



Relation de soin

Analyse

Franck Bourdeaut

Département d'oncologie

pédiatrique

Institut Curie – Paris

Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale

L'erreur qui survient dans le contexte d'un soin est une épreuve difficile pour le soigné mais aussi pour le soignant. Elle ne peut être passée sous silence... mais comment en parler ? L'article proposé ici s'appuie sur la réflexion d'un groupe de travail réunissant parents et soignants en oncologie pédiatrique pour définir ce que peut être une démarche d'annonce de l'erreur, la plus respectueuse possible des inquiétudes – sinon des souffrances – que cette erreur suscite.*

* L'auteur signe cet article au nom du groupe « Parents et Soignants face à l'éthique en pédiatrie », co-coordonné par Dominique Davous et Franck Bourdeaut au sein de l'Espace éthique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Les occasions de tapage médiatique en matière d'erreurs médicales n'ont pas manqué ces dernières années : accidents de sur-irradiations à l'hôpital d'Épinal depuis le début de la décennie 2000 ; décès d'un enfant de 3 ans suite à l'administration de magnésium aux urgences, en décembre 2008 ; décès d'un enfant de 6 ans après une chimiothérapie mal dosée, en 2010... Dramatiquement mis en scène par les médias, ces faits placent périodiquement sous les projecteurs les dysfonctionnements des services hospitaliers, en interrogeant la compétence et la responsabilité pénale des soignants ainsi que la fiabilité des établissements de santé. Ne serait-il plus possible aujourd'hui d'entrer dans un service hospitalier sans un sentiment d'angoisse, conséquence paradoxale d'un risque non négligeable de subir les méfaits des soignants ?

Actuellement en France, près de 150 000 « événements médicaux indésirables évitables » – essentiellement médicamenteux – sont recensés chaque année dans les établissements de santé (1). Si une minorité d'entre eux peut résulter de négligences inexcusables ou d'incompétences avérées, beaucoup relèvent simplement du facteur humain, avec au premier rang la faillibilité des soignants et l'organisation systémique des hôpitaux. De fait, chaque soignant de bonne foi reconnaîtra combien sa pratique diagnostique ou thérapeutique est parsemée d'erreurs, d'écarts ou d'oublis, dont les conséquences sont variables mais qui traduisent tous la fréquente exposition des soignants, et donc de leurs patients, au risque de l'accident. Si les accidents graves provoquent une vive émotion et imposent des clarifications exigeantes, les nombreux incidents – objectivement moins graves – ne méritent pas moins d'attention : ils doivent amener les soignants à se questionner sur la manière dont ils assument, ou n'assument pas, les erreurs qu'ils commettent.

Les quelques pistes énoncées dans cet article sont le fruit du travail d'un groupe de réflexion constitué de parents d'enfants traités en cancérologie et de soignants impliqués dans les services concernés. Les expériences de chacun, les histoires d'erreurs vécues dans les services et les entretiens menés auprès de quelques familles ont conduit aux réflexions et aux conclusions proposées (2).

(1) Enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », *Études et résultats*, mai 2005 ; n° 398.

(2) « Parents et soignants face à l'éthique en pédiatrie », groupe de réflexion et de recherche au sein de l'Espace éthique de l'AP-HP (Davous D, Seigneur E, Auvrignon A, Kerjosse B, Asselain B, Brugières L, Cerny C, Corroyez F, Desdoutis F, Heard M, Souyri V, Vialle G, Velter N, Bourdeaut F) « L'alliance Parents-Enfant-Soignants à l'épreuve de l'erreur médicale », *Arch Pédiatr.*, déc. 2010 ; 17 : 1696-708.



Typologie des erreurs

Savoir de quoi l'on parle...

Tout d'abord, de quoi parle-t-on lorsqu'on parle d'« erreur médicale » ? Il serait sans doute plus juste d'utiliser l'expression « erreur au cours d'un soin », tant il est vrai que tous les soignants – médecins, infirmières, techniciens, pharmaciens – sont concernés. En outre, les mêmes faits n'appellent pas la même qualification selon la perception ou la connaissance que l'on a du contexte dans lequel ils se sont produits : le terme d'« erreurs » ne peut rendre compte à lui seul d'événements indésirables aux causes et aux conséquences très diverses. Il semble donc, en première approche, qu'une catégorisation plus précise s'impose.

La distinction entre erreur et faute

Une première distinction immédiate peut être établie d'un point de vue moral entre « l'erreur » et « la faute ». On dira intuitivement que l'on passe de l'une à l'autre selon un gradient croissant de responsabilité et/ou de gravité : l'erreur désignant une conclusion diagnostique *in fine* erronée mais initialement plausible, une décision jugée *a posteriori* inappropriée mais *a priori* justifiable, un écart minime et compréhensible par rapport à une règle de bonne pratique plus ou moins unanime ; la faute renvoyant à une infraction grossière commise à l'encontre d'une procédure obligatoire, à un défaut de sollicitude caractérisé, à une désinvolture coupable, à l'absence de recours à des moyens qui s'imposaient indiscutablement – avec, dans tous les cas, un lien de causalité direct entre les insuffisances personnelles du soignant et le dommage. Selon que l'on retiendra l'un ou l'autre terme pour qualifier les causes d'un accident, les répercussions morales de ce dernier et l'atmosphère dans laquelle il sera analysé en équipe et/ou avec le patient et ses proches ne seront bien évidemment pas les mêmes.

Cet article n'ayant pas pour objet une présentation approfondie de la responsabilité médicale au regard du droit, rappelons simplement que le juge, quant à lui, distinguera entre « l'erreur non fautive », génératrice uniquement d'indemnités, et « l'erreur fautive », exposant de surcroît à des sanctions (3).

(3)
NDLR : le lecteur intéressé par une approche juridique de la responsabilité médicale pourra se reporter aux articles suivants :

Duval-Arnould D « Le médecin confronté au juge civil », *Laennec*, 2011 ; 1 : 7-21.

Eymard N « Vers une déjudiciarisation du droit médical ? Le rôle croissant de la procédure amiable », *Laennec*, 2011 ; 2 : 31-41.

Le concept d'aléa thérapeutique

La loi du 4 mars 2002 a précisé le domaine des erreurs non fautives en introduisant le concept d'aléa thérapeutique. Celui-ci vise à reconnaître au patient le droit d'être indemnisé par la collectivité nationale pour des dommages secondaires à des effets imprévisibles de la maladie ou des traitements – et ce en l'absence même d'erreur, donc sans qu'il soit nécessaire de prouver une défaillance du soignant ou du système de soin (4).

L'aléa thérapeutique a ainsi trouvé sa place au sein des « événements indésirables » qui désignent désormais tous les effets imprévus et néfastes d'un traitement, qu'ils aient ou non une cause évitable. Seul l'événement indésirable dont la cause était évitable peut dès lors être qualifié d'« erreur » à proprement parler ; erreur qui peut être ou non responsable d'un accident médical, entraînant éventuellement préjudices et dommages.

... sans oublier ce que l'on vit

Si ces distinctions sémantiques ont leur importance, c'est parce qu'elles fixent le cadre des arguments et des justifications, éventuellement contradictoires, qu'invoqueront soignants et soignés face à un événement indésirable. S'agit-il, objectivement, oui ou non, d'une erreur ? Ou d'un aléa ? S'agit-il d'une pratique fautive ? Ou non fautive – mais éventuellement mal expliquée et/ou mal comprise ?

Cette dernière possibilité ne doit pas être négligée. De fait, l'interrogation des patients ou de leurs familles semble démontrer que les qualifications juridiques ou morales établies dans la visée d'une réparation ne sont pas, loin s'en faut, les seules pertinentes. En réalité, la caractérisation objective d'un accident sous tel ou tel vocable ne suffit pas à dire toute l'expérience de l'événement. Au-delà de l'analyse technique établissant formellement l'origine fautive ou non d'un événement indésirable, le contexte de sa survenue, la manière dont il aura été reconnu et expliqué en détermineront le vécu. La gravité des conséquences elle-même n'est pas toujours le critère invoqué pour rendre compte du ressentiment généré par un accident médical. Certaines erreurs sans conséquences objectivement significatives peuvent provoquer de graves ruptures de confiance et générer une

(4)
Sureau C « L'erreur, la faute, l'aléa : sanction ou prévention ? », in : Sureau C, Lecourt D, David G (sous la dir. de) *L'Erreur médicale*, Presses Universitaires de France, Paris, 2006 : 26-45.



atmosphère délétère pour la bonne conduite du traitement. La suite de notre propos s'intéressera donc davantage à ce que les soignants et les soignés peuvent faire, ensemble, de cette difficile expérience qu'est l'erreur survenant dans le contexte d'un soin, sans trop s'arrêter à des considérations de gravité plus ou moins grande ou à des préoccupations sémantiques. L'enjeu réside plutôt dans la recherche d'une démarche la plus respectueuse possible des inquiétudes – voire des souffrances – que l'erreur suscite.

Les mécanismes des erreurs

Avant d'avancer sur les questions éthiques que soulèvent ces erreurs, il paraît important d'en comprendre les déterminants et les mécanismes. Certaines erreurs résultent vraisemblablement de la négligence ou de la désinvolture d'un seul soignant, qui porte alors toute la responsabilité de l'accident. La condamnation morale d'un manquement évident à la simple bienveillance qui s'impose à l'égard d'autrui va de soi ; elle ne fera pas l'objet de plus amples développements.

Une succession de failles

Mais il est en fait largement reconnu qu'une erreur résulte le plus souvent d'une succession de failles plus ou moins perceptibles, chacune rendue possible par la précédente, conduisant finalement à l'ultime écart qui provoque l'accident. À y regarder de près, l'erreur survenant dans le contexte d'un soin n'est donc qu'exceptionnellement le fait d'un seul acteur et répond très bien à la théorie systémique bien connue de James Reason (5). La prescription mal lisible, le pharmacien débordé, l'ampoule rangée dans le mauvais tiroir, le manque d'expérience de l'infirmière intérimaire non familiarisée avec les produits utilisés... conduisent subrepticement et imparablement à l'erreur médicamenteuse. Les circonstances matérielles et humaines dans lesquelles se déroulent les soins – mentionnons le rôle majeur du manque de personnel – occupent ainsi une place déterminante dans la cascade des écarts. Une analyse objective et minutieuse permettra bien souvent de restituer à

(5)
Reason J *L'erreur humaine*,
coll. « Le travail humain »,
Presses Universitaires
de France, Paris, 1993.

l'erreur son caractère collectif, justifiant dès lors que toute une équipe se sente interpellée.

Des situations particulièrement délicates

Les situations médicales particulièrement délicates – réanimation, multi-morbidité, pathologies graves et complexes, situations de fin de vie... – comportent en elles-mêmes un risque élevé d'erreurs. Celui-ci vient d'abord de la complexité des soins et de la dangerosité des produits, dans un contexte de plus grande vulnérabilité des patients. Dans de telles conditions, de légères variations sont susceptibles d'entraîner de graves conséquences. Les procédures de contrôle maximales s'imposent – informatisation, double signature, formation continue du personnel... – mais il faut bien admettre que la vigilance des soignants est invariablement l'ultime recours, indispensable et pourtant si intrinsèquement faillible.

En particulier dans les situations de grande vulnérabilité, l'erreur peut aussi être favorisée par un climat de tension confinant à la défiance de part et d'autre : les soignants, n'accordant pas le crédit requis aux propos des patients, laissent échapper sans réagir les réels signes d'alarmes (6,7) ; tandis que les patients « vérificateurs et oppressants » poussent les soignants à des pratiques injustifiées, menées sous tension, potentiellement sources d'erreurs. La reconnaissance de la parole et des compétences de chacun est un pare-feu qu'il n'est pas toujours évident de maintenir.

R. est un petit garçon de 9 ans, revenu à son domicile après une greffe de moelle. Lors des visites hebdomadaires, les parents soulignent que leur enfant s'alimente très peu et vomit. Le syndrome cushingoïde lié à l'immunosuppression post-greffe va conduire à mal estimer la gravité de l'anorexie. Surtout, les relations entre les soignants et ces parents sont difficiles ; une première infirmière interrogée en témoigne immédiatement : « Je connais mal cet enfant et je ne sais pas parfaitement en quoi consiste son protocole, mais je sais que c'est une famille difficile. » La mère a elle-même conscience de cette difficulté : « Tout le monde était très stressé : nous avons été convoqués par le chef de service parce que nous n'avions pas le bon comportement, parce que nous stressions tout le monde... » En dépit des alertes

(6)
Enquête Drees, *Op. cit.*

(7)
Groupe de réflexion « Parents et soignants face à l'éthique en pédiatrie », *Op. cit.*



répétées émanant des parents, les troubles de l'alimentation sévères sont peu pris en considération, en partie parce que signalés par ces parents « qui se plaignent sans cesse ». L'enfant va brutalement être transféré en réanimation en raison de troubles sévères de la conscience, qui seront secondairement rapportés à de graves carences vitaminiques.

Plusieurs années plus tard, l'amertume persistante chez les parents provient essentiellement de l'absence de reconnaissance de ce défaut d'écoute : « Je ne me suis pas sentie écoutée et personne ne nous a dit posément les choses. » Le médecin qui suivait l'enfant en conviendra finalement à l'occasion des entretiens menés par le groupe de travail : « Vraiment, on a sous-estimé la sous-alimentation de l'enfant. Il y a eu un manque de vigilance et on n'a pas écouté la mère aussi bien qu'il aurait fallu. »

L'erreur, une épreuve pour le patient et pour le soignant

Bien sûr, être victime d'une erreur aux conséquences graves est un drame avant tout pour le patient lui-même et pour sa famille. L'émotion, l'incompréhension, la colère seront à la mesure de la gravité de l'accident, de ses causes, de ses conséquences et de son traitement. Accepter sa maladie est un chemin suffisamment difficile pour que soit refusée absolument toute difficulté supplémentaire provenant de ceux-là mêmes qui sont censés alléger les peines. Se reconstruire physiquement et moralement, après une erreur ayant eu des conséquences, peut nécessiter beaucoup de temps et de ressources personnelles (8).

Mais il faut souligner combien le fait de commettre une erreur à l'origine d'un préjudice est aussi pour les soignants une épreuve réelle et parfois traumatisante. La complexité et la technicité croissantes des soins mettent particulièrement les infirmier(e)s dans une perpétuelle inquiétude de l'erreur ; c'est un spectre qui plane au-dessus de toutes les journées de soins. La survenue de l'accident est alors l'occasion d'un profond bouleversement, d'une remise en cause personnelle et professionnelle. La peur du procès et d'une sanction disciplinaire se mêle à l'angoisse du mal commis et de ses conséquences.

C'est autour de ces dimensions incontournables de l'erreur

(8)
Cf. Davous D À l'aube
du 8^e jour... Capucine,
L'Harmattan, 1997.

vécue – supplément de malheur révoltant et parfois dramatique pour les familles, hantise et traumatisme pour les soignants – que doivent s’organiser les mesures qui vont l’accompagner, immédiatement et à moyen terme (9,10).

Annoncer l’erreur

L’erreur ayant été commise et identifiée, la priorité consiste bien évidemment, s’il en est encore temps, à prendre les mesures médicales qui s’imposent pour en minimiser les effets. Si ceux-ci ne sont pas directement perceptibles dans l’état physique du patient, la seule nécessité de ces soins « réparateurs » lui en dévoilera l’existence. Il reste que, dans les cas médicalement plus favorables, l’erreur pourra passer complètement inaperçue tant que les soignants ne la dévoileront pas ou la maquilleront derrière des explications de fortune. Dès lors, pourquoi parler de cette erreur, comment le faire et... que dire ?

Pourquoi parler ?

Parler d’une erreur commise est tout simplement un impératif moral. Nul soin prodigué avec une intention déontologique élémentaire ne peut être mené dans le mensonge ou la dissimulation.

Une exigence éthique incontournable

Cette position de principe ne permettra pas d’éviter toutes les difficultés qu’auront les soignants à reconnaître explicitement qu’ils sont à l’origine d’une erreur. Les craintes d’une déconsidération humiliante (fierté personnelle), d’une rupture de confiance délétère (crédibilité professionnelle) ou de l’induction d’une inquiétude inutile (protection paternaliste) pourront être invoquées avec plus ou moins de bonne foi. Mais elles ne résisteront pas à l’analyse éthique, tant les enjeux de la parole sont importants pour le patient... et aussi pour le soignant.

- De fait, ce qui concerne directement le corps de la personne qui s’en remet aux soignants se doit de lui être rendu en retour, de lui être nommé, d’être reconnu comme lui ap-

(9)
Groupe de réflexion « Parents et soignants face à l’éthique en pédiatrie », *Op. cit.*

(10)
Bressand M « Témoignage d’une infirmière », in : *L’Erreur médicale, Op. cit.* : 72-74.



partenant d'abord, bien avant que d'être l'objet d'un cas de conscience des soignants pour eux-mêmes. Savoir ce qui se passe en soi par le fait d'autrui est simplement un droit élémentaire, le faire connaître est donc un devoir intangible pour le soignant, quelles qu'en soient les répercussions sur son illusion personnelle d'infaillibilité. Qui plus est, et de façon en apparence paradoxale, la dissimulation de l'erreur comporte un risque plus grand d'ébranlement de la confiance entre soignés et soignants que la reconnaissance de cette erreur. Pourvu qu'elle ait été le socle initial – et confirmé – de la relation de soins, la confiance réciproque peut en effet sortir renforcée de l'annonce d'une erreur, comme si cette annonce était le gage que la confiance est honorée même dans des situations éminemment délicates. À l'inverse, la dissimulation d'un fait par ailleurs ressenti dans le corps met gravement à mal la confiance qu'ont les soignés dans leurs soignants. La reconnaissance de l'erreur, enfin, est une manière de « rendre justice » au patient (11).

C., adolescente, a été greffée pour une leucémie. Une erreur grave dans l'administration d'une chimiothérapie la conduit en quelques jours au décès. Sa mère témoignera par la suite de la relation établie avec le service de greffe : « Le service dans lequel notre fille a été soignée est un beau service, compétent, honnête. Nous étions en totale confiance. Il s'était créé, dès le début, une complicité entre elle et "son" médecin. Ce lien n'a jamais été entamé. »

La décision concertée de l'équipe médicale de parler immédiatement de l'erreur a été très positivement ressentie : « Nous avons été impressionnés par l'honnêteté avec laquelle nous avons été mis immédiatement au courant [de l'erreur]. » Même si la conséquence de cette erreur a été tragique, la confiance et le dialogue ont toujours été maintenus.

En revanche, malgré de nombreuses demandes, les parents n'ont jamais pu parler directement à l'infirmière qui a administré la dose fatale, et cela reste pour eux un manque lancinant.

- Pour le soignant, ce qui se joue dans cette prise de parole, c'est sa responsabilité, son engagement à ne pas détourner dans son intérêt l'histoire personnelle du soigné, sa capacité à exercer sa probité face à une réalité difficile à assumer.

(11)
Cf. Davous D *Op. cit.*

Il ne s'agit pas de mentionner l'erreur commise uniquement par devoir médico-légal, pour maintenir la confiance coûte que coûte ou pour éviter le procès. L'épreuve que constitue pour le soignant le fait d'être responsable d'un préjudice tellement involontaire exige une réaction à la mesure de l'événement, qui lui permette de reconstruire une estime de soi, de poursuivre son métier en dignité.

La nécessité d'un discernement préalable

Affirmer que l'erreur doit être dite par principe ne permet pas davantage d'éviter le discernement préalable à toute décision d'annoncer cette erreur. Dans des situations très ordinaires ou, au contraire, dans certains cas limites, on peut en effet légitimement s'interroger sur le bien-fondé d'en parler ouvertement.

- Que dire, pour commencer, des nombreuses petites erreurs sans conséquences qui jalonnent les prescriptions quotidiennes ? Est-il bien nécessaire, en pratique, de revenir sans cesse sur tous les écarts minimes de doses ou de débit ? Est-ce souhaitable sur le plan relationnel, voire éthique ? Sans doute pas – à condition qu'en gardant le silence, l'intention ne soit pas avant tout la dissimulation. Mais il convient de bien rappeler que la perception de la gravité d'une erreur doit être *a priori* considérée comme très différente entre patients et soignants. Ce qui n'est pas significatif pour les uns peut revêtir une grande importance pour les autres. Sachons entendre cette question, assez triviale mais éloquente : « Comment, pour des soins lourds, engager sa confiance envers quelqu'un qui ne reconnaîtrait même pas des petites erreurs dans les soins quotidiens ? » Attacher ou non de l'importance à ce qui est vécu par les patients comme une erreur anxiogène, indépendamment des conséquences évaluées par les soignants, peut déterminer la qualité de la relation de soin. L'inquiétude déclenchée par un simple écart – qu'elle soit objectivement justifiée ou non – appelle donc toute l'attention et la reconnaissance des soignants : si la désinvolture ou la négligence ne résident pas dans l'erreur elle-même, elles peuvent très fâcheusement ressurgir dans l'ignorance ou le mépris de l'importance que lui accorde le patient.



- Que dire aussi à des patients en particulière fragilité psychologique ou dont les capacités de compréhension pourraient interroger quant au bénéfice d'une telle annonce ? On pensera en particulier aux enfants pour qui l'on veut plus spécifiquement construire un environnement d'adultes rassurants, et que l'on voudra protéger d'informations difficiles à comprendre, sinon angoissantes. Cet effort de discernement sur l'utilité ou non d'une parole est aussi une manière de respecter la personnalité et les fragilités des patients. Mais le choix de ne pas expliciter une erreur devra toujours faire l'objet d'un questionnement puis d'une concertation – avec les parents, par exemple – et ne pourra être retenu qu'en tant qu'exception à la règle, consentie après mûre réflexion. Prétendre savoir ce qui « protège » l'autre mérite en effet la plus grande circonspection.

Concernant C., ses parents avaient aussitôt décidé de ne pas du tout aborder avec elle le fait que les symptômes qu'elle ressentait étaient dus à une erreur ; pour les médecins aussi, ce silence était une évidence. Plusieurs années après, la mère ré-interroge cette décision : « Qu'a-t-elle perçu ou su intuitivement ? Comment a-t-elle vécu cette situation d'urgence et d'extrême souffrance alors que les seules indications qui lui étaient données étaient “ce sont les suites de la greffe” ? Elle était toujours informée de ce qui pouvait arriver après un traitement, et ce qu'elle vivait dans son corps n'était pas en accord avec ce qui lui avait été dit. »

Comment annoncer une erreur ?

Le respect de quelques principes contribuera à donner à la démarche d'annonce sa profondeur éthique. Pour les soignants, l'enjeu est d'être capables de reconnaître, en équipe, l'erreur comme étant le fait de plusieurs personnes impliquées dans une responsabilité le plus souvent collective. Partant, la décision de l'annoncer sera elle aussi discutée en équipe, et les modalités de l'annonce feront l'objet d'une concertation. Lors de l'entretien avec le patient, la présence d'un responsable du service hospitalier – chef de service, cadre infirmier... – permettra de lui manifester l'importance attribuée à l'accident par le service, tout en évitant au soignant concerné un ostracisme culpabilisant.

Pour autant, la reconnaissance d'une responsabilité collective



n'affranchit pas le soignant directement en cause, « en bout de chaîne », du poids de son erreur, pas plus qu'elle n'annule la nécessité ressentie par le patient d'un face-à-face. La rencontre du soignant et de la victime de l'accident, si dure soit-elle, pourra seule permettre au patient de s'approprier complètement son histoire, et au soignant de saisir l'occasion d'un possible dépassement. Priver le patient de cette rencontre, c'est grever dramatiquement ses possibilités de reconstruction ; c'est aussi rendre impossible toute possibilité de pardon (12).

Que dire ?

Reconnaître que l'accident résulte d'une erreur, clairement identifiée, est le point de départ élémentaire (13). Les études menées auprès de patients adultes victimes d'erreurs ont pu démontrer que la formulation explicite d'excuses est une attente forte, et s'avère nécessaire pour la poursuite d'une relation de soins saine (14).

De même, s'engager auprès du patient à analyser les causes de cette erreur pour qu'elle ne se reproduise pas favorise l'ébauche d'une reconstruction de la confiance – nous y reviendrons. Et il s'agit d'une promesse à tenir également pour les autres patients. Bien entendu, cette analyse doit être le moyen, pour le patient et ses proches, de comprendre ce qui s'est passé, plus que l'occasion, pour les soignants, de se justifier. Il est donc essentiel d'adopter la posture adéquate, en se gardant d'un ton défensif inadapté à la demande de compréhension du patient, particulièrement forte dans ces circonstances.

Si des mesures correctives sont adoptées dans les suites de l'accident, il peut être réconfortant de les présenter au patient. Une telle démarche garde sa signification même à distance de l'événement, en montrant que cette erreur n'est pas restée sans conséquences et que l'attention portée à la rupture d'histoire ainsi occasionnée pour le patient dépasse l'urgence immédiate et s'inscrit dans la durée (15).

La prise en compte institutionnelle des erreurs

Annoncer l'erreur de la manière la plus juste possible ne suffit pas, il convient bien évidemment de prendre

(12)

Ibidem.

(13)

Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH
"Communicating with patients about medical errors: a review of the literature",
Arch Intern Med, 2004; 23; 164: 1690-7.

(14)

Mazor KM, Reed GW, Yood RA, Gurwitz JH *et al.* "Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond?", *J Gen Intern Med*, 2006; 21: 704-10.

(15)

Groupe de réflexion « Parents et soignants face à l'éthique en pédiatrie », *Op. cit.*



aussi toutes les mesures nécessaires pour qu'elle ne se reproduise pas. L'analyse de toutes les failles qui ont permis l'accident s'impose alors comme un impératif éthique. À cet égard encore, le fait de considérer le soignant en cause comme un « maillon de la chaîne » permettra non seulement de lui apporter le soutien dont il a besoin dans cette épreuve, mais aussi de déceler les dysfonctionnements réellement fautifs.

Mais bien sûr, la responsabilité des services est aussi de mettre en place des dispositifs préventifs, permettant de traquer les erreurs avant qu'elles ne soient sources d'accidents. Ces modalités d'analyse des erreurs sont multiples, chaque service et chaque institution adoptera celle(s) qui s'imposent ou qui lui paraissent prioritaires.

Des dispositifs de prévention...

L'usage des « déclarations d'événements indésirables », par exemple, se répand peu à peu. Encore souvent suspectées d'être des outils de dénonciation ou de surveillance préparant des sanctions, ces déclarations ont en réalité pour objectif de repérer au fur et à mesure qu'ils surviennent les dysfonctionnements quotidiens. L'utilisation pertinente et constructive qu'en font les cadres et les institutions relève de leur pleine responsabilité.

Certains événements indésirables peuvent aussi être qualifiés d'« événements précurseurs » : ils n'ont pas eu de conséquences mais doivent attirer l'attention sur l'existence de failles qui font aujourd'hui le lit d'un accident potentiel à venir. Les « comités (ou cellules) de retour d'expérience » (CREX), inspiré(e)s des procédures en vigueur dans l'aéronautique, travaillent sur les écarts et les erreurs régulièrement recensés par une équipe, qui n'ont eu aucune conséquence jusqu'ici mais sont susceptibles d'en avoir. Il s'agit de mener une enquête permettant de remonter tout le circuit du soin en cause, et de proposer des mesures correctives qui seront suivies dans le temps.

Les revues de morbi-mortalité (RMM), enfin, s'imposent dorénavant aux équipes : à partir d'un événement indésirable significatif dûment sélectionné, celles-ci doivent s'astreindre à réfléchir « à froid », de façon formelle, sur les causes des dysfonctionnements observés.

... qui induisent une rupture dans « la culture du secret »

Toutes ces mesures créent une rupture dans la culture du secret et exigent une réelle posture d'humilité de la part des soignants. L'utilisation pertinente, respectueuse et responsable de ces moyens d'échange autour des erreurs est absolument déterminante pour qu'ils soient encouragés à y participer pleinement – et donc pour que le souci essentiel de protection des patients soit authentiquement et concrètement pris en considération. Le risque que ces dispositifs puissent être utilisés par les supérieurs hiérarchiques – voire par les patients – pour sanctionner les soignants doit donc être absolument écarté.

Cette nouvelle culture fait apparaître les erreurs comme un « patrimoine commun » des soignants et des services hospitaliers. La reconnaissance au grand jour de ce patrimoine encombrant est nécessaire, non seulement pour les patients, mais aussi pour les soignants qui construisent ainsi une image adaptée de leur propre « faillibilité », où puiser la juste attention qu'ils portent à leur activité de soin et qu'ils se portent entre eux. Elle fait passer la communauté soignante, selon la formule de Denys Pellerin, de l'illusion de l'infailibilité à la réalisation d'une fiabilité (16).

Conclusion

La déclaration systématisée des événements indésirables, les RMM, la reconnaissance de l'aléa thérapeutique et le devoir d'information inclus dans la loi du 4 mars 2002 font partie des réponses institutionnelles apportées à la question des accidents médicaux. La dotation en personnel des équipes de soins de proximité et la structuration des centres de soins de recours – dont l'expertise est susceptible de diminuer les risques d'erreur – sont des enjeux partiellement contradictoires dont doit encore se saisir le politique. Le traitement médiatique des accidents mériterait une investigation prudente et pédagogique rarement présente... En somme, les erreurs médicales posent une question de santé publique et, plus largement, révèlent des positionnements de notre société vis-à-vis du savoir, du risque et de la réparation.

(16)
Pellerin D « De l'infailibilité à la fiabilité : plaidoyer pour une nouvelle culture », in : *L'Erreur médicale, Op. cit.* : 179-195



À cet égard, la question de la procédure juridique est inséparable de celle de l'erreur. L'indemnisation d'un préjudice durable peut bien évidemment être l'objectif premier d'un procès, et c'est alors le dommage lui-même qui est en cause, plus que son responsable ou la manière dont il a été géré. Mais dès lors qu'il s'agit surtout d'obtenir une réparation morale, la nécessité d'avoir recours au procès interroge directement la façon dont les soignants assument les erreurs qu'ils commettent. Or nombre de procédures sont entamées précisément en raison d'un défaut de reconnaissance, d'explication, d'accompagnement de l'erreur et de ses conséquences.

Qu'on ne s'y méprenne pas, la réflexion proposée ici n'est pas une recette pour éviter le procès : ce serait une piteuse réduction des enjeux éthiques que nous avons essayé de relever. Il reste que, si le procès s'avère parfois être le seul cadre susceptible de mettre à jour les responsabilités réelles et de clarifier une histoire personnelle, il n'est bien souvent qu'un pis-aller, témoignant d'un défaut profond de confiance réciproque dans la relation de soin.

C'est bien cette relation de soin qui mérite alors d'être interrogée. Sa capacité à traverser les confrontations, les discordances, les conflits même – mais sur la base d'une réelle considération réciproque – se construit dans la durée, dans une conception équilibrée des rapports entre patients et soignants. En un mot, c'est d'une alliance (17) qu'il est question ici. L'authenticité de cette alliance entre soignés et soignants, développée dans toutes les dimensions du soin depuis le premier contact, détermine profondément ce qu'il advient quand elle est soumise à la si rude épreuve de l'erreur.

● **Franck Bourdeaut**

Mots clés : Accident médical ; Aléa thérapeutique ; CREX ; Erreur médicale ; Événement médical indésirable ; Revue morbidité et mortalité ; RMM.

(17)

Davous D, Bourdeaut F
« La nécessaire alliance entre
parents, enfants et soignants »,
Oncologie, 2011 ; 13 : 145-150.