HAL
open science

Évaluation de la qualité rédactionnelle de 110 ordonnances en Île-de-France en 2016

Nawal Salhi

To cite this version:

Nawal Salhi. Évaluation de la qualité rédactionnelle de 110 ordonnances en Île-de-France en 2016 . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01779456

HAL Id: dumas-01779456

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01779456

Submitted on 26 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES | USPC Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017 N° 14

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation de la qualité rédactionnelle de 110 ordonnances en Île-de-France en 2016

Présentée et soutenue publiquement

le 2 mars 2017

Par

Nawal SALHI

Née le 2 février 1987 à Conflans-Sainte-Honorine (78)

Dirigée par Mme Le Docteur Stéphanie Sidorkiewicz, CCU

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU ……. Président

Mme Le Professeur Claire Le Jeunne, PU-PH

M. Le Docteur Jean-Claude Schwartz, PU

Mme Le Docteur Pauline Deswarte, PH

Except where otherwise noted, this work is licensed under

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

« La règle d'or de la conduite est la tolérance mutuelle car nous ne penserons jamais tous de la même façon, nous ne verrons qu'une partie de la vérité et sous des angles différents. »

« Vis comme si tu devais mourir demain.
Apprends comme si tu devais vivre toujours. »

Gandhi

Remerciements

Merci au Professeur Philippe Jaury de me faire l'honneur de présider cette thèse et de l'intérêt qu'il y a porté. Merci d'avoir accepté de partager avec moi quelques-uns de vos trésors en matière d'ordonnances.

Merci au Professeur Claire Le Jeunne d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'en suis très honorée.

Merci au Docteur Stéphanie Sidorkiewicz d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce projet avec disponibilité et bienveillance.

Merci au Docteur Jean-Claude Schwartz d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci également pour ces trois années de tutorat durant lesquelles vous m'avez accompagnée et soutenue.

Merci au Docteur Pauline Deswarte de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour ton enthousiasme et ton dynamisme.

Merci à tous les médecins qui ont croisé ma route durant ces dix années d'études et qui m'ont accompagnée avec bienveillance, transmis leur savoir et donné envie de faire ce métier.

Merci à mes amis d'avoir toujours été présents à mes côtés.
Merci à Linda et Adama avec qui j'ai partagé tant de choses dont les mythiques soirées Urgences.
Merci à Mihane, Estelle, Lucie, Aida, Laure, Zulay, Charlotte et Isabelle avec qui j'ai grandi et beaucoup appris au cours de ces dix dernières années.

Merci à mes co-externes et co-internes avec qui j'ai partagé certaines expériences inoubliables. Ils se reconnaitront.

Merci à mes parents, à mon frère et à toute ma famille. Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Merci à Victor de m'avoir accompagnée et soutenue durant ces trois dernières années.

Table des matières

Remerciements 3
Liste des Figures 7
Liste des Tableaux 7
Liste des Abréviations 8
Résumé 9
Abstract 10
1. Introduction 11
1.1 Histoire de l'ordonnance 11
1.2 Cadre légal encadrant la rédaction de l'ordonnance 13
1.3 Evolution récente du cadre réglementaire 15
1.4 A l'étranger 16
1.4.1 Règles de validité des prescriptions médicales françaises au sein de l'Union Européenne 16
1.4.2 Exemple de la Belgique 16
1.5 Qualité rédactionnelle 17
1.5.1 Lisibilité 17
1.5.2 L'ordonnance à l'ère de l'informatisation des cabinets médicaux et des hôpitaux 17
1.5.3 Impact de la qualité rédactionnelle des ordonnances 18
2. Objectif 19
3. Matériel et méthodes 20
3.1 Type, période et lieux de l'étude 20
3.2 Participants 20
3.2.1 Critères d'inclusion 20
3.2.2 Critères d'exclusion 20
3.3 Aspects déontologiques 21
3.4 Déroulement de l'étude 21
3.5 Recueil de données 21
3.5.1 Matériel 21
3.5.2 Variables recueillies 22
3.5.3 Analyse statistique 23
4. Résultats 24
4.1 Caractéristiques des patients 24
4.2 Caractéristiques des ordonnances 25
4.3 Respect du cadre réglementaire 26

4.4 Lisibilité des ordonnances 28
4.5 Concordance entre posologie déclarée prise et posologie prescrite 29
4.6 Observance et ordre du médicament sur l'ordonnance 29
5. Discussion 34
5.1 Synthèse des résultats 34
5.2 Limites de l'étude 35
5.2.1 Echantillon de patients 35
5.2.2 Lieux de recrutement 35
5.2.3 Evaluation de la lisibilité 36
5.2.4 Evaluation de l'observance 36
5.2.5 Concordance entre posologie déclarée prise et posologie prescrite 36
5.3 Intérêt et forces de l'étude 37
5.4 Discussion des résultats 37
5.4.1 Qualité rédactionnelle des ordonnances 37
5.4.2 Hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et observance 38
5.5 Perspective : vers une ordonnance idéale 38
5.5.1 Axes d'amélioration 38
5.5.2 Proposition d'ordonnance améliorée 40
5.5.3 Approche centrée patient 42
6. Conclusion 43
Bibliographie 44
Annexe 1 49
Annexe 2 50
Annexe 3 51
Annexe 4 52
Annexe 5 53
Annexe 6 54
Annexe 7 55
Annexe 8 56
Annexe 9 57
Annexe 10 63
Annexe 11.A 64
Annexe 11.B 65
Annexe 11.C 66

Liste des Figures

Figure 1. Diagramme de flux 24
Figure 2. Prescription en DCI 28
Figure 3. Observance par patient et par médicament 30
Figure 4. Etude des ordonnances contenant 5 médicaments 31
Figure 5. Etude des ordonnances contenant 6 médicaments 32
Figure 6. Etude des ordonnances contenant 7 médicaments 32
Figure 7. Etude des ordonnances contenant 8 médicaments 33
Figure 8. Ordonnance à améliorer 40
Figure 9. Proposition d'ordonnance améliorée 41

Liste des Tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des patients 25
Tableau 2. Caractéristiques des ordonnances 26
Tableau 3. Respect du cadre réglementaire des ordonnances 27
Tableau 4. Lisibilité des ordonnances 29
Tableau 5. Observance médicamenteuse médicament par médicament 30

Liste des Abréviations

ADELI : Automatisation Des Listes

AFNOR : Association Française de Normalisation

ALD : Affection de Longue Durée

AM : Assurance Maladie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

DCI : Dénomination Commune Internationale

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPCS : Unité Polyvalente de Court Séjour

Résumé

Introduction : L'ordonnance a récemment évolué avec l'obligation de prescrire en dénomination commune internationale (DCI) depuis le 1er janvier 2015. Dans ce nouveau contexte, il nous a semblé intéressant d'évaluer la qualité rédactionnelle d'un échantillon d'ordonnances en 2016.

Objectif : L'objectif principal est l'analyse descriptive de la qualité rédactionnelle des ordonnances : respect du cadre légal et lisibilité. L'objectif secondaire est d'étudier l'association entre la hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et l'observance évaluée par médicament.

Méthodes: Etude transversale descriptive avec recueil de données via un questionnaire patient et réalisée au sein de quatre services hospitaliers, de quatre cabinets de médecine générale et d'une pharmacie. Ont été inclus les patients majeurs, ayant en leur possession une ordonnance de moins d'un an et prenant un traitement au long cours.

Résultats : Un total de 110 patients a été inclus dont 65 hommes (59,1%). L'âge médian était de 68,5 ans. Sur les 567 médicaments recensés, seuls 155 (27,3%) étaient prescrits en DCI. Les mentions légales étaient majoritairement présentes mais il manquait la spécialité du prescripteur sur 11 ordonnances (10%), l'adresse sur 6 (5,5%), la date sur 3 (2,7%) et le nom du patient sur une (0,9%). Selon les patients, 84,2% des ordonnances étaient lisibles. Il n'existait pas d'association significative entre l'ordre du médicament sur l'ordonnance et l'observance évaluée par médicament.

Conclusion : Les mentions légales sont globalement présentes mais, à un an du décret imposant la prescription en DCI, la grande majorité des médecins ne le respecte pas. L'amélioration de la qualité rédactionnelle des ordonnances reste donc un enjeu majeur.

Abstract

Introduction : The legal prescription framework has recently changed as since 1st of January 2015 it is mandatory to prescribe international non-proprietary name (INN) drugs. In this new context, it seemed interesting to evaluate the editorial quality of a sample of prescriptions in 2016.

Objective : The main objective is to assess the editorial quality of prescriptions: respect of the legal aspects and readability. The secondary objective is to assess the association between the order in which the drugs are listed on the prescription and drug adherence.

Methods : Descriptive cross-sectional study with data collection via a questionnaire sent to patients and carried out in four hospital departments, four general practice offices and a pharmacy. Patients older than 18, in possession of a prescription dating less than one year and taking a long-term treatment were included in the study.

Results : A total of 110 patients were recruited including 65 men (59.1%). The median age was 68.5 years. Out of the 567 drugs included, only 155 (27.3%) were INN prescribed. Legal mentions were predominantly present but there was no mention of the practician specialty on 11 prescriptions (10%), address was missing on 6 (5.5%), date on 3 (2.7%) and name of the patient on one (0.9%). According to the patients, 84.2% of the prescriptions were readible. There was no significant association between the order of the drug on prescription and drug adherence.

Conclusion : In most instances, legal mentions are present but, one year after the decree imposing INN prescriptions, most doctors do not respect it. Therefore, improving the editorial quality of prescriptions still remains a major challenge.

1. Introduction

L'ordonnance matérialise la prescription médicale et constitue l'un des liens entre le patient, le médecin et le pharmacien. Elle représente une étape symbolique dans le processus de soins impliquant le patient et les professionnels de santé amenés à le prendre en charge et incarne ainsi un outil de communication essentiel (1). Durant ces deux dernières décennies, l'ordonnance a connu peu d'évolution en comparaison avec d'autres pans de la médecine telle que l'imagerie qui est de plus en plus précise, posant de nouvelles questions comme celle du surdiagnostic, ou encore la génétique avec l'avènement du génotypage, posant quant à elle de nouvelles questions éthiques. Toutefois, l'ordonnance a récemment connu un changement avec l'obligation de prescrire en dénomination commune internationale (DCI) depuis le 1er janvier 2015 (2).

Nous allons aborder dans un premier temps les grandes lignes de l'histoire de l'ordonnance, puis, dans un second temps, présenter le cadre légal encadrant sa rédaction et enfin, s'intéresser à sa qualité rédactionnelle et ses conséquences.

1.1 Histoire de l'ordonnance

Le terme «ordonnance» apparaît au XIIe siècle et désigne initialement les textes législatifs émanant du roi (3). Son emploi est par la suite étendu aux décisions policières, judiciaires et enfin médicales. Dans le cadre de la santé, l'ordonnance est un outil permettant de délivrer les prescriptions émanant du médecin (4). Le mot «prescription» provient du latin « praescriptio » signifiant «titre», « intitulé » (5). Au XVIe siècle, il correspond à un ordre expressément formulé et ce n'est que vers la fin du XVIIe siècle qu'il est communément utilisé pour désigner les recommandations qu'un médecin peut faire à son malade verbalement ou par écrit. D'ailleurs, il est intéressant de constater qu'en anglais, le terme « prescription » désigne à la fois l'ordonnance (support) et la prescription (contenu) (6).

Les premières preuves écrites de l'usage de médicaments remontent au IIIe millénaire avant Jésus-Christ. Il s'agit de tablettes sumériennes découvertes à Nippur qui ne correspondent pas exactement à une ordonnance à proprement parlé mais plutôt à un codex indiquant une longue liste de « recettes » à utiliser par le médecin en fonction des pathologies rencontrées (7).

Ainsi, qu'il s'agisse du papyrus Ebers (XVIe siècle avant Jésus-Christ), du Corpus Hippocraticum (fin du Ve siècle et début du IVe siècle avant Jésus-Christ) ou encore des écrits de Galien (IIe siècle après Jésus-Christ), tous ces documents s'apparentent plutôt à des formulaires et non à des ordonnances à destination du patient ou du pharmacien. La principale raison est, qu'à cette période, les fonctions de médecin et de pharmacien étaient confondues. Ces deux mots n'apparaîtront d'ailleurs que bien plus tard, aux environs du XIIe siècle**.**

En Europe, jusqu'au Xe siècle, celui qui exerce l'acte médical est appelé « apothicaire », du grec « apotec » signifiant boutique (8). Ce dernier cultive, récolte, prépare et administre les plantes médicinales qui constituent l'essentiel de la pharmacopée.

Les premières lois royales régissant le domaine médical datent de 1271 et interdisent aux apothicaires de délivrer des remèdes sans la présence d'un médecin, exception faite des remèdes ordinaires (9). A cette époque, l'ordonnance écrite n'existe pas et les médecins prescrivent oralement les médicaments. La réglementation insiste également sur l'interdiction du « qui pro quo », c'est-à-dire la substitution d'une substance par une autre sans l'autorisation du prescripteur, règle qui a perduré près de sept siècles jusqu'à la mise en place du droit de substitution en 1999 (10).

La naissance officielle de l'ordonnance en France date de 1322 où un nouvel édit royal interdit aux apothicaires de vendre ou de donner des laxatifs, toxiques ou abortifs sans l'ordonnance d'un médecin qu'il leur est interdit de renouveler (11). En 1353, le roi de France Jean II le Bon rajoute que le candidat au métier d'apothicaire doit savoir lire, confirmant ainsi l'existence d'ordonnances écrites, du moins à Paris (12).

Au XVIIe siècle, suite à l'affaire des poisons (13) qui a révélé l'existence d'un vaste réseau de vente de « poudre de succession » impliquant une partie de la noblesse, les autorités réglementent l'usage de certains toxiques dont l'arsenic en encadrant strictement leurs détentions et leurs délivrances. Pour cela, l'apothicaire est contraint de tenir un registre afin d'identifier précisément le médecin achetant une de ces substances (14).

La loi du 21 germinal an XI (avril 1803) (15) réaffirme l'obligation de présentation d'une ordonnance pour l'ensemble des médicaments : « Article 32 : les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées que d'après la prescription qui en sera faite par un docteur en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé, et sur leur signature ».

L'ordonnance royale du 19 juillet 1845 (16) désigne pour la première fois les mentions devant figurer de façon obligatoire sur une ordonnance de substances vénéneuses : « Titre II

article 5 : La prescription doit être signée, datée, énoncée en toutes lettres en ce qui concerne la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament ».

Au cours du XXe siècle, plusieurs lois vont faire évoluer l'ordonnance. Parmi ces dernières, on peut noter la loi du 12 juillet 1916 (17) avec la création des tableaux A, B et C (substances toxiques, stupéfiantes et dangereuses) remplacés le 29 décembre 1988 par les listes I, II et stupéfiants (18). Par ailleurs, la création de la sécurité sociale en 1946 (19) fait de l'ordonnance un élément indispensable permettant le remboursement des médicaments.

1.2 Cadre légal encadrant la rédaction de l'ordonnance

Concernant la pratique médicale, l'ordonnance est un outil de communication indispensable et constitue le point de rencontre entre le médecin, le patient et le pharmacien (20). L'encadrement légal qui régit la rédaction des ordonnances est motivé par plusieurs raisons parmi lesquelles, assurer la sécurité du patient ou encore éviter l'usage abusif de certaines drogues pouvant intervenir dans la composition d'un traitement.

Actuellement, on distingue plusieurs types d'ordonnance :

- L'ordonnance simple soumise aux simples mentions obligatoires (Annexe 1) ;
- L'ordonnance « bizone » comportant deux parties ; la première contenant les médicaments prescrits dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD) et remboursés à 100% par la sécurité sociale (Annexe 2) ;
- L'ordonnance sécurisée utilisée pour la prescription de stupéfiants et dont l'éditeur doit être agréé par l'AFNOR (Association Française de Normalisation) (Annexe 3) ;
- L'ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception utilisés dans des indications bien précises notamment du fait de leur coût (Annexe 4) ;
- L'ordonnance par voie électronique mise en œuvre depuis la loi du 13 août 2004 (21). Pour être valide, elle doit comporter une identification claire du prescripteur, être établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité et enfin, être rédigée après examen clinique du patient concerné sauf cas d'urgence exceptionnelle.

Plusieurs codes réglementent la pratique médicale et donc l'ordonnance. Parmi ces derniers, on trouve le code de déontologie médicale (22) qui s'attache principalement à ériger les

principes moraux qui doivent guider la prescription médicale (caractère raisonné de la prescription), le code de la santé publique (23) datant de 1953 qui énumère de façon plus précise les règles de bonnes prescriptions médicales ainsi que le code de la sécurité sociale (24) qui s'intéresse aux caractéristiques nécessaires de l'ordonnance pour une prise en charge médicale optimale et aborde également la prise en compte de l'aspect économique.

Concernant la rédaction de l'ordonnance en elle-même, plusieurs éléments doivent obligatoirement figurer sur cette dernière (25). Ils sont les suivants :

- ✓ En rapport avec le prescripteur, doivent obligatoirement figurer son nom, son adresse professionnelle, sa qualification, ses numéros d'identification (ADELI (26), RPPS (27), FINESS (28), AM).

  L'arrêté du 10 août 2010 prévoit la présence de codes à barres correspondant à l'identifiant personnel du prescripteur et à la structure d'activité (29). L'objectif est de garantir la fiabilité des informations transmises ainsi que leur lecture automatique.

  Par ailleurs, doivent être également présents son numéro de téléphone (pour les ordonnances sécurisées), sa signature apposée immédiatement en dessous de la dernière ligne de façon à ne pas laisser d'espace résiduel, la mention « en cas d'urgence » suivie du numéro d'appel téléphonique sur lequel, pendant ses absences, le médecin dirige ses patients (30) ainsi que la mention de l'adhésion à une association de gestion agréée si tel est le cas. Peuvent figurer de façon non obligatoire son prénom, ses numéros de télécopie, ses jours et heures de consultation, les noms des médecins associés, ses diplômes, titres et fonctions, sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ainsi que ses distinctions honorifiques reconnues par la République française ;

- ✓ Les nom et prénom du malade ainsi que le sexe et l'âge s'il s'agit de médicaments sur liste et, si nécessaire, sa taille et son poids ;

- ✓ La date à laquelle l'ordonnance a été rédigée et pour les médicaments à prescription hospitalière ou à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;

- ✓ Le principe actif du médicament désigné par sa DCI, la posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée. S'il s'agit d'un médicament stupéfiant, la prescription devra être rédigée en toutes lettres ;

- ✓ La durée du traitement et le cas échéant, le nombre de renouvellement de la prescription. Une prescription de médicaments relevant des listes I et II ne peut être faite pour une durée supérieure à douze mois. Pour certains médicaments tels que les psychotropes, cette durée peut être réduite ;

- ✓ Pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoient ;

- ✓ Les mentions énoncées par les articles R.5121-77 (médicaments à prescription restreinte) (31) et R.5121-95 (médicaments à prescription restreinte avec une surveillance particulière en cours de traitement) (32) lorsque l'AMM ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoient. Il peut s'agir notamment de mentionner sur l'ordonnance les dates de réalisation des examens complémentaires nécessaires au suivi ;

- ✓ Le cas échéant, la mention « non substituable » prévue par l'article R.5125-54 (33).

Il faut souligner, qu'hormis les renseignements concernant le prescripteur, il n'y a aucune limitation aux informations pouvant figurer sur une ordonnance. Par conséquent, le médecin est donc libre d'y écrire tout ce qu'il juge nécessaire : conseils, date de rendez-vous, etc. (Annexes 5 et 6).

1.3 Evolution récente du cadre réglementaire

La législation a récemment évolué avec, désormais, l'obligation de prescrire les médicaments en DCI depuis le 1er janvier 2015 (34) (2). Le système de DCI, tel qu'il existe aujourd'hui, a été créé en 1950 suite à la résolution WHA3.11 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais son fonctionnement effectif date de 1953, année au cours de laquelle a été

publiée la première liste de DCI pour les substances pharmaceutiques. La liste des DCI compte désormais près de 7000 noms auxquels s'ajoutent 120 à 150 nouvelles DCI chaque année (35).

1.4 A l'étranger

1.4.1 Règles de validité des prescriptions médicales françaises au sein de l'Union Européenne

Le décret du 23 décembre 2013 (36) encadre la rédaction des ordonnances rédigées par un praticien en France afin de permettre leur utilisation dans un autre état membre de l'Union Européenne. Par rapport aux ordonnances usuelles, ces dernières ont la particularité de devoir comporter le prénom du praticien à l'origine de la prescription en plus de son nom, de sa qualité et le cas échéant de sa qualification (37). De plus, l'adresse professionnelle de ce dernier doit être complétée par la mention « France ». Ses coordonnées téléphoniques doivent être précédées de l'indicatif international « +33 » et son adresse électronique doit figurer sur l'ordonnance. Concernant le patient, l'âge sera remplacé par la date de naissance. La prescription du médicament se fera via la DCI sauf si le praticien prescrit un médicament innovant. Il pourra également indiquer la mention « non substituable » devant le médicament concerné le cas échéant.

1.4.2 Exemple de la Belgique

La réglementation belge encadrant la rédaction des ordonnances médicales est assez similaire à la réglementation française (38). Toutefois, on peut noter quelques différences parmi lesquelles, l'absence d'obligation pour le médecin de prescrire les médicaments en utilisant leur DCI (39) ou encore la possibilité de mentionner une date ultérieure à celle de la rédaction de l'ordonnance à laquelle il souhaite que la prescription soit exécutée (Annexe 7).

1.5 Qualité rédactionnelle

En 2005, une étude a évalué la qualité rédactionnelle d'ordonnances auprès d'un échantillon de médecins généralistes lorrains (40). Les critères d'évaluation étaient les suivants : présence des mentions légales définies par l'article R. 5194 du code la santé publique (23), mode de rédaction et lisibilité des ordonnances. Par la suite, nous définirons la qualité rédactionnelle comme le respect du cadre légal régissant la rédaction des ordonnances ainsi que la lisibilité de ces dernières.

1.5.1 Lisibilité

Dans le cadre des bonnes pratiques médicales, le médecin se doit de rédiger l'ordonnance de façon claire et intelligible en veillant à la bonne compréhension de sa prescription par le patient avec, pour finalité, la bonne prise du ou des médicaments prescrits. L'ordonnance doit être également rédigée en français et de façon lisible. Même si cela est une obligation, il convient de constater que de nombreuses ordonnances manuscrites restent difficilement lisibles voire illisibles (41). Ceci peut être source d'erreurs notamment dans la délivrance des médicaments ou encore au niveau de la prise de ces derniers.

1.5.2 L'ordonnance à l'ère de l'informatisation des cabinets médicaux et des hôpitaux

Actuellement, les médecins sont de plus en plus informatisés. Selon le rapport de l'Assurance Maladie (AM) d'avril 2015 concernant la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), 75% des omnipraticiens utilisent un logiciel d'aide à la prescription (+ 4 points par rapport à l'année précédente). Cependant, cela permet-il pour autant d'améliorer la lisibilité des ordonnances ? En effet, l'outil informatique permet de palier au désagrément que peut induire l'écriture manuscrite mais on peut se demander si le surcroit d'informations qu'il génère n'est pas parfois délétère à la bonne lisibilité et, par conséquent, à la bonne compréhension de l'ordonnance médicale. Par ailleurs, plusieurs études ont montré qu'il

pouvait être la source d'erreurs d'un nouveau type (erreurs de dosage, doublon de prescription, etc.) (42).

Nous faisons donc l'hypothèse que l'informatique permet de résoudre certains problèmes mais qu'elle en crée également de nouveaux (43).

1.5.3 Impact de la qualité rédactionnelle des ordonnances

De nombreux travaux ont été publiés sur la qualité rédactionnelle des ordonnances (44) et son impact sur la compréhension et la sécurité (45) notamment avec la survenue d'évènements indésirables (46)(47).

L'impact sur l'observance médicamenteuse semble quant à lui plus nuancé dans la littérature (45). La non observance médicamenteuse est un phénomène complexe dont les facteurs ont été décrits dans de nombreuses études (48) (49). Parmi ces derniers, on retrouve des facteurs liés au patient (sexe, âge, niveau socio-culturel, croyances, perception de la maladie, fardeau du traitement, etc.) mais également des facteurs liés au médecin (attitude, facteur temps lors des consultations, perception décalée par rapport au patient sur les médicaments notamment concernant les effets indésirables, etc.) (50) (51). S'ajoute à cela le facteur prescription. Il peut s'agir, comme évoqué précédemment, d'un problème de lisibilité de l'ordonnance mais également de modalités de prise (difficulté à compter les gouttes, multiplicité des prises journalières, substitution par des médicaments génériques aux formes et aux couleurs variables, etc.). Dans le cadre des maladies chroniques, la non observance médicamenteuse est un phénomène particulièrement fréquent : environ 50% des patients arrêtent de prendre leur traitement 6 mois à un an après son initiation (52). Un article paru en novembre 2008 dans la revue *Médecine* a même évoqué un syndrome relatif à la prescription médicale dans le cadre du renouvellement d'ordonnance chez la personne âgée : « le syndrome de la 5ème ligne » (53). L'auteur estime, qu'après la cinquième ligne de prescription médicamenteuse, l'observance est aléatoire et qu'il convient donc au médecin de réévaluer avec attention ses prescriptions afin d'en déterminer la pertinence et donc la nécessité ou non de leur reconduction.

Dans ce nouveau contexte (évolution de la réglementation avec obligation de prescrire en DCI et informatisation quasi généralisée), il nous a donc semblé intéressant d'évaluer la qualité rédactionnelle d'un échantillon d'ordonnances en 2016.

Par ailleurs, afin de proposer des pistes d'amélioration de la qualité rédactionnelle des ordonnances, j'étudierai secondairement l'association entre la hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et la bonne prise médicamenteuse.

2. Objectif

L'objectif principal sera l'analyse descriptive de la qualité rédactionnelle des ordonnances : respect du cadre règlementaire français (mentions obligatoires) et lisibilité.

L'objectif secondaire sera d'étudier l'association entre la hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et l'observance médicamenteuse évaluée par médicament.

3. Matériel et méthodes

3.1 Type, période et lieux de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, conduite sur une période de 9 mois, de mars à décembre 2016, au sein de quatre services hospitaliers, de quatre cabinets de médecine générale et d'une pharmacie situés dans les départements des Hauts-de-Seine (92) et de Paris (75). Concernant les structures hospitalières, le recrutement s'est déroulé au sein du service de médecine interne de l'Hôpital Lariboisière, du service de réadaptation cardiaque de l'Hôpital Corentin Celton, de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et de l'unité polyvalente de court séjour (UPCS) de l'Hôpital Foch.

3.2 Participants

3.2.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les patients :

- âgés de plus de 18 ans ;

- consultant en cabinet de médecine générale, présents en pharmacie ou étant hospitalisés ;

- avec en leur possession une ordonnance de traitement datant de moins d'un an ;

- prenant au moins un traitement au long cours (défini comme un traitement initié depuis plus de 30 jours) ;

- ayant donné leur consentement écrit pour participer à l'étude.

3.2.2 Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les patients :

- présentant une barrière linguistique à l'oral ;

- présentant des troubles cognitifs.

3.3 Aspects déontologiques

Tous les patients inclus ont signé un consentement écrit pour participer à l'étude (Annexe 8).

Par ailleurs, afin de respecter le secret médical, l'ensemble des ordonnances a été anonymisé aussi bien concernant les données du patient que celles relatives au médecin prescripteur.

3.4 Déroulement de l'étude

Une phase pilote comportant 10 questionnaires a été réalisée avant d'inclure les 110 patients de l'étude. Cette dernière a permis de tester la faisabilité de l'étude, de mesurer le temps nécessaire au remplissage du questionnaire et de s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire par les patients. Suite à cette phase pilote, une question a été supprimée et une autre a été reformulée.

Par la suite, un investigateur a recruté les patients dans les différents centres. Lorsqu'un patient était éligible et acceptait de participer à l'étude, le questionnaire patient (Annexe 9) était alors pré-rempli (nom des médicaments) par l'investigateur à l'aide de l'ordonnance du patient. La majorité des questionnaires a été remplie par le patient seul. L'investigateur était présent pour répondre aux éventuelles questions du patient tout en veillant à ne pas influencer les réponses. L'ordonnance du patient a été photocopiée par l'investigateur après anonymisation et un numéro d'identification lui a été attribué. Les questionnaires patients étaient également anonymes et comportaient le numéro d'identification correspondant.

Par la suite, chaque ordonnance anonymisée et photocopiée était relue par deux investigateurs (NS et VG) pour évaluer la lisibilité (cf paragraphe 3.5.2 « variables recueillies »).

3.5 Recueil de données

3.5.1 Matériel

Les sources d'information utilisées sont les questionnaires remplis par les patients ainsi que leurs ordonnances.

3.5.2 Variables recueillies

- *Caractéristiques sociodémographiques des patients :* âge, sexe, statut marital, niveau d'études, maitrise de la langue française à l'écrit.
- *Analyse descriptive de l'ordonnance* :

- présence des mentions obligatoires devant figurer sur une ordonnance ;
- lisibilité des ordonnances : chaque ordonnance a été évaluée par deux investigateurs de façon indépendante. L'un était issu du milieu médical alors que l'autre avait un diplôme d'ingénierie. La lisibilité a été « mesurée » par une échelle (échelle de Likert en 3 ; 1:Lisible ; 2 : Lisible avec effort ; 3 :Illisible) (54). En cas de discordance, un troisième investigateur (SS) était chargé d'évaluer la lisibilité de l'ordonnance. Une discussion était ensuite prévue entre les trois investigateurs afin d'aboutir à un consensus ;
- mode de rédaction : chaque ordonnance a été analysée et classée dans une des trois catégories suivantes : manuscrite, informatisée ou les deux. Cette dernière catégorie inclut les ordonnances informatisées sur lesquelles figurent des prescriptions ou annotations manuscrites à l'exception de la mention « non substituable » ;
- hiérarchisation des médicaments (place du médicament sur l'ordonnance).

- *Mesure de l'observance médicamenteuse médicament par médicament:* auto-déclaration par le patient pour chaque médicament en utilisant un questionnaire validé (55). Seuls les médicaments prescrits au long cours ont été inclus. N'ont pas été inclus les médicaments prescrits en « si besoin » ainsi que les médicaments à prescription hebdomadaire ou mensuelle (questionnaire non adapté). Nous avons fait le choix de cet outil car il permettait d'évaluer l'observance médicament par médicament et a été validé chez les patients prenant des traitements au long cours. Le questionnaire était composé de différentes questions évaluant différents comportements de non observance (arrêt définitif du médicament, pauses de plusieurs jours sans prendre le médicament, oublis ponctuels, décalage de l'horaire de prise) et permettait de définir pour chaque médicament prescrit un « niveau d'observance » allant du niveau 1 (observance « parfaite » : aucune pause, aucun oubli, aucun décalage) au niveau 6 (« arrêt du médicament »).
- Concernant le recueil, les médicaments étaient reportés par l'investigateur sur le questionnaire du patient dans un ordre différent de celui de l'ordonnance (procédure

informatisée pour attribuer un ordre aléatoire). L'objectif de cette procédure était de limiter un biais de mesure lié à un éventuel fardeau du répondant en fin de questionnaire.

- Par ailleurs, la littérature a montré que l'observance est fréquemment surestimée lorsqu'elle est mesurée par des questionnaires notamment à cause du biais de désirabilité sociale (56). Nous avons tenté de limiter ce biais en introduisant le questionnaire par des phrases non stigmatisantes (« il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse ») et en expliquant aux patients que le but était d'améliorer leur prise en charge et que leur médecin traitant n'aurait pas accès à leurs réponses.
- *Concordance* pour un médicament tiré au sort sur l'ordonnance par l'investigateur entre la prise médicamenteuse (posologie/nombre de prises dans la journée) rapportée par le patient et la prescription faite sur l'ordonnance par le médecin.

3.5.3 Analyse statistique

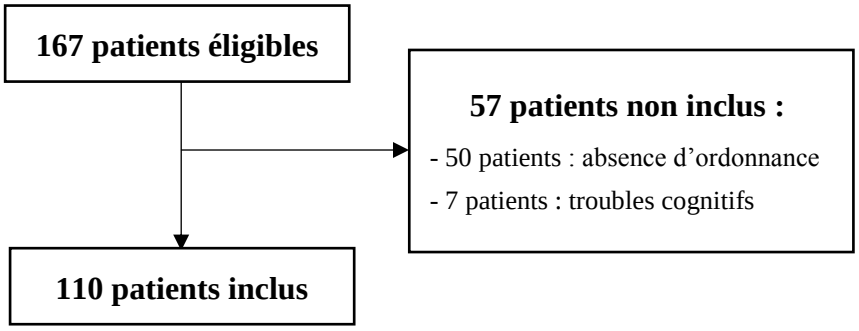
L'objectif principal de l'étude étant descriptif, la taille de l'échantillon a un impact sur la précision des estimations. Nous avons donc choisi d'inclure un minimum de 100 patients. Une taille d'échantillon de 100 ordonnances permet d'avoir une précision acceptable, tout en tenant compte de la faisabilité du recrutement. Les données catégorielles seront présentées en pourcentages et les données continues en moyennes (médianes). Pour étudier l'association entre la hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et l'observance, nous calculerons un coefficient de corrélation de Spearman (r_s). Les analyses statistiques et figures ont été réalisées en utilisant le logiciel R (v 3.3.2 http://www.rproject.org).

4. Résultats

4.1 Caractéristiques des patients

Nous avons inclus 110 patients prenant un total de 567 médicaments entre mars et décembre 2016. Vingt patients (18,1%) ont été recrutés en ambulatoire et 90 (81,9%) dans un service hospitalier.

Figure 1. Diagramme de flux



Sur les 110 patients inclus, 65 étaient des hommes (59,1%). L'âge médian était de 68,5 ans. Un total de 51 patients (46,4%) était marié et 50 patients (45,4%) avaient un niveau d'études supérieur ou égal à bac +2. L'ensemble des patients maitrisait le français à l'oral et 103 patients (93,6%) maitrisaient le français à l'écrit (Tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques des patients (n=110)

Age – médiane (Q1-Q3)	68,5 (58- 78)
Sexe masculin – n (%)	65 (59,1)
Statut marital – n (%)	
Marié / sous le régime du PACS	51 (46,4)
Concubinage	6 (5,4)
Veuf	20 (18,2)
Séparé / divorcé	16 (14,5)
Célibataire	17 (15,5)
Lieu de recrutement – n (%)	
Ambulatoire:	
- Cabinets de médecine générale	15 (13,6)
- Pharmacie	5 (4,5)
Hospitalier:	
- Médecine interne Lariboisière	21 (19,1)
- Réadaptation cardiaque Corentin Celton	30 (27,3)
- UHCD Foch	23 (21)
- UPCS Foch	16 (14,5)
Niveau d'études – n (%)	
Pas d'études	1 (1,0)
Ecole primaire	4 (3,6)
Collège	20 (18,2)
Classe préparatoire à l'apprentissage / BEP	27 (24.5)
Baccalauréat	8 (7,3)
Bac +2, +3 ou +4	39 (35,4)
Bac +5 ou plus	11 (10,0)
Maitrise de la langue française – n (%)	
A l'oral	110 (100)
A l'écrit	103 (93,6)

Les données sont des valeurs (pourcentages) pour les variables catégorielles et des médianes (Q1-Q3) pour les variables quantitatives

4.2 Caractéristiques des ordonnances

Parmi les 110 ordonnances incluses, 86 (78,2%) étaient des ordonnances ALD. Le nombre médian de médicaments par ordonnance était de 5. Concernant le mode de rédaction, environ un tiers était manuscrit. Quant à la spécialité du prescripteur, 41% des ordonnances émanaient de médecins généralistes et 49% de médecins spécialistes (Tableau 2).

Tableau 2. Caractéristiques des ordonnances (n=110)

Type d'ordonnance – n (%)	
Simple	24 (21,8)
ALD	86 (78,2)
Mode de rédaction – n (%)	
Manuscrit	35 (31,9)
Informatisé	48 (43,6)
Les deux	27 (24,5)
Spécialité et origine du prescripteur – n (%)	
Médecin généraliste	45 (41,0)
Médecin hospitalier *	48 (43,6)
Autre médecin ambulatoire **	6 (5,4)
Non précisée	11 (10,0)
Nombre de médicaments sur l'ordonnance– médiane (Q1-Q3)	5,0 (2,75-7,0)

Les données sont des valeurs (pourcentages) pour les variables catégorielles et des médianes (Q1-Q3) pour les variables quantitatives
*Les spécialités médicales concernées étaient: cardiologie, urologie, diabétologie, médecine interne, neurologie, néphrologie, psychiatrie, gériatrie, pneumologie, gastro-entérologie
**Les spécialités médicales concernées étaient: pneumologie, cardiologie, ORL, néphrologie, psychiatrie

4.3 Respect du cadre réglementaire

Concernant les mentions légales devant figurer sur l'ordonnance, on peut noter que la spécialité du prescripteur n'était pas mentionnée sur 11 ordonnances (10%) et l'adresse était absente sur 6 ordonnances (5,5%). La date était manquante sur 3 ordonnances (2,7%). La signature du prescripteur était présente dans 89,1% des cas. Le numéro ADELI et/ou RPPS figurait sur 74,5% des ordonnances. Sur notre échantillon, une ordonnance ne comportait pas le nom du patient (Annexe 10). Les autres caractéristiques sont détaillées dans le Tableau 3.

Tableau 3. Respect du cadre réglementaire des ordonnances (n=110)

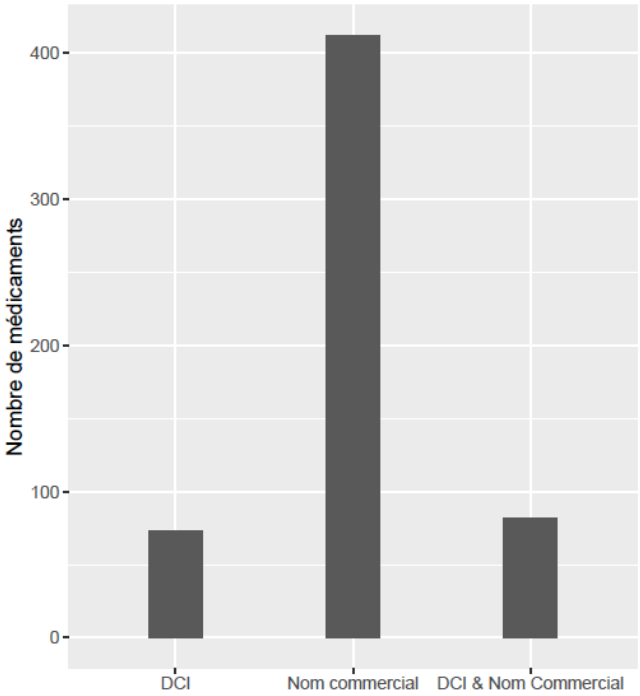
3. A Eléments obligatoires	
Spécialité du prescripteur précisée – n (%)	
Oui	99 (90,0)
Non	11 (10,0)
Date précisée – n (%)	
Oui	107 (97,3)
Non	3 (2,7)
Adresse du médecin précisé – n (%)	
Oui	104 (94,5)
Non	6 (5,5)
Numéro ADELI et/ou RPPS précisé – n (%)	
Oui	82 (74,5)
Non	28 (25,5)
Nom du patient précisé – n (%)	
Oui	109 (99,1)
Non	1 (0,9)
Ordonnance signée – n (%)	
Oui	98 (89,1)
Non	12 (10,9)
Age du patient précisé – n (%)	
Oui	49 (44,5)
Non	61 (55,5)

3. B Autres informations non obligatoires	
Sexe – n (%)	
Oui	19 (17,3)
Non	91 (82,7)
Poids – n (%)	
Oui	17 (15,5)
Non	93 (84,5)
Taille – n (%)	
Oui	8 (7,3)
Non	102 (92,7)
Clairance – n (%)	
Oui	1 (0,9)
Non	109 (99,1)

Les données sont des valeurs (pourcentages) pour les variables catégorielles et des médianes (Q1-Q3) pour les variables quantitatives

Malgré la législation de janvier 2015 rendant obligatoire la prescription en DCI, on constate que sur les 567 médicaments recensés, seuls 155 (27,3%) sont prescrits en DCI (ie DCI ou DCI et nom commercial). Le reste des médicaments est prescrit en nom commercial uniquement (Figure 2).

Figure 2. Prescription en DCI (n=567 médicaments présents sur 110 ordonnances)



4.4 Lisibilité des ordonnances

Concernant la lisibilité des ordonnances, 85,5% des ordonnances ont été jugés lisibles par les patients contre 87,3% pour les deux relecteurs. Trois ordonnances ont été qualifiées d'illisibles (Annexes 11.A, 11.B, 11.C) par les patients alors qu'elles ont été classées dans la catégorie lisible avec effort par les deux relecteurs. A noter qu'il existe 100% de concordance entre les deux relecteurs concernant la lisibilité des ordonnances.

Tableau 4. Lisibilité des ordonnances (n=110)

Selon le patient – n (%)	
Lisible	94 (85,5)
Lisible avec effort	13 (11,8)
Illisible	3 (2,7)
Selon un binôme extérieur – n (%)	
Lisible	96 (87,3)
Lisible avec effort	14 (12,7)
Illisible	0 (0)

4.5 Concordance entre posologie déclarée prise et posologie prescrite

Sur chaque ordonnance, un médicament a été tiré au sort par l'investigateur. Pour ce médicament, nous avons comparé la posologie de l'ordonnance (dosage et nombre de prises par jour) et la posologie déclarée prise par le patient. Sur les 110 médicaments évalués, il existe une discordance pour 12 médicaments (10,9%). A titre d'exemple, un patient déclarant une observance parfaite pour le médicament furosemide prenait en réalité la moitié de la dose prescrite. En effet, le furosemide avait été prescrit à raison de 20 mg le matin et 20 mg le midi sur l'ordonnance alors que le patient ne prenait que 20 mg le matin. Cependant, il faut souligner que la prescription n'était pas établie en « matin » et « midi » mais en 1-1- 0, ce qui est parfois source d'erreurs chez les patients.

4.6 Observance et ordre du médicament sur l'ordonnance

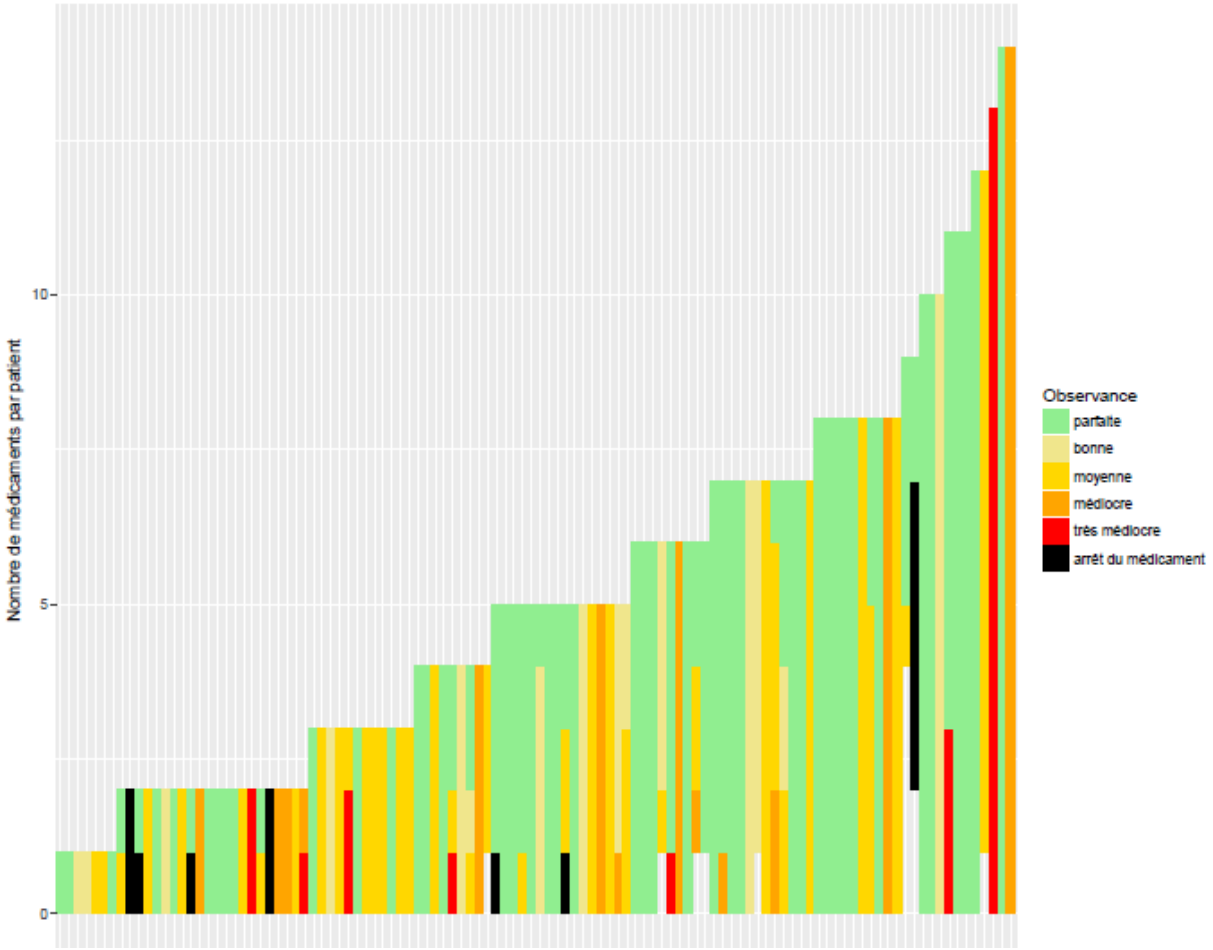
Nous avons évalué l'observance médicament par médicament (Tableau 5). Les résultats suivants correspondent à notre objectif secondaire et ont été étudiés à titre exploratoire pour discuter des pistes d'amélioration de la rédaction de l'ordonnance.

Tableau 5. Observance médicamenteuse médicament par médicament (n=567)

Observance – n (%)	
Parfaite	299 (52,7)
Bonne	56 (9,9)
Moyenne	115 (20,3)
Médiocre	49 (8,6)
Très médiocre	23 (4,1)
Arrêt du médicament	13 (2,3)

* Données manquantes: n=12 (2,1%)
Observance parfaite: aucune pause, aucun oubli, aucun décalage de prise ; bonne: décalages de prise de moins de 12h ; moyenne : oublis un à 2 jour(s) par mois, pas de pause ; médiocre : pauses de 2-3 jours et/ou oublis un jour par semaine ; très médiocre : pauses supérieures à 6 jours et/ou oublis systématiques d'une prise par jour ; arrêt du médicament : le patient a définitivement arrêté de prendre le médicament prescrit

Figure 3. Observance par patient et par médicament

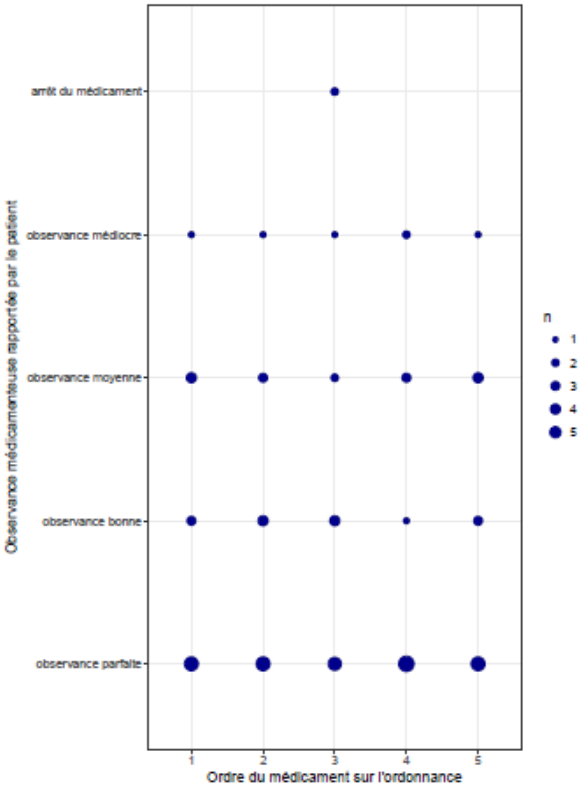


Sur cette figure, chaque barre verticale représente un patient. La hauteur des barres est proportionnelle au nombre de médicaments pris par le patient. Chaque médicament est coloré selon son niveau d'observance en fonction du code couleur présenté en légende.

A partir des données d'un article sur le renouvellement d'ordonnance chez la personne âgée évoquant un « syndrome de la 5ème ligne » (53) et afin d'évaluer s'il existait un lien entre la place du médicament sur l'ordonnance et l'observance, il a été décidé d'analyser les ordonnances comportant respectivement 5, 6, 7 et 8 médicaments. Compte-tenu de la faible taille des échantillons, les patients avec plus de 8 médicaments n'ont pas été retenus. Les résultats présentés ci-dessous ont donc surtout un caractère exploratoire pour formuler de futures hypothèses de recherche.

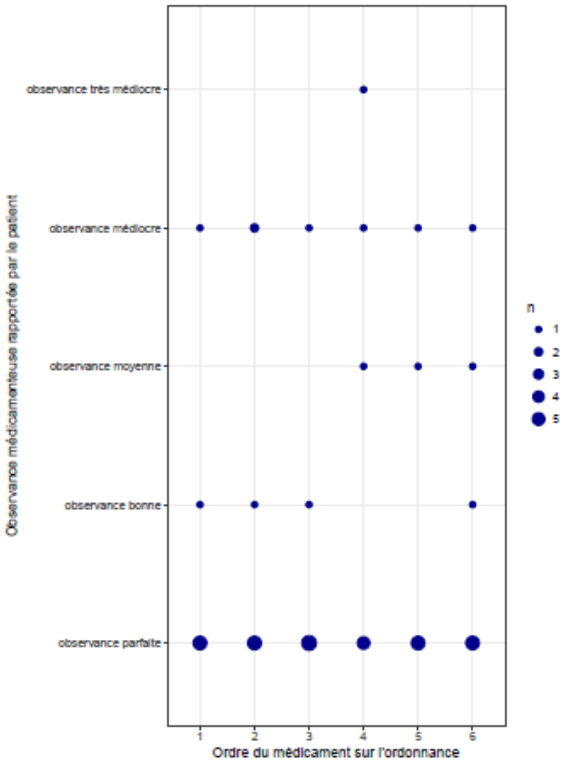
Dans chacun des groupes, l'analyse statistique n'a pas montré d'association significative entre l'ordre du médicament sur l'ordonnance et l'observance.

Figure 4. Etude des ordonnances contenant 5 médicaments (n=16 patients, soit 80 médicaments)



r_s =0.03 (non significatif)

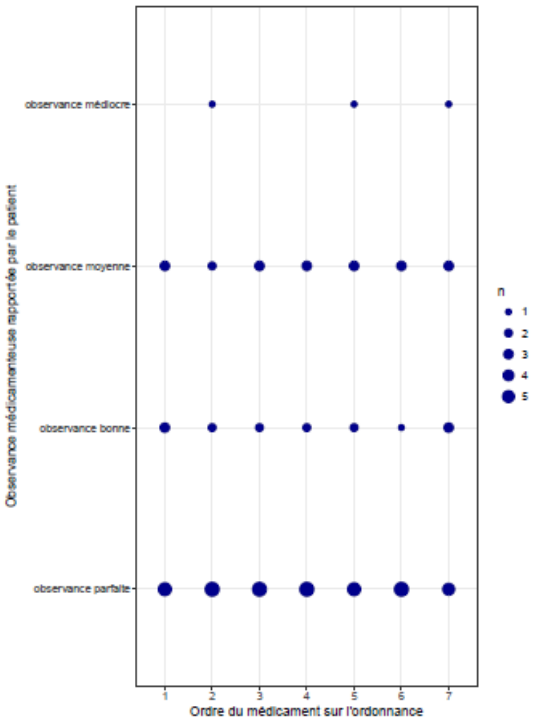
Figure 5. Etude des ordonnances contenant 6 médicaments (n=9 patients, soit 51 médicaments*)



r_s =0.05 (non significatif)

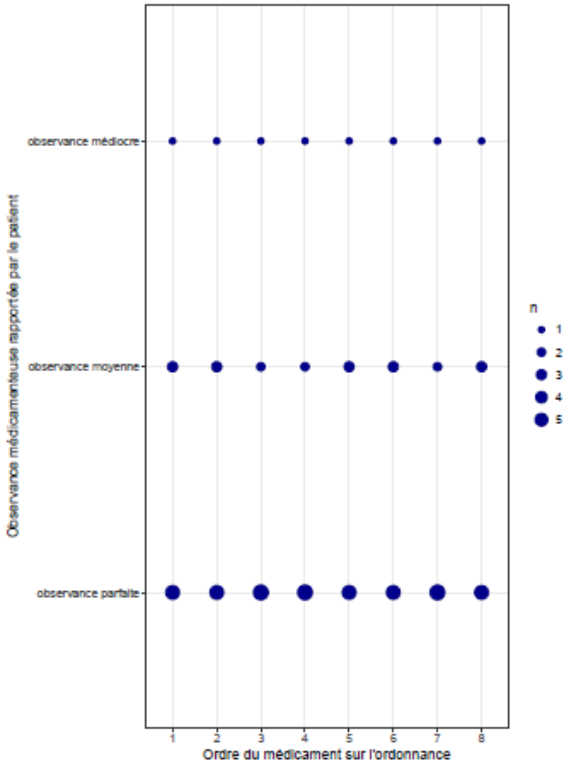
* 3 données manquantes

Figure 6. Etude des ordonnances contenant 7 médicaments (n=12 patients, soit 84 médicaments)



r_s =0.06 (non significatif)

Figure 7. Etude des ordonnances contenant 8 médicaments (n=10 patients, soit 80 médicaments)



r_s =0.04 (non significatif)

5. Discussion

5.1 Synthèse des résultats

L'analyse de ces 110 ordonnances a permis de mettre en avant plusieurs résultats intéressants.

Tout d'abord, un an après la mise en place du décret imposant la prescription en DCI, il est étonnant de constater que plus de deux tiers des médicaments restent prescrits uniquement en nom commercial. Ce résultat pose question. Est-il dû à une méconnaissance de la loi par les médecins prescripteurs ? A des difficultés à prescrire en DCI ? Le Quotidien du Médecin avait déjà publié un article en janvier 2016 mettant en avant le fait que les trois quart des médecins ne respectaient pas l'obligation de prescrire en DCI (57). La loi du 29 décembre 2011 et le décret du 14 novembre 2014 consécutif à cette dernière n'ont pas prévu de sanctions spécifiques en cas de non-respect de cette obligation. Par conséquent, ceux sont les dispositions générales relatives à la sanction du non-respect des obligations légales et conventionnelles en matière de prescription qui doivent s'appliquer.

Par ailleurs, on peut constater que, dans une grande majorité des cas, les mentions légales sont présentes sur les ordonnances. Toutefois, il reste des ordonnances où ne figurent pas la date, la signature du praticien et même le nom du patient dans le cas d'une ordonnance.

Concernant la rédaction des ordonnances, deux tiers d'entre elles sont informatisés. Cependant, certaines restent difficilement lisibles voire illisibles pour les patients. Il convient également de souligner que certaines ordonnances informatisées ont tendance à être surchargées. Pour chaque médicament, il faut compter en moyenne deux lignes de prescription du fait, notamment, de la présence du nom commercial ainsi que de la galénique, du nombre de comprimés par boite ou des modalités de prise. Cela peut rendre l'ordonnance difficilement compréhensible pour le patient.

Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la place du médicament sur l'ordonnance et l'observance. La raison principale est probablement la taille de notre échantillon qui était trop faible. De plus, la non observance médicamenteuse est un phénomène dynamique et complexe (croyances du patient, fardeau du traitement, effet médecin, effets secondaires des médicaments, facteur maladie) ne pouvant être réduite à un ordre du

médicament sur une ordonnance qui n'est qu'un facteur probablement mineur parmi de nombreux autres (58). Il s'agissait d'un objectif secondaire étudié à titre exploratoire dans ce travail de thèse mais qui mériterait d'être approfondi dans d'autres études de plus grande ampleur pour savoir si la hiérarchisation des médicaments peut avoir un impact sur l'observance et constituer ainsi une piste intéressante pour la rédaction des ordonnances.

5.2 Limites de l'étude

5.2.1 Echantillon de patients

L'échantillon d'ordonnances étudié ne représente qu'un très faible nombre de patients. Par ailleurs, il n'est pas représentatif de la population générale en Ile de France. Il existe notamment une proportion importante de patients ayant un niveau bac ou plus par rapport à la population générale. Ce niveau d'éducation important peut avoir un impact sur la compréhension et la bonne prise médicamenteuse.

5.2.2 Lieux de recrutement

Peu de patients ont été recrutés en pharmacie car la longueur du questionnaire et le manque d'intimité ont constitué un frein au bon recueil des données. Par ailleurs, la grande majorité des patients a été incluse dans les centres hospitaliers et non en ambulatoire. Cependant, il faut souligner qu'un recrutement strictement dans les cabinets de ville était difficile compte tenu de la question de recherche centrée sur les ordonnances (le recrutement de plusieurs patients dans un même cabinet de médecine générale aurait conduit à analyser plusieurs ordonnances d'un même prescripteur).

Enfin, dans le cadre des ordonnances ambulatoires, nous n'avons pas recueilli le lieu exact de leur rédaction (cabinet vs domicile du patient). Cette donnée aurait été intéressante à recueillir car les médecins en visite à domicile ne rédigent pas leurs ordonnances dans les mêmes conditions que lors d'une consultation. La plupart du temps, par exemple, ils ne disposent pas du dossier informatisé du patient. Pourtant, les visites à domicile concernent

majoritairement des personnes âgées chez qui les risques de moins bonne compréhension mais aussi les risques d'interactions médicamenteuses ou d'effets indésirables sont plus nombreux. Chez ces patients, l'ordonnance doit donc justement être rédigée avec une plus grande vigilance, tant sur le contenu que sur la qualité rédactionnelle. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude ciblant plus spécifiquement les ordonnances rédigées à domicile.

5.2.3 Evaluation de la lisibilité

Les relecteurs choisis pour évaluer la lisibilité des ordonnances sont plus jeunes que le groupe de patients qui a un âge médian de 68,5 ans. On peut supposer qu'il existe plus de troubles notamment visuels chez les patients inclus dans l'étude que chez les relecteurs.

5.2.4 Evaluation de l'observance

Dans le cadre du recueil de données via un questionnaire patient (auto-déclaration), il existe fréquemment une surestimation de l'observance liée au biais de désidérabilité sociale (56). De ce fait, la bonne observance constatée dans l'échantillon d'étude peut comporter une possible part de surestimation. D'autres méthodes existent (données de remboursement, pilulier électronique) mais du fait de leur faisabilité et de leur coût, elles n'ont pas été retenues dans le cadre de ce travail. Par ailleurs, le recueil de données via un questionnaire reste la méthode la plus utilisée dans la littérature.

5.2.5 Concordance entre posologie déclarée prise et posologie prescrite

La concordance entre la posologie déclarée prise et la posologie prescrite n'a été étudiée que pour un seul médicament par ordonnance du fait de sa faisabilité. Il serait donc intéressant de compléter ses premiers résultats par un travail de recherche plus exhaustif.

5.3 Intérêt et forces de l'étude

L'une des forces de cette étude est d'avoir inclus des patients plutôt âgés (âge médian = 68,5 ans, avec un âge maximum à 96 ans), souvent peu étudiés dans les études. De plus, la barrière de la langue à l'écrit n'était pas un critère d'exclusion ce qui a permis d'évaluer la lisibilité des ordonnances par les patients ayant des problèmes de lecture.

Il convient par ailleurs de souligner qu'il existe peu de données manquantes. La phase pilote a probablement contribué à limiter cet écueil et constitue également une force de notre étude. Elle a été réalisée dans le but d'ajuster au mieux le questionnaire pour répondre aux objectifs primaire et secondaire. En effet, les remarques des patients concernant le questionnaire ont été prises en compte et ont abouti à la suppression d'une question et à la reformulation d'une autre.

Concernant le recrutement, la majorité des patients a été incluse dans les centres hospitaliers. Comme discuté dans le paragraphe précédent, cela était une limite par rapport à la représentativité et la diversité de notre échantillon de patients, mais ce choix a, en revanche, permis d'obtenir un échantillon très varié d'ordonnances, provenant de médecins prescripteurs différents dont 41% de médecins généralistes et 49% de médecins spécialistes.

L'un des intérêts de cette étude est également d'avoir évalué la concordance entre la posologie déclarée prise et la posologie prescrite. Cela a permis de mettre en évidence, dans certains cas, l'existence d'une discordance malgré une observance déclarée parfaite par le patient.

5.4 Discussion des résultats

5.4.1 Qualité rédactionnelle des ordonnances

A la vue de ces résultats, il apparait que la prescription en DCI, pourtant obligatoire depuis janvier 2015, n'est pas encore ancrée dans la pratique médicale. Une campagne d'information d'envergure auprès des professionnels de santé et la programmation des logiciels d'aide à la prescription médicale pour une prescription par défaut des médicaments en DCI pourraient avoir un impact positif.

Concernant les mentions obligatoires, elles sont présentes dans la grande majorité des cas sur l'ordonnance.

5.4.2 Hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et observance

Les résultats de cette étude n'ont pas mis en évidence d'association significative entre la hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et l'observance. Cependant, la taille de l'échantillon ainsi que la complexité de l'observance peuvent expliquer ce résultat. Des études de plus grande ampleur sont à envisager afin d'approfondir cette question.

5.5 Perspective : vers une ordonnance idéale

5.5.1 Axes d'amélioration

La lisibilité constitue un élément majeur de la qualité rédactionnelle des ordonnances médicales. En effet, un défaut de lisibilité peut être à l'origine d'une erreur médicamenteuse dont la gravité dépendra du ou des médicaments incriminés (41). Dans ce cadre, l'informatique constitue un outil d'amélioration de la qualité rédactionnelle. Tout d'abord, il permet de palier aux problèmes de lisibilité liés à l'écriture manuscrite. De plus, les logiciels d'aide à la prescription ont pour objectif de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la prescription médicamenteuse et de faciliter le travail de prescription (59). Depuis le 1er janvier 2015, les logiciels d'aide à la prescription doivent faire l'objet d'une certification avec, notamment, la nécessité d'intégrer l'obligation de prescription des médicaments en DCI (2). Dans l'avenir, on pourrait également envisager de créer des interfaces numériques communes aux différents acteurs de santé prenant en charge le patient (ordonnances, résultats biologiques, etc.) afin d'optimiser sa prise en charge.

Cependant, l'informatisation génère de nouvelles problématiques. En effet, plusieurs études ont mis en évidence que l'outil informatique pouvait être à l'origine d'erreurs de prescription (60). Parmi ces dernières, on trouve des redondances de prescriptions, des erreurs d'unités, des reconductions de traitements injustifiés ou erronés dans le cadre du renouvellement automatique de l'ordonnance. On observe également des problèmes de paramétrages et

d'ergonomie de certains logiciels d'aide à la prescription. Par conséquent, pour essayer de pallier aux problèmes engendrés par l'informatisation, l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription et une formation adaptée des prescripteurs concernant ces derniers constituent une piste intéressante d'amélioration.

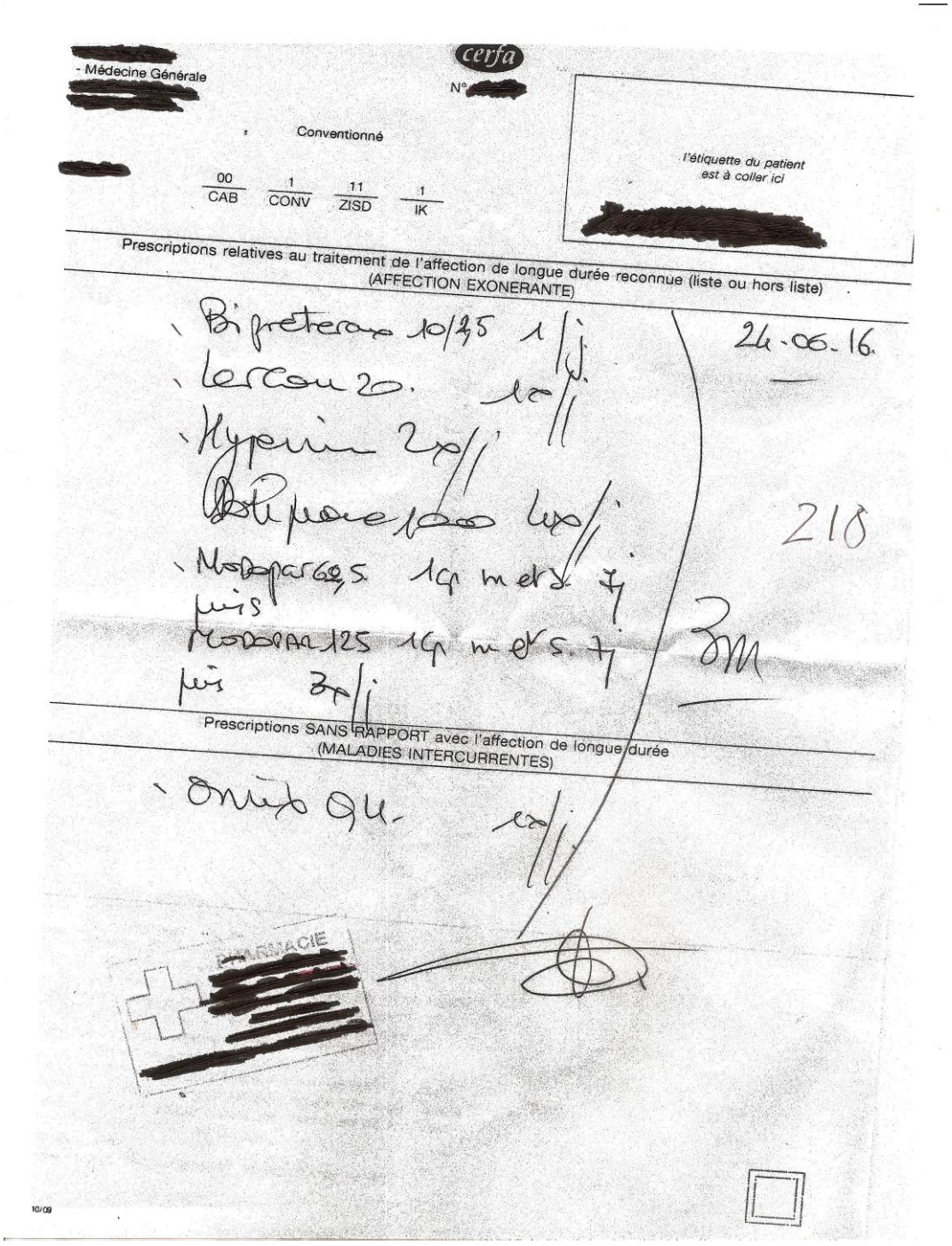
Dans le cadre de l'hôpital, plusieurs études ont montré que l'analyse pharmaceutique des ordonnances avec, entre autres, l'intervention de pharmaciens hospitaliers au sein des services permettait d'améliorer la qualité rédactionnelle en mettant notamment en avant les erreurs de prescriptions (61) (62). Certains travaux préconisent même la réalisation d'un audit annuel pour évaluer et améliorer la qualité des prescriptions médicamenteuses (63). Ce dernier a pour objectif de mettre en place des stratégies interventionnelles pour cibler les problèmes et proposer des solutions parmi lesquelles, l'éducation des soignants et notamment des jeunes médecins en formation, le changement des logiciels de prescription si ces derniers ne sont pas adaptés ou encore la réalisation de formations régulières sur les erreurs de prescription médicamenteuse.

Concernant la prescription en elle-même, certaines études suggèrent qu'une prescription mentionnant les différents moments de la journée (matin, midi, soir ou coucher) plutôt qu'une prescription par jour ou avec des intervalles horaires (ex : toutes les 8 heures) améliore la compréhension du traitement par le patient (64). Par ailleurs, l'usage de pictogrammes reste controversé (45). Cependant, plusieurs travaux tendent à prouver que leur utilisation peut avoir un impact positif sur la connaissance des thérapeutiques par le patient notamment au sein des populations avec un faible niveau d'alphabétisation (65) (66).
Afin d'améliorer la prescription des thérapeutiques en DCI, il serait utile de prescrire initialement les médicaments de novo en DCI afin de familiariser dès le début le patient à cette dénomination. Par ailleurs, concernant les futurs professionnels de santé, leur apprentissage des thérapeutiques se fait majoritairement en nom commercial. Il serait donc intéressant d'intégrer la DCI comme première dénomination médicamenteuse à apprendre dans l'instruction de nos futurs prescripteurs.

5.5.2 Proposition d'ordonnance améliorée

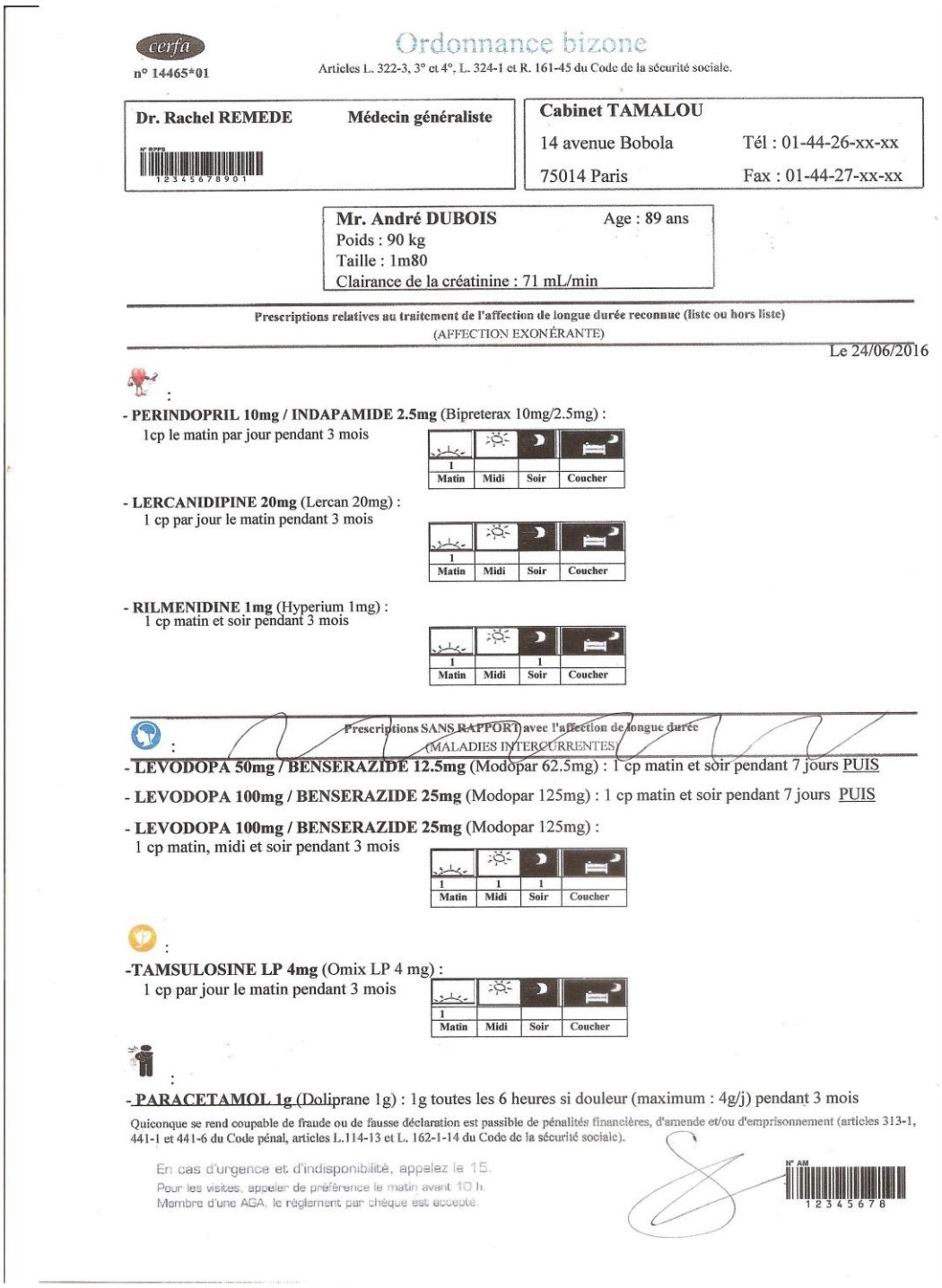
Dans le cadre de cette proposition d'ordonnance améliorée, nous avons sélectionné une ordonnance parmi les 110 recueillies au cours de ce travail de thèse (Figure 8). Les critères ayant motivé ce choix sont la difficulté de lisibilité et la prescription en nom commercial de l'ensemble des médicaments de l'ordonnance.

Figure 8. Ordonnance à améliorer



En tenant compte du cadre réglementaire, de la lisibilité et des axes d'amélioration évoqués au paragraphe précédent, voici une proposition d'ordonnance améliorée (Figure 9). Les pictogrammes relatifs aux différents moments de la journée ont été testés et validés dans une étude (66).

Figure 9. Proposition d'ordonnance améliorée



cerfa
n° 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Dr. Rachel REMEDE **Médecin généraliste**

N° RPPS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

Cabinet TAMALOU
14 avenue Bobola Tél : 01-44-26-xx-xx
75014 Paris Fax : 01-44-27-xx-xx

Mr. André DUBOIS Age : 89 ans
Poids : 90 kg
Taille : 1m80
Clairance de la créatinine : 71 mL/min

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Le 24/06/2016

:

- **PERINDOPRIL 10mg / INDAPAMIDE 2.5mg** (Bipreterax 10mg/2.5mg) :
  1cp le matin par jour pendant 3 mois

Matin	Midi	Soir	Coucher
1			

- **LERCANIDIPINE 20mg** (Lercan 20mg) :
  1 cp par jour le matin pendant 3 mois

Matin	Midi	Soir	Coucher
1			

- **RILMENIDINE 1mg** (Hyperium 1mg) :
  1 cp matin et soir pendant 3 mois

Matin	Midi	Soir	Coucher
1		1	

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

:

- **LEVODOPA 50mg / BENSERAZIDE 12.5mg** (Modopar 62.5mg) : 1 cp matin et soir pendant 7 jours PUIS
- **LEVODOPA 100mg / BENSERAZIDE 25mg** (Modopar 125mg) : 1 cp matin et soir pendant 7 jours PUIS
- **LEVODOPA 100mg / BENSERAZIDE 25mg** (Modopar 125mg) :
  1 cp matin, midi et soir pendant 3 mois

Matin	Midi	Soir	Coucher
1	1	1	

:

-**TAMSULOSINE LP 4mg** (Omix LP 4 mg) :
1 cp par jour le matin pendant 3 mois

Matin	Midi	Soir	Coucher
1			

:

- **PARACETAMOL 1g** (Doliprane 1g) : 1g toutes les 6 heures si douleur (maximum : 4g/j) pendant 3 mois

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

En cas d'urgence et d'indisponibilité, appelez le 15.
Pour les visites, appeler de préférence le matin avant 10 h.
Membre d'une AGA, le règlement par chèque est accepté.

N° AM 1 2 3 4 5 6 7 8

Sources : www.share.kaiserpermanente.org, www.dreamstime.com, www.canstockphoto.fr, www. 23rf.com

Par ailleurs, on pourrait également proposer d'ajouter un tableau automatisé en fin d'ordonnance pour améliorer la sécurité des renouvellements d'ordonnance :

Depuis la dernière ordonnance :		
Médicaments arrêtés	Oui / **Non**	
Nouveaux médicaments	**Oui** / Non	LEVODOPA/BENSERAZIDE
Changements de posologie	**Oui** / Non	LERCANIDIPINE (20mg au lieu de 10mg)

5.5.3 Approche centrée patient

L'ordonnance a une portée symbolique pour le patient. Une étude a montré qu'elle constitue pour ce dernier un rituel venant conclure la consultation médicale (67). Elle le reconnait en tant que malade et matérialise la prescription médicale lui permettant d'accéder au soulagement et à la guérison. Par ailleurs, elle incarne l'empathie du médecin ainsi que sa capacité à soigner. Chaque patient étant singulier, il n'y a donc pas une ordonnance idéale mais plutôt des ordonnances idéales. En effet, en tant que prescripteur, il faut prendre en compte la globalité du patient en intégrant notamment, son mode de fonctionnement et son cadre de vie et tenir compte du fardeau que représentent pour lui sa maladie et son traitement (68). Ainsi, certains patients préféreront une prescription imposant un cadre avec des horaires fixes alors que d'autres opteront pour une prescription journalière plus souple qui leurs conférera une marge d'adaptation en fonction de leurs contraintes quotidiennes.

Par ailleurs, la tenue d'un discours adapté au patient afin d'expliquer la prescription est un élément crucial (69). La compréhension du traitement et de ses modalités est nettement améliorée lorsque l'information délivrée par le professionnel est claire et adaptée au patient (70).

Concernant la prescription en DCI, elle peut s'avérer compliquer pour les patients. En effet, les dénominations sont souvent difficilement prononçables et mémorisables à l'exemple de phloroglucinol pour le Spasfon® ou encore perindopril-indapamide pour le Bipreterax®. Par conséquent, la prescription en DCI peut s'accompagner de quelques aménagements comme l'ajout du nom commercial afin de garantir la bonne prise et la sécurité.

L'ordonnance est donc un exercice d'équilibre subtil entre règles et adaptation au patient pour mieux sécuriser les soins.

6. Conclusion

L'étude de la qualité rédactionnelle de ces 110 ordonnances a tout d'abord permis de mettre en évidence le fait, qu'à un an du décret imposant la prescription en DCI, la grande majorité des médecins ne le respecte pas et continue de prescrire les médicaments en nom commercial.

Concernant les mentions légales devant figurer sur l'ordonnance, elles sont présentes dans la grande majorité des cas. Cependant, des éléments de base tels que l'identité du patient, la date ou encore la signature du prescripteur sont parfois absents.

Certaines ordonnances restent lisibles avec effort voire illisibles engendrant un réel problème notamment en termes d'observance et de sécurité dans la prise du médicament.

L'évaluation de la place du médicament sur l'ordonnance et le degré d'observance n'a pas montré quant à elle d'association significative.

L'amélioration de la qualité rédactionnelle des ordonnances est un enjeu majeur des années à venir. En tant que prescripteurs, nous devons y prendre part de façon active. Elle doit être une préoccupation quotidienne dans le but de garantir une prise en charge optimale avec l'objectif de tendre vers une ordonnance idéale adaptée à chaque patient.

Bibliographie

1. Ordonnance : outil de communication entre soignants et avec les patients. Prescrire. 2012 août.

2. Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale. 2014-1359 Nov 14, 2014.

3. Ordonnance. In: Le Petit Robert dictionnaire de la langue française Sejer 2004.

4. Ordonnance médicale en France. In: Wikipédia [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 16]. Availablefrom: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ordonnance_m%C3%A9dicale_en_France&oldid=131458136

5. Gaffiot F. Praescriptio. In: Gaffiot français-latin.

6. Larousse É. Prescription. In: Larousse anglais - français.

7. Pierre J. L'histoire de la pharmacie commence au IIIe millénaire avant le Christ : Samuel-Norah Kramer, L'Histoire commence à Sumer. Rev Hist Pharm. 1958;46(156):254–5.

8. Larousse E. Apothicaire. In: Larousse.

9. Lafont O. L'évolution de la législation pharmaceutique des origines à la loi de Germinal an XI. Rev Hist Pharm. 2003;91(339):361–76.

10. Code de la santé publique - Article L5125-23. Code de la santé publique.

11. Venot A, Burgun A, Quantin C. Informatique Médicale, e-Santé – Fondements et applications. Springer Science & Business Media; 2013. 526 p.

12. Guitard EH. Les Annales Coopératives pharmaceutiques [Internet]. 1933 [cited 2016 Nov 19]. Available from: http://www.shp-asso.org/index.php?PAGE=expositionofficine

13. L'affaire des poisons [Internet]. Ministère de la Justice. [cited 2017 Jan 14]. Available from:http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/proces-historiques-10411/laffaire-des-poisons-24442.html

14. CHAST F. Les origines de la législation sur les stupéfiants en France. 2009 [cited 2017 Jan 14];Tome XLIII(3). Available from: http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2009x043x003/HSMx2009x043x003x0293.pdf

15. FOUASSIER E. Le cadre général de la loi du 21 Germinal An XI | Art & patrimoine pharmaceutique [Internet]. [cited 2016 Nov 16]. Available from: http://artetpatrimoinepharmaceutique.fr/Publications/p17/Le-cadre-general-de-la-loi-du-21-Germinal-An-XI

16. Loi du 19 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses.

17. Ministère de l'intérieur, Ministère des affaires étrangères, Ministère de la justice, Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, Ministère des colonies, POINCARÉ R, et al. Loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne. 1916.

18. Décret n°88-1232 du 29 décembre 1988 relatif aux substances et préparations vénéneuses et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie). 88-1232 décembre, 1988.

19. Historique du système français de Sécurité sociale [Internet]. [cited 2016 Nov 23]. Available from: http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale

20. Dr. FAROUDJA J-M. La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient- Pharmacien [Internet]. [cited 2016 Nov 16]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Prescription_et_place_du_medicament_dans_relation_medecin_patient_pharmacien__CNP_2012.pdf

21. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.

22. Le code de déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cited 2016 Nov 25]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915

23. Code de la santé publique - Article R5194. Code de la santé publique.

24. Code de la sécurité sociale - Article R165-38. Code de la sécurité sociale.

25. Code de la santé publique - Article R5132-3. Code de la santé publique.

26. Enregistrement des professionnels de santé (ADELI) [Internet]. [cited 2016 Nov 25]. Available from: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Enregistrement-repertoire-ADEL.88694.0.html

27. Le RPPS | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cited 2016 Nov 25]. Available from: http://esante.gouv.fr/services/referentiels/identification/le-rpps-0

28. FINESS : Définition [Internet]. [cited 2016 Nov 25]. Available from: http://finess.sante.gouv.fr/finess/jsp/definitions.do?codeDefinition=3

29. Arrêté du 10 août 2010 fixant les caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur sur les ordonnances.

30. Arrêté du 25 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur l'organisation des urgences médicales.

31. Code de la santé publique - Article R5121-77. Code de la santé publique.

32. Code de la santé publique - Article R5121-95. Code de la santé publique.

33. Code de la santé publique - Article R5125-54. Code de la santé publique.

34. Obligation d'utiliser un "LAP" certifié et de prescrire en DCI : parution du décret [Internet]. [cited 2016 Feb 17]. Available from: https://www.vidal.fr/actualites/14465/obligation_d_utiliser_un_lap_certifie_et_de_prescrire_en_dci_parution_du_decret/

35. OMS | Les dénominations communes internationales (DCI) [Internet]. WHO. [cited 2017 Jan 20]. Available from: http://www.who.int/medicines/services/inn/innguidance/fr/

36. Décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne. 2013-1216 décembre, 2013.

37. Décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne - Article 2. 2013-1216 décembre, 2013.

38. La prescription médicale - INAMI [Internet]. [cited 2016 Nov 3]. Available from: http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/prescription-medicale.aspx#Quels_sont_les_critères_légaux_qu'une_prescription_doit_remplir?

39. Prescrire en DCI : règles pour le prescripteur - INAMI [Internet]. [cited 2016 Nov 16]. Available from: http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/prescrire-dci-regles-prescripteur.aspx#.WCw9QC3hDIU

40. Perdreau S, Bonneaux F, Birge J, Labrude P. Qualité rédactionnelle des ordonnances. Résultats d'une enquête menée auprès des médecins généralistes lorrains. Ann Pharm Fr. 2005 Jun;63(3):228–32.

41. Winslow EH, Nestor VA, Davidoff SK, Thompson PG, Borum JC. Legibility and completeness of physicians' handwritten medication orders. Heart Lung J Crit Care. 1997 Apr;26(2):158–64.

42. Bouchand F, Thomas A, Zerhouni L, Dauphin A, Conort O. Pharmacists' interventions before and after prescription computerization in an internal medicine department. Presse Medicale Paris Fr 1983. 2007 Mar;36(3 Pt 1):410–8.

43. Prescription informatisée : des risques d'erreurs et d'effets indésirables. Prescrire. 2015;(384).

44. Wolf MS, Shekelle P, Choudhry NK, Agnew-Blais J, Parker RM, Shrank WH. Variability in pharmacy interpretations of physician prescriptions. Med Care. 2009 Mar;47(3):370–3.

45. Shrank W, Avorn J, Rolon C, Shekelle P. Effect of content and format of prescription drug labels on readability, understanding, and medication use: a systematic review. Ann Pharmacother. 2007 May;41(5):783–801.

46. Arques-Armoiry E, Cabelguenne D, Stamm C, Janoly-Dumenil A, Grosset-Grange I, Vantard N, et al. Problèmes médicamenteux les plus fréquemment détectés par l'analyse pharmacothérapeutique des prescriptions dans un centre hospitalier universitaire. Rev Médecine Interne. 2010 Dec;31(12):804–11.

47. Calligaris L, Panzera A, Arnoldo L, Londero C, Quattrin R, Troncon MG, et al. Errors and omissions in hospital prescriptions: a survey of prescription writing in a hospital. BMC Clin Pharmacol. 2009;9:9.

48. Beardon PH, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. BMJ. 1993 Oct 2;307(6908):846–8.

49. Pottegård A, Christensen R dePont, Houji A, Christiansen CB, Paulsen MS, Thomsen JL, et al. Primary non-adherence in general practice: a Danish register study. Eur J Clin Pharmacol. 2014 Jun;70(6):757–63.

50. Reach G. Patient autonomy in chronic care: solving a paradox. Patient Prefer Adherence. 2013 Dec 12;8:15–24.

51. Académie nationale dePharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France. 2015 décembre.

52. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. Int J Clin Pharm. 2014 Feb;36(1):55–69.

53. Lepoutre B, Cotassou E, Zerr P. Renouvellement d'ordonnance chez la personne âgée : Le syndrome de la 5e ligne. Médecine. 2008;4(9):411–5.

54. Mendonça JMD, Lyra DP, Rabelo JS, Siqueira JS, Balisa-Rocha BJ, Gimenes FRE, et al. Analysis and detection of dental prescribing errors at primary health care units in Brazil. Pharm World Sci PWS. 2010 Feb;32(1):30–5.

55. Sidorkiewicz S, Tran V-T, Cousyn C, Perrodeau E, Ravaud P. Development and validation of an instrument to assess treatment adherence for each individual drug taken by a patient. BMJ Open. 2016 May 10;6(5):e010510.

56. Nieuwkerk PT, de Boer-van der Kolk IM, Prins JM, Locadia M, Sprangers MAG. Self-reported adherence is more predictive of virological treatment response among patients with a lower tendency towards socially desirable responding. Antivir Ther. 2010;15(6):913–6.

57. De Saint Roman H. Prescription en DCI : les trois quarts des praticiens ne respectent pas l'obligation selon une étude de « Que choisir ». Quotid Médecin. 2016 Jan.

58. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005 Aug 4;353(5):487–97.

59. Haute Autorité de Santé - Les logiciels d'aide à la prescription [Internet]. [cited 2017 Jan 23]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_590233/fr/les-logiciels-d-aide-a-la-prescription-questions-reponses.

60. Charpiat B, Bedouch P, Conort O, Rose FX, Juste M, Roubille R, et al. Opportunités d'erreurs médicamenteuses et interventions pharmaceutiques dans le cadre de la prescription informatisée: revue des données publiées par les pharmaciens hospitaliers français. Ann Pharm Fr. 2012;70(2):62–74.

61. Chabi Y, Galvez O, Granet J-P, Matton T, Merlin C, Rey P. Évaluations de la qualité rédactionnelle des prescriptions médicamenteuses et des interventions pharmaceutiques à l'HIA Legouest à Metz. Médecine Armées. 2012;40(3):281–8.

62. Arques-Armoiry E, Cabelguenne D, Stamm C, Janoly-Dumenil A, Grosset-Grange I, Vantard N, et al. Most frequent drug-related events detected by pharmacists during prescription analysis in a university hospital. Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Francaise Médecine Interne. 2010 Dec;31(12):804–11.

63. Gommans J, McIntosh P, Bee S, Allan W. Improving the quality of written prescriptions in a general hospital: the influence of 10 years of serial audits and targeted interventions. Intern Med J. 2008 Apr;38(4):243–8.

64. Davis TC, Federman AD, Bass PF, Jackson RH, Middlebrooks M, Parker RM, et al. Improving patient understanding of prescription drug label instructions. J Gen Intern Med. 2009 Jan;24(1):57–62.

65. Wolf MS, Davis TC, Bass PF, Curtis LM, Lindquist LA, Webb JA, et al. Improving prescription drug warnings to promote patient comprehension. Arch Intern Med. 2010 Jan 11;170(1):50–6.

66. Péturaud C. Améliorer la compréhension des ordonnances dans un quartier populaire : Test de pictogrammes [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 24]. Available from: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/PETURAUD_these.pdf

67. Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale.

68. Tran V-T, Barnes C, Montori VM, Falissard B, Ravaud P. Taxonomy of the burden of treatment: a multi-country web-based qualitative study of patients with chronic conditions. BMC Med. 2015 May 14;13:115.

69. Morrow DG, Weiner M, Young J, Steinley D, Deer M, Murray MD. Improving medication knowledge among older adults with heart failure: a patient-centered approach to instruction design. The Gerontologist. 2005 Aug;45(4):545–52.

70. Martin D, Kripalani S, Durapau VJ. Improving medication management among at-risk older adults. J Gerontol Nurs. 2012 Jun;38(6):24–34; quiz 36–7.

Annexes

Annexe 1 : Ordonnance simple

Docteur [redacted]

N° RPPS :

[redacted]

Conventionné honoraires libres

SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Praticien agréé Maître de stage des universités

Consultations sur rendez-vous sauf urgences

Cabinet Médical [redacted]

[redacted]

Tél. : [redacted]

Fax : [redacted]

4K18019300 I

En cas d'urgence et d'indisponibilité, appelez le 15.

Pour les visites, appeler de préférence le matin avant 10 h.

Membre d'une AGA, le règlement par chèque est accepté.

N° AM :

[redacted]

Annexe 2: Ordonnance bizone

cerfa

n° 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur *(nom, prénom et identifiant)*	Identification de la structure *(raison sociale du cabinet, de l'établissementet n° AM, FINESS ou SIRET)*

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

S 3321b

Annexe 3 : Ordonnance sécurisée

Docteur [redacted]

N° RPPS :

[redacted]

Conventionné honoraires libres

SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Praticien agréé Maître de stage des universités

Consultations sur rendez-vous sauf urgences

Cabinet Médical [redacted]

[redacted]

Tél. : [redacted]

Fax : [redacted]

[redacted]

4K180193001

En cas d'urgence et d'indisponibilité, appelez le 15.

Pour les visites, appeler de préférence le matin avant 10 h.

Membre d'une AGA, le règlement par chèque est accepté.

N° AM :

[redacted]

Annexe 4 : Ordonnance de médicaments d'exception

cerfa
n° 12708*02

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

personne recevant les soins et assuré(e) *(voir notice au verso du volet 1)*

personne recevant les soins *(la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)*

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance

assuré(e) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le prescripteur

☐ médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :
☐ produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant

conditions de prise en charge

maladie ☐ soins en rapport avec une ALD : oui ☐ non ☐ **soins dispensés au titre de l'art. L. 115** ☐

accident du travail ou maladie professionnelle ☐ date

Je soussigné(e), Docteur....., atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.
S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date

signature du prescripteur

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

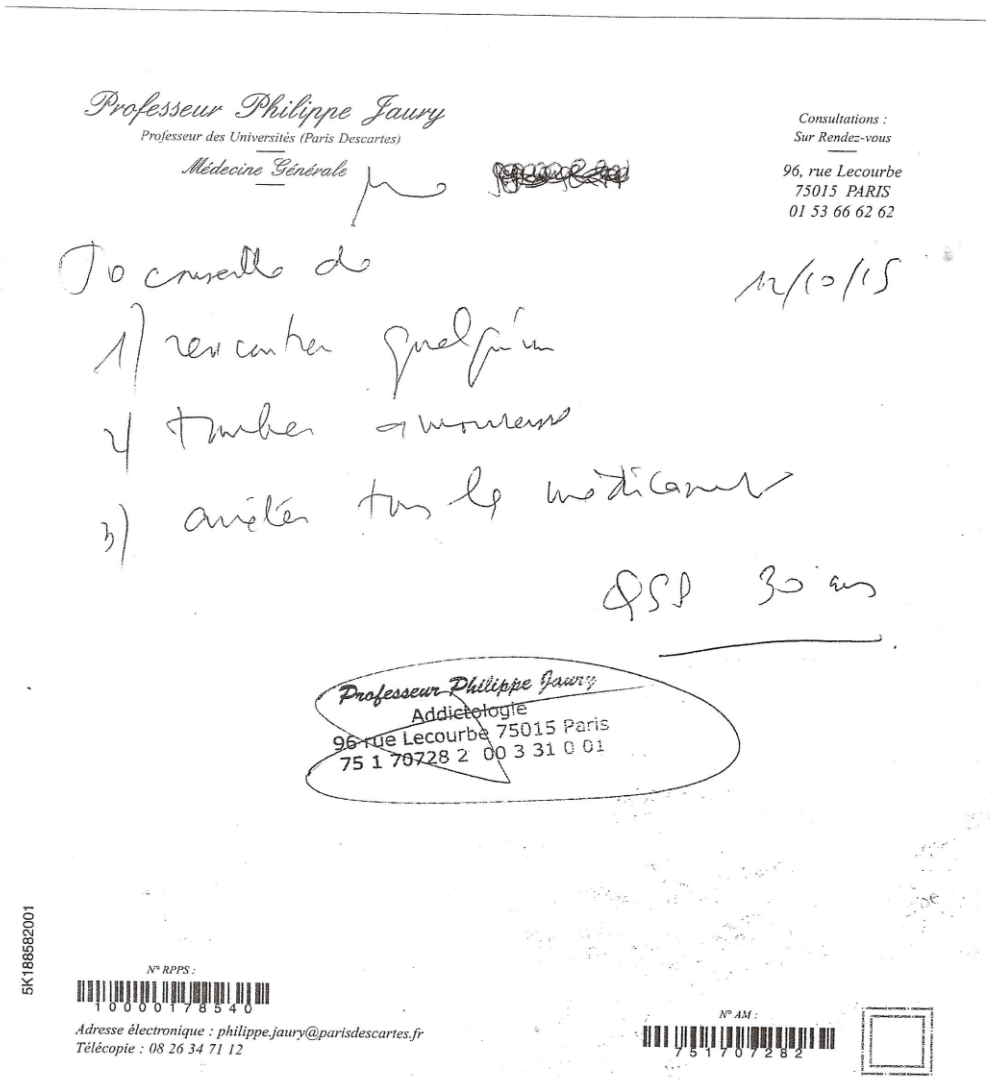
mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal et articles L. 144-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.
Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 3326b

Annexe 5 : Exemple d'ordonnance



Professeur Philippe Jaury
Professeur des Universités (Paris Descartes)
Médecine Générale

Consultations :
Sur Rendez-vous

96, rue Lecourbe
75015 PARIS
01 53 66 62 62

Je conseille de
1) rencontrer quelqu'un
2) trouver ailleurs
3) arrêter tous les médicaments

12/10/15

QSP 30 ans

Professeur Philippe Jaury
Addictologie
96 rue Lecourbe 75015 Paris
75 1 70728 2 00 3 31 0 01

5K188582001

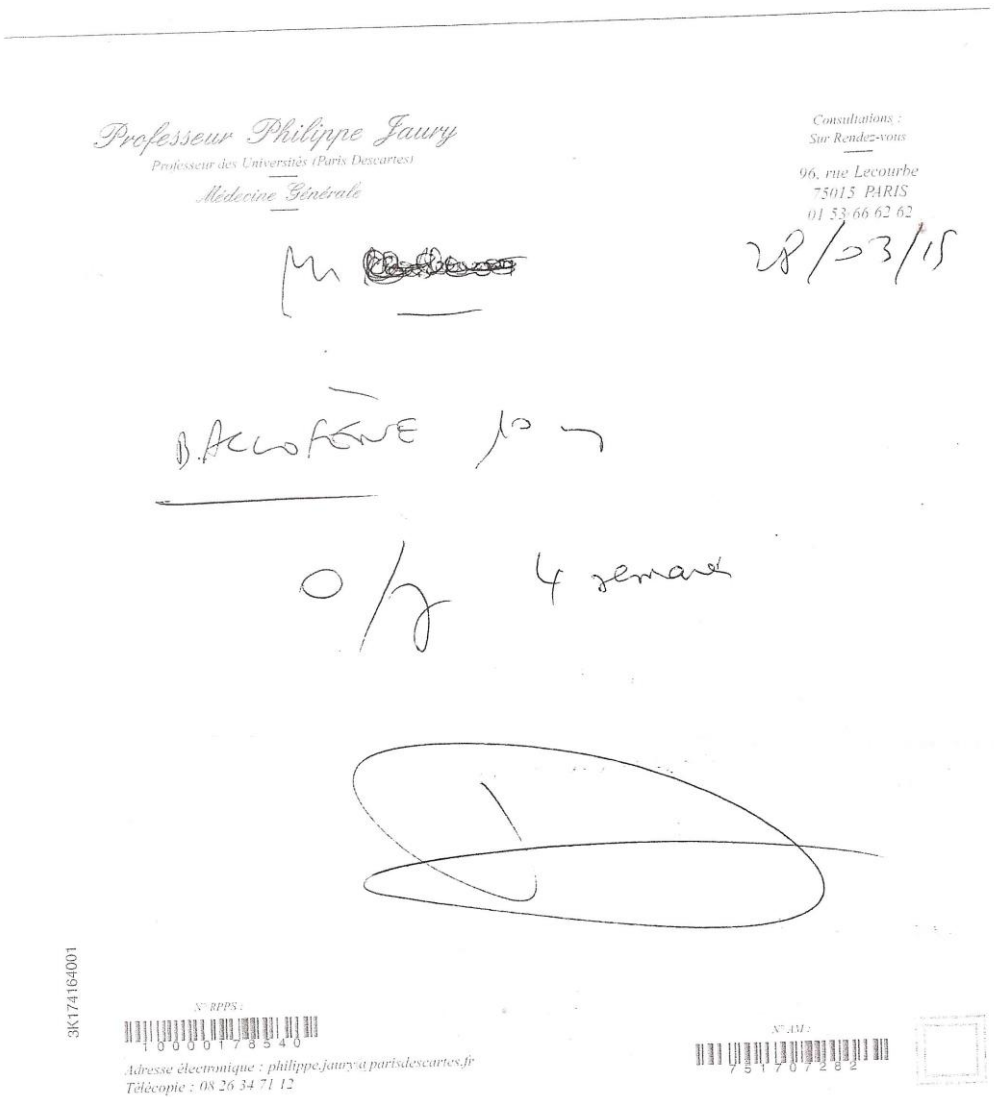
N° RPPS :
10000178540

Adresse électronique : philippe.jaury@parisdescartes.fr
Télécopie : 08 26 34 71 12

N° AM :
751707282

Source : Je remercie le Pr. JAURY d'avoir accepté la diffusion de cette ordonnance dans le cadre de ce travail de thèse.

Annexe 6 : Exemple d'ordonnance



Professeur Philippe Jaury
Professeur des Universités (Paris Descartes)
Médecine Générale

Consultations :
Sur Rendez-vous

96, rue Lecourbe
75013 PARIS
01 53 66 62 62

28/03/15

Mr [redacted]

BACLOFÈNE 10 mg

0/2 4 semaines

3K174164001

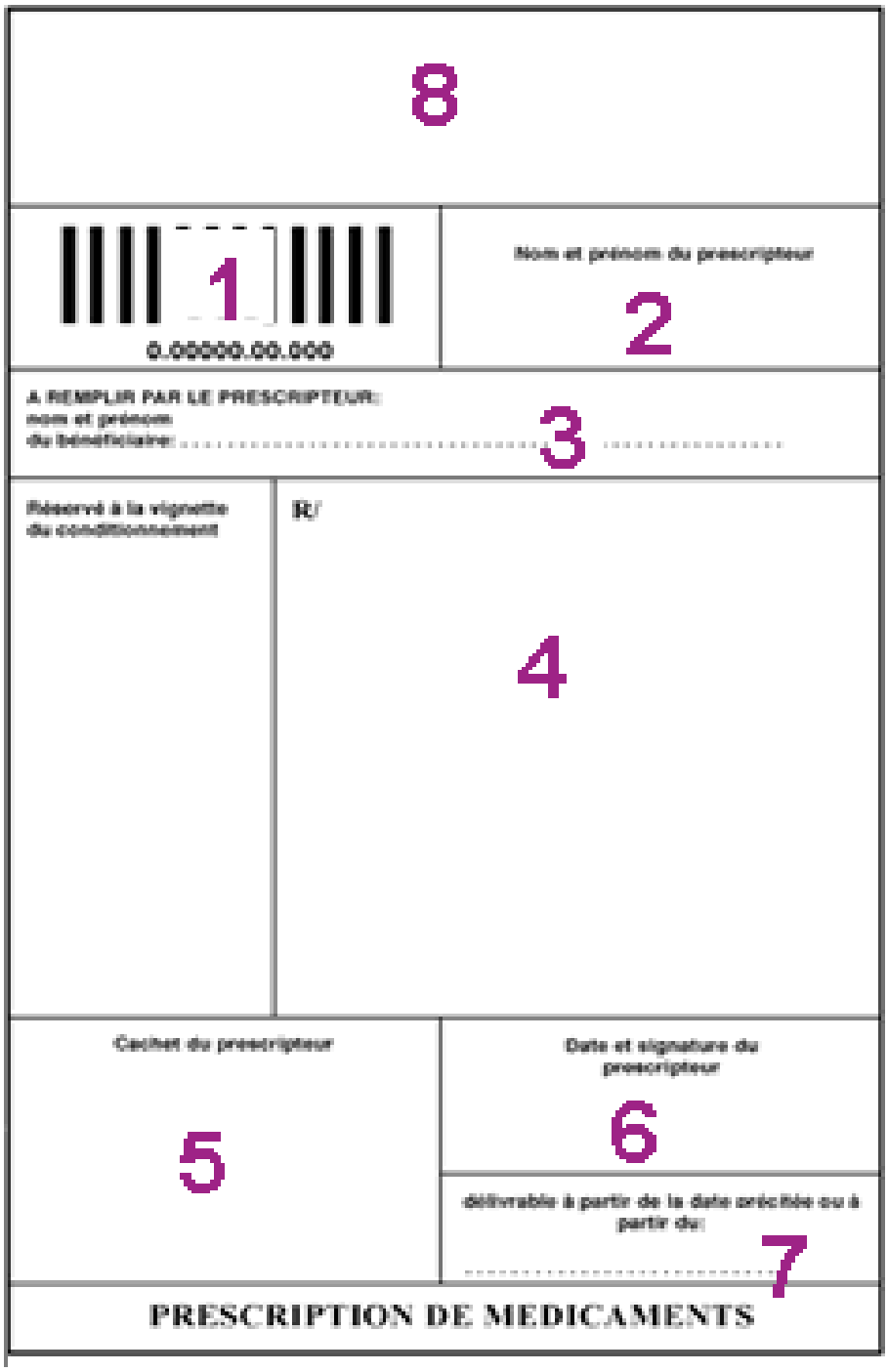
N° RPPS :
10000178540

N° AM :
751707282

Adresse électronique : philippe.jaury@parisdescartes.fr
Télécopie : 08 26 34 71 12

Source : Je remercie le Pr. JAURY d'avoir accepté la diffusion de cette ordonnance dans le cadre de ce travail de thèse.

Annexe 7 : Exemple d'une ordonnance médicale en Belgique



Source : www.inami.fgov.be

Annexe 8 : Consentement écrit

Formulaire d'information et de consentement éclairé

Je soussigné(e) …….. déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet dans l'étude intitulée :

« EVALUATION DE LA QUALITE REDACTIONNELLE DES ORDONNANCES»

Investigateurs principaux : SALHI Nawal

Le but de notre étude est d'évaluer :
- La qualité rédactionnelle des ordonnances
- L'association entre la hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et l'observance médicamenteuse

Engagement du participant :
Nous vous inviterons à remplir:
- un questionnaire évaluant la qualité rédactionnelle de l'ordonnance ainsi que l'observance pour chaque médicament

Engagements de l'investigateur :
- Vérifier que vous ne vous opposez pas à l'utilisation de vos données car elles vous appartiennent.
- Assurer la confidentialité des informations recueillies et à respecter le secret médical**. Toutes les informations seront utilisées de façon anonyme.**
- **N'utiliser les données qu'à des fins de recherche médicale**. Votre médecin n'aura pas accès à vos réponses
- Vous laissez la possibilité de refuser à tout moment leur exploitation. Ce refus ne modifiera en aucune façon votre prise en charge.

Vous aurez par ailleurs la possibilité d'être informé(e) des résultats globaux des recherches pour lesquelles vos données auront été utilisées (contact des investigateurs par mail : nawal.salhi92@gmail.com)

L'investigateur principal

☐ **J'autorise** l'utilisation des données à des fins de recherches, dans les conditions prévues par le présent formulaire. Je ne m'oppose pas à la publication des résultats issus de leur exploitation dans des revues scientifiques.

Date : ……

Signature :

Annexe 9 : Questionnaire

EVALUATION DE LA QUALITE REDACTIONNELLE DES ORDONNANCES

QUESTIONNAIRE PATIENT

CODE D'IDENTIFICATION PATIENT: |__|__|__|/ |__|__|__|__|

DATE DU JOUR :

|__|__| /|__|__| /|__|__|__|__|

Cette étude évalue la qualité rédactionnelle des ordonnances et les difficultés que peuvent rencontrer les patients à suivre les prescriptions de leurs médecins.
Elle vise à mieux comprendre les patients pour améliorer leur prise en charge.

Ce questionnaire vous prendra environ 15 minutes.
Prenez le temps de répondre à toutes les questions. **Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.**

Ce questionnaire est anonyme : votre médecin n'aura pas accès à vos réponses.

VOUS

1. **Date de naissance :** |__|__| /|__|__| /|__|__|__|__|

2. **Sexe :**

Masculin ☐ Féminin ☐

3. Quel est votre **statut marital ?**

Marié ou PACSé ☐

En concubinage ☐ Célibataire ☐ Divorcé ou séparé ☐ Veuf ☐

4. Quel est votre **niveau d'études** ?

Pas d'études ☐ Ecole primaire ☐ Collège ☐

CAP, BEP ☐ Baccalauréat ☐ Bac +2 (ex : DUT, BTS) ☐

Bac +3 ou + 4 (ex : Licence, Maîtrise) ☐

Bac +5 ou plus (ex : Doctorat, Master) ☐

VOS MEDICAMENTS

Pour chaque question, cochez la case qui se rapproche le plus de vous

- Votre **ordonnance** vous semble-t-elle :

Lisible ☐ Lisible avec effort ☐ Illisible ☐

Commentaires libres :

.....

.....

- **Depuis combien de temps** prenez-vous ce médicament ?

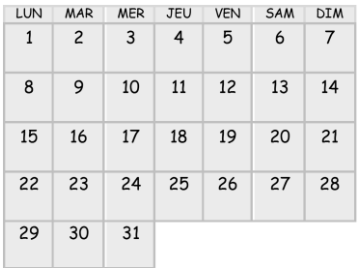
	Depuis moins de 6 mois	**Depuis 6 mois à un an**	**Depuis plus d'un an**
1.	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐
7.	☐	☐	☐
8.	☐	☐	☐
9.	☐	☐	☐
10.	☐	☐	☐
11.	☐	☐	☐
12.	☐	☐	☐
13.	☐	☐	☐

NOM DU MEDICAMENT : ……

1. Avez-vous **définitivement arrêté** de prendre ce médicament**?** **Oui** □ **Non** □

2. Si vous devez prendre ce médicament **plusieurs fois par jour**, sautez-vous systématiquement une des prises de la journée ? **Oui** □ **Non** □

3. Vous arrive-t-il de **ne pas prendre ce médicament plusieurs jours de suite**?
(oubli, envie de faire une pause, vacances, week-ends, déplacement…)



Non, jamais ou 1 jour maximum
□

Oui, parfois 2-3 jours de suite
□

Oui, parfois 6-7 jours de suite ou plus
□

4. Vous arrive-t-il **de sauter une prise de ce médicament de temps en temps**?
(oubli, pas envie de le prendre…)

Non, jamais
□

Oui, 1 à 2 fois par mois
□

Oui 1 fois par semaine ou plus
□

5. Vous arrive-t-il de **prendre votre médicament avec retard** par rapport à l'heure habituelle?
(cochez la case qui se rapproche le plus de vous)

Oui, je décale parfois la prise de 12 heures ou plus
□

Oui, je décale parfois la prise de 4 heures ou plus
□

Non, je prends ce médicament à peu près à la même heure
□

6. S'il vous arrive de sauter des prises, **pourquoi ?**
(oubli, pas envie de le prendre, effet indésirable, trop de médicaments à prendre, etc.)

……

CARACTERISTIQUE DE L'ORDONNANCE (partie qui sera remplie par l'investigateur)

1. Type d'ordonnance: Simple ☐ ALD ☐ Sécurisée ☐

2. Les éléments suivants sont-ils présents sur l'ordonnance ?:

-Date: Oui ☐ Non ☐

-Patient: * Identité: - Nom : Oui ☐ Non ☐

- Prénom : Oui ☐ Non ☐

* Age: Oui ☐ Non ☐

* Sexe: Oui ☐ Non ☐

* *Poids :* Oui ☐ Non ☐

* *Taille :* Oui ☐ Non ☐

* *Clairance :* Oui ☐ Non ☐

-Prescripteur : * Identité: Oui ☐ Non ☐

* Qualité / Qualification:

- Spécialité : Oui ☐ Non ☐

- Fonction/grade si prescription hospitalière : Oui ☐ Non ☐

* Adresse : Oui ☐ Non ☐

* Signature : Oui ☐ Non ☐

* N° ADELI : Oui ☐ Non ☐

* N° RPPS : Oui ☐ Non ☐

* N° FINESS : Oui ☐ Non ☐

* N° AM : Oui ☐ Non ☐

3. Mode de rédaction de l'ordonnance:

   Manuscrit ☐ Informatisé ☐ Les deux ☐

4. Présence de schémas/pictogrammes : Oui ☐ Non ☐

5. Maitrise de la langue française à l'oral par le patient :

   Oui ☐ Non ☐

6. Maîtrise de la langue française à l'écrit par le patient :

   Oui ☐ Non ☐

7. Lisibilité de l'ordonnance:

Lecteur n°1:

Lisible ☐ Lisible avec effort ☐ Illisible ☐

Lecteur n°2:

Lisible ☐ Lisible avec effort ☐ Illisible ☐

Annexe 10 : Ordonnance sans identité patient

cerfa

n° 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité social

Identification du prescripteur (nom, prénom et [redacted] Praticien Hospitalier [redacted]	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissementet n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

(1) [illegible] 75mg 1 fois par jour

(2) [illegible] 1 [illegible]

(3) [illegible] 1 à 3 [illegible] 1 prise le matin.

(4) [illegible] 1 [illegible] (à prendre dans [illegible]).

Le 28/7/16 [illegible] [redacted]

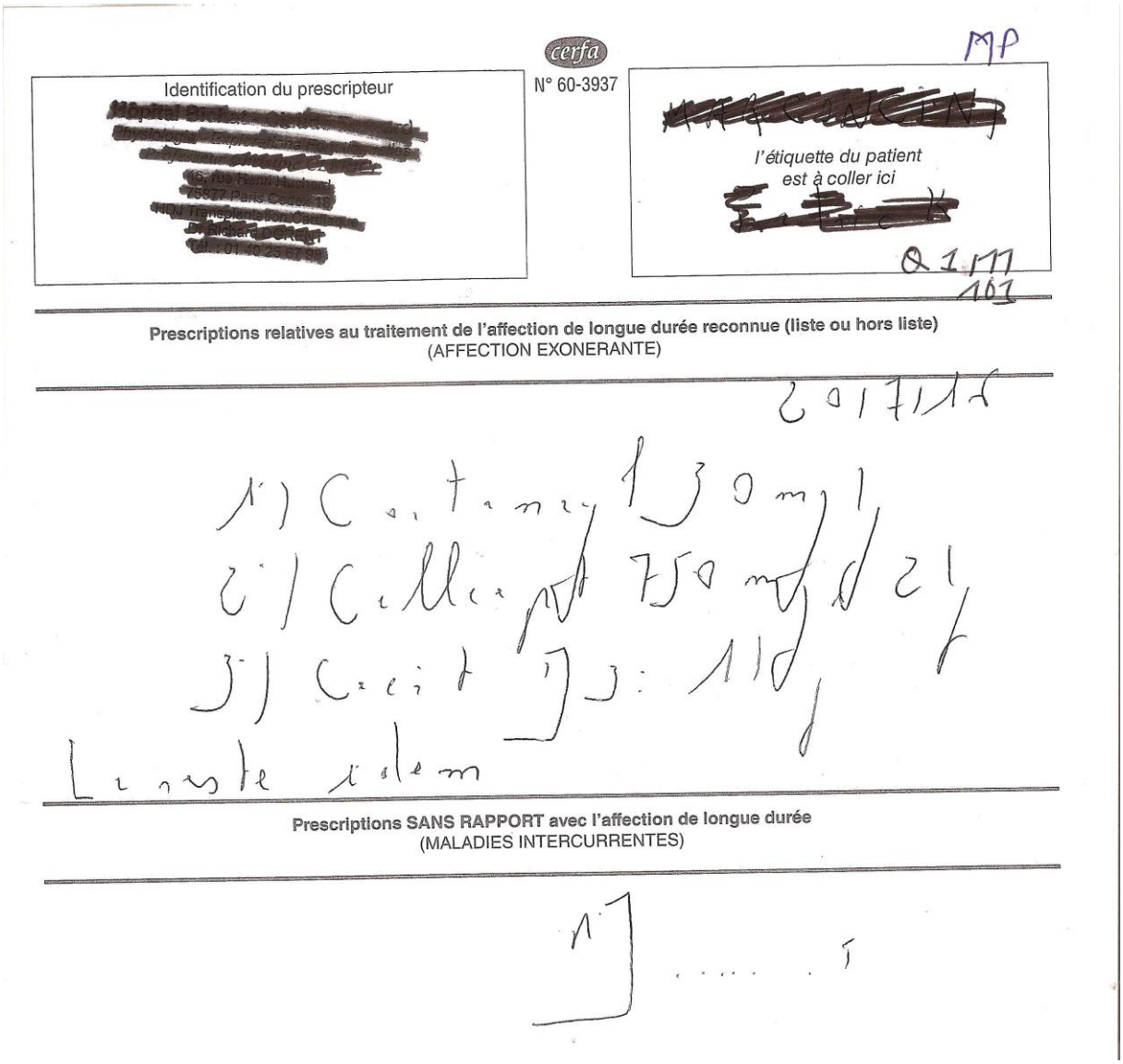
Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

321 reg. 1 FACTURE No. 16[redacted]

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

S 3321b

Annexe 11.A : Ordonnance illisible



cerfa

N° 60-3937

Identification du prescripteur

[redacted]

[redacted]

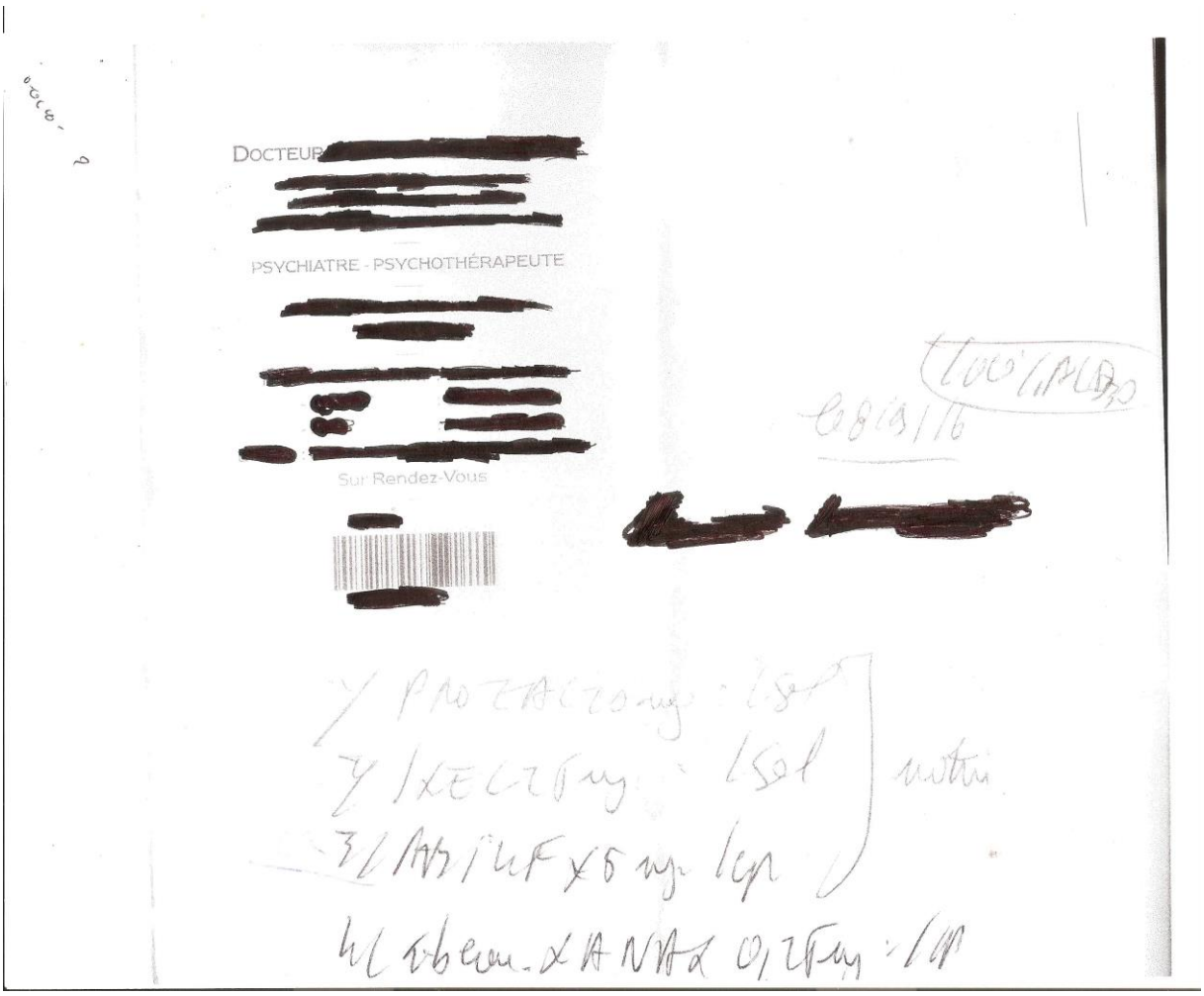
l'étiquette du patient
est à coller ici

[redacted]

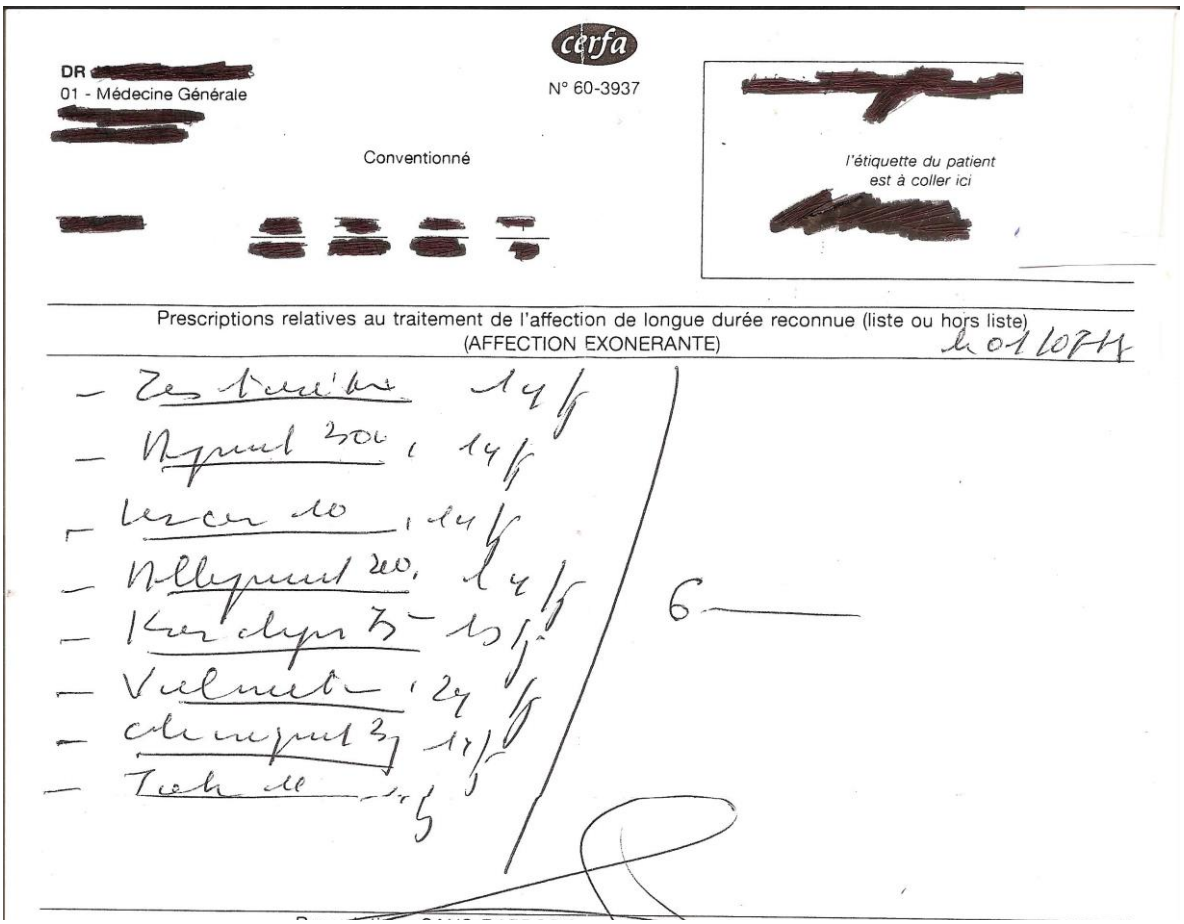
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Annexe 11.B : Ordonnance illisible



Annexe 11.C : Ordonnance illisible



cerfa

DR [redacted]
01 - Médecine Générale
[redacted]

N° 60-3937

[redacted]

Conventionné

[redacted]

l'étiquette du patient
est à coller ici

[redacted]

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

le 01/07/14

- Zestoretic 14 j
- Aspirant 300, 14 j
- Lescar 10, 14 j
- Allegrant 200, 14 j
- Kardegic 75 15 j
- Valmeta, 24 j
- Clamoxyl 3 g 14 j
- Tah 10 14 j

6 —

Evaluation de la qualité rédactionnelle de 110 ordonnances en Ile-de-France en 2016

Introduction : L'ordonnance a récemment évolué avec l'obligation de prescrire en dénomination commune internationale (DCI) depuis le 1er janvier 2015. Dans ce nouveau contexte, il nous a semblé intéressant d'évaluer la qualité rédactionnelle d'un échantillon d'ordonnances en 2016.
Objectif : L'objectif principal est l'analyse descriptive de la qualité rédactionnelle des ordonnances : respect du cadre légal et lisibilité. L'objectif secondaire est d'étudier l'association entre la hiérarchisation des médicaments sur l'ordonnance et l'observance évaluée par médicament.
Méthodes : Etude transversale descriptive avec recueil de données via un questionnaire patient et réalisée au sein de quatre services hospitaliers, de quatre cabinets de médecine générale et d'une pharmacie. Ont été inclus les patients majeurs, ayant en leur possession une ordonnance de moins d'un an et prenant un traitement au long cours.
Résultats : Un total de 110 patients a été inclus dont 65 hommes (59,1%). L'âge médian était de 68,5 ans. Sur les 567 médicaments recensés, seuls 155 (27,3%) étaient prescrits en DCI. Les mentions légales étaient majoritairement présentes mais il manquait la spécialité du prescripteur sur 11 ordonnances (10%), l'adresse sur 6 (5,5%), la date sur 3 (2,7%) et le nom du patient sur une (0,9%). Selon les patients, 84,2% des ordonnances étaient lisibles. Il n'existait pas d'association significative entre l'ordre du médicament sur l'ordonnance et l'observance évaluée par médicament.
Conclusion : Les mentions légales sont globalement présentes mais, à un an du décret imposant la prescription en DCI, la grande majorité des médecins ne le respecte pas. L'amélioration de la qualité rédactionnelle des ordonnances reste donc un enjeu majeur.

Mots clés : qualité rédactionnelle, ordonnance, observance

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06