



Available online at

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



DIALOGUE

Domage associé au soin : penser et raconter la médecine



Damage linked to care: Think and tell medicine

**Pr E. Galam (MD, PhD)^a,
Dr M. Michot-Casbas (PhD)^{b,*,c}**

^a Département de médecine général, faculté de médecine Paris Bichat, 75018 Paris, France

^b Laboratoire d'éthique médicale, droit de la santé et santé publique, université Paris V René-Descartes, 75006 Paris, France

^c Clinique du château de Vernhes, 31340 Bondigoux, France

Reçu le 1^{er} juin 2017 ; accepté le 1^{er} juillet 2017

Disponible sur Internet le 30 août 2017

MOTS CLÉS

Décision partagée ;
Fragilités ;
Place du soignant ;
Pratiques soignantes

Résumé Centré sur l'exploration de la place du soignant dans les soins et la gestion de ses fragilités et dysfonctionnements, ce travail est issu d'une réflexion à partir des pratiques de terrain. Il se veut une maïeutique d'aide à la décision partagée, dans une visée d'apaisement et d'enrichissement des pratiques et des personnes. Penser la médecine, c'est aussi la raconter à l'aune de l'évacuation impérieuse et impossible, puis de la réintroduction progressive et inéluctable du sujet-médecin. Cette évolution vient ainsi éclairer le devenir médecin et sa gestion. Une réflexion est de ce fait nécessaire sur comment penser la médecine. Mais penser la médecine c'est aussi accepter qu'à l'instar des patients et de la collectivité qui l'utilisent, les soignants habitent la médecine, et que leur identité professionnelle et la façon dont ils l'habitent, est à prendre en compte si l'on veut améliorer le système de santé. Ainsi, la recherche des critères du bien-être nécessite aussi de questionner les pratiques soignantes et la notion de savoir être, surtout lorsque ces pratiques ne sont pas optimales, posant ainsi la question des failles, défaillances et de la vulnérabilité des soignants. Mais aussi et surtout il est urgent de ressentir et de penser la médecine surtout lorsque tout défaille. Ce « pourquoi, penser la médecine », est un des outils, fondamental et nécessaire, pour pouvoir continuer

DOIs des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.07.002>,

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.07.003>.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : casbasmail@wanadoo.fr (M. Michot-Casbas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.07.004>

2352-5525/© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

à discuter sans se disputer, surtout lorsque survient le drame du dommage associé au soin, qu'il soit coupable ou non. Ces échanges dérangeant et difficiles restent féconds parce qu'ils compensent l'humilité d'une médecine pas toujours triomphante par une altérité en dialogue inscrite dans un humanisme plus large.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Shared decision-making;
Frailties;
Doctors' place;
Medical practices

Summary This work is centered on the exploration of caregiver fragilities and dysfunctions in medical practice. It aims to help shared decision-making, reassurance and enrichment of patients and physicians' well-being. Thinking medicine requires specifying doctors' place in healthcare practices and to understand how to use wisely professional identities. Improving quality of care, patient safety and physician well-being need to find the ways to continue to speak together when medical errors occur. Beyond the drama, these disturbing and difficult exchanges remain an opportunity to question, challenge and improve humanity of medical practice.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS.

Basé sur l'expérience et sur la nécessité de mieux s'appréhender en tant qu'Homme, pour mieux agir en tant que soignant, ce travail fait écho à l'expérience des associations d'entraide médicale. Prendre soin des autres n'est pas qu'une profession. La dimension humaine du prendre soin lui confère à la fois cette profondeur et cette richesse immense, mais aussi la fragilité de cet équilibre ténu entre soi et l'autre a fortiori malade.

Et la question sous tendue est aussi : comment peut-on être médecin ? Non pas bon médecin, car chacun disciple d'Hippocrate veut naturellement être un bon médecin, et chacun sait depuis Kant que le bon est subjectif. Être médecin, sous-entend s'insinuer dans un étrange parcours marqué par un alpha : la formation du médecin mais aussi par un oméga qui sera la façon dont il va s'autoriser à être dans cette relation de soin, qui est par essence même hautement humaine et unique.

Ce sont ces différents aspects de la relation, avec un angle de vue au départ du soignant qui est travaillé dans ce triptyque, pour nous permettre de nous interroger sur ce maillon indispensable et négligé de la relation qu'est le soignant.

Dans une première partie, nous verrons comment, penser la médecine, c'est aussi la raconter.

Dans une deuxième partie, nous verrons comment penser la médecine c'est aussi la vivre.

Dans une troisième partie, nous verrons pourquoi, penser la médecine c'est aussi continuer à être bienveillant envers l'autre, comme envers soi-même, aussi en cas de dommage associé au soin.

Penser et raconter la médecine

Le champ de réflexion sur la médecine et ses pratiques et au-delà, sur la santé, ses altérations et ses processus de

récupération est très large et il est important de souligner ici quelques-unes de ses problématiques et polarités.

La première est celle qui met en tension efficacité et humilité. Lutter contre la souffrance et la maladie, retarder et accompagner la mort d'un côté, accepter les difficultés, les échecs et finalement le décès du patient de l'autre côté. Cela signifie savoir oser les combats, célébrer les succès et parallèlement accepter les échecs et incomplétudes... Cela nous ramène au poème de Kipling intitulé « Tu seras un Homme mon fils », qui nous invite aussi probablement à repenser notre posture, dans le soin, comme dans notre existence de sujet.

Il est important de rappeler la parfois difficile articulation des moyens techniques, diagnostiques et thérapeutiques toujours plus perfectionnés et des soins de base de la vie quotidienne, toujours les mêmes et parfois, en fin de vie notamment, limités à la seule présence. La nécessaire objectivité, qui nécessite de mettre à distance et de généraliser, est en équilibre avec l'approche délicate et toujours spécifique de ce corps, cette personne humaine en souffrance avec son histoire, ses besoins et ses demandes ô combien uniques.

En face de cela il y a le regard du malade, parfois emprunt d'ambiguïté, entre ce qu'il voit des possibilités techniques, d'une part, mais aussi ce qu'il redoute autour des très médiatisées situations d'erreur, où le patient et ses proches ne sont pas soulagés, et parfois même aggravés, par l'action médicale.

L'abord de ces polarités est marqué de plusieurs tabous.

Le premier d'entre eux s'appuie sur le fait que le diagnostic et la prise en charge des maladies supposent l'interprétation et la maîtrise d'une information riche et complexe qui ne doit pas être perturbée voire polluée par des données inutiles. La démographie médicale étant tendue, il faut aussi maîtriser les temps d'échanges et de gestion et ne pas perdre de temps. Il est donc bien compréhensible que la médecine ne forme pas les médecins à penser

mais à agir vite et bien. Et cette accélération du temps peut parfois faire ressentir les échanges médecin-malade comme de la perte de temps. Une réflexion de fond sur ses propres pratiques doit être menée, ce que les philosophes appellent le temps de la contemplation, pour permettre de penser nos actions dans une perspective plus large que celle de l'urgence. Et là si on veut bien accepter qu'il y ait des « lieux » et des gens faits pour ça, comme il y a des psychologues pour les problèmes psychologiques, les penseurs philosophes ou « éthiciens » ne sont pas les seuls habilités à réfléchir le monde et encore moins les pratiques [1].

Les valeurs mises en mouvement dans les différents choix de prise en charge sont aussi censées être évidentes, et les subjectivités inopérantes voire inexistantes. Lorsque les enjeux sont trop importants ou complexes et pour diluer le risque qu'elles réapparaissent, les vraies décisions importantes sont prises ensemble, en réunion de concertation pluridisciplinaire. Les représentations, qui sont en mouvement dans ces prises de décision n'ont que peu d'espace pour être formulées, et certains travaux de recherche démontrent les modes de fonctionnement du groupe selon une universelle théorie de l'alpha qui laisse peu de place aux points de vue personnels [2].

Le dernier tabou est, qu'il n'y a pas de tabous. Il n'est donc pas utile de les penser, de les mettre en forme et de les discuter puisqu'il n'y en a pas. Apprendre à savoir qu'on ne sait pas la première étape indispensable pour amorcer un changement, mais encore faut-il en avoir envie, quand il est parfois ressenti comme malvenu et dérangeant de réinscrire la médecine dans le continent des valeurs et représentations dont elle s'efforce de s'émanciper [3]. Ceci amène au fait qu'il est bien souvent recommandé aux plus jeunes, sous peine de s'épuiser ou d'être trop intrusif, de ne pas habiter la médecine où ne font que passer patients, soignants et collectivité.

Notre propos est qu'il faut, au contraire, réhabiliter une implication personnelle et émotionnelle maîtrisée mais consciente des soignants dans le soin. Pour penser ce pan de la médecine, il faut d'abord savoir la raconter [4].

La médecine, berceau du médecin

La médecine est l'un des plus vieux métiers du monde. Elle ne cesse d'être pensée et racontée.

Penser et raconter, deux verbes qui semblent parfois construits en opposition, tant ils expriment au sein d'un procès, une action accomplie. On a longtemps opposé dans le cadre de l'action, celle résultant du logos et celle du muthos, archétypes au niveau du soin d'une médecine rationnelle, technique, froide et d'une médecine relationnelle, humaine, chaleureuse. À l'instar du logos, dont l'origine serait inscrite dans le muthos, il a été affirmé que la médecine technique serait une forme émancipée de la médecine dite humaine, originelle, compassionnelle et, comme dans toute émancipation, aurait perdu les qualités humaines qui la caractérisaient. Et il existe ici une certaine forme d'opposition construite qui ne correspond en rien à la réalité du simple omnipraticien de terrain. Cette opposition existe aussi, de fait, au sein des services hospitalo-universitaires très techniques, mais elle est alors probablement plus facile à faire semblant d'ignorer.

C'est peut être aussi du fait de la formation des plus jeunes dans ces centres très techniques que le médecin, aspirant à apprendre à être à la fois compétent et empathique, serait dans une « tension » permanente : comment s'approprier un savoir scientifique, sans cesse grandissant et porter une attention à la personne malade dans sa singularité ? Et cela peut peut-être en partie expliquer la recrudescence de la notion de « burn-out » chez les étudiants en médecine, alors que ceux-ci pourraient a priori sembler protégés du fait de l'absence de la notion de responsabilité au sens juridique du terme.

Une prolepse qui pourrait être l'adage d'une grande école de chimie : « Souffre et potasse » pourrait ainsi résumer ce curriculum : une dizaine d'années de formation consistant en l'acquisition de normes contraignantes, sans accompagnement, afin de faire partie, non d'une élite triomphante, mais d'être humblement « un rescapé ». Et un oméga, une « Chronique d'une mort annoncée », à l'image de celle de Garcia Marquez, sous la forme d'un *burn-out* qui touche autant le novice que le sage, l'étudiant que le médecin avéré, consécutive ou non à une erreur médicale, sachant naturellement les liens non tenus qui existent entre ces deux malédictions, touchant autant les meilleurs, c'est-à-dire les dieux, que les hommes.

Et entre ces deux extrémités, est perçu un monde étrange et dyadique associant efficacité et humilité ; technique et philanthrope ; temps maîtrisé et temps de contemplation ; prise de distance et implication personnelle ; découvertes et questionnements ; économie et humanisme ; science et religion ; extension du champ des compétences et connaissance parfaite des pathologies : expérience vécue du patient et savoir scientifique du médecin ; savoir du malade et expérience vécue du médecin. Dyadique et non binaire car le médecin devra être l'homme de l'art, et de la phronesis, et de la techné.

Les historiographes ont démontré que ces deux médecines ont existé conjointement au plus loin que la connaissance puisse remonter au niveau des origines. Une lecture du *Traité des diagnostics et des pronostics* – considéré comme le livre le plus ancien de l'humanité mis au jour – ou du *Corpus hippocratique* démontre que générosité et technicité ont cohabité aux prémices de la médecine, qu'elle soit laïque ou religieuse, celle de Coss ou de Cnid. Si deux manières de penser la médecine existaient en germe, les différences se sont intensifiées avec la période contemporaine. Et ainsi l'histoire de la médecine n'est pas simplement celle de ses découvertes, mais elle est aussi celle de ses défis, questionnements, tensions et orientations. Elle est marquée par une évolution culturelle progressive qui induit et fait écho à ses progrès scientifiques et technologiques. Elle s'inscrit aussi dans une réalité sociale et économique. Elle ne saurait se penser en dehors de la société qui la porte et de ses choix d'organisation. Elle se donne non seulement de soigner et de guérir mais aussi de structurer et d'accompagner, pour chacun et pour tous, la gestion des maladies. Qu'elle le reconnaisse ou non, elle a aussi une valeur symbolique et quasi métaphysique qui donne sens à la vie des personnes, surtout lorsqu'elle est perturbée par la maladie. Comme le dit François Laplantine : « La médecine contemporaine est encore davantage religieuse que les religions : elle ne se contente plus d'annoncer

le salut après la mort mais affirme qu'il peut être réalisé dans la vie » [5].

Pour accroître son efficacité et asseoir sa légitimité, la médecine moderne s'efforce avec maints succès, de se fonder sur les « preuves ». Si l'*evidence based medicine* (EBM) ne date que d'une trentaine d'années, elle a conforté ce tournant scientifique, engagé bien avant, mais jusqu'alors encore soumis à des influences parfois discutables. D'où viennent les données ? Sont-elles obtenues par des recherches méthodologiquement acceptables ? Sont-elles adaptées à la situation de ce patient dans ce contexte-là ? Autant de questions pertinentes pour le praticien comme pour le patient. L'introduction des notions de niveau de preuve, puis celle de population concernée avec les données statistiques correspondantes, somme toute assez récentes, ont ouvert le champ de la Qualité des soins [6]. Ainsi il s'agit de manière interdépendante à la fois d'accroître son efficacité, d'asseoir sa légitimité pour soulager la souffrance, fonder son art sur des preuves, être de plus en plus efficient mais aussi de plus en plus bienveillant, guérir... les exigences que le médecin est sensé honorer dépassent largement les prières d'intercession adressées aux dieux. Si Esculape et les dieux de l'Olympe avaient la possibilité de se métamorphoser, quand les tensions ou les exigences devenaient insupportables, le médecin lui ne peut que rester homme, pour le meilleur et pour le pire. Le meilleur transparait quand l'oracle ou la rumeur le désignent comme celui à qui on peut tout dire, tout confier, se montrer nu physiquement et spirituellement, celui qui connaissant le fond de l'âme des hommes jouit du discernement et de la sagesse. Quel plus grand titre que celui de médecin de famille, que son acception soit génétique ou symbolique ! Pour le pire, si le disciple d'Esculape qui était une déité encore avant le choix vint à faillir, il sera banni autant des dieux que des hommes, des mandarins et des officiers de santé, des bovarystes, et des anti-bovarystes, des notables et des va-nu-pieds ! « Honoré à jamais des hommes pour le meilleur de lui-même, s'il viole et parjure, puisse-t-il avoir un sort contraire ! »... Et cela il le sait car ce sont les paroles qu'il prononcera rituellement le jour de sa reconnaissance au sein de la communauté des médecins.

La notion d'efficacité est également entrée en ligne de compte. Les nécessités économiques de plus en plus contraignantes ont conduit à tenir compte aussi des coûts, des moyens disponibles et des nécessaires arbitrages, pas toujours faciles à gérer, dans une vision politique que l'on aimerait transparente et construite pour le bien du plus grand nombre et sans négliger personne. Qu'est-ce qui doit pris en charge par la collectivité ? Les maladies graves, très graves, fréquentes, coûteuses ? Ou le quelque peu péjoratif « petit » risque [7] ?

Dans le même temps, la prévention, longtemps hors champ de l'action sociale, a pris ses lettres de noblesse et obtenu les lignes budgétaires correspondantes. Tout logiquement, la place des gestionnaires et celle des indicateurs de performance a augmenté, semblant parfois réduire celle des praticiens et celle des patients à des variables quantifiables et reproductibles [8].

Ainsi, la science et la gestion ont fini par faire « oublier » aux soignants qu'ils n'étaient pas que des chercheurs et qu'ils avaient aussi la chance et l'opportunité de relever le défi d'accompagner des personnes malades. Les rencontres

entre patients, soignants, et leurs entourages respectifs, sont passées au second plan comme si elles comptaient moins que les résultats biologiques, protocoles et autres guides de bonnes pratiques cliniques. D'ailleurs, les comptes rendus types ne prévoient pas de case pour tout cet espace non technique comme s'il ne restait pour l'humanité, le questionnement, les inquiétudes, les fondements existentiels que le très sacralisé formulaire de consentement [9].

Qu'en conclure ? Qu'une évolution d'un type de médecine vers un autre s'est produite. Ce passage de savoir semble être une donnée récurrente dans l'histoire des civilisations, laissant penser que si les cultures régressent ou disparaissent, les différences instaurées persistent au prix parfois de longues périodes de latence et qu'ainsi une image liant patient et médecin s'est inscrite dans la mémoire et que ses racines souterraines sont encore perceptibles en nous. L'observation, les pronostics et les traitements ont gardé les mêmes ambitions pour les médecins d'aujourd'hui que celles des soignants et des philosophes de l'aube. Ultime perception venant des sciences humaines qui marque la différence, c'est le dire du patient et non plus les conseils et la parole du maître qui soignent. Apanage des lignées royales, des prêtres, des notables ou des esclaves, les soins prodigués au patient le propulsent hors de l'ombre, inexorablement.

Le retour des subjectivités

Ainsi peut-on parler légitimement, avec un intérêt de plus en plus manifeste donné à l'éthique, d'un retour des subjectivités. Ainsi à mesure que la médecine s'est émancipée des ténèbres du soin sans savoir, elle s'est éloignée du savoir du soin, réduit à la portion congrue voire oubliée ou laissée aux soignants non médecins, le soin n'étant plus qu'une partie nécessaire mais périphérique des pratiques et de la recherche. À mesure que l'humain est devenu objet d'étude, il est de moins en moins considéré comme sujet de souffrance. Et dans le même temps, la compétence du soignant devenu médecin-sachant s'évaluait sur son savoir et sa technicité plutôt que sur sa sensibilité et sa capacité d'aide. Pourtant, le réalisme de terrain oblige la médecine à prendre en compte, non plus seulement lésions et fonctionnements, mais aussi génétique, immunologie... et sur un autre plan, statistiques et contextes de soin, mais bien aussi irrationalité des peurs des espoirs, de la résonance de l'expérience du patient avec ses représentations...

Dans le même temps, la légitimation progressive et de moins en moins contestée de la médecine lui permet, de plus en plus tranquillement, de réinvestir le champ du vécu des patients considérés certes comme des organismes biologiques à étudier, mais aussi comme des personnes insérées dans des histoires et des vies. L'essor de l'éducation thérapeutique, allant de pair avec les notions dynamiques de qualité et d'efficacité conduisait ainsi presque de manière mécanique, à prendre conscience de l'importance du patient comme effecteur de soin, surtout lorsque sa maladie était chronique. Et la médecine désormais « centrée sur le patient » de développer, peut-être contrainte et forcée, l'éducation du patient, l'entretien motivationnel, l'implication du patient pour obtenir son adhésion et sa compliance, mais ceci sans lui avoir laissé le temps et l'espace pour s'approprier ces notions transmissives qui

nécessite plus qu'un travail sur l'autre, un vrai travail sur soi-même en tant que soignant [10]. Or, tout cela nécessite de s'intéresser à la façon dont le patient vit sa maladie et ses soins. Loin de la fascination des « psy » pour la psychosomatique qui articule maladies et vécus, loin aussi de la conception « politique » des maladies, s'est développée peu ou prou la prise en compte de l'importance de la relation médecin-patient et des nécessités de l'optimiser.

Cette prise en compte progressive de la subjectivité des patients implique forcément un déplacement de la position des soignants appelés non plus seulement à recueillir, analyser, décider et ordonner mais aussi à accueillir, comprendre, négocier, accompagner, missions pour lesquelles il est très peu formé, comme si elles étaient évidentes elles aussi. En écho : l'émergence de nouvelles missions comme celle, à l'hôpital de la gestion des lits et en ambulatoire de la maîtrise des coûts, pour lesquelles il n'était pas plus armé ni même formé [11]. Cette extension du champ vers le patient, d'une part, et le cadre collectif, d'autre part, peut être vécue comme d'autant plus inacceptable par le soignant qu'il n'y est pas préparé et qu'elle vient réduire encore plus son temps médical déjà insuffisant. Cette évolution s'est accompagnée d'une tension ressentie portée sur les soignants, enjoins de passer du registre de la connaissance des maladies et des traitements avec mise à distance des subjectivités à celui, plus complexe incluant aussi la connaissance et l'échange avec le sujet souffrant et l'ensemble de son système. Ce nouveau champ relationnel ne peut pas faire l'économie du vécu du soignant. Comme le dit encore Laplantine, « les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin ». C'est vrai quand tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes. C'est certes plus difficile, mais vrai aussi, lorsque les pratiques du soignant et/ou leurs résultats sur le patient, ne sont pas optimaux.

Quelles qu'en soient les raisons, mécanismes et conséquences, la problématique devient d'autant plus visible lorsque le soignant dysfonctionne. Alors c'est d'abord lui qui nous oblige à nous questionner sur cette présence inadaptée au soin et qui rend de ce fait un peu plus visible les modalités de sa façon d'habiter la médecine.

Devenir médecin...

Devenir médecin ne se borne pas à l'acquisition de connaissances et d'expériences sanctionnées par un diplôme symboliquement remis après la prestation du serment d'Hippocrate. Ce parcours d'une dizaine d'années au moins s'accompagne aussi d'un processus d'acculturation qui transforme un individu en médecin par l'acquisition progressive de normes culturelles implicites et contraignantes [12]. Décrit dans la littérature comme un cursus caché (*hidden curriculum*) venant compléter les cursus formel et informel, formation officielle universitaire et clinique, cet ensemble de comportements évidents mais non enseignés et dont il est délicat de parler, décrit les contours du « bon » médecin : il ne se trompe pas, il n'hésite pas, ne se dispute pas avec ses collègues ou ses patients. Il ne se fatigue pas même

s'il doit travailler 30 heures sans dormir. Surtout, il n'est pas sujet aux émotions malgré l'approche des souffrances des autres et les soins qu'il est amené à leur prodiguer [13].

Ce processus d'acculturation est progressif et parfois violent. Il suffit d'évoquer la rigueur du concours de première année de PACES qui a fait qualifier ses vainqueurs de « rescapés » par un doyen parisien. D'autres étapes sont à rappeler : la salle de dissection, la rencontre avec de vrais patients, leurs souffrances, la confrontation à la mort, le voyage dans l'intérieur de l'hôpital avec ses zones d'ombre, rivalités et autres maltraitances vues ou subies [14]. L'exercice de la médecine clinique ne se conçoit pas sans humanité et désir d'aider le patient et donc sans une implication émotionnelle plus ou moins bien maîtrisée. On comprend dans ces conditions que le soignant soit à risque d'échauffement, d'épuisement physique et émotionnel. Ce parcours est d'autant plus difficile qu'il n'est absolument pas accompagné, comme s'il allait de soi, laissant le jeune étudiant isolé lorsqu'il est confronté notamment à des incertitudes, échecs ou « indignités », des dilemmes éthiques, ou autres désillusions. Il faut ajouter une humanité et une perfection à la fois désirées et impossibles, une implication maîtrisée mais toujours présente et parfois effrayante, une harmonie avec les patients et les soignants pas toujours au rendez-vous, l'adhésion plus ou moins facile au statut d'extra territorialité du médecin : accès aux âmes et aux corps dénudés, amputés, souffrants mais aussi soumission à l'hyper-travail et à la hiérarchie pas toujours aussi confraternelle qu'elle veut bien le dire. L'identité professionnelle s'affirme d'autant plus qu'elle est enfouie et désactivée tout en étant toujours présente, implicite, impérieuse et parfois explosive. Et à mesure que se développe ce « devenir médecin » qui ressemble fort à une conversion, la nécessité de rester une personne semble s'atténuer.

... et rester une personne, même imparfaite

Devenir médecin est un processus d'acculturation, de construction et de gestion de son identité professionnelle. Ce processus s'accompagne de la gestion, elle aussi largement implicite de l'équilibration, plus ou moins stable et harmonieuse de son identité personnelle et de sa part professionnelle. « Être médecin et rester une personne » était d'ailleurs le thème du tout récent Congrès de l'European Association for Physician Health (EAPH) qui s'est tenu à Paris en avril dernier : être la meilleure version de soi-même pour le patient et pour le groupe, mais aussi pour soi.

Or s'il est une personne en devenir, le médecin est, comme tout être humain et malgré sa formation d'excellence, susceptible de faillir voire de « trahir », avec plus ou moins de réprobation et de culpabilité, son statut de super héros. Il peut ne pas parvenir ou même refuser d'être admirable, charge à lui de s'efforcer de ne pas être dévalorisé voire détesté par ses patients et ses collègues. Ses problèmes personnels sont théoriquement bien concevables, mais restent associés à un parfum de défaillance qui soit ne regarde que lui, soit relève de la sanction.

La faillibilité du médecin a été si longtemps taboue que ses stigmates sont connotés des valeurs de jugement moral et de descriptions péremptives insupportables au quotidien. La limite entre caprice et signes de souffrance est parfois ténue. Par l'acceptation de la faillibilité du soignant, c'est la parole qui se libère et qui permet de voir autrement [15].

Le médecin dysfonctionnel est irritant et inquiétant pour tous et à des degrés divers :

- le médecin malade fait désordre mais on peut comprendre qu'il le soit, si bien sûr, il est remplacé quand on a besoin de lui. Si sa pathologie ne vient pas altérer la disponibilité des soins, il peut même susciter de la sympathie auprès de ses patients ;
- le médecin en épuisement professionnel est aussi malade mais comme il s'agit de pathologie appréhendée comme psychique, son abord est plus difficile et il est souvent mal jugé par son entourage ;
- la problématique est beaucoup plus délicate en cas d'erreur médicale, plus souvent considérée comme une défaillance dont le médecin est responsable que comme un dysfonctionnement dont il serait aussi tributaire [16].

Cette situation est d'autant plus mal vécue qu'elle a un impact direct sur le patient aggravant les souffrances liées à sa maladie. Travailler l'erreur médicale s'apparente pour Christensen, à un voyage dans les bas-fonds de la médecine, « habité de peur, de honte et d'isolement mais qui permettra de sortir du fardeau de la perfection... et lui permettra d'être plus humble, plus humaine, plus éclairée et plus puissante dans son potentiel de soin » [17]. Selon Albert Wu, l'implication dans une erreur médicale peut transformer le soignant concerné en une deuxième victime : « Quand j'étais house officer, un autre résident n'a pas identifié les signes ECG d'une tamponnade péricardique qui aurait dû conduire le patient en urgence en salle d'opérations. La nouvelle a diffusé rapidement, le cas a été jugé de façon répétée par un jury incrédule de « pairs » et le verdict général a été qu'il s'agissait d'incompétence. J'ai été effrayé par l'absence de sympathie et je me suis demandé secrètement si j'aurais pu faire la même erreur et devenir, comme le résident malchanceux, la seconde victime » [18]. Ainsi si l'erreur induit pour le patient et ses proches une triple peine, ajoutant à la maladie les conséquences de l'erreur et le malaise des soignants, elle a un impact plus ou moins fort et prolongé sur les autres soignants, sur la qualité des soins et sur la collectivité médicale, et elle frappe aussi le médecin impliqué qu'il soit responsable ou pas au sens juridique du terme. Précisons ici que si la mise en cause juridique traduit un brutal changement de registre pour le soignant avec des conséquences financières, pénales ou professionnelles possibles, elle s'associe à un impact personnel, moral et professionnel, parfois majeurs pour le soignant. Au fait d'être impacté, s'ajoute pour le soignant, l'impossibilité d'exprimer sa souffrance ni même de demander de l'aide, tant il se vit et est vécu comme un incompétent voire un délinquant qui doit être sanctionné et en tout cas, ne pas se faire remarquer. De plus, le soignant, confronté à l'erreur est habité par une bien compréhensible hyperesthésie face au risque de survenue d'autres erreurs, alors qu'il doit continuer à travailler comme si de rien n'était et même être encore

plus exemplaire [19]. Dans tous les cas cette situation a des répercussions sur les pratiques conduisant parfois à une médecine défensive consistant à ouvrir le parapluie ou à éviter certains types de pathologies ou de patients. Elle peut aussi conduire à des conséquences personnelles à type d'anxiété, insomnie, dépression, voire suicide. Les soignants peuvent être impactés par l'erreur médicale. Ils peuvent aussi être impactés lorsque l'erreur implique un collègue, ne sachant le plus souvent pas si et comment il faut lui parler pour l'aider à surmonter. Rappelons enfin, comme le montre le travail de James Reason sur « L'erreur humaine », que si l'erreur patente se cristallise dans un « bout de chaîne » humain et parfois juridique, elle s'inscrit toujours dans un contexte systémique porteur d'erreurs latentes, et s'associe le plus souvent à une succession d'inattentions, d'erreurs ou de relâchement dans la prise en charge globale du patient [20].

Conclusion principe de résilience. Accepter le: « je me trompe », comme je suis

Dans l'introduction de son ouvrage malheureusement méconnu, Pierre Klotz souligne : « Homme et non surhomme, exerçant son industrie sur une matière première non moins humaine, le médecin n'échappera pas à l'humaine condition qui consiste à se tromper souvent. Nos façons personnelles de nous tromper forment d'ailleurs une part de notre ego, en contraste avec le caractère impersonnel, quelque peu désincarné de la science » [21]. Dans le cadre d'une tentative de taxonomie de l'erreur médicale, il énumère les facteurs propres au médecin qu'ils soient affectifs (désirs, préférences, aversions, préjugés, tabous, sympathies, pitié...) ou caractériels : « la typologie de chacun de nous se situe à cet égard quelque part entre les deux extrêmes d'une échelle analogique où l'on peut spécifier une zone de comportements à risques, zone en fait très variable avec les situations ». Et d'ajouter : il s'agit en fait surtout du degré d'ajustement du médecin aux attentes et parfois aux exigences des patients et des siens, d'ajustement aux capacités qu'il s'attribue, d'esprit critique envers les enseignements reçus et de la littérature médicale, de prise en compte plus ou moins prioritaire des intérêts, légitimes ou non, des patients, par rapport à ceux de la collectivité et aux siens propres.

« Je me trompe comme je suis » : c'est aussi de là qu'il faut partir pour comme le dit encore Klotz : se tromper le moins souvent possible, récupérer au mieux ses erreurs pour en atténuer les effets et en tirer enseignement pour qu'elles ne se reproduisent pas. Cela doit nous inciter à rechercher, à investir et à habiter notre identité de soignant en amont du problème, car l'adéquation entre ce que nous faisons et ce que nous sommes se révélera être un atout particulièrement pertinent lorsque tout ne se passe pas pour le mieux dans le meilleur des mondes. Erreur et aussi *burn-out*, autrement que des hasards, tant la vie s'expose dans ses extrêmes, mais bien comme des temps de résilience possible, à la condition de trouver la « conjugaison affective » adéquate. La suite de ce travail va être de réfléchir à comment accompagner ces possibles.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Hammel O [Thèse de Doctorat d'Université Éthique médicale] Enjeux éthiques de la construction d'un Espace Éthique Régional en Midi Pyrénées. Paris: Université Paris V René Descartes; 2006.
- [2] Orgerie MB [Thèse de Doctorat d'Université Éthique médicale] La décision médicale en cancérologie. Rôle de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Paris: Université Paris V René Descartes; 2007.
- [3] Vincent I, Loac A, Fournier C. Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux. Paris: INPES; 2010.
- [4] Guillemain H. Devenir médecin au XIX^e siècle 2009. [En ligne. Page consultée le 2/06/17]. <https://abpo.revues.org/501>.
- [5] Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot; 1986.
- [6] Savard B [Mémoire de DEA] Enjeux et limites de la médecine factuelle. Faculté de Médecine Necker, Laboratoire d'Éthique Médicale; 2003.
- [7] Michot-Casbas M [Thèse de Doctorat Éthique Biomédicale] Quelle réponse médicale à la plainte fonctionnelle ? Réflexion éthique sur la visée du soin. Paris: Université Paris V René Descartes; 2007.
- [8] Maisonneuve H, Babany G. Données de vie réelle et recherche clinique : le complément des données des essais randomisés. *Presse Med* 2015;44:586–9.
- [9] Michot-Casbas M [Mémoire de DEA Éthique Biomédicale] Évaluation de l'information donnée au patient en médecine générale. Paris: Université Paris V René Descartes; 2004.
- [10] Sandrin-Berthon B. Éducation thérapeutique. Concepts et enjeux. *Actualite Dossier Sante Publique* 2009;66:9–59.
- [11] Hervé C. Fondements d'une réflexion éthique managériale de santé. Actes des rencontres internationales d'éthique biomédicales de Paris; 11–2 mai 1995; Paris: France.
- [12] Galam E. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Med* 2014;43: 358–62.
- [13] Lempp H. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ* 2004;329:770–3.
- [14] Auslender V. Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris: Michalon; 2017.
- [15] As B. Fragilité dis-nous ta grandeur. Paris: Cerf; 2016.
- [16] Vigeras B [DIU Éthique médicale] Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité ? Poitiers: Université de Poitiers; 2011.
- [17] Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424–31.
- [18] Wu A. The second victim. *BMJ* 2000;320:726.
- [19] Galam E. La souffrance du médecin mis en cause par un patient. *Responsabilite* 2009;9:3.
- [20] Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. Paris: Springer; 2012.
- [21] Klotz P. L'erreur médicale, mécanisme et prévention. Paris: Maloine; 1994.