



HAL
open science

La culture positive de l'erreur, est-elle possible au sein de la société moderne ?

Loane Demaret

► To cite this version:

Loane Demaret. La culture positive de l'erreur, est-elle possible au sein de la société moderne ?. Santé publique et épidémiologie. 2023. <dumas-04448900>

HAL Id: dumas-04448900

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04448900v1>

Submitted on 9 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization



MÉMOIRE de MASTER II « Éthique en santé publique »

La culture positive de l'erreur, Est-elle possible au sein de la société moderne ?

The Just Culture, is that possible in our modern society ?

Par DEMARET Loane
Sous la direction de GRANDAZZI Guillaume

Année 2022/2023

Remerciements

Je souhaite remercier mon entourage pour leur soutien, leur présence et juste d'être des personnes incroyables qui ont choisi de partager des moments de vie avec moi.

Je remercie l'équipe de la Direction qualité qui m'a accueilli durant 3 mois pour mon stage et qui a souhaité poursuivre l'expérience pour mon plus grand plaisir. Un grand merci à Valérie pour sa relecture et son avis critique. Un énorme merci à Bérengère, Marie et Angélique d'être une équipe et des personnes incroyables.

Je remercie mes collègues de promotion avec une mention particulière pour Isabelle. Vous êtes le beurre sur les tartines grillées du matin.

Je remercie mes amies Anaëlle, Klaudia, Sandra, Anne qui sont là depuis une éternité (peut-être un peu trop) mais c'est cool.

Je remercie ma famille, mes parents pour leur soutien sans faille, pour ce travail mais surtout dans la vie. Sans eux je ne serais pas là aujourd'hui à écrire les remerciements de mon mémoire de Master. Merci à mon père pour ses relectures et à ma mère pour son esprit critique et pointilleux. Je ne leur serais jamais assez reconnaissante pour tout ce qu'ils ont fait et font pour moi au quotidien.

Je remercie aussi mon frère. Il n'a rien fait de particulier mais il est quand même sympa et si je ne le cite pas il va bouder.

Je remercie Yohann de me supporter au quotidien et de me soutenir. Je le remercie pour la patiente dont il a fait preuve au cours de cette année et pour celle dont il devra s'armer pour les prochaines.

Je dédie ce mémoire à Nicole.

“ La nature humaine c’est aussi d’imaginer des solutions, d’identifier des alternatives et de rencontrer des nouveaux défis”

Dunn (2003)

SOMMAIRE

Introduction	1
Partie 1 : Cadre contextuel	3
I. L'erreur, l'erreur médicale et la gestion du risque	3
A. L'erreur, l'erreur médicale et la gestion du risque.....	3
1. L'erreur et ses représentations.....	3
2. Un obstacle sémantique ?.....	5
3. L'éthique, la loi et l'erreur médicale	7
B. La gestion de l'erreur en santé	9
1. La classification de l'erreur	9
2. Les outils de gestion du risque	13
II. Les valeurs du soin	17
A. La théorie du risque	17
1. Qu'est-ce que la théorie du risque ?.....	17
2. Risque versus sécurité	18
B. L'éthique du <i>care</i>	19
1. Qu'est-ce que l'éthique du <i>care</i> ?.....	19
2. La protection, l'aide et la vulnérabilité	20
C. L'erreur comme un écart.....	21
1. L'écart aux valeurs	22
2. L'écart aux normes professionnelles.....	22
3. L'écart aux attentes du patient, de la société.....	23
III. Le professionnel et l'erreur	25
A. Le droit à l'erreur	25
1. Le poids de l'héritage	25
2. La négation du droit à l'erreur par et pour les professionnels de santé.....	26
3. L'erreur de l'apprenant.....	27
B. Le vécu de l'erreur par le soignant.....	28
1. Une lourde charge émotionnelle.....	29
2. Le travail en équipe et la sécurité des soins	29
3. Le travail en équipe et l'erreur	30
Partie 2 : Enquête de terrain	33
I. Méthodologie de recherche	33
A. Objectifs de la recherche.....	33

B.	Choix de la méthode	33
C.	Le terrain d'enquête	35
II.	Résultats	37
III.	Analyse.....	40
A.	Les fondamentaux du <i>prendre soin</i>	40
1.	Les valeurs essentielles	40
2.	Les devoirs du professionnel envers le patient.....	41
B.	Les soignants et le rapport à l'erreur.....	42
1.	Une acculturation fragile	42
2.	La démarche de gestion du risque	43
C.	Le souci de la transparence	44
1.	Une crainte de sanction	45
2.	Bienveillance ou dissimulation ?.....	47
	Discussion	49
	Bibliographie.....	51
	Glossaire.....	55
	ANNEXES	56

INTRODUCTION

Les évolutions de la société ont donné à la science la place de guide autrefois occupé par la religion. Depuis quelques années, les attentes à l'égard des professionnels de santé n'ont cessé de croître avec une recherche de sécurité et d'efficacité du soin toujours plus importante. L'erreur jusque-là considérée comme inhérente à l'activité humaine devient inacceptable dans le domaine médical. Suite à la publication du rapport "*To err is human, building a safer health care system*" de 1999 par l'académie des sciences des Etats-Unis, la gestion des risques associés aux soins devient une priorité pour les pouvoirs publics et les professionnels de santé (1). Afin d'apporter une réponse à ce besoin de sécurité, la santé s'est inspirée de modèles existant dans des secteurs à risque. La *culture positive de l'erreur* est née. Ce modèle de gestion du risque vise à réduire les dangers en réalisant des analyses systémiques sur des situations réelles. Pour ce faire il est nécessaire de développer la déclaration des événements indésirables associés aux soins, lorsqu'ils ont abouti à une altération de la sécurité du patient mais aussi et surtout lorsque le danger ne s'est pas potentialisé. Cependant dans une société en quête constante de sécurité et encore davantage pour les soins, l'erreur est-elle réellement acceptée ? Les valeurs du soin sont nombreuses et parmi elles il est possible d'évoquer la protection des personnes en situation de vulnérabilité. Est-ce que le fait de ne pas s'inscrire dans une démarche proactive de prévention des risques est contraire à l'éthique soignante ? Finalement, la culture positive de l'erreur peut-elle exister malgré le rejet du droit à l'erreur en santé par la société et dans quelle mesure la non-déclaration de l'erreur peut-elle entrer en conflit avec l'éthique du *care* et les valeurs du soin ?

Au travers d'une enquête de terrain, différentes hypothèses de réponses seront interrogées. Ainsi, il sera question de savoir si le terme erreur et par extension la culture positive de l'erreur a une connotation morale forte qui nuit au développement de la logique. Il sera également question de définir si la dissimulation de l'erreur est causée par des émotions négatives comme la culpabilité, la peur de la perte de confiance ou de la sanction par les pairs dans un contexte d'exigence d'excellence en matière de santé et pour finir si la non-déclaration est perçue par les professionnels comme contraire au prendre soins et en opposition aux valeurs et devoirs fondamentaux du soignant.

Afin d'étudier ses hypothèses, une première partie de revue de littérature durant laquelle sera présentée l'erreur, l'erreur médicale et la gestion du risque en santé mais aussi les valeurs et devoirs du soins et le rapport des professionnels à l'erreur va être proposée. Dans un second temps il sera présenté une étude de terrain menée sur des infirmiers et des internes en services de réanimation et de chirurgie avec une activité de bloc opératoire. Au travers des échanges avec les professionnels il était souhaité d'objectiver les valeurs estimées essentielles au *prendre soin*, l'acculturation des professionnels à la culture positive de l'erreur et ce qu'ils identifient comme des freins à cette démarche afin de les comparer à la littérature. Cette étude est une étude qualitative nécessitant des entretiens auprès des professionnels de santé sur la thématique de l'erreur médicale. Il a donc été important de veiller à l'obtention du consentement des participants à l'étude en amont des recueils d'expériences. Puisque l'erreur médicale demeure un sujet tabou et difficile, il est primordial de rester vigilant aux réactions de l'autre afin de ne pas le blesser, de l'accompagner afin de ne pas induire une souffrance ou une culpabilité à l'évocation d'un vécu peut-être encore difficile.

Afin de comprendre la culture positive de l'erreur et les freins limitants sa mise en place, il est important de commencer par bien mesurer tout ce qu'elle implique. Pour cela, la première partie de ce travail consistera en une revue de littérature sur l'ensemble des domaines qui s'imbriquent dans la gestion du risque en santé. Ainsi il sera développé l'erreur, l'erreur médicale et l'approche du système de santé afin de promouvoir la sécurité des soins, ensuite il sera explicité ce que sont les valeurs du soin et leur rôle dans l'approche de l'erreur par les professionnels. Pour terminer, la question du rapport des professionnels à l'erreur sera traitée.

I. L'ERREUR, L'ERREUR MEDICALE ET LA GESTION DU RISQUE

L'erreur en santé est un sujet qui demeure tabou malgré une culture de la sécurité qui se développe. Afin de mieux comprendre ce qu'est la culture positive de l'erreur et d'en comprendre les freins, il va être développé l'erreur et ses représentations au fil du temps puis les différentes démarches de gestion du risque en santé existant.

A. L'erreur, l'erreur médicale et la gestion du risque

L'art de choisir le bon mot au bon moment. Cet exercice didactique peut s'avérer aussi complexe que nécessaire. Chaque mot possède un sens, une puissance qui lui est propre et cela peut avoir une incidence sur le message porté. Dans le cadre d'une recherche sur l'erreur apprenante, s'interroger sur l'incidence des termes pourrait mettre en lumière des freins à l'acculturation. Dans un premier temps, nous évoquerons l'évolution du sens des mots d'erreur et culture afin de clarifier la culture positive de l'erreur. Ensuite, nous tenterons de comprendre les représentations de l'erreur médicale et les aspects législatifs et éthiques qui y sont associés.

1. *L'erreur et ses représentations*

Au fil du temps, les mots changent. Le sens donné aux termes évolue au gré des époques afin de s'aligner aux changements sociétaux. Mais qu'en est-il de l'erreur ? Les changements

de paradigmes autour de l'erreur ont-ils influencé le sens contemporain et populaire de l'erreur et de l'erreur médicale ?

Etymologiquement le mot *erreur* vient du latin *errōr* (2) qui signifie l'action d'errer ou l'égarement, le doute mais aussi la faute, la tromperie ou encore la folie. D'un point de vue philosophique, le terme erreur est fortement rattaché à la vérité. Commettre une erreur n'est pas une action volontaire mais le résultat d'une double ignorance selon Platon (3), c'est-à-dire ignorer être dans l'ignorance et de ce fait partager comme vrai ce qui ne l'est pas. Il fait ici cas d'une situation involontaire, sans rapport à la morale. Une définition plus contemporaine serait celle de James Reason, psychologue et expert en facteurs humains qui insiste sur l'aspect involontaire mais surtout sur l'écart à l'intention en explicitant l'erreur comme *“Tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées, et quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intention du hasard.”* (4). L'approche que fait l'auteur de l'erreur fonde la démarche d'amélioration de la qualité des soins et la gestion du risque hospitalier. La signification populaire de l'erreur n'est pas aux antipodes de ses sens passés puisqu'elle en fait la synthèse. De nos jours, l'erreur renvoie à la vérité et au fourvoiement mais aussi à un acte ou comportement regrettable ou maladroit. Ses synonymes sont aberration, bévue, faute ou encore péché (5). Dans ses termes associés ainsi que dans le rapport à la vérité, il est nettement exprimé un aspect moral de l'erreur ainsi qu'un amalgame avec la faute ou la négligence dans le langage courant.

L'erreur médicale est définie par la HAS (Haute Autorité de Santé) comme une action dont l'issue est négative mais dont l'intention et le résultat ne sont pas en adéquation. Les causes de cet écart peuvent être multiples et d'origines diverses comme nous l'évoquerons ultérieurement. Une erreur n'est donc pas une violation du règlement ou d'un protocole puisque l'action de transgression la rendrait volontaire. Cette définition s'appuie sur l'approche de James Reason et fonde l'approche qualité et gestion du risque en santé. D'un point de vue législatif, l'erreur médicale est abordée par l'article L.1142-1(II) du Code de la Santé Publique (CSP) (6) ainsi que dans la loi dite Kouchner du 4 mars 2002 (7), relative aux droits du patient et la qualité du système de santé, où est introduite la notion d'aléa thérapeutique et l'indemnisation pour les accidents non-fautifs par la solidarité nationale. Mais c'est dans la jurisprudence et notamment dans l'arrêt Mercier (8) de 1936 qu'une plus claire distinction entre faute et erreur est faite. L'erreur médicale y est décrite comme la survenue d'un accident ou d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) dont la survenue est indépendante d'un non-respect des règles de bonnes pratiques du soin ou de l'acte et pour lequel il n'existait pas une volonté de

nuire. Une erreur étant par définition un acte involontaire, la responsabilité du ou des professionnels ne peut être engagée au contraire de la faute médicale, sauf cas de l'homicide involontaire. La faute médicale quant à elle doit répondre à 3 critères. Le fait doit être une infraction qualifiée comme telle par le code pénal mais aussi avoir conduit à un dommage pour le patient et un lien de causalité certain doit être établie entre la faute et le dommage. Dès lors que ces 3 critères sont vérifiés, la responsabilité du professionnel médical et/ou paramédical est engagée, c'est donc une faute pénale.

L'erreur médicale, bien que le nom puisse prêter à confusion, concerne bien l'ensemble des erreurs ayant trait aux soins et non pas uniquement un incident sur un soin réalisé par un médecin. A noter également que l'existence d'un dommage ne présuppose pas l'existence d'une erreur ou d'une faute médicale et qu'une erreur peut être survenue sans conduire à un dommage. Les erreurs sans conséquence pour le patient sont même les plus fréquentes dans le champ de la médecine (9) et c'est pourquoi ce qui est appelé "presqu'accident" ou événement porteur de risque (EPR) est un élément clé de la culture positive de l'erreur.

2. *Un obstacle sémantique ?*

Dans la tournure *culture positive de l'erreur*, deux termes principaux se détachent : *erreur* et *culture*. La culture (10) peut avoir différentes significations. Elle peut avoir à trait à l'ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe d'appartenance, mais aussi à la connaissance sur un champ particulier ou dans un sens très différent, l'action de cultiver. Au travers de la formule *culture positive de l'erreur* ces différents sens peuvent être observés. Ce schéma de pensée vise à un développement de la connaissance par l'analyse de l'erreur et du presqu'accident en passant par une acculturation des professionnels médicaux et paramédicaux à une nouvelle façon de penser.

La culture renvoie à la connaissance et à un groupe d'appartenance mais l'autre axe clé de cette logique demeure l'erreur, or l'erreur à une connotation juridique et morale forte. Une déclaration d'erreur ou d'évènement indésirable, dans la pensée collective, revient à estimer une action comme différente des normes attendues par le professionnel ou pour la société avec une possible remise en cause des compétences. Bien qu'une culture non-punitiviste soit promue, une sous-déclaration massive est observée (11) et la crainte de la sanction au sens large semble en être une des causes. En effet, lorsqu'on parle d'une erreur médicale, la notion de préjudice est très souvent implicite dans l'esprit du professionnel. Et en cas de préjudice pour le patient,

celui-ci peut demander une indemnisation ou engager une procédure à l'encontre des soignants, ce qui alimente une peur de la sanction. La culture positive de l'erreur bien qu'ayant une dynamique de valorisation de l'apprentissage par l'expérience souffre de l'image de l'erreur et des conséquences qu'elle peut avoir pour le professionnel. Cette expression pourtant représentative de la démarche est entachée par la crainte et la culpabilité liée à l'erreur. Ce constat n'est pourtant pas méconnu des organisations de santé puisqu'à *déclaration d'erreur* il a été préféré *déclaration d'événement indésirable*, terme estimé plus neutre. Dans les secteurs de l'aviation et du nucléaire mais aussi dans les pays anglo-saxons, cette culture est nommée *culture juste* (12), en opposition à la culture du blâme. Cette neutralité dans l'intitulé du modèle vise à dissocier la déclaration et l'analyse de l'erreur et l'aspect punitif ou le laxisme dans la pensée collective afin de permettre une meilleure acculturation. Il est possible d'observer une différence entre la déclaration de l'erreur dans l'aviation civile et le système de soin français. Cet écart dans les pratiques peut être en lien avec le nom de la logique mais de nombreux facteurs peuvent également avoir une incidence significative.

L'aviation civile présente un nombre d'accidents et incidents bien inférieur au secteur de la santé, ce qui facilite la réalisation d'une analyse proactive et réactive systématique des dysfonctionnements déclarés mais aussi l'accompagnement des agents. Dans un objectif de neutralité et d'approche bienveillante pour les professionnels, la déclaration de ces événements est nommée *notification d'évènement aéronautique* et est étudiée par le Bureau d'Enquête et d'Analyse pour la sécurité de l'aviation civile. Ce bureau porte le message qu'un accident est lié à une multitude de causes dont l'enchaînement est peu probable. Par le biais de ce schéma d'analyse, la responsabilité du professionnel est soustraite au profit d'une analyse systémique. Une relation de confiance et de soutien est instaurée. Le but des retours d'expérience (RETEX) est donc de réfléchir autour des dysfonctionnements et imperfections du système pour en tirer des enseignements et travailler à des actions correctrices. Le RETEX est fait à partir d'une situation qui est anonymisée et basée uniquement sur des faits, il s'agit donc d'un travail à visée exhaustive de recherche et d'analyse mais aussi d'accompagnement des professionnels. Ce travail peut être entrepris pour l'ensemble des incidents et accidents déclarés en raison de leur nombre réduit dans le secteur de l'aviation. Cette analyse systématique bien qu'ayant fait ses preuves semble inapplicable dans le secteur sanitaire où le risque d'incident est inhérent à l'activité de soin. Ensuite, la gravité des accidents est différente. Dans l'aviation un accident avéré est souvent dramatique et massif. La priorité est donc d'empêcher sa survenue en travaillant sur les incidents qui pourraient se potentialiser en accident. Afin d'avoir une

exhaustivité des situations porteuses de risque, il a été mis en lumière l'importance d'un climat de confiance des agents avec leur compagnie aérienne. Dans ce but, les compagnies et l'aviation civile ont pris un engagement de protection (13) de leurs agents déclarant une action, une omission ou une décision lorsque celles-ci ne sont pas disproportionnées au regard de leur expérience et de leur formation. Les négligences graves, les manquements délibérés et les dégradations ne sont quant à eux pas tolérés et peuvent faire l'objet d'une mesure punitive et être assimilés à une faute professionnelle. Au travers de cette démarche, la culture positive de l'erreur ou culture juste prend tout son sens. La différence sémantique pourrait être une piste expliquant la différence d'acculturation à l'erreur apprenante mais il semble illusoire au regard des axes soulevés précédemment de croire qu'un changement de nom permettrait à la santé d'aboutir à une transparence de l'erreur médicale, quand bien même cette transparence est un devoir soignant.

3. L'éthique, la loi et l'erreur médicale

Au sein d'une société, chacun est soumis à des droits et des devoirs qui permettent de maintenir l'ordre. La loi, générale et abstraite, fixe des limites mais laisse un flou pour bon nombre de situations. C'est alors l'éthique qui joue le rôle de garde-fou. L'éthique est une réflexion autour des valeurs humaines. C'est une démarche qui vise à prendre la décision la plus juste possible au regard d'une situation précise et concrète. L'éthique évalue les pour et les contre d'une situation en confrontant différentes valeurs et logiques et en étudiant la hiérarchie des valeurs en tension. Mais dans le cas de l'erreur que nous dicte la loi et l'éthique ?

L'erreur médicale ayant été définie précédemment c'est aux droits et aux devoirs en découlant que nous allons désormais nous intéresser. Les soignants ainsi que les établissements de soins veillent à promouvoir les droits du patient parmi lesquels figure l'information (14). De ce droit du patient né un devoir soignant, le devoir d'information et de transparence à l'égard de la personne prise en soin. En effet, les articles R4127-35 (15) et L1111-2 (16) du CSP posent l'obligation aux professionnels de santé de prodiguer une information claire et loyale au patient sur sa prise en soin mais également sur les risques qui seraient identifiés à posteriori d'un acte de soin ou de prévention. Ici il n'est pas fait cas de savoir si l'évènement en question a entraîné des conséquences pour le patient, chaque dysfonctionnement ou erreur doit être partagé avec le principal concerné. En ce qui concerne les évènements indésirables graves (EIG) ou les évènements indésirables associés aux soins (EIAS) tel qu'une affection iatrogène, tout professionnel de santé ou établissement de santé ayant constaté cet évènement a le devoir d'en

faire la déclaration à son institution et dans les cas graves à l'Agence Régionale de Santé (ARS) conformément à l'article L.1413-14 du CSP (17). Le devoir de transparence évoqué par ces articles fait écho aux valeurs du soin ainsi qu'à l'éthique du soin. Il fait référence au respect de l'autonomie du patient, à la promotion de la communication et de la sécurité des soins. Par cette démarche, c'est en réalité l'alliance thérapeutique et la relation de confiance qui sont recherchées. La loi française impose une déclaration de l'ensemble des EIAS au sein des établissements de santé mais aucune modalité d'évaluation de l'exhaustivité de ces déclarations n'est envisagée, exception faite des EIG (18). La culture de l'erreur apprenante bien que promue par la loi n'est pas encouragée par des actions fortes de la part de l'Etat français et ses représentants. La seule obligation réellement ressentie par les professionnels est alors leur souhait de faire concorder leurs valeurs professionnelles et leur pratique. L'éthique étant une démarche interrogeant la hiérarchie des valeurs, tout un chacun ayant une sensibilité qui lui est propre au sujet de la transparence. Certains peuvent mettre en conflit la protection de la personne vulnérable et l'exhaustivité de l'information, deux valeurs fondamentales du *prendre soin*. Différentes logiques et valeurs peuvent venir interagir avec le souci de l'autre et c'est alors que naît une sous-déclaration massive des EIAS dans le secteur de la santé.

Le premier pays à avoir rendu la déclaration obligatoire est le Québec en 1991 (19). Cette province francophone a entrepris une démarche politique en faveur de la *just culture*. En effet, contrairement à la France qui ne recense que les EIG par le biais de la Haute Autorité de Santé (HAS), le Québec produit chaque année un rapport sur l'ensemble des événements indésirables déclarés dans les organismes de santé. Dans le rapport 2021 (20) par exemple, il était constaté une baisse des déclarations de 10% et ce phénomène est relevé comme une perte d'efficacité dans les signalements de dysfonctionnements, incidents ou accidents. Il est promu à l'échelle nationale une analyse du dommage à priori, c'est à dire avant que l'évènement affecte le patient, ce sont les EPR (événement protecteur de risque). Parmi les événements indésirables déclarés au cours de l'année 2021 au Québec, 83.61% étaient sans conséquence, mais surtout, 442 725 événements indésirables et 929 EIG ont été déclarés entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021 pour 12.3 millions de journées d'hébergement. En France, une étude est réalisée périodiquement mais s'intéresse principalement aux EIG, il s'agit de l'ENEIS (21) (Enquête Nationale sur les Évènements Indésirables liés aux Soins) dont la plus récente est parue en 2021 sur des données de 2019. Il y est fait une approximation du nombre d'EIAS qui s'élèverait à 12.6% soit 1 patient sur 8 impacté, mais ce chiffre n'est pas exhaustif. Néanmoins, cette valeur est proche de la proportion avancée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

puisque celle-ci estime qu'un patient sur 10 aurait un EIAS au cours de sa prise en soin. A noter également que ce chiffre est obtenu à la suite d'une période d'observation et non par un relevé des déclarations faites. Il est avancé dans la littérature une sous-déclaration de l'erreur à hauteur de 90% (1). Au cours de l'année 2019, il y a eu 123.9 millions de journées d'hébergement en France, soit 10 fois plus qu'au Québec. Malgré cette différence considérable, le nombre d'EIG n'est pas significativement différent puisqu'il en a été déclaré 1187 soit une fréquence inférieure à 1/100 000 alors qu'il est estimé qu'une prévalence de 6.2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation avec $\frac{1}{3}$ estimés comme évitables (22). Au vu de ces chiffres, la sous-déclaration des accidents est réelle donc celle des dysfonctionnements et erreurs médicales l'est probablement tout autant voire même encore davantage. Ce constat pousse au questionnement quant à l'approche faite du signalement d'un EIAS par les organisations de santé et les soignants mais aussi sur les freins à la culture positive de l'erreur en santé en France. Malgré l'obligation légale et des valeurs du soin qui prônent la transparence, l'erreur apprenante reste encore une utopie pour le système de santé. Ce devoir non contraignant n'est pas perçu par les soignants comme une réelle obligation. La réflexion éthique entreprise par les professionnels ne semble pas non plus les inciter à la déclaration et à l'analyse des problématiques rencontrées. Il est donc nécessaire de s'interroger sur les valeurs en tensions qui les conduisent à prendre cette décision mais aussi sur le modèle de la gestion du risque dans le secteur du soin.

B. La gestion de l'erreur en santé

La sécurité est une priorité dans le système de santé mais alors comment se reflète-t-elle dans les établissements de soins ? Pour comprendre le fonctionnement de la démarche qualité dans la santé, il est important de comprendre la classification des erreurs et les différents types d'erreurs avant d'explicitier les différents outils utilisés afin de prévenir ou corriger les situations vectrices de risque.

1. La classification de l'erreur

Au cours des définitions précédentes, il a été évoqué les EIAS, les EIG ainsi que les EPR aussi appelé presque accident (ou *near miss* en anglais), mais afin de percevoir l'importance de chacun de ces événements, il est essentiel de savoir les distinguer.

Pour commencer, la définition d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) retenu par la HAS est celle de 2013 établie durant l'étude ESPRIT : *“Un événement indésirable ou une circonstance associé aux soins qui auraient pu entraîner ou a entraîné une atteinte*

pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas à nouveau (23)'' Ce sont donc les évènements dont le résultat a différé de l'attendu de l'acte de soin ou de l'accompagnement. Selon le niveau de complication, ces situations sont ensuite sous-catégorisées. Lorsqu'aucune conséquence pour le patient n'est observée, il s'agit d'un évènement porteur de risque (EPR) et si au contraire les conséquences sont d'une particulière gravité il s'agit d'un évènement indésirable grave (EIG). La fréquence de survenue des évènements est également recherchée afin de mesurer l'importance du risque. C'est à la croisée de la fréquence et de la gravité (Figure1) qu'il est déterminé les EIAS à étudier en priorité.

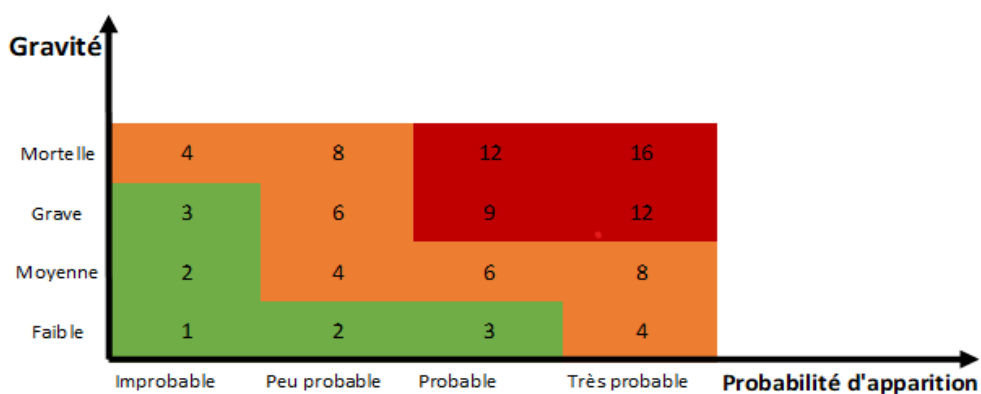


Figure 1 : Outil de cotation du risque selon la gravité et la fréquence d'apparition de l'évènement indésirable associé aux soins.

Afin d'harmoniser les pratiques et clarifier la catégorisation des différents évènements selon leur niveau de risque, la HAS propose un tableau de répartition selon le critère de gravité. Il y figure une échelle de 5 niveaux de gravité allant de "mineur" à "catastrophique". Les 3 premiers niveaux de risques n'induisent aucun impact sur la sécurité du patient. Ainsi, les catégories de gravité du risque à savoir "mineure", "significative" sont dites "non grave", se sont des EPR et la classification "majeure" est un EIAS intermédiaire, quant aux catégories "critique" et "catastrophique" ce sont des EIAS avec mise en danger du patient donc des EIG. Cette catégorisation peut questionner puisque plusieurs niveaux sont des incidents et non pas des accidents, seulement, 75% des EIAS sont sans conséquence pour le patient alors que les EIG représentent seulement 0.07% des cas selon l'enquête ESPRIT (24). La classification du risque échelonné malgré l'absence de conséquence prend alors sens, et s'inscrit dans une démarche d'analyse et de prévention du risque à priori, c'est-à-dire avant que celui-ci se

potentialise et engendre un dommage. La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prend naissance de la déclaration de ces problématiques rencontrées. Un incident qui n'est pas déclaré et analysé deviendra sûrement un accident, c'est pourquoi l'exhaustivité des recueils de situations potentiellement dangereuses est le meilleur outil de gestion du risque. La gestion du risque en santé prend sa source dans ces événements qui n'induisent aucun dommage mais qui sont hautement significatifs pour l'amélioration de la sécurité du patient et du professionnel.

Tableau 1 : Classification du niveau de risque selon l'impact sur l'organisation et la sécurité du patient selon le modèle de la HAS

Niveau de gravité	Impact sur l'organisation	Impact sur la sécurité des personnes	Conduite à tenir
1. Mineure	Effet négligeable sur la réalisation de la mission		Evènement indésirable non grave : archivage, alimentation du tableau de bors annuel, discussion trimestrielle
	La mission est réalisée sans impact, il y a une indisponibilité des ressources mais avec une solution alternative immédiatement disponible	Néant	
2. Significative	Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée)		Néant
	La missions est réalisée mais avec la mise en place d'une solution dégradée, l'indisponibilité des ressources a conduit à un retard de la mission compris entre 1 et 2 heures	Néant	
3. Majeure	Impact performance de la mission		Evènement indésirable de gravité intermédiaire : analyse sous 30j et mesures de prevention
	La mission est réalisée partiellement, l'indisponibilité des ressources a conduit à un retard de la mission compris entre 2 et 24 heures	Néant	
4. Critique	Impact réversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement		Evènement indésirable grave : analyse sous 15j avec anonymisation, proposition, information de la commission GDR, du CME et +/- information à l'ARS selon la nature de l'évènement
	La mission n'est pas réalisée, l'indisponibilité des ressources a conduit à un retard de la mission supérieyr à 24 heures	Evènement ou défaut de prise en charge atteinte physique ou psychologique réversible	
5. Catastrophique	Impact irréversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement		CME et +/- information à l'ARS selon la nature de l'évènement
		Evènement ou défaut de prise en charge atteinte physique ou psychologique non-réversible pouvant aller jusqu'au décès	

S'intéresser à la classification des EIAS conduit à en évoquer la fréquence et les conséquences, mais lorsqu'on évoque l'erreur il est aussi important de se questionner sur la taxinomie des défaillances qui peuvent survenir. Une erreur peut survenir en raison d'un défaut d'attention, d'un trou de mémoire, d'un défaut de connaissance ou encore de facteurs humains

par exemple. En s'appuyant sur le modèle de J.Reason, la HAS classe les erreurs en deux grandes catégories, les ratés ou lapsus et les erreurs (9). Les ratés comprennent les défauts d'attention et les trous de mémoire tandis que les erreurs sont les défauts de connaissance ou la mauvaise utilisation/application d'une règle. Ces erreurs peuvent être induites par différents facteurs tels que l'interférence ou la désorganisation, la multiplicité des règles, protocoles et recommandations, ou encore un défaut de connaissance.

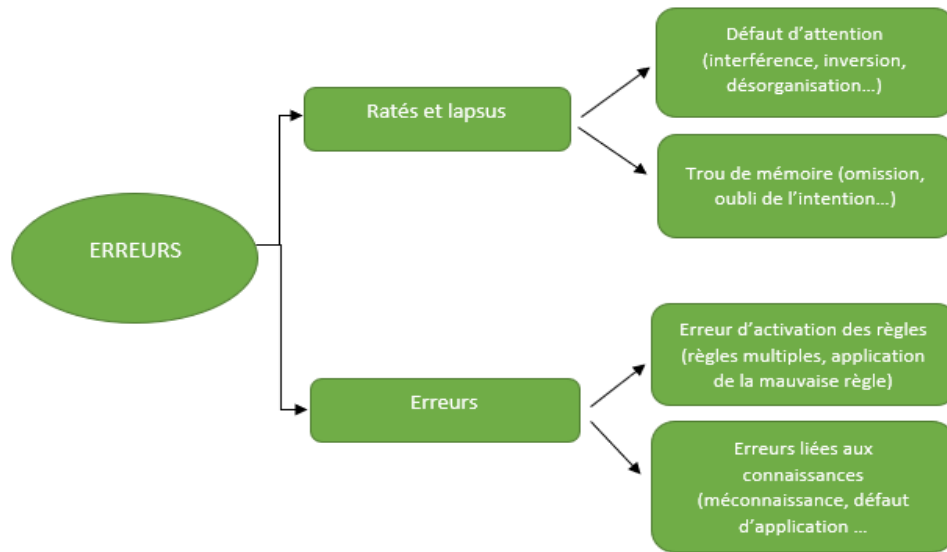


Figure 2: Taxinomie de l'erreur humaine selon J.Reason (1990). La différenciation des erreurs est faite en fonction de l'intentionnalité dans la réalisation de l'action.

La différenciation faite entre ces typologies d'erreur ne réside pas dans le résultat de l'action mais dans son intentionnalité. Le raté est une action qui ne s'en pas déroulé comme souhaité alors que dans l'erreur, l'action est volontaire mais le résultat diffère de celui envisagé. Mais bien qu'intentionnelle, cette action ne peut pas être considérée comme une faute, l'acte ayant été entrepris avec comme objectif de bien faire. La ligne entre ce qui est appelé erreur et la faute semble finalement plus complexe qu'une différence d'intentionnalité. Peut-être que cette distinction qui à première vue semble binaire sans réellement l'être participe à une méconnaissance de l'évènement indésirable médical non-fautif. La classification de l'erreur permet d'observer des facteurs favorisant sa survenue. Un EIAS peut en effet être induit par une multitude de facteurs et souvent en cascade. Parmi ces facteurs il y a ce que J.Reason appelle le facteur humain, mais aussi des facteurs organisationnels, environnementaux et techniques. La gestion du risque consiste alors à identifier les différents facteurs de risques afin

d'entreprendre des actions correctives et ainsi agir sur les potentielles sources d'erreur. C'est l'objectif des outils de gestion du risque des établissements de santé.

2. Les outils de gestion du risque

Il a été précédemment évoqué l'importance de la déclaration dans la prévention du risque. Dans les établissements de santé, c'est la fiche de déclaration d'évènement indésirable (FEI) qui remplit le rôle d'alerte. Lors de la survenue d'un dysfonctionnement, d'une erreur ou d'un aléa, le professionnel déclare l'évènement à sa hiérarchie via cet outil de gestion du risque. De là, l'évènement sera tracé puis coté selon le niveau de gravité avant d'être analysé. La FEI peut être utilisée afin d'informer d'un dysfonctionnement de quelque nature que ce soit dès lors que cela a eu ou aurait pu avoir un impact sur la prise en soin. Il peut s'agir d'une erreur commise par un tiers ou soi-même. La déclaration d'un évènement indésirable doit être objective et factuelle, précise dans la description des faits. Par la suite, il est assuré par l'établissement du professionnel déclarant une confidentialité ainsi qu'un principe de non-punitivité sans que la gravité n'ait d'incidence sur ce principe. Un professionnel de santé ayant commis une erreur et l'ayant déclaré ne doit pas être puni mais accompagné afin de ne pas induire un effet "double victime" qui pourrait induire une souffrance chez le professionnel. La culture sécurité est une approche systémique (25) non-sanctionnante basée sur le réalisme et la perfectibilité permanente du système, ainsi qu'un principe d'accompagnement et de transparence. Malgré cette exigence de non-punitivité, la connotation négative semble encore ancrée dans les mœurs. La déclaration étant souvent associée à des termes forts comme la délation, la dénonciation, la sanction, sûrement en lien avec le fait qu'estimer une action comme étant un évènement indésirable revient à l'estimer comme différente de la norme attendue. Ce regard porté sur la déclaration fait sans nul doute partie des éléments qui conduisent à la sous-déclaration constatée puisqu'il est estimé à seulement 10% des EIAS qui aboutissent à un signalement (1). La gestion du risque ne voit pourtant pas là son seul facteur limitant. Au-delà de la représentation de la FEI, les professionnels de santé ne sont pas acculturés à la déclaration de l'EIAS et la perçoivent comme une charge de travail supplémentaire (26). Pour les médecins tout particulièrement, il est rattaché à cela la crainte d'une poursuite judiciaire en cas d'erreur médicale. La transparence à l'égard du patient est redoutée et l'erreur médicale est dissimulée dès que faire se peut, par la non-déclaration ou la protection par les pairs par exemple. La médiatisation de litiges, mais aussi les attentes sociétales qui peuvent être perçues comme ambivalentes conduisent les professionnels à craindre l'information du patient sur la qualité et

la sécurité des soins prodigués. Mais les causes de cette sous-déclaration massive qui apparaissent comme les plus évidentes, et pour l'ensemble des soignants, sont la culture professionnelle en elle-même, le manque de temps mais aussi un scepticisme dans la finalité.

La finalité d'une FEI doit être une analyse. Cette analyse doit ensuite être partagée afin d'aboutir à une action pédagogique. Mais cette démarche réflexive autour d'une problématique relevée peut prendre différentes formes. Selon le ou les facteurs de risque identifiés dans la situation, une méthode d'analyse sera déterminée comme étant la plus pertinente. Au regard de la situation, de ses causes directes ou latentes, de sa fréquence et de ses conséquences réelles ou potentielles, une réponse sera proposée. Les méthodes d'analyses en gestion du risque en santé, bien que diverses, ont en réalité plus de points communs que de divergences. Le CREX (Comité de Retour d'EXpérience), la RMM (Revue de Mortalité et Morbidité) ou encore le REMED (Revue des Erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés) visent tous à identifier les causes apparentes et les causes latentes (dites causes racine) ayant conduit à la survenue de l'erreur afin d'entreprendre des actions préventives adaptées. Ces méthodes d'analyses reposent sur des faits objectifs qui sont anonymisés. Il est recherché les vecteurs de l'erreur au travers d'une analyse systémique de la situation présentée. Il a été évoqué précédemment le principe de causes cascades, cette métaphore explicite bien ce qu'est ce type d'approche. Une analyse systémique va interroger, non pas la résultante d'une action, mais l'ensemble des éléments ayant conduit à une erreur dans notre cas. Il est étudié une situation avec toute sa complexité. Cette approche systémique est traduite par le modèle de J.Reason en trou de gruyère (figure 3) ou encore la méthode ALARM (figure 4).

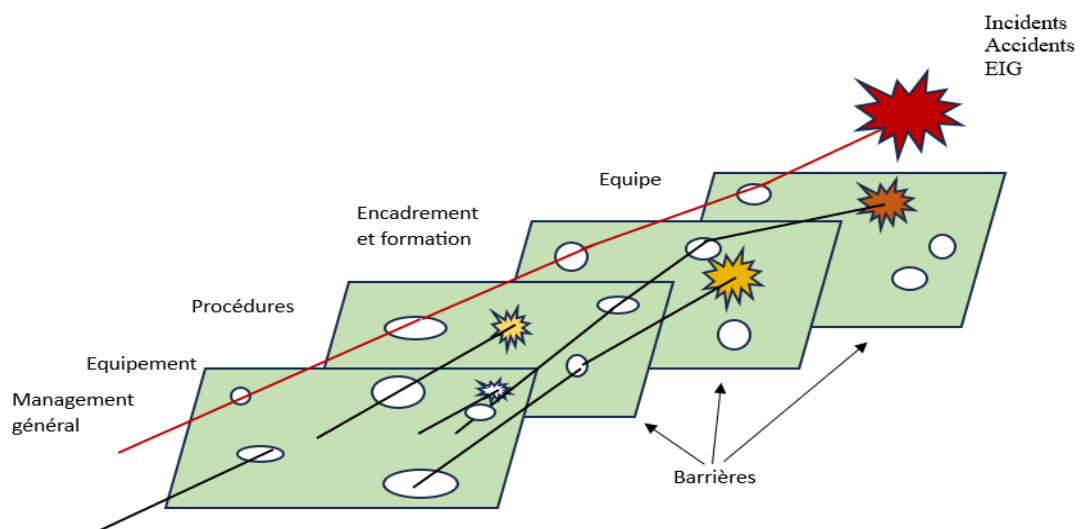


Figure 3 : Représentation des causes apparentes et latentes conduisant à la survenue d'un EIAS (événement indésirable associé aux soins) selon le modèle de James Reason (1993)

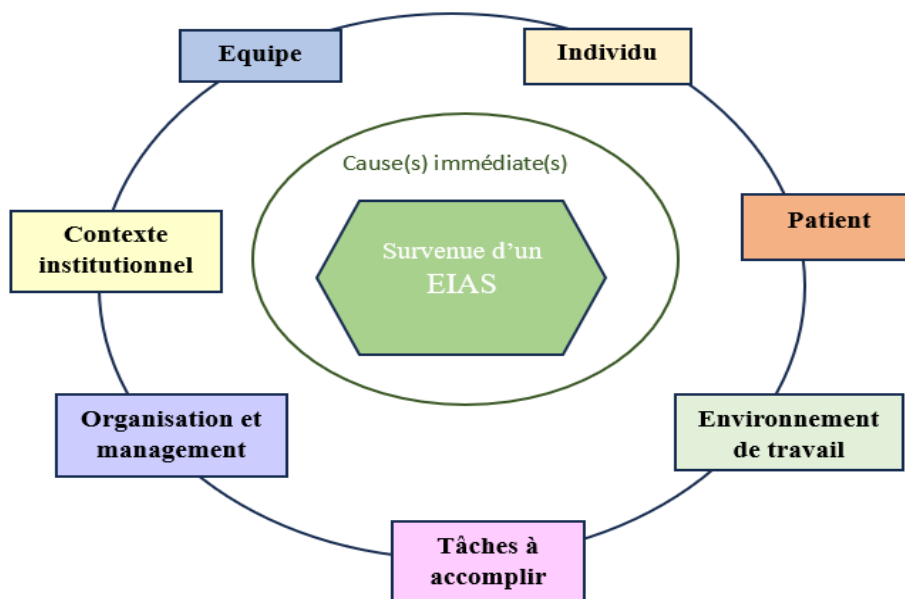


Figure 4 : Etude des causes profondes de la survenue d'un EIAS avec la grille ALARM

Une fois les causes racines identifiées, il faudra alors prévenir le risque d'erreur en agissant sur les causes évitables d'EIAS. Les réponses faites peuvent avoir différentes modalités et être plus ou moins contraignantes. Lorsqu'un problème est identifié, il pourra être établi un protocole, une "check-list", une recommandation, un rappel des bonnes pratiques auprès des équipes... Chacun de ses outils peut être utilisé dans la prévention d'un accident, mais la question est de savoir si ce sont des outils performants pour éviter le risque. Au travers de ces méthodes il est visé une harmonisation des pratiques mais surtout une qualité de prise en soin et une sécurisation des prises en soin. Seulement, la médecine moderne promeut une singularité dans la prise en charge et une adaptation constante. Harmonisation et singularité peuvent-elles coexister ? La recommandation ayant un niveau de contrainte bas, il est facile de l'outrepasser si celle-ci semble inadaptée à la situation, cependant ce n'est pas le cas du protocole par exemple. Le protocole traduit la bonne pratique d'un acte de soin selon la littérature scientifique, un consensus de professionnels ou une expérience clinique partagée. Aller à l'encontre d'un protocole revient donc à faire abstraction de l'état de l'art, d'agir différemment de la norme attendue par les pairs, la société savante. Cette liberté face à la norme peut parfois être justifiée par une situation clinique particulière qui rendait le protocole manifestement inadapté comme cela peut souvent être le cas lors de la prise en soin d'une femme enceinte, mais il peut arriver que cet écart ne soit pas justifiable et les valeurs professionnelles du soignant peuvent alors être remises en question. Une action non-conforme aux bonnes pratiques d'un

geste peut-elle signifier un non-respect des devoirs et des valeurs du soin ? Cela revient à s'interroger sur les valeurs du soin et les différentes approches qui peuvent exister de ce qu'est le devoir éthique des professionnels de santé.

Le terme de *valeur* peut avoir divers sens. Il peut signifier un coût marchand lorsqu'on parle d'un objet, ou encore ce qui rend une personne digne d'estime sur le plan professionnel, intellectuel ou moral (27). Les valeurs et leur hiérarchisation semblent être individuelles mais le sont-elles vraiment ? “*L'homme est un être sociable ; la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables* (28)” nous dit Aristote. L'homme vit en société, qu'importe l'époque des civilisations sont apparues. Ces civilisations se définissent par des traits culturels, politiques, religieux ou encore moraux partagés qui forment les règles tacites d'une société. Au sein d'une civilisation, il existe des microcosmes qui partagent des règles indépendamment de la société à laquelle ils appartiennent. Le monde médical est un microcosme. La santé et les professions de santé répondent aux exigences de la société, de la science mais aussi à ce qui est appelé les valeurs du soin. Ces valeurs telles que la promotion de l'autonomie, la protection d'une personne vulnérable ou encore le souci de l'autre sont épousées par l'ensemble de ce groupe d'appartenance mais cela ne signifie pas qu'il en existe une hiérarchisation collective. Les différentes théories et approches témoignent des différentes classifications existantes. Nous nous intéresserons dans un premier temps à la théorie du risque puis à l'éthique du *care* et nous terminerons par nous interroger sur la place laissée à l'erreur dans le monde médicale contemporain au regard de ces approches.

A. La théorie du risque

La théorie du risque date de la première moitié du 20ème siècle, et est encore à ce jour une théorie sociale très fréquemment évoquée et discutée, notamment lorsqu'il est question de l'innovation médicale. Pour comprendre ce raisonnement il nous faudra expliciter la théorie du risque puis la distinction entre le risque et la recherche de sécurité en santé.

1. Qu'est-ce que la théorie du risque ?

Afin de comprendre ce qu'est la théorie du risque, il est important de définir ce qu'est un risque. Un risque est une probabilité d'exposition à un danger, une menace potentielle à laquelle une personne pourrait être exposée physiquement. Le risque est omniprésent. Chaque action, aussi insignifiante soit-elle est porteuse d'un risque. Celui-ci peut être calculé, ce qui donne une illusion de maîtrise. L'homme exerce une influence forte sur les risques environnants, soit en les contrôlant soit en les créant. Pour illustrer cette ambivalence, l'homme a développé les vaccins et les armes nucléaires. Ainsi la société et la science ont développé un

moyen de protection et de nouveaux risques. Il survient alors un paradoxe, la vie n'a jamais été aussi sûre et pourtant il y a un déclin de l'acceptation des risques persistants, peut-être qu'il s'agit d'une conséquence du sentiment de maîtrise. Le monde médical est un exemple saillant de cette négation du risque et donc par extension du droit à l'erreur pour les professionnels de santé.

La science et les techniques évoluent rapidement ce qui génèrent chaque jour de nouvelles incertitudes qui ne pourront être mesurées et quantifiées qu'à posteriori. Seulement l'évaluation d'un risque à posteriori en santé peut causer des scénarii catastrophes, raison pour laquelle la politique de la peur et le principe de précaution extrême ou tyrannie du risque zéro sont fortement associés aux innovations. Mais refus du risque et progrès ne peuvent que difficilement co-exister. En matière de soin, l'encadrement des risques est impacté par la pression économique de l'innovation puisqu'une recherche représente un coût, mais aussi une contrainte d'efficacité. Cette recherche de résultat sans risque est ce qui peut entraver la recherche biomédicale et l'innovation mais aussi les soins puisqu'en médecine le risque zéro n'existe pas. La notion d'incertitude est particulièrement marquée en matière de santé. Ainsi il faut soit interdire les pratiques à risque, ce qui revient à restreindre drastiquement la recherche mais aussi les actes de soins possibles ; soit veiller à ce que le patient adhère aux risques prévisibles à la suite d'une information préalable et à la balance bénéfices/risques.

2. Risque versus sécurité

La balance bénéfice/risque présuppose que ces deux aspects sont mesurables, qu'au regard des connaissances scientifiques, il est possible d'appréhender le risque encouru. Dans le champ de la médecine, encore plus que dans les secteurs industriels, le risque doit être mesuré puisqu'en cas d'échec du thérapeutique, il y aura une perte économique mais aussi un impact sur le patient pouvant aller jusqu'à conduire au décès. Pourtant la recherche et l'innovation nécessitent d'accepter une part de risque plus ou moins importante. De-là naît un premier dilemme. La médecine induit une prise de risque alors que la sécurité est placée comme la priorité absolue du système de santé. La sécurité étant une absence de danger, elle pourrait tolérer une prise de risque mais si celui-ci ne se potentialise pas. Finalement, le risque serait accepté surtout lorsqu'il reste hypothétique si on interprète cet attendu.

Ensuite, parmi les principes de biomédecine (29), il y a la bienveillance ou la non-maltraitance. La bienveillance est définie par la HAS comme "*une démarche collective pour*

identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins (30)''. Quant au principe de non-maltraitance, il se définit comme une obligation de ne pas nuire et de ne pas blesser. Face à ses principes fondateurs de la biomédecine un questionnement sur la place laissée au risque peut apparaître. En effet, il est évoqué une obligation de ne pas nuire, or, accepter un risque c'est accepter qu'il pourrait survenir un événement néfaste pour le patient et qui pourrait nuire à sa santé. Là encore, la place laissée au risque apparaît comme restreinte au regard du risque intrinsèque à l'exercice de la médecine conventionnelle et encore davantage pour tout ce qui a attiré à la recherche. En parallèle de ça, la science représente l'espoir. La science peut être assimilée à une nouvelle religion sur laquelle se fonde un espoir de guérison. Plus la recherche médicale avance, plus le nombre de maladies incurables diminue. Les attentes de la société évoluent au regard de ces innovations et le devoir médical qui était de prendre soin dans les limites imposées par la connaissance devient un devoir de guérison. L'échec thérapeutique étant en opposition avec le devoir de sécurité demandé par la société et par l'Etat devient intolérable. Le risque est acceptable s'il se solde par une issue favorable.

B. L'éthique du *care*

Changement de paradigme médical, développement de mouvements sociaux, les années 1980 bouleversent les codes. La société évolue et la vie à l'hôpital agit comme un microcosme en suivant cette tendance. La société du risque est remise en cause. Une nouvelle éthique du soin est née. Afin de comprendre ce qu'est l'éthique du *care*, une première partie sera dédiée à la définir, ensuite nous traiterons du souci de la protection, de l'aide et de la vulnérabilité de l'autre.

1. *Qu'est-ce que l'éthique du care ?*

Durant les années 1980, se développe une nouvelle approche du soin. Cette nouvelle théorie appelé *éthique du care* est élaborée par la philosophe et psychologue Carol Gilligan dans son ouvrage *Une voix différente* (31). Au travers de l'éthique du *care*, Carol Gilligan s'oppose à la théorie du risque ainsi qu'à la théorie de la justice avec une approche féministe du *prendre soin*, du souci fondamental du bien-être d'autrui. Le sens moral serait influencé par le genre. Selon l'autrice, certains fondent leur morale et leurs décisions en lien avec des dilemmes moraux sur une logique de calcul et de référence à la loi et aux règles, tandis que d'autres (le plus souvent des femmes) ont une démarche davantage basée sur la valeur de la

relation et sur le contexte. Il pourrait apparaître que selon Gilligan la distinction entre les deux schémas de pensée est induite par le genre, comme l'on fait les théories antérieures seulement ce serait surinterpréter les propos, en effet dans son ouvrage Carol Gilligan n'aboutit jamais à cette conclusion. Il semble tout aussi absurde de penser qu'un homme est dans l'incapacité d'agir par sollicitude que de dire que la femme est, par essence même, incapable d'agir de manière morale.

Joan Tronto (philosophe, professeur en science politique mais aussi féministe (32)) a critiqué cette théorie féministe en 1993 en décrivant le *care* comme la succession de 4 principes éthiques ou dimensions morales en lien avec 4 phases : l'attention, la responsabilité, la compétence et la réceptivité. Cette critique vise à démontrer que l'éthique du *care* ne doit pas être genrée, mais qu'il s'agit d'un savoir que tout un chacun peut développer afin de répondre aux besoins des autres. Elle va même jusqu'à élargir la définition du *care* pour y extraire la dimension médicale et le définir comme “[une] activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible.”(32) L'éthique du *care* correspond donc à un souci de l'autre et une volonté de promouvoir le bien être pour tous.

2. La protection, l'aide et la vulnérabilité

L'éthique du *care* étant fondée sur l'attention à l'autre et la sollicitude, elle a également placé la vulnérabilité au cœur de la démarche. La vulnérabilité (33) représente une situation de faiblesse dans laquelle l'intégrité d'une personne est ou risque d'être altérée ou diminuée. Maintenant si nous analysons les différents temps du *care* (34) nous allons trouver dans un premier temps le *caring about* qui consiste dans le fait de constater et reconnaître les besoins de l'autre pour évaluer la possibilité d'y apporter une solution. Ensuite, il y a le *taking care of* qui est le fait se sentir responsable face à ce besoin et d'entamer une réflexion sur la nature de la réponse à mettre en place ainsi que mesurer sa propre implication dans la démarche. Dans un troisième temps il y a le *care giving* qui représente le temps de l'action et pour terminer le *care receiving*, le retour sur l'action menée qui permet de mesurer l'impact du processus entrepris et d'évaluer s'il a atteint son objectif. Le *care*, les notions de relation, d'interdépendance, de considération ou encore de vulnérabilité apparaissent comme indissociables. Maintenant, dans un cadre médical, la vulnérabilité est souvent rattachée à la maladie.

L'éthique du *care* est une promotion du bien-être de tout un chacun alors elle se traduit naturellement par le fait de protéger et d'aider les personnes en situation de vulnérabilité, par le biais de la prise en soin. Un soignant qui commet une faute s'oppose au fondement même de l'éthique du *care* puisque l'action est entreprise sans chercher à répondre aux besoins de la personne en situation de vulnérabilité face à lui, mais qu'en est-il lorsqu'il ne s'agit pas d'une faute mais d'une erreur ? L'erreur n'a pas de volonté de nuire cependant celle-ci ne permet pas d'agir pour aider et protéger la personne vulnérable. L'articulation des différentes phases qui composent le *care* semble en faveur d'une acceptation d'un droit à l'erreur. En effet, le résultat de l'action menée n'intervient que durant la dernière phase et ne consiste qu'en une évaluation et non pas en une recherche de résultat systématique. Bien que l'erreur ne semble pas contraire au *care*, le fait de la dissimuler pourrait entrer en conflit avec les valeurs profondes de cette logique. Puisque basée sur la relation et la considération, le fait de dissimuler la survenue d'un événement indésirable, dont l'erreur fait partie, apparaît comme contraire à l'éthique du *care*. Maintenant il y a aussi la notion de vulnérabilité et protection de l'autre et c'est de là que peut naître une discussion. La vulnérabilité associée à la maladie comprend une part psychologique avec le travail d'acceptation de la prise en soin et du diagnostic, mais aussi à un besoin de croire (25). Cette ambivalence entre besoin de savoir et besoin de croire pourrait amener certains professionnels à ne pas révéler une erreur sous prétexte de protection d'une personne vulnérable. Seulement accepter cette justification pourrait revenir à accepter que sous couvert de vulnérabilité, un professionnel de santé pourrait nier l'autonomie du patient et outrepasser son droit à l'information. Accepter cette justification, si le raisonnement est poussé à l'extrême, serait reconnaître que le modèle patriarcal n'est pas désuet mais a changé de champ lexical en passant de compétence médicale et tutelle à protection des personnes vulnérables.

C. L'erreur comme un écart

L'erreur représente un événement dont l'issue est inattendue, elle s'écarte de la norme. Mais de quelle norme parle-t-on ? Ici, il sera question d'observer l'écart entre le résultat d'une action erronée et les attendus personnels et professionnels mais aussi sociaux. Pour cela nous allons évoquer l'écart aux valeurs du soin, l'écart aux normes professionnelles et pour finir l'écart aux attendus sociaux à l'égard de la médecine.

1. *L'écart aux valeurs*

L'erreur s'oppose aux valeurs du soin (32). Au sens sociologique du terme, les valeurs sont "des idéaux ou principes régulateurs des meilleures fins humaines, susceptibles d'avoir la priorité sur toutes autres considérations."(35) Les valeurs peuvent être individuelles ou collectives. Elles peuvent être partagées par la société ou par des groupes d'appartenance comme le corps médical pour ce travail. Les professionnels de santé partagent un certain nombre de règles et valeurs associées au *prendre soin*, ce sont les valeurs du soin. Certaines de ces valeurs, estimées essentielles au bon exercice de la profession, sont inscrites dans les codes de déontologie. Ainsi il est possible d'identifier les valeurs indispensables au *prendre soin* comme, pour en faire une liste non-exhaustive, la bienveillance ou non-maltraitance, la bienveillance, la promotion et le respect de l'autonomie, la communication, la compétence, la rigueur ou encore la sécurité. L'erreur comme un raté ou un mauvais jugement d'une situation entre en conflit avec ses valeurs du soin. Une erreur, avec ou sans conséquence, sera en conflit avec la sécurité ou encore la compétence. Dans le cas de dommages associés à une erreur, alors les valeurs de non-maltraitance, de rigueur pourront aussi être interrogées par le professionnel. Le fait de faire entrer en conflit un élément de sa pratique professionnelle avec les valeurs du métier est le vecteur d'une perte de sens de la profession pouvant conduire à une perte de l'estime de soi et de ses compétences. De là, la déclaration de l'erreur est perçue comme la reconnaissance d'un écart aux valeurs partagées par l'ensemble du corps médical et une mise en danger de personne en situation de vulnérabilité (25). Mais puisque la taxonomie de l'erreur a montré qu'il existe différents types d'erreurs dont les causes sont variables, l'écart perçu aux valeurs du soignant doit certainement dépendre des causes apparentes et latentes de la survenue de l'évènement indésirable. L'effet "double victime" (36) est lié avec un conflit de valeurs intrinsèque au professionnel mais d'autres facteurs viennent s'ajouter comme les attentes des pairs ou ceux de la société, et c'est cet ensemble qui conduit certains professionnels de santé à ressentir une profonde culpabilité face aux ratés.

2. *L'écart aux normes professionnelles*

Les attentes des pairs sont en réalité régies par les normes. La norme décrit ce qui doit être et donc par opposition ce qui ne doit pas être. Lors d'une prise de décision ou la réalisation d'un acte à visée diagnostic ou thérapeutique, la littérature scientifique établit le résultat envisagé mais aussi la mise en œuvre de l'action entreprise. En santé, la norme est établie par un cadre légal comme pour tous les champs d'activités mais également par ce qui sont

communément appelé les “bonnes pratiques” ou “les bons comportements”. La décision, l’action dans sa réalisation et son évaluation doivent se confronter à des normes (37). Lorsqu’une erreur survient, peu importe quand dans la démarche, le déroulé diffère de l’attendu, il ne correspond pas à la norme. Le degré de contrainte associé à cette “bonne pratique” est variable, il s’agit d’un droit souple, non soumis à une sanction disciplinaire. Cependant, le fait de ne pas être juridiquement inquiété d’un écart à la norme ne signifie pas l’impunité face à une transgression de celle-ci. Selon la typologie et la thématique de l’erreur mais aussi les conséquences potentielles, la gravité de l’écart sera hiérarchisée, de la même manière que le risque est coté. Ce qui a été classé dans la catégorie des ratés et lapsus apparaît souvent comme une moins importante atteinte aux normes professionnelles que la catégorie des erreurs. Au travers de l’erreur c’est la compétence du soignant dans sa prise en soin ou dans son exercice professionnel qui pourra être interrogée. Le fait de réaliser un soin avec une non-conformité au regard des recommandations en lien avec un défaut de connaissance aura une toute autre dimension qu’un oubli de mesure des paramètres vitaux dans un contexte de sous-effectif par exemple. La déclaration d’une erreur est donc une estimation implicite d’une action qui diffère de la norme selon Dominique Thouvenin (professeur de droit)(38), c’est admettre la faillibilité du médecin ou plus largement de l’humain. Le soignant mais également ses pairs utilisent les normes professionnelles et scientifiques pour estimer la qualité de sa prise en soin et sa compétence. Mais les professionnels ne sont pas les uniques juges de leur compétence. Depuis quelques années, les attentes sociétales en matière de droit à la santé ne cessent de croître.

3. L’écart aux attentes du patient, de la société

Depuis l’affaire du sang contaminé de 1980 la demande de sécurité par les patients est majorée. La sécurité des soins est jugé par les français comme préalable à la qualité des soins d’après Alain-Michel Ceretti (président de l’association Le Lien)(39). Les progrès de la médecine et l’innovation en matière de santé ayant permis une réduction drastique de la mortalité et de la morbidité, la guérison est passée de l’espoir au droit. Le droit à l’accès au soin promu par la Santé Publique est devenu dans l’imaginaire collectif le droit d’être soigné. L’augmentation de la durée de vie en bonne santé a conduit à une intolérance croissante aux risques et une augmentation des attentes d’efficacité des soins, et ce, indépendamment la gravité ou de la nature de l’affection (37). Comme évoqué précédemment, il existe un paradoxe dans le rejet des limites ou de l’échec d’une prise en soin en lien avec le progrès et la recherche scientifique. Avec cette attente de résultat et la fin du modèle paternaliste, les plaintes et

réclamations se sont multipliées. L'objectif étant d'obtenir un dédommagement financier en contrepartie d'une prise en soin estimée de qualité insuffisante.

La médiatisation des procès médicaux s'est fortement développée. La littérature laisse à penser qu'à l'évocation du partage d'une erreur médicale avec le patient, les professionnels ressentent une crainte de réclamation d'indemnisation, d'une perte de la confiance du patient ainsi que ses proches mais aussi de leur équipe. Cette peur conduirait à une dissimulation de l'erreur au patient mais aussi à l'équipe dans la mesure des erreurs sans conséquence (25). L'air de l'infaillibilité médicale est révolue et le simple fait de posséder un diplôme de médecine n'est plus perçu par la société comme un gage de compétence.

Après s'être intéressé à l'erreur et à la gestion du risque dans sa théorie et avoir réfléchi autour des valeurs du soin, il est temps de croiser ces deux approches. La culture positive de l'erreur est un modèle de prévention du risque dans lequel l'humain a une place prépondérante. Afin de réaliser un état des lieux complet autour de l'acculturation des professionnels à ce schéma de pensées il est important de s'intéresser au soignant comme une personne avec toute sa complexité. Dans un premier temps nous étudierons le droit à l'erreur avant de discuter du vécu de l'erreur par le professionnel.

A. Le droit à l'erreur

L'erreur a une connotation morale forte comme nous l'avons vu précédemment. Malgré cela, les secteurs à risque tels que l'aviation ou le nucléaire sont parvenus à changer les états d'esprit afin d'entamer une démarche proactive de la gestion du risque. La question est donc de savoir pourquoi dans le domaine de la santé, qui est aussi un secteur sensible, cette même dynamique est difficile. Pour comprendre, nous allons nous intéresser à l'histoire de la médecine avant d'évoquer la négation du droit à l'erreur et de terminer par discuter de l'erreur chez l'apprenant.

1. Le poids de l'héritage

Jusqu'au changement de paradigme médical, le simple fait de posséder le diplôme de médecin était un gage de qualité et d'une infaillibilité presque divine (38). Les médecins plus particulièrement étaient par principe détenteurs du savoir et le malade réduit à un sujet de soin. Une très forte culture de l'infaillibilité existait avec une négation de la prévalence de l'erreur médicale (9). C'est seulement à la suite de la Révolution, la responsabilité du médecin a commencé à être remise en question lors de la survenue d'évènements indésirables dans une prise en soin, par souci de l'égalité des responsabilités face à la loi (38). Encore aujourd'hui le corps médical reste très marqué par cette pression de l'infaillibilité, en lien avec le fait que les conséquences résultant d'une erreur ou d'un aléa soient subites par le patient (9). Le savoir médical est aussi très valorisé et donc lors de la survenue d'une erreur, celle-ci est attribuée à l'humain et à son savoir personnel (25). C'est le soignant en tant que personne qui est mis en cause et non un professionnel de santé dans une approche systémique, la recherche de la médecine parfaite persiste. La politique de Santé Publique fixant la sécurité des soins comme

la priorité absolue, ce devoir de ne commettre aucun impair est renforcé encore dans la société moderne malgré une judiciarisation plus encadrée.

En effet entre la Révolution et la loi du 4 mars 2002 qui introduit le principe d'aléa thérapeutique et la prise en charge des indemnisations par la solidarité nationale, aucun texte législatif ne faisait une distinction entre la faute et l'erreur non-fautive, un amalgame était faite et une crainte s'est installée (38). La distinction faute et aléa est très récente et celle entre faute, aléa et erreur l'est encore plus. Il y a longtemps eu un flottement autour de l'erreur, ce qui a majoré le refoulement de son existence et l'imprégnation au devoir d'exercice sans faille (39). De plus, le changement de paradigme médical ayant conduit à l'évolution des devoirs du professionnel de santé envers les patients et au changement de rôle du patient dans sa prise en soin, les plaintes et réclamations se multiplient et la médiation de la santé se développe rapidement. Chez les professionnels une crainte apparaît. La politique de sécurisation des soins qui s'appuie sur une culture positive de l'erreur s'en voit mise à mal.

2. La négation du droit à l'erreur par et pour les professionnels de santé

Un soignant est, selon Rosette Marescotti et Yves Gineste, fondateurs de la philosophie de soin Humanitude (40), un professionnel prenant en soin une personne rencontrant des problèmes de santé ou se préoccupant de sa santé afin de l'aider à l'améliorer, la préserver ou l'accompagner jusqu'à la mort dans les meilleures conditions possibles. Il a une visée de protection et de soutien pour les personnes vulnérables, mais commettre une erreur n'est-ce pas faillir à sa mission ? N'est-ce pas faillir aux valeurs du soin ? Si on en croit les recherches réalisées sur le droit à l'erreur en santé alors la réponse à ces questions est oui. En effet, selon une étude menée par Isop pour la HAS en 2011, 71% de professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux) estiment ne pas bénéficier d'un droit à l'erreur, et 70% reconnaissent avoir une crainte de poursuites judiciaires (25). Une autre étude centrée cette fois-ci sur les internes en médecine témoigne de l'exigence des étudiants envers eux-même. Ils fixent un standard d'excellence et ressentent un sentiment fort d'attentes de la part des patients mais aussi des autres professionnels, médicaux mais aussi paramédicaux (41).

Ce tabou autour de l'erreur conduit les médecins, même s'ils reconnaissent commettre des erreurs, à ne pas en parler par peur de la critique par les pairs, par honte mais aussi par rapport aux attendus sociaux d'une médecine sans erreur. Cette attente de résultat et de sécurité par les patients est la société dans son ensemble peut aisément être observée par l'augmentation

du nombre de plaintes, d'actions juridiques et demandes d'indemnisation réalisées mais aussi par la médiatisation des affaires. La médecine est médiatisée voire surmédiatisée pour ses exploits mais aussi pour ses failles, ce qui ne fait que renforcer la crainte autour de l'erreur médicale. Mais la peur n'évite pas le danger comme le dit l'adage donc c'est autour de l'information donnée au patient que cela aura une incidence et non pas sur la survenue de l'erreur. La crainte conduit les professionnels de santé à ne pas révéler au patient qu'un évènement inattendu ou non-désiré s'est produit dès lors que cela est possible. Ainsi, le presque accident n'ayant conduit par définition à aucune conséquence pour le patient ne lui sera pas révélé. Un climat de peur subsiste malgré des politiques de non-punitivité.

3. *L'erreur de l'apprenant*

Lorsqu'il est souhaité une évolution des pratiques et des états d'esprits, c'est à l'acculturation des étudiants qu'il est nécessaire de réfléchir. Ainsi, les écoles de médecine américaines ont développé le *problem based learning* faisant le parallèle avec l'*evidence based practice*. Cette méthode consiste à présenter à des étudiants des situations de soins difficiles et pouvant conduire à des erreurs d'appréciation afin de les faire réfléchir en groupe et proposer des prises en soin. L'objectif est d'apprendre par transposition. Cet exercice s'apparente beaucoup à ce que nous appelons en français les RMM. Chez les étudiants infirmiers et médecine français, il existe également des modules traitant de la question de la démarche qualité avec la gestion de l'erreur et les démarches d'analyses. Les facultés étant libres des contenus, l'exhaustivité de l'information reçue par les étudiants peut être très variable en fonction du lieu de formation pour les étudiants en médecine, quant aux étudiants infirmiers, les attendus de formations sont davantage normés Au cours de leur formation, ils recevront 20 heures de cours magistraux et 20 heures de travaux dirigé sur la gestion du risque. La sensibilisation à la déclaration n'étant qu'une petite partie des attendues pour cette unité d'enseignement (42). Mais un manque d'outil pédagogique autour de l'erreur perdure en raison de la négation du droit à l'erreur encore présente.

Les internes en médecine sont très exigeants avec leur travail puisqu'ils craignent de décevoir leurs pairs et que leurs compétences puissent être remises en question. Cela les conduit à ne pas évoquer leurs erreurs d'autant plus qu'ils peuvent parfois être amenés à aider des médecins seniors à dissimuler des erreurs, cela pourrait s'apparenter à une culture de la non-déclaration dans un contexte de recherche d'appartenance. Dans ce même schéma, des chefs et seniors qui parlent de leurs erreurs présentes ou passées librement vont inmanquablement

libérer la parole des apprenants, puisque reconnaître faire des erreurs malgré l'expérience permet une démythification de la perfection du médecin. La RMM est alors un apport pédagogique intéressant mais aussi un outil pour la formation continue qui permet de gagner en confiance mais aussi d'échanger en équipe sur les pratiques et situations complexes dans une atmosphère bienveillante.

A contrario, l'erreur de l'apprenant peut aussi être banalisée et acceptée comme faisant partie de l'apprentissage. L'erreur comme un manque de connaissance et d'expérience mais aussi comme la mauvaise activation d'une connaissance est estimée inévitable et partie intégrante de la formation des professionnels, chez les internes mais aussi chez les étudiants infirmiers et jeunes diplômés. Il est estimé qu'un infirmier devient compétent au bout de 13 mois d'exercice, temps nécessaire pour se familiariser avec ses responsabilités, son rôle, l'appartenance à l'équipe mais aussi développer un regard critique et une intelligence situationnelle (43). Cependant, s'appuyer sur des études qui expliquent que l'erreur chez le professionnel inexpérimenté est un processus normal revient à banaliser ses événements. L'erreur est entre la crainte et la banalisation (44). La culture positive de l'erreur est basée sur un principe de non-stigmatisation mais aussi de non-banalisation puisque banaliser l'erreur pourrait s'apparenter à accepter d'outrepasser le serment d'Hippocrate qui dit que le médecin ne doit pas nuire mais aussi de ne pas être en accord avec les valeurs du soin et la promotion de la bienveillance par les professionnels de santé.

B. Le vécu de l'erreur par le soignant

Le risque de l'erreur n'est pas uniquement pour le patient. Lorsqu'on parle de l'erreur médicale, les dommages pour le patient viennent immédiatement en tête mais nous avons tendance à négliger l'impact qu'elle peut avoir sur le professionnel. C'est ce qui est appelé l'effet *double victime*. Pour les soignants la charge mentale liée à la survenue d'un dysfonctionnement est importante et nous allons l'observer en étudiant la charge émotionnelle induite mais aussi l'impact que cela peut avoir sur la dynamique de travail avec le rapport à la compétence au sein d'un système de soin dans lequel le travail d'équipe est indispensable à la qualité et la sécurité des soins, pour le patient mais aussi pour les professionnels.

1. Une lourde charge émotionnelle

Lors de la survenue d'une erreur, la tranquillité d'esprit des professionnels est bousculée. Malgré la survenue d'un évènement multifactoriel et systémique, les causes apparentes sont en lien avec la pratique du dernier maillon de la chaîne, ainsi celui-ci va ressentir de la culpabilité, il se sent responsable de l'erreur. De la culpabilité est décrite par 64% de professionnels de santé à la suite d'une erreur (25). Ce sentiment les incite à dissimuler l'erreur plutôt que d'entamer une démarche de déclaration et d'analyse dessus, et d'autant plus lorsque l'erreur ne donne pas suite à des conséquences pour le patient et reste à l'état de presque accident. Celui-ci est estimé comme intéressant par les professionnels puisque le danger ne s'est pas potentialisé et que la crainte de la sanction disciplinaire ou judiciaire demeure forte. Ce schéma de pensées ne s'inscrit pas dans la gestion du risque entreprise dans le système de santé français ni dans les valeurs fondatrices médecine. Le silence est l'ennemi d'une politique de sécurité (45).

Ensuite, l'erreur médicale entre en conflit avec l'image de la médecine parfaite et puisque l'erreur est dans la nature de l'homme et non de la science c'est à lui qu'elle est imputable. Puisque l'homme est, par nature, responsable de la survenue d'un évènement indésirable, les personnes impliquées dans l'incident ressentent de la culpabilité, un sentiment d'avoir failli dans leur mission pouvant conduire à une altération de l'image de soi et de ses compétences. A cela peut s'ajouter une perte de sens et un dégoût de la profession lorsqu'une judiciarisation de l'erreur a lieu, par exemple lorsqu'un patient va tenter une action en justice afin d'avoir de dédommagement. Cette perte de sens peut survenir malgré le fait que le jugement ne conduise pas à une sanction ou à la déclaration d'un évènement fautif (25). Ce sentiment de dégoût est en lien avec les attentes sociales envers les soins. Puisque les patients estiment bénéficier d'un droit à la guérison, ils intentent des actions juridiques alors même que le professionnel de santé ayant commis une erreur a réalisé une prise en soin avec pour intention de préserver et améliorer la santé. Au-delà de ses compétences, c'est surtout une critique de ses valeurs professionnelles qui peut être ressentie.

2. Le travail en équipe et la sécurité des soins

Les professionnels inexpérimentés présentent souvent un manque de confiance en eux, et recherchent davantage la validation par leur pair que les autres professionnels, cela entraîne une difficulté à demander de l'aide par crainte d'être jugés incompetents ou ignorants (26). La crainte d'être jugé par les pairs altère la qualité du travail en équipe or celui-ci même est un

facteur favorisant la sécurité des soins (46). En effet, le travail en équipe pluridisciplinaire est perçu par les patients comme un élément clé de leur prise en soin puisque cela permet une meilleure organisation et anticipation pour la continuité des soins. A cela s'ajoute qu'une communication et une collaboration efficiente fait considérablement baisser le risque d'erreur et joue un rôle dans le vécu de celle-ci par le professionnel (47). Pour que les soignants évoquent leur erreur aux travers de la déclaration il est nécessaire d'avoir un climat de confiance mais pour qu'ils souhaitent partager cela avec leur équipe et amorcer une démarche d'analyse, la confiance est aussi un élément essentiel.

Le corps médical partage des valeurs et des normes. Ainsi, si, lors de la survenue d'un évènement indésirable la compétence ou les valeurs du dernier maillon de la chaîne ne sont pas remises en question, mais que l'incident est perçu comme une erreur systémique alors la communication autour de l'erreur peut se faire. De là pourra débiter la recherche des causes latentes de l'EIAS ou de l'EPR permettant une compréhension profonde de l'erreur et de ses modalités de survenue. Lorsque l'erreur est prise dans sa globalité et ne s'inscrit pas dans une démarche d'accusation, alors une tout autre relation naît. Dans une dynamique d'équipe basée sur la communication, des valeurs communes, de la confiance mutuelle et de l'écoute, le tabou autour de l'erreur est considérablement diminué (26). Au travers de cette ambiance de bienveillance et d'écoute, le professionnel permettant la survenue d'un évènement indésirable n'est pas envisagé comme responsable ou défaillant dans sa pratique mais comme une barrière de sécurité supplémentaire. Il bénéficiera de soutien et d'écoute afin de surmonter au mieux et en équipe cet incident plutôt que de se sentir sanctionné par ses collègues.

3. Le travail en équipe et l'erreur

Lorsque le climat de bienveillance au sein d'une équipe n'est pas existant alors la relation à l'erreur peut prendre une dimension bien plus culpabilisante et peut plonger le professionnel dans une grande souffrance (25). Lorsqu'un soignant s'aperçoit d'une erreur commise par un autre, il préférera ne pas en parler malgré le fait que cela représente un danger potentiel afin de ne pas entraîner un conflit ou d'éventuelles représailles par exemple (48). L'erreur non-fautive ne conduira pas à une sanction au sens réel du terme, c'est à dire une mesure punitive disciplinaire ou judiciaire cependant cela peut être sujet à ce qui est appelé la sanction par les pairs (49). Celle-ci se traduit par une modification des relations sociales et professionnelles avec ses collègues de travail. Souvent la confiance est la première impactée. Dans le champ de l'exercice professionnel, la confiance se fonde sur le rapport aux compétences

et connaissances mais aussi aux valeurs de l'autre. Lorsque la confiance est perdue, c'est donc l'ensemble de ces éléments qui sont remis en cause. Puisque le soignant est incriminé par ses pairs, celui-ci s'isole et ne bénéficie plus du droit de ne pas savoir, il ne peut demander d'aide ou poser une question sans que ses aptitudes à être un bon professionnel ne soient interrogées. Il a perdu la confiance de l'équipe et le temps nécessaire pour la regagner peut être très long surtout dans un contexte d'erreurs répétées (48). Seulement, il a été énoncé précédemment que le manque de communication et d'échange en équipe conduit à une majoration du risque d'erreur alors l'isolement subi par un soignant ayant commis une erreur est un vecteur d'incident, il est donc possible de parler d'un cercle vicieux.

Il est prouvé une corrélation importante entre les enseignements des soignants au sens large du terme et la sécurité réelle du patient (48). Par enseignement il est entendu les savoirs théoriques mais aussi pratiques acquis grâce à l'expérience et à la collégialité dans les prises en soin. Mais la difficulté est dans la barrière culturelle entre les différentes catégories de professionnels collaborant au cours d'une prise en soin. Les logiques médicales et paramédicales peuvent être différentes et avoir un impact négatif sur l'apprentissage en collaboration alors même que les valeurs promues sont communément partagées. Les 2 voix existantes sont la voix promotive et la voix prohibitive (48). Alors que la première est une expression des idées ayant pour but d'améliorer les pratiques, la seconde est une démarche plus réactionnelle agissant sur des pratiques existantes, des comportements et des incidents considérés comme préjudiciables pour l'organisation et la prise en soin. Il a été observé que la logique des médecins est davantage promotive alors que celle des infirmiers est plus prohibitive et que les médecins auraient une culture sécurité plus développée que celle des infirmiers. A la question des causes des écarts il est possible d'identifier la formation mais aussi la hiérarchie. Il existe un rapport hiérarchique entre ces deux professions, bien malgré le fait qu'il n'existe pas de lien hiérarchique réel, et les infirmiers souhaiteraient moins s'exprimer sur ce qu'ils identifient comme des vecteurs de risques potentiels en raison d'un sentiment d'impuissance mais aussi l'impression qu'il s'agit de ce qui est attendu d'eux en lien avec la dynamique de pouvoir et de gradient d'autorité présent dans le système de santé (48). Cela peut être interprété comme un sentiment de n'être que des exécutants de soins n'ayant pas de voix dans la culture qualité et sécurité des soins en raison d'une culture médicale forte et d'une course aux résultats. Cette approche péjorative du rôle des paramédicaux dans l'organisation de santé et dans la prévention du risque est en opposition avec la démarche de la culture positive de l'erreur mais également avec l'éthique de la gestion du risque (36). Répondre éthiquement à une erreur ou

un presque-accident c'est entrer dans une réflexion collégiale sur la prise en soin entreprise et le rôle de l'équipe. C'est amorcer une démarche d'analyse bienveillance ayant pour objectif d'éviter qu'une pareille situation ne puisse se reproduire. Finalement une réponse éthique à l'erreur est "la culture positive de l'erreur".

Après avoir étudié ce qui est repris dans la littérature au sujet de l'erreur et des valeurs du soin, nous allons tenter de vérifier les hypothèses formulées au départ de ce travail de recherche au travers d'un échange avec des professionnels de santé. Afin d'interroger les résultats de cette enquête nous allons dans un premier temps présenter la méthodologie de la recherche puis les résultats de manière factuelle avant d'en réaliser une analyse plus complète.

I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin de comprendre la méthodologie de cette recherche, nous allons commencer par expliciter les objectifs initiaux puis expliquer les choix méthodologiques faits. Dans un second temps, une présentation du terrain d'enquête va être réalisée.

A. Objectifs de la recherche

Au travers de ce travail nous cherchons à comprendre si le droit à l'erreur en santé peut exister et si la non déclaration d'une erreur peut entrer en conflit avec les valeurs professionnelles du soignant. Différentes hypothèses ont été énoncées et cette recherche aura vocation à les confirmer ou les réfuter. Ainsi, afin d'observer les différents axes de réponses envisagés, cette étude vise à objectiver les valeurs et devoirs que les soignants estiment essentiels à leur pratique professionnelle, l'importance donnée au travail en équipe et la validation par les pairs, mais aussi la représentation et le vécu qu'ont les professionnels de l'erreur en santé et leur acculturation à la culture positive de l'erreur. Seront également examinés les facteurs limitants à la déclaration des événements indésirables. Ces données seront ensuite comparées entre-elles ainsi qu'au regard de la littérature scientifique.

B. Choix de la méthode

Afin de mener cette recherche, 14 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Les entretiens semi-directifs sont une méthode d'enquête qualitative qui oriente en partie le discours

des personnes interrogées autour de thématiques. Ces thématiques sont identifiées en amont par l'enquêteur et inscrites dans un guide d'entretien (annexe). Le choix a été fait de diriger les participants à évoquer les erreurs sans conséquences afin de faciliter l'échange sur ces événements, mais tout en les laissant assez libres dans la définition qu'ils donnent à l'erreur. Un document de consentement à la participation et l'enregistrement des entretiens a été remis et signé par chaque enquêté. Par la suite, les temps d'échange ont été retranscrits et anonymisés et sont inscrits dans les annexes et les résultats ont été exploités par le biais du logiciel Excel.

Les entretiens semi-directifs réalisés ont duré environ 1 heure auprès de professionnels volontaires. Ils avaient une connaissance du thème général du travail de recherche, à savoir la gestion du risque en santé mais pas du thème précis de celui-ci afin de ne pas influencer les participations ou les réponses. De la même manière, il ne leur a pas été dit en amont ou lors de l'entretien si l'enquêteur avait une quelconque connaissance du milieu médical afin d'éviter les non-dits. Les soignants interviewés étaient des infirmiers diplômés d'Etat et des internes de médecine. Dans le cadre des blocs opératoires où les infirmiers peuvent bénéficier d'une spécialisation nécessitant une formation supplémentaire il a été fait le choix d'interroger que des professionnels n'ayant pas suivis cette formation afin que les écarts possibles dans les pratiques ou culture ne puisse pas être imputable à la spécialisation et l'enseignement supplémentaire reçu par l'agent.

Ensuite, il a été décidé d'axer les questionnaires sur des infirmiers puisqu'ils apparaissent dans la littérature comme le dernier maillon de la chaîne, ils sont les exécutants mais aussi la dernière barrière de sécurité, et sur les internes car lorsque l'erreur du médecin est évoquée dans les revues scientifiques il est courant que ce soit en réalité l'erreur de l'apprenant et non pas celle du médecin confirmé. Afin de pouvoir comparer les réponses obtenues lors des entretiens avec la revue de littérature, le choix a été fait d'interroger des internes en médecine ou des docteurs juniors. Ainsi 7 infirmiers et 7 internes ou docteurs juniors ont été interrogés. Le choix des secteurs ou services enquêtés a été fait au regard des activités de signalement sur l'année précédente en termes de nombre et de pertinence de déclaration. Les secteurs sélectionnés pour le déploiement des entretiens sont les blocs opératoires et la réanimation chirurgicale. Différentes spécialités ont été questionnées sur chaque pôle afin de ne pas biaiser l'enquête.

C. Le terrain d'enquête

Les pôles enquêtés ont une activité de chirurgie avec les blocs opératoires mais aussi avec les réanimations qui en plus de la spécialité soins critiques ont une indication chirurgicale. Le choix des secteurs de soins a été fait en fonction du bilan de déclaration de l'année précédente. Ainsi le pôle des blocs opératoires a été investigué puisqu'il s'agit d'un des secteurs de soins déclarants le moins d'EIAS alors qu'il s'agit d'un secteur à risque et il en va de même pour le secteur de réanimation chirurgicale dont les déclarations d'EIAS étaient en baisse sur l'année 2022. De plus, les vecteurs d'erreurs comme la nouveauté, la multiplicité des protocoles et recommandations, la diversité des soins, le stress ou encore la fatigue y sont très présents. Ce sont aussi des services dont les effectifs sont normés, de ce fait aucun sous-effectif ne peut survenir dans ses secteurs d'activités. Cependant, les compétences des professionnels paramédicaux étant spécifiques à l'activité, les équipes sont amenées à s'auto-remplacer ce qui peut amener les infirmiers à réaliser plus d'heures que le planning initialement prévu.

Au niveau de l'institution, il s'agit d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) avec une démarche qualité et sécurité en développement perpétuel. L'établissement suit annuellement les déclarations d'EIAS globales mais aussi selon certaines thématiques. Il est également suivi le nombre de démarches d'analyses tel que les CREX et les RMM au niveau de l'institution mais aussi à l'échelle des services et secteurs de soin. L'établissement bénéficie d'une équipe dédiée à la démarche qualité et sécurité composée de 3,5 qualitiens-gestionnaires du risque, 1 médecin de coordination, 1 cadre supérieur de santé ainsi qu'un directeur qualité. Une charte de non-punitivité a été réactualisée et signée par la Direction Générale afin d'inciter à la déclaration et des actions de sensibilisation à la déclaration sont menées dans les services par le service Direction qualité et sécurité en collaboration avec les encadrements et les médecins référents qualité. Un CREI (Comité de Revue des Événements Indésirables) est réalisé chaque semaine afin de discuter des EIAS récurrents ou d'une particulière complexité ou gravité. Chaque pôle a un qualicien référent. Celui-ci reçoit l'ensemble des FEI réalisées par les services dont il a la responsabilité. Il devra en coter la gravité et la déléguer à la personne pouvant y apporter une réponse, ensuite il aura un regard sur la réponse et si celle-ci n'est pas estimée suffisante alors il pourra effectuer une nouvelle délégation afin que l'agent puisse avoir un retour sur sa déclaration.

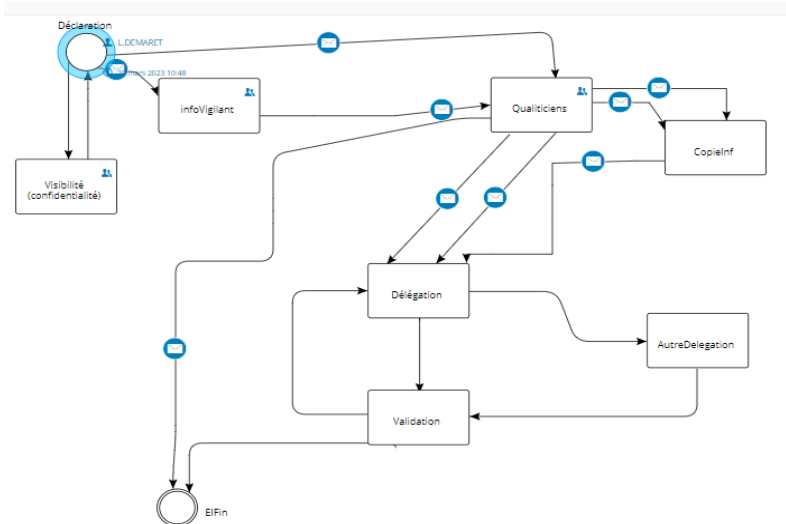


Figure 5 : Workflow du circuit d'une FEI au CHU de Caen, de la déclaration à la clôture après réponse.

Le médecin coordinateur du service et les qualitiens organisent et coordonnent respectivement les RMM et CREX réalisés sur l'établissement afin qu'ils correspondent aux méthodologies HAS.

II. RESULTATS

Les entretiens ont été réalisés sur une période de 1 mois. Durant ces 14 entretiens, 7 infirmiers et 7 internes ou assimilés ont été questionnés. Parmi les infirmiers, 3 travaillaient en secteur de réanimation et 4 en secteur de chirurgie ; pour les internes 2 étaient en stage en réanimation et 5 en services de chirurgie. Dans les infirmiers interrogés le nombre d'années depuis l'acquisition du diplôme d'Etat était varié puisque oscillant entre 26 et 4 ans ; pour les internes certains étaient en début d'internat et d'autres en dernière année d'internat avec la fonction de docteur junior ou encore assimilé interne en raison d'un diplôme étranger.

Tous les professionnels interrogés ont été invités à évoquer ce qu'ils estiment être les valeurs du soin et les devoirs du professionnel de santé. Pour 9 d'entre eux, la sécurité est un devoir du professionnel, les personnes n'ayant pas évoqué la sécurité parlent de rigueur ou de résultat. A contrario, la transparence n'est ressortie que pour 2/14 et uniquement chez des internes en chirurgie en fin d'internat. Du point de vue des valeurs du soin, là encore des similitudes sont apparues avec la bienveillance et bienveillance, l'attention portée à l'autre et à ses besoins chez 11/14 et au moins une des notions respect, écoute ou réassurance a été citée par l'ensemble des professionnels. La communication ou le fait d'établir une relation de confiance est estimée comme une valeur essentielle du soin par 7/14 avec la répartition suivante : 2 infirmiers de chirurgie et 1 en réanimation ; 2 internes en réanimation contre 2 en chirurgie. Dans les valeurs soulignées par les soignants, le respect des bonnes pratiques ou encore la compétence technique a été évoqué à 3 reprises dont 2 fois par des internes en médecine. La thématique du travail en équipe et de la relation de confiance entre les différents professionnels composant une équipe a montré que les professionnels estiment la pluriprofessionnalité mais également la pluridisciplinarité comme primordiales à la qualité des soins pour le patient par l'ensemble des professionnels bien que 2 infirmiers de réanimation n'estiment pas la confiance en leur collègue comme essentielle à l'exercice professionnel bien que cela soit facilitant. A contrario, ils ont évoqué ce qui est selon eux vecteur d'erreur dans leur pratique quotidienne. Le temps et la charge de travail ont été spécifiés par l'ensemble des professionnels comme une source d'erreur. Ont aussi été identifiés le stress, l'interruption de tâche, un manque ou une mauvaise communication entre les différents intervenants, la fatigue, le niveau de formation ou l'expérience du professionnel, l'ambiance d'équipe, la charge émotionnelle mais aussi le facteur nouveauté et le défaut de connaissance ou d'organisation comme des situations favorisant la survenue d'incidents.

Ensuite, au sujet de la représentation de l'erreur et sa définition, il a été observé qu'un infirmier de chirurgie estimait que l'erreur médicale ne concernait que les chirurgiens et était dans l'incapacité de définir l'erreur. Les internes et les infirmiers semblent porter un regard différent sur l'erreur médicale. Pour 3 des internes, l'erreur représente un évènement inattendu et involontaire, une succession d'évènement et de micro-erreur aboutissant à la survenue d'un accident. Mais pour les autres internes, l'erreur est fortement assimilée à la faute ou confondue avec l'aléa thérapeutique. Le discours de 2 internes en réanimation exprime clairement que pour eux l'erreur est une faute, qu'il s'agit d'un acte volontaire avec une intention de nuire. Ils expliquent que l'erreur peut être volontaire ou non mais qu'aucune distinction avec la faute n'est faite dans leur perception des choses. Maintenant, les 3 infirmiers de réanimation définissent l'erreur avec une approche systémique tandis que les infirmiers de bloc opératoire perçoivent l'erreur comme péjorative avec l'utilisation de termes comme "correctionnelle", "danger", "séquelle". Concernant le droit à l'erreur, 4/14 dont 2 infirmiers et 2 internes en chirurgie estiment que le soignant n'a pas le droit à l'erreur en évoquant les conséquences patients comme trop graves et que le fait de s'autoriser l'erreur peut conduire à réduire en rigueur. Parmi les professionnels qui estiment avoir ce droit à l'erreur, l'expression "l'erreur est humaine" revient à chaque fois, il est aussi évoqué à 2 reprises par des internes que l'erreur est apprenante. Selon 1 infirmier, ce droit à l'erreur n'est pas admis par le reste du service ainsi que la hiérarchie. Il est important de préciser que seul 1 professionnel (interne en chirurgie) exprime l'importance d'informer le patient de la survenue d'une erreur même si celle-ci n'entraîne aucune conséquence pour le patient dans l'immédiat puisque cela pourrait en avoir à moyen terme. Pour les professionnels partageant le fait de ne pas informer le patient lors de l'absence de conséquence d'une erreur, il est évoqué pour chacun le souhait préserver la relation de confiance avec le patient mais aussi de limiter les facteurs de stress pour la personne soignée, puisque déjà nombreux dans un contexte de l'hospitalisation. Plusieurs évoquent aussi la crainte d'une poursuite engagée par le patient, insatisfait par sa prise en soin.

Dans un troisième temps, les échanges se sont portés sur l'acculturation des professionnels à la culture positive de l'erreur. Pour commencer, exception faite de 2 infirmiers, tous ont déjà participé à une analyse de cause (CREX ou RMM) et ont vu un intérêt à cette démarche puisque l'analyse systémique de la situation a permis d'identifier des facteurs de risque et de réfléchir à des actions d'améliorations. Un infirmier de réanimation témoigne que, pour lui, l'analyse est intéressante et bienveillante mais que, selon lui, le problème venant souvent d'un problème de professionnalisme et de compétences aucune analyse ne pourra être

réellement efficace. Lorsqu'il a été demandé aux personnes enquêtées si à la suite de la déclaration d'une erreur ils avaient été témoins ou victimes de conséquences telles que la sanction disciplinaire ou le jugement par les pairs, les réponses ont été variées mais proches selon les fonctions. Les internes ont immédiatement évoqué qu'en cas d'erreur de leur part ou d'un co-interne la responsabilité de l'évènement ne pourra pas leur être imputable mais qu'elle sera attribuée au chef de service. Cette remarque a également été faite par les infirmiers de bloc opératoire. Ils évoquent cependant tous une responsabilité morale lors de la survenue d'un EIAS induisant de la culpabilité, de la remise en question de sa pratique et une perte de confiance en soi durant une période plus ou moins longue selon l'évènement et le degré d'implication de la personne sa survenue. La question des nouveaux professionnels a également été relevée à plusieurs reprises en évoquant le fait qu'un nouvel arrivant aura des difficultés à l'intégrer au sein d'une équipe s'il commet une erreur alors qu'il est encore dans une période où il devait faire ses preuves et que cela pourrait même rendre impossible son incorporation. La sanction par les pairs est décrite par différents professionnels, tous infirmiers, soit en l'ayant subie, soit en admettant que l'erreur les a fait redoubler les vérifications, qu'il a fallu que la personne fasse à nouveau ses preuves afin de montrer sa compétence, surtout lorsque les erreurs sont récurrentes. Chez les internes il est davantage explicité un soutien voire une protection lors de la survenue d'erreurs estimées "non graves".

Enfin, sur le rapport à la déclaration, l'ensemble des entretiens a montré que lorsque la déclaration est évoquée cela renvoie à l'erreur de l'autre. Aucun professionnel n'a évoqué spontanément la réalisation d'un FEI au sujet d'une erreur qu'ils auraient eux-mêmes commis. Les termes de délation, de dénonciation ou d'accusation sont aussi revenus à de multiples reprises sans incidence apparente de la fonction ou du secteur d'activité. Ils estiment la démarche de déclaration comme chronophage, peu intuitive, avec des réponses inadaptées et surtout pas dans la logique de fonctionnement des équipes. Un infirmier parle également d'une crainte de représailles par le professionnel concerné dans la déclaration ou bien par l'ensemble des professionnels de la même fonction. Ils déclarent donc peu ou pas du tout pour certains. Cependant, seulement 1 infirmier exprime être en désaccord avec ses valeurs dans sa pratique professionnelle. Il évoque un sentiment de manque de patience et de bienveillance en raison d'une charge de travail élevée et de la pression donnée par les exigences croissantes des patients. Il développe en ajoutant que les patients sont devenus des consommateurs de soins.

Les résultats bruts ne permettent pas d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses de départ, c'est au travers de l'analyse que nous allons voir si celles-ci se vérifient et si théorie et pratiques concordent. A noter cependant que l'enquête menée ne peut être généralisée à l'ensemble du corps médical au vu du nombre de participants, mais elle indique des tendances. Dans cette analyse, nous allons découper les réflexions autour de 3 axes, les fondamentaux du *prendre soin*, le rapport à l'erreur et le souci de la transparence.

A. Les fondamentaux du *prendre soin*

Afin d'observer les fondamentaux de la prise en soins selon les professionnels, nous allons discuter des valeurs du soin évoquées par les soignants mais aussi des devoirs qu'ils estiment avoir à l'égard des patients. Au travers de ces différents éléments nous analyserons ce qu'ils estiment comme des incontournables de leur pratique.

1. Les valeurs essentielles

Il a été explicité précédemment les valeurs que la littérature définit comme essentielles à l'activité de soin et au travers des entretiens il est apparu ces mêmes valeurs, les fonctions occupées n'ayant pas d'incidence sur la réponses. Ces valeurs sont communes et ancrées dans les pratiques pour les infirmiers comme pour les internes. On parle de bienveillance, de communication, d'écoute, d'attention portée à l'autre avec pour volonté de répondre aux besoins de l'autre. Au travers de ces termes, la notion de guérison, de soin technique sont au second plan, le prendre soin et les valeurs du soin sont dans un premier temps une relation de confiance, d'aide et de soutien, certainement un vestige l'origine charitable de ses professions, mais aussi un héritage des différentes éthiques du soin telle que l'éthique du *care*. Le souci d'aider l'autre et de le soutenir dans les moments de vulnérabilité induits par la maladie semble être universellement présents dans l'idéologie des soignants.

Chez les internes, il a aussi été énoncé à de multiples reprises le respect des bonnes pratiques et recommandations ou encore la compétence technique qui sont des thèmes nouveaux mais aussi spécifiques à cette typologie d'enquêtés. Bien qu'ils intègrent une dimension relationnelle dans leur approche de la profession, ils abordent le soin avec une approche plus

technique et normative que les paramédicaux. Ce rapport à la compétence paraît surprenant. En effet, lorsqu'on évoque les valeurs du soin, c'est en réalité davantage au savoir-être, aux aptitudes et qualités humaines et individuelles des professionnels qu'il est fait référence. Les médecins et aspirants médecins auraient donc intégré ce souci de respecter les normes de qualité dans la prise en soins technique du patient au point de l'entrelacer avec une qualité morale, la volonté de faire le bien. Ces valeurs moins morales ne sont pas moins éthiques. Elles ne sont pas destinées à définir la personne d'un point de vue personnel et identitaire mais servent de guide vers un idéal de pratique, vers l'idéal qu'on se fait de la profession. C'est au croisement de ces différentes catégories de valeurs que le professionnalisme technique devient un professionnalisme éthique.

2. Les devoirs du professionnel envers le patient

Les infirmiers n'ont pas évoqué la valeur de la compétence. Mais pour autant, on ne peut pas dire que cette catégorie de soignant ne dispose pas d'un professionnalisme éthique. L'approche paramédicale centre historiquement les valeurs autour du savoir-être et non du savoir-faire qui est attribué aux devoirs. La notion de compétence, de sécurité, de rigueur, d'information du patient a systématiquement été abordée par les professionnels, parfois comme une valeur, parfois comme un devoir. Malgré une logique médicale et paramédicale parfois différente, probablement en lien avec l'histoire des professions et l'héritage laissé dans les enseignements, tous partagent des idéaux communs. Tous travaillent à apporter aux patients la meilleure prise en soin possible, tant sur l'aspect technique que psychologique. Ils travaillent à la qualité et la sécurité des soins.

Ensuite, des devoirs comme l'honnêteté, l'information du patient ou encore la transparence ont été évoqués par la majorité des professionnels, principalement chez les internes. Ayant tous une activité de bloc opératoire, nous pouvons supposer que ce sont des professionnels particulièrement sensibilisés à l'obtention d'un consentement éclairé et donc basé sur une information claire et adaptée. Que ce soit dans le cadre de la réanimation ou de la chirurgie, ce sont des secteurs de soins à risques et donc pour lequel l'information concernant les risques per ou post opératoire est particulièrement importante notamment d'un point de vue assurantielle. L'information du patient et des proches étant réalisée par les médecins, cela peut être une cause de cette disparité dans l'approche de l'information donnée aux patients. Malgré cela, un seul interne affirme prévenir de manière systématique le patient en cas d'erreur, qu'elle ait ou non des conséquences. Le devoir de transparence et d'honnêteté s'applique donc aux

risques prévisibles mais pas aux erreurs humaines. Celles-ci sont partagées en cas de conséquences avérées et souvent tardivement selon les dires rapportés. En effet, l'erreur n'est pas forcément partagée avec le patient mais elle peut tout aussi bien être dissimulée au reste de l'équipe lorsqu'elle n'a pas de conséquence. Le fait de ne pas évoquer l'erreur est davantage revenu chez les paramédicaux, sûrement parce qu'ils sont le dernier maillon de la chaîne de réalisation des actes alors que l'erreur du médecin est souvent arrêtée avec le regard critique de l'infirmier. Puisque l'infirmier joue le rôle de barrière de sécurité, le médecin peut plus rarement faire le choix de ne pas parler des presque accidents à ses pairs.

Bien que les médecins partagent en équipes les erreurs, ils ne déclarent pas les EIAS par le biais des outils institutionnels et donc aucune étude d'analyse des risques n'est entreprise. Les infirmiers ne possèdent pas davantage la culture de la déclaration, aucune incidence du secteur d'activité ou de l'année de diplôme n'a d'incidence significative. Les soignants reconnaissent ne pas être transparents aux sujets des erreurs survenant au cours des prises en soin, action qui s'oppose à ce qu'ils estiment comme une valeur ou un devoir, malgré ça ils n'estiment pas avoir, de manière générale, une pratique contraire à leur éthique personnelle. La non-déclaration de l'erreur à l'institution ou au patient n'est pas perçue comme un écart aux valeurs alors que factuellement cela devrait. Il se pourrait qu'il s'agisse d'une norme intériorisée, qui se répète malgré les sensibilisations à la gestion du risque hospitalier en raison d'un apprentissage principalement basé sur le partage d'expérience par les pairs voir sur l'imitation. Cette discordance entre valeurs théoriques et pratiques pourrait avoir de multiples causes comme les habitudes de service, un tabou de l'erreur encore très ancré, mais aussi de la peur de la sanction.

B. Les soignants et le rapport à l'erreur

Le point de départ de la culture positive de l'erreur demeure l'erreur et sa déclaration. Puisque la littérature évoquait une approche péjorative de l'erreur médicale par les soignants et une sous-déclaration induite en partie un rapport difficile au partage de l'erreur. C'est autour de ces deux thématiques que nous allons désormais réfléchir en utilisant pour cela les échanges avec les professionnels.

1. *Une acculturation fragile*

La culture positive s'appuie sur un principe de non-punitivité de l'erreur et nécessite d'établir une relation de confiance avec les professionnels afin de favoriser l'échange et la

bienveillance. Puisqu'une sous-déclaration massive est observée encore à ce jour, au moins un de ces deux éléments doit être fragile dans l'imaginaire collectif. Lorsque les soignants décrivent l'erreur, des termes fort ressortent. Que ce soit chez les paramédicaux ou les futurs médecins, le mot *faute* est utilisé. Malgré une approche plutôt positive de l'erreur, c'est un concept qui reste encore marqué par un sens péjoratif, comme si l'erreur n'était qu'une sous-catégorie de la faute, la faute involontaire. Par l'évocation de mots très connotés comme "la correctionnelle", "séquelles", "intention de nuire" il est possible de se questionner sur l'éducation des professionnels à la culture positive de l'erreur mais aussi sur la place donnée au presque-accident dans la conception de l'erreur. Lorsqu'il est demandé aux différents professionnels de définir l'erreur médicale, rares sont ceux qui ont évoqué le cas de l'erreur qui n'a pas eu de conséquence ou la presque erreur qui a été corrigée avant sa réalisation. Le presque-accident est un non-cas et par conséquent il n'est pas jugé comme un EIAS.

Ensuite, il y a la question du droit à l'erreur chez les professionnels de santé. L'erreur est humaine et l'infailibilité une utopie mais dans le champ de la médecine, le droit à l'erreur est encore fragile. Sur les 14 entretiens menés, 4 estiment que les soignants ne disposent pas d'un droit à l'erreur dans la mesure où celui qui subit les conséquences de l'erreur n'est pas la personne l'ayant commise mais le patient. Malgré la prise de conscience du fait que les médecins ne détiennent pas la vérité absolue et qu'ils ne sont pas infailibles de par la nature humaine et la multitude de facteurs de risques existants dans l'activité médicale, le rapport à l'erreur reste difficile. Chacun a partagé des situations réelles et vécu d'erreurs médicales, de gravité variable, mais rares sont ceux qui ont centré l'échange sur une situation dans laquelle ils étaient personnellement impliqués, ils précisent même ne pas être responsables ou concernés par cet incident. L'erreur qui n'est pas la leur est acceptable. Cette négation du droit à l'erreur par les professionnels est un frein à la culture positive de l'erreur. Si les soignants n'acceptent pas la possibilité de commettre une erreur alors il est difficile d'envisager qu'ils puissent la déclarer par le biais d'un outil institutionnel et entreprendre une démarche d'analyse de celle-ci en collaboration avec la direction des soins.

2. La démarche de gestion du risque

Malgré ce rejet de l'erreur médicale, seulement 2 infirmiers n'ont jamais participé à une analyse de cause (CREX ou RMM). Les CREX sont systématiquement organisés avec la direction qualité, cependant les RMM peuvent être entreprises avec le médecin coordinateur ou par les équipes seules si celles-ci sont formées à la méthodologie. Au vu des descriptions du

déroulé de ces échanges sur les pratiques, les RMM évoquées par les internes sont réalisées en équipe, pluridisciplinaire si la présence paramédicale semble pertinente mais sans intégration de personnes extérieures au service dans la majorité des cas. Ces analyses sont utilisées à l'échelle du service ou du secteur selon les organisations mais les conclusions et actions d'amélioration ne seront pas portées au niveau institutionnel. L'échange se fait au sein d'un microcosme dans un microcosme, loin de l'idée d'une réflexion collégiale et neutre sur une problématique. La neutralité et la pluridisciplinarité sont nécessaires à l'analyse des causes profondes puisque les vecteurs de l'erreur sont à chaque niveau de la prise en soin, de l'organisation, à la réalisation d'une activité de soin en passant par l'aspect matériel. La question est donc pourquoi choisir de travailler de cette manière.

La FEI est à l'initiative d'une démarche d'analyse pilotée par la direction qualité de l'institution mais les professionnels ne souhaitent pas signaler les événements indésirables par le biais de cet outil. La déclaration d'un EIAS à l'institution est perçue par les professionnels comme de la délation, une solution en cas de problèmes récurrents mais ils ne l'assimilent pas à l'information de l'institution d'une problématique pouvant altérer la sécurité du patient. Elle est utilisée pour faire remonter les problèmes organisationnels, pas les erreurs et encore moins les presque accidents. Il y a un mésusage de l'outil institutionnel de déclaration des événements indésirables. La littérature aime à dire que la sous-déclaration est induite par un climat de crainte à la divulgation d'une erreur. De par le fait que les professionnels choisissent d'utiliser le terme de délation dans le fait de réaliser une FEI, cela laisse à penser que le climat de confiance nécessaire au partage de la faillibilité de l'homme ne reste qu'utopique dans un secteur où le droit à l'erreur est encore fragile dans l'idéologie médicale mais aussi pour la société.

C. Le souci de la transparence

Pourquoi cette crainte à la déclaration ? Dans un établissement qui promeut une non-punitivité et un Etat qui veille à la différenciation de la faute et de l'erreur afin que les professionnels ne puissent être pénalement inquiétés en cas d'accident, qu'est-ce qui rend les soignants inquiets ? C'est ce que nous allons tenter de comprendre en étudiant la crainte de la sanction et un principe de bienveillance.

1. Une crainte de sanction

Lors des entretiens avec les professionnels il est apparu une crainte encore bien présente de la sanction à l'issue d'une erreur. Mais puisque l'établissement s'est engagé à ne pas entreprendre de sanction lors de la déclaration d'une erreur, peu importent les conséquences de celle-ci, cela peut surprendre. L'évocation des poursuites judiciaires était davantage présente chez les internes ou infirmiers de bloc opératoire, ils évoquent les poursuites judiciaires entreprises par les patients à la suite d'un EIAS, durant lequel le sénior sera possiblement mis en cause. La crainte n'est pas à la sanction disciplinaire par l'établissement de santé mais par une procédure de plainte et réclamation en vue d'une indemnisation des dommages. Ils craignent aussi la diffusion de l'évènement par la médiatisation de celui-ci qui pourrait altérer la réputation du praticien mais aussi de l'équipe, raison pour laquelle ils préfèrent parfois étouffer les problématiques rencontrées. La médiatisation de la médecine est effectivement de plus en plus importante. Cette visibilité est à double tranchant, elle permet de mettre en avant les avancées de la science et les prouesses techniques désormais possibles ce qui permet aussi de promouvoir la recherche comme le disait un interne en chirurgie réalisant un master de recherche. Mais cette attention nouvelle portée sur les exploits conduit aussi à une mise en avant des scandales. La pandémie Covid 19 est un excellent exemple de la sur-médiatisation de la santé avec l'affaire Chloroquine avec le Pr Raoult mais aussi avec le décompte du nombre de décès. Les praticiens craignent une exposition médiatique en raison d'un scandale qui, il y a quelques années encore, n'aurait pas eu sa place dans les journaux nationaux.

La sanction par les pairs, quant à elle, concerne tout un chacun et pas uniquement les médecins séniors. La perte de confiance en l'autre, une majoration de la vigilance et des vérifications, et la nécessité de refaire ses preuves, démontrer à nouveau ses compétences est survenue dans la majorité des entretiens et surtout au niveau infirmier. Les infirmiers expriment percevoir une perte de la confiance que leur accordaient les médecins et le reste de l'équipe à la suite d'une erreur, durant une période plus ou moins longue, mais ils partagent aussi réaliser davantage de contrôles à la suite de l'erreur d'un interne par exemple. Pour les internes, rares sont ceux qui estiment avoir ressenti une sanction par l'équipe médicale à l'issue d'un dysfonctionnement au cours d'une prise en soin. Au vu des éléments soulevés précédemment cela peut être expliqué par une acculturation plus forte à l'erreur apprenante chez les professionnels médicaux que paramédicaux. Les secteurs de soins à risque ont une obligation de réaliser des analyses de situations (RMM) par conséquent ils ont développé une communication autour des parcours de soins difficiles, ils ont appris à entreprendre des

réflexions collectives sur les dysfonctionnements afin d'améliorer les pratiques du service et sécuriser les prises en soin. Cette dynamique est plus récente pour les paramédicaux d'autant plus qu'il existe une forme de hiérarchie entre les médecins et les infirmiers ou aides-soignants. Ainsi, lors de la survenue d'un incident il est fréquent qu'ils soient les exécutants de l'erreur. Ils représentent la cause apparente et subissent donc les répercussions immédiates de l'action. En plus de sa propre culpabilité, ce professionnel va ressentir la sanction par ses pairs. Il est la 2ème victime immédiate.

L'acculturation dès les études est importante puisque c'est durant cette période que le professionnel se construit, qu'il détermine quel professionnel il veut être. Durant les études de médecine, les internes participent à des réunions d'équipe durant lesquelles ils discutent en équipe autour des prises en charge mais aussi à des RMM. Il est acculturé à l'apprentissage par l'erreur bien qu'on ne puisse pas parler d'une culture positive de l'erreur du fait de la non-déclaration de l'erreur et de la protection des pairs qui peuvent s'ensuivre. Pour les étudiants infirmiers, le schéma d'apprentissage est différent. Ils réalisent des stages en service de soins durant lequel ils sont évalués. Lorsqu'une erreur est commise par un étudiant infirmier, l'établissement de formation en soins infirmiers de Caen demande à ce qu'un rapport circonstancié soit réalisé par le service afin d'étudier cet événement. Cela s'apparente jusqu'à un recueil de faits qui pourrait donner suite à une analyse de cause et donc entrer dans une culture positive de l'erreur. Mais ce rapport n'est pas utilisé à des fins d'analyse des pratiques ou pour accompagner et soutenir l'étudiant, la suite fréquemment entreprise en une étude du dossier de l'étudiant afin de déterminer si le stage sera validé ou non. Cette démarche ne conduit pas à une sanction réelle de l'étudiant, l'objectif n'est pas de punir mais de veiller à ce que les professionnels en devenir aient les compétences nécessaires à un exercice professionnel sécuritaire pour eux-mêmes et les patients. Mais cette invalidation de stage a un effet sanctionnant pour l'étudiant qui devra réaliser un stage complémentaire. Ce qu'il retiendra de cette expérience c'est le fait que la déclaration de l'erreur a conduit à une forme de sanction. Cette gestion de l'erreur de l'apprenant marque le futur professionnel. L'acculturation des professionnels à la culture positive de l'erreur lorsque leur première expérience avec celle-ci a été sanctionnée est illusoire, ils dissimuleront tant que faire se peut les erreurs. Le presque accident restera un non-cas et ne pourra pas être utilisé pour prévenir des dangers possibles.

2. Bienveillance ou dissimulation ?

L'honnêteté et la communication sont des valeurs essentielles du soin. Mais les professionnels reconnaissent ne partager l'erreur avec les patients qu'en cas de dommage avéré et important. Ils justifient cette pratique par un principe de bienveillance. Selon eux, le fait de révéler au patient la survenue d'un accident alors que les conséquences sont minimales ou absentes aurait un effet plus délétère que le fait de ne rien dire puisque cela induit du stress et une altération de la relation médecin-patient. Ce raisonnement est intéressant. En effet, il permet de se questionner sur la hiérarchie entre différentes valeurs. Il y a d'un côté la transparence et l'honnêteté dictée par les normes professionnelles mais aussi par la loi qui exige une information claire et loyale des patients, et de l'autre la protection des personnes en situation de vulnérabilité avec les principes de biomédecine et la promotion de la bientraitance.

La non-divulgation de l'erreur est-elle un acte de bienveillance ou vise-t-elle davantage à protéger le professionnel que le patient ? Lors d'une hospitalisation, le patient est en situation de vulnérabilité. Il ne possède pas le savoir et malgré les efforts entrepris par le système de santé et les soignants pour l'informer et le rendre acteur dans sa prise en soin, il reste vulnérable. L'information apportée au patient doit être claire, loyale mais aussi adaptée et c'est dans ce dernier terme qu'il est possible de voir des nuances et ainsi justifier le fait de ne pas être transparent en vertu de l'éthique du soin. L'adaptation consiste dans la manière d'expliquer les choses, avec le choix du vocabulaire mais aussi dans l'exhaustivité de l'information partagée. Ainsi, afin de protéger l'autre d'une situation d'angoisse importante liée au partage de la survenue d'un incident sans conséquence pour sa santé, les professionnels vont choisir de ne pas l'informer. Ils hiérarchisent les valeurs du soin au regard de la situation, la bientraitance est estimée plus importante que l'honnêteté à cet instant. Ce remaniement des valeurs est perpétuellement réalisé, l'exercice de la médecine étant fondé sur les interactions humaines, chaque élément est étudié au regard de la situation du patient. Il s'agit d'une perpétuelle adaptation de la hiérarchie des valeurs et normes afin de veiller à toujours prendre la moins mauvaise décision et agir dans l'intérêt exclusif du patient.

Cependant, ce remaniement constant de l'échelle des valeurs pourrait aussi être utilisé d'une manière plus égoïste. Dans le cas de l'erreur sans conséquence, ils disent privilégier la relation de soin et la bienveillance, mais ne pourrait-il pas s'agir de fausse bienveillance ? Au vu du climat de crainte de la poursuite judiciaire, la non-déclaration de l'erreur au patient pourrait certes être assimilée à la protection, mais aussi à la propre protection du soignant non pas à celle du patient. Si le patient ne sait pas qu'un EIAS est survenu au cours de son

hospitalisation alors il ne pourra pas réaliser une demande d'indemnisation en cas de dommage ou prouver le lien de causalité entre le dommage et l'incident. Aucun des professionnels interrogés n'a évoqué cette approche de la non-divulgation de l'erreur médicale, cette réflexion restera donc à l'état d'hypothèse. Cependant nous savons que les professionnels se sentent en accord avec leur valeurs professionnelles malgré cet écart à la transparence. Cela peut signifier que la non-déclaration de l'erreur est entreprise volontairement au profit de la bienveillance, ce qui en fait une pratique éthique ou que cette décision est prise sans qu'elle ne soit conscientisée et interrogée au regard de la situation, certainement plus par mimétisme que par conscience professionnelle.

DISCUSSION

La thématique de la culture positive de l'erreur est très vaste et peut être abordée d'une multitude de manière. Au cours de ce travail il a été choisi d'y appliquer le prisme de l'erreur sans conséquence et de lui donner un versant éthique en étudiant en lien avec les valeurs du soin. Le choix de recentrer le sujet autour de l'erreur sans conséquence visait à réduire le tabou autour de l'erreur et permettre des échanges plus riches lors des entretiens mais deux problématiques sont survenues. Premièrement, la littérature ne s'intéresse que très peu au presque accident et l'ensemble des données chiffrées autour de l'erreur concerne l'EIG. Les entretiens auraient donc pu soulever des axes nouveaux concernant les EPR seulement là aussi le sujet à dû être élargi. Pour les soignants, une erreur induit des conséquences. Il était donc nécessaire de préciser les questions afin d'avoir des informations sur les presque évènements mais la conversation s'est beaucoup élargie autour de l'erreur de manière plus générale. Ensuite, l'enquête réalisée ne peut être exhaustive au vu de la taille de l'échantillon et du fait que seuls deux secteurs de soins ont été représentés. Elle ne peut montrer que des tendances et non pas valider ou infirmer les hypothèses.

Au travers de ce travail de recherche, il était question de déterminer si la culture positive de l'erreur souffrait de la connotation morale de l'erreur. A cette première hypothèse, la réponse semble être à l'affirmative. Malgré la politique de non-punitivité promue dans le système de santé, l'erreur demeure taboue. Une assimilation à la faute qui perdure et une acceptation du droit à l'erreur fragile, certainement en lien avec l'histoire de la profession mais aussi avec les attendus de sécurité par la société. Nous avons tenté de comprendre les causes de la non-déclaration de l'erreur afin de vérifier si cela était induit par des émotions négatives comme la crainte de la sanction ou encore la culpabilité. Nous avons également tenté de déterminer si cela s'opposait aux valeurs et l'éthique du soin. Il apparaît une angoisse à l'idée du partage de l'erreur. Une crainte de la médiatisation de l'erreur mais aussi des démarches judiciaires et des demandes d'indemnisations est présente. Il a aussi été observé une sensation de sanction par les pairs avec le sentiment d'avoir perdu la confiance de l'équipe et de devoir faire à nouveau ses preuves, surtout chez les paramédicaux. Ensuite, les professionnels se sentent en accord avec leurs valeurs dans leur exercice professionnel alors même qu'il y existe une contradiction. Ils affirment l'honnêteté et l'information du patient comme fondamentale mais expliquent ne pas évoquer les EIAS avec les patients. Les raisons de cette incohérence n'ont pas été expliquées par les professionnels et est donc restée à l'état de suppositions. Enfin, de nouveaux axes de

réponses à la problématique sont apparus. L'approche des internes et des infirmiers avec les démarches d'analyse de l'erreur ou du dysfonctionnement est différente. Les professionnels médicaux semblent davantage acculturés à l'erreur apprenante et à l'importance de l'analyse des situations afin d'éviter que cela se reproduise. Ils semblent aussi envisager l'erreur de manière moins personnelle mais y porter un regard critique et systémique.

Ces observations peuvent être une piste intéressante afin de comprendre ce qui représente des freins à la mise en place d'une gestion des risques basée sur l'analyse des dysfonctionnements et des événements porteurs de risque. Alors, ces éléments de réponse sont-ils généralisables à l'ensemble des secteurs de soins ? Sont-ils généralisables au niveau national ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Sicot Christian. Le patient et l'erreur médicale. Paris: L'Harmattan; 2019. 269 p. (Éthique & pratique médicale, fondée par Richard Moreau. Collection dirigée par Roger Teyssou.).
2. error. In: GRAND DICTIONNAIRE LATIN OLIVETTI - Latin - Français [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.grand-dictionnaire-latin.com/dictionnaire-latin-francais.php?lemma=ERROR100>
3. La faute et l'erreur ? [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.aide-en-philos.com/philosophie/la-faute-et-lerreur-3>
4. Reason J. L'erreur humaine. Paris; 1993. (Presse universitaires de France).
5. Larousse É. Définitions : erreur - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/erreur/30846>
6. Article L1142-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020628252
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
8. Revue générale du droit [Internet]. 1936 [cité 27 juin 2023]. Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier. Disponible sur: <https://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/>
9. Module 5 Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_5.pdf
10. Larousse É. Dictionnaire français - Larousse. [cité 27 juin 2023]. Définitions : culture. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072>
11. Saintoyant V, Duhamel G, Minvielle É. Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives. Pratiques et Organisation des Soins. 2012;43(1):35-45.
12. CULTURE JUSTE Mettre en œuvre un environnement de confiance au bénéfice de la sécurité - Ministère de la Transition écologique et solidaire [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Disponible sur: https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/guide_culture_juste.pdf
13. LE RÈGLEMENT (UE) N° 376/2014 ET L'AVIATION LÉGÈRE [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/Reglement_376_aviation_legere.pdf
14. Usagers, vos droits Charte de la personne hospitalisée [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

15. Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586
16. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051
17. Article L1413-14 [Internet]. Code de la santé publique. Sect. Section 2. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033897220
18. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2021 [cité 27 juin 2023]. Rapport annuel d'activité 2019 sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3232022/fr/rapport-annuel-d-activite-2019-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs
19. Irosoft architecture de gestion de l'information législative-legal information management system. Loi sur les services de santé et les services sociaux [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>
20. Rapport 2020-2021 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. 2022;96. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-735-01W.pdf>
21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2020 [cité 27 juin 2023]. Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>
22. Programme national pour la sécurité des patients 2013 / 2017 - HAS, DGS, DGOS [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf
23. Évènement indésirable associé aux soins (EIAS) - HAS [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias_hors_ets_vd_1710.pdf
24. Magne P. Qualité et sécurité des prises en charge en soins de ville. 17 juin 2016 [cité 12 juin 2023]; Disponible sur: https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/Etude_ESPRIT_ses_enseignements_DGOS_juin_2016.pdf
25. Galam Éric. L'erreur médicale le burnout et le soignant: de la seconde victime au premier acteur. Paris Berlin Heidelberg: Springer; 2011. x+327. (Progrès en sécurité des soins).
26. Alemanno SP. Risques organisationnels et anticipation. Une communication complexifiée autour du near-miss. *Communication & Organisation*. 2014;45(1):59-72.
27. Larousse É. Définitions : valeur, valeurs - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valeur/80972>

28. citations.ouest-france.fr [Internet]. [cité 20 juill 2023]. Aristote : L'homme est un être sociable ;... Disponible sur: <https://citations.ouest-france.fr/citation-aristote/homme-etre-sociable-nature-fait-606.html>
29. Bioéthique, biomédecine : pourquoi et comment cadrer la médecine ? - Agence de la biomédecine [Internet]. 2021 [cité 30 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/Bioethique-biomedecine-pourquoi-comment-encadrer-la-medecine>
30. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 30 juill 2023]. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre
31. Gilligan Carol. Une voix différente: pour une éthique du « care ». Paris: Flammarion; 2008. xlvii+284. (Champs Essais).
32. Noël-Hureaux E. Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? Recherche en soins infirmiers. 2015;122(3):7-17.
33. Liendle M. Vulnérabilité. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 12 août 2023]. p. 304-6. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-304.htm>
34. La vulnérabilité : une notion complexe - EREN [Internet]. 2021 [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique-normandie.fr/10181/>, <https://www.espace-ethique-normandie.fr/10181/>
35. VALEURS, sociologie - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/valeurs-sociologie/>
36. Johnstone MJ, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. Nurse Educ Today. avr 2007;27(3):185-91.
37. Gouriou M. Quelle légitimité de la transgression pour une décision médicale éthique ? [Internet]. 2020 [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03521352>
38. Centre Georges Canguilhem Paris, Académie nationale de médecine France, Bureau Claude, Lecourt Dominique, David Georges médecin. L'erreur médicale. Paris: Presses universitaires de France; 2006. 213 p. (Quadrige Essais, débats).
39. David Georges médecin, Bureau Claude. De la sanction à la prévention de l'erreur médicale: propositions pour une réduction des événements indésirables liés aux soins. Cachan: Éditions Médicales internationales; 2006. ix+137. (Rapports de l'Académie nationale de médecine).
40. humanitude | L'Humanitude [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.humanitude.fr/l-humanitude/>
41. Chevallier B, Benoist G, Benezit-Leduc A. Pédagogie médicale: l'erreur pour apprendre. Archives de Pédiatrie. 1 mai 2015;22(5, Supplement 1):172-3.

42. République française M des affaires sociales et de santé. Formations des professionnels de santé - profession infirmier. Vol. 234p. France; 2018.
43. Murray M, Sundin D, Cope V. New graduate nurses' understanding and attitudes about patient safety upon transition to practice. *J Clin Nurs.* juill 2019;28(13-14):2543-52.
44. Gobatto I. L'erreur médicale comme apprentissage. Le rôle des conditions d'exercice clinique à Abidjan (Côte d'Ivoire) | Cairn.info. *Autrepart.* févr 2017;(82):109 à 224.
45. Degos L. Face à l'erreur, positiver l'erreur. *La revue de medecine interne.* 2015;36(5):303-6.
46. Amarnah BH, Al Nobani F. The influence of physician-nurse collaboration on patient safety culture. *Heliyon.* 1 sept 2022;8(9):e10649.
47. Le travail en équipe Une des clés de la sécurité du patient - HAS [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/le_travail_en_equipe.pdf
48. Lee SE, Dahinten VS, Seo JK, Park I, Lee MY, Han HS. Patient safety culture and speaking up among healthcare workers. *Asian Nursing Research* [Internet]. 6 janv 2023 [cité 26 janv 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131723000014>
49. Hobgood CD, Ma OJ, Swart GL. Emergency medicine resident errors: identification and educational utilization. *Acad Emerg Med.* nov 2000;7(11):1317-20.

GLOSSAIRE

HAS : Haute Autorité de Santé

CSP: Code de la Santé Publique

CP : Code Pénal

EIAS: Évènement Indésirable Associé aux Soins

ARS: Agence Régionale de Santé

EPR: Évènement Porteur de Risques

RETEX : RETour d'EXpérience

EIG : Évènement Indésirable Grave

FEI: Fiche de déclaration d'Évènements Indésirable

RMM : Revue de Mortalité Morbidité

CREX : Comité de Retour d'Expérience

REMED : Revue des Erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés

ANNEXES

ANNEXE 1 : Formulaire de consentement

ANNEXE 2 : Grille d'entretien

ANNEXE 3 : Transcription d'entretiens

ANNEXE 4 : Tableau d'exploitation des entretiens

Annexe 1 : Formulaire de consentement

Recherche qualitative auprès des d'infirmiers et internes exerçant en services hospitaliers.

Comment seront traitées les informations recueillies ? Les enregistrements seront retranscrits de façon anonyme et confidentielle. Une fois retranscrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par Mme Demaret Loane en collaboration avec M. Grandazzi Guillaume. Les résultats seront utilisés dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche de Mme Demaret Loane et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription de cet échange.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Nom du participant :

Fait à :

Le :

Signature du participant :

Annexe 2 : Grille d'entretien

Question d'ouverture : Pouvez-vous me présenter en quelques mots votre service et votre travail/vos missions ?

Pour les IDE : Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Pour les internes : En quel semestre êtes-vous ?

Objectifs opérationnels	Questions	Observations et commentaires
Objectiver les valeurs que le professionnel place derrière le <i>prendre soin</i> ou l'éthique du <i>care</i> et par quels moyens il veille à les promouvoir	<p>Que représente le <i>prendre soin</i> pour vous ? Comment se traduit-il dans la pratique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont pour vous les valeurs essentielles du soin ? - Identifiez-vous des facteurs favorisant la qualité de la prise en soin ? Des freins ? - Comment vos valeurs professionnelles se reflètent-elles dans votre pratique ? - Estimez-vous avoir des devoirs envers les patients en tant que professionnel de santé? Lesquels ? (→ Devoir de transparence, de sécurité) 	
L'importance donnée au travail en équipe et le besoin de validation par les pairs	<p>Que vous évoque le travail en équipe ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle place a, pour vous, le travail pluridisciplinaire dans les prises en soin ? - Vous êtes-vous déjà sentie en difficulté au sein d'une équipe ? Si oui pourquoi ? (manque de communication, de confiance, de considération ...) - Pensez-vous que la confiance est une condition <i>sine qua non</i> au fonctionnement du travail en équipe ? 	

<p>La représentation et le rapport à l'erreur par les professionnels</p>	<p>Que vous renvoie le terme d'erreur médicale ? - Pouvez-vous m'expliquer avec vos mots ce qu'est l'erreur médicale ? - Estimez-vous que les professions de santé bénéficient d'un droit à l'erreur ? Pourquoi ? - Avez-vous déjà commis ou été témoin d'une erreur médicale ? Cela a-t-il eu des conséquences pour le patient ? Pour vous ou le professionnel en cause ? (confiance/estime de soi, travail en équipe, sanction, peur, culpabilité...) - Le patient est-il informé de l'erreur ? Même si celle-ci n'a pas eu d'impact patient ?</p>	
<p>Evaluation de l'acculturation des professionnels à la culture positive de l'erreur</p>	<p>Qu'est ce que la culture positive de l'erreur pour vous ? - Que représente la culture positive de l'erreur pour vous ? (sens et efficience) - Déclarez-vous tous les dysfonctionnements sans conséquence pour le patient, et presque accidents (ou événements vecteurs de risque) qui se produisent au sein de votre service ? Pourquoi ? - Avez-vous connaissance de démarches réflexives autour d'événements indésirables au sein du CHU ? (CREX, RMM, discussion en équipe ...) Y avez-vous déjà participé ? Quel intérêt peut avoir cette démarche selon vous ?</p>	
<p>Les attentes des professionnels sur les FEI : les réponses qu'ils souhaitent</p>	<p>Qu'est-ce que vous attendez d'une déclaration d'évènement indésirable ? - Suite à une déclaration d'évènement indésirable, quelles suites ou réponses souhaiteriez vous recevoir ? - Vous sentez-vous soutenu dans la démarche par votre équipe? Par l'établissement ? Pour les IDE : par le cadre du service ? Pour les internes : par le sénior de votre service ? - Vous sentez vous en accord avec vos valeurs professionnelles dans la pratique de votre métier ? Pourquoi ?</p>	

Question de clôture : Avez-vous un élément à ajouter ?

Annexe 3 : Transcriptions d'entretiens

Transcription entretien n°1

IDE bloc opératoire 1 (faisant-fonction IBODE)

P : Professionnel interrogé

E : Enquêteur

E : Bonjour, je m'appelle Loane Demaret et dans le cadre d'un Master 2 éthique en santé à l'université de Caen je réalise un travail de recherche sur les valeurs du soin et le regard des professionnels de santé sur la démarche qualité et sécurité des soins. Voici ma première question.

Est-ce que vous pouvez me présenter en quelques mots votre service, vos missions, votre travail au quotidien ?

P : Mon métier, donc moi je suis infirmier en bloc opératoire. Infirmière en bloc opératoire, c'est plein de tâches. Globalement, c'est l'aide technique et plus que ça matériel, l'accompagnement, tout ça du chirurgien, de l'équipe chirurgicale pour les interventions, voilà.

E : Depuis quand êtes-vous diplômés ?

P : Moi, je suis diplômé de 1998, il y avait encore des francs à l'époque (*Rires*)

E : Et oui j'ai connu aussi ! pas longtemps mais quand-même. Que représente pour vous le prendre soin ?

P : Le prendre soin ? Mais c'est tellement de choses, au bloc opératoire. Ce sont des choses très techniques. C'est beaucoup de vérification, de sécurité ça, c'est la grosse partie. Mais après la petite partie où on accueille la personne où on est juste quelques minutes avant que l'intervention commence et que la personne soit endormie ou soit sous les champs et qu'on soit dans le geste technique. C'est l'accueil, c'est bienveillance, c'est la réassurance, c'est l'atmosphère chaleureuse, des choses qui me tenaient à cœur avant d'être au bloc opératoire, et que j'essaie de placer au maximum aujourd'hui, voilà. Mais sinon, malheureusement, la grosse partie du boulot c'est voilà, c'est très technique et c'est surtout de la sécurité.

E : Vous avez travaillé en service du coup avant ?

P : Oui une quinzaine d'années.

E : Vous n'avez pas fait du coup un infirmier pour être au bloc. C'était vraiment un objectif plus large.

P : Non, j'ai fait infirmier pour faire infirmier. Voilà, je sais qu'il y a certains professionnels des blocs qui visent directement des blocs et du coup qui y vont directement. Mais pour tout dire, j'ai même commencé mes 2 premières années au CHU, j'étais au service de psychiatrie.

E : Ah oui un tout autre domaine. Et est-ce que vous identifiez des freins et facteur favorisant à la qualité de la prise en soin ?

P : Des freins et des facteurs favorisants dans la qualité de la prise en soin... J'ai envie de dire mon plus gros frein c'est le temps. Le temps qu'on peut consacrer, le temps qui nous est offert. Le nombre de personnes autour de nous aussi. Je pense que si on était un petit peu, (cherche ses mots) plus nombreux pourraient on pourrait faire des choses plus qualitatives. Voilà maintenant dans les choses positives, les choses facilitantes, il y a quand même une certaine autonomie, si je veux faire les choses bien et qu'on me dit le faut pas faire comme ça,

j'ai quand même l'autonomie de dire non, je vais faire les choses bien. Même si ça prend 2 minutes de plus. Malheureusement, je pourrais mettre que 2 minutes de plus je pourrais pas mettre une demi-heure. Après il y a tout ce qui est très matériel. Même si on a tendance à être jamais content, à toujours râler, je trouve quand même qu'on a à disposition pas mal de choses. On peut faire les choses bien, on a encore du choix, on a encore des moyens. Ouais, les moyens matériels et financiers, j'ai pas l'impression qu'on soit si bridé et que ça, même si on est toujours en train de râler que c'est jamais assez, j'ai pas l'impression de bosser sur un hôpital de campagne ou voilà encore la dimension du CHU qui nous permet de faire des choses pas mal, voilà.

E : L'investissement financier dans le matériel qui est quand même assez conséquent.

P : Ouais ouais je trouve. Même si on aimerait que ce soit toujours mieux et toujours plus. On a pas mal de soucis avec les laboratoires en ce moment pour des problèmes de d'approvisionnement, des fournitures de... Moi je sais que depuis quelques semaines, il y a quelques références qu'on n'arrive plus à avoir. On est tout le temps en train de courir, mais jusqu'à présent, on n'a pas de malade à qui on a dit « Bah désolé, on n'a pas pu faire ce qu'on voulait faute de matériel », voilà encore ça. Il y a encore des gens qui se casse un petit peu le derrière pour que ça marche.

E : Comment vos valeurs professionnelles se reflètent-elles, dans vos pratiques au quotidien ? En fait, comment vous vous arrivez à faire concorder votre pratique avec vos valeurs professionnelles ?

P : Bah en premier lieu mon ressenti, quand je rentre à la maison, j'ai l'impression d'avoir bien fait les choses. Globalement, je suis satisfait de ma journée, je rentre à la maison, j'ai pas l'impression d'avoir fait le boulot. Je pense que j'arrive à faire ce que ce que je veux faire. Après il y a les retours des personnes soignées que, si je suis amenée à les croiser, ils me disent des fois « oh je te reconnais, on s'est vu, c'était sympa » et ça, je trouve ça plutôt cool aussi. Alors bien avant, quand j'étais dans les services, les familles aussi, hein. Les retours des familles, c'était important. Là, c'est vrai qu'au bloc opératoire on est dans un entonnoir, on n'a plus que la personne et c'est même rare qu'on la revoie. Mais dans les pratiques autres, oui, effectivement, les accompagnants, les familles, la personne soignée qu'on est amené à recroiser font des retours. J'ai eu la chance qu'il soit positif donc voilà. Et puis bah mes confrères et consœurs. Et puis ma hiérarchie qui globalement aussi font des retours positifs. Donc voilà, c'est comme ça que je pense je peux évaluer mon truc. Le jour où j'aurai des retours négatifs, je vais me remettre en question. Mais voilà, dans l'ordre, c'est ça, c'est moi. Comment je ressent les choses et puis les retours des gens que je soigne et de mes collègues.

E : Et estimez-vous avoir des devoirs envers les personnes soignées ?

P : Oui, oui, oui, j'ai le devoir de bien les soigner. J'ai le devoir d'être rigoureux. J'ai le devoir de... j'ai leur santé entre les mains, j'ai le devoir de leur rendre au moins dans l'état que j'ai trouvé quoi. *(Rire)*

E : La sécurité, finalement.

P : Ouais la sécurité et puis même tout ce qui est à côté, la bienveillance, la neutralité, enfin tout ce qui fait que les gens qui viennent se faire soigner à l'hôpital vont être bien traité, quel que soit la raison pour laquelle ils viennent... *(Silence)*

E : Parfait. Je n'ai rien à dire, j'en ai perdu mon latin *(Rires)*. Que vous évoque le travail en équipe ?

P : Le travail en équipe c'est une belle chose. C'est ce qui fait que depuis plus de 25 ans je suis content de venir bosser au quotidien. Travailler en équipe, il y a plein de choses, il y a des fois des prises de bec, il y a souvent des moments de partage. Pareil de façon plus généraliste, sans parler que du bloc opératoire, on a vécu des expériences humaines intense, intense, avec des histoires de personnes soignées énorme. Et puis voilà, on n'est pas tout seul, on les vit en équipe, pour les bons moments comme pour les moments les plus durs, mais c'est ce qui fait que c'est intense quoi. Donc moi c'est ça le premier truc, le travail en équipe c'est qu'on vit ensemble après... J'avoue, je suis assez sensible aux côtés hiérarchisés. Et j'ai toujours été sensible aux côtés que y a des gens au-dessus, il y a des gens en dessous, il y a des responsabilités qu'on a, il y a des responsabilités que les gens au-dessus ont et qu'on doit faire ce qu'ils nous disent ou ce qu'ils nous demandent. Et voilà, je... Je ne serais pas épanoui si je devais être dans une équipe où c'est la foire où les tâches de chacun ne sont pas définies. Ce que j'aime aussi dans le travail d'équipe, c'est que chacun a sa fonction, et tout le monde va dans le même sens. Si c'était chacun fait ce qu'il veut et qu'il n'y avait pas de régulation de choses comme ça, je pense que ça ne me plairait pas.

E : C'est structurant finalement les hiérarchies.

P : Ouais ouais Ouais Ouais. C'est structurant. Ça participe aussi à la sécurité parce que voilà, il y a des gens qui ne sont pas forcément sensibilisés à tout et d'avoir quelqu'un au-dessus qui sait, qui peut dire « Non, on ne fait pas comme si, on fait comme ça pour telle raison », c'est pareil, on ne va pas dire « Tu fais blanc parce que je t'ai dit de faire blanc », non faut accompagner le truc.

E : Il faut quand même que les demandes soient justifiées. Est-ce que vous êtes déjà senti en difficulté dans une équipe ?

P : En difficulté dans une équipe ? Pas dans ma carrière, non.

E : Est-ce que vous pensez que la confiance est une condition *sine qua none* pour le travail en équipe ?

P : Mais le truc, c'est que l'équipe avec qui on bosse, on ne la choisi pas, on l'intègre. Il peut y avoir dans des équipes, des gens avec qui on est tout de suite très en confiance et d'autres avec qui sur certains points, c'est il y a encore des doutes. Après, je pense que le fait qu'on soit une grande équipe, ça équilibre. Les atouts des uns peuvent balancer les faiblesses des autres. Alors, la confiance, des fois, elle n'est pas à 100%, mais je sais qu'il y a suffisamment de maillons sur dans la chaîne pour rattraper voilà les faiblesses des uns et des autres. Moi même s'il y a des trucs sur lesquels mes collègues savent que je ne suis pas le meilleur sur qui on peut compter, je pense que ça s'équilibre sur d'autres trucs. Mais voilà de but en blanc, je ne dirais pas que la confiance, elle est, elle est spontanée et qu'elle est entière. Des fois, on pourrait croire que le simple titre pourrait suffire. Mais c'est pas forcément le cas et puis il y a tellement de choses à faire qu'on peut pas être bon partout.

E : C'est sûr. La diversité des actes est tellement importante que en fait, personne ne maîtrise tout, c'est impossible.

P : Euh ouais c'est vrai, alors tiens, pas plus tard qu'hier, notre patron disait on fait bien que ce qu'on fait régulièrement. C'est vrai qu'on ne peut pas attendre de quelqu'un sur un truc ultra ponctuel de maîtriser, maîtriser le truc à 100%. C'est un petit peu le revers de la médaille de l'hyper-spécialité. On fait des médecins et des soins plus en plus spécialisés voilà, on est spécialisé, on a une expertise dans certains domaines, ça peut pas être une expertise dans tout, c'est sûr.

E : Et ça conduit une augmentation du risque d'erreur selon vous ?

P : Ah bah si on sort de sa zone de confort, ouais, il y a des risques.

E : Justement que vous renvoie le terme d'erreur médical ?

P : Le terme d'erreur médicale. Il y a tellement de façons de faire des erreurs médicales. Il y a des erreurs médicales sans conséquence, qui sont rattrapés par les chaînes de sécurité qu'il y a à côté. Et puis il y a les erreurs médicales qui peuvent être gravissimes. Donc, c'est plein de choses. C'est ce qu'on tend à éviter au maximum et qui parfois se rappelle à nous en disant « bah ouais t'as vu, avec toutes les chaînes de sécurité, PAF, mais quand même une boulette. On tend vers l'évitement, on va vers la sécurité maximale, mais l'erreur médicale, il faut l'avoir toujours à l'idée qu'elle se cache dans un coin.

E : Est-ce que vous estimez que vous avez, en tant que professionnel, un droit à l'erreur ?

P : On est des êtres humains, qu'on travaille entre êtres humains et que l'erreur est humaine. C'est dur, des conneries, ça peut arriver, on essaie de mettre des tas de chaînes, mais on est plus pour l'avoir vécu quand il y a une boulette qui arrive on se dit, c'est grave, c'était chaud, ou on est passé pas loin de la correctionnelle mais là, on se dit de toute façon j'ai beau faire attention, ça arrive, et ça arrivera peut-être d'autres fois. Alors des fois, on se dit, bah celle-là, plus jamais. (Rire) Mais ça n'empêche pas qu'il peut y avoir d'autres. Malheureusement, l'erreur fait partie de notre condition de d'humain.

E : Est-ce que vous avez déjà fait ou vu des erreurs et avaient elles eu des conséquences ou non ?

P : Ouais les 2, oui oui, en 25 ans de CHU, des petites conneries sans conséquence et que après coup, on se dit « Oups n'est pas passé loin » et des trucs graves, avec des conséquences graves aussi, oui, oui.

E : Et comment ça c'était passé au niveau de la déclaration, au niveau du suivi derrière aussi. Est-ce que vous aviez eu la possibilité de faire une démarche par la suite ?

P : Alors sur les erreurs de type OUPS généralement, vu que c'est sans conséquence, c'était des fois même découvertes à postériori, on en tire les conclusions personnelles, individuelles sans faire plus que ça. Après, évidemment, sur les erreurs graves et conséquentes, il y a les déclarations institutionnelles. J'ai à l'esprit, le plus gros incident que j'ai pu voir. Oui, il a donné lieu à déclarations et crex. Tout ce qui a été... (*cherche ses mots*) judiciaire derrière, les poursuites et tout ça, la responsabilité incombe au chef de service. Quand on est dans le service, on ne voit pas mais après on a des échos. On sait que le patient qui a été préjudice a porté plainte, que l'affaire est en cours. Après, on voilà, en tant qu'infirmier, j'ai à part les retours, je ne suis jamais allé plus loin que le Crex, ce que j'ai pu voir c'est pas mal, il y avait les actions qui avaient été proposées à la fin du Crex, qui avaient pu être mises en place.

E : Est-ce qu'enfin, au niveau des conséquences que ça avait pour vous ou les professionnels de votre équipe, est-ce que ça avait eu un impact sur la personne qui avait commis l'erreur ?

P : J'allais dire au niveau des degrés de responsabilité, la responsabilité première, c'est la responsabilité morale. Il y a des gens je pense qui sont capables de faire des conneries énormes et de pas forcément s'en rendre compte ou se dire que c'était, c'était énorme et que c'était grave et qui le lendemain on la fleur au fusil sans qu'il y ait eu d'impact réellement. Il y a aussi des personnes extrêmement impliquées qui, en termes de de responsabilité morale, voilà, se sente responsable de ce qu'ils font et après bah tire les conséquences personnelles qui s'imposent. À savoir pourquoi pas se remettre en question sur ces pratiques. Je veux dire chercher à

s'améliorer, voilà ce qui est la responsabilité morale. C'est tellement individuel. Je pense que bah c'est comme les humains hein, ça peut avoir toutes les formes et toutes les intensités. Pour les autres formes de responsabilité, on est globalement protégé à l'hôpital ma responsabilité civil, elle est prise en charge par l'hôpital. Je ne sais pas si un jour je devais être à l'origine d'un préjudice a priori. Financièrement je suis couvert. Et puis pour ce qui est de ma responsabilité pénale (*Rire*) c'est juste, que pour l'instant, je n'ai jamais franchi les limites et j'espère que je ne serai pas. Je ne serai pas criminel, mais là, ce sera à la justice de me punir mais voilà. Non, je pense que la première ce n'est pas forcément celle à laquelle on pense en premier d'ailleurs quand on fait une bêtise. C'est sa responsabilité, c'est de savoir se regarder dans la glace le lendemain matin en disant ce que j'ai fait hier à ce que ce qu'il faut je me remette en question, qu'est-ce que je peux faire de mieux ?

E : Est-ce que c'est une forme de culpabilité ressentie ?

P : S'il faut être coupable de quelque chose, ouais, faut se faut s'en apercevoir. Faut pas revenir le lendemain comme si c'était rien, « il est mort mais on a le droit à 6% de perte ! ».

E : Est-ce que les erreurs peuvent conduire à avoir plus de doutes quand vous travaillez en équipe, par exemple, quand c'est quelqu'un avec une erreur, est-ce que ça peut impacter sur la qualité du travail d'équipe que vous avez avec cette personne.

P : Alors pour revenir à ce qu'on disait à l'instant. Soi-même, évidemment, quand il y a erreur, j'espère qu'on est capable pendant quelques temps de se poser des questions, et de corriger les trucs. Si ça devait être l'erreur d'un collègue ou d'un partenaire ouais, j'aurais tendance, là c'est strictement personnel, j'aurais tendance à me dire ce qu'on s'est dit au début, que l'erreur est humaine et qu'on ne doit pas chercher à l'accabler Je serais plutôt protecteur, ça c'est vraiment personnellement. C'est pas des choses qu'on a appris. On ne m'a pas dit un jour si t'as le cas d'un collègue qui fait des erreurs il y a telle chose à faire. En tout cas, j'ai oublié les cours si on a appris ça. (*Silence*) Après, c'est ça revient aussi à la confiance dont on parlait tout à l'heure. Problème ponctuel, l'erreur est humaine. Je pense que voilà un truc qui se reproduit tout le temps, évidemment, je pense que j'aurais tendance à contrôler derrière. Peut-être parce que je n'aurais pas le cran d'aller dire à la personne, c'est chiant, tu fais toujours la même truc, alors c'est pas comme ça qu'il faut faire. Mais j'essaierai peut-être de d'assurer les arrières, voilà.

E : Contourner un petit peu.

P : Voilà, c'est ça.

E : Est-ce que le patient il est informé de l'erreur ?

P : Je pense que c'est pareil, c'est une vachement un degré d'erreur. Voilà le Oups sans conséquence, on parle un petit oups type « Ah zut, le produit il était périmé de 2 jours », je ne vais aller rameuter tout le monde de toute façon, c'est trop tard. Le médicament, il a été avalé ou le produit a été passé. Bon un problème grave, bah bien sûr qu'on va aller prévenir le patient. Alors, parler de mes expériences personnelles, les choses les plus graves que j'ai été amené à vivre, l'équipe pouvait être considérée comme totalement responsable en tout cas d'un point de vue... je pense que ce n'était probablement rien. Donc je disais qu'effectivement sur les choses les plus graves, que j'ai été amené à voir le chirurgien responsable s'est présenté à la personne. Voilà pour lui expliquer quel était le problème, expliqué qu'il y avait eu la chaîne de responsabilité, que voilà, les conséquences et tout ça. Le médecin responsable était monté et que pour le coup, même si je n'avais pas été invité, moi, j'étais monté avec lui, parce que parce que je faisais part du maillon. Je voulais voir la personne pour nous donner ma version. Et puis les explications et puis lui expliquer surtout que vu que je faisais partie des gens qui étaient autour d'elle. Je me sentais au moins aussi responsable que le médecin qui était venu la voir,

d'un point de vue, au moins moral. Et puis bah voilà, lui dire ce qui s'était passé à mon niveau et de m'excuser.

E : Qu'est-ce que la culture positive ? Qu'est-ce que ça représente pour vous ?

P : Culture positive... De l'erreur. Ce n'est pas le genre de terme que j'entends souvent, je ne suis pas très lettré aussi. J'imagine que c'est le fait de se dire que les erreurs ça arrive et qu'il faut en avoir conscience et qu'il faut plutôt que de s'enterrer avec ses erreurs, essayer d'en tirer les conclusions et améliorer les choses. Voilà après ce n'est pas un terme que j'utilise au quotidien.

E : Vous m'avez dit tout à l'heure que vous ne déclarez que les événements qui ont des conséquences pour le patient, ce qu'il y a une raison ou est-ce que c'est plus par habitude de service ?

P : Mais c'est vraiment ...graduer avec la boulette, si l'erreur c'est de se dire tiens « un médicament je ne sais pas qui se prend 4 comprimés par jour tous les jours et qu'il y a une journée, je me suis aperçu que j'en ai mis 3 au lieu de 4 dans la boîte, c'est... Pour peu qu'on s'en soit aperçu que le lendemain et que les choses soient faites, je ne vais pas revenir en arrière et voilà. Le cas ultime, effectivement, où c'est gravissime, où il faut faire toutes les déclarations, la question ne se pose pas. Après l'entre 2... Vous voyez que je n'ai pas forcément grand-chose qui me vient à l'idée comme ça de situations intermédiaires mais clairement, il y a beaucoup de procédures qui sont lourdes. Je ne sais pas si le CHU de Caen est très bien placé, je ne connais pas les autres établissements mais, la moindre déclaration de (*cherche ses mots*) dysfonctionnement ou quoi Je trouve ça d'une lourdeur assez phénoménale. Là je sais que mon quotidien au bloc opératoire, c'est, entre autres, d'interagir avec un établissement extérieur. On interagit à coups de mails et de coups de téléphone, et les petits dysfonctionnements quotidiens, il faudrait, pour chaque dysfonctionnement faire une procédure effectivement de déclaration d'événements indésirables. Et des fois quand c'est juste parce que la couleur de l'instrument n'était pas la bonne dans la boîte honnêtement, ça me fait chier de passer 1/4 d'heure devant un ordinateur qui rame, qui n'avance à rien. Et faire une déclaration qui, fondamentalement, va pas changer la prise en charge du malade parce que l'instrument il soit bleu ou vert, ça n'a pas changé grand-chose dans sa prise en charge... C'est juste que moi, quand j'ai ouvert la boîte, je m'attendais à avoir un truc bleu et qu'il était vert et qu'il a fallu que je refasse au sein de m'a fait perdre 4 minutes et la déclaration, ça me fait perdre 15, j'allais dire je préfère laisser tomber. Après, si la même boîte d'instruments, on m'avait mis un instrument où il manquait un instrument qui était vital pour le patient, là, évidemment, je vais prendre le temps de faire cette déclaration. Mais voilà, c'est vachement graduel. Et puis je disais si l'ordinateur qu'on a fourni pour me dire que je suis obligé de tout faire sur l'ordinateur, que c'est, c'est l'avenir et le présent, mais que l'ordinateur, il mouline... (*rire*). En 1998, quand le dossier était encore en papier, j'avais l'impression d'avoir des outils plus performants. L'informatique c'est bien, mais quand ça marche.

E : Donc vous aviez participé à un CREX pour une erreur qui a été commise. Est-ce que vous avez vu un intérêt à la démarche ?

P : Dans les conclusions et les conduites à tenir qui sont sorties de ce CREX pour le coup, dans le cas de cette erreur, les préconisations étaient claires, nettes et précises. Les conclusions qui ont été tirées étaient vraiment factuelles. Et c'est appliquées au quotidien depuis. Et on n'a pas supprimé le risque que cette erreur se reproduise, mais je pense qu'on a largement et drastiquement diminué ce risque, voilà.

E : Vous avez déjà participé à un crex ou à une RMM juste parce que vous apparteniez au service, pas parce que vous étiez présent lors de l'évènement ?

P : Non personnellement.

E : A chaque fois vous aviez été présent lors des faits ?

P : Bah là, on m'avait interviewé pour coup pour ce CREX puisque j'étais présent, mais sinon non, en l'occurrence, je n'ai jamais eu l'occasion.

E : Qu'est-ce que vous attendez d'une déclaration d'évènement indésirable ?

P : Ben une analyse, une analyse. (*Cherches ses mots*) Et puis bah si on peut des ... des conduites à tenir ou des révisions sur les pratiques pour visez à ... ce que ça ne se reproduise pas. (*Silence*) C'est vrai qu'il y a des trucs, les petites choses sans conséquence du quotidien, j'ai l'impression que faire des déclarations ou pas, si c'est une petite boulette il n'y aura pas un grand changement. Les choses graves, ouais, faut analyser, faut essayer de trouver des points d'amélioration. Après, y en aura toujours.

Silence

E : Est-ce que vous vous sentez soutenu dans la démarche de déclaration par l'équipe, par votre cadre ?

P : Soutenu dans la démarche de déclaration ? On est même incité à déclarer maximum de choses vraiment, on ne déclare sans doute pas assez à cause, entre autres à cause de la lenteur du truc... Oui, on est plus que soutenu, on est incité. Je parlais de l'interface avec notre prestataire extérieur on nous dit, que si on veut que ça s'améliore il faut faire des fiches au quotidien mais moi je ne peux pas faire une fiche au quotidien pour un truc sans conséquences, qui m'a fait perdre 30 secondes et passer une demi-heure de pour faire une déclaration.

E : J'entends bien. Est-ce que vous avez quelque chose que vous souhaitez ajouter par rapport à une autre thématique que je n'aurais pas abordé qui vous semble importante ou compléter sur qu'elle que chose qu'on a évoqué ?

P : Non. J'ai trouvé ça intéressant que vous traitiez ce sujet. Je pense qu'il y a tellement de façons d'être responsable en terme de sécurité matérielle, de bienveillance, d'accueil. C'est très très large.

(Téléphone qui sonne)

E : Et bien je vais vous libérer. Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre et je vous souhaite une bonne fin de journée.

Transcription entretien n°3

IDE en service de réanimation.

P : professionnel interrogé

E : Enquêteur

E : Bonjour, je m'appelle Loane Demaret et dans le cadre d'un Master 2 éthique en santé à l'université de Caen je réalise un travail de recherche sur les valeurs du soin et le regard des professionnels de santé sur la démarche qualité et sécurité des soins. Voici ma première question.

Est-ce que vous pouvez me présenter en quelques mots votre service, vos missions, votre travail au quotidien ?

P : Alors je travaille dans un service de neuro réanimation donc on s'est spécialisé dans toutes les prises en charge neurochirurgicales ce qui nous donne quand même un panel assez large. On prend en charge des patients en situation d'urgence extrême absolue et on s'occupe aussi de l'accompagnement des familles. Voilà donc l'accompagnement passe par l'assurance de la compréhension de la situation, passe par aussi l'adaptation de notre langage et de nos locaux aux personnes qui viennent et on entend par là également les enfants. On a mis en place une chambre, enfin, un petit box miniature qui nous permet de présenter dans un premier temps la structure aux enfants. On se met toujours en relation avec la psychologue de notre service et dans la mesure du possible, on essaie d'organiser un premier rendez-vous en sa présence où on présente donc la pièce des enfants aux enfants et après on les accueille par étapes. Dans un premier temps, on a un petit livret d'accueil pour enfant. Et ensuite on fonctionne en étape. Première étape ils vont jusqu'à la porte, ils regardent et s'ils se sentent en confiance et qu'ils se sentent ils rentrent.

E : C'est un peu sur le modèle de l'hôpital des Doudous c'est ça ?

P : C'est ça, c'est génial. Et surtout qu'on n'a pas de limite dans ce service. On a quand même une un panel assez large de possibilité et de formation. Au sein du service j'assure aussi la qualité de formation en collaboration avec mes collègues. On est en plein dedans en plus ou par exemple moi en tant qu'infirmière, il y a une journée de formation qui est appliquée à tous les internes qui arrivent dans notre service. Ils ont un cours magistral fait par le réanimateur, accompagné d'un neuro chirurgien qui va expliquer les pratiques chirurgicales typiques de notre service. Et moi, j'ai toute la partie paramédicale avec les soins d'hygiène, de sécurité et les manipulations et leur compréhension avec l'application des prescriptions. Voilà, et on s'est rendu compte que le fait qu'il est meilleur cohésion médicale et paramédicale, on aboutissait à une meilleure qualité des soins

E : Est-ce que vous pouvez me dire depuis quand vous êtes diplômé ?

P : Depuis octobre 2006. Mais je suis rentrée à l'hôpital en 2003. Et j'ai d'abord exercé en tant qu'aide-soignante. Enfin, faisant fonction aide-soignante pendant toute la durée de mon école comme il fallait que je travaille pour pouvoir gagner un peu d'argent. J'ai une expérience qui a commencé dès 2003, quand j'ai été plongée en plein dedans. Donc ça va faire 20 ans, ça passe.

E : C'est vrai que le temps passe toujours très vite ! On a l'impression que 2006 c'était hier mais en réalité ça commence à faire quelques années !

P : C'est parce que je fais très jeune c'est pour ça

(Rires)

E : Oui c'est vrai en plus.

(Rires)

E : Sur une toute autre thématique, enfin pas tant que ça, que représente pour vous le prendre soin et comment ça se traduit dans votre pratique ?

P : Alors pour moi, prendre soin c'est très large comme notion, parce que vous avez le prendre soin on va dire la définition première qui va être d'appliquer en respectant les règles d'hygiène, de pudeur, de sécurité, les gestes prescrits et, on va dire, inclus dans notre rôle professionnel. Mais il n'y a pas que ça, il y a aussi toute la bienveillance qui va autour de notre profession. Le mot clé que vous m'avez dit ?

E : Prendre soin

P : Voilà, prendre soin. C'est aussi pour moi prendre le temps. On peut très bien faire un soin, mais mal le faire. Par exemple, si on n'explique pas correctement au patient. Vous voyez, moi, je ne supporterai pas qu'on me touche sans qu'on me le dise. Donc pour moi prendre soin, c'est aussi dire « Monsieur, je vais vous toucher ou je vais administrer vos traitements. » C'est expliquer aussi les choses. Prendre soin, c'est très global. Voilà, c'est ça pour moi. Si on n'a pas l'adhésion du patient en prenant soin de lui, on a beau être la meilleure technicienne qui soit, il n'aura pas la même efficacité. Voyez, je un exemple concret. On a des patients à qui il faut qu'on donne de façon très régulière un médicament et on doit leur administrer toutes les 4 h, donc quand ils sont inconscients, on passe par la sonde gastrique et cetera... Ça n'a pas trop d'impact, mais quand ce sont des gens qui sont conscients et qu'ils doivent procéder à l'administration par voie orale, il faut leur expliquer pourquoi il faut les réveiller à 00h00, à 04h00 du matin, et cetera, vous voyez ?

Et si on n'a pas pris bien soin d'eux, ils n'adhèrent pas donc quand on leur explique, pour moi, on a bien pris soin d'eux et du coup ils adhèrent au projet et ça se passe tout de suite mieux.

Prendre soin, ce n'est pas juste bien exécuter les choses, c'est aussi bien les expliquer et s'assurer que les gens ont compris. Et prendre soin, c'est aussi confronter les gens à la réalité de la situation parfois. Pour moi, c'est très global. Je me souviens avoir pris soin des enfants d'une patiente, j'ai essayé de faire preuve de bienveillance parce que je voulais les accompagner au mieux dans l'épreuve qu'ils avaient à vivre, même si celle-ci était une issue malheureusement fatale. Pour moi, tout est lié. Voyez.

Je vois vraiment ça comme plein de maillons. On peut, comme je le dis, je répète, mais on peut être une bonne technicienne mais prendre mal soin des gens par manque de communication.

E : C'est le côté humain, qui vient faire la différence entre un technicien et un soignant ...

Prise de parole rapide par le professionnel

P : Mais en même temps gentil, c'est pas un métier.

Rires

Mais en même temps l'un ne va pas sans l'autre. On peut très bien expliquer les choses, mais si on les fait mal à côté, vous voyez, là, on va pas sans l'autre. Il faut savoir bien les faire, mais faut aussi savoir bien les expliquer. Et pour moi du coup la combinaison des 2 c'est prendre soin des gens.

Je ne sais pas si c'est la bonne réponse, mais je crois que ma réponse. *(Rire de P)*

E : Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. C'est volontairement très large et chacun y met ce qui est essentiel selon lui, ça permet d'évoquer les valeurs des professionnels et sa manière de les faire vivre.

Et est-ce que vous identifiez des facteurs favorisant la qualité de la prise ?

P : Bien entendu, les facteurs favorisants, c'est déjà d'être bien dans son métier. C'est la première des choses quand vous êtes confronté à des gens qui sont un peu aigris ou amer tout de suite c'est difficile de faire passer un message, donc il y a ça. Il y a après les conditions physiques, même du soignant. Quand des fois on cumule beaucoup d'heures qu'on est beaucoup rappelés, bah des fois c'est pas propice à une qualité de soins parce qu'on va être des fois plus sensible, plus nerveux, moins à l'écoute. Voilà, il y a forcément derrière aussi la qualité institutionnelle. Je pense à certaines collègues un peu malheureuses dans des unités conventionnelles où elles sont 2 pour 20 lits comme ça est arrivé pas plus tard que ce week-end, vous dites elles vont pas faire de miracle. Et ça, forcément, ça joue directement sur la qualité des soins, c'est obligé (*voix qui porte davantage*). Le sous-effectif est un facteur dégradant de la qualité de soins. L'état émotionnel est et le manque d'investissement certain est un manque à la qualité des soins, voilà.

Moi, je suis quelqu'un d'entier, donc je sais que je considère toujours que je soigne mes patients comme si c'était moi, ou comme si c'était la personne qui m'est le plus cher à ma vie. Donc voilà, je me dis toujours hein, est ce que j'aimerais que alors des fois ça m'aide aussi quand des fois on n'a pas forcément l'empathie pour la personne qu'on soigne, des fois ça aide à se dire bon « si c'était toi, t'aimerais bien que » voilà. Donc forcément, il y a plein de facteurs qui jouent sur la qualité propre du soin. Il y a tout un conditionnement pour moi.

Et chose que peut-être, nos chers dirigeants oublient. (*Silence*)

Parce qu'ils pensent que des fois, juste un matricule, un générique, vous savez le mot générique infirmière. Sauf qu'une infirmière d'oncologie pédiatrique c'est pas la même chose qu'une infirmière des urgences, c'est pas la même chose qu'une infirmière de psychiatrie. Tant qu'ils n'entendront pas qu'on n'est pas des génériques, ça nuira gravement à la qualité des soins dans l'hôpital public. Enfin, dans l'hôpital tout court d'ailleurs. Mais ça, j'en suis persuadé. Et je pense qu'on a un grand panel de possibilités de faire de la qualité de soins, mais il faut de l'engagement personnel, il faut l'engagement professionnel et on a besoin aussi d'être soutenu.

E : Un besoin de moyen en fait c'est ça ?

P : On a besoin de moyens, des moyens humains et des fois un peu quand même financiers, même si c'est ... (*phrase laissée en suspens*)

Mais voilà. Moi, je sais que j'aime beaucoup notre cadre et elle essaie de militer pour nous, elle essaie de nous soutenir. Elle essaie de nous apporter, alors pas toutes les solutions parce qu'elle n'a pas de baguette magique non plus, mais elle essaie de nous apporter des fois les éléments qui nous manquent pour la qualité et notamment en veillant à ce qu'on soit toujours en effectif. Moi qui suis chargée de formation, elle essaie souvent par exemple, comme aujourd'hui, de me donner du temps de formation de façon à ce que j'apporte des supports d'amélioration de la qualité des soins.

Vous voyez, la qualité d'amélioration de la qualité de la formation. Ça aussi, ça joue dans la qualité des soins, plus les gens vont être bien formés, plus il y aura une qualité de soins et mieux, le système de santé se portera.

E : C'est la qualité de vie au travail finalement qui vous semble un facteur favorisant c'est ça ?

P : Oui, c'est exactement ça. Ça permet d'avoir la possibilité de prendre le temps d'accompagner et d'avoir la disponibilité émotionnelle de le faire.

E : Est-ce que vous estimez avoir des devoirs envers les patients en tant que professionnels de santé ?

P : Des devoirs ? Bah oui, bien sûr. Au minimum le respect, la bienveillance, et puis aussi d'impartialité. Voilà parce que des fois trop souvent on a des gens qui portent des jugements, alors c'est humain. Je ne dis pas que jamais j'ai pas une idée sur la question, hein. Je vais être honnête, ça serait de mentir et complètement utopique, de dire « Ah non, je suis toujours très impartiale. » Forcément que quand des fois on a l'auteur des faits d'un truc monstrueux, qu'on sait qu'il est responsable aussi en toute connaissance de cause. On a du mal des fois à avoir de l'empathie mais pour autant le protocole nous dit bien qu'il faut soigner tout le monde. Voilà, faut soigner tout le monde. Des fois effectivement, c'est plus difficile que d'autres. La question première, c'était quoi ?

E : C'était ce que vous estimez avoir des devoirs ?

P : Ça m'évoque aussi des fois les échanges que j'ai envers certaines familles, c'est-à-dire que j'ai un devoir aussi de les informer, de m'assurer que les informations passent bien. Mais je manque pas des fois aussi de leur rappeler leurs devoirs parce qu'on parle souvent des devoirs des soignants, mais par exemple moi je dis souvent aux gens que je suis pas payée assez cher pour me faire insulter.

E : Le respect doit être mutuel.

P : Le respect doit être mutuel et mon devoir premier c'est de m'assurer que mon patient est en sécurité et une chose que l'on néglige beaucoup trop et je crois ici encore plus qu'ailleurs, c'est la prise en charge de la douleur. Et quand je dis douleur vous avez un panel. Il y a la douleur physique qui est incontestable et trop souvent ce que dormir c'est pas ne pas souffrir, vous voyez et trop souvent. Nos médecins anesthésistes réanimateurs, même s'ils restent ouverts, hein (*bouge sur sa chaise et parle avec les mains*), mais des fois ils oublient que on a le droit d'avoir mal quand on est attaché dans un lit avec un tuyau dans la gorge, avec potentiellement des cathéters un peu partout, des tuyaux qui vous rentre dans des orifices pas possibles. Bah forcément, vous avez le droit d'avoir mal et des fois voilà. Et notre devoir c'est aussi des fois de représenter les patients aussi pour moi. Je vous ai redemandé la question première parce que c'est tellement large.

E : Les questions sont volontairement très larges.

Rires

L'idée c'est vraiment de glaner au maximum sur différents sujets et de voir ce qui en ressort et surtout de ne pas brimer sur les sujets. C'est vraiment très large mais tout le monde pense à peu près aux mêmes choses parce qu'en fait c'est les valeurs de soignants, les valeurs communes. C'est ce qui a amené les gens à devenir soignant. Finalement, c'est leur valeur intrinsèque qui se reflètent dans leur dans leur travail.

P : C'est vrai, mais moi mon devoir des fois c'est, alors, ça peut être dangereux parce qu'on dit toujours qu'il faut pas faire de transfert, mais mon devoir quand même je pense, enfin, c'est comme ça que j'exerce, des fois, on va forcément à un moment ou un autre se transposer pour comprendre. Et pour moi, c'est une forme de devoir aussi parce qu'en premier abord, je me souviens d'un monsieur alcoolique, dépendant aux drogues. Vous avez envie de vous dire bon, il a fait ses choix, il a fait ses choix de vie, voilà, il a joué et il a perdu. Mais en fait, quand après, vous commencez à échanger avec cette personne, et finalement, quand il vous raconte un petit peu son histoire, qui vous dit que la perdu sa femme et ses 2 enfants dans un accident et qu'il a perdu pied après, a perdu son travail qui s'est retrouvé à la rue... Est, c'est une histoire

de vie tellement traumatique qu'au final, on se dit presque, alors je comprends que tu en sois arrivé là.

E : Ça fait se rendre compte que ça pourrait arriver à n'importe qui.

P : Complètement avec ce métier d'ailleurs, on apprend que chaque jour compte. Et enfin, c'est marrant que vous disiez ça parce que quand des fois je fais des repas avec des amis tout ça, moi je sais que j'ai déjà expliqué, j'ai 3 filles et je leur ai déjà expliqué que la plus belle chose qu'elle pourrait faire s'il m'arrivait quelque chose, ça serait de poursuivre, de continuer et de s'épanouir. Et je leur dis toujours qu'il est important qu'elles réussissent leur vie. Il y en a qui vous diront qu'il faut réussir dans la vie. Moi je vous dis qu'il faut réussir votre vie, je dis bon, le mieux c'est quand on peut combiner les 2, réussir dans la vie et que ce soit un plaisir, mais ce qui compte surtout, c'est l'épanouissement personnel. Je dis, parce que y en a, ils ont des très beaux métiers et gagnent bien leur vie, mais sont malheureux comme les pierres. Et le Covid a mit pleins de choses en lumière.

E : On s'est rendu compte des petits plaisirs de la vie. (Rires)

P : Exactement et il y a plein de gens qui du coup ça a été une réelle prise de conscience et qu'on décidé de changer de vie, et de se faire des reconversions professionnelles.

E : L'enfermement ça a conduit à beaucoup de questionnement sur le sens de la vie et les gens se sont rendu compte que menuisier c'était un super métier ! (rires)

P : Voilà c'est ça ! Et notre devoir, en tant que soignant, c'est d'apporter un bien-être, du réconfort, de l'écoute, de l'attention des fois, parce que des fois y a pas besoin de mots, des fois c'est juste être là et une main un petit coup de gant frais sur un visage, une petite musique douce enfin, vous voyez tout ça, pour moi, c'est, c'est notre devoir de de mettre un cadre favorable à ce qui est défavorable. Parce que l'hôpital, c'est quand même hostile. (Rire)

E : On y vient rarement de son plein gré, voilà, parce qu'on veut venir.

P : Sauf pour accoucher (rire)

E : Et encore sur le moment je suis pas sûre que tout le monde ait envie non plus avec les contraction et tout ça (Rires)

P : C'est vrai, c'est vrai, avec les contractions, on oublie après. Mais sur le moment c'est pas un moment de plaisir non plus, c'est vrai, je confirme. (Rire)

E : Bon on va un peu changer de thématique, bien que peut être pas complètement, mais que vous évoque le travail en équipe ?

P : Et Ben, pour moi, le travail en équipe est essentiel. Dans des services comme les nôtres ça arrive souvent qu'on essaye de se répartir la charge de travail de façon équitable. Mais bon après je ne sais pas mentir donc je vais vous dire clairement ce que je pense. Ça dépend aussi beaucoup de l'équipe avec qui vous travaillez, c'est-à-dire qu'il y a des personnes en qui vous avez confiance et qui vont avoir cette honnêteté de vouloir répartir équitablement cette charge de travail. Après, comme dans tout secteur de métier, vous avez des tirs au cul, excusez-moi pour l'expression, mais qui vont surtout chercher un confort personnel avant de chercher un équilibre de service. Et c'est vrai que c'est délétère parce que je pense à une de mes collègues que j'adore, qui est là aujourd'hui, qui retrouve un peu un souffle parce que les équipes ont été modulées ces derniers temps et ça a permis de rééquilibrer un peu les choses. Où elle commençait à être à bout de souffle parce que systématiquement, les autres collègues prenaient les patients les plus légers. Et puis ils faisaient en sorte d'en avoir que 2 au lieu de 3 et du coup,

cette surcharge de travail, elle revenait toujours au même vous voyez. Donc le travail en équipe, c'est essentiel parce qu'un jour, c'est toi qui a besoin, demain ça sera moi. Mais il est essentiel, à condition qu'il y ait cette bienveillance mutuelle entre collègues. Voilà, c'est-à-dire que si je prends un exemple, moi, je considère que si on doit aller manger, on va souvent manger tous ensemble, si ma collègue ne vient pas s'asseoir, c'est qu'elle n'a pas fini donc je dois aller l'aider. Personnelle, pour moi c'est t'as pas fini, j'ai pas fini.

Et ce qui est très difficile dans le travail d'équipe, c'est quand on est face à des gens qui ne partagent pas les mêmes valeurs. Et du coup, je suis partie sans avoir la validation certaine qu'il reprenait bien en passant en charge le dernier patient, donc le travail d'équipe, ça peut être source de de plein de choses, d'émotions, d'amitié, de moments, de cohésion, de moments de plaisir, de soutien dans les moments de tristesse parce qu'il y a des situations qui nous touchent. Mais ça peut aussi être un moment de frustration, voire des fois, d'un peu de conflit, hein. Parce que quand on est un peu entière et qu'on dit les choses clairement, des fois forcément ça grince un peu.

E : Il y a des choses déjà qui vous ont mis en difficulté dans votre travail d'équipe ?

P : Oui, oui, complètement. Je pense que j'essaie toujours de faire un travail de qualité et j'essaie surtout de faire évoluer mes pratiques et il y a 20 ans, on prenait le pouls pour vérifier quelqu'un qui, en arrêt cardio-respiratoire. Aujourd'hui, on se contente de faire un bilan respiratoire. Vous voyez, les choses évoluent et moi je pars de ce principe là si les choses évoluent, il faut aussi les faire évoluer et donc faut évoluer nous-mêmes. Et il y a des personnes qui sont toujours réfractaires à tout, qui sont d'accord avec rien. Mais qui n'ont pas pour autant quelque chose à proposer. Et quand on leur demande s'ils ont une idée à proposer, souvent ces gens-là se ferment par un peu des fois, soit l'ignorance ou de l'agressivité et donc avant j'avais ce côté impulsif où j'étais capable des fois, je pense, de d'être rentre-dedans voire peut-être même, et je l'assume des fois, peut être blessante parce que j'allais appuyer là où ça faisait mal, en toute connaissance de cause. Et la vie m'a appris qu'on pouvait avoir raison dans le fond, mais pas dans la forme.

E : Et qu'est-ce que ça a engendré ?

P : Bah c'est que des fois quand vous braquez les gens. Ils sont fermés. Donc là c'est sûr en fait le message ne passe plus. Alors que quand on fait l'effort des fois de dire les choses, mais d'une manière différente, je me suis rendue compte que de contourner les choses, même si notre instinct premier et nous dit et commence à me gonfler sévère. Bah des fois, vous soufflez, vous essayez de verbaliser, de reformuler les choses et le fait de passer en douceur, ça nous permet quand même des fois d'être efficace et de faire passer le message. Ça permet de favoriser la communication et je sais que j'ai beaucoup travaillé sur ma façon d'apporter les choses et de transmettre les choses. J'ai gardé mon côté carré, un peu perfectionniste, mais pour moi, voilà pour moi, c'est une qualité. Mais j'ai aussi appris à m'adapter à mon public et ça, et faire de la formation, ça m'a vachement aidé parce que des fois, pour les gestes de secours et d'urgence, j'ai des gens qui sont pas du tout dans le paramédical conformément même les cuisiniers électriciens, tout ça et qui sont pleinement investis dans la formation parce qu'ils se disent que ça peut, ils ont même plus conscience des fois que certains étudiants en médecine, ils ont même plus conscience que ça peut leur servir dans leur vie personnelle et du coup ils sont hyper investis, hyper motivés et là des fois je me suis dit, Wow. Alors c'est vrai que si on leur parle dans notre jargon médical, paramédical, on les perd. Mais finalement, est-ce qu'il y a besoin de sortir de Saint-Cyr pour faire des compressions thoraciques ?

Après des frictions, j'en ai encore aujourd'hui, hein, parce que comme je vous dis, je sais pas faire semblant et j'ai du mal aussi des fois, je devrais peut-être pas dire ça, mais avec la médiocrité. (*Silence*) Quand on fait bien son travail, on a envie que les autres le fassent bien aussi. Ça aussi appris, j'exige pas des autres le même niveau d'exigence que j'ai envers moi

même, mais c'est juste qu'il y a des fois je pense à une collègue avec qui bon ça, c'est la seule hein, c'est la seule en 20 ans de tous les services que j'ai faits, c'est la seule que ça fait. 10 ans qu'elle donne de l'urticaire, mais par exemple j'avais un patient qui était dans les selles, je suis dit qu'il fallait qu'on le change. Mais elle avait décidé qu'elle irait fumer sa cigarette avant bah non en fait est-ce que tu aimerais, que on laisse ton père, ton fils, ton mari ou que toi même ton te laisse baigner dans tes selles acides qui potentiellement vont irriter la peau ? Non

E : C'est des conflits de valeurs.

P : Oui ! Et puis surtout, quand on l'entend, elle joue un beau morceau de pipeau, elle l'entend, elle fait tout, merveilleux, merveilleusement bien, alors qu'à l'inverse, on a des petites perles qui sont toutes discrètes et qui font un travail de qualité exceptionnelle. Mais que vous n'entendrez jamais. Le travail en équipe c'est aussi ce côté un peu pervers ou les gens les plus réservés, des fois, n'osent pas dire alors qu'elles en rêveraient. Moi, j'ai une de mes collègues que j'adore. Elle m'a déjà dit ce que des fois j'aimerais être comme toi, mais moi, des fois, j'aimerais être comme elle parce qu'elle est d'une douceur extrême et je m'inspire un peu d'elle des fois, pour justement être un peu moins brut de décoffrage. Mais bon, après comme disait ma grand-mère, on ne change pas les rayures du zèbre. (*Rires*)

Donc voilà donc je me dis que j'essaie de composer en étant toujours quand même dans le respect. Ça, je me l'impose. Et si par mégarde des fois je sors un peu du rang j'ai pas non plus de gênes à aller m'excuser. Ça peut arriver des fois avec les émotions, avec les nerfs, avec la fatigue, j'en ai marre de prendre des pincettes mais je ne manque jamais d'essayer de m'excuser. On n'est pas parfait, moi la première. Personne n'est parfait. L'avantage du travail en équipe, c'est qu'on se complète les uns les autres et c'est la mixité qui fait que c'est intéressant. Il y a des gens qui ont dit bon j'ai pas trop d'affinités, mais on sait qu'ils bossent bien donc.

E : C'est la question entre sympathie et compétence.

P : Voilà, c'est ça, c'est ça. Une personne très sympa mais pas compétente. On n'a pas très envie non plus hein. Gentil n'est pas un métier.

E : On en revient toujours à la même chose. (*Rires*)

Et du coup, est-ce que la confiance des conditions sine qua none au travail en équipe au sein large du terme et pluridisciplinaire ?

P : Ah oui, oui, je l'ai appris à mes dépens. Je pense notamment aux prescriptions orales c'est vraiment personne-dépendante. Je pars toujours du principe que quand les médecins nous disent des choses oralement, on se doit de l'appliquer. Même si voilà la loi dit que ce doit être écrit tout ça. Il y a des personnes pour qui je ne prendrai pas le risque donc tant que c'est pas écrit, ce n'est pas fait. Voilà donc la confiance, bien sûr, entre collègues, c'est pareil. Si j'ai besoin de m'absenter, je te confie mes patients, je sais qu'il y aura une qualité de soins derrière, je sais que ça ne sera pas fait à la va-vite ou que même ça sera pas fait du tout. Ça, c'est essentiel.

E: Vous travaillez beaucoup en pluridisciplinarité dans votre service ?

P : Oui, oui oui. Et c'est d'autant plus pour ça, c'est toujours un peu le discours que je m'exerce à donner aux internes, c'est que on est une équipe, on est complémentaire, c'est à dire que eux, surtout qu'on a quand même pas mal de changements, hein, quand ils changent de semestre et cetera. Ils arrivent des fois on a ce qu'on appelle nous les bébés qui arrivent, qui ont aucune notion du service dans lequel ils arrivent, ils peuvent avoir les apports théoriques, mais on en vient à la complémentarité, c'est-à-dire que ils savent à quoi sert, par exemple le monitoring par contre, ils sont incapables de le faire et nous on est « leur relais », leur soutien pour pouvoir compléter leur cursus, leurs compétences. Et ça je me tue souvent à dire on est complémentaire,

des fois, on a besoin d'eux parce que nous, on arrive à nos limites et on se doit de faire confiance et surtout se compléter et c'est des fois ce qui donne aussi des frictions, c'est quand on tombe face à des internes qui veulent juste essayer des fois de vous dire "bon bah toi attends la petite infirmière". Un exemple très concret, on, je crois qu'on commence à faire bouger un peu les choses. Ils ont des grilles d'évaluation qu'on appelle des CRS qui permettent de mesurer potentiel état de coma ou de possible relationnel d'un patient. Et bah nous on le dit haut et fort, nous paramédicaux qu'il y a des moments propices pour faire ces évaluations et des moments qui ne le sont pas du tout. Genre on vient pas à 18h00 après qu'on leur ait fait faire de la ventilation, qu'on a fait les soins de nursing, qu'ils ont eu des selles toute l'après-midi de la visite toute l'après-midi, ils sont épuisés donc forcément quand vous allez venir les stimuler, leur demander des informations, bah c'est fichu. Donc les scores sont catastrophiques. Et des fois je leur dis bah non, c'est le matin qu'il faut venir. Et on sait qu'on arrive à avoir un lien de complémentarité qui est bon, quand on dit quelque chose et qu'on qu'on voit et qu'on perçoit qu'on a été entendu. Quand on demande à nous, si le patient fait si ou ça. Ils savent que nous on est là 12 h, on est 12 h avec nos patients, on les lâche pas heure par heure, on les surveille, on les stimule et effectivement, souvent on est plus. Et c'est aussi ça, des fois on leur évite des erreurs. Des fois, c'est des choses toutes bêtes mais des fois ça peut être assez grave. Enfin bref, on est complémentaire. Et effectivement, pour résumer, il peut pas y avoir un travail de qualité en équipe s'il y a pas cette notion de confiance. Mais la confiance n'empêche pas le contrôle. Voilà.

E : On vient de l'aborder mais qu'est ce que vous renvoie le terme d'erreur médicale ?

P : Et bien que ... On y est tous ... malheureusement... potentiellement...acteur et/ou victime. L'erreur médicale fait partie malheureusement... Je pense qu'il faut avoir conscience que ça existe justement pour y pallier. Et trop souvent, c'est les habitudes qui engendrent ses problèmes d'erreur médicale. Quand j'ai des élèves, je leur dis toujours, tu dois prendre tous les jours ton patient comme si c'était la première fois que tu le voyais, donc du coup un instinctivement ils vont refaire les mesures de sécurité pour pallier à ce risque d'erreur médical. ça passe par la vérification du patient, par la vérification du matériel, par la vérification de la prescription, la vérification du bon produit, de la bonne voie d'administration. Les 5B et forcément moi je leur dis toujours, faut toujours avoir un regard neuf. Et d'ailleurs, ça m'est déjà arrivé parce que systématiquement je fais tous les critères de vérification, va te rendre compte que la seringue c'est pas la bonne concentration et c'est pas le bon débit voir même des fois, c'est pas la bonne prescription. Voilà, et on doit avoir le seul automatisme que j'ai, c'est de faire comme si je ne le connaissais pas, systématiquement, et toujours aussi rester en éveil et surtout nous les paramédicaux, c'est à dire qu'on n'est pas des moutons, on n'est pas des applicateurs à prescription. Et des fois, on est le dernier rempart avant l'erreur médicale, c'est-à-dire que les médecins ça reste des humains et que potentiellement, ils sont aussi susceptibles de commettre des erreurs. Voilà, ils sont pas parfaits et des fois quand ils ont enchaîné des gardes ou parce qu'ils se sont disputés avec leurs femmes ou leurs maris, ils sont moins concentrés sur ce qu'ils font et nous on se doit toujours aussi de se questionner sur le pourquoi il m'a prescrit ça. Ça limite le risque considérablement. Voilà ça pour moi, c'est indéniable.

E: Et est-ce que vous estimez que les professionnels de santé ont le droit à l'erreur ?

P: On est humain, donc, à partir de ce moment-là, on ne peut pas faire autrement. On a des outils et des moyens de limiter ce risque d'erreur, on se doit de... de comment dire... d'être quand je parle de conditions, c'est à dire que pour moi, on peut pas se présenter au travail en ayant dormi sauf cas exceptionnel hein, parce que j'ai 3 enfants donc ça m'est déjà arrivé d'avoir une nuit coupée d'avoir dormi 3h parce que t'en as une qui vaut et puis après t'as les 2 autres qui suivent, bah forcément t'as pas beaucoup leur si on fait ce fait ce qu'on peut avec ce qu'on a.

Mais pour moi, être en bonne condition, c'est-à-dire je me couche pas à 05h00 pour revenir à 6 parce que j'ai fait la fête la veille. Voilà, il y a quand même une hygiène de vie, une hygiène professionnelle à avoir. Pour dire que oui, on a le droit parce qu'on ne pourra jamais toutes les éviter, mais on a quand même normalement beaucoup de choses à mettre en place pour limiter ce risque d'erreur médical et paramédical. Notre pire ennemi c'est l'habitude, et le j'menfoutisme mais ça c'est propre à chacun.

E: Est-ce que dans le cadre d'une erreur médicale qui a eu lieu vous avez déjà vu des conséquences pour le professionnel mis en cause ?

P: C'est une bonne question...

E: Conséquence dans le sens large, on n'est pas que sur la sanction, ça peut être la perte de confiance en soi, par l'équipe ou autre.

P: Et Ben moi malheureusement, je trouve que...c'est dur en fait de...sans paraître prétentieuse ou méchante, mais il y a des fois pour moi, on est soigné par des gens incompetents. Et on essaye, je trouve dans l'hôpital public des fois, trop de couvrir et protéger ces personnes là. Et je trouve que c'est pas leur rendre service et c'est pas nous rendre service à nous non plus. Voilà, j'ai vu des fois et j'ai pas honte de le dire je pense à une collègue en particulier qui comprend que dalle à ce qu'elle fait. Enfin voilà, et actuellement, on en a une qui est en très grande difficulté. Elle est diplômée depuis 7 ans mais elle ne comprend pas, et elle est perdue. Les collègues la critiquent et disent qu'elle est nunuche mais elle est pas nunuche, elle est juste pas faite pour la réanimation. Voilà, c'est dommage hein, c'est dommage. Et elle je pense plutôt, parce que quand vous me parliez d'erreur médicale, je sais qu'elle a des casseroles parce que tout le monde sait, mais seulement elle est toujours dans les soins, seulement jusqu'au jour ou...Et ce jour là ça tombera, sur qui ? Et moi c'est ça que je trouve dévastateur. Mais on ne dit pas les choses aux gens et vous voyez pour moi ça c'est un facteur aggravant de commettre une erreur. Et que la bienveillance pour moi, elle passe aussi par ça, par l'honnêteté.

E: Est-ce que le patient est informé en cas d'erreur, qu'elle ait des conséquences ou pas ?

P: Alors j'ai un très bon exemple, alors c'était de la matériovigilance. Nous avons une de nos patientes qui a eu une première opération par les neurochirurgiens et là, sa situation clinique s'est considérablement dégradée et il a fallu qu'elle soit reprise au bloc opératoire. Quand elle a été reprise il y a un des matériels utilisés, dont le ballonnet n'a jamais voulu se dégonfler, donc quand ils ont voulu, ils ont énormément, énormément galéré pour essayer de résoudre ce problème. Donc ils ont fini par percer ce fameux ballonnet qui ne voulait pas se résorber mais du coup ça a été... Même si le cas clinique de la dame était malheureusement très largement compromis et probablement vital déjà avant cet incident mais l'incident a précipité le décès de la dame. Voilà, ça c'est certain. Et je sais qu'il y a une enquête interne qui a été ouverte auprès aussi de de l'ARS, de la sécurité des dispositifs médicaux, et tout a été expliqué à la famille. Enfin, d'ailleurs, j'ai tout ça admirable parce qu'ils ont expliqué à la famille. Certes, il y avait la situation qui était grave, mais ce problème de matériel avait été malheureusement un facteur favorisant le décès précipité de de cette dame. Et malgré tout ça, c'est une famille qui a fait preuve de générosité. Enfin, j'ai trouvé ça extraordinaire. Ils n'ont pas été en colère de la situation parce qu'ils avaient bien intégré déjà le côté dramatique de la situation avant cet incident, le matériel et ils ont été d'accord pour un prélèvement d'organes, et cetera. Parce que c'est important pour eux et j'ai trouvé ça bien parce que comme ça l'aurait été expliqué en toute transparence. Ils ont accepté cette situation inacceptable. Vous voyez l'honnêteté, on revient toujours au même.

E: Et est-ce que c'est ils sont informés aussi quand il y a une erreur qui est rattrapée à temps quand même quand elle a pas de conséquences pour le patient, ce que ça l'aurait évoqué quand il y a eu une presque accident finalement ?

P: Je ne suis pas sûr, je ne me souviens pas qu'on ait fait état d'une erreur arrêtée à temps.

E: Qu'est-ce que la culture positive de l'erreur pour vous ?

P : Alors ils aiment bien, ils ont mis ça sous le nom d'un CREX (*rire*). Ils aiment bien revoir ensemble les facteurs qui ont favorisé l'événement indésirable avec l'analyse et la compréhension des différents intervenants. Ça c'est bien, c'est pareil à partir du moment où c'est fait en toute transparence, voilà et là encore la notion de confiance, elle est importante. C'est pareil, ça nous a heureusement que ça ne nous arrive pas souvent, mais moi en 20 ans en milieu hospitalier, une fois, j'ai eu affaire à une interne malhonnête qui, oralement, m'a demandé d'effectuer un acte. Donc c'était l'arrêt d'une compensation chez un patient PMO. Donc quand le patient est en état de mort cérébrale, il y a un risque d'engendrer d'autres défaillances.

Et donc elle m'avait demandé d'arrêter cette compensation et moi je l'ai interpellé sur le fait que je ne comprenais pas parce qu'on ne faisait jamais ça que justement quand il y avait une polyurie comme ça, on surveillait les densités urinaires et que si besoin on injectait une hormone antidiurétique et qu'on compensait enfin la moitié du volume, et cetera, et cetera. Et elle a pas du tout entendu et elle s'est juste renfermée dans le fait, je suis l'interne, tu es l'infirmière et tu fais ce que je t'ai dit. Et je la vois encore, c'était encore les prescriptions papier, arrêter la prescription. Et par chance, pour moi et pour le patient enfin pour le donneur, les médecins seniors sont arrivés et j'ai pu les questionner. Et quand ils ont dit qu'on ne faisait surtout jamais ça elle a osé prétendre qu'elle ne m'avait jamais demandé de faire ça. Et là et là c'est hyper frustrant. J'ai repris la compensation, et cetera. Et bien sûr elle par exemple, je ne lui ai plus jamais fait confiance quand je disais tout à l'heure que si c'était pas écrit c'était pas fait, et même je faisais pire et je l'assume quand elle me prescrivait quelque chose, je le faisais systématiquement validé par un sénior. Je refusais d'appliquer ces prescriptions. Bon, elle avait des antécédents, par exemple, quand on parle tout à l'heure de est-ce que vous avez déjà vu des conséquences ? Elle par exemple, elle aurait dû avoir des conséquences.

E: Vous parliez de CREX, est-ce que vous y avez déjà participé ?

P: Oui, une fois, je cherche justement le sujet. Alors c'était pas moi qui était impliqué. C'était un regard extérieur d'une collègue. D'ailleurs, les choses ont un peu évolué après ça. C'était un culot globulaire qui avait été reçu et stocké au frigo, mais oublié et pas transfusé. Ce qui était délétère pour le patient qui n'avait pas reçu et délétère aussi bah financièrement parce que ça a un coût. Et là encore c'est un défaut de communication alors il y a dire et écoutez, vous voyez. Et on en revient toujours à cette même question de confiance, de compétences, quand vous êtes face à quelqu'un qui vient ici pour chercher et qui vous dit d'ailleurs, je cherche un salaire, donc l'investissement il est nul, l'écoute, elle est nulle, la bienveillance, bah y en a pas. Et forcément, derrière, ça donne une qualité de travail médiocre et c'est souvent révélateur de ce genre de choses quoi.

E: Est-ce que vous y aviez vu un intérêt à la démarche d'analyse ?

P: Alors je trouve que c'est toujours une bonne idée de revenir sur les éléments qui ont plus engendré un événement indésirable. Je trouve que c'est toujours quelque chose de positif. Surtout que c'est souvent abordé avec bienveillance, c'est jamais un tribunal où on montre du doigt les choses. On essaye juste de réunir les éléments qui nous ont amenés à ça.

E: Oui le CREX a pour principe d'être factuel.

P: Voilà, c'est factuel, voilà. Mais dans certains cas, quand justement, c'est le manque de compétences ou le manque de professionnalisme. Ça devrait aussi servir pour dire "Bah par contre, ça aura des conséquences". C'est le manque des fois de conséquences qui me gênent. Ce qui favorise des fois la poursuite de cet état de végétatif professionnel.

E: C'est quoi ?

P: Quelque chose qui les ferait réagir. Un petit stimulant qui leur ferait prendre conscience qu'il est temps de changer de service parce qu'on est lassé et que du coup on ne s'investit plus ou soit des fois même de simplement des fois de se dire qu'on est plus dedans et qu'il faut se ressaisir.

E: Est ce que vous déclarez tous les dysfonctionnements qui en sont dans le service, même ceux qui n'ont pas de conséquences ?

P: Alors oui, parce que juste on est assez bons là-dessus, je pense. Alors matériovigilance, identitovigilance tout ce genre de choses à partir du moment où c'est où c'est fait, on va dire encore une fois, dans le but de s'améliorer et de dépister quelque chose, oui parce que on a eu un problème à un moment avec un lot de seringue, ça va nous engendrer des conséquences sur les pressions, sur du coup, nos KT centraux qui se bouchaient et cetera. Donc oui, ça a toujours un intérêt donc on n'a pas eu de conséquence dramatique c'est quand même oui essentiel de faire remonter. Et notre cadre a mis en place un tableau sur lequel est répertoriée un peu plein d'axes d'amélioration et elle a confié une mission répartie sur l'ensemble des équipes de jour et de nuit. Donc chacun a sa petite mission, un exemple je vous donne un parmi tant d'autres, mais elle a fait elle affichée dans notre salle de pause. Si vous voulez la regarder avant de partir, s'assurer que toutes les seringues dans les box sont porteurs de l'étiquette patient et de l'étiquette de produit. Donc ça, il y a quelqu'un une fois par mois qui passe et qui s'assure au hasard. Donc on essaye d'améliorer. On a pas mal d'axes d'amélioration, on essaie d'être dedans. Ces indicateurs nous aident bien. Donc non, je pense qu'on est pas mauvais là-dessus.

E: Et vous faites des FEI ou ces déclarations là, vous les faites plutôt en interne?

P: Alors on a des feuilles par exemple de matériovigilance ou de pharmacovigilance quand on a un problème. Mais à partir du moment où il y a une conséquence, c'est une feuille d'événements indésirables.

E: Et sans conséquence ?

P: Il y a quand même du coup matériovigilance, identitovigilance il y a quand même un courrier mais c'est pas une feuille d'événements indésirables même si effectivement, la feuille d'événements indésirables elle est là pour signaler les événements qui ont eu des conséquences et ceux qui n'en ont pas. Mais là encore, une fois, je veux plutôt dire que trop de support, tue le support, quoi. Une fois on a plus vite fait de traiter par exemple directement avec la pharmacie qu'ils éliminent le lot que de faire une feuille d'événements désirable, ou dire qu'on a un problème sur le piston machin et que du coup il continue de nous donner tant que ça va pas été traité par le service qualité. Voilà, on court souvent après le temps ici, donc il faut aussi essayer d'être pragmatique et ça être pragmatique dans notre profession, c'est essentiel.

E: Qu'est-ce que vous attendez d'une FEI ?

P: Bah j'en ai fait une par exemple parce que je me suis fait voler un sac qui avait surtout une valeur sentimentale pour moi dans mon vestiaire. Et bah là, vous voyez, j'ai jamais eu écho. Il y a des caméras de surveillance à l'entrée de enfin, à l'extérieur de nos vestiaires, donc potentiellement, je pense qu'ils auraient pu identifier peut-être, hein, la personne qui a substitué mon sac. Mais ça, ça n'intéresse personne. Par contre, la feuille d'événements indésirables pour

signaler qu'un tel a mal parlé à un tel là par contre là ça fait des émules. Là y a pas de problème, mais les feuilles d'événements indésirables on nous dit que c'est pour tout, mais en fait, on en a certaines on a l'impression qu'il y aura jamais de conséquence. Vous voyez, moi, c'est un événement désirable pour moi. On m'a volé quelque chose dans mon vestiaire, on m'a volé mes affaires sur un vol.

E: C'est une fiche violence qu'il faut faire pour ce genre de problématiques. Ce n'est pas le même parcours. Les vols, les insultes ou agression physique envers un professionnel c'est une fiche violence pas une FEI. Les FEI c'est uniquement pour tout incident associé aux soins. Donc le vol de votre sac à main, les dégradations volontaires de vos affaires, tout ça c'est des violences.

P: Des fois quand ils veulent absolument qu'on fasse des fiches pour signaler les choses qui peuvent avoir des répercussions et des fois on a quand même l'impression que le traitement, il n'est pas optimal, que c'est sélectif.

E: Est-ce que vous vous sentez soutenu dans la démarche de déclaration des dysfonctionnements par votre équipe ? Par votre cadre ?

P: Ma cadre m'a soutenu, je l'avais aussi transmis ma cadre sup que j'avais transmis au PC sécurité. Mais après, je les trouve aussi bien démunis, donc malheureusement je vois pas ce qu'elles peuvent apporter de plus.

E: Petite question de la fin, plus vraiment de rapport avec tout ça, est-ce que vous vous sentez en accord avec vos valeurs professionnelles dans votre pratique de tous les jours ?

P: Disons que j'essaie de m'en rapprocher le plus possible. Comme je disais tout à l'heure, j'essaie toujours de faire les choses comme s'il y avait un enjeu vital et comme si c'était pour moi ou pour quelqu'un que j'aime énormément. Donc j'ai un investissement, je pense professionnel et personnel important mais comme je suis épanouie dans ce que je fais, que j'adore ce que je fais c'est pas une charge pour moi, c'est mon devoir. Donc c'est mon devoir de bien faire les choses et de m'assurer que tout est bien fait et d'essayer d'améliorer toujours la qualité de mon exercice, de mon accueil et mon écoute. Après c'est pas toujours de façon optimale. Encore une fois, je ne sais pas, peut-être pas parce que comme je disais tout à l'heure, en fonction des fois de notre état de fatigue, de notre charge de travail, de tous ces éléments, on va dire un peu externes. J'essaie toujours de donner le meilleur moi-même, ça c'est ça, c'est certain, et j'essaie de pallier des fois, avec des appuis extérieurs quand des fois je suis à bout quoi. Je pense par exemple au niveau physique où actuellement je suis blessée et bah j'ai du mal des fois à soutenir des corps lourds. Je vais donc m'appuyer sur nos brancardiers qui se montrent disponibles.

Ouais, j'aime et ça je, c'est presque un peu prétentieux de le dire, mais j'aime profondément ce que je fais et je le fais à fond. Mais ouais, j'adore, je suis passionnée. Je ne me suis pas trompé de métier quoi. C'est, le mieux dont on peut rêver d'en parler tout à l'heure avec l'épanouissement personnel et réussir sa vie.

E: C'est beau, et c'est agréable d'entendre parler quelqu'un de son travail avec autant de passion. Est-ce que vous avez des éléments à ajouter que peut-être nous n'avons pas abordés qui vous semblent importants ?

P: Je crois qu'on a parlé de beaucoup de choses déjà donc non je ne pense pas.

E: Je vous remercie pour vos réponses et pour le temps que vous m'avez accordé.

Transcription entretien n°4

Interne de réanimation

P : Professionnel interrogé

E : Enquêteur

E : Bonjour, je m'appelle Loane Demaret et dans le cadre d'un Master 2 éthique en santé à l'université de Caen je réalise un travail de recherche sur les valeurs du soin et le regard des professionnels de santé sur la démarche qualité et sécurité des soins. Voici ma première question.

Est-ce que vous pouvez me présenter en quelques mots votre service, vos missions, votre travail au quotidien ?

P : Bah du coup moi je suis interne. Euh, je suis en 4e année d'internat en réanimation, on va dire sur une journée standard, le matin, on va faire la visite, donc on a entre 2 et 5 patients, on va dire de l'attribuer à peu près, on les examine, on fait les prescriptions pour chaque patient. Après c'est relu avec puis on en discute avec sénior pour chaque prescription et puis après sur le reste de la journée si y a des examens ou des choses comme ça on va du coup bah faire les transports pour les examens. Surtout qu'en réanimation les transports vont être médicalisés, forcément. Et puis après, on fait le point, on fait une contre visite ou une visite le matin à 12h00 et puis vers 17-18h quoi.

E : Vous êtes en à peu près en 12h00, comme les infirmières du service ?

P : Ouais, c'est ça. Alors souvent on est plutôt on va dire enfin, ça fait 10 h, on n'a pas de temps d'horaires. Mais c'est en à peu près ça. En réanimation, souvent on commence à 08h30 le staff et puis c'est jusqu'à 18h30 quoi. Ça fait donc 10 h. Et après, sur les gardes, c'est 24 h, de 08h30 à 8h30 le lendemain.

E : Et du coup vous faites les gardes que sur la réanimation ?

P : Ouais complètement. On est uniquement dédié à la réa. Et on fait les gardes dans la réa où on est, c'est-à-dire que là je suis en réanimation chirurgicale, donc je fais mes gardes en réanimation chirurgicale, et quand on est en réanimation médicale on y fait ses gardes et cetera ...

E : OK, parce que je sais que certains internes font les gardes au niveau des urgences et qui n'ont pas de gardes spécifiques dans leur service.

P : Ouais, tout à fait. Ce n'est pas organisé comme ça et... Alors c'est différent quand on est en anesthésie, parce que du coup on a, on est dans des blocs froids ou d'urgence, mais du coup on fait toutes nos gardes aux urgences parce que par définition dans un bloc froid, y a pas de garde la nuit, et cetera, comme c'est du programmé il n'y a pas d'urgence.

E : Et bien on va commencer par la question la plus complexe, que représente pour vous le prendre soin et comment ça se traduit dans votre pratique ?

P : Ça va être bah autour des patients et de la famille, de s'occuper des patients avec leur prise en charge globale, que ce soit au niveau médical aussi d'accompagnement, du patient et de la famille sur en réanimation où on est quand même beaucoup confronté à la famille. Surtout qu'on les patients qui sont non communicants. En équipe, surtout en réanimation avec l'infirmière et soignante, et puis même au bloc opératoire parce qu'on travaille toujours en équipe avec les IBODE, les IADE ou autre.

E : Vous fonctionnez beaucoup plus en équipe que d'autres secteurs ?

P : Ouais parce qu'on peut déjà, on n'a peu de secteurs de consultation. Et puis oui, effectivement, comme on a moins de patients à s'occuper, on a plus de temps pour se pencher sur le dossier. Et puis du coup, enfin, je pense en tout cas que communiquer avec les infirmières quand on a 3 ou 4 patients, c'est plus simple que quand on a 15 ou 20.

E : Ouais c'est sûr.

P : Et puis même le temps qu'on peut investir pour chaque patient est différent. C'est vrai, quand on a une visite qui dure pendant 20 patients, on ne peut pas accorder le même temps et le même investissement pour chacun par rapport à quand on en a 5.

E : Pour vous, quelles sont les valeurs essentielles aux soins ?

P : Bah alors je pense déjà à l'écoute. Il y a les patients, c'est surtout en anesthésie et en réanimation, c'est quand même une spécialité qui est assez technique donc bon la technicité c'est important pour l'éthique médicale. Mais il y a aussi le patient, donc les écouter et puis les examiner, leur demande aussi leur autorisation quand on va les examiner. Parce que c'est vrai qu'ils sont assez souvent « interrompus », on ne leur laisse pas trop de place en termes de temps pour eux avec même les passages infirmiers qui sont toutes les heures par rapport à des services conventionnels ou c'est complètement différent. Donc, ouais l'écoute après forcément le côté médical et technique, et cetera. Et essayer d'être bienveillant, forcément, de ne pas s'énerver ou quoi que ce soit...

E : Ce que vous identifiez des facteurs favorisant à la qualité de la prise en soin ?

P : La bonne communication, je pense que dans une équipe, c'est important. Bah forcément si y a des discordances qui font des problèmes entre les équipes, du coup on ne communique pas. Typiquement là on est passé enfin, ça fait un an et demi qu'au niveau des prescriptions on a changé au niveau du système de prescription à voir ce qui était des pancartes papier qui étaient dans la chambre. Donc c'est bien parce que ça permet plus de traçabilité pour tout ce qu'il y a à faire mais par contre, les notifications c'est moins visible que quand on rajoute quelque chose d'écrit sur une pancarte. Donc une communication et puis une bonne entente dans les équipes. Et puis après aussi, notre formation enfin, en tant qu'interne en tout cas, qu'on ait des cours, des choses comme ça, d'être senioriser. En réanimation on a quand même la chance de seniorisé pour toutes nos prescriptions globalement, ce qui n'est pas forcément le cas non plus dans les autres services. Donc ça c'est important et puis aussi on va dire que même si ça dépend d'où on en est pendant notre formation mais quand il y a des plus jeunes internes, les chefs, ils sont « assez nombreux » pour assurer le service minimal. Du coup nous en tant qu'interne, on n'est pas indispensables au service, forcément, aide beaucoup au fonctionnement, et cetera. Mais quand il y a des journées de formation et qu'on doit s'absenter, c'est possible. C'est mieux pour nous, pour les seniors et pour les patients je pense.

E : La vie de service ne dépend pas des internes, ce qui devrait être le cas normalement partout.

P : Exactement, tout à fait. (Sourire) Bah après y a toujours forcément des moments où enfin, quand on est sur des gardes en jour fériés ou les week-ends, on n'est forcément pas le même nombre et heureusement parce que sinon on serait tout le temps là. Mais oui oui. Par rapport à d'autres services, c'est... vu tout ce qu'on entend, nous, on est un peu protégé là-dessus.

E : Oui des fois on peut voir des services où l'interne est tout seul, y a même pas de senior et on lui met les externes.

P : Ouais tout à fait exactement, y a même des services où les internes sont aux blocs donc il ne reste que les externes en service.

E : C'est des moments qui doivent être assez compliqué avec une grande solitude. Ça ne doit pas être simplement plus à gérer...

P : Non, non, c'est sûr.

E : Est-ce que vous estimez avoir des devoirs envers les patients en tant que professionnels de santé ?

P : Ben oui, complètement. Déjà d'être honnête et puis de les informer, notamment de ce qu'on fait. Alors c'est parfois difficile en réanimation surtout bah typiquement en neuro réanimation ou des fois on a du mal à savoir si le patient il est... d'évaluer, son état de conscience et de vigilance, comment il communique, ce qu'il comprend de ce qu'on fait de ce qu'on lui dit. Donc faut essayer au maximum de s'astreindre un peu à de temps en temps faire des points d'information, et cetera. Et puis après, sinon aussi par la famille.

E : La famille c'est un gros support chez vous ?

P : Ouais ouais, tout à fait. C'est vrai que sur les patients, quand ils se réveillent, quand ils sont une phase, un peu d'agitation, bah forcément y a un moment où il va falloir faire un peu d'informations et de réassurance ou des choses comme ça, qui sera plus ou moins efficace, parce que des fois y a aussi un délirium au réveil. En réanimation en tout cas, il y a ça et puis après y a la prise en charge la plus sécuritaire possible, mais comme partout.

E : Privilégier la sécurité.

P : Exactement tout à fait.

E : Du coup on a déjà un peu parlé mais le travail en équipe est-ce que pour vous la confiance est une condition sine qua none au travail en équipe et à son bon fonctionnement ?

P : Bah au bon fonctionnement, oui, c'est obligatoire. Après des fois ça peut être compliqué. Euh parce que on ne va pas avoir la même expérience, que ce soit au niveau interne entre interne qui est en début d'internat, enfin d'internat. Pareil, que ce soit niveau paramédical ou que ce soit une infirmière qui est là depuis 10 ans d'un service qui connaît toutes les habitudes, ou quelqu'un qui vient d'arriver ou qui fait parti du pool de réa ou d'urgence, c'est forcément un peu différent. Après ça n'empêche pas que du coup bah c'est aussi une question de temps mais. Enfin pareil, enfin sur ce qui est formation et cetera d'encadrement, de vérification. Et puis après de communication même si ouais de communication que enfin d'avoir des confirmations quand on dit quelque chose qu'on prescrit, si la personne trouve ça bizarre parce que soit parce qu'elle n'a pas compris, soit parce qu'elle a pas confiance bah elle demande et nous si on est sûr de soit on on lui confirme ça ou si effectivement il y a un doute, quelque part on va se faire senioriser. En tout cas, oui, c'est sûr c'est important et surtout ça facilite du coup, alors sans que ça aille trop vite mais ça permet un gain de temps aussi, voilà quand ce qu'on dit n'est pas remis en question tout le temps (*rire*) même si des fois à juste titre, ça peut être remis en question.

E : C'est une barrière de sécurité certes mais il ne faut pas en user et en abuser.

P : Ouais, c'est exactement ça.

E : Que vous renvoie le terme d'erreur médicale ?

P : Ça va être un événement qui va être inattendu, qui va être non voulu. Euh, ça peut être sur l'administration médicamenteuse. Enfin, ce qu'on pense souvent en tout cas, c'est ça, que ce soit au mauvais patient ou mauvais, mauvais médicaments, mauvaise prescription. Enfin voilà, les 5B. Et sur l'erreur médicale et après faut essayer d'évaluer sa gravité. Et puis bah savoir après analyser ça en faisant des revues mortalité et morbidité, s'il y a un événement qui est significatif.

Et puis du coup, mettre en place des protocoles comme c'est fait maintenant enfin un peu partout pour diminuer ces risques là, que ce soit sur la gestion par exemple des tout ce qui est cathéter ou monitoring... Et le et puis débriefer au maximum pour savoir pourquoi ça s'est passé. Puis éviter qu'il y ait trop de culpabilité, enfin l'effet double victime par rapport à ça.

E: *Vraiment vous me prémâcher le travail (Rires) Est-ce que vous estimez que les professionnels de santé bénéficient d'un droit à l'erreur ?*

P: Oui, je pense. De toute façon, même dans les centres experts et cetera, on va dire même si on est seniorisé pour à peu près tout. Ben même si on est seniorisé, y a forcément des moments à faire, des erreurs. Il y a aussi des seniors qui vont faire des erreurs, même dans des endroits où il n'y a pas d'internes, où c'est pas universitaire on va dire que du coup y a moins d'interlocuteurs, c'est moins facteur d'erreur, mais il y aura quand même des erreurs médicales, fait. Par inadvertance, par bah l'image du trou de gruyère. Au delà de la personne mais avec tous les facteurs qui arrivent. Du coup, c'est aussi pour ça que c'est important de le déclarer, d'informer le patient quand ça arrive. Il faut que le patient comprenne ce qui se passe et qu'il n'ait pas l'impression qu'on lui cache quelque chose, ce qui est le cas si ce n'est pas déclaré.

E: *Ok. Et du coup, vous lui en parlez, même si ça n'a pas de conséquence ou que si ça a une incidence patient ?*

P: Alors je pense enfin, si ça n'a pas du tout de conséquence. Euh, s'il ne s'en rend "pas compte" je pense que je ne lui en parlerai pas forcément, si par contre, si y a vraiment rien du tout de changer quoi. Si c'est à risque d'entraîner des conséquences typiquement par exemple quand on pose une péridurale, si on fait une brèche ostéoméningée sur la ponction péridurale, ça peut ne pas avoir de conséquences comme ça peut en avoir, mais on va l'informer pour que si jamais y a des céphalées, des choses comme ça qui arrivent, en lui expliquant que y a des traitements, et cetera et qu'on sait le prendre en charge derrière mais qu'il faut qu'elle soit vigilante à ça et qu'elle comprenne ce qui s'est passé, pourquoi et que de traitement et d'autres démarches et l'appliquer aussi elle dans la démarche.

E: *Faire une alliance thérapeutique un peu ?*

P: Exactement dans la démarche prise en charge. Ouais, et quand y a pas de conséquence, c'est... En théorie, il faut le faire mais en pratique on ne le fait pas.

E: *Et pourquoi ? C'est quoi les causes qui vous font ne pas le dire ?*

P: C'est plus que comme ça n'a pas de conséquence. Nous, on va l'analyser de notre côté, mais on ne va pas forcément en informer le patient. Pour éviter le stress, et puis peut-être un peu par peur de procédures ou de choses comme ça, je ne sais pas si c'est le cas en pratique mais oui...

E: *Vous avez l'impression que ça rentre en jeu la dedans ?*

P: Bah un petit peu je pense aussi, ouais effectivement ouais.

E: *Très bien. Et qu'est ce que la culture positive de l'erreur pour vous ?*

P: C'est favorisé, notamment la déclaration, enfin, des erreurs. Enfin pas stigmatiser l'erreur en sachant que de toute façon, on l'a dit tout à l'heure, elle est inévitable. Et justement, on va avoir une démarche positive pour savoir pourquoi c'est arrivé, est-ce qu'il y a des facteurs favorisants. Si c'est arrivé c'est qu'il y en a toujours de façon, parce qu'on est toujours occupé par plusieurs choses, un peu en même temps, donc moi à ce niveau-là et puis les choses qui peuvent changer d'un point de vue organisationnel ou autre pour diminuer le risque de récurrence.

E: Est-ce que vous déclarez les événements, justement, qui n'ont pas d'incidence patient ou est-ce que vous vous arrêtez aux événements avec conséquence ?

P: Non, je pense pas. Moi j'ai pas trop d'exemples en tête. Non, si ça a pas de retentissement au patient, c'est à dire qu'on ne va pas changer de médicament ou autre, typiquement on ne va pas le faire, par exemple sur une erreur d'administration où le patient va recevoir un peu plus d'hypnotique que ce qu'on aurait voulu si c'est pas de retentissement dynamique ou autre, on va pas enfin je ne me rappelle pas qu'on ait fait de déclaration par exemple.

E: Et dans ces cas-là vous faites quoi ? Vous réglé le truc en interne pour réadapter ou corriger?

P: Ouais c'est exactement ça.

E: Donc vous avez déjà participé à des RMM et des CREX aussi ?

P: Non que RMM. Alors en réanimation chirurgicale, il n'y a pas de RMM systématique de ce que je sache, en réanimation médicale ...

Une personne entre dans la pièce.

P: En réanimation chirurgicale je n'ai pas participé à des à RMM de manière systématique, il y en avait eu une conjointe avec le bloc des urgences de manière exceptionnelle sur un événement indésirable grave. Et en réa med y a des RMM en systématique sur tous les évènement indésirables graves type décès inattendu ou les trucs comme ça.

E: D'accord donc quand il y a une déclaration d'EIG à l'ARS.

P : Et du coup nous je suis pas sûr qu'on fasse une RMM en systématique. On va le déclarer mais c'est tout, je pense aux auto-extubations par exemple.

E : Est-ce que vous avez vu un intérêt aux RMM auquel vous avez participé ?

P: Ouais bah alors... Il y avait plusieurs choses de manière générale et en tant qu'interne, du coup on est en formation, ça permet de refaire le point sur le dossier, qui sont souvent complexes et avec une situation qui est compliquée, ça permet de voir les facteurs confusionnels, qui peut se passer pendant souvent c'est pendant la garde et puis la fatigue, et cetera d'éviter du coup bah de refaire cette erreur là. Et puis il y avait eu sur certaines RMM des protocoles qui ont été mis en place, des demandes d'accès, notamment d'information. Comme maintenant y a de plus en plus de logiciels différents selon les spécialités, donc tout ça, ça fait que des fois y a des pertes d'informations ou même des complications type bugs informatiques. Mais du coup, ça avait permis d'avoir des accès différents pour avoir plus d'informations. Et puis ouais des protocoles de mit en place.

E: Et qu'est-ce que vous attendez d'une déclaration d'évènement indésirable ?

P: C'est une bonne question. Ben déjà, ça va permettre, comme on l'a dit derrière, d'instaurer un processus de RMM ou en tout cas de réflexion pour savoir qu'est-ce qui s'est passé. Le fait de juste le déclarer, ça a permis de dire aussi que c'est pas normal qu'il y a un "dysfonctionnement" et le souligner, que ce soit pas banaliser non plus, que ça ne soit pas stigmatisé mais pas banalisé non plus. Du coup bah de réfléchir dessus à qu'est ce qui s'est passé et du coup d'instaurer un peu cette démarche là derrière quoi. Et puis après d'un point de vue logistique aussi, je pense que ce que c'est intéressant à recenser .

E : Est-ce que vous vous sentez soutenu dans une démarche de déclaration et communication autour d'un évènement indésirable, par votre équipe , par les médecins séniors?

P : Alors nous, c'était différent. Enfin, quand on y en avait eu, c'était en tant qu'interne. On a une position qui est un peu particulière parce que du coup, c'est pas nous qui sommes "responsables". Souvent, c'est situation critique où il y a le senior qui s'occupe de tout. On est là entre "en plus" pour aider activement des choses comme ça, mais donc on se sent pas visés directement. Mais je sais que sur des seniors y en a qui se sont sentis un peu "accusés", au moment de RMM, avec certains règlements de compte quand ils n'étaient pas d'accord quoi. Alors personnellement non mais j'ai déjà vu, on va dire des fois ou c'est un petit peu houleux et pas forcément très communicant. En tout cas pas toujours gentil et bienveillant quoi.

E : Avec un petit côté un peu peur de la sanction et sanction par les pairs ?

P: Bah alors ouais enfin le, au moment de la RMM, pas sur le coup ni à postériori mais au moment de la RMM ça a pu parfois être un peu plus compliqué.

E: Et une question un peu plus légère pour la fin, est-ce que vous vous sentez en accord avec vos valeurs professionnelles dans votre pratique du quotidien ?

P: Ouais, complètement. Oui, tout à. Fait enfin, on travaille, ça se trouve bien. Je suis content de ce que je fais et enfin je pense, ça m'apporte. D'un point de vue personnel, je suis d'accord. Avec ce que je fais. (*Rire*) Il n'y a pas grand chose à dire.

E: Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

P: Non. J'espère que j'ai été à peu près clair.

E: Parfait, avez-vous eu des cours par rapport à la culture positive de l'erreur ?

P: Alors on en a eu pendant l'externat, pendant l'internat je ne suis pas sûr qu'on ait eu de cours dédiés à ça. Après bah du fait que y ait justement ces RMM, ça, "inculque" un peu cette culture là. Et puis donc on le disait tout à l'heure. Enfin, on y voit nous, en tant qu'interne, en tout cas le bénéfice à faire ça et à poursuivre cette démarche là. Donc voilà.

E: Et bien, c'est parfait, je vous remercie.

Annexe 4 : tableau d'exploitation des entretiens

N°	Fonction	Typologie du service	Expérience professionnelle	Représentation de l'erreur médicale	Devoirs du professionnel	Valeurs essentielles	Freins et facteurs favorisant PEC	Droit à l'erreur	Le patient est informé	CREX/ BMM	Intéret ?	Sanctions et responsabilité	Facteurs de risques	Déclaration	Réponse attendu	Soutien et incitation	Freins à la déclaration	Accord aux valeurs
1	IDE	Chirurgie	1998 IDE en services puis bloc	Avec ou sans conséquence, souvent rattrapé par la chaîne de sécurité. L'erreur est humaine (inévitable). "On n'est pas passé bonne à la professionnelle"	Rigueur, sécurité, bienveillance, neutralité	Soignée, réassurance, bienveillance	Temps, charge de travail, matériel, effectifs	Oui	Non	Ocre	Recherche des facteurs de risque et actions correctives proposées	Responsabilité du chef de service (judiciaire) en cas de litige, responsabilité morale (culpabilité, remise en question de soi et de son travail...) responsabilité civile (si demande d'indemnisation alors prise en charge par la CHU), responsabilité juridique si le suite	Diversité des actes, nouveauté, soins inhabituels	Si conséquence alors FE sinon pas de déclaration et pas toujours de transmission à l'équipe. Médiocrance en fiche interne	Analyse, solutions et/ou avec détermination	Par le cadre et l'équipe	Temps, lourdeur de la démarche, accès à un ordinateur et fonctionnement de celui-ci	Oui
2	IDE	Chirurgie	2019 n'a travaillé qu'au bloc opératoire	Ne sait pas, concerne uniquement les chirurgiens. Pas de différenciation erreur / aide. L'erreur est humaine mais les soignants s'occupent de la vie des gens donc pas le droit.	Respect de la pudeur et de l'intimité, préserver l'intimité de la personne soignée, sécurité	Soignée, attention à l'autre, réassurance, empathie, dynamisme, envie d'apprendre, bienveillance	Effectif, communication, temps, l'ambiance de l'équipe pluridisciplinaire, confiance	Non	Non	Non	N'en n'a jamais entendu parlé	Nouveau professionnels doivent faire leurs preuves, n'ont pas les mêmes droits que les autres au début. Confiance en soi difficile à acquérir avec une hiérarchie forte entre les paramédicaux au bloc. Culpabilité, perte de confiance en soi, réassurance par les pairs, pour l'agent, le patient à induire une crainte de travailler en service de soins en lien avec les facteurs de risques (affectifs, intonation de tâches...)	Communication, stress, manque de confiance, niveau de formation, fatigue, manque d'attention, manque de temps, intonation de tâches, charge de travail, effectifs	Fiche internes pour la médiocrance. Fiche violence et/ou fiche violence. Pas de FE déclarée par l'agent	Information sur le suivi de la FE ou fiche violence	Par le cadre	Peur d'avoir des représailles de la part d'un membre de l'équipe ou le corps professionnel concerné (fiche violence)	Oui
3	IDE	Réanimation	2008	L'erreur est humaine (médiabilité), erreur médicamenteuse, IDE à demi-temps	Respect, bienveillance, impartialité, sécurité, information	Respect des règles de bonnes pratiques, écoute, accompagnement, bienveillance, communication	Légitimité de la profession, charge de travail, effectifs, fatigue, état émotionnel, formations, travail en équipe, confiance	Oui	Non	Ocre	Factuel et bienveillant. Mais le problème c'est souvent un manque de professionnalisme ou de compétences donc l'analyse n'y changera rien	Pas de conséquence, l'incompétence est "couvert" et protégée dans l'hôpital public. En cas d'erreur par un collègue ou médecin, perte de confiance en lui et recrudescence des contrôles + remise en cause des compétences	Manque de communication, incompétences des professionnels, habitudes, fatigue, charge émotionnelle, altération de la concentration, interruption, manque de rigueur	Médiocrance, identification et pharmacovigilance sur pas via FE sauf à conséquence. Médiocrance de la fiche violence donc utilisation du mauvais circuit. Tableau d'indicateur perso comme moyen de faire remonter les dysfonctionnements du service	Une réponse, une solution	Par le cadre et l'équipe	Trop de supports différents, temps	Oui
4	IDE	Chirurgie	2013 et au bloc opératoire depuis 4 ans	Erreur et faute non/mal différencié. C'est un terme qui renvoie à quelque chose qui s'est mal passé, c'est un regret. C'est une erreur de prise en soin. Ça évite des dangers, des séquelles pour le patient. On est de sécurité et de qualité pour essayer au minimum de réduire le risque.	Respect, secret médical, respect des règles de bonnes pratiques, sécurité, rigueur	Soutien psychologique et médical du patient, relations sécuritaires, information et communication, PEC globale, réparation au besoin, respect de soi	Travail en équipe, communication, confiance, continuité des soins, identification des problèmes, le patient lui-même (pathologie, niveau d'éducation), temps	Oui	Non	Ocre	L'équipe entière réfléchit ensemble pourquoi de l'erreur, ce qui peut être amélioré ou corrigé et ce peut parfois sauver des vies. Permet aux gens de s'exprimer pour donner des retours. Durant un CREX : remise en question de la façon de penser et de l'attitude des personnes impliquées.	Précaution, anxiété, tension dans l'équipe pour signaler la survenue d'un B lors de l'intervention (fait donc l'intention de se couvrir). L'FE est tracé dans le dossier mais pas dit au patient, il ne le saura que s'il fait la démarche d'aller chercher.	FE, médiocrance, dossier patient pour signaler la survenue d'un B lors de l'intervention (fait donc l'intention de se couvrir). L'FE est tracé dans le dossier mais pas dit au patient, il ne le saura que s'il fait la démarche d'aller chercher.	Pas juste un mail mais une solution. Avoir la finalité de la FE et pas de le mettre en place des actions. Demande de complément d'information pour certains mais sentiment qu'il n'y a pas eu de fraternité à la déclaration	Ce dépend de la FE. Le FE n'a pas vocation à être déclaré. Avoir un ordinateur en place des actions. Demande de complément d'information pour certains mais sentiment qu'il n'y a pas eu de fraternité à la déclaration	Long à faire, manque de réponse rapidement, selon la gravité. Avoir un ordinateur en place des actions. Demande de complément d'information pour certains mais sentiment qu'il n'y a pas eu de fraternité à la déclaration	Oui	
5	IDE	Réanimation	1997	C'est humain. C'est une succession d'événements qui font aboutir un mauvais geste, une mauvaise décision	Respect, bienveillance, sécurité	Empathie, bienveillance, compréhension	Temps, manque d'effectif, travail en équipe	Oui	Non	BMM	C'est plus médical mais l'analyse est intéressante	"On bâtonne pour que s'il y a un souci ça ne nous retombe pas dessus". Les erreurs commencent à faire parler dans l'équipe lorsqu'il y a une tentative de dissimulation sinon c'est ok. Perte de confiance en soi et en l'autre, augmentation de la vigilance.	Légitimité, fatigue, collaboration, communication, charge de travail	Très peu	Une réponse	Non, cadre qui avait dit de ne pas le faire	Manque de temps, pas très intuitif. Préfère aller voir les gens directement → délation	Oui
6	IDE	Réanimation	2018	C'est humain. C'est un enchaînement de petites micro-erreurs qui aboutissent à l'accident.	Respect, sécurité	Empathie, bienveillance, compréhension	Temps, moyens pour la coordination des soins, matériel, travail en équipe	Oui	Non	Non	Sensation que la hiérarchie, le reste du service refuse de droit à l'erreur, une difficulté à passer au dessus. Perte de confiance des médecins envers l'ID ayant commis l'erreur. Inquiétudes de plus en plus profondes donc on ne se dit pas au patient les erreurs	Collaboration entre paramédicaux avec les médecins. Manque de communication	Non	Une réponse de qualité donc une enquête, une analyse, une discussion et mettre en place des actions	N'a pas pu parler ni jamais demandé	Pas dans son état d'esprit, ça fait délation	Oui	
7	IDE	Chirurgie	1985 diplômé IDE au bloc opératoire depuis 1991	Gros problème pour le patient, c'est lui qui en paye les conséquences. Beaucoup de barrières (check-list, protocole)	Qualité des soins, sécurité	Accueil du patient, mettre en confiance, respect de la pudeur	Confiance et communication entre les membres de l'équipe, travail en équipe	Non	Non	CREX et BMM	Analyse intéressante, des actions entreprises mais au niveau médical uniquement	Equipe menée pour les personnes en salle au moment d'une erreur médicale. Ils peuvent être amenés à démissionner ou à quitter leur poste. Perte de confiance envers la cellule ayant commis une erreur au niveau paramédical (mais au niveau médical oui).	Fatigue	Médiocrance avec la fiche en interne + FE en association si besoin	Avoir un retour, début de voir des suites aux déclarations. Médiocrance de la fiche violence et de son intérêt	Par le cadre et l'équipe	Pas de freins identifiés	Non
8	Inteme	Réanimation	18ème année d'internat	Évidemment inévitable, inévitable. Erreur médicamenteuse. Evaluation de la gravité. Elle doit être stigmatisée si banalité	Honnêteté, information, sécurité	Soignée, PEC globale, communication, adaptation à la temporalité du patient, recherche du consensus, bienveillance, compétences techniques	Bonne communication et entente de l'équipe + confiance, formation, animation, charge de travail, effectif médical et paramédical	Oui	Non	BMM	Analyse intéressante, source d'apprentissage, élaboration de barrières de sécurité (protocoles, repérage des facteurs de risque (de guynette), déculpabilisation pour éviter le double-victimisme. Permet d'initier une réflexion	Perte de confiance envers, pas de sanction par les pairs + remède BMM peuvent être mal vécus sur le moment car légalité et manque de bienveillance dans les échanges. Pas d'ivoire au patient si pas de conséquence pour limiter le stress et ne pas perdre sa confiance et son adhésion aux soins + peur d'une procédure de plainte ou de sanctions pour les sévères. La responsabilité engagée en cas de problème est toujours celle du sévère jamais de l'interne.	Nouveaux personnels (parmi eux) se font un service (soin, urgence), nombre d'intervenant (communication), manque de transmission, défaut d'attention, fatigue, niveau de formation, multiplicité des logiques selon les spécialités	Si conséquence pour le patient uniquement. Pas d'incidence de la typologie de l'erreur sur la décision de déclaration (erreur de dosage, de technique...)	Changement institutionnel et organisationnel si besoin	Non	C'est un sévère de faire les déclarations puisque c'est leur "responsabilité"	Oui
9	Inteme	Chirurgie	3ème semestre d'internat	C'est différent de l'aide. C'est une erreur dans le choix d'un traitement, dans une technique ou bloc. "Temps qu'on n'est pas sûr qu'il y a une "faute" quelque part. C'est quelque chose qui aurait pu être évité, qui est modifiable. On ne s'en rendrait compte que si on n'est pas sûr qu'il y a une "faute" quelque part.	Sécurité	PEC globale, respect des bonnes pratiques, réalisation d'actes techniques, information et balance bénéfice/risque, accompagnement psychologique, rigueur, écoute, compétence, travail en équipe pluridisciplinaire. Chaîne de vérification + outils (check-list...)	Ambiance d'équipe, confiance qui permet une PEC plus rapide et facile de coordination, expertise des paramédicaux qui vont être consultés à la demande de la chaîne ou pour favoriser la communication et harmoniser les pratiques. Permettent l'apprentissage par l'étude de cas complexes ou par l'analyse des erreurs des autres	Non	Non	CREX et BMM	Plusieurs par an. Paramédicaux inclus quand c'est nécessaire pour les BMM. Réunion multidisciplinaire qui vont être consultés à la demande de la chaîne ou pour favoriser la communication et harmoniser les pratiques. Permettent l'apprentissage par l'étude de cas complexes ou par l'analyse des erreurs des autres	Protection des pairs pour les petites erreurs que tout le monde fait (ex: 50p au lieu de mg de prescrit) il ne faut pas se dire que c'est pas grave, remis en question pour essayer de ne pas le refaire. Dépend du médiateur pour que c'est sa responsabilité qui est engagée, pas celle de l'interne. Culpabilité, remise en question. On se fait tous les débriefings sur les erreurs commises dans le service. Tous les matins, début de la garde et les soirées regardent tous les avis donnés pendant la garde pour discuter et faire un bilan. Erreur pardonnée si elle est expliquée et que cela a reçu des retours. Bien expliquer les risques post-opératoire et les conséquences pour limiter les risques de plaintes	Manque de communication, nouveaux professionnels, professionnels qui ne connaissent pas le spé, charge de travail, fatigue, nouvelles transmissions. Dysfonctionnement institutionnel qui conduisent à des retards de prise en charge	Ne sait pas comment faire une FE. Médiocrance avec la fiche au bloc. Plus de fiches par les cadres. Fatigue pour un problème qui est important et d'ordre administratif	Jamais fait, jamais envisagé d'en faire	Délation, pas dans la logique du service, manque de temps	Oui	
10	Inteme	Réanimation	3ème Semestre d'internat	Pas mal confiant. Réduites mais appréhensives que ce soit celles des autres ou soi-même. Pas forcément intention de mal faire mais PEC à un moment médicalement inadéquate. Plus ou moins dommageable pour le patient. Beaucoup de causes possibles avec le dernier maillon qui réalise l'erreur parce que problèmes déjà en amont. C'est une erreur d'administration par ex. Rare sont les erreurs médicales individuelles. On est au quotidien qui conduit à une vigilance et à être rigoureux, à mettre en place des barrières de sécurité, être préparé même dans un contexte d'urgence. La plupart des erreurs ont pas de conséquence. Possible de faire une erreur en pensant bien faire.	Rigueur, recommandations et bonnes pratiques	Coller aux bonnes pratiques, aux recommandations (qualité des soins), réassurance, accueil du patient, accompagnement du patient et de sa famille, information de la famille et du patient, égalité, adaptation de la PEC au contexte, prévention de la confusion des besos de l'aide, proportionnalité des soins	Beaucoup d'interventions donc communication intra et inter équipe, l'intensité au sein de l'équipe soignante, l'équipe de formation des professionnels, problème de disponibilité, les équipes se connaissent ce qui permet une efficacité, une fluidité, confiance, bonne compréhension des compétences des autres	Oui	Non	BMM	Permet d'analyser la situation à froid, en décomposant la situation pour réfléchir à ce qui est passé, pour quoi et comment l'éviter à l'avenir. Equipes au maximum d'utiliser les BMM faites par la CHU. Réalisé par des personnes impliquées à la PEC et encouragée à faire un bénéfice commun et un partage d'expérience. Une analyse pour voir comment chaque maillon peut être une barrière de sécurité supplémentaire.	Communication intra et inter-équipe, niveau de formation des professionnels, nouveaux professionnels, personnes extérieures au service, défaut des l'encadrement du nouvel arrivant, manque d'expérience, manque de confiance qui rend méfiant, manque d'échange d'habitude avec le changement d'équipe, manque de locaux, intonation, fatigue, mauvaise trajectoire, mauvaise sécurisation de la voie d'aiguillage, défaut de connaissance dans l'organisation	Concerner plus les problèmes administratifs ou organisationnels mais pas forcément ceux qui sont médicaux. Manque de lit, de personnel. Mais pas pour des fautes médicales. Les FE sont souvent faites par le cadre ou le sévère suite à la remontée d'un problème par les internes	Sera à faire remonter des problèmes organisationnels dans des changements de cas problème	Oui par le sévère et le cadre	Pas une habitude de service, ce n'est pas les internes qui réalisent les déclarations	Oui	

11	Interne	Chirurgie	6ème semestre d'internat	Impact variable, arrive régulièrement. L'erreur est humaine. Amalgame erreur et aïe/a complications possibles. L'erreur est appelée "faute" +++	Rigueur, de résultat	Rassurance, psychologique, côté humain, accompagnement, prise en compte des besoins, adaption de la PEC	Temps, effectifs, le patient et son entourage, travail en équipe, les systèmes de barrière (check-list), confiance	Oui	Non	RMM	Avait permis de mettre en place la communication avec les autres services pour éviter que ce genre de problématiques ne se reproduisent	Photos prises pour se protéger des plaintes et réclamations = médico-légal. L'erreur sans conséquence n'est pas dit pour limiter le stress mais aussi éviter de perdre la relation de confiance avec le patient. Culpabilité, remise en question de soi-même, ça ne sert à rien de dramatiser encore plus l'erreur il faut chercher à accompagner. La médiatisation des erreurs induit un climat de peur ce qui va conduire à étouffer la situation	Communication, paramédicaux non dédiés pour la spécialité, nouveaux professionnels, intervention au bloc d'urgence avec un personnel différent du matériel qui n'est pas le leur	Avec ou sans conséquence patient mais uniquement ce qui est récurent et devient pénible ++ si pas de conséquence	Une réponse sur ce qui peut être fait, sur la personne à contacter. S'avor si d'autres services ressentent les mêmes difficultés pour savoir si le problème vient du fonctionnement du service	oui par sénior	Absence de réponse, et manque de temps	
12	Interne	Chirurgie	Diplômé de chirurgie cardiaque depuis 2-3 ans mais praticien associé puisque diplôme étranger	Faute dans une PEC qui arrive par un soignant. L'erreur est humaine. Tout le monde a le droit à l'erreur mais à des échelles différentes, une erreur qui entraîne la mort d'un patient n'est pas acceptable. Il y a l'erreur volontaire et involontaire. Faute = erreur, aucune différenciation de faute	Bien soigner, conseiller sur les décisions, informer le patient et lui laisser le choix, accompagnement, soutien psychologique, devoir de transparence	Répondre aux besoins des patients, disponibilité, soins médicaux, investissements	Manque de personnel, le temps, désorganisation, formation du personnel, personnel paramédicaux au bloc expert ce qui est un confort ++ pour le chirurgien, charge de travail, communication, entente entre les professionnels, confiance : connaissance des compétences de l'autre, pour une bonne dynamique de groupe	Non	Non	RMM	Ne connaît pas le CREX. RMM faite en interne sans association de la DQ. Intéressant parce que permet de revoir ce qui aurait pu être fait autrement. Dominé de ne pas faire plus, manque de temps et difficulté à mettre tout le monde autour de la table. C'est pas pour trouver un responsable en théorie mais il est ressorti un certain malaise, une susceptibilité.	Préferé qu'on lui dise qu'on ne sait pas plutôt que de ne rien dire par peur d'être jugé incompetent et de faire des "commentaires" sur les patients -> "un travail avec des vies humaines donc on ne peut pas se permettre". Dépend de la personnalité de chacun, certains sont intrinsèquement avec eux même et vont très mal le vivre -> nécessité d'avoir des personnes de confiance et une équipe avec qui discuter pour exprimer une crainte, pour alléger la charge émotionnelle et psychologique et savoir comment en retenir une leçon. D'autres vont rapidement passer à autre chose sans y réfléchir particulièrement particulièrement? C'est arrivé déjà en avarna? -> mégalomanie de défense. Prise en charge en équipe, échange autour de la situation. Erreur unique : discussion "pourquoi c'est arrivé, pourquoi tu ne sais pas faire alors que ça devrait faire partie de tes compétences". Erreur répétée : information des cadres des paraméd pour reprise de l'agent. Perte de confiance possible. Moins d'impact pour une personne intégrée ++ à l'équipe	Nouveau personnel, personnels d'autres services = manque d'expertise, manque de communication, manque de personnel, logique économique qui conduit à des PEC non adaptées, à des hébergements défectueux pour le patient, des retards de PEC... défaut de formation, facteur humain	Que les erreurs avec conséquences. Les problèmes de matériel sont signalés à la cadre du service mais pas de FEI réalisées, les dysfonctionnements sans conséquence sont uniquement traités en interne.	Une solution drastique	Oui par le sénior	Jamais fait en première intention. C'est toujours après plusieurs chances de résolution du problème en interne et ne concernent que les problématiques avec les paramédicaux => pour faire remonter au cadre et que l'agent soit repris (débat)?	Oui
13	Interne	Chirurgie	Diplômé de chirurgie cardiaque mais praticien associé puisque diplôme étranger	Sujet à débat de définir l'erreur. Aïe / Erreur : L'erreur c'est faire quelque chose volontairement avec l'intention de nuire à quelqu'un. Aïe c'est tout ce qui entraîne une complication mais avec un objectif d'améliorer la santé, de soigner. Lié à une décision prise à un instant T en lien avec beaucoup de	Soigner, protéger soutien psychologique	Adaptation à la temporalité du patient, écoute, soutien	Professionnels qui automatisent leur pratique (machine), le travail en équipe, la confiance d'un point de vue professionnel est lié à la compétence technique, relationnelle et théorique	Oui	Non	RMM	Permet d'apprendre des erreurs des autres et de réfléchir pour s'améliorer	Beaucoup de médico-légal : balance difficile à gérer entre apporter un soin, qui peut juste être de servir pour apporter du réconfort, et se protéger. Le professionnel fait ce qui il doit faire, en respectant la loi et c'est tout. Pas toujours de respect de la temporalité du patient dans la annonce afin d'être légalement protégé : peur d'une poursuite pour défaut d'information / manque en un devoir de transparence. Erreur du médecin mieux toléré que l'erreur de l'IDE parce que l'erreur de l'IDE est une erreur d'exécution et il va souvent être excusé alors que l'erreur du médecin est une erreur de réflexion mais s'appuie sur un raisonnement scientifique justifiable. Il peut	Problèmes personnels qui vont interférer avec le travail, fatigue, stress, urgence, cas complexe, mauvaise niveau de formation du professionnel, non respect des consensus scientifiques, sortie du	Ce qui n'a pas de conséquence est caché parce que ça détériore la confiance. "Il ne faut jamais parler" ça va trop le stress. Parfois discussion en équipe pour revoir ce qui s'est passé mais ça n'est pas signalé.	une solution	Oui par le sénior		Oui
14	Interne	Chirurgie	6ème semestre = doc junior	Le patient est informé en cas de soucis rencontré au bloc. On lui mesure ou cela pourrait potentiellement avoir une conséquence même si ce risque n'est pas certain. Les greffe/accidents ne sont pas considérés dans la notion d'erreur ou de dysfonctionnement. Un oubli, le fait de ne pas prendre en compte un élément à la disposition de qui aboutit à une erreur médicale. C'est involontaire contrairement au délit. Une erreur médicale ne sous entend pas forcément de conséquences. L'erreur c'est quand ça ne s'est pas passé comme d'habitude et qu'il peut potentiellement y avoir des conséquences. L'erreur commise une fois ne sera pas refaite, ça fait parti de la formation. Aucun médecin n'a jamais d'erreur ça fait parti de "l'entraînement" mais après faut pas en faire tout les jours non plus -> banalisation? L'erreur est humaine et aussi médicale mais il faut la garder comme leçon	Qualité de la prise en soin, obtenir le meilleur résultat possible, honnêteté	Empathie, bienveillance, respect, écoute, honnêteté, PEC globale, relation patient-médecin, douceur, connaître ses propres limites, travailler en équipe et savoir réattribuer un dossier en cas de difficultés	Travail en équipe/collégialité, organisation, difficulté matériel, problèmes informatiques, temps, confiance, équipe paramédicale qui a une expertise dans l'ophtalmologie : important ++ au bloc opératoire avec un matériel spécifique et des habitudes et besoins du chirurgien qui peuvent être anticipés. Un positionnement difficile pour les Dr junior auprès des anesthésistes notamment (remise en cause des compétences, demande d'une séniorisation) mais aussi auprès des patients (manque de confiance potentielle), l'équipement, communication, accompagnement et échange	Oui	Oui	RMM	Ne connaît pas les CREX. Les RMM mais a suivi les discussions en équipe à la suite d'une erreur de la surveillance n'a été estimée formatrice. Permet d'entrer une leçon, de sensibiliser à un risque afin d'éviter qu'il ne se reproduise. Mais dans le cas de la RMM réalisées, les actions correctrices proposées n'ont jamais été entreprises -> réévaluation à envisager?	"L'infirmière a jugé bon de nous coller une FEI". Durant la RMM "j'ai pu expliquer ma version, me défendre comme je voulais" -> sentiment de dénonciation, d'accusation. Les FEI c'est bien mais le mieux aurait été de venir m'en parler. Le FEI était pas très honnête, aspect délation. Regret/culpabilité, si un interne fait une erreur c'est sous la responsabilité du sénior. "j'y pense pendant 1 semaine ou 2". Pour l'interne : retour en arrière dans la responsabilité et accompagnement +++ mais pas d'incidence sur la confiance accordée, plus une remise en cause de l'accompagnement avant l'erreur et une mauvaise appréciation de ses compétences techniques par exemple. Des conseils sont donnés mais sans jamais se sentir jugé/flamé et avec bienveillance	Charge de travail, urgence/temps, manque de communication, stress, changements d'habitudes.	Matériel/urgence faites par les IBODE au bloc -> dévotion à la pharmacie. Pas de FEI faites pour les difficultés rencontrées au quotidien	Il faudrait que quelque chose aboutisse des FEI faites, que les actions proposées soient réellement entreprises. Il faut des suites aux FEI, des retentissements	Par l'équipe, par le sénior si souligné mais seule	Le manque de temps, la récurrence des dysfonctionnements qu'il faudrait signaler, le manque d'action/entraide, l'aspect délation n'en parler directement à la personne	Oui

Résumé du mémoire en français :

La sécurité des soins est une priorité dans le système de santé. Inspiré du modèle de l'aviation, la santé souhaite développer un nouveau modèle de gestion du risque : la culture positive de l'erreur. La culture positive de l'erreur repose sur un climat de confiance et un principe de non-punitivité de l'erreur afin d'encourager les professionnels de santé à déclarer les dysfonctionnements observés au cours des prises en soin. Les événements indésirables sont ensuite analysés afin d'en identifier les causes apparentes et latentes. Il s'agit d'un principe efficace mais cette méthode n'est pas réellement efficiente. Une enquête a été réalisée auprès de 14 professionnels (infirmiers et internes) en service de chirurgie et de réanimation. Elle a montré que l'acculturation des professionnels à cette méthode est compliquée par la connotation morale forte de l'erreur avec un rejet du droit à l'erreur, ainsi que par la crainte de la sanction ou encore par la demande grandissante de résultats en matière de santé par la société. Les professionnels estiment avoir un devoir de sécurité et de transparence à l'égard des patients mais pour autant ne déclarent pas les erreurs afin d'en prévenir la répétition. Ils n'informent pas non-plus les patients de la survenue d'un événement indésirable associé aux soins lorsque celui-ci n'a pas de conséquence. Malgré ces contradictions, les soignants se sentent en accord avec leurs valeurs dans leur pratique.

Résumé du mémoire en anglais :

Care safety is a priority in the healthcare system. Inspired by the aviation model, the healthcare sector wishes to develop a new risk management model: the *just culture*. The *just culture* is based on a climate of trust and a principle of non-punitivity of error, to encourage healthcare professionals to report malfunctions observed during care. Undesirable events are then analyzed to identify their apparent and latent causes. This is an effective principle, but the method is not really efficient. A survey was carried out among 14 professionals (nurses and interns) in the surgical and intensive care departments. It showed that the acculturation of professionals to this method is complicated by the strong moral connotation of error, with a rejection of the right to make mistakes, as well as by the fear of punishment and society's growing demand for health results. Professionals feel they have a duty of safety and transparency towards patients, but do not declare errors in order to prevent their recurrence. Nor do they inform patients of the occurrence of an adverse event associated with care when it has no consequences. Despite these contradictions, caregivers feel that their practice is in line with their values.

Descripteurs (mots clés en français) :

Culture positive de l'erreur, valeurs du soin, éthique du care, gestion du risque, erreur sans conséquence

Descripteurs (mots clés en anglais) :

Just culture, values of care, ethic of care, risk management, harmless error