



information transparente des victimes dans le cadre de la transaction et un traitement identique des situations similaires sur l'ensemble du territoire.

On peut enfin s'interroger sur les missions successives confiées à l'Oniam depuis la loi du 4 mars 2002 et constater que chacune de ces nouvelles missions concerne des accidents sériels trouvant leur origine dans un produit de santé d'origine humaine (sang, hormone de croissance extractive) ou non (vaccins, benfluorex), ou dans un dispositif médical (accidents de radiothérapie).

L'actualité rapporte la multiplication de ces accidents médicaux sériels (prothèses PIP etc.).

Il semble aujourd'hui possible de conclure que, si le dispositif CRCI a fait ses preuves en matière d'accidents médicaux à caractère individuel, une réponse législative devra certainement être apportée à la question générale des accidents médicaux collectifs afin d'éviter une sédimentation, par des textes législatifs successifs, de dispositifs d'indemnisation comportant des similitudes et des différences selon qu'ils concernent tel produit de santé ou tel dispositif médical. ↵

Perceptions et acceptabilité des risques associés aux soins

Patrick Peretti-Watel

Sociologue, chargé de recherches Inserm dans l'unité Sciences économiques et sociales et traitement de l'information médicale (Sesstim)

Des hôpitaux plus sûrs, mais plus risqués

Nos hôpitaux, nos cliniques n'ont jamais été aussi sûrs, en particulier grâce aux progrès de l'hygiène hospitalière hérités de la révolution pasteurienne. Et pourtant, s'y faire soigner n'a jamais été aussi risqué. Un paradoxe qui n'est pas spécifique aux soins, mais qui traverse toute la « société du risque » contemporaine : dans bien des domaines, pour accroître notre sécurité, nous n'avons cessé de « mettre en risque » le monde, c'est-à-dire d'identifier et de quantifier toute menace potentielle pour mieux la prévenir, y compris des menaces dont nous n'avions auparavant même pas conscience. Fabriquer de nouveaux risques permet de mettre en place des politiques de prévention, mais c'est aussi un moyen de promouvoir l'autonomie des individus, qui sont désormais censés devenir les entrepreneurs de leur propre existence, prompts à anticiper les risques et les opportunités qui jalonnent leur quotidien, en mobilisant pour cela le savoir chiffré produit par les experts.

Ainsi, avant de choisir où se faire soigner, un patient peut désormais consulter par exemple le « hit parade » des hôpitaux, classés en fonction de leur indice Icalin (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales), pour apprécier le risque nosocomial auquel il acceptera de s'exposer. Néanmoins, il n'est pas certain que la majorité des patients l'entende de cette oreille, et se prête sans sourciller à de tels arbitrages fondés sur l'estimation experte des risques. Si l'on souhaite que les patients acceptent les risques liés aux soins, il importe avant tout de mieux comprendre comment ils les perçoivent, et dans quelle mesure leurs perceptions diffèrent de celles des professionnels de santé.

Des perceptions profanes plus complexes que les évaluations expertes

Bien sûr, les profanes (ici, les patients) ne perçoivent pas « mieux » les risques que les experts, mais ils les

perçoivent différemment, sans que leurs perceptions soient pour autant irrationnelles. On sait aujourd'hui que les profanes ne réduisent pas un risque au produit de sa probabilité de survenue et de ses conséquences, mais qu'ils prennent en compte d'autres paramètres négligés par les experts : par exemple, le risque est-il juste ou injuste, choisi ou subi, familier ou inédit, contrôlable individuellement ou pas, avec des conséquences immédiates ou différées [65] ? Nous aurons tendance à juger inacceptable un risque si nous avons le sentiment de le subir, de ne pas avoir prise sur lui, ou s'il ne nous est pas familier.

À cet égard, pour le profane, il peut sembler particulièrement injuste d'être exposé à un risque sanitaire alors même qu'il s'adresse au système de soins pour améliorer sa santé, tandis que le staphylocoque doré et la légionnelle sont des bactéries d'autant plus effrayantes qu'elles ne lui sont pas familières. N'oublions pas non plus que les hôpitaux sont des « institutions disciplinaires » au sens que donnait Michel Foucault à cette notion : leur bon fonctionnement implique que les personnes « prises en charge » se plient à des règles qui restreignent significativement leur autonomie (port de la blouse obligatoire, restriction des déplacements, heures de visite et de repas fixes...). Nous avons donc davantage le sentiment de subir les risques auxquels nous sommes exposés lors d'une hospitalisation (d'ailleurs, littéralement, le « patient » est celui qui subit), et cela rendra des risques d'autant moins acceptables.

Des perceptions profanes plurielles

Il n'y a pas une, mais des perceptions profanes du risque. Variables d'un individu à l'autre, ces perceptions dépendent par exemple de la façon dont chacun se représente la vulnérabilité de son propre corps, ou encore le savoir scientifique légitime. En enquêtant sur les

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 68.

perceptions du risque de contamination par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), les anthropologues Mary Douglas et Marcel Calvez ont illustré la diversité des conceptions du corps humain : certains pensent que leur corps est « poreux », qu'il est sans défense face aux agents infectieux, qui peuvent le pénétrer aisément par les pores ou l'air inspiré, tandis que d'autres sont convaincus que leur corps est imperméable et résistant aux virus [22].

Reflétant souvent un sentiment de vulnérabilité diffus nourri par des conditions de vie difficiles, la conception fataliste est *a priori* plus fréquente dans les milieux défavorisés. Selon un sondage réalisé en 2005 au sein des pays de l'Union européenne, les personnes les moins diplômées et celles qui se trouvent au chômage sont d'ailleurs les plus enclines à craindre les erreurs médicales graves dans les hôpitaux de leurs pays [15].

Ajoutons que, lorsque le risque est controversé, et que des experts aux vues très divergentes s'affrontent, certaines personnes se fient davantage aux experts « hors système », parce qu'ils sont sensibles à leur indépendance, tandis que d'autres se fieront plutôt aux experts « officiels », perçus comme plus légitimes car issus d'instances scientifiques reconnues [22].

Perceptions du risque et confiance à l'égard des professionnels et des autorités de santé

Il apparaît également, à la lecture du sondage européen cité plus haut, que la confiance accordée ou non aux professionnels de santé est un paramètre clef de la perception du risque d'erreur médicale : près d'un Européen sur trois a des doutes sur la qualité des soins prodigués par le personnel soignant, et par les médecins en particulier, et les personnes interrogées qui expriment cette défiance estiment plus souvent que les erreurs médicales constituent un problème important dans leur pays, et craignent davantage d'être victime d'une telle erreur [15].

Remarquons qu'un autre sondage, réalisé en France en 2011, permet de mesurer plus précisément la confiance de la population concernant trois risques associés aux soins : les risques associés aux radiographies médicales, les risques d'accidents de radiothérapie, et enfin les risques médicamenteux [33]. En l'occurrence, pour ces trois risques, seule une minorité de Français estime que les autorités disent la vérité sur les dangers qu'ils représentent pour la population (respectivement 25 %, 18 % et 15 %). Concernant cette fois-ci les actions menées par les autorités pour protéger la population de ces risques, là encore seule une minorité accorde sa confiance : 35 % pour les radiographies, 29 % pour les accidents de chimiothérapie, 19 % pour les médicaments. Ici aussi, la confiance est corrélée au risque perçu : les risques médicamenteux, pour lesquels les scores de confiance sont les plus faibles, sont aussi perçus comme les plus élevés (un Français sur deux estime que ce risque est élevé pour les Français en général [33]).

Réciproquement, si la défiance nourrit la perception du risque, les réalisations de ce risque sapent la confiance : plusieurs enquêtes étrangères montrent que les personnes qui ont été victimes d'un risque associé aux soins jugent plus sévèrement le système de soins et les soignants, et en outre ces personnes sont souvent mécontentes des explications qui leur ont été données par les soignants.

Perception du risque et recherche causale

Ce dernier point est capital. En effet, si les perceptions du risque des profanes divergent de celles des experts, c'est aussi parce que les premiers ont besoin de donner du sens, de trouver des causes à un risque. D'ailleurs, dans une enquête américaine interrogeant en parallèle des médecins et le grand public sur les erreurs médicales, le public s'intéressait beaucoup plus que les médecins aux causes possibles de ces erreurs, et pointait comme causes principales des facteurs mettant en cause les soignants, et au-delà l'organisation des soins : temps consacré aux patients par les médecins insuffisant, surmenage, stress ou fatigue des soignants, manque de coordination ou de communication entre soignants, ou encore infirmières en sous-effectif [7]...

Au final, trouver une cause c'est souvent mettre en cause, pointer la responsabilité d'autres acteurs sociaux, et l'émergence d'un nouveau risque sanitaire est souvent interprétée et comprise en référence à des émergences antérieures, en particulier du point de vue des mises en cause qu'elles ont occasionnées. Même si la transfusion sanguine, les hormones de croissance et la viande bovine n'ont pas grand-chose en commun, les médias ont par exemple beaucoup comparé la crise de la vache folle à l'affaire du sang contaminé et au scandale des hormones de croissance, parce qu'à chaque fois la genèse de ces épisodes faisait soupçonner une forme de collusion entre pouvoirs publics et professionnels, qui comploteraient en sacrifiant la sécurité du public à leurs intérêts. Or l'émergence des risques nosocomiaux dans le débat public, suite au scandale de la Clinique du sport en 1997, se prêtait particulièrement bien à ce type de comparaison.

Un tel rapprochement a certainement affecté la façon dont les risques associés aux soins sont aujourd'hui encore perçus et plus ou moins bien acceptés par le public. Restaurer cette acceptabilité dépend sans doute moins de la baisse du nombre de victimes annuelles que des efforts affichés par les pouvoirs publics et les professionnels pour réduire ce nombre, en toute transparence, pour ranimer la confiance des soignés à l'égard des soignants. †