

Le spectre de l'erreur dans le soin

La demande de répertorier les « événements indésirables » révèle avec acuité les versants technique et relationnel du soin. Loin de s'opposer, ces deux composantes doivent nécessairement fonctionner en synergie.

Chandra Covindassamy, psychiatre psychanalyste
 Lors du lancement de la deuxième procédure d'accréditation en 2008 (la première s'étant déroulée trois ans auparavant), outre les « référentiels à renseigner », il avait été demandé au personnel de l'institution où je travaillais alors d'établir une liste des « événements indésirables ». Du fait de la nature de l'institution et des repères qui sous-tendaient la pratique thérapeutique, cette demande me parut très problématique.

Il s'agissait d'un lieu de soin agréé comme hôpital de jour avec foyers thérapeutiques de nuit pour des personnes souffrant de troubles psychiques, enfants, adolescents et aussi jeunes adultes. La visée n'était pas l'éradication des symptômes assimilée à une guérison, mais la possibilité de vivre (au sens plein du terme) avec ces personnes et surtout de les aider à créer des espaces qu'ils pourraient habiter de façon vivante. C'est donc un travail d'accompagnement, origine étymologique même du mot thérapeutique, qui était en jeu.

Ceci supposait que ce qui apparaissait comme des symptômes plus ou moins bruyants, par exemple des épisodes d'agitation, d'agressivité, des stéréotypies ou des inhibitions majeures, soient considérées comme la manifestation de paroles ne pouvant pas se dire autrement. Un axe important du travail était la prise en compte de ces épisodes et leur analyse, non pas pour produire des explications, mais pour en éclairer le sens au travers de ce qui avait été ressenti par le personnel. Le travail d'échange, d'analyse des symptômes était rendu possible par l'engagement du personnel dans le travail et par les multiples possibilités de prise de parole dans des réunions et dans des échanges informels aussi libres que possible, c'est-à-dire où il n'était pas question de jugement et où chacun s'exprimait en son nom et sans s'identifier à l'institution.

Très souvent, ces échanges ont fait apparaître que l'auteur apparent d'un épisode était loin d'être seul en cause. Ce qui pouvait apparaître comme des dysfonctionnements (par exemple absence ou retard de l'un ou de l'autre, rendez-vous manqué aussi bien de la part d'un « adulte » que d'un « jeune ») était fortement corrélé avec des mani-

festations symptomatiques et évoqué dans ces échanges. Il convient d'ailleurs de souligner que ces dysfonctionnements étaient rares, compte tenu du nombre de personnes impliquées dans le collectif et de la complexité du fonctionnement (aucun des jeunes n'ayant le même emploi du temps), signe de l'engagement du personnel dans la vie de ce lieu. Ces épisodes étaient considérés avant tout comme des questions posées au collectif et l'analyse de ce qui avait conduit au dysfonctionnement a quasiment toujours révélé l'existence de cloisonnements : un petit groupe ou un individu travaillait sans échanger avec le reste du collectif, au risque de tomber dans une relation duelle et d'être entraîné dans la passion de guérir. D'autres fois, il apparaissait qu'un groupe, voire l'ensemble de l'institution, tombait dans une routine et n'avait plus une attention adéquate aux jeunes.

En tout état de cause, ce sont les événements inhabituels ou les points de butée qui étaient les points d'appui de l'essentiel du travail thérapeutique. La notion d'événement indésirable était donc totalement inadéquate et la notion d'erreur n'était pas prévalente. Il était clairement posé qu'en cas d'accident, la responsabilité serait avant tout celle du président de l'association gestionnaire, du directeur et du médecin responsable, ce qui posait ces trois personnes comme garantes du fonctionnement du collectif, dans la visée thérapeutique énoncée plus haut, permettant du même coup au personnel de s'engager pleinement dans le travail auprès des jeunes.

Dans ce contexte, la notion même « d'événement indésirable » soulevait à mes yeux plusieurs questions. Une situation comme une crise d'agitation ou une fugue qui avait bousculé le collectif et conduit à une analyse permettant d'ajuster l'accompagnement d'un ou de plusieurs jeunes était-elle un « événement indésirable » et à la limite une situation non prévue, non désirée était-elle « événement indésirable » ?

De plus, la demande d'établir une liste des « événements indésirables », poussant le personnel à se mettre lui-même en tension entre sa pratique et ses représentations imaginaires d'un idéal, me

semblait particulièrement problématique et même un bel exemple de la perversion bureaucratique. Il n'était pas nécessaire d'être particulièrement perspicace pour entrevoir que comme toute liste, elle aurait un effet de clôture. Tout événement figurant sur la liste devenait ipso facto « événement indésirable », mais quid d'un événement ayant eu des effets néfastes et ne figurant pas sur la liste ? Surtout, comme toute liste, celle-ci allait déboucher sur un dénombrement des occurrences des « événements indésirables » et le fait que les chiffres ainsi obtenus deviendraient des indicateurs du bon fonctionnement de l'établissement, substituant la réalité écrasante des chiffres à toute autre approche. Dès lors, la conséquence inévitable de ce nouveau dispositif serait que l'attention et le soin du personnel risquaient fort de se déplacer pour une bonne part sur les indicateurs chiffrés et non plus sur les personnes accueillies. Le point aveugle étant qu'après tout, c'était cette demande elle-même qui était à considérer comme un véritable événement indésirable.

La constitution de listes, de dénombrement et d'indicateurs de bon fonctionnement allaient avoir un autre effet prévisible dans l'institution. Par une conception segmentée des événements, il devenait tentant de penser que le travail serait maintenant de chercher les responsabilités pour chacun des « événements indésirables », permettant un glissement vers la notion d'erreur, voire de faute, puisque l'indicateur serait ainsi malmené. Le spectre de l'erreur allait hanter les pensées du personnel. Il s'agit bien d'un spectre, c'est-à-dire quelque chose d'omniprésent dont la fonction est de rappeler qu'un dû n'a pas été acquitté et reste en souffrance.

Il me semble important de souligner que l'écart irréductible, du moins dans ce type de travail, entre la pratique et les représentations imaginaires d'un idéal risquait fort d'être détourné de la réflexion et de l'analyse pour alimenter des listes où chacun devient son propre bureaucrate, et éventuellement celui de son voisin, faisant du même coup voler en éclat la notion de collectif.

Le mot de spectre rend assez bien compte de la présence insistante de la notion d'erreur dans le soin, nous, soignants, avons sans cesse en tête l'adage hippocratique *Primum non nocere*, mais on peut aussi faire opérer ce terme de spectre de l'erreur à la manière d'un prisme décomposant la lumière pour mettre en évidence un des axes majeurs dans le soin.

Dans le langage commun actuel, beaucoup de

termes sont importés directement de l'industrie ou de l'économie comme le verbe « gérer » qui infiltre tant d'échanges. Les termes « d'événement indésirable » ou « d'erreur » renvoient à l'industrie : qu'il s'agisse de produire des logiciels informatiques, des automobiles, voire de faire voler des avions, ces activités peuvent être entièrement traduites en chiffres permettant d'approcher l'objectif ultime du « zéro défaut ». Cette approche est pertinente lorsqu'il s'agit d'objets inertes, mais n'est plus tout à fait aussi évidente lorsqu'il s'agit du vivant. S'agissant d'êtres humains, son adéquation reste heureusement fort limitée pour l'instant.

De quoi s'agit-il dans la médecine et le soin ? Avant tout de prendre en compte la souffrance et autant que d'apaiser la souffrance, soulager le sentiment de solitude extrême qui lui est toujours associé. Ces deux aspects sont indissociables dans toute médecine. Dans la médecine occidentale, l'utilisation de techniques dérivées de l'approche scientifique a permis des réalisations impensables il y a seulement quelques dizaines d'années. La mise en œuvre de ces techniques de diagnostic et de traitement extraordinairement puissantes requiert une grande compétence pour déjouer les risques d'erreur et, parallèlement, l'efficacité de cette approche alimente la croyance que si tout ne se passe pas comme prévu, ce ne pourrait être que le fait d'une erreur.

À une extrémité de ce spectre, l'illusion que le corps ne serait plus qu'un organisme dont les constantes biologiques sont à préserver.

À l'autre extrémité, dans la souffrance psychique, les vrais moyens thérapeutiques sont strictement impossibles à quantifier, ce peut être un regard appuyé, un sourire, une parole juste, toute marque d'attention vraie... à la condition expresse que les besoins corporels soient pris en compte dans le même mouvement.

Les questions posées par la notion d'erreur en médecine amènent en quelque sorte à un double constat : d'une part le constat d'une tendance à une conception scientifique, avec l'illusion que la médecine pourrait être rabattue sur la science, mais d'autre part l'évidence d'un irréductible non quantifiable dès lors que la souffrance est reconnue et prise en compte. Ces deux aspects techniques et relationnels sont bien les deux faces inséparables d'une même médaille. ■

Le mot de spectre rend assez bien compte de la présence insistante de la notion d'erreur dans le soin.