

.../... des règles procédurales dès lors qu'il s'agit de protéger des représentants d'une institution elle-même légitime, en tant que corps de l'Etat. Les plaignants se sentent renvoyés dans ces circonstances à leur piètre condition de solliciteurs, voire de quémandeurs, plutôt que de sujets de droit. Ils éprouvent alors leur pleine dépendance à l'égard de l'Etat en tant que dispositif général d'administration du vivant, plus soucieux de sa propre intégrité que de celle de chacun ses gouvernés et assujettis. Ils ne font pas face à l'arbitraire, à proprement parler, mais plutôt à une forme de désinvolture, de nonchalance, confinant parfois au mépris ouvert, à l'approximation et à la mise en œuvre des règles de droit « en gros », par ces mêmes agents qui, en d'autres circonstances, vont se montrer si pointilleux sur le respect de la loi (lorsque ce sont les quelconques et non pas l'autorité qui sont en infraction). Ils perçoivent alors toute leur fondamentale insignifiance là où des « importants », disposant des moyens de mobiliser des bataillons d'avocats spécialisés et d'amis haut placés susceptibles de relayer leurs demandes, auraient promptement amené à composition une administration bien décidée à se tirer de ce mauvais pas à moindre coût.

L'erreur médicale, surtout lorsqu'elle est aussi flagrante, grossière et massive que dans le cas dont j'ai tenté de témoigner ici, est une parfaite illustration des limites de ce que l'on pourrait appeler la démocratie sanitaire contemporaine : constamment, les sujets individuels sont appelés à faire preuve de discernement et d'esprit de responsabilité dans la prise en charge de leur propre santé (de leur existence en tant que vivants), constamment l'Etat, l'autorité, les gouvernants ont à cœur de camper le rôle du super-ministère du « faire vivre » en perfectionnant sans cesse les dispositifs de la médicalisation globale de la société et de la veille sanitaire. Mais dès lors qu'intervient une irrégularité de cette espèce, en forme de manifestation collective d'incompétence et de je-m'en-foutisme médical, une faille, un accroc manifeste dans ce dispositif général de protection de la vie, tout semble s'inverser : les médecins concernés et

leurs supérieurs se manifestent non pas comme la cohorte la plus avancée sur la brèche du « faire vivre », mais comme une caste acharnée à protéger par tous les moyens une honorabilité de pacotille, totalement insensible aux effets dévastateurs de sa capacité de nuisance. L'administration, l'Etat, dans la plupart de ses parties concernées, apparaissent non plus comme le protecteur du bien-être et le pourvoyeur d'immunité du sujet ordinaire, mais comme celui qui abandonne les plaignants (les proches de la victime de la bavure médicale) et les transforme en laissés-pour-compte, seuls face à leur chagrin et leur colère. Un dialogue de sourds s'instaure entre une administration et une corporation qui mettent en avant la position de principe selon laquelle la médecine n'étant pas une science exacte, la possibilité de l'erreur est incluse dans tout diagnostic et toute forme de prise en charge d'un patient et les plaignants portés à insister, eux, sur le fait qu'en l'occurrence est en question non pas cette marge d'incertitude mais, tout simplement l'abandon collectif d'un malade à son sort, par ceux-là même qui avaient la charge de le soigner.

Un différend insurmontable apparaît alors entre le « pasteur » qui, loin de se soucier de chacune de ses brebis, de veiller sur elle et la soigner (Foucault, lecteur de l'Ancien Testament !), en fait passer la disparition au registre des pertes courantes puis passe à l'ordre du jour, et des sujets ordinaires qui, habitués aux conditions générales de la démocratie immunitaire, ne peuvent se résigner à cette défection. Pleinement exposés non pas à la vindicte de l'Etat, mais à sa capacité d'abandon (un terme dans lequel on entend, dit Agamben, le motif du ban), ils font alors l'expérience d'une solitude qui vient redoubler leur désarroi face à la mort (d'autant plus insupportable qu'elle était pleinement évitable) du proche. Un différend sans fin et sans cesse ré-envenimé va alors les opposer à l'autorité – aucune instance ne saurait arbitrer le conflit, aucune conciliation ne saurait intervenir.

Demeure cette amertume au goût de poison, comme une malédiction sans terme. ■

Affronter pour prévenir

S'il est impossible de prévoir toutes les embûches, évitables et non évitables, qui viennent contrecarrer nos envies de bien faire, certaines sources d'erreurs peuvent être débusquées et il est possible, dans le concret des pratiques, de détricoter certains pièges à condition de les nommer et de les affronter collectivement.

Le travail autour de l'erreur permet aux soignants de réfléchir sur leurs pratiques professionnelles pour les améliorer. Il fait son entrée dans la formation des médecins et au sein des « groupes d'échange de pratiques ». Il est au cœur du programme « Éviter l'évitable » de la revue *Prescrire*.

Parler des erreurs aide le soignant à sortir de la spirale du traumatisme et du remords et l'amène à s'interroger sur ce qui est à « l'arrière-plan du paysage » dans la relation de soin. Les Revues de Morbi-Mortalité, analyses collectives des événements indésirables liés aux soins visant à améliorer la qualité des prises en charges, se font encore trop peu, à l'hôpital comme en ville et il reste beaucoup de progrès à faire pour les soignants dans l'annonce au patient ou à ses proches d'un dommage associé aux soins.

L'implication des patients et des associations d'usagers est précieuse pour débusquer les effets indésirables et proposer des modifications dans les pratiques soignantes. —

Apprendre à parler de ses erreurs

Les étudiants en médecine, confrontés régulièrement à l'erreur, la leur ou celle des autres, ont encore très peu d'enseignement sur le sujet ¹. Pourtant, ils n'attendent que ça.

Cécile Roche, étudiante en 8^e année de médecine à la faculté Paris-Diderot, actuellement en stage chez le praticien.
 Propos recueillis par **Martine Lalande**

Pratiques : Comment s'est présenté pour vous le besoin de formation sur l'erreur médicale ?

Cécile Roche : Il n'y a pas de formation sur l'erreur médicale pendant les six premières années d'études. Ni dans les enseignements théoriques ni dans les stages d'externe ², on ne nous sensibilise pas à la question. Quand des erreurs ont eu lieu, personne n'explique aux étudiants comment gérer la situation. Lors des staffs, seuls les dossiers des cas qui ce sont « bien passés » sont choisis, pour comprendre le cheminement normal d'une prise en charge. Il y a des cas où c'était compliqué, mais à un moment quelqu'un a trouvé la solution. C'est très perturbant pour un interne d'être confronté à l'erreur, les siennes, celles dont on est témoin ou celles auxquelles on a participé. J'ai vraiment de mauvais souvenirs quant à mes premières expériences d'erreurs, les miennes ou celles que j'ai subies quand je n'en étais pas responsable. Parfois un chef ³ dit une phrase comme « Cela arrive à tout le monde », ce qui rassure, mais n'est pas constructif. Ce qui m'a fait vraiment avancer est d'écrire une « trace » ⁴ sur une erreur. Cela m'a aidée de poser les choses sur le papier. J'ai pu en parler avec mon tuteur, hors du service où j'étais en stage. Il m'a accompagnée dans le raisonnement : Pourquoi à ton avis cela s'est mal passé ? Qu'est-ce que tu peux en tirer ? Et que feras-tu la prochaine fois ?

C'est vous qui aviez pris l'initiative, mais avez-vous eu d'autres enseignements ?

C'est la première histoire clinique que j'ai écrite, lors de mon premier stage d'interne à l'hôpital. Je n'avais pas bien vécu la situation, donc je m'étais dit qu'il fallait que j'en fasse quelque chose. Après, j'ai eu l'enseignement à la fac, pendant le stage chez le praticien. Sur une après-midi, il y a une présentation, on discute, chacun raconte ses expériences et on écrit, puis on se revoit une deuxième fois pour présenter chacun son histoire après avoir réfléchi pour comprendre ce qu'il s'est passé et ce qu'il aurait fallu faire. J'ai assisté à la première partie de cet enseignement. On était tous plutôt soulagés et enthousiastes d'avoir parti-

cipé à ce cours. Tout le monde avait envie de parler. Chaque interne avait une histoire à raconter, au moins une. On l'a fait aussi dans notre groupe de stage chez le praticien, en petit comité. Nous sommes six internes en stage dans la même région, nous nous réunissons une fois par mois, une séance a porté sur l'erreur. Mon maître de stage a parlé d'une expérience qu'on avait eue ensemble, puis j'ai raconté une autre histoire dans un autre stage. Chacun a parlé de ce qu'il avait vécu. Il faudrait l'aborder avant, quand on est externe, par exemple dans les cours sur la relation médecin-malade. On apprend à faire des consultations d'annonce pour des diagnostics difficiles, mais il n'y a pas de cours sur l'annonce d'une erreur. En situation, on ne sait pas s'il faut le faire, ni comment le faire.

Actuellement, si vous pensez que vous vous êtes trompée, que ferez-vous ? Vous en parlerez à votre maître de stage, à votre tuteur, vous l'écrirez ?

Maintenant, c'est sûr que j'en parlerai à mon maître de stage, sachant qu'il a réussi à instaurer cette possibilité de dialogue. Mais tous les maîtres de stage ou chefs à l'hôpital ne sont pas sensibilisés à cela, on a souvent l'impression qu'il y a un blocage qui ne permet pas d'en parler. Quand la relation est privilégiée, c'est beaucoup plus facile de parler de ses erreurs et de désamorcer les choses. Une fois retournée à l'hôpital, maintenant que je sais qu'on peut en parler et que c'est mieux de le faire, je pense que j'en parlerai avec un chef si cela m'arrive. —

■

1. Actuellement, un enseignement est proposé aux étudiants de Paris 5, Paris 7, Lyon et Saint-Etienne, et en projet à Angers et à Nantes.
2. Les étudiants sont « externes » de la 4^e à la 6^e année, puis ils passent les « Epreuves classantes nationales » (ECN) et deviennent « internes », en responsabilité de patients à l'hôpital.
3. Chef de clinique : médecin hospitalier chargé de l'enseignement et de l'encadrement des étudiants dans les services.
4. Trace : récit de situation clinique constituant un retour sur la pratique comptant pour la validation du diplôme de spécialité en médecine générale (DES).