

Analyse sociolinguistique des erreurs médicales dans les institutions hospitalières publiques camerounaises

Richard Bertrand ETABA ONANA
Université de Yaoundé II-ESSTIC

Abstract. Medical errors occur at the most unexpected time in patient care. Based on a sociolinguistic analysis of some medical errors recorded during patient care sessions in nine Cameroonian public hospital institutions, I will show that among the root causes of medical errors is the patient, who makes the medical system function, and communication deficits due to linguistic and cultural barriers. These analyses will be based on Paul Zang Zang's regulation theory and Bertalanffy's general systems theory and will allow me to conclude that taking these elements into account would probably make it possible to avoid them.

Keywords: medical error, public hospitals, communication, patients, medical staff, language, linguistic barriers

INTRODUCTION

La notion d'erreur médicale nous conduit inéluctablement sur le terrain des pratiques médicales en contexte donné. Les recherches menées sur cette notion relèvent généralement du domaine purement médical, cependant, qu'envisager l'erreur médicale sous l'angle des sciences du langage est rare. Certaines études (Chrousterman et Pirracchio, 2011 ; David, 2003 ; Bourdeaut, 2012 ; Pellerin, 2008) différencient l'erreur de la faute, de l'accident médical ou de l'iatrogénèse et s'attardent sur leurs causes et leurs manifestations. De l'avis de Froesch-Gay, Gouveia et Staeger (2018), les causes sont dues, pour la plupart, à l'exécution (le plan du traitement proposé est bon mais son exécution n'est pas correcte) et à la planification (le plan du traitement proposé est faux : il y a erreur de diagnostic). On remarquera, toutefois, que les vraies causes des erreurs d'exécution et de planification ne sont pas élucidées. Sur la base d'une analyse sociolinguistique des erreurs observées dans neuf institutions hospitalières publiques camerounaises¹, je montrerai que, à partir de la théorie générale des systèmes de Bertalanffy (1972) et de la théorie de régulation de Paul Zang Zang (2013), la plupart de ces erreurs sont dues aux pratiques langagières et aux déficits de communication. Le plan de la

¹ L'Hôpital général de Yaoundé (HGY), l'Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), l'Hôpital régional de Garoua (HRG), L'Hôpital régional de Bertoua (HRB), L'Hôpital de district de Mbalmayo (HDM), l'Hôpital de district de Guider (HDG), l'Hôpital de district de Garoua-Boulai (HDGB), le Centre de santé du camp des réfugiés de Gado-Badzere (CSCRGB) et le Centre national de réhabilitation des personnes handicapées d'Etoug-Ebe (CNRPH).

démarche s'articule comme suit : 1. l'erreur médicale : perspective sociolinguistique ; 2. cadre théorique et méthodologique ; 3. étiologie des erreurs observées.

1. L'ERREUR MÉDICALE : PERSPECTIVE SOCIOLINGUISTIQUE

L'erreur est définie par *Le Grand Larousse illustré* (2016) comme « le fait de se tromper » ; « faute ainsi commise ». Cette définition fait des termes *erreur* et *faute* des synonymes. D'un point de vue juridique, il existe une différence entre une erreur et une faute. L'erreur en médecine désigne « tout acte non intentionnel et/ou inattendu qui pourrait avoir causé, ou a causé, un préjudice à un ou plusieurs personnes recevant des soins » (Laramendy S., Surrault A., Hamon C., 2012). Par exemple, ne pas faire quelque chose qu'il fallait faire (erreur par omission) ou faire quelque chose qu'il ne fallait pas faire (erreur par commission). Ce préjudice est appelé accident médical ; il est subi par un patient et est directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins. La faute, quant à elle, désigne un « manquement aux règles, à la loi, à la morale, de façon délibérée ». À ce sujet, Bourdeaut (2012 : 26) dira que l'erreur désigne « une conclusion diagnostique *in fine* erronée mais initialement plausible, une décision jugée *a posteriori* inappropriée mais *a priori* justifiable, un écart minime et compréhensible par rapport à une règle de bonne pratique plus ou moins unanime » cependant que la faute renvoie à « une infraction grossière commise à l'encontre d'une procédure obligatoire, à un défaut de sollicitude caractérisé, à une désinvolture coupable, à l'absence de recours à des moyens qui s'imposaient indiscutablement – avec, dans tous les cas, un lien de causalité direct entre les insuffisances personnelles du soignant et le dommage ». Pour cet auteur, l'erreur est inattendue, non intentionnelle alors que la faute peut être commise de façon délibérée. Une analyse approfondie de ces deux définitions montre que, selon le degré de gravité et de responsabilité de l'auteur de l'évènement indésirable, on peut passer de l'erreur à la faute.

Dans la littérature médicale, il existe une hétérogénéité de définitions de l'erreur médicale et différentes façons de considérer si une situation répond à l'erreur médicale ou non. L'OMS, citée par Froesch-Gay, Gouveia et Staeger (2018), définit l'erreur médicale comme « l'exécution d'une action non conforme à l'action prévue, ou l'application d'un plan incorrect ». À partir de cette définition, deux grandes catégories d'erreurs médicales sont mises en évidence : les erreurs d'exécution et les erreurs de planification. Dans la première catégorie, nous avons des erreurs liées à l'oubli, à la méprise, à la maladresse, aux quiproquos, etc. ; dans ce cas, le plan proposé est bon mais son exécution est incorrecte. La seconde catégorie regroupe les erreurs liées à un mauvais diagnostic et suppose l'utilisation d'un plan erroné. Cette définition de l'OMS semble la plus aboutie et partant, la plus utilisée. Elle laisse

transparaître les actes de commission ou d'omission qui peuvent accroître sensiblement le risque d'un événement médical indésirable. Sur un plan purement sociolinguistique, les pratiques langagières et les déficits de communication entre soignants et soignés ne pourraient-ils être les principales causes de ces erreurs d'exécution et de planification ?

Une première observation se doit d'être faite : en parlant d'erreur médicale, l'adjectif *médicale* a trait à la médecine et aux médecins. L'erreur médicale sous-entend donc que seuls les médecins sont concernés et que l'erreur médicale, *stricto sensu*, serait attribuée à eux seuls. À ce sujet, Bourdeaut (2012 : 26) pense qu'il est plus juste d'utiliser l'expression « erreur au cours d'un soin », tant il est vrai que tous les soignants – médecins, infirmières, techniciens, pharmaciens – sont concernés. L'erreur médicale concerne en fait tous les soignants et non seulement les médecins. Il n'est pas moins vrai que, dans le système de prise en charge médicale, le patient, qui est au centre de tout le processus, est souvent ignoré, cependant qu'il peut être la véritable cause des erreurs médicales. Le patient, pour certaines raisons, peut induire en erreur le soignant.

Dans cet article, erreur et faute seront considérées comme des termes voisins et synonymes et l'accent sera mis sur les aspects purement sociolinguistiques.

2. CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Pour mieux analyser les erreurs observées dans la prise en charge des patients, il est recommandable de considérer la médecine comme un système. Pour Hall et Fagen (1956 : 18) cités par Watzlawitch, Helmick Beavin et Jackson (1972 : 120), un système est « [u]n ensemble d'objets et les relations entre ces objets et leurs attributs », les objets² étant les composants ou éléments du système ; les attributs, leurs propriétés et les relations, ce qui fait tenir ensemble le système. On ne parlera pas de système s'il n'y a pas d'interrelation entre les éléments (Bertalanffy, 2002). Aussi, les éléments qui composent le système médical sont-ils : les soignants, les patients, les agents de surface et les techniciens de laboratoire ? L'interrelation entre ces éléments fait fonctionner le système. Ces éléments sont des êtres humains qui ont, chacun, une langue avec laquelle ils interagissent pour faire fonctionner le système. Or, la langue, selon les travaux de Zang Zang (2013 : 301), fonctionne et change avec cinq types de régulations, à savoir, les régulations institutionnelles où l'environnement institutionnel de la langue est pris en compte (il s'agit des pratiques institutionnelles à travers le pouvoir que détiennent le législateur et les institutions qui font usage de la langue) ; les régulations sociales où l'environnement social dans lequel la langue évolue est pris en compte (ce sont les pratiques effectives et les

² Les objets peuvent être des êtres humains et les attributs permettant de les identifier dans un système sont, par exemple, leurs comportements.

représentations que l'on se fait de la langue sur le plan social) ; les régulations culturelles où l'environnement culturel dans lequel la langue évolue est pris en compte (cet environnement exerce une influence sur les conduites des individus et le fonctionnement du système langue) ; les régulations structurelles où le corpus d'une langue peut être pris en compte et les régulations par rétroaction où les interactions entre les usagers de la même langue au niveau individuel, communautaire, collectif et étatique sont prises en compte. Chaque élément du participant au système médical a une langue à travers laquelle il interagit avec les autres. C'est donc la langue qui fait tenir le système médical et qui le stabilise. Dans mon approche, seules les quatre premières régulations seront prises en compte.

Pour analyser les erreurs médicales, une enquête sociolinguistique a été menée dans neuf institutions hospitalières publiques camerounaises. Après une mise en accord sur les considérations d'ordre éthique, l'enquête a consisté en l'observation in situ des consultations et en l'enregistrement des échanges entre soignants et soignés et le suivi des patients après leur premier rendez-vous. Ces échanges³ ont été transcrits et analysés. Une partie de ces travaux a fait l'objet de plusieurs publications dans la *Revue Internationale d'Études en Langues Modernes Appliquées (RIELMA)* n°s 7, 9, 10, 13, 14, 17.

3. ÉTIOLOGIE DES ERREURS MÉDICALES

Selon les recherches, il existe plusieurs catégories d'erreurs médicales. L'étude de Harvard citée par David (2003) distingue les erreurs de médication, qui sont les plus fréquentes (19 %) ; les infections nosocomiales (14 %) ; les erreurs techniques (13 %). Les résultats de ladite étude révèlent que la médication, qui comprend la prescription, la dispensation et l'administration, représente la cause majeure de toutes les erreurs. Les études de Sokol citées par Froesch-Gay, Gouveia et Staeger (2018), quant à elles, distinguent : les erreurs de médication (faux médicament, dosage erroné, interactions) ; les erreurs de diagnostic (diagnostics manqués, incorrects, tardifs) ; les erreurs de laboratoire (échantillons inversés, perdus, retard dans le traitement des résultats, manque de suivi) ; les erreurs de connaissance clinique (diagnostic différentiel insuffisant, lacunes thérapeutiques) ; les erreurs de communication (faible littératie en matière de santé, pression du temps, paternalisme) ; les erreurs administratives (erreur d'agenda, de dossier).

Dans ces travaux et dans bien d'autres, les causes-racines ne sont pas élucidées. Par exemple, si un mauvais diagnostic est posé, le tort est parfois jeté sur le médecin pour incompétence. La bonne question est de savoir ce qui a véritablement induit le médecin en erreur. Dans la plupart des situations, la

³ Pour des raisons d'ordre éthiques, les noms des hôpitaux au sein desquels l'erreur est survenue ne seront pas déclinés.

communication est au centre des erreurs médicales. Analysons, à la lumière de la sociolinguistique, ces sept erreurs⁴ survenues au sein des sites d'étude.

***Vignette 1 :** Madame H. âgée de 52 ans n'a pas été à l'école mais s'exprime en français. Elle est originaire de la ville de Garoua. Le 20 août 2014, elle se présente en consultation pour courbatures, violentes coliques et fièvre. Son médecin traitant lui demandera de se faire faire des examens complémentaires et lui prescrira un traitement symptomatique sous forme de comprimés. Un rendez-vous lui est donné après l'obtention des résultats des examens. Une fois à la caisse, madame H. refusera de déboursier une somme de 42 500 FCFA (quarante-deux mille cinq cents francs CFA) représentant les frais relatifs auxdits examens. Par contre, les médicaments prescrits, sous la forme de comprimés, ne coûtent que 5 750 FCFA (cinq mille sept cent cinquante francs CFA), mais, dans sa perception, les médicaments, sous la forme de comprimé, ne sont pas efficaces. Revenant auprès de son médecin, elle exigera la forme injectable car, de son avis, s'il n'y pas d'injections, cela voudrait tout simplement dire qu'elle ne s'est pas rendue à l'hôpital. Le médecin tentera de lui expliquer que la forme injectable a un prix assez élevé par rapport aux comprimés ainsi que les risques liés aux injections, mais en vain. Madame H., quel que soit le langage utilisé par le médecin, ne l'entendra pas de cette oreille. Pour répondre à ses attentes, le médecin modifiera sa prescription. Après une injection, madame H. se sentira mieux et ne continuera plus son traitement. Les examens, elle ne les fera pas sous prétexte que le médecin a mis en place un plan pour lui extorquer de l'argent. Malgré les multiples conseils, elle ne voudra rien comprendre. Trois semaines plus tard, madame H. reviendra à l'hôpital avec un pronostic vital très engagé.*

Cette vignette met en relation deux éléments du système médical : le médecin traitant et la patiente, qui vit en zone rurale et a sa propre approche du système de soins où les injections priment. Pour elle, une fois rendue à l'hôpital, seule l'injection est efficace et suffisante. En d'autres termes, les injections ont une fonction curative. En insistant qu'elle préfère des injections aux comprimés, elle fait pression sur le médecin qui, dans sa démarche, a voulu calmer son mal et attendre le résultat des examens avant de prescrire un traitement plus approprié.

Le médecin, en tant que spécialiste, sait que les gens du village aiment des injections. Une discussion du traitement avec la dame sur l'effet du médicament prescrit en lui présentant les risques encourus si elle prenait la poudre d'escampette après une première piqure aurait conditionné la patiente à se faire faire les examens demandés qui l'aideront à élucider la cause de son mal. Cette erreur résulterait donc d'un déficit de communication entre le médecin et la patiente.

En effet, la dame qui a un niveau d'instruction bas, s'exprime en français. Mais, face aux explications du médecin, y a-t-il eu intercompréhension entre les deux ? Que non, puisque le médecin n'a pas pu briser sa représentation sur des soins par voie intramusculaire. Le traitement palliatif administré lui a fait croire que tout allait pour le mieux et donc que c'était inutile de se faire faire des examens complémentaires.

⁴ Ces erreurs ne sont pas les seules. Nous les avons sélectionnées pour cet article. Un ouvrage est en préparation pour une analyse beaucoup plus étendue et approfondie.

Vignette 2 : le 26 août 2015, le médecin MB3 reçoit un enfant souffrant de douleurs thoraciques accompagnées de toux. L'enfant est allergique au Ciplacef. Selon cette pédiatre camerounaise, ce sont des Ceftriaxones, médicaments subventionnés par l'État camerounais. Par conséquent, son coût est moins élevé. Certains laboratoires les fabriquent sous d'autres appellations et ce à un prix plus élevé que le Ciplacef. La maman de l'enfant ne s'exprime qu'en fulfulde et s'est fait accompagner par un membre de sa famille qui joue le rôle d'interprète. Elle se plaint de la récurrence du mal de son enfant même après la prise du médicament ainsi que de démangeaisons. Pour le médecin, c'est une réaction allergique. La veille (le 25 août 2015), la collègue de MB3 avait ausculté le même enfant qui présentait la même réaction après avoir pris le même produit. Elle leur a expliqué que cette réaction allergique serait due à l'un des excipients contenus dans le produit labellisé Ciplacef. Sur le plan thérapeutique, de l'avis du médecin traitant, un antibiotique de la famille des céphalosporines de quatrième génération était indispensable pour le traitement. Par conséquent, il était nécessaire d'administrer à l'enfant une ceftriaxone ne correspondant pas à la spécialité pharmaceutique Ciplacef. Alors le médecin qui l'avait auscultée le 25 août changea le Ciplacef en Ceftriaxone. Après prescription, la maman acheta de nouveau 12 flacons de Ciplacef qu'elle ramena et la nuit, quand on administra le produit à l'enfant, il refit la même réaction qui suscita la plainte de la maman. On lui dit que le médicament prescrit était différent du premier. Elle repliqua que le médecin avait précisé que les médicaments prescrits ce jour n'étaient pas les mêmes. Pourtant, c'étaient les mêmes flacons posés au même endroit. Elle déclara qu'on lui avait seulement dit que ce n'était pas la même chose. C'est elle qui avait instruit l'interprète de dire qu'on lui avait dit que ce n'était pas le même produit. Mais elle était surprise que son enfant eût toujours la même réaction. Se rendant de nouveau à la pharmacie, on lui dit que c'est le même produit et de retour elle se mit en colère et affirma que les médecins l'avaient prise pour un « mouton »⁵. Comment pouvaient-ils dire que c'était différent alors que c'était la même chose ?

L'analyse de cette vignette met en évidence trois erreurs :

Erreur n°1 : Selon l'article R.4127-34 du Code de Santé publique français (CSP), « Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution ». Le médecin devrait préciser, lors de la rédaction de son ordonnance qu'il avait besoin du produit uniquement sous le label *Ceftatiazone*, pas d'équivalent. Même si, sur le plan chimique c'est la même molécule, il doit le préciser sur l'ordonnance. Généralement, c'est ce qui se passe dans nos pharmacies. Lorsqu'un produit prescrit sous un label est en rupture de stock, il est facile pour les pharmaciens de proposer son équivalent. Or, parfois les excipients du produit constituent des agents nuisibles au patient. Compte tenu de la langue du patient qui n'est pas la langue officielle des consultations, fournir toutes ces explications, via un intermédiaire linguistique non professionnel, n'était pas évident. Dans le système de prise en charge médicale, tous ces paramètres devraient être pris en compte.

Erreur n°2 : Le pharmacien devrait dire à la maman de l'enfant malade que le produit qui est disponible est sous une autre forme, mais que c'est la même molécule. Demander à la maman s'il pouvait lui servir le même produit sous une

⁵ Au Cameroun, se comporter comme un mouton, c'est agir sans réfléchir, manquer de discernement.

autre forme ou bien l'envoyer simplement dans une autre pharmacie. De telles explications nécessitent une parfaite maîtrise de la langue de la patiente, or celle-ci ne parle que fulfulde qui est une langue locale, non comprise par tout le monde.

Erreur n°3 : L'infirmière qui a administré le produit à l'enfant ne devrait pas le faire sans être sûre que ce fût la forme du produit prescrit à l'enfant. Le médecin l'avait-il précisé sur la fiche de soins ou sur le dossier médical ?

***Vignette 3:** le médecin MB3 reçoit une malade qui fait régulièrement des anémies sévères. En interrogeant la maman, le médecin, qui est une Camerounaise, se rend compte qu'elle a déjà perdu deux enfants des suites d'une anémie. Au village, c'est plutôt un problème de sorcellerie ; cliniquement, l'enfant a le faciès d'un drépanocytaire⁶. MB3 explique à la maman, à travers son intermédiaire linguistique qui est aussi membre de sa famille que ses enfants sont morts des suites d'une anémie sévère et que cet enfant, pour lequel elle consulte, est aussi anémié. Par conséquent, son pronostic vital est engagé et sa survie passe par une transfusion sanguine. La maman s'y oppose. Elle a affirmé que son enfant était malade et que le sang qu'on transfuse aux patients dans les hôpitaux appartient à une tierce personne. Si ce sang est transfusé à son enfant, celui-ci deviendrait une autre personne. Ce ne sera plus son enfant. Elle ne veut donc pas qu'on administre à l'enfant un sang qui n'est pas le sien. Et, en plus, elle ne veut pas d'un enfant qui n'est pas son enfant. Ce sont là les propos de l'interprète. Il fallait donc convaincre la maman que la transfusion sanguine est la seule solution pour sauver l'enfant et que celle-ci ne change rien à la nature de l'enfant. Le médecin, via l'intermédiaire linguistique, a pu convaincre la maman à accepter la transfusion. Malheureusement, l'enfant est décédé le lendemain de la transfusion. Alors la maman a violemment réagi en disant que c'est le sang qu'on a administré qui est à l'origine du décès de son enfant parce qu'elle a bien dit qu'on va transformer son enfant en quelqu'un d'autre. Pour elle, c'est le sang d'un cadavre qu'on a transfusé à son enfant. Son interprète confirmera cette information puisque, selon lui, à la banque de sang, ils n'ont pas vu la personne qui a donné le sang administré à l'enfant. C'est du sang congelé qu'on a transfusé à l'enfant. Suite à cette confirmation par son intermédiaire linguistique, la famille va quitter l'hôpital sur ce quiproquo avec l'idée selon laquelle on administre du sang des cadavres aux malades et cette pratique est encouragée par les médecins.*

Nous avons ici une question de représentation et de choix de la langue de communication. La mère de la patiente ne parle pas la langue comprise par le médecin. L'intermédiaire linguistique est versatile dans ses traductions. L'interprète de fortune est membre de la famille et ne fait pas partie du corps médical. Elle a pu expliquer à la maman de la patiente la nécessité de la transfusion sanguine, mais une fois le drame survenu, elle change de camp et abonde dans le sens de la mère. L'erreur a pour cause l'intermédiation linguistique qui n'a pas été fidèle dans son interprétation et aussi la barrière linguistique entre le médecin et la maman de la patiente. Réorienter la patiente vers un médecin avec lequel elle a en partage la même langue pouvait lever ce quiproquo.

⁶ Selon [vidal.fr](http:// Vidal.fr), la drépanocytose (parfois appelée anémie falciforme) est une maladie génétique qui touche l'hémoglobine, la protéine contenue dans les globules rouges qui sert à transporter l'oxygène à travers le corps. Elle se manifeste par des signes variés : anémie aiguë ou chronique, crises douloureuses causées par une mauvaise circulation sanguine, les crises « vaso-occlusives », syndrome pied-main.

Vignette 4 : *Madame X, 25 ans, se présente en consultation pour douleurs vaginales. Selon elle, quand elle a des rapports sexuels, elle a mal et à la fin des rapports sexuels, elle a des blessures au niveau des lèvres. Le médecin va lui prescrire un test de grossesse et un traitement de couple. Madame X ne fera pas de test de grossesse et consultera plutôt un autre médecin.*

Rappelons ici que le médecin est chinois et parle un français approximatif. Les plaintes de la patiente sont claires : douleurs vaginales, douleurs lors des rapports sexuels et blessures au niveau des lèvres vaginales. Le seul examen demandé est le test de grossesse. À quoi sert un test de grossesse dans une telle situation ? Une investigation poussée devrait en principe permettre au médecin de poser un bon diagnostic et de prescrire des examens appropriés dans la perspective de diagnostiquer une infection sexuellement transmissible. Comment la gynécologue y serait-elle parvenue si la langue parlée par la patiente constituait obstacle à la consultation ?

Vignette 5 : *Madame X se présente en consultation le 24 janvier 2015 pour saignement vaginal abondant depuis le 4 décembre 2014. Un saignement qui ne s'arrête pas. La gynécologue va lui prescrire un test de grossesse. Elle ne sera pas d'accord avec cet examen et s'en ira. Car, selon elle, elle n'est pas enceinte.*

Pour mieux analyser cette vignette, il est important de savoir que le médecin est de nationalité chinoise et s'exprime dans un français approximatif. Une patiente qui a un saignement abondant depuis plus d'un mois et qui sait pertinemment qu'elle n'est pas enceinte, compte tenu de ses habitudes sexuelles, se retrouve face à un médecin qui lui demande un test de grossesse. Pour elle, c'est un examen de trop. Compte tenu de la barrière langue, le médecin ne peut pas entretenir un échange avec sa patiente et se contente du symptôme saignement vaginal pour suspecter une grossesse. L'erreur a pour cause les compétences linguistiques du médecin. Elle ne peut pas approfondir son interrogatoire à cause de la barrière linguistique. Le seul symptôme qu'elle retient est le saignement. Or, en interrogeant davantage sa patiente, elle aurait pu fournir d'autres informations lui permettant de mieux orienter son diagnostic.

Vignette 6 : *Nous sommes au bloc opératoire et Madame Z, âgée d'une trentaine d'année, est admise au bloc pour une coelioscopie pour stérilité. Elle a fait toutes les visites préopératoires et tous ses paramètres, sur le plan anesthésie, étaient bons. Pendant l'opération elle développe une tachycardie. Pour ralentir le cœur il fallait administrer un médicament qui produit l'effet inverse (ralentir le rythme cardiaque). Le médecin anesthésiste, face à la situation, a demandé à l'infirmière anesthésiste de lui administrer une dose de fentanyl afin de ralentir son rythme cardiaque. En lieu et place du fentanyl, l'infirmière va plutôt administrer à la patiente une dose d'atropine conseillée en cas de bradycardie. Quelques minutes plus tard, le cœur de la patiente va s'arrêter.*

La question qui se pose est de savoir pourquoi l'infirmière a-t-elle confondu les deux produits ? Lors d'une intervention chirurgicale, un plateau d'anesthésie est préparé ; il contient tous les produits nécessaires au suivi du patient sous anesthésie. Les produits sont prêts à être administrés au patient. Le plus souvent, ils sont

contenus dans des seringues de 10 ou 5cc et étiquetées. Les étiquettes contiennent les noms des produits et leur dosage. Un produit préparé et conditionné dans une seringue doit être étiqueté pour indiquer sa nature. L'étiquetage renseigne sur le nom du produit et évite des erreurs. Ce jour-là, l'infirmière qui avait préparé les produits ne les avait pas étiquetés. Dans la précipitation et face à l'urgence de la situation, elle a administré à la patiente le mauvais produit. L'absence d'indication sur la seringue serait l'une des causes de cette confusion dramatique.

Vignette 7 : Une mission de chirurgie cardiaque est organisée dans un hôpital de référence du Cameroun. Madame D, musulmane, se présente en consultation de cardiologie à ladite mission. Une échographie cardiaque lui est demandée. En salle d'échographie, le radiologue demande à la dame d'enlever son haut pour l'échographie du cœur. Chose qu'elle va refuser ; ce qui s'ensuit est un échange dur entre le médecin et la patiente qui partira de l'hôpital sans diagnostic.

Dans la culture musulmane, la pudeur est de mise. Découvrir les seins d'une dame par un autre que son mari est une atteinte à la pudeur. Le médecin le sait bien. Au préalable, une explication de l'examen et de ses exigences, de manière calme et rassurante aurait amené la dame à se déshabiller sans heurt. Peut-être, vu le nombre de patients attendant l'échographie, le médecin n'a pas eu assez de temps pour convaincre la patiente à se déshabiller. Encore que, de manière implicite, un examen du cœur ne se fait pas habillé.

CONCLUSION

La communication, qu'elle soit orale, écrite ou gestuelle, est une des causes-racines des erreurs médicales. Même quand le soignant croit qu'il est en parfait accord avec le patient, des actes posés indiquent l'inadéquation avec les orientations données. Le quiproquo n'est parfois qu'une simple gruge orchestrée par le patient. Les erreurs médicales ne sont donc pas l'apanage des seuls médecins ou du personnel soignant. Le patient et son entourage (garde-malade ou accompagnant) peuvent être les principales causes des erreurs médicales. Le personnel médical administre les soins sur la base de leurs déclarations. Face au médecin, et selon ses souhaits ou ses appréhensions, le patient peut induire celui-ci en erreur. Cette fourberie du patient peut être due à sa mauvaise compréhension des propos du soignant, laissant toutefois croire à ce dernier qu'il a été bien compris. Comment savoir que l'on est mal compris si en face de vous, votre interlocuteur accepte avec assurance vos propositions ?

Aussi le patient et même son entourage doivent être considérés comme partie intégrante du système médical. Pour un bon fonctionnement de ce système, l'écosystème sociolinguistique (langue, culture, niveau d'instruction) du patient doit être pris en compte. Le médecin, quant à lui, doit constamment demander aux patients des reformulations pour s'assurer qu'il est bien compris et que ses injonctions seront respectées. Puisque le patient fait partie intégrante du système

médical, il doit être considéré comme le maillon fort du système. C'est lui en fait qui le fait fonctionner. Un hôpital existe par les patients et par conséquent les soins médicaux ne doivent plus être administrés *aux* patients mais plutôt ils doivent être administrés *avec* les patients. Le personnel médical doit fonctionner avec eux et les patients ne doivent pas être considérés comme ceux qui subissent des actes médicaux mais plutôt comme ceux avec qui le personnel médical accomplit l'acte médical. Vu sous cet angle, beaucoup d'erreurs médicales seraient évitées et le dévolu ne sera plus jeté sur le corps médical.

Références bibliographiques

- Bertalanffy, L.V., 1993, *La Théorie générale des systèmes*, Paris, Dunod.
- Bourdeaut, F., 2012, « Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale » in *Laennec* 2012/3, Tome 60(3), pp. 24-38, Éditions Centre Laennec, <https://doi.org/10.3917/lae.123.0024>.
- Chrousterman, B., Pirracchio, R., 2011, « De l'iatrogénèse aux erreurs médicales : mise au point et approche analytique »/ «From iatrogenesis to medical errors : Review of the literature and analytical approach » in *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Vol. 30, Issue 12, pp. 914-922.
- Code de la Santé publique, en ligne sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/
- David, G., 2003, « Faire un bon usage de l'erreur médicale » in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 187, n°1, pp.129-139.
- Froesch-Gay H., Gouveia A., Staeger P., 2018, « Identification et gestion de l'erreur en médecine de premier recours » in *Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse*, 18(13–14), pp. 297–303, en ligne sur <https://iris.unil.ch/entities/publication/c8240615-ab32-4f6c-a883-d4e4ac3df3f3>.
- Hall, A. D., et Fagen, R. E., 1956, « Definition of system» in *General Systems Year-Book*, 1, pp.18-28.
- Jeune-Maynard, Isabelle, 2015, *Le Grand Larousse Illustré 2016*, Paris, Larousse.
- Laramendy S., Surrault A., Hamon C., 2012, « Les erreurs médicales ou les événements indésirables associés aux soins (EIAS) » in *Groupe Qualité : une démarche au service de la santé*.
- Pellerin, D., 2008, « Les erreurs médicales » in *Les Tribunes de la santé*, 2008/3, n°20, pp 45-56, Éditions Presses de Sciences Po, en ligne sur <https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2008-3-page-45?lang=fr>.
- Watzlawitch, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., 1972, *Une logique de la communication*, Paris, Éditions du Seuil.
- Zang Zang, P., 2013, *Linguistique et émergence des nations. Essai d'aménagement d'un cadre théorique*, Lincom Europa.

Richard Bertrand ETABA ONANA is a Lecturer at The Advanced School of Mass Communication (ASMAC) at the University of Yaoundé II. He is a researcher in Sociolinguistic and in Information and Communication Sciences. Assistant Director of the Information and Communication Sciences and Technologies Research Laboratory and Head of Research Office, he is author of about thirty publications in the fields of sociolinguistic and ICS. He is interested in the problematic of communication in hospital institutions. Its areas of research are: Linguistic Policies; Communication in the Workplaces; Digital: Strategies, Devices and Uses; Communications and Organizations; Images, Cinema, Audiovisual Media and Cultural Industries.