

## Erreur médicale : en parler, mais comment ?

E. Galam

Département de médecine générale, université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité, LA Recherche  
clinique coordonnée ville-hôpital, méthodologies et société (REMÉS), 75010 Paris.

### 1. C'est déjà difficile de se parler quand tout va bien

« Oser parler avec son médecin » [1], « Annonce d'un dommage associé aux soins » [2] : si la parole entre médecins et patients n'est pas évidente quand tout va bien, elle l'est encore moins lors de la survenue d'un dommage associé aux soins, surtout s'il est lié à une erreur médicale. On ne parle pas volontiers des erreurs médicales, comme si les évoquer pouvait les renforcer voire les susciter, comme si les taire pouvait les faire disparaître. On n'en parle pas non plus parce que ce serait ternir l'avenir radieux de la médecine et la tranquillité des soignants, parce que ce serait menacer ces bénéficiaires avérés ou potentiels mais toujours « heureux » et plus ou moins insouciantes que sont les patients. Parler d'erreur médicale, ce serait, comme le dit Christensen, s'aventurer dans « les bas-fonds de la médecine, habités de honte, de peur et d'isolement » [3].

La sérénité des échanges est bien difficile voire impossible et on en parle d'autant moins avec une personne frappée ou impliquée. Comment reprocher, réclamer, comprendre, « réparer » ce qui peut l'être, punir ce qui doit l'être, oublier, pardonner... ? Comment assumer, analyser, se protéger, comprendre aussi, se pardonner... ? Comment se parler fermement, lucidement mais aussi avec respect, et dignité ? Comment continuer à fonctionner ensemble puisque le patient a bien besoin de croire encore un peu à la médecine et le soignant de continuer à assumer une profession qui le porte et l'habite toujours plus ou moins même et surtout si elle le fait aussi souffrir ?

### 2. Triple peine et double contrainte

L'erreur médicale représente pour le patient ou ses proches une triple peine : à la maladie s'ajoute non seulement l'impact négatif et « injuste » de la médecine, mais aussi la « fuite » des soignants évitant leurs patients devenus des ennemis potentiels. Le soignant, pour sa part, est aussi impacté par peur pour sa propre tranquillité, ses intérêts ou plus souvent aussi par une remise en question de son appartenance et

de sa légitimité professionnelle, de l'image qu'il a et donne de lui-même et peut-être surtout par une délégitimation de son désir de soigner et d'aider [4]. À tel point qu'Albert Wu a qualifié le professionnel impliqué dans une erreur médicale, de « seconde victime » [5]. Pire, elle fait de lui une double victime parce qu'il n'a pas le droit d'exprimer sa souffrance, encore moins de se plaindre ou de demander de l'aide. Une double victime soumise à une double contrainte : celle de se défendre ou simplement de se protéger tout en continuant à exercer comme si de rien n'était dans un contexte de reproche plus ou moins grave et prolongé [6].

### 3. Expériences semblables et séparées mais parfois réconciliables

Comme le souligne Delbanco, si les cliniciens se sentent coupables après une erreur médicale, il en est souvent de même pour les membres de la famille qui ont tendance à se réprimander et se sentent coupables de ne pas avoir exercé de surveillance suffisamment étroite [7]. Quand les choses vont mal, les expériences de culpabilité, de peur et d'isolement des patients et des familles et celles des cliniciens peuvent être, de façon saisissante, semblables mais, de manière préjudiciable, séparées. Les cliniciens, aussi, souffrent, souvent seuls, après les erreurs. Ils ont aussi besoin d'être aidés [8]. C'est ce qu'ont compris 2 personnes d'exception.

Citons d'abord Linda Kenney qui, à la suite d'une grave erreur médicale qui aurait pu être mortelle, a « été témoin de l'impact émotionnel que l'événement défavorable avait eu sur son chirurgien orthopédique, l'anesthésiste et toute l'équipe de soins... Ils ont souffert, aussi, et se sont retrouvés sans le support que ma famille et moi, nous avions. J'ai compris que quelque chose devait être fait pour eux... » Et elle a ainsi fondé en 2002 le MITSS pour aider les personnes ayant subi des traumatismes induits par la médecine [9]. Plus proche de nous, Dominique Davous a perdu son enfant à la suite d'une erreur médicale dans le service de pédiatrie où sa fille Capucine était soignée, jusqu'à ce qu'elle reçoive une dose de médicament 100 fois plus forte que ce qui était nécessaire. À la suite de cette terrible épreuve, elle s'est impliquée, non pour pourchasser et punir les soignants en cause, mais pour « traverser ensemble l'erreur », pour comprendre et, paradoxalement,

aider ces mêmes soignants en leur parlant et en parlant, avec eux, à tous ceux qui peuvent un jour subir le même drame : *Que reste-t-il de nos erreurs ?*, tel est le titre du film rapportant et analysant avec lucidité et sensibilité l'erreur qui a coûté la vie à Capucine.

### 4. Médiatiser l'irréconciliable et métaboliser l'irréremédiable

Alors, et les médiateurs dans tout ça ? [10] Aujourd'hui, à l'heure d'internet, des réseaux sociaux et de la télévision toujours bien présente, le terme « média » évoque plus l'impact, quelque peu totalitaire, de l'information imposée aux grands nombres que l'outil souple et spécifique qu'est le médiateur. Articuler les spécificités d'histoires qui se confrontent et se solidarisent par la force des choses et sont toujours plus ou moins tragiques et en tout cas conflictuelles se fait dans la dignité, la pudeur et la discrétion. Exprimer, reprocher, exiger, faire « payer », et de l'autre point de vue se défendre, éluder ou plus justement, reconnaître, s'excuser, accompagner, assumer, compenser, réparer ce qui peut l'être, comprendre, continuer ou arrêter d'exercer... ne se fait pas sans efforts ni patience.

Rappelons que le juge est aussi un médiateur censé préserver la paix sociale à l'aune du droit. De même, le médecin n'est-il pas aussi un médiateur entre le malade et la maladie, le malade et la médecine ?

Alors, comment médiatiser l'irréconciliable, métaboliser et atténuer l'irréremédiable ? Comment aider les protagonistes à s'écouter, se parler, assumer ?

### 5. Quelques pistes

Légitimer la démarche du plaignant. Être disponible, accueillant, bienveillant, y compris pour le soignant impliqué qui n'est pas un délinquant pris en flagrant délit mais bien une personne, certes plus ou moins défaillante, mais qui mérite toujours d'être au moins comprise, si ce n'est accompagnée. Préserver sensibilité et reconnaissance des sentiments intenses et douloureux de part et d'autre. S'efforcer de désaffectiver la plainte et la sanction possible pour le soignant en soulignant le fait que son activité professionnelle n'épuise pas toute sa vie. Rappeler que la médiation et la réparation du patient, combien dérisoire par rapport à ses souffrances

physiques ou psychologiques, à sa vie parfois brisée, sont aussi médiatrices pour aider le soignant à dépasser le drame dans lequel il peut être impliqué.

### 6. Un contexte juridique et culturel

Et pour cela, il faut aussi travailler le contexte culturel, social, juridique tant il est vrai qu'il y a un lien entre la façon dont on traite le soignant impliqué dans une erreur médicale et la façon dont on traite l'erreur médicale elle-même [6]. La responsabilité des personnes impliquées, comme l'implication collective de l'implication et de la responsabilité. Car, par-delà les aspects juridiques et psychologiques, par-delà la qualité des soins et la sérénité de ceux qui les dispensent ou en bénéficient, c'est bien aussi de philosophie et d'éthique dont il est question.

### Références

- [1] Haute Autorité de Santé. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/brochure\\_patient\\_vd\\_071113.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/brochure_patient_vd_071113.pdf) consulté le 18 janvier 2014
- [2] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf) consulté le 18 janvier 2014
- [3] Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424-31.
- [4] Galam E. La souffrance du soignant : une réalité à prendre en compte. *Responsabilité* 2013;50:10-1.
- [5] Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med* 2000;172:358-9.
- [6] Galam E. *L'Erreur médicale, le burnout et le soignant*, Springer, Paris, 2012. <http://www.springer.com/medicine/book/978-2-8178-0294-7>
- [7] Delbanco T, Bell SK. Guilty, afraid, and alone-struggling with medical error. *N Engl J Med* 2007;357:1682-3.
- [8] Van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 2008;17:249-52.
- [9] Medically Induced Trauma Support Services. [www.mitss.org](http://www.mitss.org) accès le 18 janvier 2014.
- [10] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N19S11.xhtml>

\*Auteur correspondant  
e-mail : eric.galam@univ-paris-diderot.fr