

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2020

N°

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE) par

***Estelle, DAVID (épouse PLANCHOT)***

Née le 27 juillet 1990 (TOURS)

Présentée et soutenue publiquement le 20 OCTOBRE 2020

**Accepter son erreur : entre cheminement identitaire  
et reconstruction relationnelle,  
analyse qualitative auprès de médecins généralistes**

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Directeurs de thèse : Madame la Professeure Leila MORET

Monsieur le Docteur Clément Le GLATIN

## REMERCIEMENTS

Au Pr Pierre POTTIER, d'avoir accepté d'être mon président de jury.

Au Dr Laurent BRUTUS, pour votre présence aujourd'hui ainsi que pour la richesse de vos propos et pour tous vos conseils avisés.

À mes directeurs de thèse,

Au Pr Leïla Moret, pour avoir soutenu mon projet de thèse dès le commencement. Merci pour tes conseils avisés, ton implication notamment dans l'impact que devaient avoir mes perspectives afin de ne pas laisser mon travail sans suite !

Au Dr Clément Le Glatin pour m'avoir initiée aux joies de la thèse qualitative ! Merci pour ta disponibilité, ton écoute et ton attention à mon égard.

Merci à vous deux pour votre patience et votre soutien, ce fut un projet long à accomplir !

Ces remerciements sont également adressés à tous les médecins qui ont accepté de participer à cette thèse. Merci pour leur confiance et leur humilité. Ces entretiens resteront à jamais dans ma mémoire.

À toi, Alex, merci pour toute ton implication à mes côtés que ce soit pour cette thèse mais aussi dans notre vie à deux. Merci pour ta richesse et ta force, tu es mon point d'appui.

À mes parents, merci pour votre soutien en toutes circonstances ! Et particulièrement à toi maman, pour ta patience et tes bons conseils dans ma relecture.

À mes sœurs, à mes beaux-frères ainsi que mes neveux et nièces pour la richesse des moments partagés ensemble. Merci pour votre aide.

À mes amis,

À Léna, une si grande amie à mes yeux, merci pour tout !

À Anthony, Alex, Marie, Manon et Lucie merci pour vos encouragements et votre appui tout au long de ces années.

À vous, Astrid, Camille, Chachou, Dédé, Marie et Vivi, merci d'avoir embelli ces longues années d'externat !

À vous la famille castelbriantaise, à cette belle amitié qui nous unit ! Merci pour tous ces chouettes moments partagés pendant l'internat et encore aujourd'hui. Un remerciement particulier à Clémence qui m'a été d'une grande aide pour recruter tous les médecins !

À vous les copains montacutains, pour cette belle rencontre dans laquelle j'ai pu trouvé un accueil sans faille et une aide nécessaire ! À notre amitié.

Un dernier mot pour ceux qui m'ont fait aimé la médecine générale et notamment, toi, Brigitte pour ta passion et ton engagement qui sont, pour moi, un modèle ! Merci pour la confiance que tu m'as accordée.

Une dernière pensée pour toute l'équipe de la MSP Gaston Ramon. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté comme soutien.

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

APSS : Association de Promotion des Soins aux Soignants

CREX : Comité de Retour d'EXpérience

DPC : Développement Professionnel Continu

EBM : Evidence Based Medicine

ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GÉNérale

EI : Événements Indésirables

EIAS : Événements Indésirables liés Aux Soins

ENEIS : Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESPRIT : Etude nationale en Soins PRImaires sur les événemenTs indésirables

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

EVISA : Etude transVersale sur les événements Indésirables liés aux Soins Ambulatoires

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAIMM : Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

RMM : Revue de Morbi-Mortalité

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SP : Soins Primaires

SPT : Stress Post Traumatique

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

USA : United States of America



# Table des matières

Préambule.....	9
I - INTRODUCTION.....	12
1) LA SÉCURITÉ DES SOINS.....	12
1.A) L'origine de cette culture.....	12
1.B) La sécurité des soins : les grands thèmes qui la compose.....	13
1.C) La seconde victime.....	18
1.D) La sécurité des soins en soins primaires : état des connaissances actuelles en France.....	19
2) LA RELATION MÉDECIN-PATIENT.....	22
2.A) Les modèles relationnels.....	22
2.B) Un colloque singulier.....	24
2.C) Les échanges médecin-patient : l'apport de la psychanalyse.....	25
2.D) Le médecin, le patient et la maladie.....	26
3) LA RÉCENTE ÉVOLUTION DE LA RELATION.....	28
4) LA PLACE DE L'ERREUR DANS LE CONTEXTE MÉDICAL ET SOCIÉTAL.....	30
4.A) L'erreur dans la société .....	30
4.B) Les particularités de l'erreur dans l'exercice de la médecine générale.....	31
5) PROBLÉMATISATION.....	34
II – MÉTHODES.....	35
1) GÉNÉRALITÉS.....	35
1.A) Objectif de l'étude.....	35
1.B) Une approche compréhensive.....	35
2) POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE.....	37
3) RECUEIL DES DONNÉES.....	38
3.A) Entretiens semi-directifs.....	38
3.B) Analyse des données.....	38
3.C) Aspects réglementaires.....	39

III – RÉSULTATS.....	40
1) GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LES ENTRETIENS ET L'ÉCHANTILLON .....	40
1.A) Les caractéristiques socio-démographiques.....	40
1.B) Les différentes situations d'erreur.....	42
2) RÉSULTATS DE L'ÉTUDE .....	46
2.A) Définition de l'erreur .....	47
2.B) Le contexte actuel, médical et social, comme stigmatisant l'erreur.....	49
2.B.1. L'influence du corps médical dans la perception de l'erreur.....	49
2.B.2. L'influence du contexte social et culturel actuel dans les représentations de l'erreur chez les médecins.....	50
2.C) "Je me suis trompé" : l'impact traumatisant de l'erreur.....	52
2.C.1. Le tremblement de terre .....	52
2.C.2. L'effondrement.....	53
2.D) Le patient comme point d'accès à la reconstruction.....	55
2.E) La reconstruction.....	59
2.E.1. Le marchandage.....	59
2.E.2. La réflexivité autour de l'erreur.....	60
2.E.3. Mobilisation des ressources.....	62
2.E.4. Le cas particulier de la judiciarisation.....	64
2.F) L'intégration de l'erreur.....	64
IV – DISCUSSION.....	66
1) LES APPORTS DE L'ÉTUDE.....	66
1.A) Un sujet original.....	66
1.B) La création d'un modèle autour de l'acceptation de l'erreur.....	67
1.C) L'erreur : un aspect de la médecine toujours difficilement acceptable.....	68
2) INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	69
2.A) La difficile définition de l'erreur.....	69
2.B) Les barrières à la divulgation de l'erreur.....	70
2.B.1. L'erreur comme faute.....	70

2.B.2. Les attentes des patients : l'injonction à une inhumaine infailibilité.....	71
2.B.3. La culture médicale.....	71
2.C) Le médecin victime de l'erreur.....	73
2.D) La nécessité de réparer son erreur.....	74
2.D.1. La culpabilité : un moteur indispensable.....	74
2.D.2. La responsabilité médicale.....	74
2.D.3. La réparation de la relation.....	75
2.E) L'annonce : clé de la reconstruction de la relation.....	77
2.F) Réussir à vivre avec son erreur.....	78
2.G) La justice et la médecine : deux mondes opposés.....	79
3) LIMITES DE L'ÉTUDE.....	81
3.A) La difficile démarche de réflexivité du chercheur.....	81
3.B) Concernant les participants.....	81
3.B.1. Des erreurs parfois anciennes.....	81
3.B.2. Le déni de l'erreur.....	82
3.C) Difficultés de recrutement.....	82
4) PERSPECTIVES.....	83
4.A) Faire évoluer les mentalités en abordant l'erreur en formation initiale.....	83
4.B) Concernant les médecins généralistes : organiser des formations sur le thème de l'erreur, mettre en place et diversifier des lieux d'échanges et d'écoute.....	84
4.C) Mettre en place un soutien systématique aux médecins déclarants des erreurs.....	86
4.D) La fin du modèle de l'«idéal professionnel».....	87
4.E) Le point de vue du patient : similitudes ou divergences ?.....	88
V – CONCLUSION.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	90
ANNEXES.....	95
1) Annexe 1 : Guide d'entretien.....	95
RÉSUMÉ.....	100

## Préambule

*Je suis interne de médecine générale en 1<sup>er</sup> semestre depuis quelques jours et je me retrouve de garde pour la première fois aux urgences.*

*Je me présente, on m'explique mon rôle puis je m'installe et je commence par voir la dizaine de patients qui sont en attente. Par contre, je suis toute seule pour tout gérer (installer les patients, nettoyer les salles entre chaque passage et pour faire tous les à-côtés. Un peu anxieuse au départ, je prends assez vite mes repères. En effet, les cours de traumatologie ne sont pas si loin. Pour les premiers patients que je vois, la prise en charge me paraît plutôt simple entre les sutures et les entorses de cheville j'arrive à peu près à me débrouiller. Quelques enfants un peu difficiles à suturer et quelques patients un peu énervés par l'attente, mais à part ça, je trouve que ma première garde se déroule plutôt bien pour le moment.*

*Puis, je reçois Madame M. d'une cinquantaine d'années qui vient de faire une chute de cheval. De premier abord, elle est très distante avec moi et au moment où je me présente comme l'interne qui vais m'occuper d'elle je perçois un peu d'insatisfaction sur son visage, puis elle s'empresse d'ajouter : « ma fille est urgentiste !! ». Je le perçois comme un avertissement. J'ai directement l'impression de ne pas avoir le droit à l'erreur. Je me ressaisis, je ne vais quand même pas me faire impressionner par une patiente ! Je m'assois, donc, au bureau de consultation et commence l'interrogatoire. Elle se plaint seulement d'une douleur au poignet gauche qu'elle ne peut plus du tout bouger depuis la chute. Puis, je continue avec l'examen clinique : la patiente ne peut plus bouger son poignet, je vérifie bien qu'il n'y a pas d'anomalie à l'examen neurologique et vasculaire. Je fais vraiment attention à bien le réaliser car j'ai l'impression d'être observée pour les moindres faits et gestes que je réalise. Après avoir fini mon examen, je prescris une radiographie du poignet et j'explique à la patiente ma prise en charge.*

*Au total, elle présente une fracture du radius. J'en réfère à mon chef qui revient l'examiner avec moi. Puis, elle me demande d'en référer à l'orthopédiste de garde, ce que je fais. Il m'explique au téléphone en regardant les radios qu'il faut plâtrer la patiente (une manchette plâtrée me dit-il) et la remettre en consultation avec lui dans 10 jours. Ma chef me demande donc de faire le plâtre et les papiers de sortie de la patiente parce qu'elle doit partir en SMUR.*

*Et à ce moment-là, je panique un peu. En effet, mes souvenirs de manchette plâtrée remontent : la dernière fois que j'en ai réalisé un c'était il y a 3 ans... Ma chef étant déjà partie, dans l'immédiat je cherche quelqu'un qui pourrait m'aider. Aucun médecin n'est disponible à ce moment-là. Je vais donc demander à l'infirmier qui est censé*

*m'aider dans le circuit debout. Il me répond qu'il n'est pas disponible pour le moment, qu'il est débordé. Il ajoute : «tu peux te débrouiller toute seule quand même». Sur le coup, je ne sais plus quoi faire : est-ce que j'attends que ma chef revienne pour lui dire que je ne me rappelle plus comment faire un plâtre ou est-ce que je le fais tout de suite ?*

*Dernière option, je regarde comment réaliser une manchette plâtrée sur internet mais que ce soit sur l'ordinateur ou mon téléphone je ne capte pas. Sur l'ordinateur, je vois ma file d'attente qui ne fait que d'augmenter (il me reste une quinzaine de patient à voir c'est la fin de la journée et tous les patients traumatisés continuent d'affluer aux urgences. Je finis dans 3 heures et comme il n'y a personne pour prendre ma relève car la filière courte ferme la nuit, je sais que je ne partirai pas tant qu'il restera des patients à voir.*

*Je décide donc d'aller faire le plâtre toute seule. Je vais bien me souvenir comment faire !*

*Je retourne dans le box, j'explique à la patiente que pour soigner son poignet fracturé on va devoir la plâtrer et qu'elle sera revue dans 10 jours en consultation avec l'orthopédiste. Je fais son plâtre et lui donne ses papiers de sortie.*

*Le lendemain, je reviens pour mon 2ème jour de garde aux urgences.*

*L'infirmière d'accueil vient me voir et me demande si c'est moi qui me suis occupée de madame M. hier soir. Je lui réponds que oui, elle m'explique que sa fille urgentiste l'a immédiatement ré-adressée aux urgences en voyant le plâtre. Elle a ensuite appelé les urgences où je suis actuellement pour leur expliquer qu'elle trouvait ça anormal de laisser sortir les patients comme ça. Je ne sais pas quoi ajouter pour me défendre : d'un côté j'ai honte et d'un autre côté je suis en colère car j'étais toute seule à tout gérer !!! J'arrive juste à hocher de la tête. Elle ajoute : «la prochaine fois tu demanderas !» puis s'en va. À ce moment-là les larmes me montent aux yeux. Puis je vais directement dans un box pour m'occuper d'un patient pour passer rapidement à autre chose.*

*Pour continuer ma garde ce jour-là ce sera vraiment compliqué. Il me faudra beaucoup de temps après pour reprendre confiance en mes décisions.*

*J'ai choisi de raconter cette histoire la première fois lors d'un récit de situation complexe et authentique (RSCA), même si j'ai longtemps hésité, toujours honteuse de la situation. Le RSCA est un récit d'une situation complexe que nous devons produire au cours de chaque année d'internat. Ce récit doit être ensuite analysé par nos soins. C'est en faisant son analyse, aidé par d'autres, que j'ai pu mettre un mot sur*

cette situation : j'ai fait une erreur médicale ! L'analyse ainsi que le regard des autres a été déculpabilisant et m'a permis d'avancer.

C'est de cette expérience qu'est né mon projet de thèse. En effet, même si cette situation a été assez traumatisante pour moi, grâce au travail fait sur cette erreur, j'ai énormément appris et cela a permis d'améliorer ma pratique.

Étant donné le champ d'action considérable de l'erreur, il a fallu choisir une perspective pour l'aborder. C'est par la relation médecin-patient que j'ai souhaité engager cette réflexion. Au gré de mes stages, j'ai pu remarquer que cette relation constitue l'un des fondement de l'exercice de la médecine. Elle est un colloque singulier autour duquel s'articule la prise en charge du patient. L'erreur étant un bouleversement, quel peut donc être son impact dans la relation ? Est-ce un point de non-retour ou la reconstruction est-elle possible ? Quel processus aboutit à l'acceptation ? Pour répondre à cette question, j'ai choisi d'explorer les déterminants de la poursuite de la relation en allant à la rencontre d'autres médecins généralistes ayant eux-mêmes vécu une erreur médicale.

# I - INTRODUCTION

Notre problématique s'inscrit dans un large ensemble de thèmes regroupant à la fois la sécurité des soins avec les différentes notions qui la composent, la relation médecin-patient et ses récents changements ainsi que la place de l'erreur dans le contexte médical et sociétal actuel.

## 1) LA SÉCURITÉ DES SOINS

### 1.A) L'origine de cette culture

C'est dans les années 1990, qu'émerge la question de la sécurité des soins aux États-Unis. Suite à la médiatisation de plusieurs cas de décès dus à des erreurs médicales, les chercheurs commencent à s'intéresser à cette problématique. D'autant qu'ils constatent rapidement que les événements indésirables aux États-Unis (USA) tuent (en extrapolant des données de deux études réalisées dans l'État de New-York en 1991 ainsi que dans le Colorado et l'Utah en 1999) (1) (2) plus que les accidents de la route, les cancers du sein ou encore le SIDA (98 000 versus moins de 45000 pour les autres causes). C'est le rapport «*To err is human : building a safer health system*» (3) qui, en s'emparant du sujet, va marquer le début de cette ère qualitative et sécuritaire pour les patients. En s'appuyant sur les 2 études citées auparavant et en extrapolant ces résultats à l'ensemble des patients de la population source de l'étude (2 671 863), les auteurs ont estimé entre 44 000 et 98 000 le nombre de décès dû aux événements indésirables (EI) chaque année aux USA. Cet article, en suggérant un nombre important d'EI, vient mettre en lumière ce grave problème de santé publique.

Ultérieurement, ce sont les pays anglo-saxons qui vont s'emparer du sujet en multipliant les études pour chiffrer réellement le nombre d'EI mais aussi leur impact économique conséquent sur le système de santé (4). Ce n'est que tardivement que ce thème émerge en France. En effet, la question des «complications» a longtemps été considérée comme inhérente à l'activité médicale. Il convenait donc à chaque praticien de s'en prémunir individuellement. Elle a longtemps été jugée comme illégitime, favorisée par des difficultés du passage au raisonnement systémique mais aussi par la crainte d'une perte d'autonomie pour les professionnels de santé. Il faudra attendre 2013 pour qu'apparaisse le premier programme national d'envergure sur la sécurité des patients (étude ESPRIT). Néanmoins, cette question reste toujours difficile à aborder car elle se heurte encore aux limites collectives se résumant à des blocages individuels inhérents à la mise en œuvre d'une action publique dans ce domaine en France (5).

## 1.B) La sécurité des soins : les grands thèmes qui la compose

Dans un premier temps, nous allons définir ce qu'est l'erreur médicale en commençant d'abord par le mot erreur. En effet, qu'est-ce que l'erreur ? Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales la définit de deux manières (6) : «l'action d'errer çà et là» comme un parcours sinueux et imprévisible puis «l'action, le fait de se tromper, de tenir pour vrai ce qui est faux et inversement». Pour notre sujet, nous retiendrons la définition de l'erreur comme «l'action d'errer çà et là» car cette image révèle ce qu'est l'erreur en médecine. En effet, la pratique médicale reste sinueuse et imprévisible car humaine avant tout. C'est une science inexacte qui nécessite un perpétuel ajustement du médecin vers son patient. Cet ajustement peut être synonyme d'errance pouvant, parfois, conduire à une erreur.

Plusieurs auteurs se sont chargés de définir l'erreur en médecine.

Il y a, tout d'abord, A.Wu (7) qui l'a défini comme «un acte ou omission d'un acte qui peut engendrer des conséquences potentiellement négatives pour le patient, qui serait jugé erroné par des pairs expérimentés et compétents sur le sujet à ce moment, indépendamment des conséquences négatives». Dans cette définition, A.Wu introduit la notion de pairs comme «juges» de l'erreur. Cette notion semble difficilement adaptable à la réalité au vu de la culpabilité que peuvent ressentir les médecins après une erreur. Cette définition ne peut donc s'appliquer concrètement.

Une autre définition importante est celle du psychologue J.Reason dans «*L'erreur humaine*» (1990) qui considère comme erreur tout comportement humain ne respectant pas le bon usage et pouvant conduire de façon involontaire à des préjudices divers. Les erreurs sont donc : «des séquences planifiées d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard» (8). Une erreur peut être le résultat de l'exécution incorrecte d'un ordre d'action correct (erreur d'exécution) ou l'exécution correcte d'un ordre d'action incorrect (erreur d'évaluation). Elles peuvent être liées aux pratiques, produits, procédures et systèmes. C'est encore J.Reason qui, à partir de l'analyse de nombreuses catastrophes survenues dans les années 1980, est à l'origine de ce qu'on appelle le «swiss cheese model». Ce modèle, finalisé dans les années 2000, démontre que l'erreur ne résulte pas de l'individu mais plutôt d'un ensemble de phénomènes systémiques. Effectivement, ce modèle soutient la thèse selon laquelle «un accident dans un système sociotechnique découle de la combinaison malheureuse de conditions présentes dans l'organisation en amont de l'accident (dites «latentes») et d'une situation dangereuse (souvent initiée par une action humaine qualifiée d'«erreur

active») (9). Il va distinguer dans ce modèle des défenses qui deviennent des barrières humaines ou matérielles permettant d'éviter les accidents. Néanmoins, quand toutes ces barrières sont franchies, l'erreur survient.

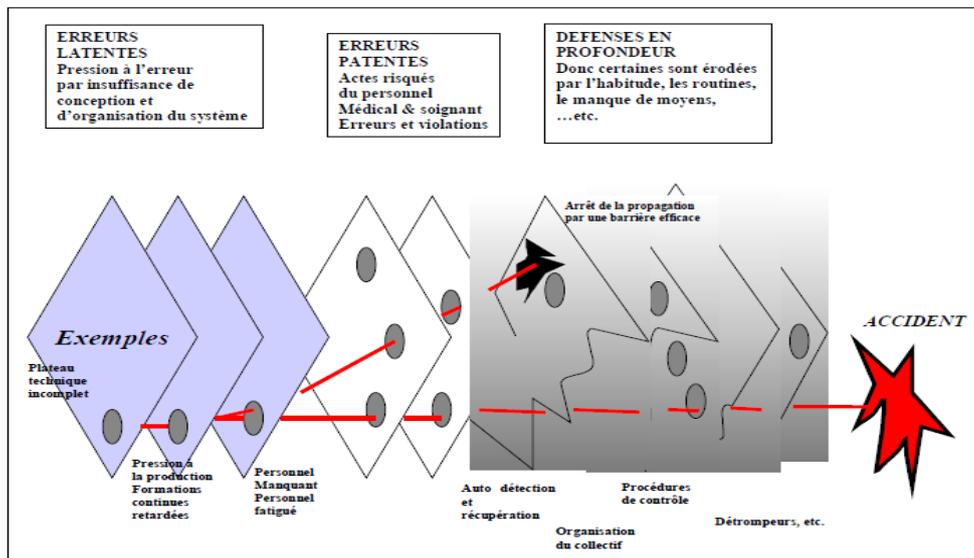


Figure 1 : Le «swiss cheese model» de James REASON

L'intérêt du modèle de J.Reason réside dans sa capacité à atténuer la culpabilité, composante principale des émotions ressenties par le médecin lors d'une erreur. Elle résulte d'une cascade d'événements évitables plutôt que sur la responsabilité d'un seul individu.

Dans un article paru en 2005, Pace *et al* (10) mettent également en avant cette inéluctabilité de l'erreur. Pour eux, elle correspond à tout événement que «vous ne souhaitez pas voir se reproduire et qui pourrait représenter une menace pour la sécurité des patients». Cette définition paraît peu précise mais en laissant une grande part à l'appréciation individuelle de chaque médecin, elle se rapproche d'une certaine réalité. Effectivement, la notion d'erreur contient une part d'appréciation personnelle. Elle reste, en partie, liée à la personnalité de celui qui va la commettre. Son degré d'exigence va influencer sa capacité à se remettre en cause et donc à la reconnaître (11).

Dans la littérature française, c'est la haute autorité de santé (HAS) qui, en 2015, donne sa définition de l'erreur. Elle s'inspire largement de celle présentée dans le guide pédagogique sur la sécurité des patients de l'organisation mondiale de la santé (OMS) (12). Il la caractérise ainsi : «l'erreur est un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine» et ajoute que c'est «un acte pouvant conduire à un résultat non souhaité et dont on ne souhaite pas qu'il se reproduise». Insister sur l'inévitabilité de l'erreur

comme composante humaine atténue la culpabilité. Ainsi, elle semble plus adaptée à la réalité des soins. Pour autant, la définition paraissant la plus proche et celle que nous retiendrons, est celle d' E.Galam (13) (2012). Il caractérise l'erreur comme «un dysfonctionnement, censé évitable, par rapport à une norme théorique et forcément partielle, mais reconnue comme valide. Ce niveau s'inscrit dans le registre de la compétence et donc de la formation qui inclut la connaissance de ses qualités et de ses faiblesses en tant que soignant». Cette description de l'erreur semble la plus proche du vécu réel des soignants.

De fait, l'erreur médicale augmente le risque d'une issue défavorable pour le patient. Elle peut survenir à n'importe quelle étape de la prise en charge, du diagnostic au traitement, mais aussi au moment des actes de prévention. Se tromper peut se manifester dans une multitude de situations. P.Klotz (14) a ainsi proposé de classer les erreurs selon qu'elles soient cognitives, sensori-motrices ou d'attitude. Les erreurs cognitives regroupent les erreurs de diagnostics, de mémorisation, de raisonnement ou d'exécution des décisions. Les erreurs sensori-motrices sont dues soit à une inaptitude physique, un manque d'entraînement, une inadéquation du matériel, soit liées à des difficultés propres à l'acte. Enfin, les erreurs d'attitude comportent les erreurs propres au médecin (son affect, son organisation, son aptitude à coordonner les soins...), circonstancielles (équipement, fatigue, stress, préoccupations extérieures...) et liées au patient. L'intérêt de ce classement repose sur son utilisation en tant que système de prévention. En effet, comprendre et analyser les erreurs permet d'éviter leur reproduction en mettant en œuvre des moyens adaptés. C'est ainsi que peut se développer la sécurité des soins.

Les différents constituants de la sécurité des soins peuvent parfois faire l'objet de confusion. En différencier les nombreux termes tels que l'EI, l'erreur et même parfois la faute peut être complexe. Il nous a donc paru essentiel de rappeler ces différentes distinctions. Commençons par appréhender celle entre l'erreur et l'EI. Une erreur peut provoquer ou non un événement indésirable mais celui-ci peut se produire indépendamment de l'erreur. Sauf s'il en est la conséquence et à ce moment-là, on parle d'événement indésirable évitable. L'article paru en 2016 dans la revue «*Pediatrics*» sur la divulgation des erreurs médicales en pédiatrie (15) résume ainsi ces concepts et leurs relations :

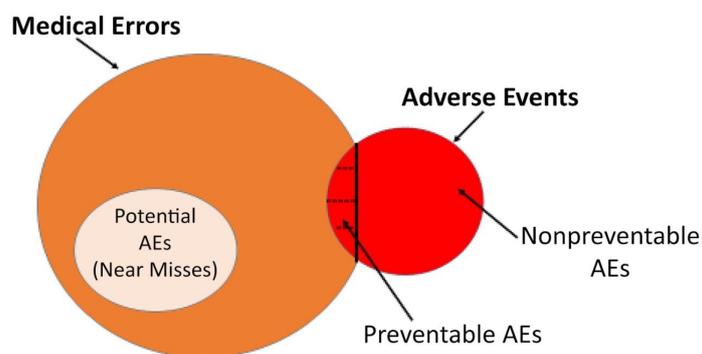


Figure 2 : Erreurs médicales et Événements indésirables

Les erreurs médicales comprennent donc les EI potentiels ou évitables mais se différencient bien des EI inévitables. L'erreur est donc toujours évitable contrairement aux EI. On peut constater régulièrement un amalgame entre ces deux termes, l'EI étant souvent préféré car moins empreint de culpabilité pour le soignant impliqué. Dans leur article «*Measuring errors and adverse events in health care*», E. Thomas et de L.Peterson (16) prolonge ainsi cette réflexion. Ils incluent dans le terme erreur «les quasi-accidents, les erreurs actives et les erreurs latentes» et ajoutent que le terme EI implique généralement un préjudice pour le patient. En concluant que les erreurs ne sont pas forcément préjudiciables, ils rappellent son inhérence dans la pratique et rend ainsi caduque le lien entre culpabilité et erreur.

Dans la littérature internationale, il existe plus de vingt définitions différentes de l'événement indésirable. En 2006, l'OMS a proposé cette définition : «Un incident touchant à la sécurité des patients est un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient». C'est elle qui a été utilisée dans l'étude ESPRIT (17) réalisée en 2013 et retenue par l'HAS, qui l'a légèrement modifiée : «Un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau». Cette définition reste proche de celle de l'erreur mais leur différence reste dans l'évitabilité (18). Un EI peut être évitable ou inévitable (réaction allergique aux antibiotiques) contrairement à l'erreur qui est toujours évitable (prescrire un antibiotique auquel le patient est allergique). Il existe plusieurs types d'événements indésirables. Il peut être grave (EIG), c'est à dire à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité partielle ou totale mais aussi peut entraîner un risque vital pour le patient. Ils peuvent être également associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Il est évitable lorsque l'on peut estimer que sa survenue est liée à des soins non-conformes par rapport à une prise en charge considérée comme satisfaisante. On parle d'erreur à ce moment-là (exemple :

un patient diabétique de type 2 ayant présenté une aggravation de son insuffisance rénale suite à une prescription de metformine).

Dans sa thèse sur l'impact des événements indésirables chez les médecins généralistes, M. Chanelière (19) résume les différentes situations possibles comme ceci :

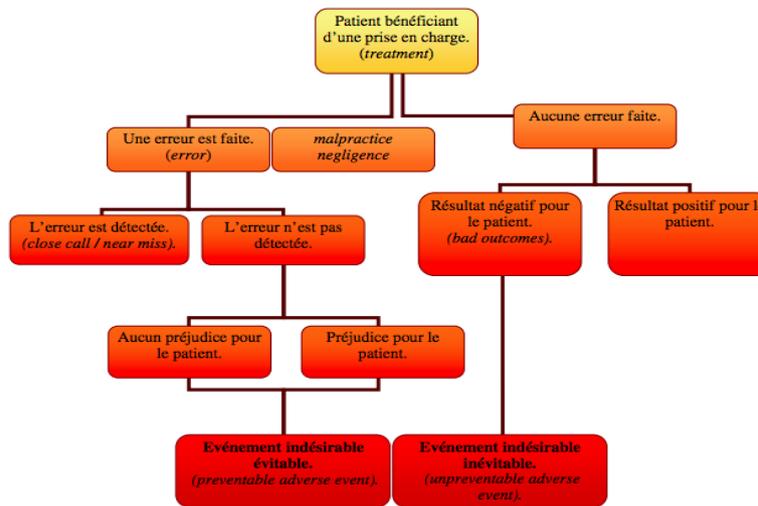


Figure 3 : Synthèse des éléments conceptuels de la sécurité des soins

- «Une erreur est commise, mais elle est détectée avant d'entraîner le moindre préjudice pour la santé du patient. L'accident a donc été évité de justesse (on parle de close call ou de near miss)».
- «Une erreur est commise, sans être précocement détectée. Le patient peut en subir des conséquences parfois graves. Le préjudice est variable dans sa nature et dans sa gravité. Il peut s'agir d'un simple inconfort jusqu'à une complication gravissime : une perte de fonction temporaire ou permanente, parfois même un accident tragique entraînant le décès du patient. Dans tous les cas, il s'agit d'un événement indésirable évitable (preventable adverse event)».
- «Aucune erreur n'est commise, mais la pathologie évolue défavorablement ou alors un risque inhérent à une intervention complexe se vérifie ; la résultante est alors négative pour le patient. Les anglo-saxons qualifient ces aboutissements par bad outcomes, nous sommes en présence d'un événement indésirable – certes – mais inévitable (unpreventable adverse event)».
- «Aucune erreur n'est commise, la prise en charge conduit à une résultante positive pour le patient, c'est le but idéal et attendu de toute prise en charge d'un patient par le système de Santé».

Ce schéma permet de résumer l'ensemble des termes regroupés au sein de la sécurité des soins.

Pour terminer, différencier l'erreur de la faute est un élément indispensable à développer. Le terme d'erreur est encore très souvent confondu avec celui de faute, notamment par les soignants culpabilisés. Effectivement, le soignant ayant fait une erreur se retrouve souvent stigmatisé par sa profession comme fautif, l'erreur n'étant toujours pas intégrée. Cependant, c'est un mot à utiliser avec prudence dans la mesure où il désigne un manquement. C'est un terme à forte connotation juridique car il implique une négligence ou une infraction aux règles de bonnes pratiques. La faute peut également désigner un manque de professionnalisme du médecin ayant fait défaut à ses obligations de prise en charge du patient. Selon la HAS, une erreur médicale est fautive si elle résulte de soins non attentifs, non consciencieux ou non conformes aux données acquises de la science (20). Il semble donc nécessaire que ce terme soit bien différencié de l'erreur. L'erreur n'est pas une faute, ce n'est pas un manquement de la part du médecin mais bien un dysfonctionnement du système.

### 1.C) La seconde victime

C'est A.Wu (21) qui évoque pour la première fois ce concept en 2000 en constatant qu'un de ses collègues «résident» est lui aussi affecté par l'erreur. Il le nomme alors «seconde victime». Ce concept se définit ainsi : «un soignant impliqué et traumatisé par un événement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales» (22). Ce sentiment peut parfois conduire au burn-out, à la dépression voire à la cessation d'activité. L'erreur impacte fortement les soignants sur le plan émotionnel. Dans toutes les études portant sur ce concept, les médecins interrogés rapportaient des émotions désagréables telle que la culpabilité, la honte, l'anxiété ou la peur. Ces sentiments sont aggravés par la culture omniprésente du perfectionnisme en médecine (23). Les impacts sur les médecins étaient également perceptibles dans leur vie extra-professionnelle : troubles du sommeil voire, pour certains, syndrome dépressif (24). Cette position de «seconde victime» engendrait souvent des modifications de pratiques notamment avec l'apparition d'une pratique défensive visant à se prémunir d'une autre erreur. Un autre aspect, accentuant à la fois l'impact de l'erreur sur le médecin et sur sa pratique, était la plainte juridique (25). Néanmoins, ce statut de victime pouvait être dépassé par les médecins. Dans leur étude sur le parcours de «récupération» des médecins après une erreur, Scott *et al* (22) ont décrit un processus en six étapes allant de ce qu'ils ont appelé : «Chaos and accident response » à «Moving on».

Cette dernière étape pouvait aboutir à 3 possibilités :

- une, appelée «abandon», où le médecin remettait en question sa profession.
- une deuxième «de survie», où le médecin gardait des sentiments négatifs mais pouvait continuer à pratiquer.
- une dernière «de dépassement», où le médecin réussissait à surmonter son erreur.

Cette étude, essentiellement descriptive, a également souligné l'importance des pairs ou de l'institution comme déterminant pour le médecin dans cette ultime étape.

#### 1.D) La sécurité des soins en soins primaires : état des connaissances actuelles en France

En tant que porte d'entrée dans le système de soins, les soins primaires (SP) ont une place primordiale dans la prise en charge du patient. Néanmoins, la sécurité des soins a d'abord été étudiée au niveau hospitalier. En France, les premières grandes études sur le sujet débutent dans les années 2000. Elles sont, d'abord, réalisées dans le domaine hospitalier (ENEIS 1 puis 2) entre 2004 et 2009. Elles permettent de connaître le nombre d'hospitalisations liées à des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) en soins primaires. Ces deux études montrent que 4.5% des hospitalisations sont motivées par un EIG soit une estimation de 330 000 à 490 000 EIG, dont 160 000 à 290 000 EIG évitables par an (26).

C'est en 2009 qu'est réalisée la première enquête en soins primaires, c'est l'étude EVISA (27). C'est une étude prospective dont le but est d'estimer le nombre d'hospitalisations liées aux EI en SP. Sur 2946 patients tirés au sort, 73 étaient hospitalisés suite à un EIAS lié à une prise en charge extra-hospitalière. Sur ces 73 événements seuls 47 ont pu être analysés. Et sur ces 47, seulement 29 ont été retenus car dans 18 cas l'ensemble des éléments de la prise en charge étaient considérés comme conformes aux pratiques attendues. Ce qui, d'ailleurs, illustre l'écart parfois important de perception du médecin hospitalier par rapport à la réalité de la médecine de ville. Comme, par exemple, une complication thromboembolique liée à un INR trop bas considérée comme systématiquement évitable par le praticien hospitalier alors qu'une analyse approfondie met en évidence la difficulté de la prise en charge du patient (isolement, troubles cognitifs, opposition aux soins ...). Les auteurs ont relevé que les causes immédiates d'hospitalisation liées aux EI étaient principalement des erreurs d'indication thérapeutique, des défauts de surveillance ou des retards thérapeutiques. Cette première étude a permis de faire un lien entre la sécurité du patient à l'hôpital et en soins primaires ce qui auparavant n'était pas évident. De plus, elle a permis de mettre en évidence des

facteurs favorisant d'EIAS. Les défauts de vigilance sur l'état de santé ou les traitements ainsi que les erreurs de choix thérapeutiques par défaut de connaissances ou la difficulté à remettre en cause la prescription d'un spécialiste sont des facteurs facilitants. Cette étude a également soulevé que les problèmes de communication entre le médecin traitant et les autres professionnels de santé peuvent être à l'origine de nombreux EIAS. Enfin, la charge importante de travail, la dépréciation de leur propre image, la lassitude et le sentiment d'isolement étaient également propices aux EI.

Une seconde étude a été réalisée entre 2011 et 2012 (Etude ECOGEN) (28). Elle portait initialement sur la description des motifs de consultation en médecine générale. Néanmoins, elle a permis de mettre en évidence que les EI iatrogéniques touchent 4,3 % des consultations. Cette iatrogénie représente donc une consultation par jour et par médecin généraliste en France. Plus significatif encore, la iatrogénie représentait 1 des 10 diagnostics les plus fréquents dans l'étude. Les facteurs de risque de iatrogénie identifiés dans cette étude étaient conformes aux données de la littérature (patients âgés, état polyopathologique et polymédication).

La dernière étude d'envergure réalisée est l'étude ESPRIT (2013). Elle avait pour but d'estimer la fréquence d'EIAS en soins primaires. Les résultats obtenus étaient similaires à d'autres études européennes (29). Sur 12 348 actes de consultations et de visites, 317 EIAS, dont 270 évitables, ont été pris en compte. La fréquence était donc de 26 EIAS pour 1 000 actes et de 22 EIAS évitables pour 1 000 actes. Il convient de noter que 43% des EIAS étaient identifiés par les patients ou leur entourage, ce qui confirme combien le patient doit être impliqué dans la sécurité des soins. Les EIAS graves étaient exceptionnels (0,06%). Élément notable, la grande majorité des EIAS n'avait entraîné aucune conséquence pour le patient car ils avaient été identifiés rapidement.

Ces différentes études ont permis de prendre conscience que la fréquence des EIAS en France est similaire à d'autres pays. Elles ont également permis de souligner que, la plupart du temps, ces EIAS n'ont entraîné aucune conséquence pour le patient. Néanmoins, à la lumière du nombre d'EI évitables recensés, il paraît important de souligner que la sécurité des soins reste encore à améliorer.

*La notion de sécurité des soins est large car elle regroupe différents aspects se structurant autour de l'événement indésirable et de l'erreur médicale. Concernant l'EI, il peut être défini ainsi : un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau. Il englobe les EIG, EIAS, EI évitables et EI inévitables. Il se différencie de l'erreur par la notion d'évitabilité, l'erreur étant, elle, toujours évitable. Cette dernière se caractérise comme un dysfonctionnement, censé évitable, par rapport à une norme théorique et forcément partielle, mais reconnue comme valide. Elle doit être différenciée de la faute car n'est pas intentionnelle. Ces événements, dont l'issue peut être véritablement défavorable au patient, ont la particularité d'atteindre aussi son auteur. Il se trouve alors dans un position de «seconde victime» face à sa propre erreur, soumis à un fort sentiment de culpabilité et de honte. Ces situations, loin d'être anodines, font partie de la réalité des soins car leur fréquence, que ce soit concernant les EI ou les erreurs médicales, reste importante en SP comme dans le milieu hospitalier. Les dernières études réalisées dénombrèrent environ 22 EI pour 1000 actes réalisés en SP (ESPRIT) ainsi qu'une incidence de 6,6 EIG survenant pour 1000 jours d'hospitalisations (ENEIS) en France. Les chiffres dans le reste du monde reste comparables. Ces situations sont donc un enjeu majeur pour la sécurité des patients dans leur parcours de soins mais également dans la manière dont le médecin sera accompagné pour faire face. Cet accompagnement sera nécessaire pour que la relation avec son patient en soit la moins impactée possible car c'est elle qui va être au coeur des cheminements parallèles de ces deux protagonistes.*

## 2) LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Définir la relation entre le médecin et son patient est un sujet vaste et complexe. On peut la résumer comme l'ensemble des interactions produites entre le médecin et son patient au cours d'un acte ou d'un suivi thérapeutique (30). Elle est le pivot autour duquel vont s'articuler les soins portés au patient. Elle va influencer la manière dont le patient va adhérer à la prise en charge thérapeutique proposée par le médecin. C'est ce qui va la rendre si précieuse.

Cette relation unique repose sur quatre éléments clés : la connaissance mutuelle, la confiance, la loyauté et le respect. Ces quatre éléments constituent le fondement de la relation médecin-patient (31).

Cette relation est également particulière car elle s'inscrit dans le temps. En effet, dans la relation établie entre le médecin et son patient, il y a cette notion de suivi au long cours qui n'existe pas pour d'autres prises en charges. C'est M.Balint (32) qui a été un des pionniers de ce sujet. «C'est un domaine très important que la science médicale a négligé [jusque-là]. Une des raisons de cette négligence tient au fait que les chercheurs – nos spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux – n'entrent guère en contact avec ce problème. C'est le domaine de l'omnipraticien, en fait, son travail quotidien. [...] L'omnipraticien, [qu'il le veuille ou non], doit suivre ses cas ; la majorité de ses patients - qu'ils soient reconnaissants ou mécontents – reviennent le voir encore et toujours». Dans ce suivi, il y a d'un côté le patient qui «apprend l'étendue et la nature de l'aide qu'il peut attendre de son médecin» et, de l'autre côté, le médecin qui va connaître de mieux en mieux son patient au fil du temps, «au cours de longues années de fréquentation de son patient, l'omnipraticien accumule progressivement un vaste ensemble de détails importants». M.Balint a ainsi montré l'importance qu'avait dans la pratique médicale cette relation interpersonnelle forte car singulière et soutenue dans le temps.

### 2.A) Les modèles relationnels

La relation a fait l'objet de plusieurs conceptualisations depuis de nombreuses années car elle est en constante évolution du fait des changements sociétaux. Dans un article paru en 1992, les docteurs E.Emanuel et L.Emanuel ont modélisé la relation médecin-patient selon 4 modèles. En s'inspirant de l'école interactionniste née à Chicago dans les années 1960, à la suite de recherches en sociologie et en anthropologie, ils les ont défini ainsi (33):

**- Le modèle paternaliste :**

Le premier est le modèle paternaliste, parfois appelé modèle parental ou sacerdotal. Dans ce modèle, l'interaction médecin-patient garantit que les patients reçoivent les interventions nécessaires pour promouvoir au mieux leur santé et leur bien-être. Dans ce modèle, le médecin agit en tant que tuteur du patient. Il doit mettre en œuvre ce qui est le mieux pour lui. À ce titre, le médecin a des obligations, notamment celle de placer l'intérêt du patient au-dessus du sien et de solliciter des avis complémentaires en cas de manque de connaissances adéquates. La conception de l'autonomie du patient est limitée et reste dictée par ce que le médecin pense bon pour son patient.

**- Le modèle informatif :**

Le deuxième est le modèle informatif, parfois appelé scientifique ou modèle de consommation. Dans ce modèle, l'objectif de l'interaction médecin-patient est que le médecin fournisse au patient toutes les informations pertinentes, afin qu'il puisse choisir les interventions médicales qu'il souhaite. Dans le modèle informatif, le médecin est pourvoyeur d'expertise technique. Il doit fournir au patient les moyens d'exercer un contrôle sur sa santé. En tant qu'experts techniques, les médecins ont donc des obligations importantes : fournir des informations véridiques, maintenir leurs compétences et consulter des confrères lorsque leurs connaissances sont incomplètes. La conception de l'autonomie du patient correspond, dans ce modèle, au contrôle du patient sur la prise des décisions médicales.

**- Le modèle interprétatif :**

Dans ce modèle, la relation a pour objectif de comprendre ce que souhaite réellement le patient au vu de ses valeurs pour l'aider à identifier la prise en charge adéquate. Selon le modèle interprétatif, les valeurs du patient ne sont pas nécessairement fixes et connues de celui-ci. Il se peut qu'il ne les comprennent que partiellement. Par conséquent, le médecin, qui travaille avec le patient, doit élucider et rendre cohérentes ses valeurs. Pour ce faire, le médecin travaille avec lui pour reconstruire ses objectifs et ses aspirations. Dans ce modèle, le médecin est un conseiller. Ainsi, ses obligations comprennent celles énumérées dans le modèle informatif mais nécessitent également la participation du patient dans un processus commun de compréhension. En conséquence, la conception de l'autonomie du patient est la compréhension de soi : le patient apprend plus clairement qui il est en réalisant l'impact des diverses options médicales.

## - Le modèle délibératif :

Dans le modèle délibératif, l'interaction médecin-patient a pour objectif d'aider le patient à déterminer les meilleures valeurs liées à sa santé. À cette fin, le médecin doit délimiter des informations sur les situations cliniques et ensuite aider le patient à élucider les types de valeurs incarnés dans les options. Le médecin ne vise rien d'autre que la persuasion morale. En fin de compte, le patient doit faire ses choix de vie et sélectionner l'ordre des valeurs auxquelles il veut adhérer. En s'engageant dans une délibération morale, le médecin et le patient jugent l'importance des valeurs liées à la santé. Dans ce modèle, le médecin agit comme enseignant ou ami, engageant le patient dans un dialogue sur la meilleure façon d'agir. Non seulement, le médecin indique ce que le patient pourrait faire, mais, connaissant le patient et souhaitant ce qui est le mieux pour lui, il lui indique ce qu'il doit faire et quelle décision concernant le traitement médical serait la meilleure. La conception de l'autonomie du patient est l'auto-développement moral : le patient est habilité non seulement à suivre des valeurs examinées, mais à considérer, par le dialogue, les valeurs alternatives liées à sa santé et à ses traitements.

Ces quatre modèles, élaborés en tenant compte de différents éléments tels que les valeurs du patient, le but de la relation et la vision de l'autonomie donnent un aperçu de ce que peut être la relation médecin-patient. Dans cet article, les auteurs ont choisi le modèle délibératif comme modèle idéal répondant aux questions sociétales actuelles d'autonomisation du patient, ce qui paraît à ce jour complètement justifié. Aujourd'hui, le patient n'est plus perçu comme un acteur passif de sa santé mais doit en tenir le rôle principal. C'est le médecin qui doit, par ses connaissances et ses capacités humaines, l'amener à prendre cette place.

### 2.B) Un colloque singulier

À travers la présentation de ces modèles, nous en percevons les limites. En effet, la relation est unique et singulière car modelée par deux êtres humains. C'est ce qu'a décrit G.Duhamel (34) dans ce qu'il a appelé le «colloque singulier» entre le médecin et son patient. C'est une relation bilatérale et protégée, qui s'établit en confiance de part et d'autre. Ce colloque va être une rencontre entre deux personnes, le médecin et le patient, dont le but est de créer une relation d'aide et d'échange, librement consentie, de nature neutre et bienveillante. Il repose sur une confiance et une écoute réciproques. C'est grâce à cette relation que le patient peut confier ses interrogations, même les plus intimes et accorder au médecin le droit à l'examen de son corps.

Par conséquent, elle va conférer au médecin un «pouvoir» car il va être en possession de questions essentielles que le patient se pose concernant la vie, la maladie, la souffrance et la mort. Ultérieurement, le philosophe P.Ricœur a proposé, pour exprimer ce qui constitue «le noyau éthique de cette rencontre singulière», le concept de «pacte de soin fondé sur la confiance» (35). Cette notion de pacte intervient car la relation va être une alliance entre le malade et le médecin contre un ennemi commun : la maladie. Néanmoins, ce pacte doit surmonter la dissymétrie initiale qui existe entre le médecin, porteur du savoir, et le patient vulnérable demandant des soins. Il est donc primordial qu'il y ait entre ces deux parties un respect profond et mutuel. Ce pacte de soin est fragile. Il est constamment menacé par une éventuelle méfiance du malade, une trop grande intrusion des techniques biomédicales, ou même par des comportements offensants du médecin. En étant influencé par les représentations respectives que chacun se fait du soin, il peut également se distendre. D'un côté, le médecin agissant en fonction de sa personnalité mais aussi de son éducation familiale, sociétale et facultaire et de l'autre côté, le patient vulnérable affaibli par la maladie, sont deux mondes à faire coexister. Lorsque ce pacte est malmené, il importe alors de «retourner à l'exigence de base du pacte de soin, à savoir l'association du patient à la conduite de son traitement, en d'autres termes, au pacte qui fait du médecin et du patient des alliés dans leur lutte commune contre la maladie et la souffrance».

## 2.C) Les échanges médecin-patient : l'apport de la psychanalyse

La psychanalyse a permis l'apport de concepts intéressants permettant de comprendre les enjeux de cette relation.

Le premier concept est celui de *transfert/contre-transfert* (36). Le concept de transfert réunit les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin. En effet, dans le cadre de la relation médecin-malade, des désirs inconscients sont présents et un certain nombre de désirs insatisfaits du patient vont se projeter sur la personne du médecin. Le malade peut ainsi répéter des situations conflictuelles qu'il a vécues dans son passé. Il va y avoir un miroir à ce concept qui est le contre-transfert. Il se définit comme les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le médecin vis-à-vis de son patient. Ce contre-transfert est directement lié à la personnalité et à l'histoire du médecin. Le plus souvent, le contre-transfert est positif, permettant une relation médecin-malade de qualité, caractérisée par l'empathie<sup>1</sup> du médecin et une action thérapeutique efficace. Une relation médecin-malade de qualité fait référence au fait que le médecin s'identifie au patient et comprend sa situation tout en étant capable de

---

<sup>1</sup> Capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent.

garder une certaine distance vis-à-vis de lui. Il peut exister un contre-transfert excessif risquant de conduire le médecin à une identification massive au malade et donc à une perte d'objectivité dans les soins. Il peut aussi exister un contre-transfert négatif induisant de l'agressivité et des frustrations excessives pouvant être à l'origine d'échecs de la relation thérapeutique. Il en est de même pour une absence de contre-transfert qui peut conduire à une froideur excessive. Ce concept est primordial à souligner car il montre combien la relation peut être fragile car reposant sur le vécu et la personnalité de chacun.

Le deuxième concept fondamental est celui introduit par M. Balint en 1957 : *la fonction apostolique*. Il nomme ainsi la façon qu'a le médecin d'avoir une idée du comportement que doit adopter le patient. En effet, malgré une prise de conscience souvent difficile, le médecin a une «vague idée mais presque inébranlable du comportement que le patient doit adopter lorsqu'il est malade». Cette idée reste, néanmoins, pour le médecin quelque chose de peu explicite et concret, mais elle possède une grande puissance car elle va influencer sa conduite envers son patient. On appelle ce concept la «fonction apostolique» car tout se passe comme si le médecin devait «convertir» le patient à ce qu'il pense être bien pour lui.

#### 2.D) Le médecin, le patient et la maladie

La relation va donc pouvoir exister au travers de deux protagonistes, le médecin et le patient, qui se rencontrent du fait de la maladie. Tout d'abord, le patient dont la fonction n'a cessé de changer au fil du temps. En effet, au gré des siècles, son image a largement évolué passant de malade incommodant comme au moyen âge (lèpre) voire même coupable (christianisme avec la notion d'expiation ses fautes) à aujourd'hui un patient émancipé, actif dans ses soins. Il n'en reste pas moins qu'être malade signifie toujours être affaibli. Lorsqu'il consulte, c'est dans une position de demande, de besoin, qui le positionne en situation de faiblesse face au médecin car confier sa vie et sa mort à un semblable reste irrationnel et difficilement tolérable. D'un autre côté, le médecin est à la fois détenteur du savoir mais doit faire preuve d'une empathie sans faille dans le but de «prendre soin» de l'autre.

La maladie, à l'origine de l'intervention du médecin, est bien sûr un produit pathologique mais n'en reste pas moins façonnée par les représentations culturelles de la société. Au départ, elle reste une anomalie qui exclut la personne du monde normal. C'est un «défaut» qu'il faut combattre. Sa perception varie, qu'elle soit médicale ou du côté du patient. Le médecin va la voir comme un atteinte physiologique que ses connaissances peuvent diminuer voire éliminer. Le patient la considère comme une anomalie à tout prix évitable.

*La relation entre le médecin et son patient est un colloque singulier qui résulte de l'ensemble des interactions entre le médecin et son patient. Son modèle évoluant au cours du temps, il semble qu'actuellement la relation tende vers le modèle délibératif dont l'interaction a pour objectif d'aider le patient à déterminer les meilleures valeurs liées à sa santé. Cette relation singulière, qui va se mettre en place entre deux êtres humains, repose sur plusieurs aspects. Premièrement, c'est par la maladie que le patient vient vers son médecin dans une position de faiblesse qu'il convient de toujours prendre en compte. Le deuxième aspect fait appel à un concept psychanalytique : transfert et contre-transfert. En effet, dans cette relation humaine les deux parties sont soumises à leurs réactions affectives conscientes et inconscientes qui vont modeler cette relation. Le dernier concept qu'il convient de souligner est celui mis en exergue par M.Balint (1957) selon lequel le médecin a une fonction apostolique où il essaye de «convertir» le patient à ce qu'il croit bon pour lui. Comprendre ces concepts, c'est appréhender les déterminants de la relation entre le médecin et son patient.*

### 3) LA RÉCENTE ÉVOLUTION DE LA RELATION

On peut remarquer que la relation a subi des grands changements ces dernières années. Le savoir du médecin et le principe de bienfaisance, auquel il a été formé, demeurent mais le malade a changé. L'individualisme avec notamment la revendication d'une meilleure prise en compte des droits du patient n'a pas épargné la relation médicale. L'évolution s'est traduite par le passage «des droits des malades aux droits des personnes (...) sur leur corps, dans un esprit fortement teinté des droits de l'homme» (37). En effet, le patient ne veut plus seulement des informations sur les différentes prises en charge possibles mais souhaite aussi plus de liberté avec notamment celle de disposer de son corps, voire de sa vie. Le patient tend à se libérer de tout paternalisme. Il veut comprendre et choisir. Cette transformation de la relation médicale n'est que la résultante d'un ensemble de phénomènes (38).

Tout d'abord, on observe dès 1974 les prémices d'un changement de la place du patient (39). La parution d'un décret sur la charte du malade hospitalisé, permettant la reconnaissance des droits et devoirs des personnes malades ainsi qu'à travers ces droits, le respect de leur dignité et de leur personnalité, fait passer le malade d'objet à sujet de soins. Parallèlement, à cette évolution sociale, coïncide le développement de la médiatisation de l'information médicale en France avec notamment les premiers cas de Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquis (SIDA) qui vont venir bousculer les comportements. Son émergence brutale, le jeune âge de la population touchée, mais surtout son caractère incurable en font des facteurs décisifs dans ce bouleversement des comportements. Pour la première fois, des malades revendiquent le droit de participer à la décision concernant leur traitement. Puis, très vite la revendication s'élargit (amiante, maladie de Creutzfeldt-Jakob, sang contaminé, ...) et va déclencher une prise de conscience autour de la place du patient. C'est par la loi du 4 mars 2002 que l'État prend acte de ces changements. Ainsi, grâce à deux principes étroitement liés l'un à l'autre, le patient est désormais en droit d'attendre des informations sur sa santé. D'un côté, son consentement libre et éclairé aux actes et traitements qui lui sont proposés, et de l'autre côté, son corollaire, son droit à être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique). Désormais, l'information est un devoir du médecin. Elle va permettre au malade détenteur d'informations d'être acteur de sa santé. Cette évolution des droits du patient peut être reliée aux mouvements sociaux d'émancipation des personnes qui évoluent depuis la fin de la seconde guerre mondiale, notamment illustrée par celle des femmes. Effectivement, par cette loi, le patient s'émancipe. Il n'est désormais plus assujéti au paternalisme médical mais devient libre des choix concernant sa santé. Ce changement de position va métamorphoser la relation médecin-patient.

Par la suite, la naissance d'associations de patients va concrétiser ces changements. Elles vont avoir un rôle important dans la construction du mouvement d'indemnisation des patients. Nous évoquons ce point car il va impacter fortement la transformation de la relation. En effet, l'accès à la justice va être rendu courant. Cet accès-là va être difficilement géré par le corps médical. Les juges estimant les professionnels couverts par leurs assurances vont plus souvent se prononcer en faveur du patient (38). En pratique, le médecin ne va pas comprendre cette position générale et va donc la percevoir comme une atteinte à sa légitimité de professionnel. Ceci engendre une relative hostilité entre les deux professions et surtout conditionne le changement dans la relation. En effet, cette judiciarisation rend les médecins plus méfiants vis-à-vis des patients, voire parfois leur inculquant une pratique médicale défensive.

Cette relation a été également modifiée par l'apparition de maladies chroniques incurables qui ont affecté le patient de telle sorte que le maintien d'une vie sociale normale n'est pas toujours possible. Les avancées scientifiques majeures avec l'allongement de l'espérance de vie, la modification de la représentation du corps érigée comme norme sociale ainsi que l'éclatement de l'information via le développement d'internet ont également modifié cette relation.

*Depuis plusieurs années, un ensemble de changements sociétaux a modifié la relation entre le médecin et son patient. Le changement majeur reste celui de l'émancipation du patient, où de personne vulnérable il est devenu acteur de ses propres soins. Cette émancipation est née, dans les années 1980, d'un changement de conscience sur le rôle que le patient pouvait avoir dans sa propre prise en charge. Cela a notamment été possible suite à la mobilisation suscitée par l'épidémie de SIDA mais aussi par plusieurs scandales médiatisés tels que l'amiante, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le scandale du sang contaminé... C'est la loi du 4 mars 2002 sur les droits du patients qui inscrit de manière tangible et définitive ce changement.*

#### 4) LA PLACE DE L'ERREUR DANS LE CONTEXTE MÉDICAL ET SOCIÉTAL

##### 4.A) L'erreur dans la société

«*Errare humanum est*» d'après cet adage bien connu. Néanmoins, il semble que la réalité ne soit pas aussi simple, c'est à dire que l'erreur comme composante de notre humanité ne soit pas totalement acceptée. En effet, l'erreur reste assimilée à une marque de faiblesse. L'erreur que ce soit dans le domaine médical ou plus largement au sein de notre société reste équivalente à un manquement de savoir, d'attention... Plusieurs auteurs ont mis en évidence combien ce culte de la perfection était présent dans notre société moderne. Pour A. Ehrenberg (40) «ce culte prend son essor au cours des années 1980 à travers trois déplacements. Les champions sportifs sont des symboles d'excellence sociale alors qu'ils étaient signe de l'arriération populaire. La consommation est un vecteur de réalisation personnelle alors qu'elle connotait auparavant à l'aliénation et la passivité. Le chef d'entreprise est devenu un modèle de conduite alors qu'il était l'emblème de la domination du patron sur l'ouvrier». Il ajoute que ce culte est nécessaire car il permet à chacun de s'adapter à une transformation majeure «le déclin de la discipline au profit de l'autonomie». L'épanouissement personnel et l'initiative individuelle sont donc désormais au coeur des interactions entre l'homme avec la société. La performance va donc constituer une sorte de «dogme» qui va faire porter à l'individu la responsabilité de sa vie. En développant cette réflexion à l'extrême, nous pourrions dire que la performance pourrait donc être associée à une forme de narcissisme au vu d'une «normalisation de l'investissement par excès» (41). Il en va de même pour le domaine médical. Tout d'abord, concernant la formation des futurs médecins dont les études se déroulent de telle sorte que les étudiants les moins performants, via les concours et examens, soient éjectés du système. De plus, la manière d'instruire les étudiants, même si cela change, reste axée sur la compétitivité et donc sur la performance vis-à-vis d'autrui. Un bon médecin est un médecin performant. La place de la faiblesse est écrasée par cette injonction. Une fois professionnels, les médecins ainsi que les établissements et structures de soins restent soumis à cette performance. En effet, suite à l'évolution des mentalités en matière de consommation, la bonne santé est devenue un droit. Les médecins ainsi que les établissements de santé, en se soumettant à cette compétitivité, peuvent être désormais notés et classés par leurs «clients». Un autre point marquant de cette vision performative est la modification progressive de la gestion hospitalière avec l'apparition d'outils permettant d'évaluer la performance économique mais aussi celle du soin. Même si ces indicateurs ont permis d'améliorer et de standardiser les pratiques, il semble que la

performance reste opposée au soin. En effet, la performance comme rendement ou fiabilité très élevée (42) ne correspond pas au soin qui nécessite du temps et de l'empathie. Ce point a largement été souligné, notamment au vu des problématiques actuelles (43).

*Au sein de notre société performative la place de l'aléatoire, de l'erreur, de la faiblesse est effacée sous la pression de la performance, présentée comme un gage d'épanouissement des individus. Néanmoins, les problématiques de santé actuelles révèlent les limites de ce modèle performatif appliqué à la santé. L'humanité comme fondement d'un soin véritable devrait reprendre sa juste place. Et ce, en intégrant ses failles qui, loin d'être une faiblesse, sont une force d'adaptation.*

#### 4.B) Les particularités de l'erreur dans l'exercice de la médecine générale

Souligner la particularité de l'exercice de la médecine générale comme un exercice incertain et le plus souvent solitaire nous paraît important. En effet, cet exercice est imprégné par l'incertitude et la solitude dans la décision. Or, ces deux paramètres sont des facteurs de risque d'erreur.

Affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de sa consultation, identifier de façon certaine l'existence d'une maladie définie reste une grande illusion. Le fait est que le médecin se trouve, souvent, à l'issue de la consultation, dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie des troubles et leur évolution vers une maladie. C'est ce qu'on appelle : l'incertitude diagnostique. Cette incertitude représente une difficulté pour les médecins. En effet, elle est rarement enseignée pendant le cursus médical, les médecins y sont donc peu préparés. De plus, c'est une possibilité de remise en cause du statut de médecin puisqu'aux yeux des patients celui-ci dépend largement de la capacité à poser des diagnostics précis et à prendre de bonnes décisions (44). Cette incertitude intervient en amont, pendant ou en aval de la consultation. En début de consultation, le médecin généraliste se retrouve souvent exposé à une grande variété de plaintes qui se présentent à lui de manière «profane» (45) sans mise en forme préalable, mêlées à des considérations qui peuvent déborder du registre biomédical. L'absence de filtrage des patients, en amont, place donc le généraliste en contact direct avec ces attentes inconnues et parfois difficilement compréhensibles. Cette incertitude reste présente en aval de la consultation. Le généraliste doit s'adapter au patient libre d'observer les prescriptions et les recommandations médicales mais également libre d'exprimer ses préférences. C'est au médecin de s'accommoder à cette incertitude, même si, via l'exercice collectif qui se développe de nos

jours, elle reste moins lourde à porter. G Bloy (45) via les travaux de Baszanger (1991) et de Dodier (1991) a élaboré une représentation de l'accommodation de l'incertitude en médecine générale.

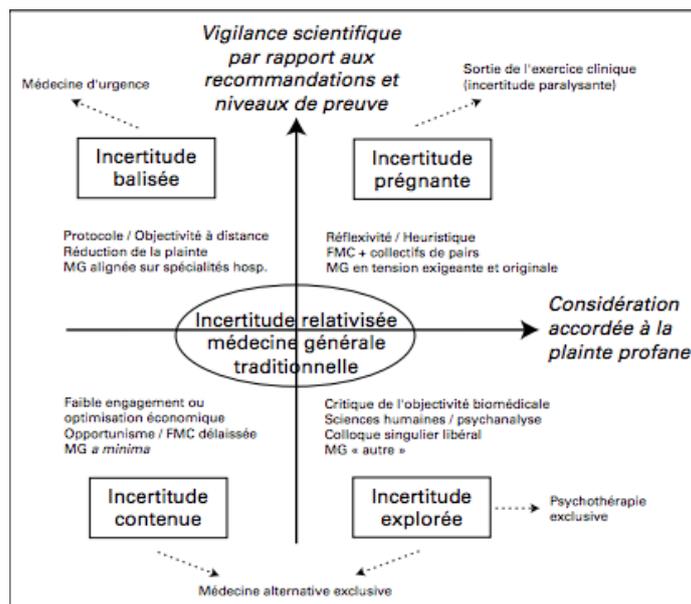


Figure 4 : *Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale* (Bloy G. 2008)

- «L'incertitude prégnante» est caractérisée par une considération importante accordée à la plainte profane, associée au souci de tenir compte des recommandations et d'exercer une médecine «EBM» (Evidence Based Medicine). Les médecins sont souvent investis dans des groupes de pairs et dans la Formation Médicale Continue (FMC). Le niveau d'incertitude y est de ce fait maximal et ces médecins sont en permanence en tension entre les deux axes : prise en compte de la plainte du patient et souhait de garder une vigilance scientifique.

- «L'incertitude balisée» correspond à une stratégie de maîtrise de la dimension profane de la plainte par des éléments connus, appuyée sur des standards scientifiques dominants. La prise en charge fait ainsi référence aux savoirs médicaux spécialisés qui font autorité, par opposition à l'expérience ou aux pratiques empiriques moins établies. Ce type d'exercice de la médecine va à l'encontre d'une proximité durable avec le patient. Les médecins adoptant cette «démarche de réduction de la complexité» risquent d'être insatisfaits par la médecine générale et sont plus volontiers attirés par un exercice en service d'urgence.

- «L'incertitude explorée» correspond à une prise de distance vis-à-vis des standards scientifiques, soit par esprit revendicatif (rejet du modèle hospitalier biomédical), soit par démission face à des protocoles jugés inadaptés. Ceci se fait au profit d'une plus grande écoute et d'un accompagnement individualisé. Ces médecins sont davantage intéressés par les sciences humaines et la psychologie.

- «L'incertitude contenue» est une pratique où la minimisation des efforts est le principal moteur. Il y a, ainsi, plusieurs manières de «régler» la question de l'incertitude : multiplication des examens complémentaires pour pallier à un interrogatoire ou à un examen physique insuffisants et orientation vers des confrères spécialistes.

Néanmoins, cette incertitude constitutive de la médecine générale demeure une source potentielle d'erreur car le médecin s'expose à deux inconvénients. D'une part, le risque de réduire le diagnostic au seul motif de consultation présenté. D'autre part, de faire comme si c'était une maladie et donc poser un diagnostic sans preuve. Elle reste donc importante à identifier comme facteur de risque particulier.

Un autre facteur à prendre en compte dans l'erreur en médecine générale est la solitude dans la décision. Même si l'exercice tend à se faire collectif et que la décision est de plus en plus concertée avec le patient, il n'en reste pas moins que le médecin se retrouve la plupart du temps seul décideur face au patient. Cette solitude majore la responsabilité du médecin face à son patient, notamment en comparant à ce qui se vit dans le domaine hospitalier où l'équipe est présente pour pallier aux manquements du médecin.

*Deux piliers de l'exercice de la médecine générale sont à prendre en compte dans l'analyse de l'erreur médicale : l'incertitude et la solitude dans la prise des décisions. Ces deux éléments sont des facteurs de risque d'erreur médicale et augmentent le poids de la responsabilité. Contrairement à la solitude, tendant à être moins prégnante du fait de l'essor de l'exercice groupé, l'incertitude reste inhérente à l'activité médicale. G bloy, en s'intéressant à cette problématique, a décrit plusieurs stratégies qu'utilisent les médecins pour la contenir. Elles sont au nombre de quatre : l'incertitude prégnante, balisée, explorée et contenue. Elles traduisent la personnalité du médecin.*

## 5) PROBLÉMATISATION

Au travers de ces différents points nous avons pu voir que l'erreur est inhérente à la pratique médicale. Néanmoins, elle reste actuellement peu intégrée dans la pratique quotidienne car difficile à accepter par le corps médical, mais aussi par la société où la performance tient un rôle important et dans laquelle l'erreur reste perçue comme une faiblesse. De plus, nous avons vu combien le point central de l'exercice de la médecine générale se base sur la relation médecin-patient. On peut imaginer que celle-ci soit bouleversée par l'erreur. Nous nous sommes donc posés la question suivante : Quels sont les déterminants de la poursuite de la relation entre le médecin et son patient après une erreur médicale ? L'objectif de cette étude sera d'explorer comment les médecins généralistes perçoivent la continuité de la relation de soin dans le contexte d'erreur.

## II – MÉTHODES

### 1) GÉNÉRALITÉS

#### 1.A) Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude était de comprendre les déterminants de la poursuite de la relation entre le médecin et son patient après une erreur médicale. Notre étude, en s'appuyant sur l'expérience des médecins généralistes, permettait de signifier leur vécu vis-à-vis de l'impact que pouvait avoir l'erreur sur leur relation avec le patient.

#### 1.B) Une approche compréhensive

Pour réaliser notre étude, nous avons fait le choix d'une recherche qualitative pour sa démarche compréhensive mais surtout pour son approche centrée sur l'expérience des participants. L'objectif étant d'obtenir une connaissance plus générale de l'objet de recherche à partir des expériences rapportées. L'analyse qualitative, de part sa démarche «discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes» (46) participe à la découverte et à la construction du sens de l'objet de l'étude. C'est ce modèle de cheminement qui s'ajustait le mieux à la manière de répondre à notre problématique.

Le but de notre étude était donc la recherche d'un sens global tiré de l'expérience singulière de chaque participant. Il n'y n'avait donc pas d'hypothèse formulée à priori, mais c'est en s'inspirant de l'expérience de chacun des participants que l'on essayait d'en obtenir une généralité.

Le recueil des données a été réalisé pour chaque participant grâce à un entretien semi-directif<sup>2</sup>. Le guide d'entretien était élaboré à partir des données de la littérature sur l'erreur médicale, son impact sur le médecin mais aussi, en partie, sur l'expérience de l'enquêtrice. L'utilisation d'entretiens semi-directifs a permis de recueillir librement la parole des médecins sur leur vécu et les conséquences de l'erreur dans la relation avec leur patient. Leurs propos, provenant directement de leur expérience, décrivaient leurs ressentis, leurs émotions et la manière dont ils avaient vécu la situation.

---

2 *L'entretien semi-directif est une technique d'enquête qualitative qui permet en orientant, en partie, le discours des personnes interrogées de chercher à obtenir des informations précises sur le thème de recherche défini.*

La difficulté majeure de ce travail a consisté à adopter une juste posture. De part son vécu similaire, l'identification de l'enquêtrice aux médecins interrogés pouvait largement influencer ses propos lors des entretiens. Ses représentations de l'erreur pouvaient également conditionner sa démarche. Il a donc fallu qu'elle identifie ses a priori, ses représentations et parvienne à mettre à distance sa propre expérience afin d'en être le moins impactée possible. Néanmoins, tout chercheur reste inspiré par ses propres référentiels qu'ils soient culturels ou expérientiels sans que cela ne desserve pour autant la recherche. En effet, le discours autour d'une expérience est quasiment inépuisable. Il convient de choisir une stratégie dans la manière de l'aborder à partir des théories propres du chercheur. Comme le dit J-M.Salankis «la question que nous nous posons atteste une compréhension d'avant toute explication, d'avant tout apport de réponse. Le mouvement de la réponse - c'est à dire de la compréhension – s'amorce donc dans l'élaboration de la pré-compréhension qui habite et pour ainsi dire inspire la force de la question en nous» (47). Néanmoins, pour s'approcher au plus près du sens donné par les participants, l'enquêtrice devait prendre conscience de ces variables et les examiner afin de les cerner le mieux possible. Le travail à cette prise de conscience est ce qu'on appelle «l'équation intellectuelle du chercheur» (46). Pour notre étude, la réflexivité de l'analyse était garantie à la fois par la tenue d'un journal de bord où l'enquêtrice y déposait ses représentations et par la triangulation réalisée au moment de l'analyse avec les directeurs de thèse.

## 2) POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE

La population de l'étude était constituée de médecins généralistes installés en Loire atlantique et Vendée.

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecins installés ou exerçant depuis plusieurs années.
- Médecins ayant fait l'expérience d'une erreur auprès d'un patient.
- Médecins ayant donné leur accord pour participer à l'étude.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Le choix d'échantillonnage s'est porté sur un échantillonnage en «boule de neige». C'est une forme d'échantillonnage par dépistage de liens où l'on demande aux individus faisant partie de l'échantillon initial d'identifier des connaissances pouvant répondre au thème de recherche et ainsi de suite. Celui-ci a été retenu car il permettait de faciliter le recrutement des médecins, notre étude nécessitant l'identification d'une population précise (médecins ayant fait une erreur et ayant pu revoir le patient ensuite). De plus, le thème de l'étude pouvant être difficile à aborder, il nous a semblé bénéfique que les médecins soient contactés par l'intermédiaire d'un collègue connu, facilitant ainsi la prise de contact. L'enquêtrice réalisait un entretien unique avec un premier médecin puis les médecins suivants étaient recrutés par effet «boule de neige». C'est à dire qu'à la fin de l'entretien, il était demandé au médecin de transmettre les coordonnées de collègues susceptibles d'être intéressés pour répondre à l'objet de l'étude. L'enquêtrice n'avait pas de lien particulier avec les médecins interrogés.

### 3) RECUEIL DES DONNÉES

#### 3.A) Entretiens semi-directifs

L'entretien était l'occasion d'une rencontre avec le médecin, où l'enquêtrice s'attachait à recueillir son ressenti ainsi que son vécu au moment des faits. Des données socio-démographiques et bio-médicales sur le médecin interrogé étaient collectées en fin d'entretien afin de caractériser l'échantillon des participants (sexe, âge, ancienneté d'installation, lieu d'installation, statut de maître de stage et nombre de patients reçu par jour).

L'entretien devait être réalisé de manière à ce que le médecin interrogé se sente le plus en confiance possible face à l'enquêtrice. Pour cela, elle commençait toujours par faire part de sa propre expérience, de ses émotions ressenties et de son intérêt pour cet objet de recherche afin d'établir ce lien.

Un guide d'entretien semi-directif a été rédigé pour l'étude (cf Annexe n°1). Il a été modifié, en partie, au fil des interviews. Premièrement, concernant la question du pardon qui était évoqué en fin d'entretien, ce terme étant, pour la plupart des participants, trop attaché à la culture judéo-chrétienne il ne faisait pas toujours sens pour eux. Cette question a donc été reformulée en utilisant un terme moins lourd de sens : l'acceptation. Deuxièmement, deux questions absentes lors de l'élaboration de la grille d'entretien, ont été ajoutées rapidement pour approfondir ce que les médecins rapportaient. La première question concernait le sens que donnait le médecin au sentiment d'obligation qu'il ressentait envers son patient après une erreur. La question posée était donc : «N'aurait-il pas été plus simple d'abandonner ?». Une deuxième question a été ajoutée. Elle concernait la personnalité du médecin interrogé pour savoir si celle-ci influençait sa manière d'aborder l'erreur avec le patient. Ces entretiens étaient réalisés majoritairement au cabinet du médecin. Toutefois, deux des participants ont préféré s'entretenir à leur domicile.

#### 3.B) Analyse des données

Les données vocales enregistrées étaient ensuite retranscrites en intégralité sur le logiciel «O transcribe» par l'enquêtrice, de manière littérale. Elle rapportait également, quand cela était prégnant, les éléments de communication non verbale (rires, pleurs...). Les notes d'observation, consignées dans le carnet de bord, permettaient à l'enquêtrice de rapporter des éléments factuels observés ainsi que ses impressions personnelles. Les données recueillies ont été anonymisées. L'enquêtrice analysait ensuite tous

les verbatims obtenus ainsi que les notes de terrain. Ces données faisaient l'objet d'une analyse qualitative inductive manuelle inspirée de la théorisation ancrée. Cette analyse a été réalisée en plusieurs étapes :

- La première a consisté en une lecture flottante de l'entretien. C'est une première lecture qui permet de se remémorer l'atmosphère de l'entretien et de l'aborder en tentant de laisser de côté ses préconceptions.
- Deuxièmement, la phase de thématization a permis le découpage du verbatim en unités de sens. Ces unités correspondent aux idées rapportées par les participants. Elles étaient ensuite étiquetées sous forme de thèmes. Les thèmes étant la représentation la plus fidèle possible de ce que les participants ont rapporté. Cette étape était descriptive, elle ne cherchait pas à interpréter les propos des participants.
- Puis, suivait la phase de mise en ordre des thèmes. Ils étaient regroupés par rubrique, ce qui permettait de classer et organiser les données de manière descriptive. Puis, ils étaient ensuite réunis avec ceux des autres entretiens. Le croisement de ces différentes rubriques permettait l'élaboration de catégories. Avec cette étape débutait le travail interprétatif de l'analyse. Les catégories, construites progressivement au cours de l'analyse, rendaient compte du sens profond de ce qui avait été rapporté par les participants. Au fur et à mesure de l'élaboration de ces catégories, l'enquêtrice se rapportait de nouveau aux données initiales du verbatim afin que cette interprétation se rapproche au plus près du récit des participants et non de ce que l'enquêtrice voulait percevoir. Pour renforcer la validité de ces catégories, elles étaient également élaborées, dans une démarche de triangulation, avec les directeurs de thèse.
- La dernière étape de cette analyse a consisté en la modélisation de l'ensemble des catégories obtenues. L'organisation schématique de l'ensemble des résultats et la mise en lien des différentes catégories permettait de répondre à la question de recherche.

### 3.C) Aspects réglementaires

Le consentement oral des participants était recueilli au début de l'entretien après information orale. Le médecin était informé sur le déroulement de l'étude ainsi que sa liberté de participation et donc de sa possibilité de rétractation à n'importe quel moment. Les données obtenues ont été anonymisées pour chaque entretien, chaque participant était ensuite désigné par un numéro.

### III – RÉSULTATS

#### 1) GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LES ENTRETIENS ET L'ÉCHANTILLON

Parmi les 15 médecins recrutés dans l'échantillon, 14 étaient installés et 1 était médecin remplaçant (en remplacement fixe dans le même cabinet depuis 6 ans). Les entretiens se sont déroulés entre le 14 mars 2019 et le 15 janvier 2020. Neuf d'entre eux ont été réalisés au cabinet du médecin généraliste, 5 au domicile du médecin et 1 au domicile du chercheur. Les entretiens ont duré en moyenne 51 minutes. Le plus court a duré 40 minutes et le plus long 1 h 35 min.

Notre échantillonnage qui se voulait au départ par boule de neige étant arrivé rapidement à saturation, une autre méthode a été utilisée pour recruter l'ensemble des participants. Ainsi, c'est l'entourage de l'enquêtrice qui, au gré de son exercice libéral, présentait l'objet de recherche autour de lui. Cela permettait de recruter de nouveaux participants et d'augmenter l'échantillon de nouveau par effet boule de neige. C'est ainsi que l'ensemble des participants a été recruté jusqu'à saturation des données.

##### 1.A) Les caractéristiques socio-démographiques

L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques des participants de l'étude sont rapportées ci-dessous (tableau 1). Cet échantillon présentait des caractéristiques similaires à la population globale des médecins généralistes des Pays de la Loire en terme de genre : 53 % de femmes dans l'échantillon contre 45 % dans la population générale en Pays de la Loire (48).

Les médecins étaient, en moyenne, installés depuis 14 ans (entre 1 et 31 ans). Leur charge de travail était à peu près équivalente, c'est-à-dire environ 25 patients par jour. Le nombre de patients dont ils étaient le médecin traitant, variait surtout en fonction de la densité médicale environnant leur lieu d'exercice.

	Genre	Durée d'installation	Milieu d'exercice / nombre de patients inscrits	Nombre de patient vus par jour en moyenne (déclaratif)	Maître de stage (type de stagiaire accueilli)	Durée d'entretien	Mode d'exercice
M1	M	20 ans	rural / 800	20	Oui (interne)	1h20	Groupe
M2	F	15 ans	rural / 700	20	Oui (interne)	1H05	Groupe
M3	M	27 ans	rural / 2000	30	Oui (interne)	1h35	Seul
M4	F	<i>remplaçant</i>	urbain	20-25	Non	45 min	Groupe
M5	F	7 ans	urbain / 800	24	Non	1h	Groupe
M6	F	25 ans	rural / 1000	30	Oui (interne)	1h	MSP
M7	M	3 ans	rural / 1700	25	Oui (externe)	40 min	MSP
M8	F	1 an	urbain / 830	25	Non	47 min	Groupe
M9	F	1 an	rural / 700	20-25	Non	48 min	Groupe
M10	M	6 ans	rural / 1500	28	Oui (externe)	1h10	Groupe
M11	F	6 ans	rural / 1400	22	Oui (externe)	46 min	Groupe
M12	M	29 ans	semi urbain / 1400	30	Oui (externe)	1h10	Groupe
M13	M	28 ans	urbain / 1000	25	Non	49 min	Groupe
M14	F	9 ans	rural / 850	20-25	Non	52 min	Groupe
M15	M	31 ans	rural / 1200	20-25	Oui (interne et externe)	50 min	Groupe

Tableau 1 : Données socio-démographiques

### 1.B) Les différentes situations d'erreur

Réussir à aborder le sujet de l'erreur avec les médecins a été difficile. La moitié des médecins sollicités pour participer à la recherche n'ont pas souhaité participer à cette étude. Ceux-ci n'ont pas donné de réponse aux mails envoyés où ont répondu qu'ils n'avaient jamais fait d'erreur. Parmi les médecins volontaires, la façon d'appréhender l'interview était variable allant d'une réticence certaine, à de l'empressement à enfin pouvoir parler de ce sujet difficile.

Néanmoins, un point frappant qui est ressorti de la plupart des entretiens, c'est l'importance de la souffrance qu'éprouvaient les médecins à ce sujet. Les discours des médecins étaient souvent chargés d'émotion négatives (colère, tristesse et peur) et ce, même si l'erreur avait eu lieu des années auparavant. Ils éprouvaient, surtout ceux exerçant seul, le besoin d'en discuter longuement. Il m'est arrivée lors de quelques entretiens, une fois l'interview terminée, de rester discuter pendant 30 min, voire 1h avec eux. Néanmoins, parler de leur erreur a permis à plusieurs d'entre eux de s'apaiser vis-à-vis de cette situation. Parler permettait pour certains de clarifier la situation, d'autres de pouvoir mettre des mots sur ce qu'il s'était passé et donc de prendre du recul. Ils ont été plusieurs à éprouver le besoin de me remercier d'avoir pu bénéficier de cet espace de parole.

Le tableau 2 décrit, pour chacun des médecins, les situations d'erreurs vécues telle qu'elles ont été racontées. Il précise si le médecin a continué à suivre le patient après et si un procès a eu lieu en lien avec cet événement. Au total, vingt situations d'erreur ont été abordées spontanément par les médecins interrogés. Elles concernaient principalement des erreurs de diagnostics entraînant des retards de prises en charge ainsi que des erreurs médicamenteuses : soit de posologie, soit de thérapeutique. Dans 3 situations, l'erreur a entraîné le décès du patient. Deux situations d'erreur ont fait l'objet d'un procès (celles-ci n'étaient pas en lien avec les décès relatés).

	Situation racontée	Suivi du patient après l'erreur	Intervention de la justice
M1	Retard de prise en charge d'un patient présentant des signes urinaires à répétition en relation avec un cancer vésical.	OUI	NON
M2	Patient présentant des douleurs musculaires diffuses avec une anomalie à l'examen neurologique n'ayant pas été prise en compte au départ. Au total, patient hospitalisé en urgence devant l'apparition d'un déficit moteur important dû à un syndrome de Guillain-Barré.	OUI	NON
M3	Patient polyopathologique présentant une anémie chronique pour laquelle aucun bilan étiologique complet n'avait été réalisé par peur de possibles complications des examens complémentaires. Au total, découverte tardive d'un cancer colorectal expliquant cette anémie.	OUI	NON
	Renouvellement par le médecin généraliste d'un traitement par Dépakine® prescrit par un spécialiste chez une femme enceinte. Médecin ayant fait l'objet d'une procédure judiciaire lorsque le scandale sur la Dépakine® a éclaté.	NON	OUI
	Renouvellement par le médecin généraliste, à la place du spécialiste indisponible, d'un traitement par Plaquenil® a plusieurs reprises. Malheureusement, la patiente a présenté une cécité monoculaire secondaire alors que ce traitement aurait dû faire l'objet d'une réévaluation car il n'était pas forcément indiqué. Au total, procédure judiciaire de la patiente à l'encontre du généraliste et du spécialiste.	NON	OUI
M4	Erreur de posologie lors d'un renouvellement d'un traitement antihypertenseur. Traitement renouvelé à mi-dose par rapport aux doses habituelles. Patient ayant fait, dans les suites, une poussée hypertensive grave nécessitant une hospitalisation en urgence aux soins intensifs de cardiologie.	OUI	NON
M5	Retard de prise en charge du médecin généraliste face à un érysipèle chez un patient polytoxicomane entraînant une hospitalisation. Patient décès d'une overdose à l'hôpital.	Décès du patient mais suivi famille	NON

M6	Erreur de posologie lors d'un renouvellement d'un traitement par corticoïdes pour une pseudo-polyarthrite rhizomélique. Pas de conséquences pour la patiente, celle-ci s'étant aperçu de l'erreur, n'avait pris que la quantité nécessaire.	OUI	NON
M7	Découverte d'un cancer colorectal chez un patient présentant des rectorragies. Oubli de la part du médecin de lui avoir proposé le dépistage systématique par Hemocult® et ce pendant plusieurs années.	OUI	NON
M8	Patiente présentant des douleurs épigastriques intenses dû à un cancer du pancréas. Pour le médecin pas d'erreur franche car prise en charge assez rapide mais a quand même raconté cette situation	OUI	NON
M9	Erreur de prise en charge concernant une douleur abdominale. Jeune patiente présentant une douleur abdominale avec une défense. Le médecin ne l'a pas orienté vers les urgences et a fait une péritonite appendiculaire grave et est restée plus d'un mois hospitalisée.	OUI	NON
M10	Erreur de diagnostic concernant des traces cutanées chez un enfant. Le médecin a conclu à des hématomes liés à un traumatisme domestique alors qu'elles étaient en lien avec une maltraitance de la nourrice. Le médecin l'a appris plus tard lorsqu'un autre enfant de sa patientèle a été hospitalisé pour un syndrome des enfants secoués de la part de la même nourrice. Dans le même temps, la maman est revenue à ce moment là en disant que les traces était bien de la maltraitance que le médecin n'avait pas su détecter.	NON	NON
	Décès d'une patiente à l'hôpital suite à une pneumopathie sur un terrain fragile (BPCO). Pour le médecin, décès évitable. Il n'avait pas pris en compte la fragilité de la patiente et n'avait pas pris le temps de lui expliquer que la situation pouvait s'aggraver, quels en étaient les signes et de prévoir une réévaluation adéquate.	NON (décès) mais par contre suivi famille	NON
M11	Erreur de diagnostic chez une jeune femme obèse présentant des douleur du membre inférieur. En consultation diagnostic d'une sciatique mais devant des douleurs importantes la patiente est allée d'elle même aux urgences, où a été diagnostiqué une thrombose veineuse bilatérale à point de départ fémoral remontant à la veine cave. Pour le médecin, son erreur consistait dans le fait de ne pas avoir cru possible ce diagnostic (même si elle y avait pensé) en portant trop attention aux propos de la patiente (qui disait qu'il était impossible qu'elle fasse une phlébite).	OUI	NON

M12	Erreur de diagnostic par le médecin généraliste. Diagnostic d'un syndrome dépressif sans faire attention à la dernière remarque de la patiente pendant la consultation qui parlait de douleurs au pied. Au total, diagnostic tardif d'une maladie de Charcot au moment de l'apparition de troubles de la déglutition.	NON	NON
	Patient présentant des douleurs lombaires d'aggravation rapide. Orientation chez le rhumatologue sans efficacité. Après plusieurs mois, suite à une perte de poids et des douleurs invalidantes, diagnostic d'un cancer du pancréas. Pour le médecin, retard diagnostic car au départ s'est orienté vers des douleurs d'origine lombaire au lieu de douleurs d'origine abdominales.	OUI	NON
M13	Enfant vu à plusieurs reprises pour de la fièvre sans que le médecin fasse un examen cutané complet. Au final, décès de l'enfant aux urgences d'une méningite alors qu'il présentait un purpura méningococcique.	Décès du patient mais suivi famille ensuite	NON
M14	Patiente présentant une masse au niveau lombaire. dans un premier temps, le médecin s'oriente vers un hématome. Consultation à 2 reprises, à quelques semaines d'intervalle, devant la persistance de la masse et apparition d'une douleur inguinale avec des adénopathies. Au total, patiente adressée au CHU devant l'apparition d'un oedème majeur de la jambe à la 3ème consultation. Diagnostic d'un lymphome agressif.	OUI	NON
M15	Patient présentant une toux chronique au départ attribuée à une pneumopathie. Consultation à plusieurs reprises devant la persistance du symptôme étiqueté toux irritative (alors que patient exposé à l'amiante). Finalement, consultation quelques semaines après pour essoufflement. Réalisation d'une prise de sang en ville retrouvant des D-Dimères élevés. Adressé aux urgences : diagnostic d'un cancer broncho pulmonaire. Pour le médecin, erreur car il aurait dû être plus en alerte au vu de l'exposition à l'amiante.	NON	NON
	Retard diagnostic d'un cancer du pancréas. Patient présentant des signes diffus abdominaux et urinaires auxquels le médecin n'avait pas forcément prêté très attention. Au total, nouvelle consultation du patient quelques semaines plus tard avec un ictère étant à l'origine du diagnostic du cancer.	NON	NON

Tableau 2 : Les différentes situations d'erreur

## 2) RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Lors des entretiens, les médecins ont pu proposer leur définition de l'erreur. Ainsi cette notion a pu révéler toute sa complexité et son caractère subjectif. Le travail d'analyse inductif a mis en évidence différentes catégories qui s'articulent autour d'un processus de reconstruction par lequel les médecins généralistes cherchent à trouver un nouvel équilibre après l'expérience de l'erreur médicale. Le patient occupe une place primordiale dans ce processus de réparation et ses différents déterminants sont présentés dans la figure suivante.

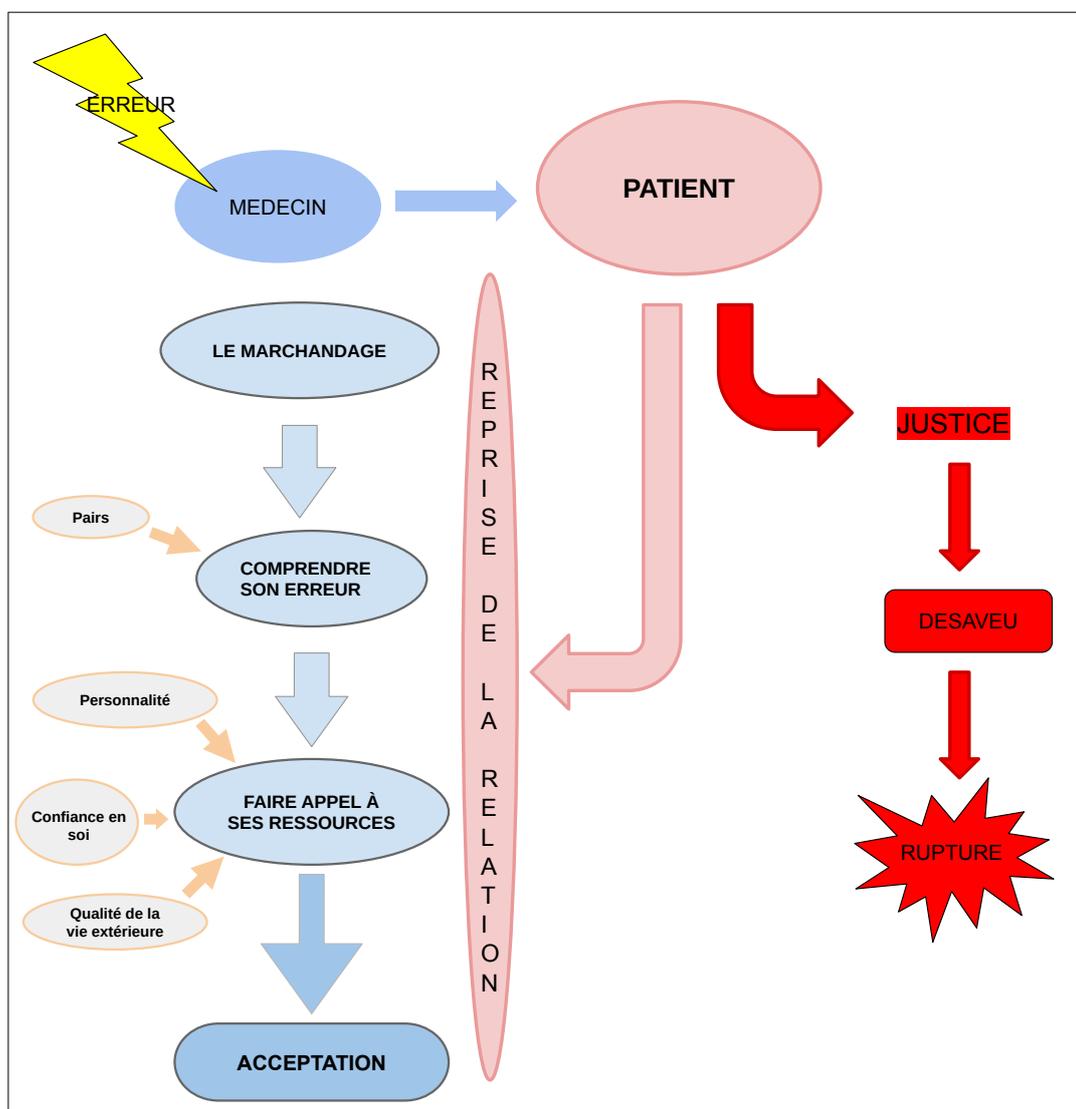


Figure 5 : La réparation de la relation : un cheminement identitaire entravé par la justice

L'annonce de l'erreur au médecin provoque un tremblement de terre qui engendre l'effondrement de l'image idéalisée du professionnel qu'il s'était construite. Il s'ensuit alors tout un processus de reconstruction qui va être long et douloureux. L'inscription du médecin dans ce processus sera déterminée par le patient, qui va agir comme point de pivot. C'est la persévérance de la relation avec le patient qui va permettre au médecin d'entrer dans ce processus. Néanmoins, il va, ensuite, être influencé par de multiples facteurs liés au médecin : ses ressources personnelles, la façon dont il va pouvoir interagir avec ses pairs et le travail d'acceptation qu'il va mettre ou non en place. Tout ce travail sera, bien sûr, inscrit dans le contexte actuel de l'exercice médical et plus largement celui de la société. Néanmoins, à la fin de ce processus, le médecin n'atteindra pas forcément sa complète reconstruction. Chacune des catégories issues de l'analyse seront détaillées dans les parties suivantes.

## 2.A) Définition de l'erreur

Pour la plupart des médecins, l'erreur signifiait d'abord une différence, un écart entre ce qu'ils devaient faire et le résultat qui était obtenu. Selon eux, ce qu'ils devaient faire était basé sur leur savoir, les recommandations de bonnes pratiques ainsi que leurs compétences relationnelles. *«Erreur c'est se tromper, erreur ... c'est faire de travers et c'est s'écarter de ce qu'on pourrait considérer comme étant ... ce qu'il convient de faire (...) c'est un non-respect des recommandations... des pratiques recommandées mais ça peut être aussi une faute de communication» (M1)*. Mais ils soulignaient que l'inconvénient de l'erreur résidait dans le fait que cette différence pouvait être préjudiciable pour le patient. Or, pouvoir être à l'origine de nuisance était difficilement acceptable pour les médecins car cela allait à l'encontre de ce pourquoi ils exerçaient : aider le patient. *«Et puis l'erreur c'est difficile car on va essayer de leur apporter de l'aide. Avec toutes nos connaissances, ce que l'on est, notre savoir... Et puis finalement on arrive à un résultat qui est éventuellement dommageable pour le patient. C'est dire que finalement au lieu d'aider on va créer plutôt un préjudice.» (M3)*.

Cependant, la majorité d'entre eux étaient d'accord pour dire que l'erreur était inhérente à la pratique médicale. En effet, la plupart considérait qu'il était impossible d'exercer la médecine sans en faire. *«Quand on regarde un peu on s'aperçoit qu'on en fait quasiment tout le temps. Je pense que pour moi c'est exceptionnel de penser qu'on fait pas d'erreur. Un exercice sans erreur me semble être très compliqué et très difficile.» (M1)*. Un point qui souligne cette inhérence c'est, qu'au départ des entretiens, plusieurs

médecins évoquaient l'erreur comme un événement lointain correspondant à une chose grave pouvant être l'objet d'une sanction légale. Puis, ils se reprenaient et revenaient vers cette notion essentielle de l'erreur comme un élément intriqué à la pratique médicale. *«Au départ, je pensais plutôt à des grosses choses avec des procès. Vraiment des choses ... Voilà des choses lourdes de conséquences, puis j'ai un petit peu aplani les choses... Oui des erreurs on en fait tous les jours» (M6).*

Malgré ces points communs, les contours de cette définition restaient propres à chacun. En effet, la notion d'erreur était subjective. Dans les entretiens, cette subjectivité apparaissait sous deux aspects : la subjectivité par rapport à ce qu'il estime devoir au patient et celle que peut avoir le médecin par rapport à ses propres attentes sur sa pratique.

En effet, plusieurs médecins ont rapporté des situations où le patient prenait pour erreur une absence de diagnostic sans qu'ils n'aient quelque chose à se reprocher. Par ailleurs, ces situations se terminaient souvent de manière défavorable où le patient quittait son médecin. *«Et la femme a eu des reproches envers moi. Elle pense qu'il y a eu une erreur. Moi j'ai repris le dossier, je vois pas à quel moment j'ai fait des erreurs (...) et elle ne voulait plus avoir affaire à moi» (M5).* Dans cette même réflexion, un médecin a fait le parallèle avec le concept, déjà connu, de l'urgence vraie et de l'urgence ressentie à celui de l'erreur vraie ou ressentie pour le patient. *«Il y a la vraie erreur médicale et celle de l'erreur ressentie. C'est une erreur médicale ressentie comme telle pour le patient alors qu'à posteriori quand tu regardes les écrits y'a pas d'erreur derrière, t'as pas l'impression d'avoir mal fait les choses ... » (M2).* Parfois, une issue malheureuse ne signifiait pas forcément une erreur médicale au sens strict du terme alors qu'elle était ressentie comme telle pour le patient. Pour plusieurs médecins, il a été important de le souligner car ils percevaient ces situations comme injustes. Elles signifiaient, pour eux, une trop grande attente des patients par rapport aux résultats : *«On est dans une pratique où on ne peut pas avoir du résultat tout le temps parce que nos moyens ne dépendent pas que de nous. Il dépend aussi de ce que le patient veut bien nous donner, veut bien nous dire, veut bien faire. Être compliant ou pas, respecter les consignes de surveillance et du coup à partir de là si nous on a tout expliqué mais que le patient n'a pas suivi... A mon sens ce n'est pas notre erreur» (M11).* Finalement, entre ce que les médecins estimaient devoir au patient et ce que ce dernier ressentait, il existait une perception propre, subjective à chacun.

L'erreur peut également être subjective au sein même de la communauté médicale. Le degré de perfectionnisme et la capacité des médecins à accepter la remise en cause va faire diverger la notion d'erreur. Au cours des entretiens 8 et 12, les médecins ont raconté une situation fortement similaire (retard

diagnostique d'un cancer du pancréas) pour laquelle l'un n'estime ne pas avoir fait d'erreur «*c'est pas vraiment un retard diagnostique. Mais ça ne rentre pas forcément là-dedans, dans l'erreur*» (M8) et l'autre oui «*En vérité j'ai fait une erreur médicale*» (M12). Plus un médecin est perfectionniste et plus il va trouver qu'il se trompe souvent. «*Donc les gens très perfectionnistes vont trouver qu'ils font des erreurs tout le temps parce qu'ils vont tout le temps aller se poser la question de se dire comment j'aurais pu faire différemment.*» (M1).

Un autre aspect, mis en évidence au cours des entretiens, montrait que la détresse ressentie par le médecin était proportionnelle à la gravité de l'erreur. Cette dernière influençait le ressenti du médecin. Plus l'erreur est grave et plus le médecin en est culpabilisé. Plus cette culpabilité est importante, plus l'acceptation est difficile et plus la peur de la judiciarisation est présente. «*Notre réaction est proportionnelle aux conséquences enfin au préjudice pour le patient enfin oui je pense ... et pour soi si derrière y'a des conséquences judiciaires (...) mais je pense que oui moralement ça te touche aussi plus*» (M4). Cet élément va conditionner la façon dont le médecin va envisager la reprise de la relation avec le patient. Une erreur grave va être une telle remise en question de sa capacité à être «un bon médecin» qu'elle peut lui suggérer d'arrêter d'exercer. «*À un moment donné, si tu passes à côté d'un truc tellement grave que le patient il a des séquelles voire il meurt euh ... si vraiment c'est toi qui est passé à côté du truc (...) enfin moi je pense que ça pourrait m'amener (...) à dire stop je ne suis pas là pour ça ... je n'ai pas envie de me confronter encore à ça et .... donc j'arrête ... en fait je ne me sens pas capable d'encaisser ça, ou alors ça génère un stress tel que dans ma pratique ça parasite complètement ... et ça sert à rien de continuer*» (M2).

## 2.B) Le contexte actuel, médical et social, comme stigmatisant l'erreur

### 2.B.1. *L'influence du corps médical dans la perception de l'erreur*

Au cours des entretiens, la plupart des médecins semblaient plutôt à l'aise pour parler de leurs erreurs. Cependant, au fur et à mesure de l'échange, ils témoignaient que l'erreur demeurerait difficilement avouable au sein même du «corps» médical. «*C'est un sujet tabou pour lequel on met le couvercle dessus puis comme ça on dit que ça n'existe pas.*» (M3). Plusieurs médecins ont, également, évoqué qu'il était difficile pour eux de parler de l'erreur et ce même avec leurs collègues car ils redoutaient qu'elle se sache. «*Quand après on continue de travailler et que les autres ne sont pas au courant, ça aide ...* » (M12). Le fait que les médecins ne se sentaient pas légitimes à parler de leurs erreurs, même à des pairs proches,

soulignait combien la peur d'être stigmatisé restait présente. L'autre, «le pair», était vu comme une personne pouvant porter un jugement : *«car un autre médecin pourrait dire il se trompe là alors qu'il n'avait pas tous les éléments.»* (M13). Certains même se dépréciaient, *«alors je me dis que c'est parce que je ne suis pas très bon (...) il y en a d'autres qui font peut être bien mieux»* (M1). Cela signifiait qu'ils ressentaient, de la part de la «communauté» médicale, une certaine hostilité face à l'erreur. Cette dernière ne reconnaissait pas l'erreur comme faisant partie du système mais bien comme relevant de la responsabilité individuelle de chaque praticien.

Il convient cependant de nuancer cette perception. En effet, les médecins faisaient une différence entre le corps médical lointain perçu comme moralisateur et les pairs proches (leurs collègues) qui étaient pour eux un soutien. *«C'est indispensable d'être en groupe pour pouvoir justement discuter avec d'autres personnes qui peuvent comprendre les choses parce qu'ils les vivent (...) j'en ai discuté du coup avec mon associé et en tout cas ça m'a donné du baume au cœur.»* (M6).

Néanmoins, cette stigmatisation ne semble pas être une particularité des rapports entre les membres de la communauté médicale mais elle s'inscrit, plus largement, dans la représentation de l'erreur au sein de notre société actuelle.

## 2.B.2. *L'influence du contexte social et culturel actuel dans les représentations de l'erreur chez les médecins*

L'ensemble des médecins se percevait encore comme des personnes ayant une place importante au sein de la société. *«Le médecin dans la société est quand même essentiel, c'est quelqu'un en qui on a confiance, qui est une source de connaissance très importante. C'est ça la base, c'est la connaissance et la confiance.»* (M8). Mais, de cette place importante, résultait une attente qui leur paraissait quasiment irréaliste. Ils avaient l'impression qu'on attendait d'eux d'être idéal : *«Il semblerait qu'on demande au médecin d'être parfait, d'écouter son répondeur, de répondre aux mails ou des choses comme ça et c'est de sa faute si il y a eu un accident»* (M9). Ils estimaient que cette demande de réponses et de résultats immédiats rendait leur pratique compliquée car très difficile à satisfaire. *«On est de plus en plus embêté, tout le monde veut des réponses tout de suite donc on est amené à multiplier les examens, à multiplier les choses pour lesquelles on sait très bien que la personne n'est pas en danger et où on a le temps. Et du coup ça nous met à ce moment là en porte à faux.»* (M9). Cette exigence engendrait chez les médecins le sentiment qu'il n'y avait pas de place pour l'erreur *«du fait d'une plus grande judiciarisation, il n'y a plus trop*

*de place pour l'erreur d'une certaine façon, c'est un peu ce qu'on nous dit.» (M10). L'attente pouvait être tellement grande que l'erreur en paraissait infantilisante «C'est le médecin et donc dire qu'on a fait une erreur. C'est un peu comme si on redevient un enfant, c'est infantilisant de se dire ben on fait une erreur alors qu'en fait on n'avait pas le droit.» (M8). Infantilisant étant synonyme de déresponsabilisant, on pouvait donc dire qu'un médecin ayant fait une erreur était perçu comme indigne des responsabilités qui lui incombaient. Néanmoins, certains médecins soulignaient que, la médecine étant exercée par des humains, il y avait forcément des erreurs : «on est des humains et l'humain est faillible et donc il y a forcément des trucs que tu fais mieux et d'autres que tu fais pas bien» (M7).*

Pour réussir à exercer dans ce contexte intransigeant, ils étaient plusieurs à dire qu'il se forgeaient une carapace visant à se protéger de cette pression *«Et du coup après on est en consultation avec une fonction et un masque de professionnel.... et du coup je ne sais pas comment dire ça ... notre rôle nous protège aussi un peu en fait à titre personnel» (M14). Cette protection permettait une mise à distance des émotions. Tout ce qui pouvait faire ressortir le côté humain du médecin était donc contrôlé, enfermé dans cette carapace «je me dis c'est aussi notre job que de mettre nos émotions de côté et puis les trucs ... enfin il ne faut pas que notre bagage émotionnel ou que nos soucis perso viennent impacter nos consultations» (M7).*

Au gré des entretiens, il nous a semblé que cet aspect lié à la performance entrait en résonance avec la culture judéo-chrétienne. En effet, la référence au «rachat de ses fautes» a été mise en lumière pendant les interviews. Le lien, entre ces deux notions, était expliqué par la constatation suivante : la pression de la performance faisait paraître l'erreur comme faute. Ainsi, on pouvait remarquer que les médecins ne distinguaient pas toujours ces deux termes, *« les erreurs et la faute ... il y a deux mots mais moi je ne peux pas trop faire la différence» (M3). L'exigence de performance engendrait donc un devoir de rachat «mais oui j'ai le sentiment qu'il faut que j'en fasse deux fois plus... c'est très judéo chrétien mais c'est pour me racheter (...) Mais oui il y a ce sentiment où on se dit non, non faut que je me rachète quelque part je pense...» (M1).*

De cette même influence culturelle, résultait la notion de pardon *«peut-être qu'au début je me suis dit je suis nulle et que peut être que je me suis pardonnée le fait de m'être trompée» (M9). Cette notion de pardon était utilisée dans ce contexte comme un moyen de se libérer. «C'est un sujet qui m'a toujours interpellé ... bon sur le plan des pratiques de la religion il y a le sacrement de pardon donc c'est quelque part ... enfin je mets ça en résonance parce qu'effectivement moi j'ai toujours assimilé ça (...) à dépasser c'est pour vous libérer ...» (M3). Cette notion de pardon était double : c'était le pardon du patient qui permettait le*

pardon de soi « *Par contre se pardonner en ayant un processus de pardon avec le patient c'est à dire où il entend plus ou moins qu'on a fait une erreur (...) je pense que ça c'est quand même plus facilement pardonnable (...) que je me pardonne tout seul dans mon coin ...* » (M1). Néanmoins, cette notion ne correspondait pas à tous les médecins. Certains ne souhaitaient pas l'utiliser car trop connotée. Malgré tout, cette notion de parvenir à se libérer de son erreur apparaissaient dans tous les entretiens : « *je trouve que la notion du pardon c'est quand même une notion particulière hein mais ... ouais plutôt déculpabiliser euh effectivement après je pense que ça reste euh tu vois ... qui reste ancrée ... parce que c'est des choses dont on se souvient (...) mais tu vas finir par passer dessus* » (M2)

## 2.C) "Je me suis trompé" : l'impact traumatisant de l'erreur

### 2.C.1. Le tremblement de terre

Un aspect très marquant des entretiens était l'impact considérable que provoquait l'annonce de l'erreur sur le médecin. Cela l'affectait énormément : « *elle m'a rappelé, un peu affolée en disant : ça va pas du tout (...) Donc forcément je me sens pas très bien du tout, parce que je m'en voulais vraiment (...) j'ai eu peur pour elle ...* » (M11). Plusieurs d'entre eux rapportaient même des signes d'atteinte physique tellement l'impact de cette annonce pouvait être violent, « *je n'ai pas fait un malaise devant le patient mais j'ai senti que j'ai dû devenir blanc, je me suis senti devenir pâle et avec quelques suées.* » (M13). Un autre fait marquant soulignant l'importance du traumatisme était que, malgré le délai écoulé depuis les situations d'erreur (plusieurs années en général), ils se souvenaient avec exactitude l'endroit où ils étaient au moment de l'annonce. « *Je me souviens que c'était dans le tram. Je sais exactement que j'étais dans le tram et ça m'a j'ai tout de suite culpabilisé (...) Et puis ensuite j'étais super triste pour moi parce que ça c'est tout voilà... (visage fermé)* » (M14). Les émotions ressenties à ce moment-là étaient tellement intenses que le souvenir en restait intact, gravé à jamais dans leur mémoire. « *C'était y'a 25-30 ans mais je me souviens ... j'arrivais pour soigner quelqu'un d'autre et je devais être à la hauteur mais j'étais quand même très perturbé, mais j'ai très bien le souvenir que j'ai fait, j'ai posé des questions mais j'étais peut être plus en automatisme que réellement présent parce que ça restait là.* » (M13).

Cette détresse intense ressentie par les médecins était liée à plusieurs facteurs. Premièrement, l'angoisse face aux répercussions de l'erreur et notamment celles juridiques ; « *C'était de l'anxiété je pense. Une grosse bouffée d'angoisse surtout ça en fait, de l'anxiété (...) de m'être trompée et peur des*

*répercussions, des répercussions pour elle et des répercussions judiciaires aussi ... »(M9). Deuxièmement, apprendre qu'ils s'étaient trompés provoquait une remise en cause immédiate de leur statut de médecin. Effectivement, on pouvait constater qu'ils éprouvaient un réel sentiment de culpabilité, et ce malgré le caractère inéluctable et humain de l'erreur. L'erreur était d'abord perçue comme une défaillance personnelle vis-à-vis de la responsabilité médicale qui leur incombait. «Ben c'est plus, je suis passé à côté de quoi (...) qu'est-ce que je n'ai pas vu. En mettant en doute à ce moment là mes capacités, et donc est ce que tu es capable, parce ce que si tu passes à côté de ça.... c'est que non...» (M13). Cette remise en cause provoquait l'effondrement du médecin.*

### 2.C.2. L'effondrement

Tous les médecins passaient par ce premier stade de culpabilité qu'ils éprouvaient face à leurs limites et leurs incapacités. Ils se rendaient coupable de ne pas avoir été à la hauteur de leur charge de médecin. *«Et puis après c'est un sentiment de culpabilité et puis une grande fatigue ... comme s'il y avait une chape qui s'abattait sur moi une grande fatigue en me disant "Mince, je ne suis pas capable, il y a un moment il va falloir que je m'arrête." C'est que même si on fait beaucoup de bobologie, il y a des moments où il faut être vigilant et peut être que ça ... est ce que j'en suis capable ... on se remet complètement en question ...» (M6). Cette culpabilité était suffisamment forte pour induire une remise en cause de leur compétence médicale. Elle provoquait une crise identitaire. «Au départ il y a la représentation que l'on a de notre mission, ça se rapporte à l'idéal qu'on a des choses par rapport à notre fonction de médecin . On veut sauver tout le monde ... enfin je caricature ... mais dans l'aide qu'on va apporter aux autres ça renvoie à ce pourquoi on fait ce métier là. Et après l'erreur elle va briser ça ... ça crée une crise en quelque sorte» (M3). Celle-ci était ressentie de façon plus ou moins intense en fonction de la gravité de l'erreur et de la capacité adaptative du médecin.*

Cette crise s'apparentait à la destruction de leur «carapace» de médecin. Pour eux, ils la construisaient pour revêtir le rôle de ce que représentaient pour eux le médecin. Car, pour exercer, ils devaient être nécessairement différents de ce qu'ils étaient dans la vie privée. Cette différence passait par endosser un rôle. *«Je ne suis pas pareil dans la vie de tous les jours que quand je suis avec mes patients, t'endosses un peu un rôle, tu te mets dans une posture un peu différente, tu te comportes un peu différemment parce que tu es médecin, c'est pour ça qu'on ne soigne pas nos proches enfin parce que sinon t'es mauvais.» (M7). Néanmoins, après l'erreur cette carapace s'écroulait et déclenchait une remise en*

cause non seulement médicale mais aussi personnelle. *«Oui c'est ça, [après une erreur] ça s'en va, il n'y a plus la protection que l'on arrive à se mettre d'habitude, on est tout à poil en dessous, c'est ça qui se passe et donc oui je me reproche à moi en tant que personne d'avoir fait une connerie en fait. Alors que finalement à ma fonction, je veux dire à mon boulot de toubib, rationnellement parlant, et bien voilà des histoires de retard de diagnostic il y en a plein...»* (M14). L'erreur était donc traumatisante pour les médecins car ce n'était plus seulement leur fonction qui était remise en cause mais également leur propre personne.

De fait, les médecins ont souligné combien ils avaient été bouleversés par leur erreur en témoignant de répercussions importantes à la fois sur leur pratique mais également sur leur vie privée.

Concernant l'exercice médical, quasiment tous modifiaient leur pratique. *«Oui je pense que juste après mon erreur j'ai envoyé plus de patients aux urgences pas énormément mais je pense qu'il y en a 2-3 cas où j'aurais probablement temporisé»* (M9). Ils devenaient en quelque sorte hypervigilants car mettaient tout en oeuvre pour ne pas être de nouveau confrontés à l'erreur. *«Après moi je ne nie pas que je marchais un peu sur des œufs. On a peur de refaire une erreur, peut être qu'on s'appesantit un peu plus sur ce qu'on fait... on a peur de se retromper, on met plus d'attention, plus de temps, de mots, on est moins à l'aise ...»* (M11). Cette pratique défensive concernait au départ toutes les consultations, puis au fur et à mesure que le temps passait, plutôt celles similaires à la situation d'erreur. *«Maintenant dès que je vois un enfant, s'il vient qu'avec de la température je note à chaque fois que j'ai cherché à savoir si il y avait un syndrome méningé ou pas, que je l'ai fait se déshabiller pour pouvoir voir de la tête aux pieds complètement. Les sous-vêtements je les soulève. Ça dépend de l'âge ... mais c'est pour dire que je n'ai pas vu l'éruption et ça, ça a changé mon comportement depuis... en période hivernale automatiquement j'y repense et ça fait plus de 25 ans, donc ça vous marque quand même.»* (M13). Cette pratique défensive se traduisait pour les médecins par un degré de souffrance supplémentaire. L'incertitude diagnostique restant prégnante, ils ne pouvaient être dans une réassurance complète vis à vis de leur prise en charge. *«On est plus vigilant mais ce n'est pas facile parce qu'il ne faut pas non plus tomber dans l'excès car on ne peut pas tout prévoir, tout chercher ... mais ce n'est pas facile de sortir de l'hyper vigilance, y'a un degré de souffrance à ce moment-là parce qu'on a peur de se tromper mais à la fois on ne peut pas non plus tout vérifier pour pas se tromper. Et on peut pas faire tous les examens de la terre pour pas se tromper ...»* (M11). L'incertitude diagnostique, habituellement inhérente à la pratique, engendrait pour les médecins une souffrance supplémentaire car perçue comme encore plus insécurisante.

Concernant leur vie personnelle, les médecins exprimaient assez souvent des répercussions plus ou moins importantes, allant d'un renfermement *«et derrière vous souriez un peu moins dans les jours qui*

*suivent et même à la maison » (M10) à des signes de stress qui pouvaient durer dans le temps «Oui... ça m'a travaillé...et au niveau des insomnies peut être pendant trois semaines, un petit mois. » (M5). Certains médecins usaient de termes cliniques psychiatriques pour décrire leur expérience, comme cette évocation du syndrome post-traumatique : «Ça revient en tête et ça obsède... quelque part pendant tout ce temps-là on a un peu comme un stress post-traumatique, quand on a ses reviviscences qui nous reviennent en se disant ben oui ... mais quand même ...je pense que c'est forcément ... ça a un impact ...» (M1). Bien sûr, il était plus ou moins marqué allant de quelques reviviscences pour certains à des symptômes dépressifs pour d'autres.*

Finalement, les médecins traversaient plusieurs phases allant de la culpabilité à une remise en cause personnelle altérant leur fonctionnement. Ce bouleversement était traumatisant et provoquait dans un premier temps un effondrement. Mais, ultérieurement, ces derniers mettaient en œuvre des mécanismes pour pouvoir accéder à leur reconstruction.

#### 2.D) Le patient comme point d'accès à la reconstruction

Au gré des entretiens, on pouvait constater que pour pouvoir vivre avec son erreur, le médecin entrait dans un processus de reconstruction. Cependant pour y accéder, il devait passer par un point crucial : le patient. *«Si tu arrives à revoir le patient et à en discuter, si tu arrives à refaire une relation correcte, oui on peut dire que la culpabilité s'en va» (M2). C'est en passant par lui que le médecin pouvait surmonter sa culpabilité. Tout d'abord, si le patient revenait, cela voulait dire qu'il était accessible à la réparation de l'erreur. Pour le médecin, il n'y avait plus de sens à rester dans un ressenti négatif vis à vis de lui-même. De plus, le patient agissait comme un remède aux maux du médecin, son acceptation atténuait les souffrances du médecin. «Ils [les patients] vont faire redescendre le niveau de souffrance qu'on a, parce qu'ils ne nous en veulent plus, ils comprennent qu'on ait pu se tromper et il y a une certaine forme d'excuses... de réparation. Donc ça, c'est quand même important, parce que si les patients nous en veulent plus, après tout pourquoi on continue à s'en vouloir, ça n'empêche pas qu'on le fait quand même, mais ça joue à redescendre le niveau de culpabilité.» (M11).*

Pour amener le patient à dépasser son ressenti et à obtenir son approbation, on pouvait remarquer que les médecins procédaient en plusieurs étapes. La première phase constituait à reprendre contact avec le patient. C'était une étape essentielle car elle permettait au médecin de montrer au patient qu'il avait conscience de son erreur, de ce que cela impliquait pour lui et de lui présenter ses excuses. *«En*

*l'occurrence, je l'ai eu au téléphone et je me suis excusé. J'ai commencé par ça. Je m'excuse parce que j'ai pas suivi son intuition ... je m'excuse et puis je lui dis qu'on s'en tiendra là et qu'elle n'hésite pas à m'appeler si besoin»(M11).* On pouvait constater que pour certains médecins cette étape était quasiment instinctive. En effet, malgré la peur d'être rejeté, ils exprimaient à tout prix le besoin d'aller voir le patient. *«C'est moi qui prend l'initiative d'y aller directement. (...) mais je garde l'idée que je pouvais être rejetée qu'ils pouvaient me refuser de m'ouvrir la porte et de ne pas vouloir me voir ou me critiquer, m'incendier, m'insulter (...) Mais j'en ressentais le besoin, je ressens le besoin de leur montrer que je partageais leur peine et qu'ils pouvaient me considérer comme étant responsable.» (M13).* La plupart d'entre eux justifiaient ce besoin comme un devoir au nom de la relation de confiance établie. Cette première étape permettait également d'appréhender la manière dont le patient se situait face à l'erreur et d'évaluer son degré de mécontentement. Car, c'est en tenant compte de l'état d'esprit du patient que le médecin pouvait adapter sa stratégie de réparation. *«Je vais prendre les devants pour essayer d'expliquer comment ça s'est passé. Et plutôt que d'attendre que le patient vienne nous voir... je pense que c'est aussi pour se protéger aussi à titre personnel. Comme je psychoterais trop si j'attends j'attends j'attends. Là, si ça se trouve le patient il ne revient jamais, donc on en a aucune idée en fait et j'ai besoin de débriefer avec lui. Oui j'ai besoin de savoir s'il m'en veut ou s'il m'en veut pas aussi» (M14).* Cette étape permettait aussi d'ôter en partie l'angoisse du médecin face à la réaction du patient. En effet, si le patient le rejetait, il lui était plus difficile de passer au-dessus de son erreur. Mais, s'il acceptait de nouveau l'échange avec le médecin, alors il pouvait passer à l'étape suivante, la plus cruciale, de la réparation, c'est à dire l'annonce de l'erreur.

L'annonce de l'erreur était le fondement de la reprise de la relation, elle-même contribuant à la reconstruction du médecin. Cette annonce étant essentielle, les médecins exprimaient l'importance de créer une consultation dédiée pour pouvoir parler de leur erreur. Pour eux, elle devait se dérouler dans des conditions spécifiques pour montrer l'importance de leur regrets. Premièrement, ils préparaient l'entretien en s'imprégnant du dossier médical afin de pouvoir répondre complètement au patient. *«J'avais relu son dossier, je m'étais remis le film en tête, j'ai relu sa consultation, ses consultations, son dossier, j'ai re-vérifié les examens complémentaires qui avaient été demandés de manière à être à peu près au clair sur ma responsabilité.» (M1).* Ils estimaient également qu'il était important de prendre un temps spécifique, dédié à l'annonce *«honnêtement je l'ai préparé au sens où j'ai pris un grand créneau (...) parce que si en plus je lui disais : "écoutez je suis pressé par le temps, on en a pour 5 minutes" ça n'aurait évidemment pas collé. J'avais même dans l'idée au départ de lui dire [...] 'on prend quasiment une heure pour discuter si vous en avez besoin'. Et je n'avais pas l'intention de le faire payer. » (M1).* Pour eux, cela faisait partie de leur

fonction d'assumer leur erreur *«C'est un peu du service après vente, c'est du retour de pièces défectueuses, donc on assume.»* (M1). Ils estimaient également, qu'endosser leur erreur passait par une écoute absolue, sans chercher à se justifier, quoi qu'il advienne. *«Avec cette consultation, c'était elle qui critique et moi qui écoute ce qui n'est pas forcément évident.»* (M9). En effet, la recherche de justification aurait nuit au message de compréhension et de remord qu'ils cherchaient à faire passer. *«Je n'ai à aucun moment cherché à me justifier, ça c'est important, pendant toutes ces consultations, je n'ai pas passé mon temps à lui dire oui mais vous savez, j'avais fait ceci, j'avais fait cela. Non, non j'ai pas refait le film à l'envers en faisant une contre-argumentation, je n'ai fait qu'écouter ce qu'il avait à me dire et lui dire, j'entends que vous me reprochez quelque chose et j'accuse réception du reproche que vous me faites»* (M1).

À travers ces propos, on pouvait dire que pour se racheter les médecins se mettaient dans une position de «faiblesse», comme s'ils inversaient les rôles habituels de la consultation, où le médecin mène traditionnellement les échanges. En passant du rôle de «dominant» à «dominé», ils dévoilaient leur humanité et leur affliction face à leur erreur. *«Ce n'est pas d'être dans une position de force mais de les écouter ... on ne va pas les dominer par rapport à notre position ou à notre façon d'être habituelle. C'est ce que nous disons mais aussi la façon dont on se tient, dont on se comporte, on peut être dominant, un peu envahissant, s'imposer en disant ça (...) mais là je venais les mains vides. Essayez de partager, essayer de dire comment j'étais moi aussi, choqué par ce qui est arrivé»* (M13). En prenant cette position de faiblesse, les médecins exposaient clairement l'importance du patient dans leur reconstruction. Il devenait ainsi le remède nécessaire.

Un point important, dans cette reprise de la relation, était qu'il était plus facile d'atteindre le patient lorsqu'ils avaient déjà établi préalablement une relation de confiance. En effet, plus la relation antérieure était forte et plus il était facile pour le médecin de regagner la confiance du patient, tout n'étant pas à reconstruire. Ce qu'avait réalisé le médecin auparavant pour son patient comptait encore : *«je pense que c'est beaucoup plus facile de gérer ses erreurs quand on connaît les gens d'avance. Ils savent le temps qu'on leur a accordé précédemment, l'énergie qu'on met, la prise [en compte] de leur cas et l'attention qu'on peut leur porter. Et du coup s'ils estiment que les temps d'avant l'erreur on leur a apporté tout ce qu'on pouvait leur apporter, ils ont tendance à moins nous en vouloir.»* (M11). Néanmoins, malgré une relation de confiance établie, le retour du patient était également conditionné par sa personnalité. En effet, certains médecins notaient, qu'en fonction de sa façon de vivre l'erreur, l'acceptation était plus ou moins facile. *«C'est plus facile s'il ne nous en veut pas, qu'il ne dépose pas plainte ni quoique ce soit mais on peut se retrouver dans des situations où on peut être avec des gens procéduriers. Je ne sais pas même s'il a été en danger, mais il*

*peut être procédurier à un moment donné, et ça va être plus compliqué pour reconstruire» (M12). La perception de l'erreur par le patient influençait également la réaction du médecin. Plus il était dans le reproche, plus la relation était difficile à réparer et plus il était difficile au médecin de faire face car il était à chaque fois confronté à son incapacité. «Et puis je crois que c'est hyper important et dans mon cas avec ma personnalité encore plus c'est que j'ai jamais eu de reproche. Je pense que si j'avais une situation comme ça et qu'en plus ils me pourrissaient, j'aurais du mal à me relever» (M14).*

Jusqu'ici, nous n'avons pas évoqué le fait que pour certains médecins, chercher à rencontrer le patient était impossible car celui-ci était décédé suite à l'erreur. Compte tenu de sa gravité, on pourrait supposer que l'impossibilité de renouer avec le patient aurait pu être un frein à la reconstruction du médecin. Toutefois, elle pouvait se mettre en oeuvre grâce à la famille du patient, même si cela était plus difficile car les conséquences étaient plus lourdes. Nous avons pu faire ce même constat dans l'entretien 5 et 13. Le déroulement des étapes était identique.

Cependant, il existait deux éléments qui pouvaient entraver cette accession au patient : l'impossibilité de parvenir à créer un espace de discussion et l'intervention de la justice. Premièrement, pour certains médecins, il n'a pas été possible d'échanger avec le patient. Dans une situation, le patient n'a absolument pas souhaité reprendre le contact malgré les tentatives itératives du médecin. Il le justifiait par la pression familiale exercée sur le patient *«Mais en fin de compte, je pense que la famille a mis de l'huile sur le feu. Parce que la fois suivante, la belle-fille était là. Donc déjà, ils se sont dit 'faut qu'on vienne, ce qu'on voit là ce n'est pas qu'un état dépressif'. Je pense que la famille a fait pression pour qu'elle change de médecin» (M12).* Dans une autre situation, le médecin n'a pas réussi à reprendre contact avec le patient, il n'a donc pas pu présenter rapidement ses excuses. Dans ces deux cas, la relation était rompue. Deuxièmement, l'intervention de la justice, représentait clairement une entrave à la reconstruction de la relation. Cette situation étant très spécifique, elle sera détaillée dans un prochain paragraphe.

Au total, la reconstruction de la relation avec le patient était le point essentiel pour que les médecins puissent accéder à leur reconstruction. Pour ceux n'ayant pas pu reprendre contact, la rupture du lien était extrêmement douloureuse et l'erreur plus difficile à surmonter. *«Ce qui est dommage c'est que c'étaient des gens que je connaissais depuis très longtemps avant de les perdre. Bon moi ça c'est sûr que ça m'affecte. Je ne vais pas dire que ça m'est égal car forcément, il y a un attachement ... et cette rupture de confiance, c'est vrai que c'est quelque chose qui affecte et qui nous affecte. C'est des liens, je ne vais pas dire d'amitié mais des liens de confiance quand même des liens humains. Donc c'est vrai que de penser que ça puisse voler en éclats on tire un trait dessus... C'est des choses qui m'ont affecté» (M15).*

## 2.E) La reconstruction

### 2.E.1. *Le marchandage*

Ultérieurement, on pouvait remarquer que tous les médecins entraient dans un processus de reconstruction identitaire. En effet, après être passé par le traumatisme de l'erreur puis la reconstruction de la relation avec le patient, ils s'engageaient dans une phase d'acceptation. La finalité de ce processus était de reprendre confiance en leur capacité d'être un « bon médecin », en réussissant à reprendre un suivi quasiment habituel avec le patient. *« Effectivement, je suis passée par plein de phases avec ce patient-là, entre le trop de prévenance envers lui et au contraire le trop de prévenance envers moi par peur parfois ... et puis repasser à un suivi classique. » (M14).*

Ce processus commençait par une phase que l'on pourrait qualifier de marchandage où le médecin oscillait entre rejet et justification de son erreur. Une partie de cette étape se concentrait autour de la question de la responsabilité. En effet, dans les entretiens, on pouvait remarquer que les médecins évoquaient combien pouvait être pesante la responsabilité qui leur incombait. *« Toutes ces difficultés de la responsabilité ... quand vous êtes pris avec beaucoup de charge de travail et tout ... Moi je sais que c'est source d'épuisement ... Enfin, quand il faut prendre des décisions vous les prenez mais vous avez 30 patients et vous n'avez pas dormi de la nuit ... C'est là que c'est quand même compliqué parce qu'il faut quand même assumer ce que l'on fait avec les patients. » (M3).* Un médecin a même comparé cette charge à une épée de Damoclès signifiant à quel point elle pouvait être pesante : *« n'empêche qu'on a quand même en main des produits, des possibilités de réellement nuire on va dire... sans le vouloir mais oui c'est quand même une épée de Damoclès. C'est primum non nocere comme on dit, d'abord ne pas nuire. C'est toujours toujours là mine de rien. » (M6).* La confrontation au préjudice causé se traduisait, pour le médecin, par un découragement vis-à-vis de l'importance de ses responsabilités. *« L'erreur vient un peu comment dire ... On se rappelle de notre responsabilité. il y a quand même des moments où on peut oui vraiment être dangereux quoi. » (M6).* Cependant, dans l'exercice quotidien, le poids de cette responsabilité était moins prégnant. En effet, se rappeler à chaque instant à quel point leurs actes pouvaient avoir des conséquences sur la vie de leur patient aurait été un frein à l'action. *« Après on est quand même obligé de raisonner en matière de statistiques, il ne se passe pas une journée sans que je ne vois pas quelqu'un qui a mal au dos. Donc tous les jours je vois des gens qui ont mal au dos. ... mais bon on ne trouve pas un cancer de pancréas à chaque fois » (M12).* *« Malgré tout il faut s'en détacher de la responsabilité... quand on agit il y a forcément des conséquences mais... on ferait rien autrement... Enfin si on fait rien c'est sûr on ne va pas se tromper. » (M6).*

Cette prise de conscience de leur responsabilité faisait partie du processus d'acceptation au sens où elle rappelait au médecin le devoir qu'il avait envers ses patients. Néanmoins, elle n'était pas toujours facile à accepter. Plusieurs médecins ont souligné combien ils trouvaient trop grande l'attente qu'on avait envers eux, combien l'exigence des patients pouvait être envahissante. Leur place centrale, comme référent des soins, rendait cette responsabilité d'autant plus importante. *«En médecine générale on est un peu plus confronté aux personnes parce qu'on est quand même les médecins référents c'est une relation particulière avec le médecin généraliste parce que si les patients ont besoin de se confier à quelqu'un ça va être le médecin généraliste ... donc ça crée une relation particulière qui fait qu'ils attendent plus de nous.» (M8).*

Ces réflexions leur permettaient de prendre à nouveau conscience de leur position de médecin. Reprendre conscience de leur responsabilité comme composante centrale de leur profession était le premier pas vers l'acceptation. En effet, c'est par elle que la fonction de médecin peut s'exercer. *«finalement t'es quelqu'un d'important puisqu'il y a quelque chose qui s'est passé, qu'a bouleversé, qu'à perturbé la personne. Oui ça veut dire que tu peux faire ça mais tu peux faire dans le bon aussi.» (M6).* Sans nier sa difficulté, c'est en soulignant ce paradoxe, entre une responsabilité trop lourde à porter, mais gratifiante, que le médecin continuait le cheminement vers l'acceptation de son erreur.

Inévitablement, un autre point intervenait dans ce processus d'hésitation autour de l'erreur, c'était la difficulté de la reconnaître. En fonction des médecins, plusieurs mécanismes d'évitement se mettaient en place. Certains utilisaient des paraphrases *«Je ne pense pas avoir fait d'erreurs médicales. Peut être un « non-diagnostic »... » (M10)* d'autres argumentaient encore longuement sur leur prise en charge en se justifiant *«parce qu'il y a des tas de paramètres extérieurs qui sont ... le terrain, le spécialiste, quand vous les adressez pour une colo et qu'il vous la refuse ... C'est pourquoi je me suis fait une représentation que ce n'était pas assez sévère pour qu'il prenne le risque de faire une coloscopie.» (M3).* Ces mécanismes paraissaient nécessaires, pour certains, afin d'accéder progressivement à cette reconstruction identitaire.

## 2.E.2. La réflexivité autour de l'erreur

On s'apercevait ensuite qu'il y avait une seconde phase : la compréhension et l'analyse de l'erreur. Son but était de rassurer les médecins quant à leurs compétences. En comprenant les composantes de l'erreur, ils se rassuraient sur leur capacité à ne pas la reproduire. Ainsi continuer à «bien» soigner devenait de nouveau réalisable. *«Par rapport à soi déjà il faut comprendre ce qui s'est passé pour éviter de la reproduire et pour pas s'en vouloir des lustres parce que si on garde ce côté culpabilisant on ne va pas*

*réussir à avancer. Faut quand même continuer à soigner le maximum de personnes et à prendre soin des autres» (M8).*

Par ailleurs, comprendre et analyser son erreur était déculpabilisant. Effectivement, cela mettait en lumière le contexte et donc relativisait sa responsabilité. *«De comprendre pourquoi, j'ai moins culpabilisé parce que là si j'ai pas vu, c'est que c'est pour ça ... comprendre donne des clés, comprendre pourquoi on a loupé, ça c'est important je pense, ça aide à passer le cap et à ne pas arrêter la médecine.» (M11).* Cette étape pouvait être faite personnellement. *«De reprendre tout le processus de prise de décision qui a été réalisé et puis objectivement poser chacune des étapes, ce processus d'analyse on doit pouvoir le faire à titre individuel» (M1).* Pour la plupart des médecins elle était réalisée collectivement. Pouvoir discuter de son erreur avec ses pairs proches était primordial. Tout d'abord, car leurs collègues étaient perçus comme des personnes bienveillantes et donc leur permettaient de s'exprimer sans craindre d'être jugé. De plus, par leur regard extérieur, ils apportaient des éléments de compréhension et permettaient de prendre de la distance vis-à-vis de son erreur. *«Mes collègues, ce sont eux qui m'ont aidé à faire cette analyse là. Déjà je ne vois pas comment décemment il pourrait me dire 'ben oui c'est nul', ils ne me diront jamais ça et ça ce n'est pas tant ça qui m'aide. C'est plutôt le fait de dire 'ben non mais en fait tu t'es trompé parce que' ... c'est l'argumentaire du pourquoi tu t'es trompé qui est plus intéressant . [...] Du coup, on s'y retrouve et on comprend que c'est pour ça qu'on s'est trompé dans notre raisonnement. Et donc, ils nous permettent souvent de dédramatiser » (M11).* Certains médecins soulignaient la place essentielle qu'avait leurs pairs pour parler de leurs erreurs à l'inverse de proches extérieurs au contexte médical. Ces derniers ne pouvaient pas être ressource car ils se seraient trop identifiés au malade et n'auraient pas pu apporter le soutien nécessaire voire, à l'inverse, auraient majoré l'angoisse du médecin. *«J'avoue que les gens qui sont pas du milieu ont du mal à comprendre, voire ça va les faire flipper ... Ils ont du mal à comprendre, ils ont du mal à prendre le recul parce que tout de suite ils vont se placer dans un côté personnel. Il faut en parler à des professionnels qui sont capables de prendre le recul suffisant sur la situation» (M7).* Les pairs avaient donc un rôle primordial par leur faculté à permettre au médecin de prendre de la distance mais aussi par la réassurance de ne pas être rejeté par la communauté médicale. En effet, le partage d'expériences était important. Il permettait de se rendre compte que l'erreur était un point commun entre les médecins et qu'en commettre une ne signifiait pas forcément être exclu de cette communauté : *«parler avec les collègues fait diminuer la culpabilité. On discute bien entre nous et chacun apporte son soutien à l'autre, chacun se rassure en se disant que ben ça aurait pu m'arriver en fait... C'est aussi arrivé aux autres, que ça nous arrivera probablement encore et qu'il faut relativiser. Il faut vivre avec, ça aide à passer à autre chose. Et*

*puis il y a juste à se rassurer aussi en se disant 'oui ça arrive aussi aux autres que je suis pas toute seule dans ces cas-là'» (M14).*

### 2.E.3. Mobilisation des ressources

L'ensemble du processus était porté par les ressources du médecin. En fonction de son entourage personnel mais aussi de sa personnalité, il lui était plus ou moins facile de passer au-dessus de son erreur. Tout d'abord, ce qu'ils appelaient « la vie extérieure » était un point important pour les médecins. En effet, le soutien apporté par leur entourage et surtout l'absence de difficulté dans la vie privée facilitait leur acceptation. *«En fin de compte, qu'est ce qui fait qu'on passe au dessus... Je crois que ça c'est une réponse qui n'est pas collective mais individuelle. L'estime de soi que l'on a, son caractère et surtout comment on est entouré... Comment on est entouré au niveau familial, niveau privé, au niveau professionnel. Je pense que c'est un peu plus facile si on est bien entouré» (M12).*

Un autre point important était la personnalité du médecin. Il y avait, d'une part, sa capacité à prendre de la distance vis-à-vis de son travail et des interrogations qui en découlaient. Cette mise à distance était conditionné par la confiance en soi du médecin. Plus il se faisait confiance et plus il était simple d'accepter la remise en cause nécessaire pour passer outre l'erreur. *«On est pas tous égaux là dessus. Il y a des médecins qui arrivent à faire leur travail et une fois qu'ils sortent du bureau, quitter et couper dans ces cas-là, même si effectivement il y a eu une erreur... Intérieurement peut être qu'ils ont des choses qui les marqueront mais en tout cas, ça ne transparaîtra pas forcément à côté parce qu'ils ont réussi à faire cette coupure en disant que c'est le travail, c'est le métier, c'est une erreur voilà... Et il y en a d'autres effectivement ils rentreront chez eux le soir et ils ne dormiront pas de la nuit» (M10).* Les ressources interpersonnelles et psychiques facilitaient donc ce processus d'acceptation.

En outre, les médecins insistaient également sur la composante «temps». Quelques semaines après l'erreur, plusieurs d'entre eux exprimaient que, malgré la reprise de la relation, une difficulté persistait. La peur de pouvoir se tromper de nouveau restait présente *«oui je ne suis pas aussi posée que d'habitude. J'ai vraiment l'impression d'être ... de devoir faire hyper attention, ça c'est certain, vraiment pas à l'aise ... de faire attention dans le sens ceinture-bretelles s'il y a le moindre symptôme, de faire faire des examens s'il en faut et du coup, je ne me laisse plus la possibilité de temporiser avec eux» (M9).* Néanmoins, au fur et à mesure cette difficulté s'estompait. *«Mais là, ça va mieux avec le temps.... Ça va mieux quand même ... parce que j'ai repris confiance en moi avec cette famille-là, j'ai pris confiance en mes capacités, du coup tu*

*es petit à petit en train de recréer quelque chose de plus sain. Mais ça prend du temps. Je pense ça prend du temps ... » (M9). Toutefois, ce n'était pas tant les semaines passées qui importaient mais plutôt que le temps écoulé permettait au médecin de reprendre confiance dans sa capacité à bien faire. La reconnaissance des patients ainsi que le bon déroulement des consultations venaient progressivement cicatriser ce traumatisme. «Les moyens qui m'ont fait continuer ... ben il y a tous les autres, de sentir qu'on garde la reconnaissance des patients. Vous vous dites je fais ce que je peux, c'est encore ce que je fais de mieux c'est d'aider les gens, de les soigner ...» (M3). Réussir à accepter leurs erreurs signifiait réussir à se convaincre qu'ils étaient de nouveau capables d'être de bons soignants.*

Ce processus d'acceptation pouvait être comparé au processus de deuil, comme l'a évoqué un médecin. *«C'est la même chose que le processus de deuil. On est dans la révolte au départ, on est dans l'incompréhension pourquoi .... Après on est dans l'acceptation. Et puis avec le temps on passe à autre chose.» (M12). Cette comparaison était intéressante : pour accepter leurs erreurs il fallait que les médecins fassent le deuil d'une forme idéale de leur profession. Ils devaient en quelque sorte passer de la médecine idéale à la médecine réelle imprégnée d'imperfection, car humaine. «Ça a changé ma pratique oui [silence] ben moi ça m'a remis dans une réalité, on idéalise notre fonction et ça c'est terminé ...» (M3). Finalement, après avoir traversé ces différentes étapes, les médecins modifiaient leur pratique. Par ce changement, ils manifestaient ainsi leur acceptation. «Mais on est humains faut aussi en tirer des leçons .. faut changer ... faut que ça serve ... y'a un avant un après on ne peut plus continuer comme avant on est plus la même personne enfin c'est un peu fort mais en tout cas pour pouvoir vivre avec faut plus être pareil»(M3). C'est en donnant un sens à ce qui leur était arrivé que les médecins progressaient vers l'acceptation et retrouvaient au fur et à mesure un fonctionnement normal. Grâce à ce processus, quand il pouvait être réalisé totalement, les médecins pouvaient avancer, passer à autre chose même si l'erreur restait gravée à jamais. «Oui je pense qu'on a besoin de ça, qu'on a besoin de fermer ... de fermer le dossier. Je pense que c'est compliqué de laisser le dossier ouvert. C'est-à-dire de se dire en permanence, j'ai peut-être fait une erreur mais je n'ai pas résolu le problème. Si on n'a pas refermé le dossier, si on n'a pas vraiment été au bout du processus, je pense que c'est compliqué d'avancer» (M1).*

#### 2.E.4. *Le cas particulier de la judiciarisation*

Dans cette reconstruction, l'intervention de la justice représentait une entrave considérable. «*Je pense que là, ce n'était même pas possible de continuer avec, car ça a été jusqu'à un procès. Donc c'est pas possible. Je vois pas comment là c'est ... c'est pas possible, le lien est rompu, quand c'est parti sur le côté judiciaire, je pense que c'est assez, ce n'est plus possible quoi*» (M6). Ce qui se jouait principalement derrière la poursuite en justice d'une erreur, c'est qu'en la rendant publique et connue de tous, elle devenait inacceptable pour les médecins. En effet, elle devenait intolérable car honteuse et déshonorante à l'égard de la fonction de médecin. «*Ces situations [de judiciarisation] sont beaucoup plus, enfin c'est rendu public, enfin c'est public vous voyez ce que je veux dire c'est quand même ... c'est un peu plus compliqué ... c'est autre chose... en tout cas moi personnellement ça m'a ... ça m'a forcément, ça remet en cause beaucoup de choses dans les relations avec les confrères* » (M3). Via la justice, le médecin était donc stigmatisé comme indigne de sa fonction, il lui était quasiment impossible d'engager un processus vers l'acceptation de son erreur. «*On a un collègue qui s'est pendu après une erreur sur une garde et il n'a pas pu supporter l'idée que son honneur médical puisse être mis en cause. C'était allé loin, les gens avaient déjà déposé plainte.* » (M12). Au cours des entretiens, un seul médecin a vécu une situation avec judiciarisation. Son impact, se traduisant par une méfiance, restait très prégnant malgré le temps écoulé «*quand il y a des procédures judiciaires vous le vivez comme une agression enfin ... c'est que le patient peut vous faire du mal alors on tombe ... on tombe dans une espèce de méfiance et en tout cas ça change dans la pratique...*» (M3).

#### 2.F) *L'intégration de l'erreur*

Au terme des entretiens, il semblerait qu'intégrer totalement l'erreur demeurait difficile pour les médecins. En effet, la plupart évoquaient l'erreur comme une "cicatrice", une marque à vie «*sans doute ça va s'estomper mais bon ça fait partie des choses qui vont rester quand même, comme des cicatrices, on va dire, des cicatrices psychiques*» (M15). L'image de la cicatrice - évoquant quelque chose de douloureux et qui laisse une trace - était assez significatif de la manière dont les médecins intégraient leur erreur. Cette perception-là pouvait être reliée au contexte actuel, où l'erreur n'étant pas complètement reconnue comme une défaillance systémique mais plutôt individuelle, reste difficile à intégrer. Un des médecins l'a d'ailleurs souligné en parlant de sa manière de cacher, de mettre de côté ses erreurs. «*On a tous un placard dans le dos où on a plus ou moins de monde. La seule chose, c'est de temps en temps, faut ouvrir le placard pour se souvenir de ce qu'il y a dedans.*» (M10).

Il convient de nuancer ces propos car certains médecins y parvenaient. Plusieurs d'entre eux ont évoqué une certaine forme de résilience qui les aidait à continuer. *«Oui c'est un peu une résilience finalement. Même si c'est à petite échelle, c'est que finalement c'est une erreur acceptable. Ça permet finalement de rebondir et d'être plus ... de mieux faire son métier et en l'occurrence, c'est de faire qu'une expérience très négative a permis d'être un tremplin pour justement faire en sorte que le reste de sa vie soit quelque chose de positif» (M6).* La réussite de l'intégration était conditionné d'une part par la gravité de l'erreur et d'autre part par la poursuite de la relation avec le patient. Pour ceux qui réussissaient le mieux, la relation avec le patient s'en trouvait même renforcée. *«Désormais, elle se dévoile un peu plus. Elle dit un peu plus de choses que seulement jardinage et compagnie, elle approfondit aussi plus .. ça a renforcé la relation» (M6).*

*«Je pense qu'il faut se pardonner si on veut avancer et je pense aussi que c'est un peu ça, la résilience. Il faut à la fois accepter qu'on fasse des erreurs mais du coup accepter les conséquences des erreurs, c'est à dire qu'elles existent et qu'il se passe des choses pas bonnes pour le patient en particulier. Donc oui il faut se pardonner alors se pardonner au sens, en ayant un processus de pardon avec le patient c'est à dire où il entend qu'on reconnaît qu'on a fait une erreur. (...) Et donc on arrive plus facilement à se pardonner ça et je pense qu'on a besoin de ça et qu'on peut fermer ... fermer le dossier.» (M1).*

## IV – DISCUSSION

### 1) LES APPORTS DE L'ÉTUDE

#### 1.A) *Un sujet original*

L'erreur médicale est un sujet qui a été largement abordé lors des dernières années. Les travaux ont porté sur deux points principaux. Le premier, sur l'amont de l'erreur, en concentrant les recherches sur la compréhension de ses mécanismes afin d'en réduire la prévalence (16). Le second, sur l'aval, en se consacrant autour des conséquences pour le médecin (22) ainsi que la définition d'une procédure standardisée autour de la divulgation de l'erreur (49). Elles ne se sont intéressées que tardivement sur la place de l'erreur dans les soins primaires et peu d'entre elles ont étudié les conséquences de l'erreur dans la relation.

C'est en choisissant d'aborder l'impact de l'erreur dans la relation que notre sujet est original. En effet, la relation entre le médecin et son patient est au cœur de l'exercice de la médecine générale. À la lumière des connaissances acquises, nous avons pu constater que l'erreur vient bouleverser de différentes manières les deux protagonistes. Nous avons, par cette étude, observé que ces bouleversements n'étaient pas forcément fatals à la relation. La force de la relation antérieure, la manière dont le médecin aborde l'erreur, ainsi que l'absence de conséquences graves, étaient des éléments qui facilitaient le retour du patient vers son médecin. D'autre part, et c'est ce qui a fait également l'originalité de notre étude, c'est qu'au travers de l'expérience des médecins interrogés, nous avons pu identifier un élément que nous n'avons pas relevé lors de notre recherche bibliographique : c'est la poursuite de la relation avec le patient ou ses proches (en cas de décès du patient) qui permet en grande partie au médecin de passer au-dessus de son erreur et de pouvoir continuer à pratiquer.

D'autres éléments ont pu être soulignés par notre étude. Nous avons pu observer la rupture occasionnée par l'intervention de la justice : un procès rendait impossible la poursuite de la relation entre le médecin et son patient. Même si plusieurs études et thèses ont déjà abordé le sujet (50), (51) peu d'entre elles ont insisté sur l'impact de l'intervention de la justice dans la relation avec le patient.

Un autre point important et singulier était la place équivalente des proches dans la réparation du médecin quand l'erreur conduisait au décès du patient. En effet, dans notre étude, nous n'avons pas

constaté de différence dans le processus de reconstruction pour les médecins dont le patient était décédé de l'erreur mais qui continuait à suivre ses proches.

Finalement, notre étude a puisé son originalité dans la confirmation de l'importance de la reprise de la relation avec le patient ou ses proches dans l'acceptation de l'erreur par le médecin. Ce qui, à notre connaissance, n'avait pas été réalisé précédemment.

1.B) La création d'un modèle autour de l'acceptation de l'erreur

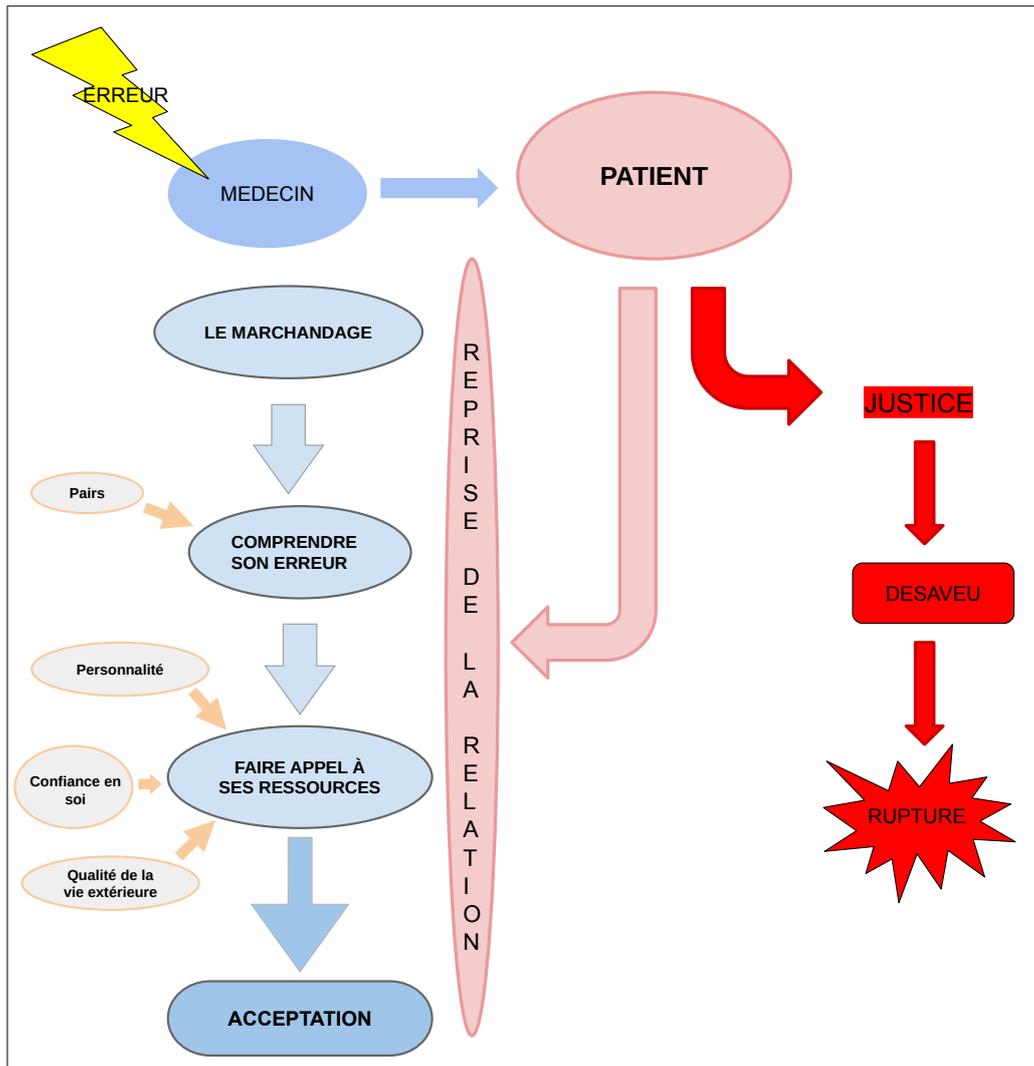


Figure 5 : La réparation de la relation : un cheminement identitaire entravé par la justice

1.C) *L'erreur : un aspect de la médecine toujours difficilement acceptable*

Cette étude a observé que l'erreur restait malgré tout un sujet tabou dans le monde médical actuel. La difficulté de recrutement des participants en a d'ailleurs été un exemple. Réussir à parler de son erreur, facilement et sans barrières, semble encore difficile pour la plupart des médecins.

Au gré des interviews, nous avons également pu constater combien la souffrance des médecins restait prégnante et ce, même plusieurs années après l'erreur. Un des médecins, alors qu'il racontait une situation s'étant déroulée 30 ans auparavant, a exprimé que s'il avait été sollicité une ou deux années plus tôt, il aurait été incapable de parler de son erreur, la culpabilité restant omniprésente. Cet exemple illustre, en partie, la souffrance qu'éprouvent les médecins après avoir fait une erreur. Réussir à prendre en charge les soignants culpabilisés semble indispensable.

## 2) INTERPRETATION DES RÉSULTATS

### 2.A) La difficile définition de l'erreur

Au cours des entretiens, nous avons pu constater que définir l'erreur restait difficile pour les médecins en raison de la méconnaissance du concept mais aussi d'un certain degré de subjectivité. En effet, la façon de concevoir l'erreur était interprétée différemment selon les médecins. C'est à dire qu'une même situation pouvait être évoquée ou non comme une erreur en fonction de la personnalité et notamment du degré de perfectionnisme du médecin. L'erreur comporte donc un caractère individuel. Dans leur définition, Pace et al (10) évoquent ce caractère en définissant l'erreur comme « quelque chose qui ne devrait pas arriver dans ma pratique et dont je ne veux pas qu'elle se produise de nouveau ». En utilisant la première personne, ils incluent cette composante individuelle dans l'erreur. Effectivement, son interprétation reste propre à chacun en fonction de ce qu'il est et de ce à quoi il aspire. Cela peut être expliqué de différentes manières. Premièrement, cette conception singulière de l'erreur est, comme tout concept, soumis aux représentations personnelles de chacun (52). Chacun va donc avoir une interprétation différente selon ses normes sociales, culturelles et personnelles. Cela explique la multiplicité de la perception de l'erreur. Deuxièmement, l'erreur est singulière également car elle reste propre au médecin qui l'a provoquée. C'est ce qu'évoque E.Galam dans son livre «*L'erreur médicale, le burn out et le soignant*» (53) en soulignant que l'erreur est impactée par la typologie de chaque soignant : «je me trompe comme je suis». La façon dont se comporte le soignant va impacter le risque d'erreur mais également sa façon de l'appréhender. Ainsi, sa vision des soins mais aussi la manière dont il va s'adapter à l'incertitude diagnostique va faire varier la possibilité de la survenue d'une erreur. Cela va également conditionner la manière dont il va réagir, de la distanciation, à la fuite voire à l'inverse, à la culpabilité et à la dépression.

Tout ceci signifie que l'erreur dans sa globalité va être influencée par ce qu'est le médecin. C'est la part singulière de l'erreur.

Néanmoins, si l'erreur porte en elle une part de singularité, alors elle entre en quelque sorte en conflit avec l'esprit scientifique. En effet, l'erreur devrait être conceptualisée pour pouvoir être quantifiable et s'appliquer à tous de manière identique. C'est d'ailleurs ce que relève P.Klotz (14) en écrivant ainsi « *Homme et non surhomme, (...) le médecin n'échappera pas à l'humaine condition qui consiste à se tromper souvent. Nos façons personnelles de se tromper forment d'ailleurs une part de notre ego, en contraste avec le caractère impersonnel quelque peu désincarné de la science* ». Comment donc réussir à

exprimer l'erreur médicale comme un concept universel et faisant sens pour tous les médecins ? La définition que nous avons choisie au départ était celle élaborée par E.Galam (13) : «l'erreur est un dysfonctionnement, censé évitable, en se référant à une norme théorique et forcément partielle, mais reconnue comme valide.». En s'adaptant ainsi au monde médical, il définit l'erreur comme une inadéquation par rapport à une norme reconnue valide par cette même communauté. En insistant sur la partialité d'une norme, il pointe ainsi la discordance qu'il peut y avoir entre théorie et pratique médicale comme l'erreur peut en être l'exemple. Cependant, la norme n'est pas la personne et, à la lumière des entretiens mais aussi des différents articles lus, il semblerait important d'insister sur la composante personnelle de l'erreur. Ainsi on pourrait plutôt la nommer comme un dysfonctionnement reconnu évitable **par son auteur** au vu de ses normes inter et intrapersonnelles. Les normes interpersonnelles correspondant aux recommandations de bonnes pratiques et celles intrapersonnelles correspondant à ce qu'est le médecin lui-même.

## 2.B) Les barrières à la divulgation de l'erreur

Comme nous avons pu constater lors des interviews, parler librement de l'erreur reste difficile pour la plupart des médecins ce qui explique en partie le taux de participation de 50% sur l'ensemble des médecins contactés. Possiblement qu'ils ne se sentaient, soit non concernés par l'erreur, estimant qu'ils n'en avaient pas faite (probablement par méconnaissance de ce qu'est réellement l'erreur), soit n'étaient pas en capacité d'en parler (culpabilité, honte, minimisation ...). Ceci est corroboré par les nombreuses études réalisées concernant les freins à parler et même à divulguer son erreur (49), (15). Nous allons, ici, essayer de comprendre l'essentiel de ces freins.

### 2.B.1. *L'erreur comme faute*

Un frein essentiel reste la stigmatisation de l'erreur. Elle demeure associée au jugement qu'il soit médical (honte par rapport à la communauté médicale) ou juridique (procès). Cette culture de l'erreur comme un «vice» de la pratique médicale reste ancrée car encore assimilée à la faute. Néanmoins, ces deux notions diffèrent du point de vue de la responsabilité. La faute tient quelqu'un pour responsable alors que l'erreur découle de l'ignorance. Pour parvenir à supprimer cet amalgame, il convient d'identifier ses déterminants et améliorer la formation des professionnels sur l'erreur.

### 2.B.2. *Les attentes des patients : l'injonction à une inhumaine infaillibilité*

La perception du public sur l'erreur ainsi que les attentes grandissantes concernant la qualité des soins et le rendement des médecins ont un impact considérable sur la position qu'adopte le médecin. Inscrit dans une attitude visant l'excellence, ces considérations des patients la renforce (54). Cette perception hautement idéalisée du professionnel de santé comme communicateur sans faille et éthiquement judicieux, rend la place de l'erreur inexistante.

Néanmoins, la raison pour laquelle cette injonction à la perfection reste présente nécessite d'être questionnée. Plusieurs éléments de réponses peuvent être avancés.

Premièrement, le fonctionnement du monde médical est influencé par la société dans laquelle il évolue. Celle-ci reposant sur la performance, cela va peser sur le monde médical. La montée en puissance des valeurs de concurrence et de compétitivité a «propulsé un individu-trajectoire à la conquête de son identité personnelle et de sa réussite sociale, sommé de se dépasser dans une aventure entrepreneuriale» (55) où l'erreur et la faiblesse n'ont point de place. Ainsi, le monde médical n'échappe pas à cette vision entrepreneuriale de la réussite.

Deuxièmement, il y a le malade qui, affaibli par la maladie va, par ses attentes considérables envers le système de soins, faire peser une pression supplémentaire sur le corps soignant (56).

Enfin, on constate que la population attend des médecins qu'ils soient parfaits : qu'ils sachent diagnostiquer et traiter toutes les maladies tout en étant d'excellents citoyens et des modèles à imiter (57). Par conséquent, le monde médical tente, lui aussi, de maintenir cette image d'infaillibilité, «nous devons à nos patients d'être les meilleurs parmi les meilleurs» (57). Si admirer son médecin peut être un gage de guérison, c'est que l'admiration s'accompagne de la confiance en l'efficacité de ses pouvoirs thérapeutiques. Le besoin d'idéaliser son médecin apparaît comme une condition nécessaire à l'espoir de guérir renforçant la figure d'un médecin sans faille.

### 2.B.3. *La culture médicale*

Cette injonction à la perfection médicale prend racine dès sa fondation en tant que science. Hippocrate, qui fut l'un des premiers à élever la médecine au rang d'art, va placer le médecin dans la position d'un homme de savoirs dont la conduite doit tendre vers la perfection. Héritier d'une discipline qui se pratiquait depuis la nuit des temps, il va s'interroger sur ses pratiques et ses usages. Pour lui, il faut que le médecin soit (58): «utile à tout malade, qu'il soit riche ou pauvre, libre ou esclave, il doit viser la perfection et l'équilibre dans la relation avec l'ensemble de ses malades car», dit «*le traité du médecin*», «dans toutes

les relations sociales il faut être juste ; les rapports du médecin avec ses malades ne sont pas de petits rapports, puisque les malades se soumettent à lui et qu'en présence de tout cela il lui faut une complète maîtrise de soi» (59). Notre monde médical actuel reste emprunt de ce courant de pensée. Il semble même qu'il y reste particulièrement attaché notamment concernant le point de départ de la carrière du médecin consistant en la reprise des mots mêmes d'Hippocrate.

Plusieurs siècles plus tard, Galien renforce cette vision du médecin parfait en insistant sur l'importance de la sagesse du médecin car détenteur du savoir médical.

La culture judéo-chrétienne va elle aussi abonder en ce sens. Au début de l'ère chrétienne, les médecins jouissent d'une confortable aisance et d'une certaine notoriété. Puis, la médecine laïque va s'éteindre progressivement pour laisser place à une médecine liée à la chrétienté. Au Moyen-Âge, les médecins sont surtout membre du clergé. Ayant tout d'abord des connaissances très simplifiées, ils vont rechercher dans les textes anciens pour augmenter leurs maigres connaissances, ce qui permet d'intégrer progressivement des pratiques curatives sacrées (60). La médecine prend donc un chemin spirituel loin des recommandations très philosophiques et scientifiques (basées sur l'observation) (61) de la Grèce Antique. De cette affiliation, naît l'image d'un médecin dévoué à sa vocation qui perdurera pendant plusieurs siècles et qui trouve encore écho dans les représentations actuelles (62). On retrouve dans la littérature médicale du XIXème siècle la vision du «bon médecin» comme une personne devant se «sacrifier» pour le bien commun et devant être naturellement portée par l'amour des autres et au soulagement de leurs souffrances. Dans son livre, «*Philosophie de la médecine*», E.Auber explique que «la plus haute mission de l'homme après celle du ministre de la religion est celle du médecin; il est dispensateur de la vie. Vivre pour les autres et non pour soi, telle est l'essence de sa profession». Pour lui, «il faut donc que le médecin, en luttant contre les maladies de l'homme, connaisse l'homme tout entier dans sa double essence physique et morale (...) c'est en spiritualisant ainsi la science médicale qu'on la place au sommet des professions sociales où elle doit être» (63). Ainsi donc, le médecin est une personne à la dévotion infaillible qui, par ses connaissances, est au sommet des «professions sociales». Certains vont même jusqu'à la vision du médecin comme «le serf de l'humanité». Pour le docteur L.Delasiauve. «malheur s'il en vient à considérer sa profession comme un métier. L'état qu'ils [les médecins] embrassent c'est l'état du sacrifice» (64). Cette dimension quasiment sacerdotale de la profession médicale, très présente au XIXème siècle, porte la vision d'un monde médical où seuls les meilleurs sont appelés par une vocation spéciale qui répond avant tout à un appel impérieux ne demandant qu'à être renforcé au cours de la carrière. Même si cette vision peut paraître obsolète à notre

société athéiste, elle permet de saisir, en partie, l'origine de cette aspiration à la perfection. En effet, même si aujourd'hui, la situation des médecins a progressé, de part la reconnaissance de la médecine comme une profession ordinaire ayant ses exigences et méritant salaire, l'histoire détermine, en partie, cette vision infaillible du corps médical. À ce jour, c'est également dans le moyen de sélection des nouveaux médecins (seul les élites réussissent) ainsi que dans la hiérarchisation surtout hospitalière du corps médical que l'on retrouve les reliquats de ce courant.

## 2.C) Le médecin victime de l'erreur

Dans notre étude, nous avons pu remarquer combien les médecins restaient marqués par leurs erreurs. Pour tous, elle est un traumatisme important qui reste gravé dans leurs mémoires (65). Beaucoup de publications se sont attachées à montrer comment le médecin pouvait être touché par son erreur et combien ses émotions étaient négatives (66). C'est ce qu'a nommé A. Wu par le concept de «seconde victime» (21): le médecin est aussi victime de son erreur. Le sentiment principal éprouvé par les médecins, dans notre étude, était la culpabilité. Culpabilité de ne pas avoir été à la hauteur des ses propres attentes mais aussi de celles de la société et de son patient. «Il est courant d'évoquer cette culpabilité comme héritière de la toute-puissance religieuse que l'on attribuait, jadis, au médecin : puisqu'il possédait un savoir parfait et une maîtrise totale des forces de la nature, tout échec était, dans l'Antiquité, considéré comme étant la faute du médecin» (Halpert, 2009). La culpabilité pouvait engendrer des symptômes dépressifs voire un syndrome dépressif caractérisé en fonction des médecins. Ces sentiments ressentis, secondairement à l'erreur, ayant été développés dans de nombreuses études et nos résultats s'en trouvant concordant, nous ne reviendrons pas sur ces différents points (67).

Néanmoins, un point nous semble important à souligner c'est le concept de stress post traumatique (SPT). Peu d'études se sont lancées dans cette comparaison mais force a été de constater qu'au gré des interviews réalisées, la position dans laquelle le médecin se trouvait après une erreur s'apparentait à un état de stress post traumatique (ESPT). Robertson *et al* ont réalisé le même constat (23). Après une erreur, les médecins peuvent présenter des éléments propres à l'ESPT. En effet, ce dernier comporte des sentiments d'intrusions, des comportement d'évitement, des altérations négatives de la cognition et de l'humeur ainsi que des altérations de l'excitation et de la réactivité (68) qui ont été observés chez des médecins concernés. Par ailleurs, ces symptômes ne faisaient pas majoritairement l'objet d'une prise en charge. À ce titre, et comme tout autre patient, le médecin ne mériterait-il pas une prise en charge adaptée ?

## 2.D) La nécessité de réparer son erreur

### 2.D.1. *La culpabilité : un moteur indispensable*

Un aspect marquant des entretiens était la nécessité impérieuse de réparer son erreur. Cette nécessité n'est pas spécifique à l'exercice médical. Le lien culpabilité-réparation a longuement été étudié en sociologie. En effet, la culpabilité, qui est une émotion désagréable, est souvent associée à une volonté d'adopter un comportement «réparateur» (69). À l'origine, les émotions primaires telles que que la colère, la peur ou la joie ont longtemps été considérées comme nuisibles à l'être humain car opposées à la raison. Cependant, au cours du temps, cette position s'est modifiée. Ces émotions ont plutôt été reliées à des comportements adaptatifs nécessaires à la survie de «l'espèce» (70). Désormais, les émotions sont plutôt considérées comme permettant de mobiliser ses capacités personnelles vers un but déterminé «*feeling is for doing*» (71). Il en va de même pour la culpabilité. Ainsi, en engendrant, un sentiment de responsabilité personnelle, souvent associé à une détresse ressentie pour autrui, elle provoque un sentiment de transgression sociale ressenti par l'individu vis-à-vis de ses actes. En s'estimant redevable, il va chercher à tout prix à réparer son erreur (72). C'est ce type de comportement qu'on a pu observer auprès des médecins. Leur erreur provoquant une intense culpabilité, tous adoptaient un comportement réparateur, plus ou moins important en fonction de leur personnalité, de la relation antérieure entretenue avec le patient mais aussi du comportement de ce dernier. Ainsi, il semble que les comportements adoptés par les médecins soient en fait révélateurs des «normes» sociales dans lesquelles ils évoluent.

### 2.D.2. *La responsabilité médicale*

Dès les études médicales, la responsabilité du médecin est intégrée aux enseignements. Cette responsabilité est l'un des fondements de la relation médecin-patient. Elle fait partie du contrat tacite établi entre eux. C'est une responsabilité civile (ainsi qu'administrative pour les hospitaliers), c'est-à-dire que le médecin est tenu responsable des dommages qu'il pourrait causer à autrui.

C'est un point important souligné par un nombre important de médecins lors des entretiens. C'est au nom de cette responsabilité qu'ils se sentaient redevables envers le patient. C'est pourquoi, malgré leurs réticences, ils souhaitaient à tout prix annoncer leur erreur.

D'une part, cette responsabilité va faire peser sur le médecin de multiples obligations envers son patient telles que le secret médical, le devoir d'information, la recherche du consentement du patient mais surtout l'attention envers son état de santé. D'autre part, elle permet l'établissement de la confiance du

patient. L'erreur médicale, en mettant à mal le bénéfice attendu du soin, va fragiliser cette confiance-là. Il incombe, donc, au médecin le devoir de reconstruire cette confiance. Effectivement, dans les raisons évoquées de leur démarche auprès du patient, ce sens du devoir étaient très largement souligné par les médecins interrogés.

### 2.D.3. La réparation de la relation

Pour les médecins, la réparation de l'erreur était fortement liée à la restauration de la relation. Cette dernière implique, en effet, un mécanisme de réconciliation qui signifie pour le patient deux choses. D'une part, le rétablissement de la confiance associé à la réduction de l'affect négatif envers le «transgresseur» et d'autre part la volonté d'être à nouveau vulnérable (73). Il a été démontré que, pour réparer la relation, il fallait l'intervention des deux protagonistes, même si le processus peut être initié par l'un des deux (74). Dans une revue de la littérature parue en 2017, K. Mc Carthy tente de modéliser la réparation de la relation selon ce modèle (73):

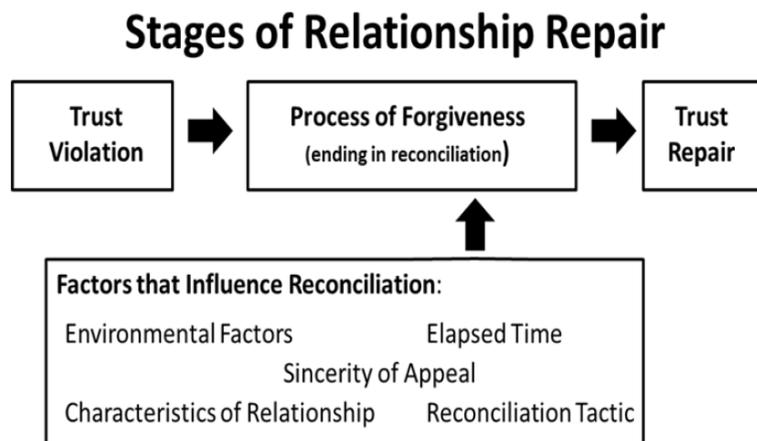


Figure 6 : Etapes de la réparation de la relation

Plusieurs déterminants influencent donc cette réparation.

Le premier déterminant appelé «the sincerity of appeal» qu'on pourrait traduire comme la «sincérité de l'intérêt portée à la victime» est primordial. En effet, elle va être cruciale pour démontrer l'authenticité de celui qui est en tort. Selon Lewicki *et al* (75), la sincérité est l'un des comportements les plus essentiels car elle va prouver la bonne volonté, la bienveillance et l'intégrité de l'auteur de l'erreur. La sincérité sera perçue par la victime, si la personne en tort envoie des signaux répétés, clairs et cohérents (lors d'une excuse ou d'un autre type de réparation) que ses émotions ou ses mots énoncés sont fidèles aux émotions réellement ressenties. En d'autres termes, la sincérité va agir comme un déterminant de la vérité de l'appel au pardon.

C'est, par ailleurs, ce que nous avons pu constater dans le comportement que les médecins adoptaient face au patient. En prenant le temps de dédier une consultation aux excuses et en lui montrant l'importance de leur peine face à l'erreur commise, ils montraient sincèrement le trouble qu'ils éprouvaient.

Un autre élément, mis en évidence, est la qualité de la relation antérieure. Si la relation était positive auparavant, la réconciliation était plus susceptible d'advenir. En revanche, une relation tendue et distante, avant, était moins susceptible de se reconstruire. Cet élément se vérifiait par le récit des médecins. Ils constataient que la relation se réparait d'autant plus facilement qu'elle était profonde et solide avant l'erreur. Les auteurs ajoutent que, dans ce processus de réparation, les individus vont aussi tenir compte des caractéristiques de la relation antérieure pour déterminer la probabilité d'une autre violation de la confiance future. Cela contribue également à la décision de la victime de se réconcilier ou non. Notre étude se portant uniquement sur les médecins, cet aspect n'a pu être directement constaté même si l'on pouvait percevoir que, plus le comportement du médecin était fiable avant l'erreur, plus cela facilitait le retour du patient.

Les stratégies de réconciliation influencent aussi la réparation. Il en existe plusieurs types, notamment la présentation d'excuses, les tentatives d'apaiser la victime par des comportements pro-sociaux (faveurs, compensation, gentillesse...), exprimer des remords ou des regrets ou encore montrer sa préoccupation à rechercher une compensation. Les excuses sont généralement considérées comme le moyen de réconciliation le plus efficace. Effectivement, nous avons pu observer que la plupart des médecins les ont choisies pour reconstruire la relation. Le degré d'inquiétude du médecin envers la victime était proportionnellement lié à la motivation de la victime à se réconcilier.

Un autre facteur affectant la probabilité de réconciliation était le délai entre la violation de la confiance et la tentative de réconciliation. Les violations de confiance impliquent souvent des émotions négatives et du stress pour la victime (76) et seront d'autant plus susceptibles de provoquer une rumination si la victime est laissée sans explication. De ce fait, plus le temps passe et plus les conséquences négatives de la transgression sont exacerbées, rendant la réconciliation plus difficile. Dans notre étude, il s'avère que pour le médecin dont les excuses ont tardé, faute de moyens de communication, le patient n'a pas souhaité poursuivre le suivi. Ainsi, il paraît hautement probable que ce temps de latence ait joué en défaveur de la réconciliation, les émotions négatives du patient s'amplifiant au fur et à mesure de l'absence de démarche du médecin.

Un dernier point abordé dans ce schéma est l'influence des facteurs environnementaux. Il semblerait que des aspects de la situation, tels que le stress ou l'urgence ressentie par la victime, s'ajoutent

probablement au bilan psychologique négatif ressenti et rendent la réconciliation moins probable. Ces facteurs n'ont pas pu apparaître dans notre étude car l'enquêtrice s'est placée du point de vue des médecins et non des patients.

## 2.E) L'annonce : clé de la reconstruction de la relation

Beaucoup d'études ont montré l'importance de l'annonce de l'erreur au patient. En effet, la façon dont l'erreur va être présentée ainsi que la présence d'excuses et l'empathie du médecin vont influencer la façon dont va réagir le patient (poursuites judiciaires...) (77). En France, la HAS a publié en 2011 un guide sur l'annonce d'un dommage associé aux soins (78). Ce guide élabore, en s'appuyant sur de nombreuses études, un plan destiné aux professionnels de santé pour annoncer leurs erreurs. D'après ce guide, il convient, premièrement, de préparer l'entretien afin de ne «pas se retrouver dans une situation d'improvisation» qui nuirait à son déroulement. Deuxièmement, il insiste sur l'importance d'y consacrer du temps et, si possible, de ne pas être seul au moment de l'annonce. Il propose également un plan d'entretien pour aider le praticien. Enfin, il souligne que les suites de l'annonce sont à prendre en considération avec notamment l'importance d'un retour d'expérience pour partager cette difficulté avec ses collègues et d'améliorer globalement la qualité des soins. Dans notre étude, les médecins interrogés ont pour la plupart suivi ces recommandations, probablement de manière spontanée, car l'attitude adoptée se référait plutôt à ce qu'ils ressentaient, plutôt qu'inspirée par des recommandations.

En outre, différents articles ont démontré que l'annonce doit comporter plusieurs points essentiels. Tout d'abord, les patients ont de grandes attentes concernant les explications autour de l'erreur. Pour eux, il convient d'expliquer le plus largement possible sans essayer de dissimuler quoique ce soit, ce qui serait contre-productif (79). Nous avons, par ailleurs, pu constater que c'était ce que les médecins avaient essayé de faire au travers les consultations d'annonce qu'ils ont réalisées. Néanmoins, certaines réticences perduraient encore, notamment la peur de s'exposer aux recours judiciaires. C'est d'ailleurs, l'un des freins principaux relevés par la littérature et notamment dans l'étude de Entwistle *et al* (49) où est soulignée l'importance de la peur des représailles pour les médecins.

Un autre point essentiel sont les excuses présentées. Comme rapporté dans les entretiens, l'importance de s'excuser était essentielle. S'excuser était intégré par le patient comme la reconnaissance du tort causé. En effet, elles permettent d'apaiser le patient. Comme l'a souligné T. Gallagher en mettant en évidence que «tous les patients seraient moins contrariés si le médecin révélait l'erreur honnêtement avec

compassion et s'excusait... car des explications de l'erreur incomplètes ou évasives augmentent leur détresse» (79). Elles permettent également au praticien de surmonter son erreur, même si on pourrait penser que reconnaître son erreur entre en conflit avec la recherche de la perfection et entraîne un sentiment de vulnérabilité (80). Néanmoins, il semble que les excuses soient tout de même nécessaires pour que le médecin passe au dessus de son erreur, comme l'ont souligné D.Frenkel et C.Liebman (81) pour qui «les excuses ont un potentiel de guérison qui n'a d'égal que la difficulté que la plupart des gens ont à les offrir».

## 2.F) Réussir à vivre avec son erreur

Nous avons pu constater, qu'au terme des entretiens, les médecins avaient réussi à accepter leur erreur grâce à plusieurs éléments.

Un élément très important était la possibilité d'être entouré de pairs bienveillants suffisamment proches pour pouvoir se confier. Ceci concorde avec plusieurs études notamment celle de Plews-Ogan *et al* (82) où il est rapporté que les pairs occupent une place particulière dans l'aide nécessaire au médecin. Certaines études mettent parfois sur un même niveau d'égalité l'aide apportée par les pairs et celle apportée par les proches du médecin. Cependant, dans la nôtre, les médecins différenciaient bien les deux, les proches (non médecins) pouvant trop facilement s'identifier au patient. Les pairs sont un pilier de la réparation du médecin car il agissent comme réparateur de l'intégrité personnelle (22).

Un deuxième point important dans l'acceptation semble être le pardon envers soi-même. Même si le pardon, en ayant une forte connotation religieuse, ne semblait pas faire écho à tous les participants. Il semble, néanmoins, que pour réussir à vivre avec son erreur, il faille accepter ses faiblesses en se pardonnant de ne pas avoir été parfait et ainsi se décharger du fardeau de la culpabilité. N.Berlinger (83) mentionne le pardon comme ayant un rôle important dans l'acceptation de l'erreur. Elle insiste surtout sur le pardon envers soi-même. Pour elle, «l'auto-pardon» est un moyen d'être rétabli en tant que soignant, au-delà même du sentiment intuitif de vouloir se libérer du fardeau de la culpabilité. Elle reprend, ainsi, le philosophe C.Griswold qui entend le pardon de soi comme un catalyseur de l'acceptation. Donc, si la découverte de l'erreur conduit directement aux mots «je suis désolé», elle déclenche également un processus parallèle qui peut conduire au pardon de soi où le médecin, aux prises avec le «choc existentiel» d'avoir blessé le patient, apprend à accepter son humanité et ainsi à accepter son erreur. Même si, comme nous l'avons déjà signalé, ce terme de pardon ne correspondait pas à la sensibilité de tous les médecins,

nous avons pu percevoir qu'existait tout de même un équivalent, sous forme d'excuses propres, que le médecin s'accordait à lui-même.

Un autre point permettant de renforcer l'importance de l'acceptation personnelle était le changement de certains comportements. Ceux-ci coïncidaient à l'adhésion du médecin à son erreur comme facteur d'enrichissement. Cette prise de position à, d'ailleurs, été notée dans d'autres études comme stratégie d'adaptation du médecin à son erreur (84). Dans la nôtre, la plupart des médecins ont adopté ce comportement, car ils avaient accepté leurs erreurs mais cette adaptation n'était pas toujours présente. Effectivement, nous avons pu constater que, malgré leur adhésion à l'idée de l'erreur comme facteur d'apprentissage, ils ne s'y étaient pas complètement adaptés (rancœur, dépression ...). Certaines études notent que, lorsque les médecins n'ont pas eu accès au patient, n'ont pu obtenir du soutien ou encore ont échoué à surmonter leur souffrance, ils ne peuvent pas passer au-dessus et arrêtent d'exercer (22). Nous n'avons pas constaté ce type de conséquence dans notre étude, même si certains d'entre eux n'avaient pas revu leur patient. Notre échantillon ne se composant que de médecins installés, de telles issues n'auraient de toute manière pas pu être identifiées. Néanmoins, il nous a semblé que ceux n'ayant pas revu leur patient portaient un regard plutôt amer sur leur profession comparés à ceux pour lesquels la relation avec le patient s'était prolongée.

## 2.G) La justice et la médecine : deux mondes opposés

Notre étude a montré combien l'intervention de la justice restait intolérable pour les médecins mis en cause. Celle-ci était synonyme d'interruption définitive de la relation avec le patient mais aussi signifiait être une réelle épreuve à traverser pour le médecin.

Nous pouvons constater que, depuis plusieurs années, les situations de judiciarisation en France, comme dans d'autres pays, suscitent de vifs débats. Elles sont, par ailleurs, souvent abordées du point de vue d'une intrusion croissante du monde judiciaire dans le monde médical (51). Plusieurs facteurs ont été proposés pour expliquer ce changement. Tout d'abord, les changements sociétaux liés au développement du consumérisme ont considérablement modifié le rapport à la médecine. Elle doit désormais rendre des comptes au vu d'une obligation de résultat alors qu'elle ne devrait être que de moyen. Une modification sociétale importante vis-à-vis du regard porté sur la mort a renforcé ce point de vue. Celle-ci n'étant plus perçue comme une fatalité mais comme une limite à dépasser, elle est de moins en moins tolérable. D'un autre côté, la facilité grandissante d'accès au monde juridique pour les particuliers (diversification des offres

sur le contentieux médical) ainsi que le changement des normes médicales avec l'apparition de recommandations de bonnes pratiques, tend à faciliter l'intervention de la justice. Cette judiciarisation est souvent montrée du doigt comme le déclencheur de la médecine défensive. Celle-ci, loin d'être au service du colloque singulier, s'inscrit plutôt dans l'évitement visant à se prémunir contre le risque judiciaire au détriment de la relation et du confort du patient (85). Cette modification des pratiques a eu des impacts négatifs sur les pratiques professionnelles avec, devant la peur grandissante d'être mis en cause, l'instauration d'une pratique multipliant les examens complémentaires voir renonçant à la mise en place de certains changements considérés comme trop risqués même si bénéfiques pour le patient .

Ces constatations permettent en partie d'expliquer l'incompatibilité de ces deux mondes. Mais cela n'explique pas pour autant cette grande souffrance ressentie par le médecin. Celle-ci serait plutôt liée au fait qu'affronter la justice soit une remise en cause profonde de sa fonction (86). En effet, ce sur quoi il fonde sa pratique, c'est à dire sa capacité à faire le bien, est anéantie. Lorsqu'il passe à ce statut de «justiciable» il devient automatiquement jugé comme incapable. De plus, un médecin face à la justice est seul mis en cause sans tenir compte de la réalité c'est-à-dire le contexte et ce qu'il est. À ce moment-là, tout ce qui est mis en avant c'est qu'il a «mal fait» loin devant toutes autres considérations. Par ailleurs, un professionnel assigné en justice devient un professionnel «délégitimé» (53), le rendant indigne du groupe professionnel auquel il appartient. Car, loin d'être une communauté professionnelle aidante, c'est la plupart du temps à une communauté stigmatisante qu'il est confronté. La justice en rendant publique l'incompétence du médecin reste donc assimilée à un échec retentissant à vivre.

### 3) *LIMITES DE L'ÉTUDE*

#### 3.A) *La difficile démarche de réflexivité du chercheur*

L'enquêtrice, ayant vécu la même situation et exerçant la même profession, a pu s'identifier de manière plus ou moins prononcée aux participants. Cette implication émotionnelle pouvait être présente au moment des entretiens mais aussi lors de leur analyse respective. Cependant, plusieurs moyens ont été mis en œuvre pour que les émotions ressenties n'infléchissent pas la teneur et l'analyse des entretiens.

Concernant les entretiens, ils ont, tout d'abord, fait l'objet de l'élaboration d'un guide afin d'obtenir une homogénéité dans les thèmes abordés et qu'il y ait, pour l'enquêtrice, un moyen concret de renouer avec le réel de l'entretien lorsque celui-ci devenait trop impactant affectivement. Lors de leur déroulement, les relances ainsi que les questions posées pouvaient influencer les propos du médecin. C'est-à-dire que l'enquêtrice pouvait, par ses relances orienter, sans en avoir conscience, le discours des participants vers ses projections sur les réponses possibles. Malgré toute l'attention portée à garder une posture réflexive et à éviter ce piège, il apparaît à la réécoute des entretiens, que cela n'a pas toujours été le cas. En effet, son manque d'expérience ainsi que la forte implication émotionnelle a pu rendre difficile la mise à distance de ses propres préoccupations. L'enquêtrice s'est donc astreinte, d'une part, au cours des entretiens, à reconnaître ses propres émotions pour ne pas en être influencée et d'autre part à relire les entretiens au fur et à mesure, afin d'identifier les moments où ses propos ont pu influencer ceux des médecins, afin que ses erreurs ne se reproduisent pas lors des suivants.

Concernant l'analyse, c'est d'abord le journal de bord qui a été utilisé comme moyen de mise à distance. L'enquêtrice y rapportait à chaque étape de l'analyse ses représentations et ses projections. Ainsi, cela permettait de les distinguer du vécu réel des participants. L'autre moyen utilisé était la triangulation réalisée avec les directeurs de thèse. Elle permettait, par le regard de tierces personnes, d'écarter ce que l'enquêtrice aurait pu confondre entre identification personnelle et expérience réelle des participants.

#### 3.B) Concernant les participants

##### 3.B.1. *Des erreurs parfois anciennes*

Lors des entretiens, il était demandé aux médecins de se remémorer une situation d'erreur particulière où il avait pu revoir le patient par la suite. Certains médecins ont évoqué des erreurs datant de

plusieurs années et éprouvaient parfois des difficultés à se souvenir précisément de la situation et notamment des propos tenus au patient. Néanmoins, ils n'ont jamais eu d'hésitation concernant les sentiments qu'ils avaient pu éprouver à ce moment-là, ni même de la façon dont ils avaient repris contact avec leur patient. Il semble probable que les médecins ne se souvenant que des erreurs les ayant fortement impactés, aient oublié des situations d'erreur où la reprise de la relation avait été beaucoup plus simple. Il s'en trouve donc que notre étude ne porte certainement que sur des erreurs importantes ayant marqué l'expérience des médecins.

### 3.B.2. *Le déni de l'erreur*

Au moment des entretiens, certains médecins interrogés hésitaient encore à appeler erreur la situation qu'ils étaient en train de narrer. De ce fait, ils tenaient parfois des discours ambigus qui ne permettaient pas de répondre clairement aux questions posées. Ces expériences étaient souvent synonymes d'une acceptation incomplète, la culpabilité restant manifeste. Nous avons cependant considéré que chaque situation racontée renfermait des éléments qui avaient été essentiels pour le médecin dans son cheminement

### 3.C) Difficultés de recrutement

Premièrement, une des principales faiblesses de cette étude, est le recrutement basé sur le volontariat. En effet, on peut imaginer que les médecins ayant accepté de participer à l'étude soit majoritairement ceux qui avaient réussi à dépasser leur erreur. Il se peut, donc, que sur une étude plus large, on s'aperçoive que l'acceptation de l'erreur n'est pas aussi importante dans la population des médecins de premier recours. Deuxièmement, notre recrutement par méthode boule de neige n'a pas été suffisant pour atteindre un nombre satisfaisant d'entretiens. C'est donc par le biais de collègues remplaçants qu'il a été possible de recruter d'autres participants. Néanmoins, l'enquêtrice n'ayant pas toujours la possibilité de présenter à nouveau son étude, certains médecins n'avaient pas prévu de temps suffisant pour l'entretien. Certains ont été écourté car les médecins devaient reprendre leurs consultations. Nous n'avons donc pas toujours pu aborder chaque question de manière complète.

#### 4) *PERSPECTIVES*

##### 4.A) *Faire évoluer les mentalités en abordant l'erreur en formation initiale*

Changer les mentalités concernant l'erreur médicale afin de favoriser son intégration dans la pratique actuelle semble primordial. Pour opérer ce changement, une première étape consisterait en une formation plus approfondie des futurs médecins à l'erreur médicale. La formation initiale, élément déterminant du façonnement des médecins, doit être plus concrète en terme d'appréhension, de connaissance et de gestion de l'erreur. Certains auteurs suggèrent même que l'identification et l'annonce d'un dommage soient considérées comme «une compétence médicale à part entière» (87). Chaque étudiant devrait ainsi être amené à développer les compétences relationnelles nécessaires pour répondre à ces situations. L'écoute active, l'empathie ainsi que la communication avec son patient, loin d'être des compétences innées, doivent être enseignées pour être maîtrisées. La relation médecin-patient nous mettant face à notre humanité avec à la fois sa force et sa faiblesse, il faut y être formé. Chaque futur médecin devrait être préparé à la possibilité de l'erreur, afin de ne pas être pris au dépourvu devant la confrontation à ses faiblesses, et ainsi pouvoir la gérer et l'assumer au mieux.

Pour y parvenir, la formation initiale doit prendre en compte à la fois, l'intégration de l'erreur comme faisant partie de la pratique et nécessitant des compétences de communication pour sa résolution mais surtout l'apprentissage de la gestion de ses propres émotions afin de ne pas en être submergé (20).

On pourrait ainsi imaginer que cette formation contiennent certains éléments-clés :

- un apport plutôt théorique, court, reprenant tout l'ensemble des concepts entourant l'erreur avec sa définition, sa gestion et ses impacts. Lors de ce cours théorique, chaque étape du processus d'annonce devrait être passée en revue, depuis la préparation de l'annonce jusqu'à l'entretien avec le patient, en passant par l'investigation des causes puis à l'élaboration d'un plan d'actions.
- une mise en pratique avec participation pour tous les étudiants à des revues de morbi-mortalité (RMM) autour de l'erreur en stage ainsi qu'à des sessions de simulation. L'annonce d'un dommage au patient ne s'improvise pas surtout lorsque l'on fait face à un patient agressif ou que la situation requiert une annonce urgente. En outre, il semblerait intéressant que cette partie théorique soit entretenue tout au long de la formation. Dans cette phase, il conviendrait également d'aborder le soutien aux collègues. En effet,

apprendre à soutenir un collègue impliqué dans un événement indésirable devrait faire partie de la formation des futurs médecins (88).

- une partie concernant l'apprentissage de la gestion des émotions en partant de l'erreur, pourrait être aussi mis en lien avec toutes les autres situations de soins où cette gestion est nécessaire

Il paraîtrait judicieux que le développement de ces compétences s'étale tout au long de la formation initiale des médecins, faisant le lien avec des situations pratiques rencontrées en stage. Une partie de cette formation consisterait également en la sensibilisation des professionnels de santé accueillant des étudiants afin qu'ils puissent travailler à l'apprentissage nécessaire.

Une formation complémentaire plus concrète semblerait également intéressante à développer lors de l'internat. Elle pourrait s'articuler autour de deux points : la participation à un groupe d'échanges de pratiques entre professionnels de santé autour de l'erreur ainsi qu'à l'analyse d'une situation d'erreur propre à chacun, accompagné de personnes formées (89). Cette formation pourrait faire partie des compétences nécessaires qu'un étudiant devraient acquérir et faire partie des éléments validant l'internat.

Pour terminer, il semble indispensable que les générations futures bénéficient d'une formation renforcée sur l'erreur médicale. Cela implique probablement un changement dans la perception de la médecine non plus comme un système élitiste mais bien comme une profession exercée par des personnes humaines et faillibles. En effet, plusieurs travaux et thèses (cités ci-dessus) se sont déjà penchés sur la façon d'améliorer la formation initiale mais sans parvenir à un changement profond. Il semble donc essentiel que cette formation sur l'erreur soit accompagnée d'un changement des mentalités autour de la place du médecin dans le monde médical et sociétal.

#### 4.B) Concernant les médecins généralistes : organiser des formations sur le thème de l'erreur, mettre en place et diversifier des lieux d'échanges et d'écoute

Un premier point serait l'amélioration de la formation des professionnels de santé. En effet, comme nous avons pu constater dans notre étude, l'erreur reste peu connue. La moitié des participants contactés ont refusé de participer à l'étude car ils estimaient «ne pas avoir d'erreur à raconter, car ils n'en faisaient pas». Ils ont réagi ainsi par méconnaissance car, par définition, l'exercice sans erreur n'existe pas. Ainsi, nous pouvons nous appuyer sur M.Chanelière qui dans sa présentation réalisée lors d'ateliers régionaux sur

les EIAS (90) a présenté différentes pistes d'action pour renforcer la prise en compte de l'erreur dans l'exercice médical :

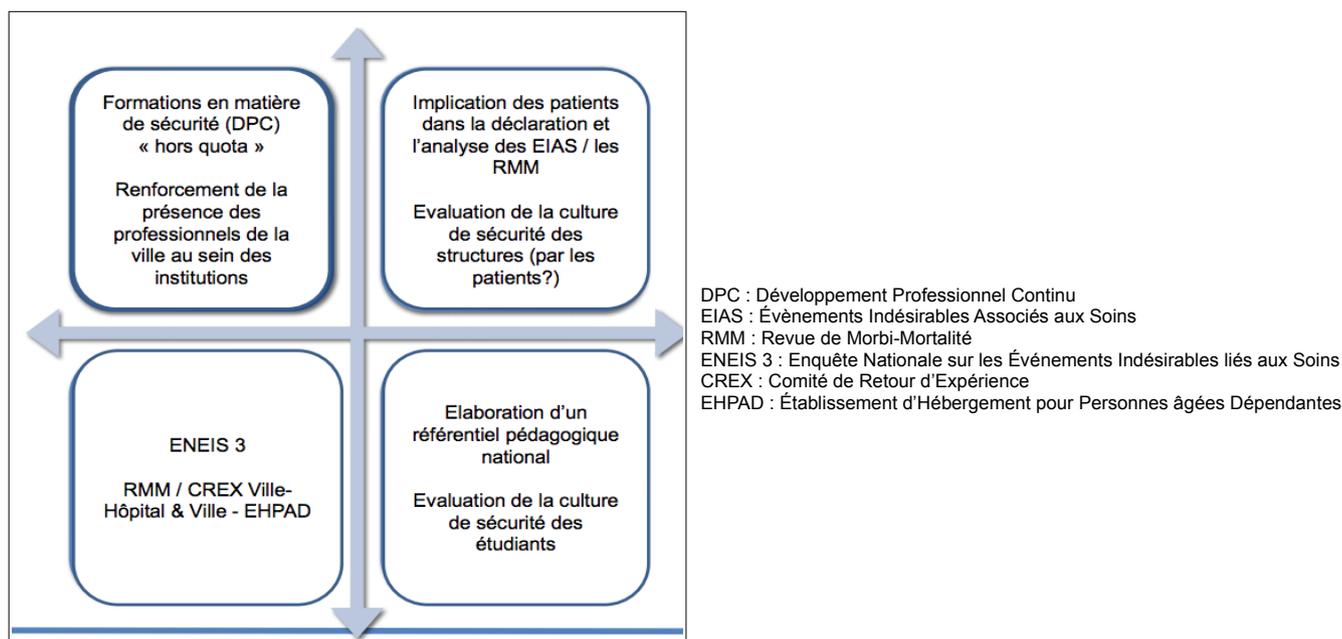


Figure 6 : EIAS : comment dynamiser le signalement et l'analyse en ville ?

Il considère que la formation des professionnels de santé passe par plusieurs points.

Tout d'abord, le renforcement de la formation initiale ainsi que celui de la formation des professionnels en matière de sécurité est primordial. Il passe par le développement professionnel continu (DPC) mais aussi par la participation des médecins aux institutions de veille sanitaire. Ce renforcement peut se présenter par l'instauration de RMM et de comité de retour d'expérience (CREX) entre les différentes structures soignantes que ce soit en ville ou à l'hôpital. La recrudescence de la participation des médecins au monde de la culture de la sécurité, par une meilleure présence dans les institutions de veille sanitaire, contribuerait à cette amélioration. Un autre point intéressant abordé c'est la participation du patient. Un patient impliqué pourrait signaler un EI ou une erreur afin d'améliorer la pratique du médecin en question.

L'ensemble de ces points évoqués regroupe l'essentiel de l'évolution que les soins primaires doivent effectuer pour intégrer l'erreur dans leur pratique. Probablement qu'intégrer les patients à la formation des médecins est une des clés car si les patients s'intègrent dans cette réflexion, de fait les médecins seront dans l'obligation de s'y conformer. Néanmoins, les modalités doivent être clairement définies car il ne s'agit en aucun cas d'un patient donnant «une note» à son médecin mais plutôt d'un patient formé et acteur auprès des médecins.

Par ailleurs, améliorer la formation des médecins dans le domaine juridique représente un élément important. En effet, quoi de plus angoissant qu'un domaine inconnu que l'on voit déjà comme un ennemi de la profession. Il faudrait donc proposer aux médecins généralistes plus de formations concrètes dans ce domaine.

#### 4.C) Mettre en place un soutien systématique aux médecins déclarants des erreurs

La souffrance engendrée par l'erreur est clairement observée chez les médecins. Néanmoins ils éprouvent une réelle difficulté à demander de l'aide sur un plan psychologique. En effet, de part leur activité professionnelle, ils sont souvent confrontés à de nombreuses souffrances sans y avoir été préparé. Cela accentue leur détresse face à ces situations et peut parfois être un facteur de risque de burn-out. Ceci s'explique, en partie, par la formation médicale puisque les modèles auxquels ils ont été confrontés ont induit, chez eux, la mise en place de comportement laissant peu de place aux émotions (91) (92). Ce modèle, loin d'être idéal, se manifeste souvent par un non-recours à un pair en cas de problèmes psychologiques de peur que ses faiblesses soient portées à la connaissance des autres. Des études sur le syndrome du burn-out, en milieu hospitalier ou libéral, mettent en avant l'absence de recours à une aide psychologique «Il (le médecin) ne s'avoue ni vaincu, ni souffrant et ne demande aucune aide par pudeur, honte, obstination ou culpabilité, car il ne peut et ne veut trahir ses idéaux ainsi que l'image idéale de professionnel dans laquelle il s'est enfermé» (93). Dans ce contexte, les circuits de soins habituels, paraissent peu adaptés. Ils sont d'ailleurs rarement utilisés par les médecins car n'offrant pas toujours les éléments-clés nécessaires au partage de leur expérience. En effet, les circuits de soins habituels n'offrent ni un niveau de confidentialité suffisant, ni une indépendance par rapport au milieu professionnel habituel, ni la prise en compte des contraintes liées à leur profession (20).

Développer des programmes adaptés pour les professionnels s'avère donc indispensable. Néanmoins, en France, peu de structures sont habilitées à assumer cette fonction. En revanche, dans plusieurs pays ces types de circuits existent depuis longtemps, notamment au Québec, aux États-Unis et en Espagne. Par exemple, au Québec, il existe actuellement le PAMQ (Programme d'aide aux médecins du Québec) qui est composé de médecins (généralistes et spécialistes), de psychologues, mais aussi d'avocats dont le but est d'aider les médecins en difficulté (94). Les circuits médicaux utilisés par ce programme sont adaptés au besoin des professionnels de santé. Tout d'abord, il existe un confrère «tuteur» qui veille sur le médecin tout au long de son parcours. Il existe également une liste de médecins référents au niveau

régional qui garantissent un accueil anonyme des médecins participants, des heures adaptées et une manière différente d'archiver les dossiers. Ce programme est à l'oeuvre également dans une campagne de prévention à l'égard des médecins, qui propose des formations sur la prise en charge des soignants en souffrance, un enseignement sur la santé des médecins aux étudiants, ainsi que des interventions dans des colloques. En Catalogne, la fondation Galatea propose le PAIMM (Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade) (95). Il comprend des programmes destinés aux médecins et aux professionnels de santé pour la promotion de leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie. Il s'organise sous forme de procédures collégiales des professionnels en demande d'aide qui peuvent être pris en charge par une unité spécialisée disposant de services d'hospitalisation, d'hôpital de jour et d'une prise en charge ambulatoire adaptée.

En France, la présence de circuits identiques fait défaut. Néanmoins, les choses pourraient changer car dernièrement plusieurs initiatives ont été développées comme par exemple de l'APSS (Association de Promotion des Soins aux Soignants) et de l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux).

#### 4.D) La fin du modèle de l'«idéal professionnel»

Ce point, bien qu'évoqué dans un paragraphe antérieur, nous paraît si important qu'il nécessite d'être plus amplement développé.

L'idéal professionnel du soignant est une position dans laquelle «il attend trop de sa profession et notamment qu'elle lui rapporte en miroir une belle image de lui-même, un accomplissement personnel de la reconnaissance ou de l'amour» (93).

Cet idéal professionnel prend racine dès la formation médicale où les futurs médecins sont sélectionnés selon un modèle insistant lourdement sur les critères d'engagement et de haut niveau d'attentes. L'enseignement reçu forme ainsi un conflit naturel entre l'idéal et la réalité qui peut être à l'origine d'une importante souffrance (96). Car lorsqu'il deviennent eux mêmes professionnels, ces individus attendent de leur travail qu'il remplisse adéquatement ce haut niveau d'attentes, dans un idéalisme éloigné de la réalité. Pour passer de l'idéal à la réalité de la profession, plusieurs solutions sont proposées. Tout d'abord, il faut engager une réflexion sur la valeur de l'excellence et des standards de perfection en faisant ressortir les aspects négatifs de ce modèle pendant les études médicales. Cela permettrait aux étudiants de s'ancrer dans le réel de leur future profession. Il serait intéressant d'initier, au cours des études médicales, une réflexion autour de la gestion de la complexité et de l'incertitude et mettre en avant l'écart entre le travail

dicté par les enseignements et le travail réel, influencé par des contraintes matérielles, institutionnelles et relationnelles. En conclusion, promouvoir un enseignement équilibré entre le respect d'une dose d'idéal nécessaire pour les étudiants et l'illustration de ses limites permettrait de lutter contre ce modèle. Les limites les plus prégnantes étant l'effet délétère que peuvent provoquer les mécanismes d'adaptation lorsqu'ils sont utilisés coûte que coûte comme rempart contre la honte ou la dépression (96).

#### 4.E) Le point de vue du patient : similitudes ou divergences ?

Certains auteurs comparent l'acceptation de l'erreur par le patient à un processus de deuil (20). Le deuil constitue une réaction humaine d'adaptation à la perte. Il est considéré comme une réaction psychologique normale que le sujet va traverser en plusieurs étapes. Il y a tout d'abord une phase initiale considérée comme un «état de choc». Il s'agit de la période qui suit l'annonce de l'erreur. Elle peut se manifester par de la colère ou du déni qui constitue des mécanismes de défense contre cette réalité inacceptable. La colère, souvent dirigée contre les soignants, permet d'une certaine manière d'exprimer l'insécurité ressentie à ce moment-là par le patient. Il s'en suit une phase dite de «dépression réactionnelle» à la situation où il va devoir affronter une perte physique. Comme toute dépression, cette période peut avoir une répercussion sur sa santé (perte d'appétit, troubles du sommeil ...). Puis vient la phase de deuil où le patient s'adapte à cette nouvelle situation et va réorganiser sa vie différemment.

La participation du médecin est probablement nécessaire au deuil du patient. En effet, sa situation nécessite des réponses à ses questions que seul le médecin peut lui apporter. On pourrait ainsi suggérer que pour accepter l'erreur, le patient ait donc besoin de son médecin, comme lui de son patient. L'acceptation de l'erreur, de part et d'autre, est le résultat d'interactions nécessaires entre ces deux personnes. Cette suggestion nécessiterait néanmoins d'être explorée par d'autres études.

## V – CONCLUSION

L'exercice de la médecine est fondé sur la relation entre le médecin et son patient. Cette relation, à l'origine de la confiance du patient pour son médecin, évolue avec chacun des protagonistes mais aussi au gré des événements. L'erreur en est un exemple. En effet, en bouleversant ces deux acteurs, elle va la fragiliser. D'une part, du fait du sentiment de trahison éprouvé par le patient, et d'autre part, par la détresse que le médecin ressent en étant mis face à ses incapacités. Pourtant l'erreur médicale fait partie intégrante de la pratique, tous les médecins (comme tous les humains) se trompent. Néanmoins, ce concept n'est pas complètement connu et intégré des professionnels de santé, car il vient mettre à mal l'injonction à la perfection à la fois médicale et sociétale. En effet, la performance, en dominant les conduites actuelles, ne permet pas au concept de l'erreur, voire plus largement de l'imperfection, de trouver sa place.

C'est dans ce contexte que s'est inscrite notre étude. Elle a cherché à déterminer comment pouvait se poursuivre la relation entre le médecin et son patient. Nous avons montré que, loin d'être une fatalité, l'erreur pouvait être dépassée. Le cœur de notre étude s'est trouvé dans la démonstration de la nécessité de la reconstruction relationnelle (avec le patient ou son entourage) comme chemin d'acceptation de son erreur. La reprise de la relation agit ainsi comme un catalyseur de l'acquittement du médecin envers lui-même. Le principal obstacle à cette reconstruction semble être l'intervention de la justice. En mettant en lumière l'incompétence du médecin, elle s'oppose à la reconquête de sa propre position de soignant.

Le cheminement nécessaire vers l'intégration de l'erreur se fera d'abord par la formation des médecins présents et à venir, mais surtout dans l'intégration des limites du modèle médical actuel.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 7 févr 1991;324(6):370-6.
2. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* mars 2000;38(3):261-71.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington (DC): National Academies Press (US); 1999. 312 p.
4. Johnson WG, Brennan TA, Newhouse JP, Leape LL, Lawthers AG, Hiatt HH, et al. The Economic Consequences of Medical Injuries: Implications for a No-fault Insurance Plan. *JAMA.* 13 mai 1992;267(18):2487-92.
5. Mougéot F, Occelli P, Buchet-Poyau K, Robelet M, Touzet S, Michel P. The emergence of patient safety issues in France. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr.* déc 2017;29(6):869-77.
6. CNRTL. (page consultée le 17 juillet 2020). ERREUR: Définition de ERREUR, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/erreur>
7. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To Tell the Truth. *J Gen Intern Med.* déc 1997;12(12):770-5.
8. Larouze J, Guarnieri F, Besnard D. Le modèle de l'erreur humaine de James Reason. *Papier de recherche du CRC de MINES Paristech ; 2014.*
9. Larouze J, Guarnieri F. Huit idées reçues sur le(s) modèle(s) de l'erreur humaine de James Reason. *Rev d'électricité d'électronique.* 2014;83-90.
10. Pace WD, Fernald DH, Harris DM, Dickinson LM, Araya-Guerra R, Staton EW, et al. Developing a Taxonomy for Coding Ambulatory Medical Errors: A Report from the ASIPS Collaborative. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, éditeurs. *Advances in Patient Safety 2005;2:* 63-73
11. Savage C. *Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic [Thèse de Médecine].* Université Lille 2; 2014.
12. OMS. (page consultée le 2 septembre 2020). *Guide pédagogique pour la sécurité des patients - édition multi-professionnelle, [en ligne].* Disponible sur: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/fr/>
13. Galam E. *Dédramatiser et travailler nos erreurs.* *Rev Prat.* 2005;19:4.
14. Klotz P, Ivernois JF. *L'Erreur médicale: mécanismes et prévention.* Paris: Maloine; 1994, 147p.
15. Aap committee on medical liability and risk management and Aap council on quality improvement and patient safety. *Disclosure of Adverse Events in Pediatrics.* *Pediatrics.* 1 déc 2016;138(6).
16. Thomas E, Petersen L. *Measuring errors and adverse events in health care.* *J Gen Intern Med.* janv 2003;18(1):61-7.
17. Michel P, Haeringer-Cholet A, Kerié-Gascou M, Larriéu C, Quenon J-L, Villebrun F, et al. *Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013).* *Bull Epidémiologique Hebd.* 2014;(24-25):410-7.
18. Harrington M. *Revisiting Medical Error: Five Years after the IOM Report, Have Reporting Systems Made a Measurable Difference ?* *Health Matrix.* 2005;15(2):55.

19. Chaneliere M. *Impact des événements indésirables sur les médecins généralistes. Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. [Thèse de Médecine]: Lyon 1; 2005.*
20. HAS. (page consultée le 20 juin 2020). *Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide. Mars 2011, [en ligne] Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_4\\_pages.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_4_pages.pdf).*
21. Wu AW. *Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 18 mars 2000;320(7237):726-7.*
22. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. *The natural history of recovery for the healthcare provider « second victim » after adverse patient events. Qual Saf Health Care. oct 2009;18(5):325-30.*
23. Robertson JJ, Long B. *Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. J Emerg Med. 1 avr 2018;54(4):402-9.*
24. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. *The Emotional Impact of Medical Errors on Practicing Physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf. août 2007;33(8):467-76.*
25. Jain A, Ogden J. *General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study. BMJ. 12 juin 1999;318(7198):1596-9.*
26. DREES. (page consultée le 10 mai 2020) *L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) - Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>*
27. Michel P, Quenon J-L, Djihoud A, Bru Sonnet R. *Les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Bordeaux. 2008.*
28. Chaneliere M, Proboeuf T, Letrilliart L, Zerbib Y, Colin C. *La iatrogénie observée en médecine générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2014;(114):173-80.*
29. Zwart DLM, Heddema WS, Vermeulen MI, Rensen ELJ van, Verheij TJM, Kalkman CJ. *Lessons learnt from incidents reported by postgraduate trainees in Dutch general practice. A prospective cohort study. BMJ Qual Saf. 1 oct 2011;20(10):857-62.*
30. Castel P. *Le médecin, son patient et ses pairs. Rev Francaise Sociol. 2005;46(3):443-67.*
31. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. *Impact of the Doctor-Patient Relationship. Prim Care Companion CNS Disord. 22 oct 2015;17(5).*
32. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie. 3<sup>e</sup> éd. France: Payot et Rivages; 2003. 418 p.*
33. Emanuel EJ. *The physician-Patient relationship (Fours models of the physician-patient relationship). JAMA J Am Med Assoc. sept 1992;267(16):2221-6.*
34. Hardy A-C. *Du colloque singulier à l'éthique médicale. Rech Sante Soc. 2013;23-45.*
35. Ricoeur P. *Les trois niveaux du jugement médical. Revue Esprit. Esprit Presse. déc 1996;12(227):21-33.*
36. Bousquet M-A. *Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse en Médecine]. Université Paris 6; 2013.*
37. Truchet D. *Droit de la Santé Publique. Dalloz. 1998. 300 p.*
38. Le Mintier B. *La personne au cœur de la relation médicale. Rev Jurid Ouest. 1999;12(1):5-13.*

39. DGOS. (page consultée le 6 juillet 2020) *L'historique depuis 1945*, [en ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/les-usagers-et-leurs-representants/article/l-historique-depuis-1945>
40. Ehrenberg A. *Le culte de la performance*. Paris: Calmann lévy; 1991. 323 p.
41. Pesqueux Y. *De la performance*. De la performance. Master. France. 2020. fhalshs-02612883f
42. CNRTL. (page consultée le 15 juillet 2020). *PERFORMANCE: Définition de PERFORMANCE*, [en ligne]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/performance>
43. Giraud L. (page consultée le 15 juillet 2020) *Débat: L'épidémie de Covid-19 incite à remettre à plat la gestion de l'hôpital*, [en ligne]. Disponible sur: <http://theconversation.com/debat-lepidemie-de-covid-19-incite-a-remettre-a-plat-la-gestion-de-lhopital-139409>
44. Biehn J. *Managing uncertainty in family practice*. *Can Med Assoc J*. 15 avr 1982;126(8):915-7.
45. Bloy G. *L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles*. *Sci Soc Santé*. 2008;26(1):67-91.
46. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin; 2012. 424 p.
47. Salanskis J-M. *Herméneutique et cognition*. Presses Univ. Septentrion; 2003. 276 p.
48. Observatoire régional de santé Pays de la Loire. *La santé observée dans les Pays de la Loire: Médecins Généralistes*. ORS Pays de la Loire. mars 2015; 8p.
49. Entwilste M, Kalra J. *Barriers to Medical Error Disclosure: An Organizing Framework and Themes for Future Research*. *Austin J Pathol Lab Med*. 2014;1(2):6.
50. Finon M. *Le médecin face à la justice: entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire [Thèse de Médecine]*. Université Paris 5; 2014.
51. Barbot J, Rabeharisoa V. *Médecine et Justice*. *Sci Soc Sante*. 24 déc 2018;Vol. 36(4):5-14.
52. Hervot M-K. *Cultivons nos erreurs [Mémoire]*. Université Rennes 2; 2016.
53. Galam E. *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant*. Springer Science & Business Media; 2012. 322 p.
54. Vincent C, Coulter A. *Patient safety: what about the patient?* *Qual Saf Health Care*. mars 2002;11(1):76-80.
55. Fabry P. (page consultée le 4 juillet 2020) *Fiche de lecture: Alain Ehrenberg: Le culte de la performance; Individualisme et fragilisation des individus*, [en ligne]. Disponible sur: <https://www.philippefabry.eu/fiche.php?livre=18>
56. Abraham G. *Perfection versus imperfection*. *Rev Médicale Suisse*. 2016;12:288.
57. Ratnapalan S, Batty H. *Être juste correct*. *Can Fam Physician*. 1 mars 2009;55(3):241-2.
58. Hippocrate. *Œuvres complètes*. Paris, Baillière. 1839. 644 p.
59. Lombard J. (page consultée le 29 juillet 2020) *Le Serment d'Hippocrate et les sources philosophiques de l'éthique médicale*. Conférence aux Amis de l'Université, 2010. In, [en ligne]. Disponible sur: [https://www.editions-harmattan.fr/auteurs/article\\_pop.asp?no=29538&no\\_artiste=5748](https://www.editions-harmattan.fr/auteurs/article_pop.asp?no=29538&no_artiste=5748)
60. Darricau-Lugat C. *Regards sur la profession médicale en France médiévale (XIIe – XVe)*. *Cah Rech Médiév Humanistes J Mediev Humanist Stud*. 1999;(6).

61. Longhi V. Hippocrate a-t-il inventé la médecine d'observation ? Cah « Mondes Anc » Hist Anthropol Mondes Anc. 26 mars 2018;(11).
62. Guillemain H. Devenir médecin au xixe siècle. Vocation et sacerdoce au sein d'une profession laïque. Ann Bretagne Pays L'Ouest Anjou Maine Poitou-Charente Touraine. 30 oct 2009;(116-3):109-23.
63. Aubert E. Philosophie de la médecine. Paris: Germer Baillière; 1865. 185 p.
64. Delasiauve L. L'organisation médicale en France. Paris: Masson et cie; 1843. 256 p.
65. Bourdeaut F. Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale. Laennec. 24 juill 2012; 60(3):24-38.
66. Grissinger M. Too Many Abandon the "Second Victims" Of Medical Errors. Pharm Ther. sept 2014;39(9):591-2.
67. Venus E, Galam E, Aubert J-P, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. BMJ Qual Saf. avr 2012;21(4):279-86.
68. Barnhill J. (page consultée le 21 mai 2020) Trouble de stress post-traumatique - Troubles psychiatriques. Édition professionnelle du Manuel MSD, [en ligne]. Disponible sur: [https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique?query=Trouble%20de%20stress%20post-traumatique%20%20\(TSPT\)](https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique?query=Trouble%20de%20stress%20post-traumatique%20%20(TSPT))
69. Tangney JP, Dearing RL. Shame and guilt. New York, NY, US: Guilford Press; 2002. 16, 272 p.
70. Ekman P. Basic emotions. In: Handbook of cognition and emotion. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd; 1999. 45-60.
71. Zeelenberg M, Pieters R. Feeling is for doing: A pragmatic approach to the study of emotions in economic behavior. De Cremer D, Zeelenberg M, Murnighan JK. editors. Social psychology and Economics. CRC Taylor and Francis; 2013. p. 117-137.
72. Graton A, Ric F. Comprendre le lien culpabilité-réparation : un rôle potentiel de l'attention. L'année Psychol. 1 nov 2017;Vol. 117(3):379-404.
73. Carthy KM. An Integrated Model of Relationship Repair: Reintroducing the Roles of Forgiveness and Trust. J Organ Cult Commun Confl. 16 nov 2017;21(1).
74. Ren H, Gray B. Repairing Relationship Conflict: How Violation Types and Culture Influence the Effectiveness of Restoration Rituals. Acad Manage Rev. 2009;34(1):105-26.
75. Lewicki R, Bunker B. Trust in relationships: A model of development and decline. In: Bunker B, Rubin JZ editors. Conflict, cooperation, and justice: Essays inspired by the work of Morton Deutsch; 1994. p. 133-173
76. Aquino K, Tripp TM, Bies RJ. Getting even or moving on? Power, procedural justice, and types of offense as predictors of revenge, forgiveness, reconciliation, and avoidance in organizations. J Appl Psychol. mai 2006;91(3):653-68.
77. Nazione S, Pace K. An Experimental Study of Medical Error Explanations: Do Apology, Empathy, Corrective Action, and Compensation Alter Intentions and Attitudes? J Health Commun. 2015;20(12):1422-32.
78. HAS. (page consultée le 27 juillet 2020) Annonce d'un dommage associé aux soins. Mars 2011, [en ligne]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_4\\_pages.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_4_pages.pdf).
79. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. JAMA J Am Med Assoc. 26 févr 2003;289(8):1001-7.

80. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, Tripp-Reimer T, Hillis SL. An Empirically Derived Taxonomy of Factors Affecting Physicians' Willingness to Disclose Medical Errors. *J Gen Intern Med.* sept 2006;21(9):942-8.
81. Frenkel DN, Liebman CB. *Words That Heal.* 2004;140(6):482-3.
82. Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardelt M, Shapiro J, Bell SK. *Wisdom in Medicine: What Helps Physicians After a Medical Error?* *Acad Med.* févr 2016;91(2):233.
83. Berlinger N. *Resolving Harmful Medical Mistakes: Is There a Role for Forgiveness?* *AMA J Ethics.* 1 sept 2011;13(9):647-54.
84. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. *Residents' Responses to Medical Error: Coping, Learning, and Change.* *Acad Med.* janv 2006;81(1):86.
85. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sci Soc Sante.* 2006; 24(2):5-33.
86. Galam E. La souffrance du soignant mis en cause par un patient. *Responsabilité.* déc 2009;9(36):20-3.
87. Christmas C, Ziegelstein RC. *The Seventh Competency.* *Teach Learn Med.* 15 avr 2009;21(2):159-62.
88. Teurnier E. *Parler de l'erreur médicale entre soignants : impact d'une formation de l'Université Paris Diderot pour les internes de médecine générale [Thèse de Médecine].* Paris 6; 2016.
89. Vallée J, Charles R. *Approche pédagogique des erreurs médicales au cours de l'internat de médecine générale.* *Exercer.* 2008;83:111-6.
90. Chaneliere M. *Evènements Indésirables Associés aux Soins : comment « dynamiser » le signalement et l'analyse en ville ?* Diaporama présenté à: Journée régionale sur les EIAs; 2017 sept 21; Dijon.
91. Soulard C, Stamer M. *Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion? [Thèse de Médecine].* Université Grenoble Alpes ; 2017.
92. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, et al. *Burnout during residency training: a literature review.* *J Grad Med Educ.* déc 2009;1(2):236-42.
93. Delbrouck M. *Le burn-out du médecin soignant.* *Sens-Dessous.* 1 mars 2017; 19(1):5-18.
94. Magnan A. *Présentation du PAMQ.* Colloque du conseil de l'ordre des médecins de la région midi-pyrénées. 15 dec 2010. p. 1-7
95. *Fundacio Galatea (page consultée le 14 août 2020) PAIMM, [en ligne]. Disponible sur: <https://paimm.fgalatea.org/ca/>*
96. Daloz L. *Epuisement professionnel et blessures de l'idéal Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale.* *Pédagogie Médicale.* mai 2007;8(2):82-90.

## ANNEXES

### 1) Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour .....

Avant tout, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien !

Comme je vous l'ai expliqué dans mon mail, je viens vers vous dans le cadre de mon travail de thèse.

J'ai souhaité aborder une question qui m'a beaucoup touchée pendant mon internat : l'erreur médicale.

En effet, lors de ma première garde, j'ai fait une erreur. Dans un premier temps, honteuse, je n'ai rien dit et j'ai essayé d'oublier.

Or, chaque année, nous devons produire un récit d'une situation de soins complexe dans le cadre du DES de médecine générale. J'ai donc choisi de raconter, quelques mois après, cette situation qui m'avait beaucoup marquée. C'est au travers de son analyse, que j'ai pu, tout d'abord mettre des mots sur cette situation et comprendre comment j'avais pu faire une erreur.

Cette analyse a été très formatrice pour moi. Elle m'a permis de me rendre compte combien notre métier est empreint d'humanité ce qui fait à la fois sa force et sa faiblesse.

C'est à la suite de cette réflexion que j'ai choisi de m'intéresser à l'erreur médicale.

Beaucoup de travaux ont été réalisés sur sa compréhension, ses impacts et sa gestion par les professionnels de santé.

Pour ma part, j'ai voulu étudier le "et après". En effet, notre prise en charge s'inscrivant dans la durée, comment, donc, poursuivre les soins auprès des patients après avoir fait une erreur?

C'est pour répondre à cette question que je vous sollicite. En effet, votre point de vue me semble particulièrement important pour approfondir ce point et je souhaite recueillir votre expérience personnelle.

Si vous l'acceptez, cet entretien sera entièrement enregistré. Vos propos seront rendus anonymes, ainsi que toutes les indications qui pourraient permettre de vous identifier. Je retranscrirai ensuite vos propos pour les analyser avec d'autres entretiens. Vous aurez accès sur demande aux retranscriptions afin d'y amener validation ou rectification. Vous pourrez demander à retirer de l'étude les données qui vous concernent.

Il me paraît important de vous rappeler que lors de cet entretien vous êtes libre de dire ce que vous pensez, mais également de ne pas dire ce que vous n'avez pas envie de dire.

L'entretien va durer entre 45min et 1h. N'hésitez pas à m'interrompre ou à demander une pause.

**Tout d'abord, comment définiriez vous l'erreur médicale ?**

**De manière générale, comment devrions-nous gérer les erreurs médicales ?**

**Prenez le temps de vous remémorer une situation ou vous "avez fait une erreur et pour laquelle vous avez revu le patient", pouvez-vous me la raconter ?**

- comment l'avez-vous vécue ?
- Quelles étaient vos ressentis, vos émotions ?
- quelles difficultés avez vous constaté, ressenties ?
- ces situations vous en évoque-t-elle d'autres similaires dans votre pratique ? Si oui, pourriez vous me la raconter ?
- si vous étiez à la place d'un de ces médecins, comment auriez-vous réagi ? Comment vous seriez vous senti ?

**L'avez vous annoncé au patient ? Comment cette annonce s'est déroulée ?**

- Comment s'est déroulé l'annonce (contexte) ?
- Quels mots avez-vous employé ?
- Comment s'est terminée la consultation ? Quels sentiments avez-vous ressenti ?
- Si non : pour quelles raisons ? juridiques ?

**Avez-vous revu le patient par la suite ?**

- Si non, pour quelles raisons ?
- Si oui, comment s'est déroulée la consultation où vous avez revu le/la patient/e ?
- Comment vous sentiez-vous au moment de revoir ce patient ?

**Comment avez vous fait pour continuer à suivre votre patient ? Comment avez vous fait pour continuer à travailler avec votre patient?**

- Quels ont été les moyens qui vous ont aidé ? (confrères, formations ...)
- Comment vous sentiez-vous devant ce patient ? Crainte d'une poursuite judiciaire ?
- Comment pensiez-vous que le patient se sentait ? Et son entourage?
- Quelle influence cette erreur a-t-elle eu sur la suite du suivi avec le patient ?
- Certaines personnes pensent que se pardonner est important pour continuer à suivre le patient, qu'en pensez vous ?

**N'aurait-il pas été plus simple d'abandonner ? Qu'est-ce qui vous a poussé à reprendre contact avec le patient ?**

**Quel impact cette erreur a eu sur vous et votre pratique, en général ?**

- Anxiété, dépression, peur ?
- Surprescription ?
- Certaines personnes évoquent l'erreur comme un traumatisme, qu'en pensez vous ?

**Qu'est-ce qui est important pour vous ? ou sinon qu'est-ce qui aurait été important ?**

**Comment décririez-vous votre personnalité ?**

**Si vous deviez résumer votre expérience vis-à-vis du suivi du patient avec qui on a fait une erreur, que diriez vous ?**

## SERMENT MÉDICAL

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.*

**Vu, le Président du Jury,**

*Monsieur Le Professeur Pierre POTTIER*

**Vu, le Directeur de Thèse,**

*Madame La Professeure Leïla MORET*

*Monsieur Le Docteur Clément Le GLATIN*

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

# RÉSUMÉ

NOM : DAVID

PRÉNOM : Estelle

## **Accepter son erreur : entre cheminement identitaire et reconstruction relationnelle, analyse qualitative auprès de médecins généralistes**

---

**OBJECTIF** : La relation médecin-patient est l'un des fondements du soin. Toutefois, l'erreur médicale va venir la bouleverser. D'une part, le patient perd confiance en son médecin, d'autre part le soignant, seconde victime, détruit dans son identité. Cet effondrement va-t-il se traduire par une rupture totale ou la conciliation est-elle possible ? Ainsi, notre étude s'est attachée à comprendre quels étaient les déterminants de la reconstruction de ce colloque singulier.

**MÉTHODE** : Nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi dirigés réalisés auprès de 15 médecins généralistes installés en Pays de Loire. Une retranscription intégrale des entretiens a permis une analyse par théorisation ancrée.

**RÉSULTATS** : Ces 15 entretiens ont permis d'identifier plusieurs déterminants permettant la reprise de la relation. L'attitude du médecin envers son patient, la manière dont il annonçait l'erreur ainsi que la qualité de la relation antérieure étaient déterminantes dans l'amorce de cette restauration. Cette reprise de la relation, bien qu'au départ fragile, était le fondement de la reconstruction identitaire du médecin. Ce processus était consolidé par le soutien de ses pairs proches ainsi que par la qualité de sa vie extra-professionnelle. Dans cette reconstruction, l'intervention de la justice provoquait la rupture définitive de la relation et entravait le cheminement de réparation consubstantielle du médecin.

**CONCLUSION**: Après une erreur, le médecin va tout mettre en œuvre pour obtenir l'acquittement du patient car c'est la reconstruction relationnelle qui sera le fondement de son cheminement identitaire vers sa légitimité de soignant.

**MOTS-CLÉS** : erreur médicale, relation médecin-patient, sécurité des soins, soins primaires, culpabilité, seconde victime, deuil, stress post traumatique, performance, société.