine de nombreuses conséquences sociales, médicales et économiques négatives au niveau individuel et des Etats. Ainsi, le suivi régulier de cette problématique doit permettre la mise en œuvre de mesures correctives. C'est pourquoi, cette étude menée en Côte d'Ivoire, est initiée pour évaluer les pratiques de prescription des médicaments.

Elle est réalisée à travers une étude transversale descriptive qui a été conduite dans huit structures sanitaires du district sanitaire de Treichville-Marcory, à Abidjan. Cent quarante ordonnances avec trois cent soixante-onze lignes de médicament ont fait l'objet de notre analyse. Cette étude s'est réalisée du 04 septembre 2012 au 18 septembre 2012.

Ces résultats obtenus montrent 1,4% des médicaments étudiés qui présentent entièrement des informations complètes. Pour ce qui est des indicateurs fondamentaux de prescription, le nombre moyen de médicaments par ordonnance était de 2,7 ; la forme injectable prescrit sur 6% des ordonnances, une ordonnance sur deux comporte au moins un antibiotique ; les génériques sont prescrits deux fois sur trois et trois médicaments sur quatre sont inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels (LNME).

Les pratiques de prescription dans ce district restent encore à améliorer particulièrement la prescription des antibiotiques. Ce pourcentage est anormalement élevé. Toutes ces pratiques peuvent conduire au risque d'erreurs lors de l'utilisation des médicaments par les patients. Aussi, les multirésistances aux antibiotiques seront observées et surtout des inégalités sociales de santé seront accentuées. Ceci réduira encore l'accès aux médicaments pour les populations les plus défavorisées.

Ce tableau dressé invite à une surveillance régulière de l'usage rationnel de médicaments principalement la prescription médicale, afin de mettre en œuvre un programme de promotion de l'usage rationnel cohérent et efficace à l'endroit des professionnels et des populations.

### Mot-clefs

Usage rationnel, médicaments, prescriptions médicales, pratiques, Abidjan.

## **Abstract**

Rational use of drugs is a continuing concern to all countries and World Health Organization. However, the irrational use particularly irrational prescriptions of drugs are the roots of many negatives social, medical and economical consequences at the individual level and states level. For that matter, regular monitoring of the situation would permit the implementation of correctives measures. That is why this study did in Cote d'Ivoire, aimed to evaluate the practices of drugs prescription.

A descriptive cross-sectional study is conducted in 8 health facilities of Treichville-Marcory health district in Abidjan. 140 prescriptions with 371 rows of drugs are analyzed. This study is conducted from 04 September 2012 to 18 September 2012.

The results of the study showed that only 1.4% respected all informations for drugs on the prescription. According to prescription indicators, 2.7 is the average number of drugs per prescription, 6% of injections prescribed, One out of two medical prescriptions has at least one antibiotic; generic drugs are prescribed two out of three and three out of four drugs are prescribed on the LNME.

The prescription practices in the district need to be improved, particularly antibiotic prescriptions. This percentage is abnormally high. All These practices lead to the risk of errors in the use of medicines by patients. Also, the multiresistance to antibiotics is observed and especially the social inequalities of health are worsened. This can lead to medicines inaccessibility to the marginalized population.

This picture drawn invites regular monitoring of rational use of medicines in general and particular medical prescription, in order implement a program of effectif rational use by health professionals and population.

### Key words

Rational use, Drugs, Medical prescription, Practices, Abidjan

### **Liste des acronymes et abréviations utilisés**

AIBEF : Association Ivoirienne pour le Bien Être Familial

ASAPSU : Association de soutien à l'autopromotion sanitaire urbaine

CSU-com : Centre de Santé Urbain à base communautaire

DCI ; Dénomination Commune Internationale

FSU-com : Formation Sanitaire Urbaine à base communautaire

HG : Hôpital Général

INFAS : Institut National de Formation des Agents de Santé

INRUD: International Network for Rational Use of Drug

INSP : Institut National de la Santé Publique

LNME : Liste Nationale des Médicaments Essentiels

PNDAP : Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique

PSP : Pharmacie de la Santé Publique

ReMeD : Réseau Médicament et Développement

USA : United States of América

ESPC : Etablissement sanitaire de premier contact

**Table des matières**

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Table des matières.....	vi
Introduction.....	1
1 Usage rationnel des médicaments.....	2
1.1 Situation actuelle des pratiques de prescription.....	2
1.2 Conséquences des mauvaises pratiques de prescription.....	3
1.3 Mesures mises en œuvre pour améliorer ces pratiques.....	3
1.4 Question de recherche.....	4
1.5 Hypothèses de recherche.....	5
1.6 Objectifs de l'étude.....	5
2 Revue de la littérature.....	6
2.1 Quelques définitions.....	6
2.1.1 Usage rationnel des médicaments.....	6
2.1.2 Prescription rationnelle des médicaments.....	6
2.1.3 Bonnes pratiques de prescription.....	7
2.2 La prescription dans le système sanitaire ivoirien.....	9
2.3 Eléments d'évaluation des bonnes pratiques de prescription.....	10
2.3.1 Les modalités de rédaction des prescriptions médicales.....	10
2.3.2 Les caractéristiques des ordonnances au regard des indicateurs fondamentaux de prescription de l'OMS/INRUD.....	12
3 Méthodologie.....	15
3.1 Cadre de l'étude.....	15
3.2 Type de l'étude.....	16
3.3 Unité d'analyse de l'étude.....	16
3.4 Définition des variables.....	17
3.5 Collecte des données.....	18
3.5.1 Technique de collecte des données.....	18
3.5.2 Outils de collecte des données.....	18
3.5.3 Déroulement de la collecte.....	19
3.6 Analyse des données.....	19

3.7	Difficultés et limites de l'étude .....	19
4	Résultats .....	20
4.1	Les modalités de rédaction des prescriptions médicales .....	20
4.1.1	La lisibilité des ordonnances .....	20
4.1.2	L'identité du prescripteur .....	20
4.1.3	L'identité du patient .....	21
4.1.4	Les informations sur le médicament.....	21
4.2	Les caractéristiques des ordonnances au regard des indicateurs fondamentaux de prescription de l'OMS / INRUD .....	22
4.2.1	Le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance .....	22
4.2.2	Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins un antibiotique .....	23
4.2.3	Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins une injection.....	24
4.2.4	Le pourcentage de médicaments génériques prescrits et médicaments prescrits en DCI	24
4.2.5	Le pourcentage de produits prescrits faisant partis de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME).....	25
5	Discussion.....	26
5.1	Les modalités de rédaction des prescriptions médicales.....	26
5.1.1	La lisibilité des ordonnances .....	26
5.1.2	L'identité du prescripteur .....	27
5.1.3	L'identité du patient .....	27
5.1.4	Les informations sur le médicament.....	28
5.2	Les caractéristiques des ordonnances au regard des indicateurs fondamentaux de prescription de l'OMS/INRUD .....	29
5.2.1	Le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance.....	29
5.2.2	Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins un antibiotique .....	30
5.2.3	Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins une injection.....	31
5.2.4	Le pourcentage de médicaments génériques prescrits et médicaments prescrits en DCI	31
5.2.5	Le pourcentage de produits prescrits faisant partis de la LNME .....	32
	Conclusion .....	34
	Recommandations .....	36
	Références bibliographiques.....	37
	Liste des illustrations.....	40
	Liste des Tableaux.....	40
	Annexes.....	I
	Annexe 1 : Tableau de quelques utilisations irrationnelles au niveau prescription .....	I
	Annexe 2 : Fiche de recueil pour Les indicateurs de prescription.....	II

Annexe 3 : Fiche annexe pour les données de prescription (présentation de l'ordonnance) .....	IV
Annexe 4 : Quelques exemples de photos d'ordonnances .....	VI

## Introduction

Des résistances aux antibiotiques, des réactions indésirables, des pertes de ressources pour le ménage et l'Etat ainsi que de la perte de confiance des patients en leur système de soins sont des conséquences de l'usage irrationnel des médicaments dont les mauvaises pratiques de prescriptions (1).

Ces mauvaises pratiques sont marquées par les insuffisances dans la formulation des prescriptions et le non-respect des standards par les prescriptions courantes (2). Malgré ce constat, plus de 50% des pays ne mettent pas en œuvre des politiques de base pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments (1). Pour la mise en œuvre d'un tel programme, faudrait-il encore suivre régulièrement cet usage rationnel.

C'est dans le cadre de ce suivi régulier que ce travail porte sur l'étude des pratiques de prescription médicale.

La Côte d'Ivoire, pays au Sud Sahara, n'est pas épargnée par ces problèmes d'usage irrationnel des médicaments. En effet, l'une des rares études publiées sur l'usage rationnel en Côte d'Ivoire menée par le réseau médicament et développement (ReMeD) en 1998 présentait des pourcentages anormalement élevés avec 42% et 28% respectivement pour la prescription des antibiotiques et celle des médicaments en forme injectable (3).

Aussi, pour contribuer à la réussite des efforts, d'accessibilité aux médicaments, consentis par la Côte d'Ivoire et ses partenaires, il s'avère important d'avoir des pratiques de prescriptions rationnelles.

C'est dans cette perspective que cette étude se propose de répondre à la question suivante : En quoi les pratiques actuelles de prescription médicale contribuent-elles à l'usage irrationnel des médicaments dans les structures sanitaires en Côte d'Ivoire ?

Ce document qui permet de présenter la réponse apportée à cette question, se subdivise en cinq parties:

- la première partie est consacrée à la problématique de l'usage rationnel des médicaments;
- la seconde fait un rappel des données de la littérature sur ce phénomène;
- la troisième partie expose la méthodologie utilisée pour répondre à la question de recherche;
- les résultats constituent la quatrième partie de ce document ;
- la dernière partie est meublée par la discussion.

## 1 Usage rationnel des médicaments

Pour la mise à disposition aux malades de bons médicaments, au bon moment, en bonne qualité, en bonne quantité, au bon prix et avec les bons conseils, il faut que les acteurs du médicament exécutent de façon rationnelle les étapes d'expression des besoins, d'acquisition, de stockage/distribution et d'utilisation. Cette dernière étape qui est composée du diagnostic médical, de la prescription médicale, de la dispensation pharmaceutique et de l'observance, demeure une préoccupation permanente des Etats particulièrement ceux à ressources limitées(1).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'usage rationnel des médicaments est « *la prescription du produit le plus approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée, pendant le laps de temps approprié* »(1).

Les prochains paragraphes permettront d'aborder la situation actuelle de l'usage des médicaments, ensuite les conséquences qui en découlent, aussi les actions en faveur de la promotion de l'usage rationnel et l'on finira par s'interroger sur ce qui reste la préoccupation spécifique de notre étude.

### 1.1 Situation actuelle des pratiques de prescription

L'usage rationnel particulièrement les prescriptions rationnelles des médicaments demeurent un problème de santé publique. En effet, des médicaments tels que les antibiotiques sont mal utilisés dans toutes les régions du monde. Aux USA et dans certains pays européens (Grèce, France, Pays-Bas), un habitant consomme trois fois plus d'antibiotiques que d'autres pays ayant des profils de maladies similaires.

Quant à l'Afrique au sud-Sahara, selon certaines études 40% des prescriptions courantes respectent les standards de traitement élaborés(2). Des études menées au Mali et au Burkina, montrent une mauvaise pratique de prescription matérialisée par des pourcentages très faibles d'ordonnances (moins de 10%) respectant les standards de rédaction des ordonnances. Aussi, mentionnons les prescriptions abusives des antibiotiques de l'ordre d'un médicament sur deux prescrits (4,5). Le pourcentage d'injections prescrites dont la valeur optimale<sup>1</sup> acceptable est de 20%, dépasse les 30% assez souvent en Afrique. Il est de 33,2% au Mali et de 44,8% au Cameroun (4,6). L'adhésion des patients aux régimes de traitement n'est que d'environ 50% dans le monde (2), ce qui est une faible proportion.

En Côte d'Ivoire, le ReMeD relève dans son étude menée en 1998, des pourcentages de 42% et 28% respectivement pour la prescription des antibiotiques et celle des médicaments en forme injectable (3).

---

<sup>1</sup> Les valeurs optimales indiquées par INRUD, sont des approximations qui permettent d'apprécier les situations qui en sont très éloignées, Dumoulin et coll. dans Guide de l'Analyse économique du circuit du médicament.

Ces différents pourcentages sont supérieurs aux valeurs optimales acceptables qui sont respectivement de 30% et 20% pour la prescription des antibiotiques et celle des produits en forme injectable (7). Il se pose aujourd'hui la question de l'évolution de cette situation dans notre pays quinze ans après cette étude.

## 1.2 Conséquences des mauvaises pratiques de prescription

Les conséquences sont nombreuses et de plusieurs ordres. En effet, des conséquences médicales et socio-économiques sont observées.

Pour ce qui est des conséquences médicales, des résistances aux antimicrobiens et des réactions indésirables sont relevées (1). Suite à son mésusage, 98 % de cas résistants à la pénicilline est observé dans certaines régions du monde selon le dernier rapport de l'OMS sur l'usage rationnel (2011). Les erreurs de prescription représentent la 8ème cause de décès aux USA (8). Egalement, les réactions indésirables font partie des six principales causes de mortalité dans ce pays (9). La propagation des infections à transmission sanguine comme le VIH et l'hépatite B / C due aux injections non stériles dans le cadre des prescriptions abusives des voies injectables sont également constatées. Pour exemple, une campagne de masse pour le traitement de la bilharziose avec des seringues non stériles a conduit à la contamination à l'hépatite C de la population égyptienne dans les années 80 (10). Selon Dosso et al., les résistances aux antibiotiques sont aussi à signaler en Afrique mais elles sont mal connues(11). En Côte d'Ivoire, Daubrey-Potey implique le mauvais usage des antipaludiques dans 80% des cas d'apparition de fièvre bilieuse(12). Les accidents liés à l'usage des médicaments sont moins renseignés en Côte d'Ivoire d'où l'importance d'agir en amont en réduisant les cas d'usage irrationnel.

Sur le plan socio-économique, ce sont la perte de confiance des patients en leur système de santé et les pertes de ressources pour les ménages et l'Etat qui constituent les conséquences des mauvaises prescriptions (1).

En effet, en 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) révélait que plus de la moitié de tous les médicaments des pays en développement, des pays à économie de transition, et une proportion considérable de médicaments, notamment d'antibiotiques, dans les pays développés sont mal utilisés, d'où un gaspillage de ressources souvent rares (13). Aux USA, les erreurs dues aux mauvaises pratiques de prescriptions ont coûté 17,1 milliards de dollars (soit environ 1% des dépenses de santé) en 2008 (8).

En Afrique, de bonnes pratiques de prescription auraient permis une réduction de 70% les coûts des médicaments au Ghana (7).

## 1.3 Mesures mises en œuvre pour améliorer ces pratiques

Les conséquences identifiées plus haut peuvent être évitées par la mise en œuvre de programmes de promotion d'usage rationnel des médicaments. Dans cette perspective, de nombreux travaux dans la

région africaine de l’OMS visant à promouvoir l’usage rationnel des médicaments sont réalisés. Ce sont des sessions de formation destinées aux agents de la santé sur les bonnes pratiques en matière de prescription et sur la promotion de l’usage rationnel des médicaments dans les établissements de santé. En plus, une stratégie nationale de communication visant à améliorer l’usage rationnel au sein de la communauté a pu être mise en œuvre dans de nombreux pays tel que l’Éthiopie, le Mali, la République centrafricaine, le Sénégal, le Tchad, etc (14). Dans plusieurs pays, la mise à jour des listes nationales des médicaments essentiels et des protocoles thérapeutiques de certaines maladies sont réalisées. D’autres mesures sont aussi recommandées, ce sont la mise en place de comités pharmaceutiques et thérapeutiques opérationnels dans les districts et les hôpitaux, une formation à la pharmacothérapie par problème de santé dans les programmes de cycle universitaire, un enseignement médical continu et obligatoire, une information indépendante sur les médicaments.

Cependant l’OMS affirme que « *Plus de 50% des pays ne mettent pas en œuvre les politiques de base pour promouvoir l’usage rationnel des médicaments*» (1). La Côte d’Ivoire dispose d’un plan d’exécution de la politique pharmaceutique nationale dans lequel se trouve des activités de promotion de l’usage rationnel mais celui-ci manque de financement donc n’est appliqué que très partiellement (15). Elle dispose d’une liste de médicaments essentiels renouvelée régulièrement. Il est à noter l’absence d’un suivi régulier de l’usage rationnel des médicaments.

De nombreux appuis financiers<sup>2</sup> ont été accordés ces dernières années à la Côte d’Ivoire pour améliorer la disponibilité des médicaments au travers des initiatives internationales bilatérales et multilatérales. Aussi, à partir du mois d’avril 2011, des systèmes de gratuité généralisée puis ciblée des soins ont été appliqués. Dans le plan de développement sanitaire, il est question de la mise en place de la couverture maladie universelle pour toute la population vivant en Côte d’Ivoire. L’une des clés de réussite de l’application de cette politique est d’éviter le gaspillage des médicaments donc des ressources financières. Ce gaspillage peut être évité en assurant un usage rationnel des médicaments. Vue donc l’absence de suivi régulier, l’insuffisance des interventions de promotion de l’usage rationnel des médicaments et leur coordination en direction des professionnels de santé et des populations en Côte d’Ivoire, de nombreux efforts restent encore à faire.

C’est pourquoi, nous avons entrepris d’évaluer l’usage rationnel des médicaments précisément les pratiques en matière de prescriptions médicales afin de contribuer à la mise en place d’un suivi régulier devant conduire au développement et à la mise en œuvre d’activités correctives.

#### 1.4 Question de recherche

Cette étude doit répondre à la question suivante : En quoi les pratiques actuelles de prescription médicale contribuent-elles à l’usage irrationnel des médicaments dans les structures sanitaires du district de Treichville-Marcory?

---

<sup>2</sup> Comptes Nationaux de Santé, 2008.p63

Cette question appelle à visiter les aspects suivants de la prescription :

- la démarche diagnostic du prescripteur ;
- le respect des traitements standards en vigueur ;
- le respect des règles de rédaction d'une ordonnance;
- les caractéristiques des ordonnances au regard des indicateurs fondamentaux de prescription.

Dans ce travail, notre attention s'est portée sur les deux derniers aspects. En effet, les indicateurs de prescriptions présentent des tendances de l'utilisation des médicaments permettant d'apprécier le niveau d'exécution des politiques en matière de médicament. Les informations sur le respect des règles de rédaction des ordonnances sont loin d'être renseignées par les études déjà menées.

Donc, pour répondre à notre question de recherche, il s'agit de trouver des réponses spécifiques aux questions secondaires suivantes :

- quelle est la qualité de la forme rédactionnelle des prescriptions médicales?
- quelles caractéristiques selon les indicateurs de l'OMS/INRUD, les prescriptions médicales présentent-elles dans les structures sanitaires?

### 1.5 Hypothèses de recherche

De ce qui précède, nous formulons l'hypothèse selon laquelle les mauvaises pratiques de prescriptions médicales actuelles ne contribuent pas à assurer un usage rationnel des médicaments. En effet la forme rédactionnelle des prescriptions ne respecte pas totalement les règles en vigueur donc pouvant exposer le patient lors de l'utilisation à des erreurs. Aussi, la tendance de prescription décrite par les indicateurs de l'OMS/INRUD montre des insuffisances réduisant les possibilités d'accès aux médicaments des populations défavorisées et augmentant les gaspillages donc accentuant les inégalités sociales de santé.

### 1.6 Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif général d'évaluer les pratiques de prescriptions médicales au travers des objectifs spécifiques suivants :

- Décrire les modalités de rédaction des prescriptions médicales ;
- Caractériser les prescriptions médicales en utilisant les indicateurs fondamentaux de prescription mis en place par l'OMS et l'International Network for Rational Use of Drug (INRUD) ;

## 2 Revue de la littérature

### 2.1 Quelques définitions

#### 2.1.1 Usage rationnel des médicaments

Selon l’OMS, l’usage rationnel des médicaments se définit comme « *la prescription de produit le plus approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée, pendant le laps de temps approprié* » (1).

Donc, l’usage irrationnel ou non rationnel est le non-respect de cette définition. Cela se traduit par :

- la prescription d’un trop grand nombre de médicaments (polypharmacie) ;
- l’usage inapproprié d’antimicrobiens, souvent posologies inadéquates, pour le traitement d’infections non microbiennes ;
- l’usage abusif de produits injectables alors que des formulations orales sont plus appropriées ;
- la non-conformité des pratiques de prescription aux directives thérapeutiques ;
- les dispensations non-conformes de médicament ;
- l’inobservation des consignes d’utilisation des médicaments par les patients ;
- l’automédication inappropriée.

L’usage rationnel implique trois activités principales que sont : la prescription, la dispensation et l’observance avec comme acteurs principaux les prescripteurs, les dispensateurs et les patients.

Donc, l’usage irrationnel peut se manifester soit par une prescription irrationnelle, soit une dispensation irrationnelle, soit une mauvaise observance. Notre étude évaluera uniquement l’aspect prescription rationnelle.

#### 2.1.2 Prescription rationnelle des médicaments

A la suite d’un diagnostic rigoureux et adapté, une prescription est faite. La prescription rationnelle se définit, comme une prescription ayant choisi le meilleur médicament disponible, prescrit en quantité suffisante et selon des schémas thérapeutiques standards. Pour chaque médicament, il faut donc prendre en compte à la fois l’efficacité, la sécurité et le coût (16).

Les prescriptions irrationnelles peuvent-être donc classées en : prescription insensée, prescription excessive, prescription incorrecte, prescription multiple, prescription insuffisante (les types de prescriptions irrationnelles sont précisées dans l’annexe 1) (17).

Une prescription rationnelle exige donc de bonnes pratiques de prescription.

### 2.1.3 Bonnes pratiques de prescription

Ingrid Sketris et coll citant l’OMS, définissent les étapes d’une bonne pratique de prescription comme suit (18) :

- diagnostiquer le problème selon l’information donnée par le patient ou l’accompagnant, les antécédents médicaux, les tests physiques et de laboratoire et autres examens ;
- définir les objectifs thérapeutiques en fonction de la physiopathologie de la maladie du patient. ;
- sélectionner le ou les traitements pharmacologiques ou non pharmacologiques avec lesquels le patient est d’accord. S’il est nécessaire d’utiliser un médicament, il est choisi en fonction du diagnostic, de ses avantages, de ses risques et de ses coûts, et de sa pertinence pour le patient ;
- rédiger l’ordonnance ;
- fournir des informations au patient ou à l’aidant pour assurer le respect du traitement ;
- surveiller (médecin et pharmacien) la réaction du patient à la thérapie.

Pour la rédaction des ordonnances, les dispositions légales françaises<sup>3</sup>, demandent après un examen du malade hospitalisé ou non, d’indiquer lisiblement :

- le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur telle que définit à l’article R. 5121-91 du code de la santé publique, son identifiant lorsqu’il existe, nom, adresse de l’établissement et coordonnées téléphoniques et électroniques auxquelles il peut être contacté, sa signature, la date à laquelle l’ordonnance a été rédigée ;
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d’administration et, s’il s’agit d’une préparation, la formule détaillée ;
- la durée de traitement ;
- les nom et prénom, le sexe, l’âge du malade, sa taille et son poids.

La prescription peut être rédigée, conservée et transmise de manière informatisée sous réserve qu’elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition sur papier soit possible.

Toute prescription destinée à un patient non hospitalisé est rédigée sur une ordonnance conformément à l’article R. 5132-3 du code de la santé publique et doit indiquer le nom et l’adresse de l’établissement,

---

<sup>3</sup> Art. 13. –Dispositions applicables à l’ensemble des médicaments définis aux articles L. 5121-1 et L. 5121-1-1 du code de la santé publique.

l'identification de l'unité de soins ainsi que le numéro d'inscription de l'établissement en tant qu'entité géographique au fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

Aux USA, les règles portant rédaction des ordonnances médicales relèvent de chaque Etat et non de l'Etat fédéral (19). Ainsi, Todd A. Brown dans un livre utilisé dans la pratique de dispensation, a relevé que l'ordonnance peut être écrite, orale (au téléphone) ou électronique. Les informations recherchées sur les ordonnances sont les suivantes (19) :

- l'information sur le patient qui doit inclure son nom complet et adresse ;
- la date de prescription ;
- le nom et la forme pharmaceutique du produit : le nom peut être écrit en nom de marque ou en nom générique ou en nom chimique ;
- le dosage du produit : son choix est fait par le pharmacien après le calcul de la dose à administrer ;
- la quantité et la posologie sont précisées par le pharmacien si non spécifier par le prescripteur;
- des directives pour les pharmaciens afin de réaliser la préparation et l'étiquetage;
- des directives au patient incluant : la quantité, la posologie, la durée du traitement, les directives à éviter et quelques fois les doses minimales et maximales sont présentées ;
- la période de renouvellement à préciser ;
- l'information sur le prescripteur : nom, adresse, signature et numéro d'enregistrement. Si c'est un prescripteur non autorisé, il faut le nom du prescripteur autorisé ayant supervisé la prescription.

Nous pouvons retenir de l'analyse des règles de rédaction des ordonnances dans ces deux pays des similitudes considérables. Cependant, aux USA, le rôle du pharmacien ou du dispensateur est encore plus important dans la prise en charge du patient.

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons dire que de bonnes pratiques de prescription passe par :

- une démarche diagnostique rigoureuse et adaptée au patient et aux moyens disponibles ;
- un choix des médicaments fonction des données factuelles de la science et du patient (respect de standards de prise en charge, les politiques des MEG<sup>4</sup>...);
- une rédaction d'une ordonnance de toute clarté mentionnant des informations utiles sur le prescripteur, l'établissement sanitaire d'accueil, le patient et les médicaments prescrits.

---

<sup>4</sup> MEG : médicaments essentiels génériques

## 2.2 La prescription dans le système sanitaire ivoirien<sup>5</sup>

Le système sanitaire ivoirien est organisé en trois niveaux:

- le niveau primaire avec les établissements sanitaires de premier contact (ESPC), coordonné par le directeur de district sanitaire de l'aire géographique qui les abrite ;
- le niveau secondaire recevant en principe les patients référencés par le niveau primaire ;
- le niveau tertiaire avec les centres hospitaliers universitaires et centres nationaux spécialisés.

La prescription est assurée principalement par les médecins et accessoirement par les infirmiers et sages-femmes dans la limite des dispositions légales. En réalité, les infirmiers et sages-femmes sont les plus nombreux dans les structures sanitaires de premier contact. En l'absence d'un code ivoirien de santé publique et de dispositions réglementaires particulières, le pays applique encore le code français de santé publique.

De nombreux outils ont été développés pour améliorer la qualité des prestations. Ce sont entre autres le manuel du PMA (Paquet Minimum d'Activités) des ESPC, le manuel des algorithmes de symptômes-diagnostic et traitement, le manuel du PMA des hôpitaux de référence, le guide d'accréditation des districts sanitaires, le guide national de supervision, les directives nationales de l'organisation de la référence, de la contre-référence et des urgences, les directives pour la prise en charge des pathologies chroniques, etc.

Les structures sanitaires ne disposent pas toujours de laboratoires d'analyses médicales avec un plateau technique adapté. L'examen clinique et l'interrogatoire du patient sont encore les principales bases diagnostiques au sein des structures de premier contact.

L'utilisation des services de santé dans le pays reste faible et se situe autour de 18%. Ce constat est expliqué dans le plan national de développement sanitaire par plusieurs raisons. Ce sont les insuffisances de l'offre et la qualité très moyenne des services donc qui conduisent à une perte de confiance des populations dans ces services. Egalement la paupérisation des populations a aggravé cette situation.

La supervision et le coaching des agents de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le monitoring des activités des ESPC et des pratiques familiales essentielles (PFE), qui contribuent à l'amélioration de la qualité des soins offerts, sont peu réalisées, faute de ressources humaines qualifiées, de moyens logistiques et de ressources financières suffisants.

Le secteur sanitaire privé contribue à accroître l'offre de services particulièrement les soins curatifs mais reste encore inaccessible financièrement au plus grand nombre de ménages. Il existe aussi le secteur privé à but non lucratif constitué en grande partie par les structures confessionnelles de santé qui dispense des soins curatifs et préventifs.

---

<sup>5</sup> Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015

Des comités pharmaceutiques et thérapeutiques appelés « comités médicaments » sont prévus par des textes réglementaires dans toutes les structures sanitaires. Ils ne sont malheureusement pas mis en place dans toutes les structures sanitaires. Mais ces comités lorsqu'ils existent, ne fonctionnent pas du tout ou difficilement. La bonne fonctionnalité de ces structures participe efficacement à la promotion de l'usage rationnel des médicaments.

La mise en place d'une structure étatique chargée de coordonner la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale (PPN) est à signaler. En effet, il s'agit du programme national de développement de l'activité pharmaceutique (PNDAP). Il conduit la promotion de l'usage rationnel des médicaments qui est le troisième objectif de la PPN. Mais, faute de moyens humains, logistiques et financiers suffisants, ce programme ne réussit pas à mettre en œuvre la majorité des activités de promotion.

Les professionnels de santé sont formés par plusieurs structures : les unités de formation et de recherche des sciences médicales, des sciences pharmaceutiques, d'odontostomatologie et l'Institut national de formation des agents de santé (INFAS). Les formations continues sont soutenues techniquement et financièrement par les partenaires bilatéraux et multilatéraux du Ministère en charge de la santé à travers des programmes nationaux gérant des maladies ou problèmes de santé dits prioritaires. Mentionnons aussi que des syndicats, ordres professionnels et associations savantes contribuent à la formation continue des professionnels de santé. D'autres structures nationales telles que la PSP, l'INSP, le PNDAP s'efforcent d'organiser des formations continues dans le domaine du médicament. Il existe enfin au sein du ministère en charge de la santé une structure chargée d'initier et de coordonner toutes les formations continues pour le personnel médical (Direction de la formation et de la recherche).

## 2.3 Éléments d'évaluation des bonnes pratiques de prescription

Pour évaluer les bonnes pratiques de prescription dans le cadre de ce travail, seuls les modalités de rédaction des prescriptions médicales et les indicateurs de l'OMS/INRUD sont utilisés. Découvrons ensemble les informations révélées par la littérature.

### 2.3.1 Les modalités de rédaction des prescriptions médicales

La prescription médicale est un acte médical permettant au prescripteur de donner un ordre formel et détaillé au dispensateur afin de délivrer un médicament ou traitement nécessaire à une personne (16,20). De bonnes modalités de rédaction d'une prescription médicale contribuent à une bonne prise en charge du patient. C'est pourquoi une prescription médicale mal rédigée pourrait avoir de nombreuses et graves conséquences sur la santé des patients tels que le surdosage, les échecs thérapeutiques dus au mauvais moment de prise ou insuffisance de doses (21).

Une ordonnance médicale doit indiquer lisiblement :

- le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son identifiant quand il existe, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;
- les noms, prénoms, sexe et âge du malade ; s'il agit d'un enfant, non seulement son âge mais également son poids,
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, le dosage, la forme pharmaceutique, sa posologie, la durée du traitement et la quantité nécessaire pour le traitement.

La lisibilité des ordonnances médicales est la faculté que le dispensateur a de lire sans difficulté une ordonnance afin de l'exécuter. Une mauvaise lisibilité des ordonnances peut entraîner des erreurs de délivrance d'un produit en lieu et place d'un autre, une posologie erronée, etc. qui ont des conséquences désastreuses sur les patients.

Ainsi, certaines études menées dans les structures sanitaires en Tunisie et au Mali présentent une ordonnance illisible sur quatre (4,22). Même si le Maroc présentait seulement 9% d'ordonnances illisibles en 2004 (17).

Quant aux pays développés en général et la France en particulier, les ordonnances sont en majorité lisibles dues en grande partie au système d'informatisation des prescriptions.

Pour ce qui est de l'identification du prescripteur, des études réalisées en France ainsi qu'au Soudan, montrent un faible taux d'ordonnance ayant une identification complète du prescripteur respectivement de 7,2% et 6,7% (23,24). Au Cameroun, le taux est plus élevé car 70% des ordonnances étudiées mentionnent l'identité complète du prescripteur (25).

La présence de ce paramètre a l'avantage de permettre au dispensateur de recontacter et discuter avec le prescripteur pour améliorer la prise en charge du patient.

L'identification du patient sur une ordonnance permet d'apprécier l'adéquation des médicaments prescrits (dose, forme pharmaceutique, posologie) avec le type de patient concerné. Cette identification du patient se traduit par la présence d'un ou des paramètres suivants : son nom et prénom, son sexe ainsi son poids ou âge.

Les données de la littérature révèlent que cette identification semble faire mention en grande partie du nom et prénom des patients mais moins souvent du sexe, l'âge (enfant et vieillard) ou du poids. Donc, elle est très souvent incomplète et le pourcentage d'ordonnance contenant l'identité complet du patient est autour de 36% à 39% (23,26). Mais ce pourcentage est réduit et est de l'ordre de 14% au Maroc et 18,8% au Soudan(17,24).

Les informations sur chaque médicament dans une prescription médicale doivent mentionner son dosage unitaire, sa forme pharmaceutique, la quantité nécessaire au traitement, la posologie et la durée du traitement.

Ces paramètres sont d'une importance capitale car une erreur sur ces informations produit des conséquences directes sur le patient. Surtout si ces erreurs échappent au dispensateur avant la

délivrance. En général, ces informations sont notifiées sur les ordonnances. Des études relèvent un pourcentage d'ordonnances ayant des informations complètes sur les médicaments supérieur à 50%. Cependant, la durée du traitement est le paramètre le plus souvent absent (4,17).

Au Burkina Faso et en France des pourcentages moins importants sont observés, 10% des prescriptions sont jugées bonnes au regard de la complétude des informations sur les médicaments (20,23,26).

Pour conclure, la quasi-totalité des études montrent de faible taux d'ordonnances respectant les exigences en matière de rédaction des prescriptions médicales.

### 2.3.2 Les caractéristiques des ordonnances au regard des indicateurs fondamentaux de prescription de l'OMS/INRUD

L'étude de l'usage rationnelle des médicaments est réalisée à travers trois grands groupes d'indicateurs dont celui de prescription. Les indicateurs de prescription permettent de mesurer la tendance générale à prescrire les médicaments dans un contexte donné indépendamment des diagnostics posés.

Ces indicateurs fondamentaux de prescription sont au nombre de cinq (27), mais nous avons étudié un indicateur complémentaire en plus (pourcentage de médicament prescrits en DCI) dans cette étude:

- Le nombre moyen de médicaments prescrits

Cet indicateur permet de mesurer le degré de la « polypharmacie<sup>6</sup> ». En l'absence de norme au niveau mondial, l'on s'accorde à dire que les ordonnances rationnelles sont celles qui comportent en moyenne pas plus de trois médicaments (7). Les pays africains sont nombreux à ce niveau de prescription (17,28,29). Mais relevons qu'une moyenne de l'ordre de 3,3 médicaments par ordonnance a été retrouvée au cours d'études menées au Cameroun en 2003 et au Mali en 2006 (4,25).

- Le pourcentage de produits prescrits inscrits sur la LNME

La liste nationale des médicaments essentiels (LNME) est élaborée pour contribuer à un meilleur usage des médicaments par le système de santé de chaque pays.

Selon l'OMS, « *Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins sanitaires prioritaires de la population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité.* ». L'utilisation d'une liste de médicaments essentiels bien élaborée et révisée (chaque deux ans) facilite la gestion des médicaments en terme d'achat, de stockage, de distribution, de prescription et de délivrance. Les deux dernières activités sont facilitées car les professionnels de santé n'ont besoin d'être renseignés que sur un plus petit nombre de produits. L'élaboration de la LNME est basée principalement sur les directives thérapeutiques nationales (27).

---

<sup>6</sup> Prescription de plusieurs médicaments où un seul aurait suffi

Par conséquent, ce paramètre renseigne sur le degré de respect de la politique pharmaceutique nationale. Les prescripteurs doivent utiliser cette liste pour leur pratique de prescription pour assurer aux populations une accessibilité physique et financière aux médicaments. Le suivi de cet indicateur permet ainsi d'améliorer autant cette liste au cours du processus de révision que les pratiques de prise en charge des patients par les professionnels. Donc la valeur recherchée est de 100% de produits prescrits appartenant à la LNME.

Des études révèlent des pourcentages proche de 100% au Niger, Burundi et Cameroun (23, 24, 25). Par ailleurs, d'autres études affirment que juste un produit sur deux produits prescrits appartient à la LNME(16,28). En général, la tendance d'utilisation des produits inscrits sur la LNME est à la hausse dans nos pays en voie de développement depuis une vingtaine d'années selon le dernier rapport de l'OMS sur l'usage rationnel des médicaments dans le monde (2).

- Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins une injection

Cet indicateur donne des indications sur le niveau d'utilisation de la voie d'administration injectable à laquelle l'on doit recourir lorsque la médication orale est impossible. La norme acceptable évoquée par Dumoulin et coll. en 2001, est un pourcentage inférieur à 20% (7). Mais moins l'on a recours à cette voie d'administration dans des conditions de prise en charge en ambulatoire, plus l'usage des médicaments est rationnel.

L'Indonésie présente une ordonnance sur deux avec un médicament par voie injectable dans la prise en charge des pathologies survenues dans les ménages (16).

En Afrique, la voie d'administration injectable reste encore répandue avec une utilisation allant de 22% à 45% des ordonnances étudiées (4,6,17,28). Cet état de fait pourrait être à l'origine des dangers tels les contaminations à certaines infections (VIH-SIDA, hépatite B, C...) et rendre l'ordonnance plus onéreuse. Par contre d'autres pays africains tels que le Burundi et le Maroc en 2004 présentent respectivement des taux de 10% et 9% (16,29).

- Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins un antibiotique

Le suivi du niveau de prescription des antibiotiques contribuent à améliorer la rationalisation des prescriptions médicales. L'apparition des résistances ou échecs thérapeutiques mettent en cause le plus souvent la mauvaise prescription des antibiotiques et leur abus. La valeur acceptable doit être inférieure à 30% (7). Dans les pays africains, l'utilisation des antibiotiques est très répandue, nous avons un médicament sur deux prescrits qui est un antibiotique (5,29), voir quelques fois deux médicaments sur trois (4,30). Cette mauvaise utilisation des antibiotiques n'épargne aucun continent. En Europe, cette pratique demeure un problème majeur d'usage rationnel des médicaments. Aujourd'hui, ces pays pour certains ont mis en place plusieurs programmes pour améliorer la prescription des antibiotiques qui était comprise entre 10% et 30% en 2003 (2).

L'utilisation rationnelle des antibiotiques reste donc une problématique d'actualité dans tous les pays du monde mais est plus accentuée dans les pays à ressources limités et dépourvu de couverture médicale universelle.

- Le pourcentage de médicaments génériques prescrits

Cet indicateur revêt un caractère important dans l'accessibilité financière aux médicaments pour les populations. Les médicaments génériques sont des copies des médicaments de marque présentant les mêmes propriétés thérapeutiques mais à un coût réduit. Leur prescription dans les pays à ressources limitées est une voie de salut pour les Etats et les populations. Donc l'idéal est la prescription de 100% de médicaments génériques sur une ordonnance si le critère d'accessibilité financière est toujours respecté. Les résultats relevés par la littérature font état de chiffres variés dans la prescription des médicaments génériques surtout en Afrique avec des pourcentages allant de 30% à presque 100% (5,16,30).

Plusieurs mesures d'incitations d'ordre juridique ou contractuel et même stratégiques sont mises en place pour accroître le niveau de prescriptions des médicaments génériques dans les différents pays du nord comme du sud.

- Le pourcentage de médicaments prescrits en DCI

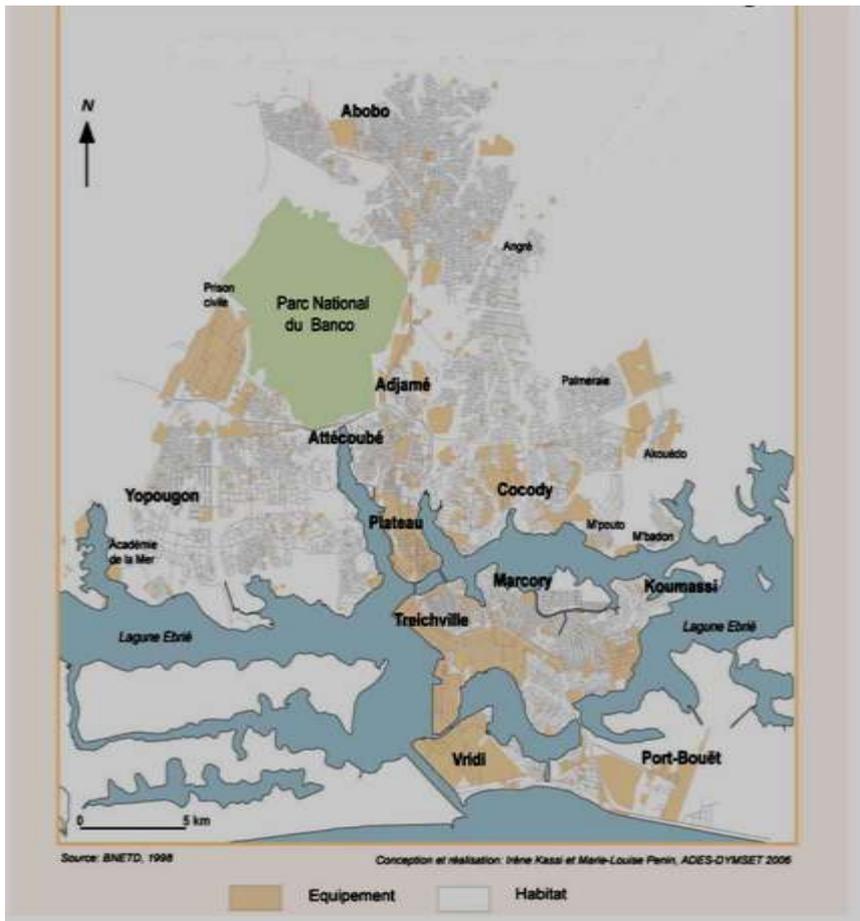
Cet indicateur apprécie la bonne pratique de prescription car il permet de juger en partie de l'indépendance des prescriptions vis-à-vis des informations reçues de la délégation médicale très souvent incriminées dans les causes de prescriptions irrationnelles. Les pourcentages de prescriptions en DCI restent encore disparates mêmes si des pays tels le Mali, le Burundi et le Cameroun se détachent en atteignant des valeurs de l'ordre de 80% (4,6,29).

### 3 Méthodologie

#### 3.1 Cadre de l'étude



Figure 1 : Carte de la Côte d'Ivoire



**Figure 2: Carte détaillée de la ville d'Abidjan**

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Treichville-Marcory. Ce district se trouve au sud de la ville d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. Il renferme les populations de deux communes administratives que sont Treichville et Marcory fortes de 450 364 habitants et d'une densité de 20 947 Hbts/km<sup>2</sup> selon les rapports dudit district. Ce district dispose d'établissements sanitaires de niveau primaire et de niveau tertiaire. Notre étude a porté uniquement sur les structures sanitaires publiques ou associatives à but non lucratif de niveau primaire. Au moment de notre étude, ce district disposait de 193 prestataires (médecins, infirmier, sages-femmes, pharmaciens et PGP) dont 110 médecins et infirmiers diplômés d'état.

### 3.2 Type de l'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive ayant consistée au recueil de données quantitatives.

### 3.3 Unité d'analyse de l'étude

Elle était constituée d'ordonnances médicales. Ces ordonnances ont été sélectionnées dans les structures sanitaires publiques et parapubliques du district sanitaire de Treichville-Marcory.

Huit structures sanitaires dans le district d'étude ont été retenues selon un choix raisonné.

Les critères de choix sont les suivants :

- être dans l'aire de santé du district de Treichville-Marcory;
- être fonctionnel pendant la période de passage ;
- réaliser des prises en charge intégrées avec consultations en ambulatoire ;
- disposer d'un point de vente des médicaments (pharmacie interne) ;
- accepter de participer à l'étude.

➤ Critères d'inclusion des ordonnances médicales

- ordonnances provenant des services de médecine générale ou pédiatrie ;
- ordonnances de patients ayant accepté de participer à l'étude ;
- ordonnances comportant des médicaments.

➤ Critères d'exclusion des ordonnances médicales

- ordonnances provenant d'autres services que la pédiatrie et /ou la médecine générale ;
- ordonnances relevant de la prise en charge en hospitalisation des patients.

### 3.4 Définition des variables

Les variables sont de deux ordres. Il s'agit des modalités de rédaction et des indicateurs fondamentaux de prescription des médicaments établis par l'OMS et l'INRUD.

➤ Modalités de rédaction d'une prescription médicale

- la lisibilité de l'ordonnance était appréciée par l'enquêteur et coordonnateur de l'équipe (si une ligne n'était pas lisible par ceux-ci l'ordonnance était qualifiée d'illisible) ;
- l'identification du prescripteur : sa structure, ses nom et prénom(s), sa qualification ou qualité et le contact du prescripteur ;
- l'identification du patient : nom, prénoms, âge ou poids;
- les informations sur chaque médicament prescrit : forme pharmaceutique, dosage unitaire, quantité nécessaire au traitement, posologie et durée du traitement ;

➤ Indicateurs fondamentaux de prescription :

- Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance médicale

Nombre total des médicaments prescrits sur toutes les ordonnances étudiées / Nombre total d'ordonnances étudiées.

- Pourcentage de médicaments prescrits en DCI

[Nombre de médicaments prescrits en DCI / Nombre total des médicaments prescrits] X100.

- Pourcentage de médicaments génériques prescrits

[Nombre de médicaments génériques prescrits / Nombre total des médicaments prescrits] X100.

- Pourcentage de prescriptions comportant un antibiotique

[Nombre d'ordonnances comportant au moins un antibiotique / Nombre total d'ordonnances étudiées] X100.

- Pourcentage de prescriptions comportant une injection

[Nombre d'ordonnances comportant au moins une injection / Nombre total d'ordonnances étudiées] X100.

- Pourcentage de médicaments prescrits appartenant à la liste nationale des médicaments essentiels(LNME)

[Nombre de médicaments prescrits appartenant à la LNME / Nombre total de médicaments prescrits] X100.

### 3.5 Collecte des données

#### 3.5.1 Technique de collecte des données

L'analyse des ordonnances a été la technique de collecte utilisée.

Cette analyse des prescriptions médicales nous a permis de recueillir les données portant sur les modalités de rédaction des ordonnances et les indicateurs de prescription.

#### 3.5.2 Outils de collecte des données

Le recueil des données s'est fait au moyen des fiches d'analyse des ordonnances.

Les fiches d'analyse ont été élaborées sur le modèle OMS. Deux fiches d'analyse ont été utilisées, ce sont :

- la fiche de recueil des indicateurs de prescription (annexe 2) :

Elle a permis de recueillir les données portant sur le service de prescription, le nombre de médicaments prescrits, la présence ou non d'antibiotiques, la présence ou non de médicaments en forme injectable sur chaque ordonnance, le nombre de médicaments génériques prescrits, de médicaments prescrits en DCI et de médicaments prescrits appartenant à la LNME.

- la fiche annexe de recueil des modalités de rédaction (annexe 3) :

A partir de l'ordonnance, cette fiche a permis de noter la présence ou l'absence des données suivantes : le nom et prénoms du prescripteur ainsi que son contact et sa qualité ; le nom de la structure d'accueil et le nom et prénoms des patients ; des éléments suivants pour chaque médicament prescrit : forme pharmaceutique, dosage, quantité nécessaire, posologie et durée du traitement.

### 3.5.3 Déroulement de la collecte

Cette collecte s'est faite à la sortie des patients des bureaux de consultation. Les équipes d'enquêteurs ont passé deux demi-journées dans chaque structure sanitaire. Les ordonnances ont été enregistrées dans l'ordre d'arrivée en respectant les critères d'inclusion. Chaque ordonnance retenue pour l'étude a été photographiée. Les données liées aux ordonnances ont été donc recueillies sur les photographies desdites ordonnances. Le nombre d'ordonnances retenues par structure sanitaire est celui obtenu au cours de notre présence (les deux-demi-journées en matinée).

Cette étude s'est déroulée du 04 septembre 2012 au 18 septembre 2012.

La coordination de l'étude était assurée par mes soins.

### 3.6 Analyse des données

Cette exploitation s'est faite avec les logiciels EPI info version 3.5.1 et Excel 2010.

### 3.7 Difficultés et limites de l'étude

La réalisation de cette étude a été confrontée à des difficultés d'ordre financier et du niveau de fréquentation par les patients des centres de santé. Ainsi, compte tenu des contraintes financières, la durée de l'enquête a été courte.

Deux limites sont à mentionner dans cette étude. La première concerne la taille de l'échantillon des ordonnances. Selon les indications de l'OMS, l'étude des indicateurs fondamentaux de prescription demande un échantillon de 600 ordonnances à raison de 30 ordonnances pour chacune des 20 structures sanitaires à sélectionner. Quant à la seconde, elle porte sur la pertinence du diagnostic des pathologies traitées par les médicaments prescrits. Cette pertinence n'a pas été évaluée dans cette étude.

## 4 Résultats

L'enquête de terrain a duré deux semaines. Elle a permis de retenir cent quarante ordonnances avec trois cent soixante-onze lignes de médicaments prescrits dans huit structures sanitaires du district sanitaire de Treichville-Marcory. Les structures sanitaires retenues étaient les suivantes :

- HG de Treichville + Dispensaire du pont de Treichville (HGT+DPT) ;
- CSU-Com Arras 3
- Clinique médicale de l'AIBEF
- Dispensaire communal de Treichville (DCT)
- HG de Marcory (HGM)
- FSU-Com Anoumambo HKB
- CSU-Com Alliodan
- ASAPSU de Marcory-Anoumambo.

Cette étude a exploré les modalités de rédaction des ordonnances médicales et les caractéristiques des ordonnances aux regards des indicateurs fondamentaux de prescription élaborés par l'OMS et l'INRUD.

### 4.1 Les modalités de rédaction des prescriptions médicales

#### 4.1.1 La lisibilité des ordonnances

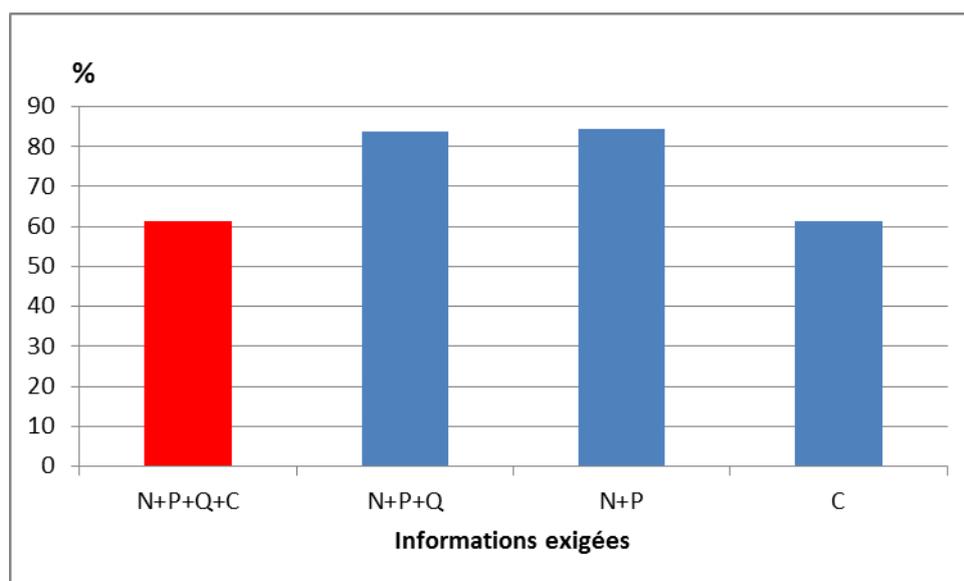
La lisibilité de nos ordonnances était très bonne en général (92,8%). Ce constat a d'ailleurs permis une meilleure exploitation des données inscrites sur les ordonnances.

#### 4.1.2 L'identité du prescripteur

Les ordonnances ont fait mention du nom, prénom des prescripteurs et de leur qualité dans 84,3% des cas, mais la mention de son contact a été moins importante (61,4%).

Les proportions constatées sont identiques autant chez les médecins que les infirmiers.

Une ordonnance sur deux a mentionné l'identité de l'établissement.

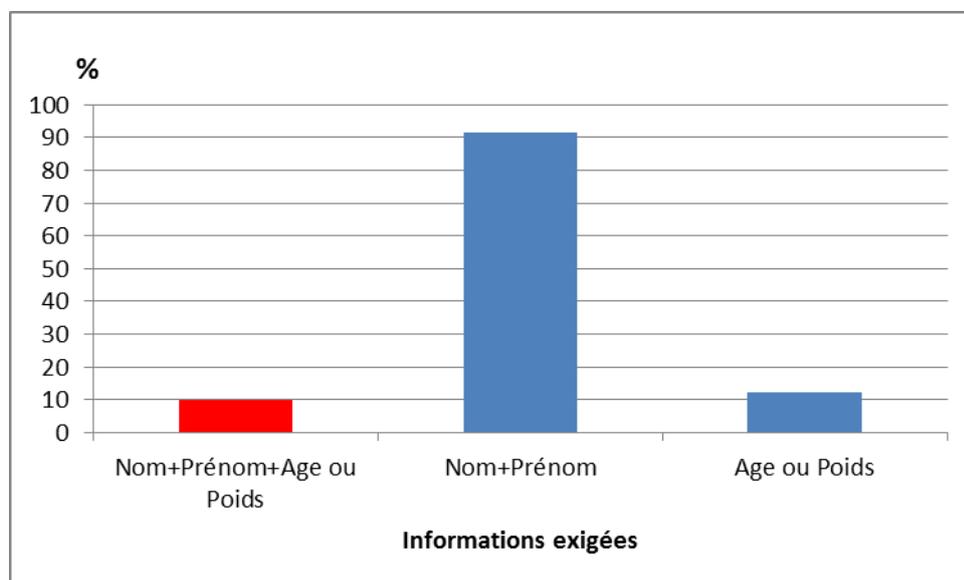


C: contact / N: nom / P: prénom / Q: qualité

**Figure 3 : Identification du prescripteur**

#### 4.1.3 L'identité du patient

La quasi-totalité des ordonnances a précisé le nom et prénom du patient (91,4%). Mais seulement une ordonnance sur dix a présenté une identification complète du patient.



**Figure 4 : Identification du patient**

#### 4.1.4 Les informations sur le médicament

Au moins huit médicaments sur dix ont mentionné clairement la forme, la quantité de médicament nécessaire et la posologie pour chaque médicament prescrit dans le cadre de cette étude.

L'information sur le dosage des médicaments prescrits a été absente dans 50% des cas.

La durée du traitement pour chaque médicament est mentionnée une fois sur trois en général dans notre étude. Mais les infirmiers n'ont mentionné qu'une fois sur cinq la durée du traitement pour chacun des médicaments qu'ils ont prescrits.

**Tableau I : Informations sur les 371 lignes de médicaments prescrits**

Informations sur le médicament	Nombre	Pourcentage (%)
Forme pharmaceutique mentionnée	287	80,1
Dosage unitaire mentionné	158	42,6
Quantité nécessaire mentionnée	345	93
Posologie (Nombre de prises)	354	95,4
Durée du traitement mentionnée	122	32,9
Informations complètes sur les médicaments prescrits	5	1,4

En résumé, retenons des prescriptions médicales analysées que:

- la lisibilité a été très bonne en général (92,8%);
- l'identité du prescripteur a été complète dans l'ordre de 61,4% mais les ordonnances faisant mention du nom, prénom des prescripteurs et de sa qualité a été de l'ordre de 84,3%;
- les ordonnances présentant des informations complètes sur le patient ont été de 12% ;
- les informations sur les médicaments ont été complètes pour 1,4% des médicaments étudiés, mais huit médicaments prescrits sur dix ont mentionné clairement de la forme, de la quantité de médicament nécessaire et de la posologie.

#### 4.2 Les caractéristiques des ordonnances au regard des indicateurs fondamentaux de prescription de l'OMS / INRUD

##### 4.2.1 Le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance

Les prescriptions médicales étudiées ont présenté en moyenne 2,7 médicaments. La moyenne de médicaments prescrits par ordonnance dans tous les établissements étaient en dessous de trois

médicaments par ordonnance mais une ordonnance sur quatre étudiée comportait au moins 4 médicaments.

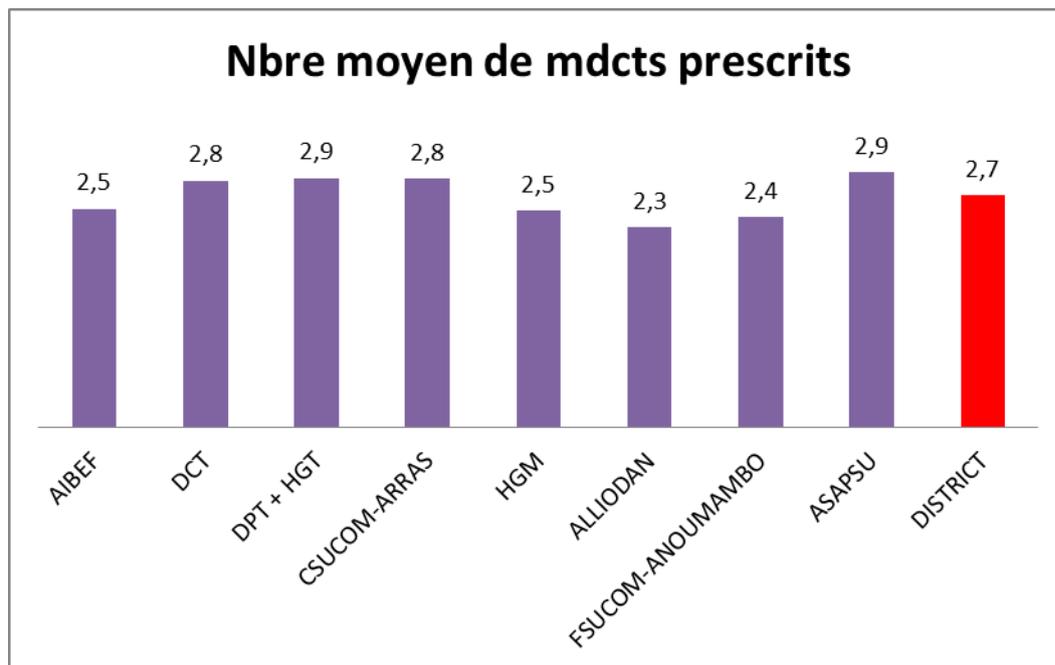


Figure 5 : Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance

#### 4.2.2 Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins un antibiotique

Une ordonnance sur deux possédait au moins un médicament antibiotique. Cette répartition était la même quelle que soit la qualité du prescripteur (médecin ou infirmier). L'Asapsu avec 83,3% d'ordonnances comportant au moins un antibiotique a été l'établissement qui a prescrit le plus des antibiotiques dans le district.

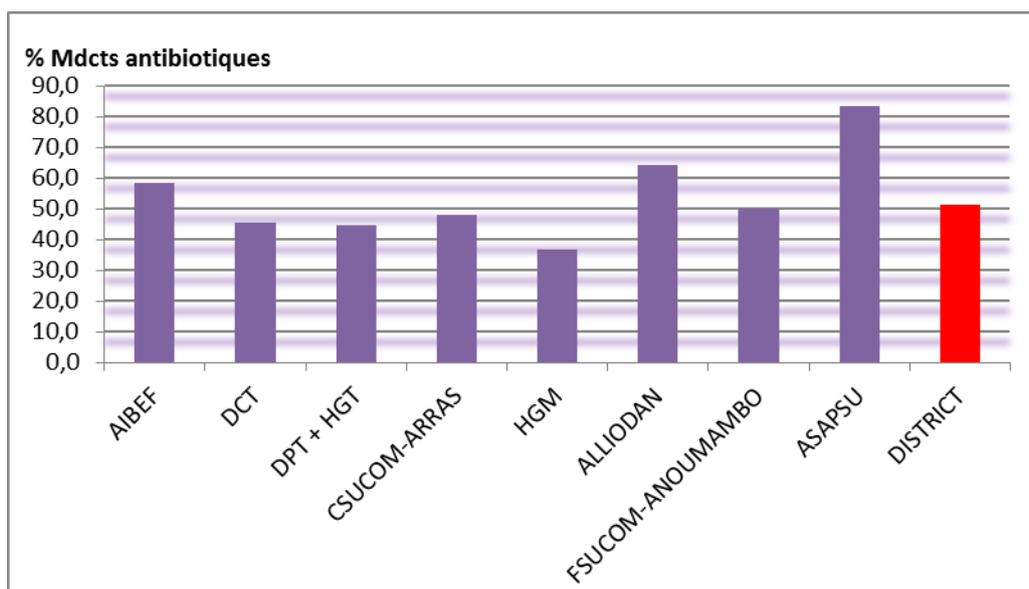


Figure 6 : Pourcentage des ordonnances comportant au moins un antibiotique

#### 4.2.3 Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins une injection

L'utilisation des injections était correcte dans ce district, seulement 6% de prescriptions contiennent une injection.

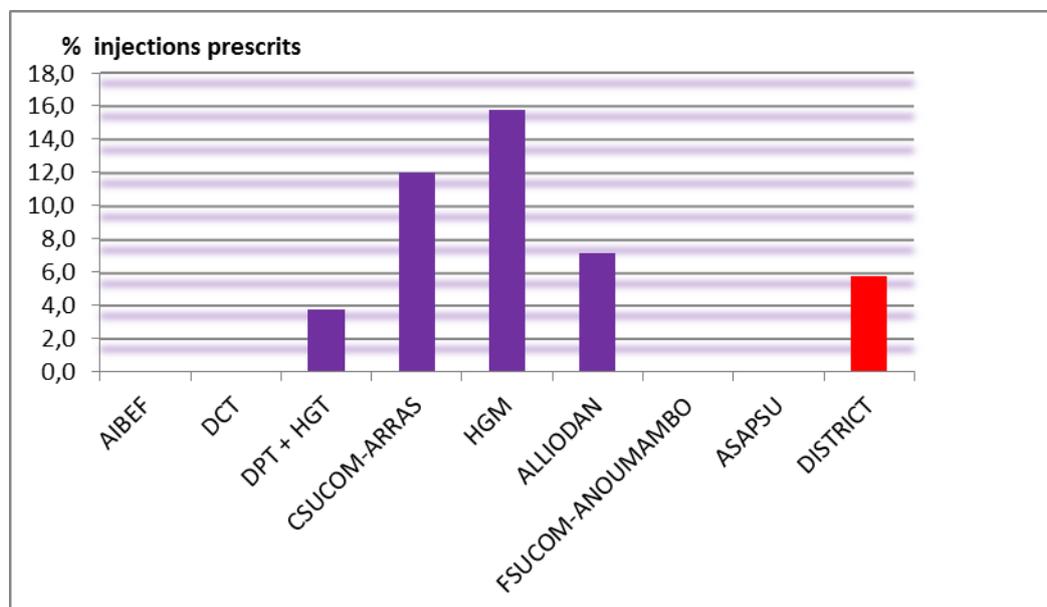


Figure 7 : Pourcentage des ordonnances comportant au moins une injection

#### 4.2.4 Le pourcentage de médicaments génériques prescrits et de médicaments prescrits en DCI

Les génériques ont été prescrits deux fois sur trois médicaments dans ce district mais les prescriptions en DCI étaient très limitées (12%). Les plus forts taux de prescription de génériques ont été retrouvés dans deux centres qui sont : le centre sanitaire à base communautaire d'Alliodan et l'Asapsu. Ces sont des centres situés dans des quartiers abritant des populations jugées défavorisées.

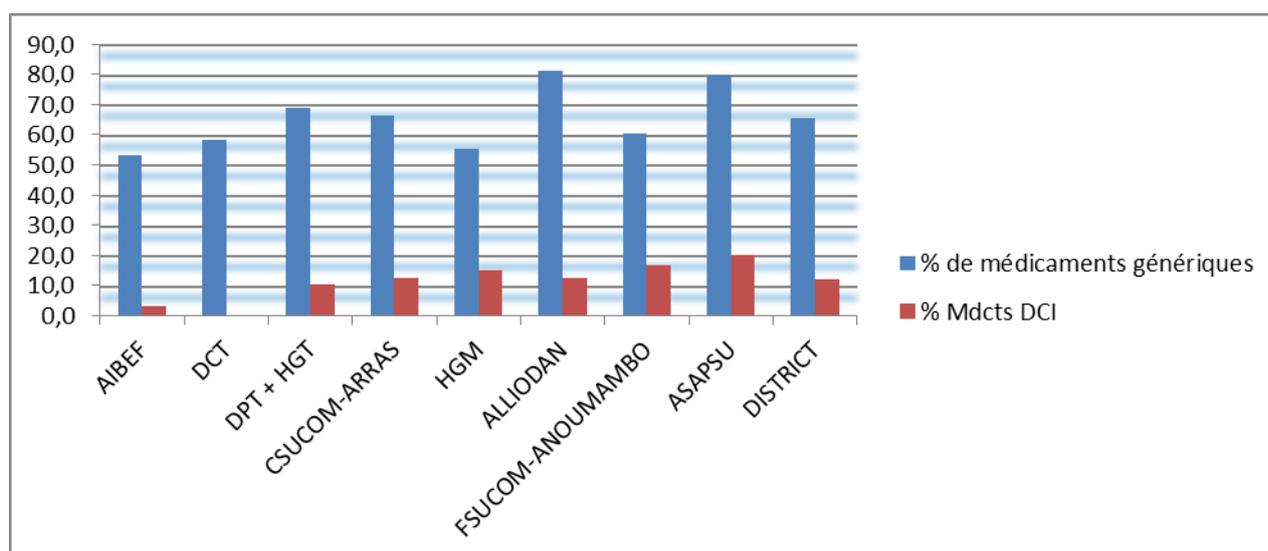
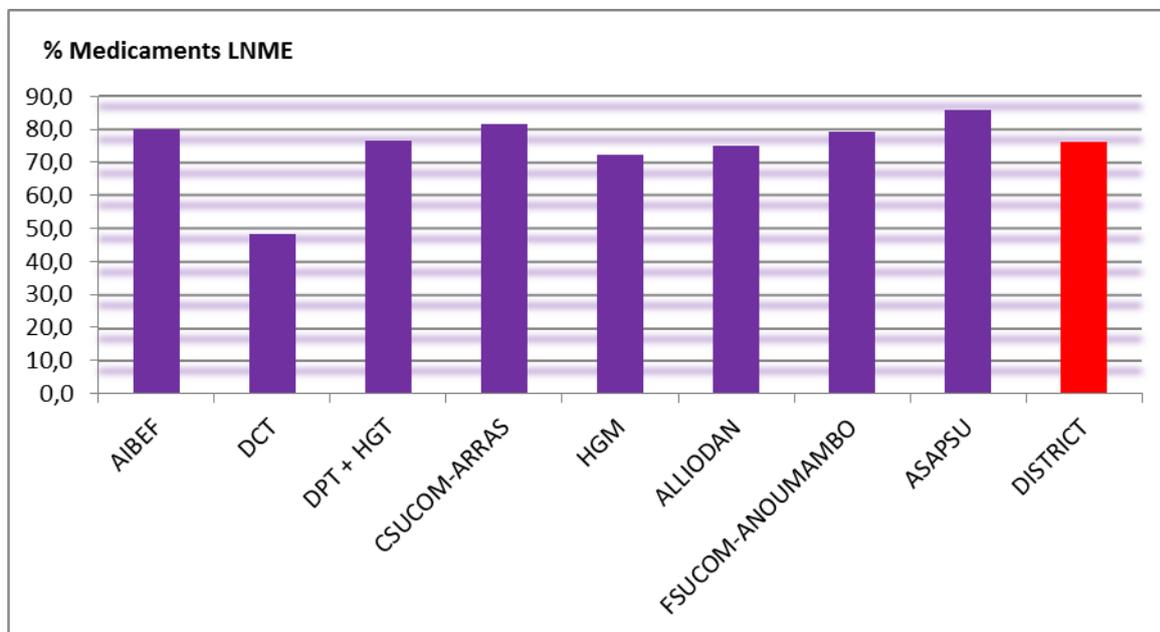


Figure 8 : Pourcentage de médicament générique et médicament DCI prescrits

#### 4.2.5 Le pourcentage de produits prescrits faisant partis de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME)

Trois médicaments sur quatre prescrits étaient inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels dans le district de Treichville-Marcory.



**Figure 9 : Pourcentage de médicaments prescrits inscrits sur la LNME**

En conclusion, les prescriptions médicales de ce district présentent :

- 2,7 médicaments étaient prescrits en moyenne par ordonnance mais près de 27,8% des ordonnances comportaient au moins quatre médicaments ;
- une ordonnance sur deux possédait au moins un médicament antibiotique ;
- 6% de prescriptions contenaient une injection ;
- les génériques ont été prescrits deux fois sur trois médicaments mais les prescriptions en DCI étaient très limitées (12%) ;
- trois médicaments sur quatre prescrits étaient inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels.

## 5 Discussion

Cette étude n'a pas évalué la pertinence du diagnostic posé par les prescripteurs. Ce diagnostic peut avoir une influence sur le nombre de médicaments à prescrire et également sur la prescription des antibiotiques et des formes injectables. C'est pourquoi, nous avons supposé que la prescription est pertinente pour le problème de santé du patient avant l'exploitation des ordonnances. Par ailleurs, nous n'avons récolté que cent quarante ordonnances pour les huit structures sanitaires étudiées où six cent ordonnances sont indiquées. Par conséquent nos résultats ne peuvent être étendus à l'ensemble du pays. Mais ces résultats donnent une tendance de l'usage rationnel dans ce district d'étude principalement une indication sur l'état actuel de l'utilisation des médicaments par les prescripteurs.

Alors, quelles sont ces indications, les explications possibles et surtout leur implication dans l'usage rationnel des médicaments. Nous aborderons dans un premier temps la contribution du respect des règles de rédaction des ordonnances à cet usage des médicaments. Et dans second temps, nous verrons le niveau de rationalisation des prescriptions au regard des indicateurs de prescription de l'OMS/INRUD.

### 5.1 Les modalités de rédaction des prescriptions médicales

#### 5.1.1 La lisibilité des ordonnances

La lisibilité des ordonnances est très bonne en général (92,8%). Ceci marque les efforts réalisés par les prescripteurs suite aux appels des dispensateurs ou patients comme l'ont fait remarquer certains prescripteurs.

Cette lisibilité satisfaisante est aussi constatée dans plusieurs études. Ainsi, au Burkina Faso et au Maroc, elle est respectivement de 76% et 91% des ordonnances étudiées (17,20). Il est également noté que les ordonnances étaient le plus souvent lisibles et compréhensibles pour les agents paramédicaux et pour le patient dans une étude au Cameroun (25).

Cette bonne lisibilité constatée dans notre étude, devrait éviter les erreurs au cours de la délivrance et l'utilisation des médicaments contribuant ainsi à un usage rationnel des médicaments. Car l'illisibilité des ordonnances est incriminée au Royaume Uni dans une erreur d'utilisation et cité par Reddadi. Cette erreur de lecture a conduit à des lésions cérébrales chez un patient (17). L'illisibilité des ordonnances est également relevée dans une étude aux USA. En effet, pour cinquante pour cent des ordonnances étudiées, les pharmaciens ont eu des difficultés à retranscrire les informations sur les médicaments pour les patients (31).

### 5.1.2 L'identité du prescripteur

L'identité du prescripteur est complète dans 61,4% des ordonnances étudiées. Cette proportion s'explique par l'absence du contact téléphonique dans une sur trois ordonnances. Ce constat s'explique d'une part par les cachets utilisés en général. En effet, ceux-ci mentionnent le nom, le prénom des prescripteurs et sa qualité. D'autre part, certains prescripteurs trouvent encore non commode de donner leur contact aux patients dès la première consultation dans le secteur public.

Nos résultats sont identiques à ceux du Cameroun avec 30% des ordonnances étudiées qui ne mentionnent pas l'identité complète du prescripteur (25). Une étude menée dans un CHU en France montre un taux plus faible d'identification complète du prescripteur, seulement 7,2% des ordonnances étudiées. Les ordonnances concernées sont celles qui sont non informatisées(23).

Une ordonnance sur deux mentionne l'identité de l'établissement. Celles qui mentionnent le nom de l'établissement proviennent des ordonnances pré-imprimées par l'établissement d'accueil ou des prescripteurs disposant de cachet intégrant l'établissement d'accueil.

L'absence du contact du prescripteur ne contribue pas à une meilleure prise en charge du patient. Car, ce contact est utilisé très souvent par le dispensateur pour d'éventuels échanges techniques avec le prescripteur.

Ainsi, l'amélioration du pourcentage d'ordonnances ayant une identification complète du prescripteur peut se faire selon deux modalités. La première serait que les prescripteurs disposent de cachet mentionnant nom et prénoms ainsi que leur qualité et la structure d'accueil. Quant à la seconde, il s'agira d'éditer des ordonnances pré-imprimées par établissement avec des espaces pour les informations sur le prescripteur. Cependant cette proposition nécessitera des moyens financiers supplémentaires de la part de la structure sanitaire.

### 5.1.3 L'identité du patient

Notre étude montre une identification des patients sur les ordonnances majoritairement (91,4%) par leurs nom et prénom. Leur âge ou leur poids est absent sur les ordonnances. Ceci s'explique par la mention de ces éléments le plus souvent dans les carnets de consultations exigés par les établissements sanitaires pour une consultation médicale. Cette tendance est confirmée par les résultats de l'étude faite au Maroc en 1999 (17).

En France, des études menées dans des établissements sanitaires montrent 36% et 39% d'ordonnances avec une identification complète du patient (23,26).

La précision de l'identification du patient est importante pour éviter la confusion d'ordonnances avec d'autres personnes. Elle permet également de confirmer que les informations sur les médicaments sont adaptées au patient concerné. Donc l'absence de précision de l'âge ou du poids du patient en pédiatrie

et même chez les patients adultes, peut être à l'origine des erreurs d'utilisation souvent dramatiques. Ceci montre bien que l'absence de ces éléments ne permet pas un usage rationnel des médicaments.

#### 5.1.4 Les informations sur le médicament

La faible proportion des médicaments pour laquelle les informations sont complètes (1,4%) constatée dans notre étude, concorde avec les résultats d'autres études. Ainsi, il est retrouvé respectivement 8,9% et 10% en France dans un CHU et au Burkina Faso pour ce qui est des ordonnances d'une caisse de sécurité sociale (20,23). Et la durée du traitement pour chaque médicament est l'information la moins mentionnée (1/3) dans notre étude. Cette observation est aussi retrouvée dans les études suscitées. Ces constats peuvent s'expliquer par la charge de travail, et surtout la possibilité d'éclairage des prescriptions qu'apporteraient les dispensateurs par la suite. Mais des raisons de manque de volonté et même de mauvaises habitudes peuvent être évoquées également. Mentionnons aussi pour confirmer nos résultats, l'absence quasi-totale (98%) du temps de prise des médicaments sur les ordonnances dans une étude aux USA (31).

Ces informations sont importantes pour une bonne utilisation des médicaments prescrits. Leur absence ou insuffisance conduit à des conséquences très souvent graves telles que les accidents thérapeutiques pour le patient si à l'étape suivante de dispensation il n'y a pas de corrections (26). Une revue en 2011 du Lancet sur les erreurs médicamenteuses révèle l'importance des conséquences qui étaient autant humaines que financières. Ces erreurs représentaient la 8<sup>ème</sup> cause de décès au niveau national et ont coûté 17,1 milliards de dollars (soit environ 1% des dépenses de santé) en 2008 (8).

Cette faible complétude des informations sur les médicaments dans notre étude montre que la garantie d'une utilisation rationnelle de ces médicaments n'est pas assurée.

En résumé, ces résultats montrent que des efforts de rédaction sont encore à faire par les prescripteurs pour respecter toutes les informations légales nécessaires sur une ordonnance. Ces insuffisances peuvent avoir des incidences modérées à graves sur le patient si des corrections ne sont pas faites à l'étape supérieure de prise en charge c'est-à-dire au niveau du dispensateur. Egalement, d'énormes pertes de ressources financières sont à signaler. Par conséquent des séances de sensibilisation devraient être réalisées par le district afin de contribuer à l'amélioration de ces proportions. Parallèlement, des mesures doivent être prises pour mettre à disposition des prescripteurs des outils de travail facilitant leur identification et celle des patients.

## 5.2 Les caractéristiques des ordonnances au regard des indicateurs fondamentaux de prescription de l’OMS/INRUD

### 5.2.1 Le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance

Les prescriptions médicales étudiées comportent en moyenne 2,7 médicaments. Cette moyenne satisfaisante ( $\leq 3$  médicaments) est identique à celle retrouvée par le ReMeD dans son étude menée en 1998 en Côte d’Ivoire (3). D’autres pays africains (Burundi, Gabon, Maroc) ont obtenu la même moyenne dans différentes études (17,28,29). Par contre une moyenne de l’ordre de 3,3 médicaments par ordonnance est retrouvée au cours d’études menées au Cameroun en 2003 et au Mali en 2006.

Dans notre étude, la polypharmacie est une réalité avec une ordonnance sur quatre étudiée qui comporte au moins quatre médicaments. Une étude portant sur le suivi des prescriptions en Inde, a présenté aussi une polypharmacie pour plus de 80% des prescriptions (32). Cette réalité peut s’expliquer d’une part par l’influence que les patients ont très souvent. En effet, les patients s’attendent à obtenir une prescription médicale à la sortie d’une consultation afin de traiter leur mal. Egalement, les prescripteurs pensent qu’il faut toujours une prescription médicale pour soulager le patient parce que ceux-ci s’y attendent. Cette influence des patients et la perception des prescripteurs sont confirmées par une étude chez les médecins généralistes en Angleterre. Elle montre que 67% des patients reçus attendait une prescription mais les médecins ont perçus une attente de 56% et en définitif, ils ont prescrits pour 59% de la population de patients reçus (33). D’autre part, la polypharmacie peut s’expliquer par le temps de consultation. Dans notre étude, ce temps est court, en moyenne cinq minutes, ce qui pourrait supposer un diagnostic non approfondi. Donc conduisant à une prescription médicale irrationnelle avec des médicaments pas toujours nécessaires. A ce propos, Sneha Patel relève que quarante-six médicaments issus de quarante ordonnances et cent huit médicaments issus de soixante-quatre ordonnances n’étaient pas nécessaires respectivement dans les secteurs public et privé (34).

L’adhérence au traitement est également influencée négativement par la polypharmacie. En effet, un nombre élevé de médicaments prescrits peut décourager le patient. Une telle ordonnance avec des médicaments princeps prescrits ou médicaments chers accentuent aussi la possibilité de non adhérence au traitement des patients. Ceci parce que les patients n’ont pas toujours les moyens financiers d’acheter tous les médicaments prescrits.

Cette polypharmacie peut donc conduire à des effets nocifs dus aux interactions médicamenteuses sur la santé des patients, à la non adhérence au traitement et à un gaspillage des ressources desdits patients. Donc, cette pratique participe à un usage irrationnel des médicaments.

## 5.2.2 Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins un antibiotique

A l'arrivée des antibiotiques, que de réalisations obtenues pour la prise en charge des maladies infectieuses telles que la syphilis, la lèpre, la tuberculose etc. Mais force est de constater aujourd'hui que la solution d'hier est devenue le problème. En effet, la mauvaise utilisation des antibiotiques par les professionnels de santé et les populations font courir le risque de perdre à jamais cet arsenal thérapeutique<sup>7</sup>

Notre étude le montre par un niveau d'utilisation qui est supérieur à la valeur optimale acceptable (30%) (7). En effet, une ordonnance sur deux possède au moins un médicament antibiotique. Ce résultat confirme celui du ReMeD obtenu en 1998. Elle peut s'expliquer par les mauvaises utilisations des antibiotiques dans des indications souvent inappropriées (exemple d'antibiotiques dans les infections virales telles que la grippe). Cette mauvaise utilisation des antibiotiques peut être due à l'insuffisance de formation continue en matière de rationalisation de la prescription des antibiotiques comme l'ont indiqué certains prescripteurs. L'influence des patients est également pour quelques choses dans cette utilisation élevée. D'ailleurs cette classe thérapeutique est citée comme une des plus demandée par le patient au cours des consultations comme indiquée dans une étude au Maroc(16). Aussi, la pression de la visite médicale qui transmet des informations insuffisantes et souvent erronées est à mentionner. Le non recours systématique à un antibiogramme avant la prescription des antibiotiques participe à cet état de fait. Cette justification est confirmée par une étude sur l'utilisation d'antibactériens dans 16 pays européens. Elle révèle que l'utilisation d'antibiotiques était en grande partie irrationnelle et généralement empirique. Soit à peine 2% de l'utilisation des antibiotiques en Italie a été confirmée par les antibiogrammes (35). Mais mentionnons que les antibiogrammes ne sont ni accessibles financièrement aux patients et ni disponibles dans toutes les structures sanitaires visitées.

Les études menées au Burundi (2007) et en l'Algérie (2011) présentent la même proportion d'antibiotiques prescrits que la nôtre (5,29). D'autres pays tels que le Mali (2006) et Niger (2001) ont des proportions supérieures à 66% (4,30). Quant aux pays européens, la prescription irrationnelle des antibiotiques demeure aussi un problème d'usage irrationnel des médicaments. Aujourd'hui, ces pays pour certains ont mis en place plusieurs programmes pour améliorer la prescription des antibiotiques qui était compris entre 10% et 30% en 2003 (2).

Ce niveau de pratique de prescription des antibiotiques contribue assurément à l'apparition des résistances ou d'échecs thérapeutiques. Ce qui fait courir le risque de ne plus disposer d'antibiotiques efficaces contre ces nouveaux germes. Et ce risque est accentué car « *la vitesse à laquelle nous perdons ces médicaments dépasse de loin celle à laquelle nous en mettons au point de nouveaux* » comme l'indiquait Margaret Chan dans sa déclaration à l'occasion de la journée mondiale de la santé en 2011. Ces pratiques contribuent également au gaspillage des ressources des ménages et de l'Etat

---

<sup>7</sup> Déclaration de Margaret Chan, Directrice générale l'OMS au cours de la journée mondiale de la santé 2011

qui financent les achats des médicaments. Donc ceci confirme l'usage irrationnel qui est fait de ce type de médicaments.

L'utilisation rationnelle des antibiotiques reste donc une problématique d'actualité dans tous les pays du monde mais est plus accentuée dans les pays à ressources limités et dépourvu de couverture médicale universelle (sécurité sociale). Ainsi, une vulgarisation de la surveillance de l'utilisation des antibiotiques doit être réalisée afin d'améliorer les pratiques de prescription des antibiotiques dans les différents pays. De même, des formations de pharmacothérapie à l'usage des antibiotiques doivent être menées. Tout Ceci contribuerait fortement à la réduction des conséquences suscitées.

### 5.2.3 Le pourcentage d'ordonnances comportant au moins une injection

L'utilisation des injections est correcte dans notre échantillon d'étude par rapport à la valeur optimale acceptable, seulement 6% de prescriptions contiennent une injection. Ce pourcentage est loin du résultat obtenu en 1998 en Côte d'Ivoire par le REMED (28,3%). Mais cette valeur a été observée aussi au cours d'études au Burundi (2007) et au Maroc (2004) avec des pourcentages inférieurs à 10% (16,29). Cependant les valeurs de ces pays se justifiaient par l'application de programme d'amélioration des prescriptions rationnelles d'injection. Contrairement à nos résultats, la tendance générale constatée en Afrique est que la voie d'administration injectable reste encore répandue avec une utilisation allant de 22% à 45% des ordonnances étudiées (4,16,26,29). Nos résultats sont à prendre avec précautions eu égard à un échantillon réduit (140 ordonnances) où les autres études avaient comme population au moins 600 ordonnances. Mais cette valeur retrouvée dans notre étude peut s'expliquer par le fait que les médicaments par voie orale semblaient disponibles et plus accessibles financièrement à la pharmacie de la structure sanitaire. On peut aussi ajouter comme raison, la possibilité que certains prescripteurs avaient d'exécuter les injections avant la sortie du malade, réduisant ainsi les médicaments à formes injectables sur les ordonnances. Pour terminer, mentionnons l'abandon de l'idée selon laquelle l'injection est la forme qui est la plus indiquée quand un patient a l'impression de trop souffrir.

La faible utilisation des médicaments par voie injectable dans les consultations en ambulatoire contribue à mieux prendre en charge les populations. Evitant ainsi de nombreux problèmes tels que les contaminations à certaines infections (VIH-SIDA, hépatite B...) et les ordonnances plus onéreuses. A ce titre, précisons qu'une campagne de masse pour le traitement de la bilharziose avec des seringues non stériles a conduit à la contamination à l'hépatite C de la population égyptienne dans les années 80 (10).

### 5.2.4 Le pourcentage de médicaments génériques prescrits et médicaments prescrits en DCI

Les génériques sont prescrits deux fois sur trois médicaments dans notre étude mais les prescriptions en DCI sont très limitées (12%). Cette tendance est encore plus importante avec une étude menée au Niger qui relève pratiquement 100% de prescription des médicaments génériques (30). Par contre au Maroc et en Algérie, les pourcentages retrouvés sont autour de 35% (5,16). Nous remarquons des

évolutions mais de nombreux pays sont encore loin des 100% de prescription souhaité. Cet état de fait peut s'expliquer par plusieurs raisons dont la perception négative des prescripteurs concernant l'efficacité et la qualité des médicaments génériques qui est due au manque d'information (36). La mauvaise perception qu'a la population des médicaments génériques contribue aussi à son utilisation non totalement satisfaisante.

Plusieurs mesures d'incitations d'ordre juridique ou contractuel et même stratégique sont mises en place pour accroître le niveau de prescriptions des médicaments génériques dans les différents pays du nord comme du sud. Mais pour s'assurer de leur efficacité et l'application de la politique, il faut un suivi par la collecte régulière des données sur la prescription des génériques. Si la tendance constatée de prescription des génériques continue, elle doit contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière aux médicaments pour les classes moyennes donc accroître le taux de couverture de la population ayant accès aux médicaments. Une meilleure utilisation des médicaments génériques contribue également à améliorer l'adhérence au traitement des patients. Enwere dans une étude menée au Nigéria, a montré qu'en prescrivant des médicaments nécessaires en forme générique, l'accessibilité financière et l'adhérence au traitement sont améliorées (37).

Quant aux prescriptions en DCI, leur pratique ne fait pas l'unanimité dans la famille scientifique particulièrement des médecins qui trouvent qu'elle leur enlève un pouvoir sur la prise en charge de leurs patients. De plus, elle exige un effort supplémentaire d'apprentissage pour les acteurs de la prise en charge des patients qui ont pris l'habitude de prescrire en nom de spécialité (38). Pour toutes ces raisons les pourcentages de prescriptions en DCI restent encore disparates et faibles mêmes si des pays tels que le Mali, le Burundi et le Cameroun se détachent en atteignant des valeurs de l'ordre de 80% (4,6,29). Cette faiblesse de la prescription dans notre étude, montre donc la tendance à prescrire des produits de marque très souvent inaccessibles financièrement à la majorité des populations. L'amélioration de ce facteur passe par sa prise en compte dans les programmes de formation initiale et continue des prescripteurs, un système d'information indépendante sur les médicaments ainsi que la mise à disposition de support leur permettant un rappel des dites molécules.

#### 5.2.5 Le pourcentage de produits prescrits faisant partis de la LNME

Trois médicaments sur quatre prescrits sont inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels.

En principe, tous les produits prescrits devraient provenir de cette liste. Ainsi, des études révèlent des pourcentages proche de 100% au Niger, Burundi et Cameroun (6,29,30). Par contre, d'autres études (Gabon et Maroc) affirment que juste un produit sur deux produits prescrits appartient à la LNME (16,28). Disons qu'en général la tendance d'utilisation des produits inscrits sur la LNME est à la hausse dans les pays en voie de développement depuis une vingtaine d'années selon le dernier rapport de l'OMS sur l'usage rationnel des médicaments dans le monde (2). Cette évolution s'est réalisée grâce à la stratégie internationale de promotion des listes des médicaments essentiels faite par l'OMS.

Mais, cette tendance est encore contrariée par la disponibilité de cette liste dans les bureaux des prescripteurs et leur utilisation effective par ceux-ci. Une meilleure sensibilisation et surtout une diffusion efficace du document seraient un gage de prescription rationnelle plus accrue. Et cette augmentation de la prescription faciliterait le travail sur toute la chaîne d'approvisionnement des médicaments améliorant ainsi leur disponibilité et l'accessibilité.

Les caractéristiques des ordonnances étudiées à travers les indicateurs de prescription permettent de confirmer le faible niveau de sensibilisation et de formation des prescripteurs au principe de la rationalisation des prescriptions. Le seul point positif est le faible pourcentage des produits injectables qui reste discutable eu égard à la taille de notre échantillon. Donc la nécessité de mise en place de stratégies de promotion de prescription rationnelle pour les prescripteurs est réaffirmée.

## Conclusion

Ce travail a porté sur les pratiques de prescriptions médicales dans un district de la ville d'Abidjan. Il se justifie par les conséquences de l'usage irrationnel des médicaments particulièrement des prescriptions irrationnelles et le contexte ivoirien de politique de gratuité ciblée. Aussi, mentionnons le manque de suivi régulier de cet usage dans le système sanitaire ivoirien.

Il s'agissait donc de répondre à la question suivante : En quoi les pratiques de prescription médicale contribuent-elles à l'usage irrationnel des médicaments dans les structures sanitaires du district de Treichville-Marcory?

Cette réponse a été donnée à travers une étude transversale descriptive. L'exploitation des ordonnances délivrées a permis de dresser le tableau des pratiques de prescription.

Les pratiques vues sous l'aspect des modalités de rédaction, n'étaient pas toujours respectées. Seulement 1,4% des médicaments disposait d'informations complètes. Aucune ordonnance ne présentait des informations entièrement complètes sur l'identification du prescripteur, du patient et des médicaments prescrits. Le respect de ces dispositions légales doit être exigé afin d'assurer la sécurité des patients.

Quant aux indicateurs de l'OMS, ils ont montré une pratique de prescription encore insuffisante de génériques et de médicaments essentiels. Aussi, une prescription importante d'antibiotiques a été décrite. Ainsi, des efforts restent encore à faire pour obtenir des prescriptions rationnelles afin de garantir l'efficacité des politiques en matière de médicaments.

Il ressort de cette étude que les pratiques de prescriptions médicales doivent encore être améliorées en général, confirmant ainsi notre hypothèse. Par contre, mentionnons que le niveau de prescription des injections s'avère la meilleure pratique constatée. Aussi, ce travail a permis d'obtenir une photographie du niveau de respect des règles des modalités de rédaction des ordonnances médicales en Côte d'Ivoire.

Cette étude permettra d'élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion de l'usage rationnel adaptés au profit des professionnels de santé et des populations. Cependant à la suite de ce travail, il est important d'identifier les causes de ces pratiques décrites à travers une étude analytique. Aussi, prendre en compte le diagnostic et le respect des protocoles thérapeutiques pour les prochaines études.

Donc Il convient aujourd'hui de mettre en place un suivi régulier de l'état de l'usage rationnel des médicaments dans tous les districts de santé de la Côte d'Ivoire ou tout au moins dans des districts sentinelles. Toutes ces mesures contribueront à la réussite des politiques d'accessibilité et de

disponibilité des médicaments mis en place par l'état et soutenues par les partenaires au développement.

## **Recommandations**

### **1. Au Ministère en charge de la Santé**

- mettre à la disposition du PNDAP les ressources financières nécessaires à la promotion de l'usage rationnel des médicaments en général.

### **2. Au Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique**

- mettre en place un suivi régulier de l'usage rationnel des médicaments en intégrant certains indicateurs de l'usage rationnel au système national d'information sanitaire ou en développant des sites sentinelles ;
- développer et promouvoir un programme d'usage rationnel avec tous les acteurs et partenaires de cette thématique ;
- coordonner efficacement les activités de formation continue à l'usage des médicaments des différents acteurs en rapport avec la DFR (direction de la formation et de la recherche).

### **3. Au District Sanitaire de Treichville-Marcory**

- présenter les conclusions de cette étude au cours d'une réunion d'équipe cadre du district ;
- programmer et mettre en œuvre des activités de formation sur l'usage rationnel avec insistance sur les prescriptions rationnelles, la prescription des antibiotiques et des médicaments génériques, la complétude des informations sur les ordonnances médicales.

## Références bibliographiques

1. OMS. Médicaments: usage rationnel [Internet]. WHO. 2010 [cité 17 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/fr/index.html>
2. Holloway kathleen, Van Djjik L. the word médecines situation 2011 : rational use of medicines\_3rd edition\_ who\_ Genève 2011 [Internet]. OMS; 2011 [cité 23 sept 2012]. Disponible sur: [http://www.who.int/nha/docs/world\\_medicine\\_situation.pdf](http://www.who.int/nha/docs/world_medicine_situation.pdf)
3. Fontaine D. Prescription et dispensation des médicaments essentiels et génériques: enquête dans 6 pays d'Afrique. 1998;42.
4. Maiga D. Évaluation de la prescription rationnelle et de la dispensation des médicaments au Mali\_ Reve Scholar [Internet]. 2006 [cité 18 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2009/pharma/pdf/09P91.pdf>
5. Chami khris B, Helali A. Prescription et dispensation des antibiotiques, et la prise en charge des malades en soins de santé primaire [Internet]. 2011 [cité 18 févr 2013]. Disponible sur: [http://www.sante.dz/jms2011/khris\\_cnpm.pdf](http://www.sante.dz/jms2011/khris_cnpm.pdf)
6. NDO J-R, Ndjitoyap Ndam P, Olinga OJ marie, M'Balla N. Rapport final de l'évaluation complète du secteur pharmaceutique national du Cameroun [Internet]. Ministère de la Santé Publique; 2003 p. 63. Disponible sur: [http://www.who.int/medicines/areas/coordination/cameroon\\_evaluation\\_pharmaceuticalsituation.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/coordination/cameroon_evaluation_pharmaceuticalsituation.pdf)
7. Dumoulin J, Kaddar M, Velásquez G. Guide d'analyse économique du circuit du médicament [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2001 [cité 18 févr 2013]. Disponible sur: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/9242545090.pdf>
8. The Lancet. Medical errors in the USA: human or systemic? The Lancet. 2011;377(9774):1289.
9. OMS, Promouvoir l'usage rationnel des médicaments, c'est sauver des vies et faire des économies [Internet]. WHO. [cité 18 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2004/np9/fr/index.html>
10. Radi S. L'hépatite C et les défaillances du système égyptien de santé public. Égypte/Monde arabe. 31 déc 2007;(4):127-145.
11. Dosso M, Bissagnene E, Coulibaly M, Paye H, N'Douba A, Guessennnd N, et al. Résistances acquises et prescriptions d'antibiotiques en Afrique: quelles adéquations? Médecine et Maladies Infectieuses. 2000;30:s197-s204.
12. Daubrey-Potey T, Die-Kacou H, Kamagate M, Vamy M, Balayssac E, Yavo JC. Fièvre bilieuse hémoglobulinurique au cours du traitement antipaludique à Abidjan: à propos de 41 cas. Bull Soc Pathol Exot. 2004;97(5):325-8.

13. OMS. Rapport sur la mise en œuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS, 2006 [Internet]. 2006 p. 8. Report No.: EB118/6. Disponible sur: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB118/B118\\_6-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB118/B118_6-fr.pdf)
14. OMS. Rapport du secrétariat sur la situation sanitaire mondiale [Internet]. 2011. Report No.: A64/26. Disponible sur: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_26-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_26-fr.pdf)
15. Ministère de la Santé et la lutte contre le sida. Politique Pharmaceutique Nationale. 2009.
16. Khalid A. La rationalisation des prescriptions des médicaments au niveau du réseau de soins de santé de base avec adaptation aux protocoles thérapeutiques [Internet]. Maroc; 2004. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Inas/Memoires/massp/sp/2004/6389.pdf>
17. Reddadi M. prescription des médicaments au niveau des services de santé de premier échelon a la wilaya de Casablanca [Internet]. Maroc; 1999. Disponible sur: <http://www.sante.gov.ma/inas/mem/Mem99/REDADI.pdf>
18. Sketris IS, Lummis H, Ingram EL. Prescription et utilisation optimales des médicaments au Canada: défis et possibilités [Internet]. Conseil canadien de la santé; 2007 [cité 18 févr 2013]. Disponible sur: <http://bibvir1.uqac.ca/archivage/030002953.pdf>
19. Todd A. Reviewing and dispensing prescription and medications orders. Comprehensive pharmacy review. 5ème éd. USA: Lippincot williams & wilkins; 2004. p. 1200.
20. Sondo B, Ouédraogo V, Ouattara TF, Garane P, Savadogo L, Kouanda S, et al. Etude de la qualité rédactionnelle des ordonnances médicales à la Caisse de Sécurité Sociale de Ouagadougou. Santé Publique. 2002;14(1):31.
21. Shulman J. Surviving the doctor's prescription — do patients need more information? Health Libraries Review. 1988;5(2):66-75.
22. Ben Abdelaziz A, Gaha K, Mhamdi Y, Gaha R, Ghannem H. Qualité de la rédaction de l'ordonnance médicale dans les structures de médecine générale (Sousse, Tunisie). Thérapie. mars 2005;60(2):117-123.
23. François P, Bontemps H, Bertrand D, Bosson J-L, Calop J. Etude de la qualité de la formulation des prescriptions médicamenteuses à l'hôpital. Thérapie. 1997;52(6):569-571.
24. Yousif E, Abdalla A, Abdelgadir MA. Deficiencies in medical prescriptions in a Sudanese hospital. Eastern Mediterranean Health Journal. 2006;12(6):915.
25. Blatt A, Lemardeley P. Forme légale et coût des prescriptions à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun. Médecine tropicale. 1997;57(1):37-40.
26. Bontemps H, Fauconnier J, Bosson J-L, Brilloit C, François P, Calop J. Evaluation de la qualité de la prescription des médicaments dans un CHU. Journal de Pharmacie Clinique. 2001;16(1):49-53.
27. Brudon-Jakobowicz P, Rainhorn J-D, Reich MR, Indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques nationales [Internet]. 1996 [cité 18 févr 2013]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63255>

28. Mengue P-GN, Grégoire J-P, Moisan J. La prescription de médicaments dans les centres médicaux publics de soins de santé primaires au Gabon. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. 1 déc 2005;15(4):229-234.
29. Kambayeko S, Chorliet S. Rapport final de l'évaluation complète du secteur pharmaceutique national du Burundi [Internet]. Ministère de la Santé Publique; 2007 p. 56. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16561f/s16561f.pdf>
30. Mallet HP, Njikam A, Scouflaire SM. Evaluation des habitudes de prescription et de l'usage rationnel des médicaments au Niger Enquêtes successives dans 19 centres de santé intégrés de la région de Tahoua. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé. 2001;11(3):185-93.
31. Wolf MS, Shekelle P, Choudhry NK, Agnew-Blais J, Parker RM, Shrank WH. Variability in pharmacy interpretations of physician prescriptions. Medical care. 2009;47(3):370.
32. Patel V, Vaidya R, Naik D, Borker P. Irrational drug use in India: A prescription survey from Goa. Journal of postgraduate medicine. 2005;51(1):9.
33. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. BMJ. 6 déc 1997;315(7121):1506-1510.
34. Patel S, Gajjar B. Evaluation and Comparison of Prescribing Pattern of General Practitioners from Public and Private Sectors. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology. 2012;2(1):33-8.
35. Gaash B. Irrational use of antibiotics. Indian Journal for the Practising Doctor [Internet]. 2008 [cité 27 févr 2013];5(1). Disponible sur: <http://www.indmedica.com/journals.php/5?journalid=3&issueid=124&articleid=1656&action=article>
36. Zaoui S, Hakkou F, Filali H. Le médicament générique au Maroc : enquête auprès des médecins. Thérapie. 21 déc 2011;66(6):499-506.
37. Enwere OO, Salako BL, Falade CO. Prescription and cost consideration at a diabetic clinic in Ibadan, Nigeria: A report. Annals of Ibadan Postgraduate medicine [Internet]. 2010 [cité 13 mars 2013];4(2). Disponible sur: <http://www.ajol.info/index.php/aipm/article/view/55232>
38. Elsen C, Nève J, Schetgen M. La prescription en Dénomination Commune Internationale. de Bruxelles [Internet]. 2005 [cité 18 févr 2013]; Disponible sur: <http://sspf.horus.be/SiteResources/data/MediaArchive/fichiers/Compl%C3%A9ments%20aux%20formations/DCI%20.pdf#page=46>

## Liste des illustrations

Figure 1 : Carte de la Côte d'Ivoire .....	15
Figure 2: Carte détaillée de la ville d'Abidjan .....	16
Figure 3 : Identification du prescripteur .....	21
Figure 4 : Identification du patient .....	21
Figure 5 : Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance .....	23
Figure 6 : Pourcentage des ordonnances comportant au moins un antibiotique .....	23
Figure 7 : Pourcentage des ordonnances comportant au moins une injection .....	24
Figure 8 : Pourcentage de médicament générique et médicament DCI prescrits .....	24
Figure 9 : Pourcentage de médicaments prescrits inscrits sur la LNME .....	25

## Liste des Tableaux

Tableau I : Informations sur les 371 lignes de médicaments prescrits.....	22
---	----

## Annexes

### Annexe 1 (17): Tableau de quelques utilisations irrationnelles au niveau prescription

Type d'utilisation irrationnelle des médicaments	Apparaît si un médicament prescrit alors que :
Prescription insensée	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Un médicament moins cher aurait eu la même efficacité et innocuité</li> <li>☐ Un problème symptomatique pour des problèmes bénins utilise des ressources qui auraient permis de traiter une maladie plus grave</li> <li>☐ Un médicament sous nom de marque est utilisée alors que des médicaments équivalents moins chers sont disponibles</li> </ul>
Prescription excessive	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Le médicament n'est pas nécessaire</li> <li>☐ Le dosage est trop élevé</li> <li>☐ Le traitement est trop long</li> <li>☐ La quantité prescrite est trop importante par rapport aux besoins du malade</li> </ul>
Prescription incorrecte	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Le médicament est prescrit à la suite d'un diagnostic incorrect</li> <li>☐ Le médicament n'est pas bien choisi pour l'indication</li> <li>☐ La prescription n'est pas rédigée correctement</li> <li>☐ Aucune rectification n'est faite pour des facteurs médicaux, génétiques, d'environnement etc..</li> </ul>
Prescription multiple	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Deux médicaments ou plus sont utilisés alors qu'un seul aurait suffi</li> <li>☐ Plusieurs problème de santé sont soignés alors que le traitement d'un seul aurait permis la guérison des autres</li> </ul>
Prescription insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Les médicaments nécessaires ne sont pas prescrits</li> <li>☐ La dose est trop faible</li> <li>☐ Le traitement est trop court</li> </ul>
Adapté de : conseil de l'Europe, 1975.	

Annexe 2 : Fiche de recueil pour Les indicateurs de prescription

Etablissement : \_\_\_\_\_ Enquêteurs : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Ordonnance	<b>SERVICE</b> MG : médecine générale ; G gynécologie ; P : pédiatrie ; I : infirmerie...)	Age	Nombre total de Médicaments prescrits [B]	Antibiotiques prescrits? 1=oui / 0=non [C]	Injections prescrites? 1=oui / 0=non [D]	Nombre de médicaments prescrits en DCI [E]	Nombre de médicaments prescrits en nom générique [F]	Nombre de médicaments figurant sur la LNME [G]	Prescriptions respectant la forme 1=oui / 0=non [H]
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									

12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
[A <sup>1</sup> ] = Somme des cas =			[B <sup>1</sup> ] Somme des B =	[C <sup>1</sup> ] Somme des C =	[D <sup>1</sup> ] Somme des D =	[E <sup>1</sup> ] Somme des E =	[F <sup>1</sup> ] Somme des F =	[G <sup>1</sup> ] Somme des G =	[H <sup>1</sup> ] Somme des H =
			[B <sup>2</sup> ] = nb moyen de médicaments = $B^1 \div A^1 =$	[C] = % ordonnances avec antibiotiques = $C^1 \div A^1 \times 100 =$	[D] = % ordonnances avec injectables = $D^1 \div A^1 \times 100 =$	[E <sup>2</sup> ] = % en DCI = $E^1 \div B^1 \times 100 =$	[F <sup>2</sup> ] = % génériques = $F^1 \div B^1 \times 100 =$	[G <sup>2</sup> ] = % LME = $G^1 \div B^1 \times 100 =$	[H <sup>2</sup> ] = % prescriptions respectant la forme = $H^1 \div A^1 \times 100 =$

Annexe 3 : Fiche annexe pour les données de prescription (présentation de l'ordonnance)

Etablissement :

Enquêteurs :

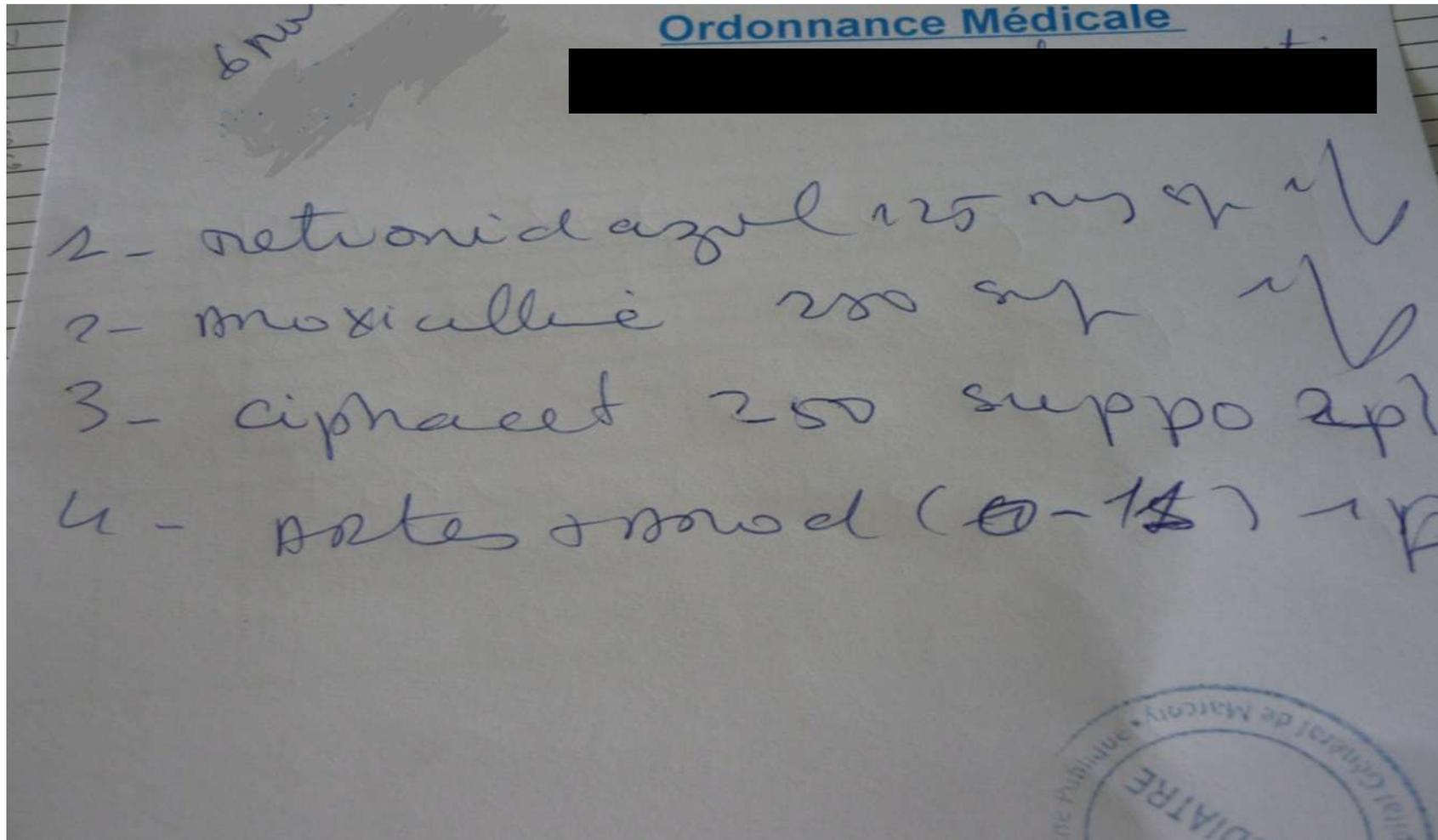
Date :

[Préciser par 1 (oui) ou 0 (non) la présence des items sur l'ordonnance]

Ordonnance	<b>SERVICE</b> MG : médecine générale ; G : gynécologie ; P : pédiatrie ; I : infirmerie...)	Existence du nom et prénoms du prescripteur	Existence Cachet comportant son contact et qualité	Existence Cachet de la structure d'accueil ou autre indication du nom de la structure d'accueil	Existence du Nom et prénoms du patient	Existence Age ou poids du malade	les médicaments écrits de façon lisible avec forme, dosage, quantité, posologie lisible, durée du traitement				
							forme	dosage	quantité	posologie	Durée du traitement
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											

13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											

Annexe 4 : Quelques exemples de photos d'ordonnances



07

ORDONNANCE MEDICALE

Prescripteur: [redacted] Abidjan le 18-09-02

1- Sharlum 80/400g  
1 cp matin  
1 cp soir 1/2 pot jours

2- Magnoral AB  
1 e AB x 3 1/2 dt 2 jours  
2 deau

  
Mairie de [redacted]  
05 B.P. 928 ABIDJAN 02  
Tél (225) 21.55.20.00

Prochain rendez-vous \_\_\_\_\_