



Vérification automatique des interactions médicamenteuses : qui ignore quelles alertes ?

75

Cho I, Lee Y, Lee J-H, Bates DW: Wide variation and patterns of physicians' responses to drug–drug interaction alerts
International Journal for Quality in Health Care, 2018. doi: 10.1093/intqhc/mzy102

Les systèmes de prescription informatisés ont pour avantage de permettre une vérification automatique des éventuelles interactions médicamenteuses. Lorsqu'une interaction potentielle est détectée, un message d'alerte est généré. Le médecin peut alors adapter la prescription ou ignorer l'alerte (override). La décision de ne pas en tenir compte peut être justifiée lorsque l'interaction n'est pas pertinente en l'espèce ou que le bénéfice escompté est supérieur au risque. La vérification automatique des interactions représente une aide précieuse. Toutefois, une multiplication des alertes peut entraîner un phénomène de désensibilisation poussant les médecins à ne plus y accorder d'attention et à les ignorer systématiquement. En toute logique, plus un médecin recevra de messages d'alerte peu spécifiques et donc peu utiles, moins il en tiendra compte. L'impact réel de la fréquence des alertes sur le comportement des médecins prescripteurs est cependant mal connu. Dans leur étude, Cho et al. ont analysé sur une période de quatre mois le schéma de prescription de 560 médecins dans un hôpital sud-coréen. Le logiciel de prescription de l'établissement produisait des alertes pour 706 combinaisons de médicaments (77 associations de classes de médicaments). Les auteurs ont utilisé les fichiers journaux de toutes les prescriptions et les alertes déclenchées. Ils ont mis ces données en relation avec les caractéristiques des médecins, telles que l'expérience ou la fréquence de prescription. En parallèle, ils ont analysé le contexte clinique et la pertinence des overrides en constituant un échantillon aléatoire d'alertes ignorées (n=253), qu'ils ont examinées avec les dossiers des patients. Sur un total de 18 360 alertes produites durant la période d'étude (4 mois), 13 155 n'ont pas été suivies (72 %). Le nombre d'alertes et leur variance étaient plus élevés pour les médecins-assistants que pour les médecins spécialistes. A noter que ces derniers ont plus souvent rejeté les alertes reçues. Aucune corrélation n'a été observée entre le nombre d'alertes et le taux d'alertes non suivies. Les auteurs ont classé les médecins en quatre catégories en fonction du nombre médian d'alertes par médecin (18) et du taux moyen d'override (70 %) : 1) personnes imprudentes et inexpérimentées (nombre d'alertes proportionnellement élevé, taux d'override supérieur à la moyenne) ; 2) personnes prudentes et inexpérimentées (nombre d'alertes proportionnellement élevé, taux d'override inférieur à la moyenne) ; 3) personnes prudentes et expérimentées (nombre d'alertes proportionnellement faible, taux d'override inférieur à la moyenne) ; 4) personnes imprudentes et

expérimentées (nombre d'alertes proportionnellement faible, taux d'override supérieur à la moyenne). Le groupe 2 (personnes prudentes et inexpérimentées), composé à 92 % de médecins-assistants, a enregistré près de 97 alertes et un taux d'override de 55 %. Le groupe 4 en revanche (personnes imprudentes et expérimentées) comptait 54 % de médecins-assistants et 46 % de médecins spécialistes. Dans cette catégorie, le nombre moyen d'alertes était égal à 6 et le taux d'override atteignait 94 %. Par ailleurs, les résultats mettent en évidence des liens entre la fréquence des alertes/le taux d'override et la spécialité médicale. Les prescriptions en chirurgie cardiaque ont notamment donné lieu à de très nombreuses alertes, qui ont été relativement souvent ignorées, tandis qu'en anesthésiologie et médecine de la douleur, les alertes étaient rares, mais très souvent ignorées. Une grande partie des alertes (89 %) concernaient exclusivement 5 des 77 associations de classes de médicaments incluses dans la vérification. Comme le montre l'examen de l'échantillon, la proportion relative d'alertes « valablement » ignorées variait beaucoup selon la classe de médicaments. La décision de ne pas tenir compte d'une alerte a été jugée appropriée dans 75 % des cas pour la prescription de substances prolongeant l'intervalle QT et de bêtabloquants/amphétamines et dérivés, mais dans 15 % des cas seulement pour la prescription de ces derniers et d'antirhumatismeaux non stéroïdiens. L'analyse de Cho et al. confirme l'existence d'une variation importante en ce qui concerne la production et la non-prise en compte des alertes. Ce constat vaut pour les classes de médicaments et les algorithmes appliqués, pour les spécialités médicales et pour le comportement individuel des médecins. Il serait donc nécessaire d'agir à ces trois niveaux si l'on veut optimiser la vérification automatique des interactions médicamenteuses. L'étude montre également l'utilité d'une analyse des fichiers journaux pour mieux comprendre le phénomène de lassitude face aux alertes.

Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29741633>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.