

# Pratiques optimales de prescription

## Que peuvent faire les médecins?

Samuel Shortt MD PhD FCFP Ingrid Sketris PharmD MPA(HSA)

Dans un commentaire publié en 2010 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, Dr Simon Maxwell soulignait que tous les efforts devaient être déployés pour améliorer la qualité et minimiser les risques<sup>1</sup>. Nous décrivons pourquoi et comment les médecins canadiens relèvent ce défi.

### Problème reconnu

Les médicaments d'ordonnance sont le pilier thérapeutique de la pratique clinique. En 2005, les Canadiens ont reçu 14 ordonnances par habitant. Ce nombre s'élevait à 74 chez les personnes de 80 ans et plus<sup>2</sup>. En 2009, les coûts per capita des médicaments d'ordonnance se situaient à 877 \$. Tandis qu'en 1985, les dépenses en médicaments représentaient moins du dixième des dépenses totales en santé, dès 2009, 16,2 % leur étaient attribuables<sup>3</sup>. La fréquence à laquelle les médicaments sont prescrits et les coûts assumés par les patients et le système de santé mettent en évidence l'importance que les pratiques de prescription soient du plus haut calibre possible.

Malheureusement, des données probantes de plus en plus nombreuses font valoir que les prescriptions sont souvent sous-optimales. Par exemple, des antibiotiques sont souvent prescrits aux enfants qui souffrent d'une maladie respiratoire mineure d'origine probablement virale<sup>4,5</sup>. La sous-utilisation de médicaments indiqués sur le plan clinique constitue un autre type de prescriptions sous-optimales. Des études canadiennes ont démontré un recours insuffisant à des agents hypolipémiants<sup>6</sup>, à des médicaments antihypertenseurs<sup>7</sup>, à des médicaments contre l'insuffisance cardiaque congestive<sup>8</sup> et pour les soins à la suite d'un infarctus du myocarde<sup>9</sup>. Enfin, les médecins font peut-être des choix incorrects de médicaments, qui peuvent causer des préjudices aux patients. Par exemple, une étude sur des patients hospitalisés dans 5 provinces canadiennes a révélé que le quart des événements indésirables étaient attribuables aux médicaments et aux thérapies liquides, et que 37 % auraient facilement pu être évités<sup>10</sup>. On connaît moins ce qui se passe en milieu communautaire; par ailleurs, la composante canadienne d'une étude internationale signalait que 26 % des erreurs en pratique familiale impliquaient des traitements, y compris des

médicaments, et que presque 40 % des erreurs, selon les médecins répondants, avaient causé des préjudices aux patients<sup>11</sup>. Les aînés<sup>12</sup> et ceux qui prennent des opioïdes<sup>13</sup> semblent être des groupes particulièrement vulnérables à des prescriptions inappropriées.

On reconnaît depuis longtemps le problème des prescriptions sous-optimales, mais il suscite plus d'attention depuis 2004, moment où les premiers ministres ont demandé la création d'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. L'un des 9 objectifs de la stratégie était «d'influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème»<sup>14</sup>. Par ailleurs, le rapport d'étape sur la Stratégie en 2006<sup>14</sup> incluait moins d'une page sur les prescriptions appropriées de médicaments. Même si on y signalait l'importante mise sur pied du Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments, on indiquait que la prochaine étape prévue par le groupe de travail ministériel se limitait à continuer à surveiller les progrès. L'année suivante, le Conseil canadien de la santé organisait le symposium *Sain et sûr : Optimiser les habitudes de prescription* pour aider à poursuivre le renforcement continu de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Dans le rapport de la conférence, le Conseil mentionne que des décisions avisées en matière de prescriptions exigent une formation ciblée et un meilleur accès à des renseignements exacts pour les médecins<sup>15</sup>. Voici les principales stratégies envisagées: l'expansion des programmes provinciaux de formation continue en pharmacothérapie, la création de sources fiables d'information objective pour les patients et l'élargissement d'initiatives existantes, comme le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments, vouées à l'amélioration des habitudes de prescription<sup>15</sup>.

### Interventions

On attribue les prescriptions sous-optimales à de nombreuses raisons, comme l'accès insuffisant en temps opportun à des renseignements sur les médicaments ou l'influence indue de l'industrie des produits pharmaceutiques. Mais la question centrale se pose toujours: peut-on améliorer les prescriptions? Les ouvrages de recherche<sup>16,17</sup> documentent qu'il y a des interventions efficaces qui peuvent améliorer les habitudes de prescription des médecins. Toutefois, leurs effets sont

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2012;58:822-4

This article is also in English on page 820.

habituellement de petits à modestes, et peuvent dépendre du contexte, et on connaît mal l'effet de combiner diverses méthodes, faute d'études. Voici certaines interventions s'étant avérées bénéfiques:

- la formation continue en pharmacothérapie, selon laquelle un enseignant bien formé visite les prescripteurs dans leur milieu de pratique pour transmettre des renseignements ciblés, fondés sur des données probantes;
- des renseignements sur les médicaments, en format électronique disponibles au point de service et spécifiques à la consultation, assortis d'un appui à la prise de décisions cliniques;
- la vérification et la rétroaction, un processus qui examine le rendement clinique, souvent comparé à la pratique avec des pairs ou aux guides de pratique clinique, avec des suggestions d'améliorations au besoin.

### En quête de pratiques optimales de prescription

Comment peut-on faire progresser le plan d'action pour des pratiques optimales de prescription? Une prémisses fondamentale tirée de l'expérience à ce jour, quelle que soit l'approche spécifique adoptée pour améliorer les prescriptions ou changer le système de prestation des soins de santé, indique qu'il n'y aura pas beaucoup de changement à moins d'un engagement très actif de la part des prescripteurs eux-mêmes. Les médecins et leurs organisations doivent mettre à contribution tant leur engagement que leurs divers pouvoirs en matière de formation, d'accréditation et de réglementation. Un autre élément essentiel est l'accès à des données rigoureuses et à des paramètres en fonction desquel mesurer la qualité des prescriptions. Voici quelques indicateurs de qualité possibles: des indicateurs structurels, comme la disponibilité d'un formulaire pharmaceutique de qualité, fondé sur des données probantes; des indicateurs procéduraux, y compris la mesure dans laquelle les prescriptions répondent aux normes ou aux lignes directrices pour un problème donné; et des indicateurs de résultats, parmi lesquels se trouverait l'effet des prescriptions sur la mortalité et la morbidité. Bref, une approche continue et systématique pour évaluer la qualité des prescriptions devrait faire partie intégrante de la prestation des soins et être reliée aux stratégies de formation.

Quelles sont les prochaines étapes? En juin 2009, avec le soutien des Instituts de recherche en santé du Canada, plusieurs organisations médicales, partenaires du secteur sans but lucratif et pharmaciens se sont rencontrés pour discuter de l'amélioration des pratiques de prescription. Cette équipe a poursuivi ses travaux en tant que groupe de travail spécial qui se rencontre par téléconférences. On s'entend pour dire que la quête de pratiques de prescription optimales est un but important et qu'aucune organisation n'a la capacité à elle seule de le réaliser. On reconnaît aussi que les organisations ne

peuvent participer à ces activités collectives, y compris le présent commentaire, que si elles sont sanctionnées par leur mandat respectif.

Le plan de travail initial insiste sur ce qui suit:

- établir une définition consensuelle de la prescription optimale et proposer des moyens pratiques de la mesurer;
- sensibiliser davantage les médecins au fait que les prescriptions sous-optimales sont un problème important, dont ils sont les seuls à pouvoir régler certains aspects;
- promouvoir le financement et l'élaboration d'outils et d'activités de formation efficaces<sup>18</sup> pour améliorer les habitudes des prescripteurs et contribuer à une culture de la qualité.

Les produits pharmaceutiques jouent un rôle essentiel dans la santé des Canadiens. Les médecins veulent savoir que leur utilisation des produits pharmaceutiques optimise les bienfaits et minimise les risques pour leurs patients, sans imposer des coûts inutiles au système de santé. Il est temps que les organisations médicales et leurs partenaires pertinents du secteur public unissent leurs forces pour faire en sorte que les prescripteurs aient aisément accès à l'information, y compris aux données sur leurs propres prescriptions et aux lignes directrices thérapeutiques acceptées, qui sont nécessaires pour réaliser cet objectif.

**D<sup>r</sup> Shortt** est médecin de soins primaires à Ottawa, en Ontario, et directeur du Bureau du transfert des connaissances de l'Association médicale canadienne à Ottawa. **M<sup>me</sup> Sketris** est professeure au Collège de pharmacologie de la Dalhousie University à Halifax, en Nouvelle-Écosse.

#### Remerciements

Les organisations suivantes ont participé aux travaux du groupe de travail spécial (ceux indiqués en caractères gras ont officiellement examiné et approuvé le contenu du présent commentaire): **Association des facultés de médecine du Canada**, **Collaboration canadienne de formation continue en pharmacothérapie**, **Association médicale canadienne**, Association canadienne de protection médicale, **Service canadien de prescription et d'utilisation optimaux des médicaments**, **Institut canadien pour la sécurité des patients**, **Association des pharmaciens du Canada**, **Collège des médecins de famille du Canada**, Fédération des ordres des médecins du Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**D<sup>r</sup> Samuel Shortt**, Bureau du transfert des connaissances, Association médicale canadienne, Ottawa, 1867, promenade Alta Vista, ON K1G 5W8; courriel [sam.shortt@cma.ca](mailto:sam.shortt@cma.ca)

**Les opinions exprimées** dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

#### Références

1. Maxwell S. Good prescribing: better systems and prescribers needed. *CMAJ* 2010;182(6):540-1. Cyberpub. du 8 mars 2010.
2. Metge C, Sketris I. Pharmaceutical policy. Dans: MacKinnon NJ, rédacteur. *Safe and effective: the eight essential elements of an optimal medication use system*. Ottawa, ON: Association des pharmaciens du Canada; 2007. p. 117-58.
3. Institut canadien d'information sur la santé [site web]. *Drug expenditure in Canada, 1985 to 2011*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2012. Accessible à: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/DEIC\\_1985\\_2011\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/DEIC_1985_2011_EN.pdf). Accédé le 28 juin 2012.

4. Marra F, Patrick DM, Chong M, Bowie WR. Antibiotic use among children in British Columbia, Canada. *J Antimicrob Chemother* 2006;58(4):830-9. Cyberpub. du 18 août 2006.
5. Wang EE, Einarson TR, Kellner JD, Conly JM. Antibiotic prescribing for Canadian preschool children: evidence of overprescribing for viral respiratory infections. *Clin Infect Dis* 1999;29(1):155-60.
6. Petrella RJ, Merikle E, Jones J. Prevalence and treatment of dyslipidemia in Canadian primary care: a retrospective cohort analysis. *Clin Ther* 2007;29(4):742-50.
7. Leenen FH, Dumais J, McInnis NH, Turton P, Stratyckuk L, Nemeth K et collab. Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *CMAJ* 2008;178(11):1441-9.
8. Cox JL, Ramer SA, Lee DS, Humphries K, Pilote L, Svenson L et collab. Pharmacological treatment of congestive heart failure in Canada: a description of care in five provinces. *Can J Cardiol* 2005;21(4):337-43.
9. Pilote L, Beck CA, Karp I, Alter D, Austin P, Cox J et collab. Secondary prevention after acute myocardial infarction in four Canadian provinces, 1997-2000. *Can J Cardiol* 2004;20(1):61-7.
10. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et collab. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170(11):1678-86.
11. Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care. Results of an international study of family practice. *Can Fam Physician* 2005;51:386-7. Accessible à: [www.cfp.ca/content/51/3/386.long](http://www.cfp.ca/content/51/3/386.long). Accédé le 19 juin 2012.
12. Institut canadien d'information sur la santé. *Drug claims by seniors: an analysis focusing on potentially inappropriate medication use, 2000 to 2006*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2007. Accessible à: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Potentially\\_Inappropriate\\_Medications\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Potentially_Inappropriate_Medications_EN.pdf). Accédé le 19 juin 2012.
13. Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti ML, Kopp A, Qureshi O, Juurlink DN. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *CMAJ* 2009;181(12):891-6. Cyberpub. du 7 décembre 2009.
14. Groupe de travail ministériel sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. *National Pharmaceuticals Strategy progress report*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2006. Accessible à: [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-eng.pdf). Accédé le 19 juin 2012.
15. Conseil canadien de la santé. *Safe and sound: optimizing prescribing behaviours—summary of main themes and insights*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2007. Accessible à: [www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.36-HCC\\_Symp\\_Sum\\_EN\\_FINAL\\_web.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.36-HCC_Symp_Sum_EN_FINAL_web.pdf). Accédé le 19 juin 2012.
16. Sketris I, Langille Ingram E, Lummis H. *Optimal prescribing and medication use in Canada: challenges and opportunities*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2007.
17. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *Rx for change database*. Ottawa, ON: Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2012. Accessible à: <http://cadth.ca/en/resources/rx-for-change>. Accédé le 19 juin 2012.
18. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W et collab. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26(1):13-24.

— \* \* \* —