



Projet Erreur sur l'ordonnance

<https://youtu.be/-cWH4EW1j7U>

Interview du Dr Julie VAN DEN BROUCKE,
Médecin généraliste, Cabinet Médical du
Marais

1/ Comment vous est venue l'idée de cette vidéo ? Quel était le message que vous souhaitiez faire passer ?

L'idée maîtresse était de montrer l'importance de relire, avec le patient, l'ordonnance à la fin d'une consultation. Je le fais de manière systématique même si cela prend un peu de temps, et ne conçois pas qu'on ne puisse pas le faire. Cela est essentiel :

- pour s'assurer de la bonne compréhension du traitement par le patient,
- pour rappeler à quoi sert chaque médicament... on est souvent surpris,
- et aussi parce que le médecin peut se tromper! J'avais fait une présentation pendant mon internat sur les médicaments "look alike ou sound alike": ceux qui ont des noms qui se ressemblent, ou dont l'apparence est très semblable, source de confusions potentielles.
(<http://www.revmed.ch/rms/2011/RMS-312/Medicaments-look-alike-sound-alike-un-enjeu-important-dans-le-domaine-de-l-infectiologie>). J'ai constaté que parfois aussi, on tape les 3 premières lettres du médicament que l'on veut prescrire dans le logiciel d'aide à la prescription, et qu'on peut prescrire le médicament juste à côté, par une bête erreur de clic.... Enfin, mon logiciel me demande de spécifier les allergies et est supposé m'envoyer immédiatement un message d'alerte si je prescris un médicament auquel le patient est allergique (la donnée est aussi imprimée sur l'ordonnance afin de transmettre l'information au pharmacien). En pratique, mon logiciel doit comme tout un chacun présenter des failles, car il est arrivé que je prescrive par exemple l'antibiotique "amoxicilline"... et qu'une fois l'ordonnance imprimée, je lise, en bas de ladite ordonnance, "allergie: amoxicilline" sans que je n'ai eu d'alerte plus explicite que cela. C'était ma première idée de scénario mais au moment de le mettre en œuvre, nous nous sommes heurtés à la difficulté de ne pas citer de marque. Nous avons donc changé pour l'erreur de clic qui a facilité la mise en scène sans formulation de non commercial, tout en restant sur ce même principe de relecture conjointe de l'ordonnance entre le patient et le médecin, quelque soit la source de l'erreur que cette étape permet de corriger.

L'ambiance de tournage était très agréable! La patiente a été un peu interpellée (cf. réponse à la question suivante) : "je dois dire au médecin qu'elle s'est trompée ? C'est un peu délicat..." mais je pense que c'est aussi une question de génération!! De mon côté, c'était assez naturel car je relis toujours l'ordonnance en rattrapant tous les jours des erreurs de clics – et je pense quand même que mon logiciel est peu aidant...

2/ Certains pourraient critiquer le film en disant qu'il donne une image délétère / peu professionnelle du médecin traitant. Que leur répondriez-vous ?

Je comprends, mais ceux ayant ce regard devraient s'intéresser aux données factuelles de la science! Je pense à l'étude ESPRIT de 2013 (Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, Keriél-Gascou M, *et al.* Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). Bull Epidémiol Hebd. 2014;(24-25):410-6. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/24-25/2014_24-25_1.html), qui montrait qu'un médecin généraliste (alors que les généralistes de l'étude étaient pour la plupart maîtres de stage, et sensibilisés aux questions d'erreur médicale et de sécurité des soins) rencontrait en moyenne 1 EIAS (événement indésirable associé aux soins) tous les 2 jours.

Nous faisons donc des erreurs et les EIAS font partie de notre quotidien... alors il faut réfléchir à des stratégies pour mieux faire, plutôt que de nier la réalité.



Dans cette étude, il était notable de constater que 43% des EIAS ont été identifiés par les patients ou leur entourage : ce résultat confirme combien le patient doit être impliqué dans la sécurité de ses soins.

Dernier point, l'image paternaliste du médecin "qui sait tout et impose" et du patient "qui écoute sans rien dire et se soumet" n'a plus lieu d'être. Les patients ont accès aux informations

médicales (avec Internet, les émissions de santé, etc), la connaissance est partagée; les consultations deviennent des moments d'échange. La médecine est efficace s'il existe une adéquation entre ce qui doit être fait (ce que l'on apprend en théorie; le traitement idéal...) et ce que le patient est en mesure de faire, ce qu'il accepte et ce à quoi il adhère (observance du traitement, modifications de certains éléments du mode de vie et ses habitudes par rapport aux comportements pouvant avoir une influence sur la santé...). Un point essentiel de la relation thérapeutique est affaire de communication, de compromis, de personnalisation. Il faut prendre le temps de connaître le patient et de discuter.

Pour ceux qui n'en sont pas encore convaincus et pourraient mal comprendre le message de ma vidéo « Minute, je me mobilise », je ne saurais que trop recommander la lecture de :

- "l'Erreur médicale, le soignant et le burn-out", du Pr Eric Gallam (2012)
- "La sécurité du patient en médecine générale" (2009) et "audit de sécurité des soins en médecine de ville" (2013) des Prs René Amalberti et Jean Brami (qui est conseiller à la HAS, et aussi mon ancien maître de stage. J'ai la chance de travailler au sein du cabinet où il exerce).

Il n'est pas toujours évident, dans une société procédurière, de reconnaître son erreur, mais cela est nécessaire. Les études montrent que lorsqu'il y a une plainte du patient, c'est avant tout pour obtenir les explications qu'il n'a pas suffisamment reçues.

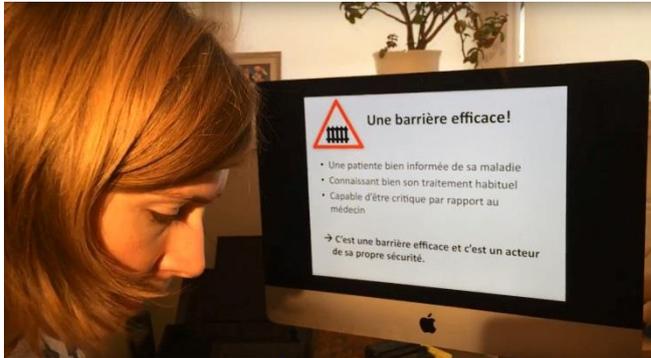
Le dernier ouvrage indique que "s'excuser" d'une erreur, c'est

- 1- donner les détails du problème,
- 2- expliquer pourquoi ce problème est arrivé,
- 3- exprimer de l'empathie pour la douleur du patient,
- 4- et mettre tout en place pour réparer ou réduire la douleur, éviter qu'elle ne se reproduise.

Je pense que les nouvelles générations de médecins sont de plus en plus sensibilisées à cette approche.

3/ Comment œuvrez-vous au quotidien pour améliorer la sécurité du patient ?

Pour poursuivre sur le thème de la question précédente, la sécurité du patient, c'est avant tout avoir pleinement conscience que les erreurs font partie de l'exercice, afin de mettre en place des stratégies pour les rattraper.



Les outils que j'ai mis en place ne sont pas formalisés, mais j'essaie d'être la plus rigoureuse possible:

- Recueil systématique de tous les antécédents, notamment allergiques -mais pas seulement: également l'alimentation, la contraception, l'activité physique, les drogues, le statut social...- lors de la première consultation, y compris quelqu'un qui vient pour un simple bouton sur le nez. Idéalement le logiciel est censé me prévenir si j'ai prescrit un médicament contre-indiqué par un antécédent. Il est nécessaire aussi de connaître ce que prescrivent les autres médecins consultés par le patient notamment s'il est suivi par des spécialistes (ne serait-ce que le collyre de l'ophtalmo...) ainsi que ce qui est habituellement utilisé par le patient en automédication (phytothérapie...), pour avoir une vue d'ensemble.
- Programmation d'alertes dans le logiciel (examen ou vaccin à faire à telle date...) mais cela ne marche pas toujours...
- Sensibiliser le patient, par exemple à quelqu'un qui doit limiter ses apports en sel, lui dire "attention, si on vous propose un jour un médicament effervescent, demandez une autre forme: c'est plein de sel". Le patient est acteur de sa santé, on doit l'aider à lui donner les clés à notre disposition pour cela !
- J'aime remettre des documents écrits aux patients. Les carnets d'INR, les carnets de suivi de grossesse, et aussi des liens vers des sites validés (choisirsacontraception...)
- Dans la même idée, je suis rédactrice dans un journal (Le Généraliste) et dans la rubrique qui m'est confiée, je dois faire une synthèse d'une pathologie ou d'un traitement sous la forme j'explique/je montre (montrer une image)/je prescris/j'alerte/je renvoie vers le Web. En fait c'est une démarche naturelle de consultation. Il est primordial d'utiliser des termes que les patients comprennent et de connaître leurs inquiétudes, de deviner les questions qu'ils n'osent pas poser. La fréquentation des forums est souvent très éclairante à ce sujet! Écrire dans un journal est aussi l'occasion d'une formation continue très efficace.
- Prendre du temps... on ne fait pas de la bonne médecine -avec ce que cela suppose de suivi, de prévention...- en consacrant 10 minutes maximum à chaque patient. J'ai souvent des consultations longues. Je suis moins riche mais c'est un choix!
- et la relecture de l'ordonnance!

J'étais récemment en tant que patiente dans une maison médicale magnifique à Paris. Il y a un accueil au rez-de-chaussée, la consultation se passe au premier étage. Le médecin exerce dans des

conditions attractives puisque les 20 minutes sont exclusivement du temps médical: il ne s'occupe pas de passer la carte vitale, vérifier les droits, la déclaration de médecin traitant, se faire payer, etc. L'ordonnance est également à récupérer au rez-de-chaussée. Cela m'a beaucoup choquée!!! Lorsque j'ai récupéré mon ordonnance, j'ai pu lire "stérilet modèle Untel OU stérilet modèle Bidule (en argent, plus souple)". J'avais deux possibilités mais plus moyen d'en discuter avec le médecin et j'étais désemparée, alors que je suis moi-même médecin. Je me disais que cela devait être d'autant plus perturbant pour un patient non-médecin. D'autant qu'il est impossible, par ce système, de rattraper grâce au patient une faute de frappe, une erreur de dosage, ou vérifier sa bonne compréhension.