

La gestion des erreurs médicales dans un CHU :

Comment faire face au paradoxe apprentissage interne - protection externe ?

Julien Cusin (auteur de correspondance)

IAE Bordeaux – Université de Bordeaux, IRGO, Bordeaux, France

julien.cusin@u-bordeaux.fr

Anne Goujon-Belghit

IAE Bordeaux – Université de Bordeaux, IRGO, Bordeaux, France

Résumé

Les hôpitaux cherchent à renforcer leur culture sécurité en apprenant, en interne, des erreurs médicales commises afin d'éviter leur reproduction. Cela suppose de créer un climat de sécurité psychologique propice à leur déclaration. En effet, seule une communication ouverte des équipes peut permettre une amélioration des pratiques. Aussi, de nombreux établissements ont mis en place une politique de droit à l'erreur à travers des chartes de non-punition. Or, une erreur médicale peut être judiciairisée. Etant donné qu'une cour de justice pourra utiliser tout ce que le personnel de l'hôpital a dit ou écrit à la suite d'un événement indésirable, cela encourage plutôt une communication défensive pour se protéger des parties prenantes externes. A ce jour, la littérature sur les erreurs médicales n'étudie pas les moyens de faire face à cette contradiction dans les hôpitaux. Dans cette recherche qualitative, nous

mobilisons la théorie des paradoxes, dans le cas unique d'un Centre Hospitalier Universitaire, pour comprendre comment un hôpital, confronté à des erreurs médicales, peut manager efficacement le paradoxe apprentissage interne - protection externe. L'étude approfondie de ce contexte spécifique permet, en outre, de compléter la littérature sur les paradoxes organisationnels. Nous montrons comment l'articulation entre différents niveaux d'analyse contribue, d'une part, à opérationnaliser le management du paradoxe de façon dynamique et caractérise, d'autre part, ses conditions d'efficacité.

Mots-clés

Erreur médicale, paradoxe, apprentissage, protection, communication ouverte/défensive

Citation : (en anglais)

Cusin, J. & Goujon-Belghit, A. (2022). Managing medical errors in a university hospital: How to handle the internal learning–external protection paradox? *M@n@gement*, 25(1), 15–32. <http://dx.doi.org/10.37725/mgmt.v25.4558>

INTRODUCTION

Les hôpitaux ont cherché, ces dernières années, à renforcer leur politique de qualité-sécurité (Vogus et al., 2010). L'une des clefs de l'optimisation du système de soins est d'apprendre des erreurs commises pour éviter leur reproduction (Latil et al., 2008). Cela suppose de créer, en interne, un climat de sécurité psychologique propice à la déclaration des erreurs médicales (Gronewold et al., 2013). En effet, seule une communication ouverte (Cwiek et al., 2018) peut permettre une prise de conscience des dysfonctionnements et une amélioration des pratiques (Pellerin, 2008). En l'occurrence, une communication est dite « ouverte » lorsque les équipes révèlent rapidement et honnêtement les événements indésirables (EI) survenus pendant les soins ainsi que les préjudices causés au patient (Cwiek et al., 2018)¹. Par extension, nous considérerons ici qu'elle désigne une attitude transparente à la suite d'une erreur médicale. C'est dans cette perspective que de nombreux établissements ont mis en place des chartes de non-punition (Kalra et al., 2013 ; Vrbnjak et al., 2016), instaurant ainsi une politique de droit à l'erreur.

Or, un EI grave (EIG) peut très bien faire l'objet d'une judiciarisation (Barbot & Fillion, 2006 ; Latil et al., 2008). Vu que tout ce que pourra dire ou écrire le personnel de l'hôpital est susceptible d'être utilisé ultérieurement devant une cour de justice, le souci de l'établissement de se protéger (ainsi que ses agents) d'une telle menace externe encourage plutôt des mécanismes défensifs (Argyris, 1986), à travers une communication la moins ouverte possible à la suite d'un EI (Rathert & Phillips, 2010). On parle d'ailleurs de médecine défensive (Barbot

¹ Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), un événement indésirable (EI) est un événement lié aux soins – et non pas à l'évolution normale de la maladie - qui aurait pu ou a entraîné un préjudice pour le patient. L'HAS parle d'EI grave lorsque les conséquences pour la personne sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent. Selon cette perspective, il y a erreur médicale lorsque l'EI était évitable, et non pas lié à une complication ou un aléa thérapeutique. C'est en ce sens qu'il faut comprendre le terme d'EI dans cet article.

& Fillion, 2006) pour décrire la préoccupation des professionnels de santé de se prémunir contre les risques de poursuites.

Les objectifs d'apprentissage interne et de protection externe à la suite d'une erreur médicale apparaissent finalement comme deux polarités antagonistes (Cameron & Quinn, 1998). D'ailleurs, ce qui sera considéré, en interne, comme une erreur médicale peut très bien être appréhendé, par les parties prenantes externes (ex. : familles, avocats, justice, médias), comme une faute pénale. On peut noter, à ce titre, qu'une erreur se caractérise normalement par son caractère involontaire (Dahlin et al., 2018 ; Frese & Keith, 2015). C'est le cas, par exemple, d'un manque d'attention dans l'exécution d'une tâche (Zhao & Olivera, 2006). Pourtant, sur le plan pénal, les juges peuvent considérer, après expertise, qu'une faute (et non pas une erreur) a été commise, même si celle-ci n'est pas intentionnelle. Dès lors, on peut se demander comment un hôpital peut travailler – de façon transparente – à la résolution de ses dysfonctionnements (en interne) si l'identification et l'analyse de ces derniers contribuent à le fragiliser (en externe). La littérature en management sur les erreurs individuelles s'est certes beaucoup intéressée au secteur médical (Dahlin et al., 2018), mais elle n'étudie pas les moyens permettant aux hôpitaux de faire face à cette tension entre apprentissage interne et protection externe, en cas d'erreur médicale. Il s'agit pourtant d'un enjeu phare pour poursuivre le déploiement de dispositifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements hospitaliers. Nous mobilisons donc la théorie des paradoxes (Schad et al., 2016 ; Smith & Lewis, 2011) pour comprendre comment un hôpital peut gérer le paradoxe persistant entre, d'un côté, l'impératif de communication ouverte (pour que l'organisation apprenne de ses erreurs, en interne) et, de l'autre, l'impératif de communication défensive (pour que l'organisation protège, au mieux, ses intérêts et celui de ses agents vis-à-vis des parties prenantes externes). Plus encore, étudier ce paradoxe en relation étroite avec son contexte d'émergence permet de dépasser la tendance à la

simplification, parfois pointée du doigt dans cette littérature (Andriopoulos & Gotsi, 2017 ; Schad et al., 2016). Notre article contribue, en l'occurrence, à opérationnaliser le management du paradoxe. En adoptant une perspective dynamique et en imbriquant différents niveaux d'analyse – soit des points considérés comme autant de manquements dans cette littérature – nous identifions les conditions d'efficacité d'une réponse au paradoxe apprentissage interne - protection externe.

A cette fin, nous étudions qualitativement le cas unique d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Tout d'abord, l'analyse réalisée nous permet de mieux comprendre la gestion des erreurs médicales en appliquant et développant le modèle d'équilibre dynamique de Smith et Lewis (2011). Ce dernier présente effectivement l'intérêt de combiner les deux formes de réponse aux paradoxes traditionnellement identifiées dans la littérature, à savoir la séparation des éléments du paradoxe, d'une part, et leur intégration (par acceptation, confrontation ou transcendance), d'autre part. En l'occurrence, trois formes de séparation du paradoxe (émotionnelle, temporelle et spatiale) se combinent à une approche fondée sur la transcendance selon quatre modalités distinctes (la traçabilité des EI, le maintien de la confiance, la capitalisation et l'objectivation). Par ailleurs, nous apportons de nouveaux éclairages à la littérature sur les paradoxes organisationnels. Outre l'identification et la caractérisation d'un nouveau paradoxe de performance, nous mettons en évidence ce qu'est un management efficace dudit paradoxe, en soulignant le rôle des outils de gestion comme leviers de recadrage (ou *reframing*) du paradoxe et d'encadrement des pratiques. Nous montrons également que les effets positifs du management du paradoxe peuvent être différés dans le temps.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1. Nature et portée des erreurs médicales

Dans la littérature, les erreurs sont définies comme une déviation involontaire par rapport à ce qui était prévu, ne pouvant pas être attribuée à l'intervention du hasard (Dahlin et al., 2018 ; Frese & Keith, 2015). Elles peuvent correspondre à des ratés dans l'exécution d'une tâche, ainsi qu'à des erreurs liées à un manque de connaissances ou à la mauvaise application d'une règle (Zhao & Olivera, 2006). Goodman et al. (2011) citent notamment l'exemple d'une non-vérification du médicament avant de l'administrer au patient. D'ailleurs, on constate que la plupart des recherches sur les erreurs individuelles ont été conduites dans le secteur médical (Dahlin et al., 2018).

Les erreurs médicales sont très courantes du fait de la complexité des métiers liés aux soins (Kalra et al., 2013 ; Vogus et al., 2010). Une enquête de la DREES (2011) évaluait ainsi le nombre d'EIG entre 350.000 et 450.000 par an dans les hôpitaux et cliniques français, sur un total de 450 millions d'actes médicaux. Une telle fréquence est similaire à celle observée dans des pays tels que l'Australie, l'Espagne ou les Etats-Unis (Pellerin, 2008).

Au-delà du traumatisme évident pour le patient et ses proches, les professionnels de santé à l'origine des erreurs médicales sont qualifiés de « deuxièmes victimes » (Dekker, 2013), car ils sont souvent marqués psychologiquement par l'EIG qu'ils ont causé (Kalra et al., 2013 ; Rathert & Phillips, 2010).

1.2. L'erreur médicale : tension apprentissage interne - protection externe

1.2.1. L'erreur médicale : une opportunité d'apprentissage en interne

La littérature met en évidence deux orientations différentes des organisations à l'égard des erreurs individuelles. Dans une première approche (*error-prevention culture*), les erreurs sont

jugées intolérables. Assimilées à de l'incompétence, elles portent préjudice professionnellement aux personnes concernées. À l'inverse, dans une seconde approche (*error-management culture*), les erreurs sont pardonnées. Elles sont perçues comme inévitables et sources d'apprentissage organisationnel dans une logique d'amélioration continue (Dimitrova et al., 2017 ; Frese & Keith, 2015).

En l'occurrence, les établissements de soin ont longtemps été marqués par une culture du blâme (Khatri et al., 2009). Or, une telle atmosphère d'insécurité psychologique (Gronewold et al., 2013) ne favorise pas une communication ouverte des professionnels de santé (Cwiek et al., 2018). L'OMS (2011, p. 152) souligne, en effet, que le domaine de la santé se caractérise par une « culture de l'infailibilité niant la prévalence de l'erreur. » De plus en plus, les hôpitaux cherchent néanmoins à instaurer une culture de la non-punition, qui se matérialise par l'élaboration de chartes signées par le directeur général (Kalra et al., 2013 ; Rathert & Phillips, 2010 ; Vrbnjak et al., 2016).

D'une façon plus générale, la culture de sécurité (Pellerin, 2008 ; Vogus et al., 2010) des établissements de santé se traduit par les dispositifs de gestion des risques suivants (Saintoyant et al., 2012) : l'identification et le signalement des erreurs médicales ; l'analyse de ces EI pour en déterminer les causes ; la conception et la mise en œuvre d'actions de réduction du risque ; et enfin le suivi de ces actions et de leurs résultats afin d'assurer le bouclage du dispositif. Les erreurs médicales donnent notamment lieu à des discussions approfondies dans le cadre de réunions multidisciplinaires (Latil et al., 2008). De tels retours d'expérience ne sont toutefois fructueux que lorsque les participants ne sont pas sur la défensive et communiquent ouvertement (Cwiek et al., 2018 ; Kalra et al., 2013).

1.2.2. L'erreur médicale : une menace juridique et réputationnelle en externe

En pratique, les professionnels de santé ont encore tendance à sous-déclarer les erreurs médicales, ce qui entrave l'amélioration de la qualité des soins (Vogus et al., 2010 ; Vrbnjak et al., 2016). Ce « *disclosure gap* »² (Kalra et al., 2013, p. 1166) s'explique par leur inquiétude quant à la réaction de la victime et de sa famille. Le personnel médical peut craindre qu'admettre l'erreur commise - en s'excusant ouvertement - augmente le risque de poursuites judiciaires (Saintoyant et al., 2012 ; Vrbnjak et al., 2016). D'ailleurs, certains avocats estiment qu'il est plus difficile de se défendre si une erreur médicale a été reconnue (Rathert & Phillips, 2010). Par peur des litiges, une communication ouverte (Cwiek et al., 2018) vis-à-vis du patient et de ses proches n'est donc pas la pratique la plus courante, les professionnels de santé choisissant soigneusement leurs mots (Kalra et al., 2013 ; Rathert & Phillips, 2010 ; Vrbnjak et al., 2016). Chez les acteurs hospitaliers français, il y a notamment un sentiment d'une judiciarisation de l'activité médicale (Latil et al., 2008). Laude (2013, p. 4) suggère pourtant que la France est « loin d'une dérive à l'américaine » (ex. : stabilité du nombre de requêtes devant les juridictions, stabilisation du nombre de condamnations, hausse des recours amiables).

Pour autant, d'après l'article 221-6 du Code pénal, « le fait de causer, (...) par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45.000 euros d'amende. » En d'autres termes, une inattention déclarée honnêtement peut être considérée comme une erreur médicale – non sanctionnable, car non intentionnelle – dans un contexte hospitalier, mais comme une faute pénale aux yeux de la justice. La culture de non-punition s'arrête alors aux frontières de

² “The disclosure gap is the mismatch between recommendations that all harmful errors be disclosed (for ethical and practical reasons) and the evidence that disclosure is actually an uncommon practice.” (Kalra et al., 2013)

l'hôpital et pose la question de l'existence d'un droit à l'erreur externe, au-delà du droit à l'erreur interne matérialisé par les chartes de non-punition. En effet, les médias et le grand public n'hésitent pas à blâmer les professionnels de santé lorsqu'ils commettent des erreurs (Weinberg, 2002). En particulier, les patients français sont peu tolérants vis-à-vis de l'erreur médicale (Amalberti et al., 2009). Saintoyant et al. (2012, p. 36) évoquent, à ce sujet, la « tyrannie de l'exigence de risque zéro ». Une idée effectivement établie dans l'opinion publique est de penser que les organisations fortement exposées au risque n'ont pas le droit à l'erreur, quand bien même le risque zéro est illusoire (Journé, 2003).

En définitive, les professionnels de santé se trouvent confrontés à des tensions entre les réalités internes et externes. D'un côté, une communication ouverte sur les EI (Cwiek et al., 2018) favorise les opportunités d'apprentissage et renforce la qualité des soins (Vogus et al., 2010). De l'autre, elle donne une mauvaise image de l'organisation (Rathert & Philipps, 2010) et augmente le risque de poursuites judiciaires (Kalra et al., 2013 ; Vrbnjak et al., 2016). A ce jour, la littérature sur les erreurs médicales ne permet toutefois pas de comprendre comment un établissement hospitalier peut faire face efficacement à une telle contradiction. Pour dépasser cet écueil, nous adoptons une perspective paradoxale (Lewis, 2000 ; Schad et al., 2016).

1.3. Les apports du management des paradoxes

Le paradoxe correspond à la nécessité de satisfaire, dans la durée, des exigences contradictoires, mais interdépendantes. Prises de façon isolée, chacune d'entre elles semble logique, mais elles se révèlent absurdes et irrationnelles quand elles sont envisagées simultanément (Lewis, 2000 ; Smith & Lewis, 2011). De telles tensions peuvent être perturbantes émotionnellement pour les individus concernés (Giordano, 2003 ; Lewis, 2000), sachant que le paradoxe n'est pas une donnée objective en soi, mais une représentation de la réalité (Grimand et al., 2014 ; Perret &

Josserand, 2003). En outre, le paradoxe reste souvent latent et ne devient saillant que sous certaines conditions environnementales (Schad et al., 2016 ; Smith & Lewis, 2011). A la différence du dilemme, qui se résume par des décisions de type « either/or », la pensée paradoxale s’appréhende selon une logique « both/and » (Cameron & Quinn, 1988 ; Miron-Spektor et al., 2018).

La littérature sur les paradoxes organisationnels s’appuie très largement sur la typologie proposée par Smith et Lewis (2011). En l’occurrence, les auteures distinguent : les paradoxes d’apprentissage (ex. : tension entre exploitation et exploration), les paradoxes d’appartenance (ex. : tension entre homogénéité et diversité), les paradoxes d’exécution (ex. : tension entre autonomie et contrôle) et les paradoxes de performance (ex. : intérêts contradictoires liés à la pluralité des parties prenantes). Dans le cas qui nous intéresse ici, les hôpitaux doivent renforcer la qualité du soin en apprenant, en interne, de leurs erreurs médicales et protéger, en externe, leurs intérêts économiques (ex. : primes d’assurance, réparations financières) et réputationnels. C’est ce que nous qualifierons ici de paradoxe apprentissage interne - protection externe. Celui-ci fait partie des paradoxes de performance, car il est le fruit d’injonctions contradictoires entre les parties prenantes internes et externes.

La littérature s’est beaucoup intéressée à la manière dont les organisations répondent aux paradoxes (Jarzabkowski & Lê, 2017), en opposant deux approches. La première approche recommande la résolution du paradoxe en séparant les éléments du paradoxe de façon spatiale (ex. : répartir des tâches contradictoires entre différentes unités opérationnelles) et/ou temporelle (ex. : se concentrer sur une des demandes à l’origine de la tension, puis sur l’autre ultérieurement) (Poole & Van de Ven, 1989). Cette démarche est qualifiée de réponse défensive dans la littérature, car elle revient à éviter de faire face à la contradiction. Dans ce cas-là, le paradoxe est réprimé en définissant la tension comme un dilemme (Schad et al., 2016).

A court terme, l'anxiété liée à l'existence du paradoxe est réduite, mais les résultats se révèlent contre-productifs dans la durée car les tensions s'intensifient. Un tel découplage engendre donc des cercles vicieux (Lewis, 2000).

La deuxième approche consiste, au contraire, à adopter une pensée intégrative, en trouvant des synergies entre les éléments du paradoxe (Lewis, 2000). Dans ce cas-là, les individus acceptent l'existence de demandes concurrentes simultanées et s'engagent dans un management jugé efficace du paradoxe, même si cette notion d'efficacité n'est jamais définie dans la littérature. Cette démarche entraîne alors une dynamique positive, à travers des cercles vertueux (Schad et al., 2016). Lewis (2000, p. 764) évoque, en l'occurrence, trois voies possibles pour manager le paradoxe. Comme le résume Valette et al. (2018, p. 118), « l'acceptation correspond au fait d'apprendre à vivre avec le paradoxe et à agir par les paradoxes. La confrontation renvoie à l'activité de discussion des tensions en vue d'une appréhension plus accommodante des pratiques (...). Enfin, la transcendance correspond à une activité de transformation de l'individu pour faire de tensions considérées ex ante comme contradictoires des entités considérées ex post comme complémentaires ou interreliées. » La transcendance est l'illustration même de la « pensée paradoxale ». Elle témoigne d'une capacité de *reframing* (Giordano, 2003 ; Jarzabkowski & Lê, 2017 ; Lewis, 2000) – qualifiée de pensée janusienne³ par Rothenberg (1979) - autrement dit d'un changement de modèle mental de l'individu face aux polarités antagonistes auxquelles il est exposé (Miron-Spektor et al., 2018).

Le modèle théorique d'équilibre dynamique de Smith et Lewis (2011) propose de combiner ces deux approches et d'opter pour des réponses itératives de séparation et d'intégration. Les auteurs utilisent la métaphore de l'équilibre dynamique afin de mettre en évidence les

³ Le dieu Janus avait deux visages regardant dans deux directions opposées.

principales caractéristiques de leur modèle théorique holistique, à savoir, d'une part, la persistance de forces allant dans des directions opposées et, d'autre part, des réponses intentionnelles cycliques, qui permettent au système organisationnel, non seulement de survivre dans la durée, mais aussi de s'améliorer continuellement.

Dans cette recherche, nous mobilisons cette grille de lecture pour comprendre comment un établissement hospitalier peut faire face au paradoxe persistant entre, d'un côté, l'impératif de communication ouverte (pour que l'organisation apprenne de ses erreurs, en interne) et, de l'autre, l'impératif de communication défensive (pour que l'organisation protège, au mieux, ses intérêts et celui de ses agents vis-à-vis des parties prenantes externes). Ce faisant, nous précisons les contours de ce que la littérature qualifie allusivement de « *management efficace* » du paradoxe, dans le contexte spécifique de la tension apprentissage interne - protection externe. Une telle démarche nous permet de mettre à l'épreuve l'applicabilité de la perspective paradoxale (Smith & Lewis, 2011). En effet, au-delà d'un manque de clarté conceptuelle, souligné par ces deux auteures, il est parfois reproché à cette littérature une tendance à la simplification (Putnam et al., 2016 ; Schad et al., 2016). En particulier, les approches retenues sont souvent jugées décontextualisées, insuffisamment opératoires, statiques, peu intégratives (en séparant, par exemple, les niveaux d'analyse individuels et organisationnels) et trop normatives (en occultant notamment les conditions limites pour répondre efficacement au paradoxe) (Andriopoulos & Gotsi, 2017 ; Jarzabkowski & Lê, 2017 ; Waldman et al., 2019).

2. MÉTHODOLOGIE

La plupart des études sur le management des paradoxes sont conceptuelles ou qualitatives, à travers des études de cas approfondies ou des enquêtes anthropologiques (Lewis, 2000 ;

Lüscher & Lewis, 2008), et s'inscrivent alors dans un paradigme interprétatif (Jarzabkowski & Lê, 2017). Dans la même veine, nous analysons ici le cas unique d'un CHU.

2.1. Présentation du cas

Le CHU-X est composé de trois groupes hospitaliers, avec une activité importante (+ 3.000 lits, + 14.000 personnes employées). Il figure en très bonne position dans les classements des hôpitaux français. La genèse du droit à l'erreur est liée à l'instauration, en 2010, d'une charte de non-punition afin d'encourager les agents à signaler leurs erreurs. Dans la foulée, le CHU-X a mis en place un logiciel (KaliWeb) visant à faciliter les déclarations des EI auprès de la Direction Qualité et Gestion des Risques (DQGR). Certains d'entre eux ont marqué l'opinion publique par leur gravité : décès d'une patiente par strangulation suite à une contention avec un drap (2008), amputation des quatre membres d'une femme après avoir contracté une infection nosocomiale lors d'une IVG (2011), ablation de l'utérus d'une patiente suite à l'accouchement par voie basse (contre l'avis du couple) d'un bébé mort *in utero* (2018), etc.

2.2. Collecte et analyse des données

Entre octobre 2018 et avril 2019, nous avons interrogé 26 personnes aux profils variés (cf. tableau 1), en alternant entre l'échantillonnage intentionnel et la technique boule de neige (Patton, 2002). Tout d'abord, la directrice de la qualité et de la gestion des risques du CHU-X nous a mis en relation avec trois collègues du département de la qualité et de la performance et du pôle santé publique, ainsi qu'avec deux directeurs des soins. Ensuite, nous avons demandé à ces derniers de nous orienter vers un maximum de services du CHU-X, en veillant à contraster les unités étudiées. Une fois rencontrés, certains cadres de santé des six services sélectionnés nous ont mis en contact avec des personnes travaillant au sein de leur unité de soins. Enfin,

nous avons sollicité directement plusieurs acteurs, évoqués spontanément par nos répondants lors des entretiens (ex. : psychologue du travail, ingénieur qualité, DRH). En particulier, étant donné que l'ARS et l'HAS étaient régulièrement mentionnées, nous les avons intégrées dans notre échantillon afin de mieux comprendre l'environnement du CHU-X.

<ul style="list-style-type: none"> · Département de la qualité et de la performance 1 Directeur de la qualité et de la performance ; 1 Directeur de la qualité et de la gestion des risques ; 1 Ingénieur qualité et gestion des risques ; 1 Cadre supérieur de santé · Département des soins, du service social et des relations avec les usagers 2 Directeurs des soins · Département des ressources humaines 1 Directeur des ressources humaines · Pôle santé publique 1 Médecin (référénte pour les RMM) ; 1 Psychologue en santé au travail · Service de radiothérapie et de curiethérapie 1 Cadre de santé ; 1 Médecin ; 2 Manipulatrices radiothérapie · Service d'hématologie et thérapie cellulaire 1 Cadre de santé ; 1 Infirmière qualité ; 2 Infirmières · Service de médecine interne et maladies infectieuses 1 Cadre de santé ; 1 Infirmière · Service de pédiatrie médicale 1 Cadre de santé ; 2 Infirmières · Service de réanimation médicale 1 Cadre de santé · Service de chirurgie digestive et endocrinienne 1 Cadre de santé · Organismes de tutelle 1 Médecin conseiller - Pôle qualité et sécurité des soins et des accompagnements (ARS) ; 1 Conseiller technique - Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (HAS)
--

Tableau 1. Détail des 26 entretiens semi-directifs

Ces entretiens semi-directifs, d'une heure en moyenne, étaient structurés en trois axes : la démarche du droit à l'erreur au CHU-X, les outils mobilisés en interne et la gestion de la tension avec les risques de judiciarisation. Nous invitons nos répondants à illustrer leurs propos par des exemples concrets d'erreurs médicales au sein de leur service. Nous les amenions également à expliquer ce qui s'était passé suite à des EI critiques survenus au sein du CHU-X (évoqués par les médias ou par nos répondants). Enfin, nous leur demandons de réagir à des EIG impliquant d'autres établissements hospitaliers dans une logique projective.

Tous ces entretiens ont été retranscrits et forment un corpus de données primaires de 353 pages. En complément, dans une logique de triangulation des données, nous avons collecté 760 pages de données secondaires (cf. tableau 2). Celles-ci nous ont notamment permis de recueillir des témoignages de victimes et/ou de leurs familles.

Documents institutionnels et guides pratiques (12)
<ul style="list-style-type: none"> - Fiches certification CHU-X, HAS, 2018 (9 pages). - Guide pédagogique pour la sécurité des patients, OMS, 2011 (274 pages). - Annonce d'un dommage associé aux soins, document interne CHU-X, mai 2017 (6 pages). - Annonce d'un dommage associé aux soins, HAS, janvier 2011 (2 pages) et mars 2011 (4 pages). - Guide de bonnes pratiques de la contention physique passive des patients adultes, document interne CHU-X, septembre 2013 (11 pages). - Droits des patients et indemnisation des accidents médicaux, Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, juin 2015 (5 pages). - Amélioration des pratiques et sécurité des soins, HAS, mars 2012 (64 pages). - A la fois auteur et victime. Gestion constructive des erreurs dans les établissements de santé. Recommandations pour les cadres, les collègues et les personnes concernées, Fondation pour la sécurité des patients, mars 2011 (72 pages). - Soignant « seconde victime » : comment accompagner un professionnel à la suite d'un accident ou d'une erreur en anesthésie-réanimation ? Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs, février 2016 (3 pages). - Fiche de saisie d'EI (1 page). - Modélisation du circuit EI (1 page).
Rapports (2)
<ul style="list-style-type: none"> - Opening the door to change NHS safety culture and the need for transformation", Care Quality Commission, décembre 2018 (58 pages). - Enquête nationale sur les EIG associés aux soins : description des résultats 2009, septembre 2011 (206 pages).
Articles de presse (12)⁴
<ul style="list-style-type: none"> - A quel moment une erreur médicale devient-elle une faute pénale ? www.liberation.fr, 14/11/2014 (3 pages). - Erreurs médicales : les victimes ont désormais la possibilité de se défendre. www.bfmtv.com, 12/04/2016 (3 pages) - Erreurs médicales : à quand une vraie transparence ? www.leparisien.fr, 23/11/2017 (5 pages).

⁴ Nous avons cherché un maximum d'articles comportant les mots « erreur médicale » ou « événement indésirable (grave) », en les croisant avec des termes tels que « CHU-X », « hôpital », « faute pénale », « punition », « déclarer », etc. Sur cette base, nous avons sélectionné 5 articles relatant les 3 EIG vécus par le CHU-X, ainsi que 3 articles faisant directement écho à notre objet de recherche. En complément, des articles ont été recherchés sur des affaires ayant marqué nos répondants, telles que les surirradiés du CH d'Epinal, le décès provoqué par une erreur d'injection à l'Institut Bergonié, la fuite dans la presse des 26.000 fiches de signalement du CHU de Toulouse et la fermeture de la maternité d'Oloron après de nombreux EIG.

<ul style="list-style-type: none"> - Décès d'un patient suite à une erreur d'injection : six mois de prison avec sursis pour une IDE et une ESI. www.actusoins.com, 08/12/2016 (1 page). - Surirradiés d'Epinal : l'un des plus grands scandales de santé publique rejugé en appel. www.atlantico.fr, 10/11/2014 (4 pages). - 26.000 fiches d'incidents au CHU de Toulouse : la direction contre-attaque. www.ladepeche.fr, 13/04/2018 (1 page)⁵ - La fermeture de la maternité d'Oloron saluée par les médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine. www.medioffice.com, 03/11/2017 (1 page) - 5 articles de presse sur les trois cas d'EIG mentionnés précédemment (ex. : récits des faits, témoignages des victimes, condamnations, etc.) (7 pages).
Vidéos (2)
<ul style="list-style-type: none"> - Que reste-t-il de nos erreurs ? Documentaire de Nils Tavernier, chaîne de l'espace éthique/île de France – Témoignages de 3 docteurs, 1 professeur, 1 infirmière, 5 parents de victimes autour de trois cas d'erreurs médicales (42 min. retranscrites – 12 pages) https://www.youtube.com/watch?v=dVsdCAg4XVg - Les médecins font des erreurs. Peut-on en parler ? Dr Brian Goldman, conférence TED (33 min. partiellement retranscrites – 2 pages) https://www.youtube.com/watch?v=iUbfRzxNy20
Communication externe du CHU-X et d'un autre CHU cité par nos répondants (4)
<ul style="list-style-type: none"> - Organigramme direction CHU-X (1 page). - Communiqué de presse du CHU-X suite à un EI, 12/09/2018 (1 page). - Echanges de mails avec la direction des affaires juridiques et éthiques (DAJE), novembre 2018 (2 pages). - Communiqué de presse – Les fiches de signalement d'EI, au cœur de la démarche qualité et sécurité des soins du CHU de Toulouse, www.chu-toulouse.fr, 06/04/2018 (1 page).

Tableau 2. Détail des données secondaires

Pour traiter nos données empiriques dans une visée compréhensive, nous avons utilisé le dictionnaire des thèmes présenté dans le tableau 3. Les codes de 1^{er} rang ont émergé du terrain, alors que les codes de 2nd rang nous ont permis de basculer progressivement vers des concepts théoriques, en regroupant les différents items identifiés. Une fois cette structure des données établie, nous avons codé l'intégralité de notre matériau empirique avec le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo.

⁵ Le CHU de Toulouse n'est pas le CHU étudié dans cette recherche.

Codes de 1 ^{er} rang	Codes de 2 nd rang
<ul style="list-style-type: none"> - Caractère chronophage de la déclaration des erreurs - Comportements présents et passés en matière de déclaration des erreurs - Différences de comportements en termes de déclaration selon les services - Différences de comportements en termes de déclaration selon l'ampleur de l'erreur - Obligations légales en matière de déclaration des erreurs - Peur des agents de déclarer (ex. : carrière, suites juridiques, réputation du service) 	Déclaration des erreurs [194 verbatims]
<ul style="list-style-type: none"> - Obligations légale et éthique de l'annonce - Consignes internes quant aux annonces des dommages liés aux soins - Volonté de préserver le lien de confiance avec la famille - Lien entre le comportement durant l'annonce et la judiciarisation ultérieure - Préanalyse avant l'annonce du dommage - Approche factuelle et non émotionnelle lors de l'annonce - Volonté de protéger l'agent impliqué, en ne l'associant pas à l'annonce - Instauration d'une relation de proximité tout au long de la relation de soins 	Annonce aux familles [224 verbatims]
<ul style="list-style-type: none"> - Analyse à froid des EI - Anonymat et absence de stigmatisation lors de l'analyse des pratiques - Apprentissages rendus possibles grâce à l'analyse des EI - Capacité des agents à se remettre en question lors des analyses - Mise en évidence d'une responsabilité collective lors des analyses de pratiques - Ressenti des agents impliqués dans l'erreur lors de l'analyse des pratiques - Feedback de la DQGR en termes d'amélioration des pratiques suite au REX 	Retour d'expérience [209 verbatims]
<ul style="list-style-type: none"> - Plaintes, demandes de réparation et recours suite à une erreur - Accompagnement de la DAJE en cas de poursuites - Possibilité de souscrire à une assurance individuelle - Formalisme autour de l'erreur comme levier de protection au plan juridique - Séparation stricte entre la gestion de la plainte et l'analyse des pratiques - Pouvoir de la justice de se saisir du dossier médical de la victime - Communication externe de l'hôpital en cas d'erreur médicale judiciarisée 	Judiciarisation [164 verbatims]
<ul style="list-style-type: none"> - Instauration de la charte d'encouragement au signalement (charte de non-punition) - Culture de non-punition au sein de l'établissement - Culture de sécurité et d'amélioration continue au sein de l'établissement 	Droit à l'erreur interne [223 verbatims]

<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de l’encadrement dans la manière dont l’erreur est perçue dans les services - Rôle des pairs dans la manière dont l’erreur est perçue dans les services - Sentiment des agents de bénéficier d’un droit à l’erreur en interne 	
<ul style="list-style-type: none"> - Degré de tolérance des familles face à l’erreur - Volonté que l’erreur soit reconnue - Désir des familles d’échanger avec les agents responsables de l’erreur - Incompréhension des familles face à l’erreur - Souci des familles que l’EI ne se reproduise pas - Maturité de l’opinion publique et des médias face aux erreurs médicales - Attitude de l’environnement médical externe (ex. : ARS) face aux erreurs 	<p>Droit à l’erreur externe [125 verbatims]</p>

Tableau 3. Structure des données

Les codes de 2nd rang, issus de notre démarche itérative d’abstraction, font finalement apparaître quatre temps forts dans la gestion du paradoxe (la déclaration des erreurs, l’annonce aux familles, le retour d’expérience et la judiciarisation), ainsi que deux facteurs contextuels transverses (le droit à l’erreur interne et externe).

Dans les recherches qualitatives, les chercheurs partent généralement du principe que les paradoxes et les réponses apportées sont reconnaissables à travers la rhétorique et la teneur des propos des acteurs (Lewis, 2000 ; Putnam et al., 2016). Le locus du paradoxe (Andriopoulos & Gotsi, 2017) peut néanmoins varier d’une recherche à l’autre. En l’occurrence, nous adoptons ici une approche projetée (*projected approach*), consistant à observer la nature contradictoire et interdépendante de demandes concurrentes, qui ne sont pas nécessairement exprimées spontanément par tous les participants à la situation.

Nous avons pu valider et caractériser le paradoxe apprentissage interne - protection externe en repérant des « *voix multiples* » (Putnam et al., 2016, p. 82) et, plus généralement, des éléments opposés (Andriopoulos & Gotsi, 2017) au sein du CHU-X pour chacun des quatre temps forts de notre recherche. A titre d’illustration, pour l’étape de déclaration des erreurs, nous opposons

des modalités d'expression des communications ouverte et défensive telles que : « Si l'erreur est déclarée, elle peut être analysée pour éviter d'être reproduite » ou « Si je déclare une erreur, c'est pour en tirer aussi les leçons, et avoir des axes d'amélioration » vs. « On a quand même une large sous-déclaration » ou « Quand on déclare, on s'expose à un contentieux ». Au-delà du discours stricto sensu, nous avons également prêté attention à ce que celui-ci représente (Putnam et al., 2016). A titre d'exemple, un communiqué de presse du CHU-X suite à un EIG a pu traduire une communication défensive face à une situation jugée menaçante.

Les moyens de faire face au paradoxe organisationnel ont été distingués en s'appuyant sur les deux catégories identifiées par Smith et Lewis (2011) : la séparation et la transcendance. Ces réponses ont été repérées selon une logique analogue à celle exposée précédemment. Par exemple, la démarche de séparation temporelle a été identifiée à travers des expressions telles que « temps différents », « beaucoup plus tard », « délai entre le moment où (...) et le moment où (...) », « il s'écoule minimum 15 jours, quelques fois un ou deux mois », etc.

Notre travail d'analyse de contenu des données primaires et secondaires nous a finalement permis de constituer un fichier de verbatims (549 pages), classés selon la grille présentée dans le tableau 3. Les résultats empiriques ont ensuite été structurés et rédigés à partir de ce document, sachant que les mots apparaissant en italique dans le texte sont systématiquement empruntés à nos répondants. De même, notre modèle (cf. figure 1) – construit conjointement à la structure des données, c'est-à-dire de façon itérative – reprend nos six codes de second rang.

3. RÉSULTATS EMPIRIQUES

Nous exposons nos résultats empiriques en reprenant les quatre temps forts repérés *supra*. Les facteurs contextuels (droit à l'erreur interne et externe) sont traités, quant à eux, de façon transversale dans nos résultats, en étant rattachés à l'une ou l'autre des étapes (cf. figure 1).

D'une façon générale, la présentation des résultats permet de comprendre, à travers l'éclairage des données empiriques, comment s'articulent les variables de notre modèle.

Au préalable, pour chacune des quatre étapes, nous faisons ressortir les tensions contradictoires donnant lieu à un paradoxe entre les impératifs d'apprentissage interne et de protection externe à la suite d'une erreur médicale. Celui-ci s'analyse principalement à l'aune du degré d'ouverture souhaitable en matière de communication (cf. tableau 4).

1. Déclaration des erreurs		
Une communication ouverte permet d'identifier les EI à analyser pour améliorer la sécurité des soins [Apprentissage interne +].	VS .	Une communication ouverte révèle le nombre et la fréquence d'EI rencontrés par le service / l'hôpital [Protection externe -].
2. Annonce aux familles		
Une communication ouverte auprès des familles participe d'une démarche générale de remise en question [Apprentissage interne +].	VS .	Une communication ouverte attire l'attention des familles sur les erreurs médicales ayant été commises [Protection externe -].
3. Retour d'expérience		
Une communication ouverte favorise l'analyse approfondie de ce qui s'est passé et la recherche de solutions [Apprentissage interne +].	VS .	Une communication ouverte met à jour les défaillances du personnel et/ou du CHU à l'origine de l'EI [Protection externe -].
4. Judiciarisation		
Une communication ouverte autorise la contradiction des parties prenantes externes pour tenter de s'améliorer [Apprentissage interne +].	VS .	Une communication ouverte accroît les risques en termes de réparation financière, de réputation, de primes d'assurance, etc. [Protection externe -].

Tableau 4. Caractérisation du paradoxe apprentissage interne – protection externe pour chaque étape

Un tel paradoxe est latent au CHU-X. En effet, il n'a été exprimé spontanément que par deux de nos répondants. De même, le paradoxe n'a jamais été mis en avant de façon officielle, encore moins débattu, au sein de l'établissement. Pourtant, le CHU-X a mis en place, à chaque étape, des réponses efficaces au paradoxe combinant séparation (spatiale, temporelle et émotionnelle) et transcendance, selon différentes modalités (traçabilité des EI, maintien de la confiance,

capitalisation et objectivation) produisant des effets sur les parties prenantes externes de façon différée dans le temps (cf. flèches T1 à T4 de la figure 1).

Signe d'un management efficace du paradoxe, le CHU-X fait notamment office d'établissement de référence aux yeux de l'ARS en termes de déclaration des erreurs et d'annonce aux familles.

« Le CHU-X fait partie des établissements qui signalent le plus. Beaucoup d'établissements sont complètement muets (...). On a encore la notion, dans certains esprits, que quand un établissement déclare beaucoup d'EI, il est mauvais. Alors que c'est tout le contraire ! (...) (Quand on a fait une erreur), il faut être le plus transparent possible auprès des usagers ou des familles (...). (Il faut aller) voir les gens et leur expliquer (...). Je sais qu'au CHU-X, ils le font. Ils sont assez clairs là-dessus. Et même avec des choses très difficiles, ils vont rencontrer les familles pour dire : "Voilà ce qui s'est passé !". Il y a des établissements qui font tout le contraire, en essayant de minimiser les choses. Et ça, ça met mal à l'aise les usagers. C'est là où la confiance s'arrête et que le côté juridique commence. » (Médecin conseiller – ARS).

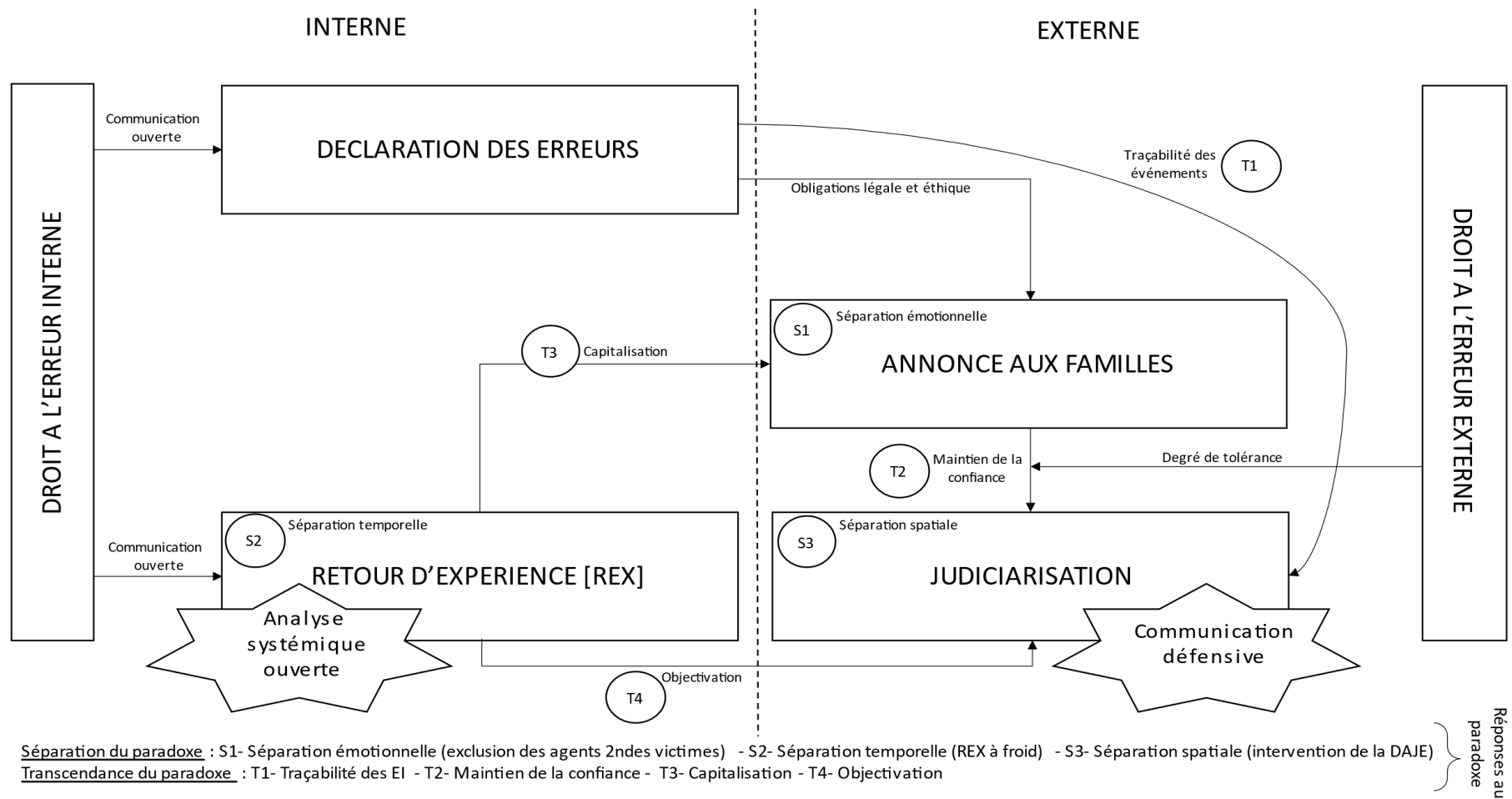


Figure 1. La gestion du paradoxe apprentissage interne - protection externe suite à une erreur médicale

3.1. La déclaration des erreurs

Dans la charte de non-punition de 2010, le CHU-X s'engage à ne pas entamer de procédures disciplinaires à l'encontre d'un salarié ayant signalé un manquement aux règles de sécurité, quel que soit son niveau d'implication. En complément, un arbre décisionnel a été mis en place, en 2017, afin d'harmoniser la manière dont les EI sont traités par les cadres de santé (ex. : distinction entre l'erreur et la faute).

La charte de non-punition vise à changer le regard sur les erreurs et à encourager les agents à les déclarer spontanément sans avoir peur d'être « blâmés », comme cela pouvait être le cas par le passé. Même si ce document n'est pas affiché par tous les chefs de service et est peu connu sur le terrain, le personnel a perçu le changement culturel opéré depuis dix ans et se sent aujourd'hui davantage en « confiance » pour faire part de ses erreurs. La mise en place d'un logiciel de signalement, en 2010, s'est notamment accompagnée d'un effort pédagogique pour « expliquer » que cet outil n'était pas là pour « juger » le personnel, mais pour éviter que les erreurs ne se reproduisent.

« En tant que professionnelle de santé, je le sens concrètement ce droit à l'erreur. C'était moins vrai dix ans en arrière. Le fait que ça soit formalisé, ça a peut-être facilité le fait que je déclare des erreurs que j'ai pu commettre (...). Je pense que ça nous a sensibilisés à la déclaration (...). L'intérêt de déclarer l'erreur, c'est de faire en sorte qu'elle ne se reproduise pas ou qu'elle ne génère pas une erreur plus grave. »
(Manipulatrice radiothérapie) [1.1.]⁶

Sur une année, le CHU-X – qui suit plus de 1,05 million de patients par an – déclare environ 10.000 à 11.000 EI. Signe d'un changement de « perception » quant à l'erreur, le signalement

⁶ Pour chaque encadré, nous proposons un autre verbatim en annexe. La numérotation (ex. : 1.1.) permet de se repérer dans le tableau ainsi constitué.

est appréhendé, par certains, comme un moyen de protéger le service et l'établissement en cas de plainte ultérieure des familles, en « traçant » tous les EI survenus durant le protocole de soins. L'établissement d'une synergie entre signalement et protection traduit une première forme de transcendance du paradoxe (cf. T1 – figure 1). En effet, en cas de contentieux, la direction des affaires juridiques et éthiques (DAJE) aura besoin d'une « chronologie des faits » précise ; un procès pouvant avoir lieu plusieurs années après l'incident (ex. : sept et six ans plus tard pour la patiente étranglée par un drap et celle amputée des quatre membres).

« Aujourd'hui, la déclaration fait partie de notre activité quotidienne et, quand il y a une erreur, on déclare et on ne se pose pas la question des retentissements judiciaires (...). Au contraire, le retentissement judiciaire oblige les gens à être le plus précis possible sur les faits qui se sont passés. Ce que je demande aux agents et aux cadres, c'est d'écrire – dans les heures qui viennent – exactement ce qui s'est passé et faire des rapports très précis qu'on utilisera (ou pas) (...). Vraiment tout noter au plus près de ce qui s'est passé. Pour avoir des éléments. On le sait – ça fait partie de notre métier – qu'il peut y avoir des retentissements judiciaires. » (Directeur des soins) [1.2.]

Les comportements de déclaration sont néanmoins variables selon les services⁷. Ils dépendent notamment de « l'attitude » de l'encadrement à l'égard des EI. L'erreur médicale reste effectivement « taboue » pour certains cadres de santé et chefs de service, qui – par peur d'entacher la « réputation du service » – préfèrent régler leurs problèmes « en famille », au lieu de communiquer de façon transparente. La protection du service est alors choisie par ces responsables au détriment d'un apprentissage collectif. En conséquence, les agents évoluant dans des services où l'erreur est perçue comme une menace ont « peur » de déclarer les EI.

« Il y a un rôle à jouer de la part de l'encadrement dans la promotion que l'on peut faire de la culture qualité-sécurité. La façon dont on va communiquer sur le fait qu'on a conscience – en tant que manager – que le risque d'erreur existe et fait partie intégrante des activités (...), c'est très contributif pour créer

⁷ Certains font 300 déclarations par an, quand d'autres n'en font que quelques-unes sur la même période.

un terrain favorable pour que les soignants signalent. (...) Cette communication qu'on peut avoir localement avec une équipe, en affichant une façon de voir les choses au niveau de la politique de gestion de l'erreur, ça peut favoriser le signalement. Quand ce n'est pas du tout communiqué, ça peut être un frein. Ne pas savoir comment ça va être traité, ne pas savoir quelle posture va adopter l'encadrement, ça peut être clairement un frein. Les agents, quand ils ne savent pas, sont plus réticents à signaler. » (Cadre supérieur de santé) [1.3.]

En outre, certains agents ont tendance à « cacher » les EI sans gravité, car ils sont jugés « sans conséquence » pour le patient, sont faciles à « passer sous silence » et sont « couverts » entre collègues. De plus, signaler tous les incidents « mineurs » est perçu comme chronophage par les professionnels de soins.

« Quand il y a des petites erreurs de débit ou de choses comme ça, on les modifie sans que les patients et leurs familles le sachent. Des fois, je vois des débits qui auraient dû être à 20, qui sont à 40. Donc je rentre dans la chambre, tac, je diminue, je ne dis rien et ça passe à peu près inaperçu (...). On fait tous des petites d'erreurs, donc on se corrige tous les uns et les autres : c'est ce qui fait l'unité du service (...). Mais on ne déclare pas forcément tout ça. Je ne sais pas s'il faudrait d'ailleurs (...). Évidemment, s'il y a un truc très grave, on le déclare (...). Mais si on devait déclarer toutes ces petites choses, cela nous prendrait énormément de temps. Déjà qu'on finit rarement à l'heure... » (Infirmière) [1.4.]

A l'inverse, nos répondants estiment que les EIG sont plus difficiles à « *dissimuler* » et sont généralement remontés. Depuis 2016⁸, le nombre de déclarations externes d'EIG par le CHU-X est d'ailleurs en constante augmentation.

« On a eu des erreurs d'injection, par exemple de potassium, qui peuvent avoir des conséquences graves sur la prise en charge du patient. C'est déclaré. Ça remonte à la direction des soins, ça remonte à la DQGR. L'événement important, lui, je pense qu'au niveau du CHU-X, il n'y a pas de souci, ça remonte. Ce sont les événements un peu plus "mineurs" qu'il faut continuer à travailler. Ils sont déclarés, mais peut-être pas tous (...). Nous, les déclarations d'événements graves, le Directeur de la qualité et de la performance

⁸ Le décret n°2016-1606 du 25/11/2016 rend obligatoire une déclaration à l'ARS en cas d'EIG.

les déclare à l'ARS (...). Il peut y avoir un frein médical : ne pas déclarer, gérer l'affaire dans son service, étouffer l'affaire avec des mots comme "on vous protège" et "on se le gère en interne". Je pense que ça existe de moins en moins (...). Ça doit exister encore pour des erreurs mineures. Les erreurs majeures, non. (...) A mon avis, les erreurs majeures sont déclarées aujourd'hui. Elles ne passent pas à travers. »
(Directeur des soins) [1.5.]

3.2. L'annonce aux familles

L'annonce d'un dommage lié à une erreur médicale répond à une obligation légale (article L.1142-4 du Code de la santé publique), mais est surtout appréhendée, par le CHU-X, comme une « démarche éthique ». Il s'agit d'être « transparent » par rapport aux « éléments factuels » dont dispose l'hôpital sur l'EI, en évitant tout « jargon » médico-technique et en veillant à ne pas cacher des informations sur ce qui s'est passé et sur l'état de santé du patient.

« La consigne, c'est une transparence totale. Avec les mots qui conviennent pour que ce soit compréhensible par les gens. Mais il n'y a aucune consigne de cacher ou d'enrober les choses. Il y a vraiment une transparence par rapport à des éléments factuels dont on dispose et qui sont explicatifs (...). Quand il y a une erreur et qu'elle est communiquée au patient ou à sa famille, eh bien, derrière, il n'y a rien qu'on puisse ou qu'on doive cacher, et qu'on ait intérêt à cacher surtout. Les gens ont accès à leurs dossiers médicaux, ils sont de plus en plus informés. Je pense qu'au contraire on a tout à gagner à assumer nos erreurs. » (Cadre supérieur de santé) [2.1.]

Certains professionnels du CHU-X estiment néanmoins qu'il est préférable de rester « synthétique » afin de ne pas « prêter le flanc à des accusations ». En cas d'erreur avérée, il s'agit ainsi d' « exprimer ses regrets » (notamment en présentant ses « excuses ») et d'« expliquer » ce qui s'est passé, sans pour autant « s'accuser ou accuser les autres ». Pour sécuriser au maximum ce processus, un groupe de travail au sein du CHU-X - impliquant notamment la DAJE – a mis au point, en 2017, un guide pratique afin d'aider les professionnels à faire l'annonce d'un EI. Selon l'HAS, ce type de document contribue à faire évoluer les

représentations des professionnels de santé dans le champ de l'information due aux patients.

Dans la même veine, des formations ont aussi vu le jour, même si elles sont peu suivies.

« On fait des formations pour les médecins pour leur apprendre à bien transmettre l'information. Parce que les médecins peuvent commettre des erreurs qui peuvent nous causer du tort. Parce que s'ils commencent à dire aux patients : "Excusez-moi, c'est entièrement notre faute : on a fait ci, on a fait ça !" Parce qu'il y a parfois aussi des patients qui veulent tirer du fric avec cette histoire (...). Il faut expliquer ce qui s'est passé, mais de façon très factuelle. Il ne faut jamais dire "c'est de notre faute ou c'est de ma faute". Il faut jouer la transparence, tout en restant assez anonyme. Il ne faut pas axer sur un professionnel, mais expliquer les faits. » (Ingénieur qualité et gestion des risques) [2.2.]

En outre, en amont de l'annonce, l'équipe médicale doit se réunir rapidement pour établir les « faits ». Transmettre une « information qualitative » aux personnes victimes d'une erreur médicale, tout en préservant l'intérêt du CHU-X, suppose donc une « *préanalyse* ».

« On a fait face à une erreur gravissime cet hiver (...). A la naissance, les enfants ont un cathéter veineux ombilical. (...). Quand ils l'ont enlevé, il a été coupé, donc il y a 6 cm qui sont partis en intra-cardiaque. Donc gravissime ! Ça va bien. Il a été opéré. Ça a été un long chemin. C'était un grand prématuré (...). On a fait vraiment une grosse analyse de tout ça avant de rencontrer la famille. On a déclaré à la famille. On leur a expliqué le process que l'on faisait. Il ne faut pas cacher les choses aux familles. Mais, par contre, avant de les rencontrer et de tout expliquer, il faut s'être posés ensemble, avoir bien compris ce qui s'était passé. Pour pouvoir répondre et savoir dire aussi "je ne sais pas" (...). Dès le lendemain matin, on a réuni les soignants. Donc à la famille on leur a dit le soir qu'on se réunissait, qu'on avait une démarche à suivre dans le cadre d'un EI comme cela. Et qu'on se réunissait le lendemain matin, qu'on le faisait pour leur expliquer pourquoi (...). Le soir-même, ils ont été vus par le médecin du service pour leur dire et essayer de répondre... Et avec moi-même... Donc là, on a eu beaucoup de colère – ce qui est logique – de la famille. On s'est excusés. C'était logique de le faire. Cela rentre dans la démarche vis-à-vis des familles. Et on est encore revenus vers eux le lendemain. » (Cadre de santé) [2.3.]

Très souvent, le CHU-X « exclut » les soignants à l'origine de l'erreur médicale de l'annonce du dommage, ce qui traduit une forme de séparation (émotionnelle), au sens de la théorie des paradoxes (cf. S1 – figure 1). Le chef de service « assume » alors la « confrontation » avec la famille. Le CHU-X va même parfois à l'encontre du « souhait » de la famille de rencontrer les agents impliqués dans l'EI, a fortiori si l'encadrement juge que celle-ci est dans une logique de recherche de « coupable »⁹. En cas d'EIG, les agents sont effectivement « bouleversés » à l'idée que leur action (ou inaction) ait pu provoquer des conséquences irréversibles pour le patient et sont pris en charge par un psychologue du travail. Outre un souci de protéger psychologiquement « l'agent seconde victime », le CHU-X évite aussi le risque d'une mauvaise gestion de ses émotions par l'agent. Or, la communication doit absolument être « maîtrisée » face au risque potentiel de plainte.

« On laisse le binôme médecin/cadre arbitrer la situation localement, mais on encourage à ce que le professionnel qui a commis l'erreur ne soit pas celui qui annonce (...). La plupart du temps, on a tendance à inciter à ce que ça ne soit pas le professionnel qui a commis l'erreur. Parce qu'on le met en difficulté (...). J'ai eu un agent qui s'est trompé en paramétrant une seringue électrique. C'est un appareil qui permet d'administrer de la morphine. Elle a programmé 10 fois la dose qu'elle aurait dû programmer (...). Comme la patiente pesait 34 kg, elle s'est retrouvée dans le coma. L'infirmière a très vite donné l'alerte au médecin (...). J'ai été prévenue dans la foulée. On a organisé le transfert en réanimation. La patiente, on lui a administré des antidotes, elle a été surveillée 48 h, elle est revenue dans le service. Ça s'est très bien terminé (...). Le surlendemain, quand la patiente est revenue dans le service, l'infirmière voulait absolument voir la patiente et lui annoncer ce qui s'était passé. Elle voulait aller s'excuser par rapport à son erreur. Avec le médecin, on l'a convaincue que cela ne nous semblait pas être adapté. C'est le médecin

⁹ Dans certains cas, les professionnels directement concernés par l'erreur médicale seront, malgré tout, présents lors des échanges avec la famille, mais ils seront accompagnés d'un médiateur.

et moi qui sommes allés annoncer à la patiente ce qui s'était passé (...). L'infirmière, pour le coup, on l'a exclue. » (Cadre supérieur de santé) [2.4.]

Dans ces moments, une communication « sincère » permet de maintenir le lien de « confiance » avec le patient et/ou sa famille. En effet, ces derniers sont généralement « satisfaits » d'être tenus informés, si on en croit les professionnels du CHU-X. Même si nous n'avons pas pu interroger les victimes des erreurs médicales identifiées au cours de cette étude, nos données secondaires donnent du crédit à la thèse défendue par nos répondants. Voilà, à ce titre, comment s'exprimait le père d'un enfant victime de plusieurs erreurs médicales dans le documentaire « Que reste-t-il de nos erreurs ? » : « Dire qu'une erreur a été commise, c'est plutôt nécessaire - à mon avis - pour maintenir la confiance, paradoxalement. Je pense que l'honnêteté est un élément important. » De tels propos accréditent l'idée, défendue par le CHU-X, selon laquelle les familles sont « reconnaissantes » lorsque le personnel médical fait preuve de « franchise » et se montrent alors plus « compréhensives » face aux erreurs.

« Il faut être totalement transparent. Ce n'est pas la peine de minimiser et d'en mettre la moitié sous le tapis. Parce que si jamais le patient décide d'aller plus loin et qu'il y a une commission de conciliation, qu'il y a une expertise et qu'on est obligés de détailler, alors là, pour le coup, la relation de confiance est détruite ! (...) Ce qui est pire que tout, c'est de faire que le patient ait le sentiment qu'on lui a caché des choses. Parce que, là, ça le met très mal ! Et puis, si vous tombez sur un type qui va au procès civil, il ne va pas vous lâcher. Et l'avocat ne va pas vous lâcher. Et pourquoi on a caché ? (...) Donc il vaut mieux dire. Voilà, il y a une erreur, il y a une erreur ! (...) La relation du médecin et du patient est basée sur la confiance (...). Si vous faites une erreur et que vous cachez les choses, le type va vous en vouloir, parce qu'il va comprendre qu'il ne peut pas avoir confiance en vous. » (Médecin) [2.5.]

D'ailleurs, toujours selon nos répondants, une attitude ouverte lors de l'annonce « désamorce » les conflits avec les familles et réduit les risques de judiciarisation suite à l'EI. A l'inverse, à leurs yeux, la « thèse du suicide » avancée par le médecin du CHU-X pour expliquer le décès de la patiente morte par strangulation a encouragé le mari à porter plainte par la suite. Il en va

de même dans le cas de l'affaire de l'ablation du col de l'utérus, où le médecin a évoqué des « points positifs » au couple (ex. : plus de règles, plus de contraception, pas de cancer du col de l'utérus), alors que l'épouse se sentait « mutilée » ([presse](#) locale, 12/09/2019). En conciliant communication ouverte et protection, une annonce fondée sur la transparence traduit une deuxième forme de transcendance du paradoxe (cf. T2 – figure 1).

« Pour éviter toute plainte, l'atout majeur, c'est une bonne communication dès la première difficulté avec une erreur signalée. Et que le médecin, l'encadrement aille voir le patient, la famille est déjà un gros atout pour éviter toute démarche ultérieure judiciaire. Et ça, j'en suis certain ! (...). Il y a eu une erreur par rapport à la contention. La patiente est décédée suite à une contention réalisée par une infirmière et un aide-soignant dans un service de chirurgie. Ces deux agents, le cadre et le cadre de garde ont été jusqu'à la mise en examen. La communication du médecin à la famille avait été très mauvaise. On peut dire que, là, on a été jusqu'à la justice parce que la communication n'avait pas du tout été adaptée avec le mari (...). La communication, ça ne corrige pas tout, mais c'est le nerf de la guerre ! Avoir le courage d'aller voir les familles et les patients de suite après, pour leur dire ce qui s'est passé, c'est important. » (Directeur des soins) [2.6.]

3.3. Le retour d'expérience

Le CHU-X dispose d'une méthodologie d'analyse des causes pour les EIG, *via* les revues de mortalité et de morbidité (RMM), une démarche aujourd'hui répandue dans le milieu hospitalier. De tels « retours d'expérience » se font « à froid », dans un délai maximal de trois mois, imposé par l'ARS – afin de laisser à l'équipe médicale le temps de réunir toutes les informations nécessaires. Comme il s'agit d'associer à la réflexion collective les agents impliqués dans l'EI, cela leur permet aussi de « mettre à distance » l'incident sur le plan émotionnel. Il s'agit là d'une seconde forme de séparation (temporelle, cette fois-ci), au sens de la théorie des paradoxes (cf. S2 – figure 1).

« On essaye que ça soit des temps différents (...). On n'essaye pas d'analyser à chaud, surtout lorsqu'il y a eu une grave conséquence. Il y a beaucoup d'émotions et ce n'est pas le meilleur moment pour analyser de façon sereine et aller travailler sur ce qui n'a pas bien fonctionné (...). L'analyse à chaud serait contre-productive, parce que c'est peut-être là où on va avoir peur, où on va chercher à (se justifier). On va avoir tous les mécanismes de défense qui vont se mettre en place. Il faut éviter de tirer des conclusions à chaud, parce que, souvent, ce ne sont pas les bonnes. » (Médecin) [3.1.]

L'anonymat des éléments du dossier (ex. : patient et professionnels de santé concernés) et l'absence de « *stigmatisation* » des acteurs hospitaliers à l'origine de l'erreur créent un climat de confiance. Celui-ci favorise une communication ouverte et une « *remise en question* » des professionnels de soins, sachant qu'en cas d'EI, la responsabilité est plus souvent collective que purement individuelle (les erreurs sont dites « *systémiques* »).

« Quand on démarre la réunion, on explique bien les objectifs, qu'on n'est pas là pour pointer des responsabilités, juger (...) et qu'on veut juste essayer de comprendre comment et pourquoi c'est arrivé. Même des erreurs où on se dit "mais ce n'est pas possible !", eh bien on trouve toujours des choses incroyables qui expliquent la survenue de ces erreurs. Les professionnels, c'est quand même très important pour eux de comprendre ce qui a pu leur arriver. Et je n'ai pas le souvenir d'avoir des gens qui avaient été de mauvaise foi ou qui avaient masqué. Parce que ce n'est pas une analyse individuelle, ce n'est pas comme une enquête de police. » (Médecin) [3.2.]

En définitive, l'analyse des pratiques permet à l'établissement de « corriger ses dysfonctionnements ». De nouvelles procédures peuvent être mises en place afin de réduire le risque d'erreurs médicales (ex. : utilisation d'un gilet jaune par certaines infirmières lorsqu'elles réalisent un calcul de dosage d'un médicament afin de ne pas être interrompues dans leur tâche, utilisation d'une étiquette rouge pour les seringues de potassium pour éviter toute confusion avec un autre médicament). Sur la base des enseignements tirés de la RMM, le CHU-X peut ensuite informer le patient et/ou sa famille et expliquer ce que l'établissement a mis en place pour empêcher la répétition de l'EI à l'avenir. Evoquer les mesures prises dans

une logique de « capitalisation » permet d' « apaiser » quelque peu les victimes. En combinant apprentissage collectif et apaisement de la relation, cette approche correspond à une troisième forme de transcendance du paradoxe (cf. T3 - figure 1).

« Dans un premier temps, les familles sont plus centrées sur le résultat des erreurs. (Les gens) ne sont pas en capacité d'entendre ce qu'on va leur dire autour. Quand on annonce à quelqu'un un décès non attendu en lien avec une erreur, tout de suite et maintenant, ça peut difficilement aller plus loin. Par contre, à distance, pour beaucoup, ils ont besoin de se dire que ça n'a pas servi à rien. Et que ça va au moins servir à ce que ça ne se reproduise pas. » (Cadre supérieur de santé) [3.3.]

En outre, même si la RMM – dont les conclusions pourront être « saisies » par la justice – met à jour des « points de faiblesse » de l'établissement, elle permet surtout d'« objectiver » ce qui s'est passé et envoie un signal favorable quant à la capacité d'évolution du CHU-X en cas de judiciarisation ultérieure (ex. : les faits n'ont pas été dissimulés, ils ont fait l'objet d'une analyse approfondie, ils ont donné lieu à une modification des pratiques). La RMM embrasse donc les enjeux d'apprentissage et de protection. Il s'agit-là, par conséquent, d'une quatrième forme de transcendance du paradoxe (cf. T4 – figure 1).

« Au début, les services disaient : "Non, on ne va pas faire de RMM, parce que c'est sûr qu'il va y avoir une plainte. Du coup, on apportera sur un plateau au juge, à l'assureur, à l'expert, ce qui ne s'est pas bien passé." Or, la législation a beaucoup évolué. Il y a une obligation d'annonce du dommage au patient et de travailler sur ce qui s'est passé. Maintenant, s'il y a une plainte juridique, les juges peuvent demander la RMM. Ils peuvent la saisir (...). S'il n'y a pas eu d'analyse, ça peut être très pénalisant pour l'équipe. Parce que ça veut dire que personne n'a fait une évaluation de ce qui s'est passé. » (Médecin) [3.4.]

3.4. La judiciarisation

La propension des familles à donner une suite juridique à l'EI dépend de leur capacité à accepter l'idée qu'un CHU puisse commettre des erreurs. Or, selon nos répondants, le « grand public »

n'a pas conscience de la « complexité » du soin hospitalier. L'affaire du CHU *leaks*¹⁰ a notamment marqué les esprits en interne et est régulièrement citée par nos répondants pour illustrer le manque de « maturité » de l'opinion publique sur la question des erreurs médicales.

« Les gens se disent : "On traite de l'humain, donc on ne peut pas faire d'erreur." On est dans une société qui veut tout contrôler, tout maîtriser. Je viens à l'hôpital pour me faire soigner. Le résultat c'est que je suis soigné, ce n'est pas que je reparte avec un autre problème ou que je ne sois pas soigné à la fin. Ce sont des mentalités qui n'évoluent pas forcément dans le bon sens. La culture qu'on s'impose dans le service, je ne vois pas comment on peut l'imposer aux usagers (...). Toutes ces mises en place de normes, de culture sécuritaire, ça vient des problèmes qu'il y a eu, des crises sanitaires, du sang contaminé. Toutes ces crises qui ont fait le buzz. On veut rassurer l'utilisateur, ce qui est normal, mais le risque zéro n'existe pas (...). On traite de l'humain, mais nous sommes humains ! » (Cadre de santé) [4.1.]

Le degré de « tolérance » des familles face à une erreur médicale dépend aussi du type d'erreur commise, selon la « représentation » que les individus peuvent avoir de la « difficulté de l'acte médical » (ex. : une erreur de côté lors d'une opération chirurgicale sera difficilement acceptée). Enfin, l'éventuel droit à l'erreur accordé par les usagers dépend du « degré de gravité » de l'erreur médicale et des « préjudices » subis par le patient.

« Je pense que, pour certains patients, il peut y avoir un droit à l'erreur. Il y en a qui ont ce recul, mais ça dépend aussi de la gravité de l'événement. Quelqu'un à qui on annonce qu'il y a eu un décès en lien direct avec une prise en charge qui n'a pas pu être à la hauteur de ce qu'il aurait dû être, je doute que lui, il vous dise que vous êtes humain comme les autres et que vous avez un droit à l'erreur (...). Moi, j'ai eu la situation, par exemple, d'une erreur d'administration médicamenteuse, qui finalement n'a pas eu de conséquences graves, mais qui aurait pu en avoir. C'est une patiente chronique à qui on a tout expliqué. Elle a convenu que ça pouvait arriver. C'est vraiment au cas par cas (...). Je pense que le patient et la

¹⁰ En 2017, les médias ont diffusé 26.000 fiches de signalement d'EI émises au CHU de Toulouse. Cela a été perçu par l'opinion publique comme un signe de dégradation des soins, alors que, pour les professionnels interrogés, la déclaration des dysfonctionnements illustre la volonté du CHU d'améliorer la qualité des soins.

famille sont focalisés sur le résultat. Donc si le résultat est plutôt favorable, où on a eu peur, mais ça s'est bien terminé, ça sera complètement différent de si le résultat est un grave préjudice. » (Cadre supérieur de santé) [4.2.]

Lorsque les familles portent plainte, le dossier est immédiatement pris en charge par un autre service que la DQGR, à savoir la DAJE. Les équipes médicales « incriminées » vont notamment être « accompagnées » juridiquement en vertu de la « protection fonctionnelle » des agents publics¹¹. Cela traduit une troisième forme de séparation (des services impliqués, autrement dit spatiale), au sens de la théorie des paradoxes (cf. S3 – figure 1).

« (La communication interne autour de l'erreur dans un but d'analyse et la communication face à des accusations externes), ce sont deux temps différents. D'abord, ce sont des services différents. Il y a des services qui s'occupent de tous les aspects juridiques ou assurantiels. Eux, n'ont pas accès aux dossiers. Ils ne sont pas dans les démarches de gestion de risque. Donc ils ont des interlocuteurs bien précis, que sont les avocats, la famille, l'assureur. Et ils répondent à une demande précise. Après, de toute façon, même s'il y a une demande indemnitaire, il y a des experts qui vont être nommés. Des experts indépendants, qui ont accès aux dossiers et qui se feront leur propre vision, leur propre diagnostic. Ce sont deux choses complètement différentes. » (Médecin) [4.3.]

La séparation est telle que le personnel peut avoir le sentiment de ne pas être tenu informé des « suites juridiques » de l'affaire en cas de « poursuites » liées à un EI. Aux yeux de ces professionnels du soin, le sujet peut même devenir subitement « tabou » au sein du service.

« (Je connais une infirmière qui a été inquiétée juridiquement par une erreur). Une de nos collègues. Je ne sais pas trop où ça en est, parce que c'est devenu un peu tabou dans le service. On n'en parle plus trop.

¹¹ La protection fonctionnelle intervient en cas de mise en cause judiciaire dans l'exercice des fonctions. L'agent bénéficie alors d'une assistance judiciaire et de la prise en charge de la condamnation. Toutefois, cette protection ne joue pas lorsque l'agent a commis une faute personnelle dans l'exercice de ses fonctions

(<https://www.fonction-publique.gouv.fr/>).

Mais il me semble qu'elle devait passer au tribunal, parce que la famille a porté plainte. » (Infirmière)

[4.4.]

En cas de procédure de « contentieux », la communication vise à « défendre » les intérêts du CHU-X, en le « dédouanant ». Par exemple, dans l'affaire de la patiente décédée par strangulation, en 2008, des suites d'une mauvaise contention, le directeur du CHU-X déclarait, en 2015, que le processus de prise en charge de la patiente avait été « conforme aux règles de l'art ». De même, lors du procès, l'avocat de l'établissement a défendu le CHU-X, en argumentant comme suit : « Le CHU-X (ne) disposait pas (d'un gilet de contention). L'usage d'un drap était une pratique ancestrale. Mais les statistiques le démontrent. Certains décès par strangulation sont aussi imputables à des matériels spécifiques. Ils n'empêchent rien surtout si la volonté du patient d'en finir est affirmée » ([presse](#) locale, 02/12/2015). Pourtant, le CHU-X a été condamné à 4.000 euros d'amende pour homicide involontaire, du fait d'un défaut de surveillance et d'information du personnel et d'une absence de protocole. De la même manière, dans l'affaire de la patiente amputée des quatre membres, le CHU-X a contesté avoir commis la moindre faute. La position défendue par le CHU-X était que la pathologie était extrêmement difficile à déceler, surtout en l'absence de signes infectieux. Or, cette analyse a été contestée par le collège d'experts chargé de trancher. Le CHU-X a donc été condamné, pour prise en charge défaillante, à 300.000 euros d'indemnisation ([média](#) national, 03/01/2017). Enfin, dans le cas de la patiente victime d'une ablation de l'utérus suite à l'accouchement de son bébé mort in utero, la direction du CHU-X a expliqué par communiqué : « Dès la connaissance des difficultés liées à cette prise en charge, une analyse menée par le médecin chef de service a montré que les choix médicaux s'appuyaient bien sur des recommandations professionnelles reconnues, chaque décision ayant fait l'objet d'une analyse bénéfices/risques pour la patiente »

([presse](#) locale, 12/12/2018). Qui plus est, la communication externe du CHU-X est d'autant moins ouverte que les établissements hospitaliers sont tenus au « secret médical ».

« Les victimes qui vont choisir de médiatiser leur situation, elles vont pouvoir dire tout ce qu'elles veulent. C'est leur liberté d'exprimer tout ce qu'elles estiment mauvais ou mal réussi dans leur prise en charge. Tandis que, nous, on est tenus au secret médical. Et, souvent, on ne peut pas répondre face à un certain nombre d'arguments qui sont avancés, via des blogs, via internet, par les victimes elles-mêmes. Parce que, si on répond, on annule le secret médical. Donc ça nous met en difficulté » (Directeur de la qualité et de la performance) [4.5.]

Le tableau 5, ci-dessous, permet finalement de synthétiser l'ensemble de nos résultats relatifs au management du paradoxe apprentissage interne - protection externe.

PARADOXE : APPRENTISSAGE INTERNE – PROTECTION EXTERNE	Séparation émotionnelle	Les agents concernés par l’EI, ayant la connaissance précise des faits utiles à <i>l’apprentissage</i> sont écartés de l’annonce aux victimes, ce qui les <i>protège</i> psychologiquement et <i>protège</i> aussi l’établissement d’une communication maladroite, liée à la charge émotionnelle [S1].
	Séparation temporelle	A chaud, l’établissement <i>se protège</i> en maîtrisant la communication auprès des victimes, notamment en évitant de signifier une éventuelle responsabilité médico-légale. A froid, une parole libérée des agents impliqués dans l’erreur, lors des RMM, favorise <i>l’apprentissage</i> [S2].
	Séparation spatiale	La DQGR supervise le processus d’ <i>apprentissage</i> par l’erreur, alors que la DAJE accompagne juridiquement l’établissement pour le <i>protéger</i> au mieux [S3].
	Transcendance	<u>Par traçabilité des EI.</u> La traçabilité des EI facilite <i>l’apprentissage</i> par l’analyse approfondie de l’erreur, tout en générant une chronologie précise des faits permettant de <i>se protéger</i> de toute accusation infondée lors d’un éventuel procès [T1].
		<u>Par maintien de la confiance.</u> La transparence vis-à-vis du patient et/ou de sa famille permet de rester cohérent avec la démarche de communication ouverte favorisant <i>l’apprentissage</i> , tout en préservant le lien de confiance, ce qui va limiter la judiciarisation et <i>protéger</i> ainsi l’établissement [T2].
		<u>Par capitalisation.</u> La capitalisation des RMM encourage un <i>apprentissage</i> collectif au sein de l’établissement, tout en rassurant les victimes sur la volonté affirmée du CHU d’éviter la reproduction de ce type d’erreur, <i>protégeant</i> l’établissement de plaintes éventuelles [T3].
		<u>Par objectivation.</u> La posture de remise en question, objectivée dans des documents formels, contribue à <i>l’apprentissage post-erreur</i> , tout en envoyant un signal positif au système judiciaire en cas de procès, <i>protégeant</i> ainsi l’établissement [T4].

Tableau 5. Synthèse des résultats sur le management du paradoxe apprentissage interne - protection externe à la suite d’une erreur médicale

4. DISCUSSION

La mobilisation de la perspective paradoxale permet de comprendre comment un hôpital peut faire face au paradoxe apprentissage interne - protection externe en cas d'erreur médicale. Etudier un tel contexte de façon approfondie apporte également de nouveaux éclairages sur la théorie des paradoxes.

4.1. Les apports de la théorie des paradoxes sur la gestion des erreurs médicales

Notre recherche présente l'intérêt de démontrer l'applicabilité du modèle d'équilibre dynamique de Smith et Lewis (2011). Cette grille de lecture nous permet, en l'occurrence, de décrypter les stratégies d'adaptation d'un établissement hospitalier, confronté à la tension apprentissage interne - protection externe suite à l'instauration d'une politique de droit à l'erreur. Les différents mécanismes de *coping* ressortant de notre analyse font certes émerger de nouvelles catégories en termes de management du paradoxe *stricto sensu*, mais ils soulignent également la voie à suivre pour gérer des erreurs médicales dans un CHU.

4.1.1. Un management du paradoxe par séparations émotionnelle, temporelle et spatiale

La démarche de séparation utilisée par le CHU prend trois formes distinctes. Tout d'abord, l'agent seconde victime (Dekker, 2013) est exclu de l'annonce du dommage aux familles pour que son émotion, très intense, ne vienne pas biaiser le transfert d'informations. L'hôpital cherche ainsi à contrôler ce qui est dit (ou non) aux patients. C'est que nous choisissons ici d'appeler la séparation émotionnelle.

Par ailleurs, il apparaît que le temps de l'analyse est découplé du temps de l'annonce, car le retour d'expérience se fait à froid. Cela permet, non seulement, de réduire la charge émotionnelle au moment de l'échange, mais aussi de discuter, de façon beaucoup plus

ouverte et approfondie, sur l'EI. Selon cette perspective, le patient n'a pas vocation à connaître l'étendue des détails auxquels ces réunions d'analyse de pratiques ont donné lieu. Ainsi, si l'annonce est volontairement synthétique et vulgarisée (sans signifier de responsabilité médico-légale), le retour d'expérience est, quant à lui, exhaustif et médico-technique (en mettant à jour les processus défaillants du CHU). En écho à la littérature, nous qualifions ce phénomène de séparation temporelle (Poole & Van de Ven, 1989).

Enfin, lorsque l'erreur donne lieu à une action en justice, un autre service au sein de l'organisation – la DAJE – entre en scène et adopte une posture, tournée vers la défense des intérêts économiques et réputationnels de l'hôpital. La littérature qualifie cela de séparation spatiale (Poole & Van de Ven, 1989).

En définitive, au-delà des séparations spatiales et temporelles, déjà identifiées par Poole et Van de Ven (1989), cette recherche fait apparaître une forme nouvelle de séparation, de nature émotionnelle. En d'autres termes, le management des émotions (protéger l'agent seconde victime en l'excluant de l'annonce et lui faire prendre du recul sur l'EI avant d'organiser l'analyse) ressort comme une clef du management de l'erreur médicale dans un contexte hospitalier. A cet égard, là où la littérature appréhende généralement la gestion des erreurs à travers le prisme de la seule relation hiérarchique (Dimitrova et al., 2017 ; Gronewold et al., 2013), notre recherche souligne, au contraire, l'importance de l'intervention d'un tiers (en l'occurrence, un psychologue du travail) pour aider l'individu à l'origine d'un EIG à absorber le choc psychologique qui en résulte. Il ressort de ce constat que la gestion d'une erreur médicale ne peut pas se limiter à la dyade manager/managé.

La première forme de management du paradoxe mise en évidence dans cette recherche – par la séparation – est centrée sur une perspective interne, celle de l’organisation. Elle se combine toutefois à une approche fondée sur la transcendance, qui vise, cette fois-ci, à influencer les représentations des parties prenantes externes à travers la mise en avant de pratiques organisationnelles.

4.1.2. Un management du paradoxe par transcendance exclusive selon quatre modalités

Nous montrons que la transcendance du paradoxe (Lewis, 2000) se manifeste à travers quatre leviers : la traçabilité des EI, le maintien de la confiance, la capitalisation et l’objectivation, là où la littérature s’attarde peu sur les moyens concrets de mettre en application une pensée janusienne (Rothenberg, 1979).

Tout d’abord, la notification exhaustive et détaillée des faits ayant conduit à l’erreur médicale est considérée comme un moyen de maîtriser tout le contexte de l’incident en cas de judiciarisation et de pouvoir se défendre de façon argumentée devant une cour de justice. En outre, une plus grande transparence, à chaud, lors de l’annonce des dommages aux familles réduit les risques de judiciarisation en préservant le lien de confiance. Par ailleurs, le fait de communiquer, à froid, auprès des familles sur l’amélioration des pratiques (suite au retour d’expérience) en vue d’éviter la répétition des erreurs médicales se révèle positif dans la gestion de la relation soignant/soigné. Enfin, le souci d’analyser minutieusement la chronologie des faits – pour objectiver ce qui s’est passé – est appréhendé comme un signal positif envoyé au système judiciaire et aux autorités de santé, dans une logique d’amélioration continue à travers la recherche des défaillances systémiques (Saintoyant et al., 2012).

Ces quatre modalités de transcendance du paradoxe correspondent à quatre moments clefs de la gestion d'une erreur médicale (la déclaration des erreurs, l'annonce aux familles, le retour d'expérience et la judiciarisation). A ce titre, l'une des contributions de cette recherche est de proposer un découpage temporel de la gestion des EI différent de celui de la littérature médicale. En l'occurrence, Saintoyant et al. (2012) identifient les quatre étapes suivantes dans les dispositifs de gestion du risque médical : le signalement des erreurs, l'analyse des EI, les actions d'amélioration et leur suivi. Dans cette recherche, nous faisons apparaître deux micro-pratiques (Jarzabkowski & Lê, 2017) complétant ces jalons, à savoir l'annonce du dommage (en excluant les agents seconde victime) et la boucle de *feedback* (suite à l'analyse systémique de l'incident) avec le patient et/ou sa famille. Ce faisant, nous montrons que les micro-interactions (Jarzabkowski & Lê, 2017) entre les soignants et les soignés peuvent être appréhendées comme des opportunités, au plan organisationnel, pour faire de l'apprentissage interne un levier de protection externe vis-à-vis du patient et de sa famille (en générant un climat de confiance).

Par ailleurs, un autre apport de cette recherche consiste à souligner que la transcendance du paradoxe est la seule démarche intégrative observée dans le cas étudié, excluant ainsi d'autres approches telles que l'acceptation et la confrontation (Jarzabkowski & Lê, 2017 ; Lewis, 2000). En effet, la confrontation suppose de mettre la tension au premier plan et d'en discuter de manière critique entre les différentes personnes concernées (Jarzabkowski & Lê, 2017). Or, il apparaît que le paradoxe est peu mentionné par les acteurs de l'hôpital et n'a jamais fait l'objet de débat interne. Une organisation peut donc très bien réguler le paradoxe sans le verbaliser officiellement, celui-ci restant simplement latent (Schad et al., 2016 ; Smith & Lewis, 2011). La formulation explicite du paradoxe

en interne – suivie, par exemple, d’une réflexion collective sur les moyens à mettre en œuvre pour y faire face – ne ressort donc pas, à l’issue de cette recherche, comme une condition nécessaire de sa gestion efficace. En d’autres termes, le management du paradoxe apprentissage interne - protection externe ne suit pas nécessairement une démarche logique et cartésienne et répond, au contraire, parfois au modèle de la poubelle (Cohen et al., 1972). De même, l’acceptation du paradoxe comme condition naturelle du travail (Jarzabkowski & Lê, 2017) n’est pas observée dans notre cas, car elle suppose de laisser un certain degré de liberté aux acteurs impliqués dans le paradoxe (Dittrich et al., 2006). Or, même si une part d’autonomie existe (par exemple, dans l’annonce du dommage), celle-ci est contrôlée. En effet, la volonté de l’hôpital est de cadrer au maximum les pratiques à travers des outils de gestion extrêmement précis (cf. *infra*), limitant ainsi les marges de manœuvre des acteurs sur le terrain.

4.2. Les apports sur la théorie des paradoxes

En plus d’identifier et de caractériser un nouveau phénomène organisationnel paradoxal, notre recherche offre – à travers une approche multi-niveau (individu/organisation et interne/externe) – une réponse à la tendance à la simplification, parfois reprochée dans cette littérature (Andriopoulos & Gotsi, 2017 ; Schad et al., 2016). Une visée plus opératoire nous permet ainsi de comprendre ce qu’est concrètement un management efficace du paradoxe, tout en mettant en avant le rôle précis des outils de gestion dans cette démarche ainsi que le caractère différé des effets positifs qui en résultent.

4.2.1. Identification et caractérisation d'un nouveau paradoxe de performance

Dans cet article, nous identifions un nouvel exemple de dualité donnant lieu à une contradiction persistante (Bernard-Weil, 2003) : apprentissage interne vs protection externe. Ces deux éléments s'opposent (en créant un contexte propice à l'apprentissage par l'erreur, l'hôpital favorise une diffusion d'informations qui pourront être utilisées contre l'agent et/ou l'établissement en cas de plainte), mais s'influencent aussi positivement (l'apprentissage par l'erreur permet de prévenir les incidents futurs et de se protéger en cas de plainte). Ce paradoxe de performance présente toutefois la particularité de ne pas être source de « désordre émotionnel » (Giordano, 2003, p. 116) pour les professionnels de soin. En effet, l'erreur médicale semble plus traumatisante pour le personnel de l'hôpital que le paradoxe subséquent, notamment pour les agents secondes victimes (Dekker, 2013), mettant ainsi en évidence le rôle des facteurs contextuels (Andriopoulos & Gotsi, 2017 ; Putnam et al., 2016) dans la perception individuelle du paradoxe.

Notre étude souligne donc l'existence d'une tension entre, d'un côté, une atmosphère interne de sécurité psychologique (Gronewold et al., 2013) favorisant une attitude transparente des agents et, de l'autre, une atmosphère externe d'insécurité juridique encourageant des comportements défensifs (Argyris, 1986) de la part des individus. Notre article permet, à ce titre, d'envisager un nouveau volet de la *médecine défensive* (Barbot & Fillion, 2006), à travers l'éventuel refus d'une communication ouverte (Cwiek et al., 2018) en cas d'EI. Ceci est à relier avec un autre apport de cette recherche, à savoir que la définition organisationnelle de l'erreur médicale, en tant qu'acte involontaire (Dahlin et al., 2018 ; Frese & Keith, 2015) diverge de la définition sociétale, qui peut tout à fait

interpréter un geste non intentionnel comme une faute (et non plus une erreur), sanctionnable au plan pénal. Ce cadrage (ou *framing*) (Jarzabkowski & Lê, 2017 ; Lewis, 2000 ; Miron-Spektor et al., 2018) différent de l'erreur médicale, selon que l'on se situe à l'intérieur ou à l'extérieur des frontières de l'organisation, est le point névralgique du paradoxe que nous mettons en avant dans notre recherche, car l'hôpital opte – à travers sa politique de droit à l'erreur – pour une démarche allant clairement contre la *doxa*¹² (Bernard-Weil, 2003 ; Perret & Josserand, 2003 ; Schad et al., 2016).

Catégoriser de nouvelles situations managériales en tant que paradoxes organisationnels n'est toutefois utile, au plan scientifique, que si ceux-ci ne sont pas détachés de leur contexte d'émergence (Andriopoulos & Gotsi, 2017). Dans ce travail, nous avons justement veillé à intégrer, de façon étroite, le contexte dans notre analyse (Andriopoulos & Gotsi, 2017 ; Putnam et al., 2016), ce qui permet de dépasser la tendance à la simplification de cette littérature (Putnam et al., 2016 ; Schad et al., 2016).

4.2.2. Définition et conditions limites d'un management efficace du paradoxe

Smith & Lewis (2011) soulignent notamment un manque de clarté conceptuelle dans la littérature sur les paradoxes organisationnels. En particulier, il est souvent question de management « efficace » du paradoxe (Lüscher & Lewis, 2008 ; Miron-Spektor et al., 2018 ; Schad et al., 2016), sans que cet adjectif ne soit défini de façon opérationnelle. De même, les conditions limites (Waldman et al., 2019) d'un tel management efficace ne

¹² Le terme de paradoxe vient du grec *paradoxos* : « contraire à l'opinion commune » (para signifiant « contre » et doxa « opinion »).

sont jamais mises en évidence, les travaux sur le sujet optant pour une opposition manichéenne entre, d'un côté, des réponses jugées négatives et, de l'autre, des réponses considérées comme positives (Jarzabkowski & Lê, 2017).

Une autre contribution de cet article consiste à dépasser cette vision normative et à définir, de façon concrète, ce qu'est un management efficace du paradoxe, en cernant les conditions limites. En l'occurrence, dans le contexte spécifique d'un CHU, la réponse au paradoxe pourra être considérée comme efficace si elle constitue un « moteur de l'action » (Perret & Josserand, 2003, p. 11) en matière de qualité et de sécurité des soins (Pellerin, 2008 ; Saintoyant et al., 2012). En d'autres termes, un management efficace du paradoxe donne lieu à une amélioration des pratiques - visant à prévenir les erreurs médicales futures – et traduit une sortie par le haut du paradoxe. Les vertus créatives de la tension surpassent alors ses effets nuisibles pour l'organisation. Plus encore, cette dernière se montre capable d'appréhender le problème « par les deux côtés » (Bernard-Weil, 2003, p. 32), en se renforçant tant en termes d'apprentissage interne que de protection externe. Le problème initial fait ainsi l'objet d'un *reframing* (Giordano, 2003 ; Jarzabkowski & Lê, 2017 ; Lewis, 2000), l'apprentissage étant alors considéré comme une source de protection (en réduisant le risque juridique lié aux erreurs médicales survenues ainsi que la répétition des EI) dans une logique de transcendance du paradoxe (Lewis, 2000). En définitive, nous proposons, dans cet article, de définir la notion de management efficace comme un *reframing* du paradoxe, qui débouche sur une mise en action des individus (par exemple, à travers la mise en place de nouveaux outils de gestion) et permet, de ce fait, une amélioration des pratiques organisationnelles favorisant un dépassement des conflits de logique, dont les effets ne sont pas forcément immédiats.

4.2.3. Le rôle et les limites des outils de gestion dans le management efficace du paradoxe

Notre article apporte, par ailleurs, des éclairages sur l'opérationnalisation d'un tel *reframing* dans un hôpital. Tout d'abord, à travers de nombreux exemples tels que la charte de non-punition, le logiciel de déclaration des erreurs, l'arbre décisionnel visant à distinguer une erreur d'une faute, le guide des bonnes pratiques pour annoncer un dommage ou encore les différentes formations proposées, nous confirmons l'importance du déploiement des outils de gestion dans la régulation des paradoxes organisationnels (Grimand et al., 2018).

Notre recherche souligne, sur ce point, l'importance de leur niveau de détail afin de définir des conditions limites, au sens de Waldman et al. (2019). Les outils de gestion analysés vont effectivement jusqu'à intégrer les micro-interactions individuelles, qui finissent par s'institutionnaliser dans les services de soins (ex. : sortir les soignants seconde victime de l'annonce *via* le guide des bonnes pratiques, aider les cadres de santé à catégoriser les erreurs médicales grâce à l'arbre décisionnel, anonymiser les éléments du dossier qui feront l'objet d'échanges lors des RMM). Cette formalisation très stricte des outils de gestion suggère que la stratégie délibérée de *reframing* de l'erreur médicale initiée par la direction – visant à créer une atmosphère de sécurité psychologique (Gronewold et al., 2013) – est indissociable d'une volonté de contrôler au maximum l'incertitude liée à la gestion des EI, jugés potentiellement menaçants. Cette approche réduit certes le degré de liberté individuelle (Dittrich et al., 2006), mais permet *in fine* de réconcilier sécurité psychologique interne et sécurité juridique externe.

Les outils de gestion apparaissent, dès lors, comme un moyen de façonner et d'encadrer les pratiques individuelles face au paradoxe. Même si cette vision rationaliste des outils

de gestion, appréhendés comme des vecteurs de prescription des comportements, a parfois été critiquée (Grimand et al., 2018), elle permet de mieux comprendre pourquoi les individus agissent comme ils le font face au paradoxe, soit un point souvent ignoré dans la littérature (Putnam et al., 2016). En l'occurrence, pour reprendre le vocable de Grimand et al. (2018), les outils de gestion peuvent être, tout à la fois, habilitants (en guidant les comportements dans une situation difficile à gérer) et contraignants (en formalisant des bonnes pratiques à respecter et en créant, à ce titre, un cadre de référence). Pour autant, il apparaît que les outils de gestion ne constituent pas des énoncés performatifs en matière de management du paradoxe apprentissage interne - protection externe. En particulier, rédiger puis diffuser une charte de non-punition ne permet pas de faire émerger *de facto* un environnement de travail psychologiquement rassurant (Gronewold et al., 2013). En effet, il existe une forte variance dans la réponse au paradoxe d'un service de soins à l'autre. Celle-ci s'explique par des *mindsets* différents à l'égard du paradoxe (Miron-Spektor et al., 2018, p. 27) selon les chefs de service. La sécurité psychologique apparaît, de ce fait, comme un concept local, très dépendant du style de management. En pratique, un outil de gestion tel que la charte de non-punition se révèle donc peu structurant sur les représentations mentales des soignants et des non-soignants, en comparaison du rôle joué par la hiérarchie directe. En écho à l'idée selon laquelle les paradoxes organisationnels sont liés à la représentation que les individus peuvent se faire d'une situation donnée (Grimand et al., 2014 ; Perret & Josserand, 2003), il ressort ici que certains cadres de santé peuvent voir un dilemme – et non un paradoxe – (Miron-Spektor et al., 2018) dans la tension apprentissage - protection, en opposant ces deux enjeux, au lieu de trouver un moyen de réconcilier les perspectives interne et externe. Le cas échéant,

ils choisiront alors de protéger le service et le(s) collaborateur(s) concerné(s), entravant ainsi le processus d'apprentissage. De ce fait, le management efficace du paradoxe est indissociable d'une modification dans la manière dont les cadres de santé interprètent la survenance d'une erreur médicale, ce que l'on pourrait qualifier de changement de « mindset » à l'égard du paradoxe.

En définitive, il apparaît que le *framing* de l'erreur médicale est influencé tant par les outils de gestion que par l'encadrement. En pratique, ces deux forces peuvent aussi bien se consolider (par exemple, les cadres de santé encouragent le signalement des erreurs *via* le logiciel dédié) que s'annihiler (par exemple, les cadres de santé ne diffusent pas la charte de non-punition dans leur service), rendant alors la réponse au paradoxe efficace ou, à l'inverse, inefficace. En ce sens, notre recherche montre comment se combinent les niveaux d'analyse individuels et organisationnels dans le management du paradoxe, là où il est souvent reproché à la littérature de manquer d'une perspective intégrative (Andriopoulos & Gotsi, 2017 ; Putnam et al., 2016 ; Schad et al., 2016).

4.2.4. Mise en évidence des effets différés du management efficace du paradoxe

Enfin, notre approche se veut également plus opératoire en prenant en compte le facteur temps dans l'analyse. En effet, la plupart des travaux publiés jusqu'à présent traitent les phénomènes organisationnels paradoxaux comme étant statiques et fixes (Andriopoulos & Gotsi, 2017 ; Schad et al., 2016 ; Waldman et al., 2019). Une autre contribution de cet article est donc de s'inscrire dans une perspective dynamique. Notre recherche a effectivement permis de faire ressortir quatre séquences clefs au plan empirique, au cours desquelles le paradoxe apprentissage interne - protection externe est géré par l'hôpital :

la déclaration des erreurs, l'annonce du dommage, le retour d'expérience et la judiciarisation. Contrairement à ce qui est suggéré dans la littérature (Jarzabkowski & Lê, 2017 ; Putnam et al., 2016 ; Schad et al., 2016), nous montrons ainsi que le management du paradoxe peut très bien relever d'un processus discontinu, à travers la gestion de moments saillants à forte intensité émotionnelle.

Plus encore, notre article fait apparaître une autre originalité. En effet, dans la littérature, les réponses au paradoxe font le plus souvent sentir leurs effets positifs dans l'instant. C'est le cas, par exemple, lors des *sparring sessions* de Lüscher et Lewis (2008). Nous établissons ici que le phénomène de transcendance peut parfois se matérialiser dans la durée. En effet, les quatre modalités de transcendance observées ont des effets positifs différés dans le temps (en baissant, par exemple, le risque de judiciarisation), et non pas au moment même où les acteurs entreprennent de faire face à la situation paradoxale. Il en résulte que l'efficacité du management du paradoxe ne peut s'appréhender que dans la durée. En d'autres termes, si un paradoxe, en tant que tel, peut être latent au sein de l'organisation (Schad et al., 2016 ; Smith & Lewis, 2011), notre recherche établit, en complément, que les effets positifs du management du paradoxe peuvent, eux aussi, rester latents pendant un certain temps et ne se manifester que dans des situations bien précises (ex. : procès).

Cette transcendance à effet différé ne doit surtout pas être confondue avec la séparation temporelle (Poole & Van de Ven, 1989), qui consiste, quant à elle, à prioriser tel ou tel élément de la tension (au détriment de l'autre) selon les périodes. Ainsi, dans le cas de la séparation temporelle, les temps sont distincts et parfaitement étanches, là où ils sont au

contraire en interaction dans le cas d'une transcendance à effet différé (régler un élément du paradoxe permet ensuite de régler l'autre dimension).

CONCLUSION

Notre article permet finalement de comprendre comment un hôpital confronté à une erreur médicale peut, en faisant alterner des mécanismes de séparation et de transcendance, structurés autour de quatre moments clés (la déclaration, l'annonce, le retour d'expérience et la judiciarisation), faire face, dans la durée, au paradoxe apprentissage interne - protection externe. Nous proposons, en outre, une lecture opératoire de la théorie des paradoxes.

Cette recherche pourrait être utilement prolongée en intégrant un facteur contextuel, qui n'a pas été pris en compte dans cette étude, à savoir le poids de la culture nationale. En effet, on peut supposer que l'attitude des hôpitaux français vis-à-vis des EI est influencée par la représentation de l'erreur, généralement considérée comme négative en France. Sur ce point, il faut avoir à l'esprit que le droit à l'erreur est devenu un enjeu sociétal fort dans notre pays depuis l'adoption, en 2018, de la loi pour un État au service d'une société de confiance, visant à moderniser l'action des services publics. Il s'agit simplement, à ce stade, d'une tolérance de l'administration fiscale à l'égard des erreurs de bonne foi du contribuable. Par effet miroir, l'influence forte de l'opinion publique dominante (*doxa*) sur le comportement des acteurs hospitaliers, en cas d'erreur médicale, souligne néanmoins l'intérêt qu'il y aurait à réaliser, auprès de la population, des campagnes de sensibilisation sur la culture sécurité des établissements hospitaliers afin de modifier leur *framing* des EI et ouvrir ainsi la voie à un droit à l'erreur externe.

RÉFÉRENCES

- Amalberti, R., Bruneau, C., Desplanques, A. & Degos, L. (2009). Viewing the safety imperative from the French policy perspective. *Quality & Safety in Health Care*, 18(6), 420–421. doi: [10.1136/qshc.2009.037036](https://doi.org/10.1136/qshc.2009.037036)
- Andriopoulos, C. & Gotsi, M. (2017). Methods of paradox. In W. Smith, M. Lewis, P. Jarzabkowski, & A. Langley (Eds.), *The Oxford handbook of organizational paradox* (pp. 513–527). Oxford University Press. doi: [10.1093/oxfordhb/9780198754428.013.26](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198754428.013.26)
- Argyris, C. (1986). Reinforcing organizational defensive routines: An unintended human resources activity. *Human Resource Management*, 25(4), 541–555. doi: [10.1002/hrm.3930250405](https://doi.org/10.1002/hrm.3930250405)
- Barbot, J. & Fillion, E. (2006). La ‘médecine défensive’: critique d’un concept à succès. *Sciences Sociales et Santé*, 24(2), 5–33. doi: [10.3917/sss.242.0005](https://doi.org/10.3917/sss.242.0005)
- Bernard-Weil, E. (2003). *Stratégies paradoxales en bio-médecine et sciences humaines*. L’Harmattan.
- Cameron, K. & Quinn, R. (1988). Organizational paradox and transformation. In R. Quinn & K. Cameron (Eds.), *Paradox and transformation* (pp. 1–18). Ballinger Publishing Company.
- Cohen, M., March, J. & Olsen, J. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1), 1–25. doi: [10.2307/2392088](https://doi.org/10.2307/2392088)
- Cwiek, M., Kikano, G., Novaretti, M. & Klaus, J. (2018). International implications of open disclosure of medical errors, and the superiority of full risk integration. *Journal of Global Business and Technology*, 14(2), 1–14.
- Dahlin, K., Chuang, Y.-T. & Roulet, T. (2018). Opportunity, motivation, and ability to learn from failures and errors: Review, synthesis, and ways to move forward. *Academy of Management Annals*, 12(1), 252–277. doi: [10.5465/annals.2016.0049](https://doi.org/10.5465/annals.2016.0049)
- Dekker, S. (2013). *Second victim: Error, guilt, trauma, and resilience*. CRC Press.
- Dimitrova, N., Van Hooft, E., Van Dyck, C. & Groenewegen, P. (2017). Behind the wheel: What drives the effects of error handling? *The Journal of Social Psychology*, 157(6), 658–672. doi: [10.1080/00224545.2016.1270891](https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1270891)
- Dittrich, K., Jaspers, F., Van der Valk, W. & Wynstra, F. (2006). Dealing with dualities. *Industrial Marketing Management*, 35(7), 792–796. doi: [10.1016/j.indmarman.2006.07.001](https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2006.07.001)
- DREES. (2011). Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins – Description des résultats 2009. *Document de travail, Série Études et Recherche*, 110, 1–212.
- Frese, M. & Keith, N. (2015). Action errors, error management and learning in organizations. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 661–687. doi: [10.1146/annurev-psych-010814-015205](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015205)
- Giordano, Y. (2003). Les paradoxes: Une perspective communicationnelle. In V. Perret & E. Josserand (Eds.), *Le paradoxe: Penser et gérer autrement les organisations* (pp. 115–128). Ellipses.
- Goodman, P., Ramanujam, R., Carroll, J., Edmondson, A., Hofmann, D. & Sutcliffe, K. (2011). Organizational errors: Directions for future research. *Research in Organizational Behavior*, 31, 151–176. doi: [10.1016/j.riob.2011.09.003](https://doi.org/10.1016/j.riob.2011.09.003)

- Grimand, A., Oiry, E. & Ragaigne, A. (2018). Les paradoxes organisationnels et le déploiement des outils de gestion: leçons issues de deux études de cas. *Finance Contrôle Stratégie*, 21(3), 1–26. doi: [10.4000/fcs.2890](https://doi.org/10.4000/fcs.2890)
- Grimand, A., Vandangeon Derumez, I. & Schäfer, P. (2014). Manager les paradoxes de la RSE. Le déploiement de la norme ISO 26000 dans une ETI. *Revue Française de Gestion*, 240(3), 133–148. doi: [10.3166/RFG.240.133-148](https://doi.org/10.3166/RFG.240.133-148)
- Gronewold, U., Gold, A. & Salterio, S. (2013). Reporting self-made errors: The impact of organizational error-management climate and error type *Journal of Business Ethics*, 117(1), 189–208. doi: [10.1007/s10551-012-1500-6](https://doi.org/10.1007/s10551-012-1500-6)
- Jarzabkowski, P. & Lê, J. (2017). We have to do this and that? You must be joking: Constructing and responding to paradox through humor. *Organization Studies*, 38(3–4), 433–462. doi: [10.1177/0170840616640846](https://doi.org/10.1177/0170840616640846)
- Journé, B. (2003). Les paradoxes de la gestion de la sûreté nucléaire. In V. Perret & E. Josserand (Eds.), *Le paradoxe : Penser et gérer autrement les organisations* (pp. 223–252). Ellipses.
- Kalra, J., Kalra, N. & Baniak, N. (2013). Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. *Clinical Biochemistry*, 46(13–14), 1161–1169. doi: [10.1016/j.clinbiochem.2013.03.025](https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2013.03.025)
- Khatri, N., Brown, G. & Hicks, L. (2009). From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Management Review*, 34(4), 312–322. doi: [10.1097/HMR.0b013e3181a3b709](https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181a3b709)
- Latil, F., De Boer, W. & Cardona, J. (2008). Pour une maîtrise médicalisée des préjudices liés aux soins. *Pratiques et Organisations des Soins*, 39(4), 331–339. doi: [10.3917/pos.394.0331](https://doi.org/10.3917/pos.394.0331)
- Laude, A. (2013). La judiciarisation de la santé, *Questions de santé publique*, 20, 1–4.
- Lewis, M. (2000). Exploring paradox: Toward a more comprehensive guide. *Academy of Management Review*, 25(4), 760–776. doi: [10.5465/amr.2000.3707712](https://doi.org/10.5465/amr.2000.3707712)
- Lüscher, L. & Lewis, M. (2008). Organizational change and managerial sensemaking: Working through paradox. *Academy of Management Journal*, 51(2), 221–240. doi: [10.5465/amj.2008.31767217](https://doi.org/10.5465/amj.2008.31767217)
- Miron-Spektor, E., Ingram, A., Keller, J., Smith, W. & Lewis, M. (2018). Microfoundations of organizational paradox: The problem is how we think about the problem. *Academy of Management Journal*, 61(1), 26–45. doi: [10.5465/amj.2016.0594](https://doi.org/10.5465/amj.2016.0594)
- Patton M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Sage.
- Pellerin, D. (2008). Les erreurs médicales. *Les Tribunes de la Santé*, 3(20), 45–56. doi: [10.3917/seve.020.0045](https://doi.org/10.3917/seve.020.0045)
- Perret, V. & Josserand, E. (2003). La valeur heuristique du paradoxe pour les sciences de l'organisation. In V. Perret & E. Josserand (Eds.), *Le paradoxe: Penser et gérer autrement les organisations* (pp. 5–22). Ellipses.
- Poole, M. & Van de Ven, A. (1989). Using paradox to build management and organizational theory. *Academy of Management Review*, 14(4), 562–578. doi: [10.2307/258559](https://doi.org/10.2307/258559)
- Putnam, L., Fairhurst, G. & Banghart, S. (2016). Contradictions, dialectics, and paradoxes in organizations: A constitutive approach. *Academy of Management Annals*, 10(1), 65–171. doi: [10.1080/19416520.2016.1162421](https://doi.org/10.1080/19416520.2016.1162421)

- Rathert, C. & Phillips, W. (2010). Medical error disclosure training: Evidence for values-based ethical environments. *Journal of Business Ethics*, 97(3), 491–503. doi: [10.1007/s10551-010-0520-3](https://doi.org/10.1007/s10551-010-0520-3)
- Rothenberg, A. (1979). *The emerging goddess*. University of Chicago Press.
- Saintoyant, V., Duhamel, G. & Minvielle, E. (2012). Gestion des risques associés aux soins: état des lieux et perspectives. *Pratiques et Organisation des Soins*, 43(1), 35–45. doi: [10.3917/pos.431.0035](https://doi.org/10.3917/pos.431.0035)
- Schad, J., Lewis, M., Raisch, S. & Smith, W. (2016). Paradox research in management science: Looking back to move forward. *Academy of Management Annals*, 10(1), 5–64. doi: [10.5465/19416520.2016.1162422](https://doi.org/10.5465/19416520.2016.1162422)
- Smith, W. & Lewis, M. (2011). Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing. *Academy of Management Review*, 36(2), 381–403. doi: [10.5465/amr.2009.0223](https://doi.org/10.5465/amr.2009.0223)
- Valette, A., Fatien Diochon, P. & Burellier, F. (2018). A chacun son paradoxe: Etude de la délégation des paradoxes organisationnels aux individus. *Revue Française de Gestion*, 270(1), 115–126. doi: [10.3166/rfg.2017.00169](https://doi.org/10.3166/rfg.2017.00169)
- Vogus, T., Sutcliffe, K. & Weick, K. (2010). Doing no harm: Enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *Academy of Management Perspectives*, 24(4), 60–77. doi: [10.2139/ssrn.1904620](https://doi.org/10.2139/ssrn.1904620)
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C. & Pajnkihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162–178. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019)
- Waldman, D., Putnam, L., Miron-Spektor, E. & Siegel, D. (2019). The role of paradox theory in decision making and management research. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 155, 1–6. doi: [10.1016/j.obhdp.2019.04.006](https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2019.04.006)
- Weinberg, J. (2002). Medical error and patient safety: Understanding cultures in conflict. *Law & Policy*, 24(2), 93–113. doi: [10.1111/1467-9930.00129](https://doi.org/10.1111/1467-9930.00129)
- World Health Organization. (2011). *Patient safety curriculum guide – Multi-professional Edition*, pp. 1–270.
- Zhao, B. & Olivera, F. (2006). Error reporting in organizations. *Academy of Management Review*, 31(4), 1012–1030. doi: [10.5465/amr.2006.22528167](https://doi.org/10.5465/amr.2006.22528167)

ANNEXE : DONNÉES EMPIRIQUES COMPLÉMENTAIRES

1. Déclaration des erreurs	
1.1.	« Les gros changements en quinze ans, c'est le regard sur l'erreur. Avant, il fallait répondre de son erreur différemment qu'actuellement (...). Maintenant, on parle de l'erreur sans jugement. Alors qu'à une époque l'erreur, elle était plutôt accusatrice. » (Cadre de santé)
1.2.	« La déclaration, c'est un moyen de protéger le service et de protéger l'institution. Parce que, quelque part, je vois mal notre directeur général recevoir une plainte d'une famille, alors qu'il n'a pas été informé, que le service n'a pas déclaré, rien du tout. Ça protège tout le monde. (...) Si vous voulez, il faut avoir la culture de déclaration. (...) On apprend aux infirmières qu'il faut déclarer. Il y a une lettre d'informations qui est faite par la cellule qualité, où on leur a demandé de déclarer. [En leur expliquant] que c'était quelque chose de positif. Et que c'était pour faire évoluer les pratiques. Donc elles s'inscrivent assez facilement [là-dedans]. Parce qu'elles savent qu'il n'y a pas de suite. C'est pour son bien-être à l'infirmière. Parce que c'est quelque chose qui lui permet, elle, de voir ce qui a été fait et d'évoluer pour ne plus le refaire. Mais, en même temps, [c'est] pour la protéger, parce que si jamais il y a quelque chose qui n'est pas déclaré et qu'une famille porte plainte, ce n'est pas son intérêt à elle. » (Cadre de santé)
1.3.	« Même au niveau des trois établissements du CHU, il y a des différences (...). Il y a un établissement qui est un peu à la traîne en termes de signalements (...). Il y a des différences aussi au niveau des pôles. Et j'ai constaté que c'est lié, en partie, à l'encadrement. Si le directeur des soins, par exemple, est très sensibilisé et très favorable au signalement, les autres professionnels suivent plus facilement. Si vous avez un directeur des soins qui gronde un peu les cadres sup ou les cadres, parce qu'il y a plusieurs erreurs qui ont été signalées dans son service, évidemment, après, le service essaye plutôt de les cacher. » (Ingénieur qualité et gestion des risques)
1.4.	« Le jour où on n'aura pas le temps, on ne déclarera pas forcément. On dira "on le fait plus tard", et puis au final on se rend compte qu'on ne le fait pas. J'ai des fois l'impression que le temps manque. Même si on a conscience que c'est primordial, que c'est très important de signaler, on ne l'intègre pas encore comme quelque chose d'aussi important qu'un soin (...). Je crois que si on doit choisir dans notre organisation de temps de travail, c'est peut-être le KaliWeb qu'on fera moins assidument. » (Infirmière)
1.5.	« S'il y a des choses exceptionnelles et/ou avec des conséquences graves, de toute façon, politique de droit à l'erreur (ou pas), ça nous remonte. J'opère le patient et je lui coupe la mauvaise jambe : ça, ça va nous remonter. Inévitablement. Parce que c'est trop grave. C'est-à-dire que personne ne couvre ce genre de choses. Ce qui va être couvert, c'est le dérapage de l'agent, l'erreur commise, mais qui n'a pas eu de conséquences (potentiellement grave, mais qui n'a pas eu de conséquences), qu'on va étouffer. Parce que réputation du service, etc. (...). Le jour où il y a la mort d'un nourrisson (parce qu'il y a eu une erreur médicamenteuse), il est quand même assez invraisemblable que ça soit camouflé. Ce genre d'erreurs graves, elles remontent (...). Le débat se transporte sur le terrain plus judiciaire généralement quand il y a ce genre de choses-là. » (DRH)
2. Annonce aux familles	
2.1.	« L'information, quand un EI survient, c'est une obligation légale. On commet une faute si on n'informe pas le patient. Donc ça c'est un discours qu'on essaye d'avoir auprès de nos professionnels : on est obligés d'informer le patient, cela fait partie des exigences et on est obligés aussi de tracer cette information dans le dossier médical. Le patient doit pouvoir accéder à son dossier et savoir ce qui s'est passé (...). C'est obligatoire, donc la question, normalement, ne doit pas se poser d'informer le patient (...). Jusqu'à présent, les EIG dont on a eu connaissance, on les a toujours déclarés. Donc ça veut dire qu'on informe le patient et qu'on s'expose à un éventuel contentieux (...). C'est un risque qui est accepté. » (Directeur de la qualité et de la gestion des risques)
2.2.	« On a proposé un programme de formations à l'annonce d'un dommage lié aux soins, cela faisait d'ailleurs partie des points que l'HAS avait pointé lors de la dernière visite de certification. Dans le rapport de certification, il y avait l'idée que nos professionnels n'étaient pas assez formés à l'annonce d'un dommage lié au soin. Donc on a mis en place un programme institutionnel de formations, avec des crédits identifiés. » (Directeur de la qualité et de la gestion des risques)
2.3.	« Je pense que la première chose à retenir, c'est que c'est une information importante, qui doit se préparer. C'est-à-dire que cela ne s'improvise pas, à la va vite, ou entre deux portes, non ! Il faut préparer cette information donc il faut avoir recueilli des éléments factuels. » (Directeur de la qualité et de la performance)
2.4.	« J'ai en tête une situation où c'est moi qui me suis opposée (à ce que le soignant rencontre la famille). Parce que, à mon sens, l'agent n'était pas encore en mesure de le faire. Ce n'était pas protecteur. Et, par contre, le moment où on a identifié ce qui était possible et qu'il y avait vraiment cette demande de part et d'autre ça a été fait avec un médiateur (...). Pour moi, ce n'est pas vraiment pertinent de mettre l'agent et la famille en tête-à-tête juste comme ça. Enfin, il faut que ça soit hyper accompagné pour qu'il y ait quelque chose qui soit extrêmement sécurisé. Que ça ait du sens. Que ça ait un but. Mais c'est possible ! (...). La présence (ou non) de l'agent, à mon sens, ça dépend vraiment de l'événement, des conséquences de l'événement, de ce qui s'est passé. » (Psychologue en santé au travail)
2.5.	« Moi, je pense que, plus on communique, plus on explique ce que l'on fait, plus les familles se sentent mieux et, en effet, elles peuvent comprendre que, de temps en temps, il peut y avoir des loupés. » (Cadre de santé)
2.6.	« Il faut être le plus transparent possible auprès des usagers ou des familles de personnes à qui c'est arrivé. Parce qu'en fait on s'aperçoit que la plupart des procès qui ont lieu dans le monde de la santé, c'est par défaut d'information. Les gens font des procès parce que, justement, ils n'ont pas réussi à avoir les réponses. Parce qu'on a essayé de leur cacher des choses, etc. Donc ils ne sont pas à l'aise et ils vont au procès. Alors que, quand on a fait une erreur et qu'on va voir les gens et qu'on leur explique : "Oui, on a fait une erreur et voilà pourquoi on l'a faite. Et voilà les conséquences. Et voilà ce qu'on a mis en place. Et qu'on a tout fait pour éviter que, finalement, ça ne se reproduise à nouveau", là, les gens, ils ne sont peut-être pas contents (évidemment !), mais ils n'iront pas au procès. Parce qu'ils savent que l'erreur est humaine. Je pense qu'ils remercient – entre guillemets – l'établissement de cette franchise. » (Médecin conseiller – ARS)
3. Retour d'expérience	
3.1.	« Concernant le temps d'analyse, sur des situations très graves où il y a une implication particulière – je pense à des situations avec des enfants, par exemple, ou des choses particulièrement dramatiques – souvent, ce que l'on va proposer, c'est de prendre

	du temps. Et donc on ne se jette pas sur les gens pour faire une analyse. En général, il s'écoule minimum quinze jours, quelques fois un ou deux mois, pour faire ce travail approfondi d'analyse. » (Directeur de la qualité et de la performance)
3.2.	« On reprend l'historique de l'erreur, comment ça s'est passé. Et puis le contexte (...). On est dans une démarche d'analyse critique de situation. Pour essayer que ça ne se reproduise pas. C'est-à-dire définir qu'est-ce qui a fait qu'on a fait une erreur à ce moment-là. Si je reprends, moi, par exemple, l'erreur que j'avais faite de lecture d'un médicament. On a essayé d'analyser, de voir pourquoi j'avais lu le mauvais médicament. C'était dans un contexte d'urgence. Et puis, après, de voir qu'est-ce qui était possible pour que ça ne se reproduise pas. Alors, on a repris toute l'installation de notre pharmacie. Comment étaient installés les médicaments d'urgence ? Est-ce qu'il ne faudrait pas retravailler comment ils sont installés, comment ils sont faits ? (...) On était vraiment dans un moment de partage pour essayer de faire évoluer les pratiques. Mais pas de jugement de ce qui s'est passé. » (Infirmière)
3.3.	« Il y a quelques années, j'ai enquêté sur le premier cas grave où un enfant est décédé (c'était un bébé). Ce n'est jamais entièrement la faute du CHU, mais il y avait quand même des erreurs qui ont été commises au niveau du CHU. Et cette mère, en fait, a dit : "Oui, ok, je le comprends, mais j'aimerais bien avoir un retour sur cette analyse qui a été faite. Je voudrais bien que vous mettiez en place des actions pour éviter que ça arrive à une autre personne." Au début, ça m'a beaucoup étonné ! Mais, maintenant, j'ai constaté déjà, plusieurs fois, que les familles réagissent comme ça. Pas toujours, bien sûr. Mais, moi, je m'attendais à beaucoup plus d'égoïsme, en disant : "Mais je m'en fous des autres ! Comment vous avez pu me faire ça ?". Et, finalement, ce n'est pas si fréquent que ça. » (Ingénieur qualité et gestion des risques)
3.4.	« Les patients, ayant de plus en plus de connaissances, ont plutôt facilité à saisir des avocats et autres, maintenant. D'où la nécessité de mettre en place cette politique de qualité. Parce que si vous prouvez que vous avez mis en place tout ce qui fallait et que vous êtes dans l'évolution, c'est que vous avez pris en compte ce qui se passait et que vous cherchez à évoluer. Que vous ne dites pas : "Ah ben ça s'est passé, puis voilà...". Donc c'est positif pour tout le monde ! » (Cadre de santé)
4. Judiciarisation	
4.1.	« (L'affaire du CHU de Toulouse), ça m'a mis presque un peu en colère quand j'ai lu ça ! (...). A mon avis, les gens qui ont publié ça, ce sont des gens qui n'ont pas vraiment une connaissance des erreurs ou du domaine (...). Les gens n'ont pas du tout connaissance de l'ampleur de ce problème. Et, quand on ne s'est jamais intéressé à ça, si on nous dit qu'il y a eu – je ne sais plus combien ils ont en eu à Toulouse – 20.000 signalements depuis 2017 (c'est un truc comme ça), évidemment, ils trouvent que c'est énorme ! (...) Moi, je n'ai pas trouvé ça énorme, parce que j'ai dit : "Tiens, finalement, c'est à peu près comme chez nous !". Dans ce cas-là, on pourrait parler de n'importe quel établissement qui a mis en place une démarche de gestion des erreurs. Ça tourne à peu près autour des mêmes chiffres (...). Moins on a de signalements, moins on est performant pour moi. Mais ça, ce n'est pas encore rentré dans les mœurs, je dirais. Pour le public, c'est tout simplement : "Beaucoup de signalements, cela veut dire beaucoup de problèmes !". » (Ingénieur qualité et gestion des risques)
4.2.	« Le droit à l'erreur, c'est famille-dépendant. On rencontre toutes sortes de familles. Là, ça fait neuf ans que je suis (dans ce service). En neuf ans, j'ai rencontré des profils complètement différents. Il y a des gens tolérants. Et il y en a qui le sont un peu moins, mais parce qu'ils sont dans une souffrance extrême et qu'ils n'ont pas accès à la tolérance. » (Infirmière)
4.3.	« En faisant partie de la commission des usagers, je suis avec la direction des affaires juridiques. (...) Il y a (le coordonnateur général des soins). Il y a les usagers. Et on passe en revue toutes les plaintes (...). Les parents qui sont mécontents d'une prise en charge ou d'une erreur qui peut être imputée au CHU font un courrier. Soit un courrier pour signaler et que ça ne se reproduise pas. Soit un courrier pour qu'on leur explique, par écrit, ce qui se passe. Et, nous, dans ces cas-là, on revient vers chaque service de soin (auprès de la cadre des soignants) pour essayer d'éclaircir ce qui a pu se passer et pour pouvoir répondre au mieux à ces familles. Quand le courrier ne suffit pas, on peut proposer une médiation (...). Parfois, je suis médiatrice en médical et on rencontre ces familles. On reprend avec eux, on les écoute et on essaye de comprendre au mieux et d'éclaircir au mieux pour qu'eux comprennent. Si cela ne leur convient pas et qu'ils veulent aller au niveau juridique, là, le dossier passe dans les mains des affaires juridiques, de la DAJE. » (Cadre de santé)
4.4.	« Si c'est une erreur liée à une prise en charge, je ne pense pas que les patients et leur famille soient conciliants. Je pense qu'ils vont se retourner quand même contre l'institution, même si on n'est pas au courant à chaque fois (...). Une dame devait sortir de l'hôpital. Je l'accompagne dans sa chambre. Elle fait une chute et ça a augmenté sa durée d'hospitalisation. J'ai su après que la famille avait porté plainte. Elle avait demandé un préjudice auprès de l'institution (...). Mais les infirmières ont rarement des retours. Rarement ! » (Infirmière)
4.5.	« La difficulté qu'on peut avoir parfois, c'est le secret médical. Notamment vis-à-vis de la presse. Quand vous avez, dans un article de presse, une famille qui alerte les médias parce qu'elle a subi un préjudice (...), on n'est pas à égalité. Parce qu'autant la famille peut communiquer librement sur ce qui lui est arrivé, autant, nous, on serait fautifs si on allait se défendre en communiquant des éléments du dossier médical. Parce qu'on est tenu au secret médical. Si le secret médical tombe, il n'est pas opposable à la personne elle-même ou à ses ayants droits (...). Il n'est pas opposable non plus à l'autorité judiciaire quand elle agit dans un cadre judiciaire. » (DRH)