

Un bel exemple de logiciel visant l'usage optimal des antimicrobiens

Patrick Hemery^{1,2}, D.Pharm.

¹Pharmacien gérant, chef de service, Polyclinique Saint-Roch, Montpellier, France;

²Professeur associé, Faculté de pharmacie, Département de pharmacie galénique et biomatériaux, Université de Montpellier 1, Montpellier, France

Reçu le 8 juillet 2013; Accepté après révision le 22 juillet 2013

Quelle idée judicieuse que de coupler un système expert lié à l'usage des antimicrobiens à la prescription médicamenteuse et au dossier médical informatisé, tel que l'a développé une équipe interdisciplinaire du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et qui a fait l'objet d'un article de madame Julie Perron dans le premier numéro du *Pharmactuel* de 2013¹.

En France comme au Québec, des structures visent la prise en charge médicamenteuse du patient. En effet, il existe dans chaque établissement de santé une commission des anti-infectieux souvent associée à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'au comité de lutte contre les infections nosocomiales, tous dépendent de la Commission médicale d'établissement.

Les rôles de cette commission des anti-infectieux ont été définis dans la circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) du 2 mai 2002². Son but est triple : former les dispensateurs de soins et les prescripteurs au bon usage des anti-infectieux; valider les protocoles médicamenteux de prise en charge de la pathologie infectieuse et évaluer les pratiques et mettre en œuvre des actions favorisant un moindre et meilleur usage des anti-infectieux.

La France reste un pays européen très consommateur d'antibiotiques avec 150 millions d'unités vendues en 2010 pour un chiffre d'affaires de 794 millions d'euros³. Plusieurs campagnes publicitaires visant le grand public ont été mises en place depuis 2003 par la Caisse nationale d'assurance maladie pour essayer d'en diminuer la consommation, avec des slogans du style : « *les antibiotiques, c'est pas automatique!* » ou encore plus récemment « *les antibiotiques, si on les utilise à tort, ils deviendront moins forts!* ». Certes, ces slogans visaient avant tout la médecine de ville mais aussi l'hôpital.

Dans les établissements hospitaliers, plusieurs mesures ont été instaurées pour mieux encadrer les prescriptions d'anti-infectieux :

- La réévaluation du traitement entre le premier et le troisième jour pour la prise en compte du facteur probabilité, ce qui permet la modification ou le réajustement de la prescription en fonction des résultats des analyses biologiques et de l'antibiogramme⁴.

- La certification V2010 de la Haute Autorité de Santé contribue à améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé, elle a instauré deux critères (8 g et 8 h) pour la maîtrise du risque infectieux et le bon usage des antibiotiques⁵.

- Le suivi annuel d'un indicateur composite « indicateur composite de bon usage des antibiotiques » qui mesure les consommations de toutes les classes thérapeutiques d'antibiotiques en « dose définie journalière » (dose moyenne journalière d'un médicament dans son indication principale, pour un adulte de 70 kilogrammes) / 1000 journées d'hospitalisation⁶.

- Les contrats de bon usage des médicaments lient les établissements de santé aux agences régionales de santé et aux caisses régionales de l'Assurance maladie mesurent l'analyse pharmaceutique des prescriptions d'anti-infectieux, et les résultats doivent arriver à 100 % d'analyse pharmaceutique associée à la délivrance nominative.

Depuis presque une décennie, le développement croissant de la prescription informatisée a eu comme effet de mieux sécuriser le circuit du médicament. Il a considérablement fait évoluer le rôle du pharmacien hospitalier en renforçant la pharmacie clinique dans l'acte de dispensation des médicaments. Malheureusement, les éditeurs informatiques (fort nombreux!) ont développé des progiciels plutôt que des logiciels, ce qui favorise bien davantage le côté standard de la prise en charge du patient plutôt que la spécificité liée à l'acte de prise en charge, excepté en cancérologie, là où le pharmacien avait exprimé ses propres contraintes liées à la fabrication des poches de chimiothérapie. Aujourd'hui les interfaces sont très difficiles à établir, et ces systèmes informatiques interdisent quasiment toute mise en place de ce que l'on appelle « le brique-à-brique » (logiciel métier par spécialité), comme ce qui a été fait au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour les antimicrobiens, au profit du « tout intégré » (logiciel « établissement de soins ») que l'on trouve en France.

Dans l'article de madame Julie Perron, on note tout l'intérêt de la complémentarité de l'outil d'aide à la décision couplé à l'outil prescriptif permettant une analyse pharmaceutique que l'on classe chez nous de niveau 3, selon la Société française de pharmacie clinique, c'est-à-dire le plus complet,

puisqu'il prend en compte le patient dans sa globalité (pathologie et données biologiques) et tous les médicaments qui lui sont prescrits^{1,7}.

En France, dans le domaine de l'antibiothérapie, nous avons très souvent affaire à des référentiels qui se déclinent soit sous la forme de guide (comme « Le POPI, 11^e édition 2012, *Maladies infectieuses et tropicales* aux CMIT)⁸ soit de sites internet (www.antibiolor.org, www.antibiocllic.com, etc.)^{9,10} qui aident le prescripteur en proposant un arbre décisionnel, mais sans « réelle » prise en compte de l'état physiologique du patient. Avec ces référentiels, nous perdons l'information médicale des données « patient », il nous est donc très difficile d'arriver à une efficacité telle que celle déclinée à Sherbrooke.

D'un point de vue informatique, à partir de nos « progiciels », il nous resterait la solution de développer des outils de requêtage des prescriptions pour cibler les actions à mener sur les prescriptions d'anti-infectieux, mais ces outils restent à construire et ne sont pas aujourd'hui la priorité des projets de développement des éditeurs informatiques. Nous nous reposons donc uniquement sur l'analyse strictement humaine du pharmacien et du médecin pour parfaire le bon usage des anti-infectieux, et d'un point de vue professionnel,

nous, pharmaciens, n'avons pas envie de devenir « pharmaciens » ou encore moins « informaciens ».

Beaucoup de travail reste à faire pour décroiser les acteurs des systèmes d'information hospitaliers afin de rendre ces systèmes plus performants et surtout plus proches des différents métiers de la prise en charge des patients. Enfin, il faut préciser que, dans le contexte particulier de la prise en charge médicamenteuse, toutes nos actions pharmaceutiques restent centrées sur le patient et sur la sécurité du circuit du médicament.

Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par l'auteur.

Conflit d'intérêts

L'auteur a rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflit d'intérêts potentiel. L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Références

1. Perron J, Gilbert M, Nault V, Beaudoin M, Valiquette L. Optimiser la prescription d'antimicrobiens : une solution informatisée. *Pharmactuel* 2013;46:40-5.
2. Circulaire DHOS/E 2 – DGS/SD5A n°2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé.
3. Agence nationale de sécurité de médicament et des produits de santé (ANSM). Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France. Juin 2012. [en ligne] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80021cd6bb92b94c16a3db89088fd4f0.pdf (site visité le 19 juillet 2013).
4. Cclin Sud-Ouest, Groupe hospitalier Pellegrin. Réévaluation de l'antibiothérapie. Guide méthodologique. Novembre 2011. [en ligne] http://www.cclin-sudouest.com/audit/Encours/MTD/MTD_reevaluation_ATB_nov_2011_final%20_2_.pdf (site visité le 8 juillet 2013).
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Manuel de Certification V2010. Juin 2009. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf (site visité le 8 juillet 2013).
6. Direction générale de l'offre de soins. Fiche descriptive de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB). Juin 2012. [en ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_descriptive_-_icatb.pdf (site visité le 8 juillet 2013).
7. Société française de pharmacie clinique, niveaux d'analyse V2- (site visité le 21 juillet 2013).
8. Collectif. Le POPI 2012. *Maladies infectieuses et tropicales*. 11^e éd. Paris : CMIT VIVACTIS;2012. 460 p.
9. Antibiolor. Antibiolor le réseau Lorrain d'antibiologie. [en ligne] www.antibiolor.org (site visité le 19 juillet 2013).
10. Département de médecine générale de la Faculté de médecine générale. Paris 7-Denis Diderot. Antibiocllic. Antibiothérapie rationnelle en soins primaires. [en ligne] www.antibiocllic.com (site visité le 19 juillet 2013).