



© DR

DR ERIC GALAM

La souffrance du soignant : une réalité à prendre en compte

Médecin généraliste, Professeur associé, Département de médecine générale, université Paris VII-Denis Diderot. Auteur de *L'Erreur médicale, le burnout et le soignant*, éditions Springer 2012

Toute mise en cause, surtout lorsqu'elle s'exerce devant la justice, peut avoir des effets dévastateurs pour le professionnel de santé, et générer une vraie souffrance, qui mérite d'être prise en compte.

Tous les soignants sont concernés. La médecine n'est pas une science exacte¹. Elle induit une prise de risques, et aucun de nous n'est à l'abri de développements péjoratifs ou de mécontentements, plus ou moins haineux, des patients ou de leurs proches. Pour ma part, je considère *a priori* les soignants comme des personnes compétentes et consciencieuses, et non comme des truands ou des nuls qu'il suffirait de ne pas imiter. L'erreur médicale doit être abordée sans complaisance, mais avec lucidité et pudeur, tant elle relève aussi de l'intimité des souffrances et des peurs, chez les patients comme chez les soignants. Même dans des circonstances parfois dramatiques, j'ai le sentiment de l'intérêt que patients et soignants continuent à se parler plutôt que de s'affronter. Enfin, je souhaite éclairer les juristes et reconforter mes confrères qui sont, ont été ou seront impliqués dans ce traumatisme professionnel et humain qu'est la mise en cause de sa responsabilité.

➤ Tabou et légitimité

La souffrance du soignant mis

en cause est d'une nature foncièrement différente de celle à laquelle est confronté le patient. Mais si les patients vivent leurs vies et leurs maladies et viennent chercher auprès de nous aide et compétence, nous vivons aussi nos propres vies, avec une place très importante pour la vie professionnelle. La souffrance du soignant mis en cause ou qui craint de l'être, ou « simplement » qui pense avoir mal fait, est telle qu'il peut se sentir disqualifié, et même le conduire au suicide², d'autant qu'il n'a pas le droit de se plaindre ni de demander de l'aide. En ce sens, la confrontation à une erreur et à ses conséquences judiciaires éventuelles est bel et bien, pour le soignant, un véritable « accident du travail³ » qui doit être accompagné et soigné comme tel.

La souffrance du soignant relève d'un véritable tabou⁴. D'abord, le vécu du soignant n'intéresse personne, encore moins si on estime qu'il n'a pas été à la hauteur et qu'il a occasionné des troubles à ceux qu'il était censé aider. Ensuite, même si on se préoccupe de gestion des risques et de recueil des événements

indésirables liés aux soins, on se focalise le plus souvent sur l'analyse des faits *a posteriori* (biais de rétrospection). On part du postulat que le médecin n'est qu'un élément parmi d'autres et que, comme la médecine, il se doit d'être parfait. S'il ne l'est pas, c'est qu'il est coupable. Pourtant, il faut noter une évolution culturelle récente majeure, marquée par

« L'erreur médicale doit être abordée sans complaisance, mais avec lucidité et pudeur. »

le rapport *to err is human*⁵, et la recherche de la prévention plutôt que la sanction. Enfin, c'est bien aussi la fonction de l'assureur que d'informer, de former et d'accompagner ses sociétaires dans les méandres de leur vie, et il est heureux que *Responsabilité* ne limite pas ses publications à la litanie d'une sinistralité, certes utile mais quelque peu inquiétante, et parfois neutralisante pour

les soignants. Aider le médecin à se positionner de manière lucide face à ses faiblesses et l'accompagner lorsqu'il est mis en cause est plus utile que de le stigmatiser en tétanisant sa réflexion et ses décisions.

Il n'est pas question ici de nous plaindre à notre tour, voire de chercher à susciter la compassion pour les soignants, dont tout le monde voudrait qu'ils soient « admirables ».

De même, il n'est plus question d'accepter une relation où le médecin, professionnel, serait infiniment responsable, tandis que le patient serait, lui, infiniment libre et n'aurait que des droits, sans aucun devoir⁶. Nous estimons légitime de rendre compte de nos actes dès lors qu'on tient compte de leurs différentes dimensions médicales, humaines et systémiques. Nous souhaitons aussi une relation adulte avec nos patients et la collectivité. Il s'agit d'analyser dans quelle mesure la mise en cause d'un soignant est emblématique des rapports d'une société à ses soignants. En quoi elle est juste et utile; en quoi elle permet aux soignants de



© GHISLAINE & MARIE DAVID DE LOSSY/CULTURA / PHOTONSTOP

mieux travailler, et aux patients d'être pris en charge avec une sécurité et une qualité accrues.

➤ La prise de risque, entre précaution et perte de chance

La pratique médicale s'appuie sur ce qu'il faut bien appeler une prise de risque. L'une des fonctions du médecin n'est-elle pas justement de voiler et d'assumer cette incertitude pour apaiser l'angoisse de l'autre par le spectacle de son apparente assurance? Tout le monde lui sait gré d'assumer cette part de responsabilité, quitte à le lui reprocher si les choses ne se passent pas comme il le faudrait. La médecine étant toute-puissante, si elle ne gagne pas, c'est à cause du médecin⁶. Et comme dans le fameux feuilleton au titre particulièrement explicite de « mission impossible », il nous est rappelé, au moment

de la mise en cause, que nous n'étions pas « couverts » pour la mission.

On attend du médecin qu'il ne soit impliqué que de manière professionnelle dans les soins qu'il dispense. Humain certes, mais pas trop, en tout cas toujours « centré sur le patient ». Mettre en cause un médecin revient en fait à l'obliger à être personnellement concerné par les faits qui lui sont reprochés. Ainsi, loin de l'éloigner des soins, la mise en cause l'y implique avec force, même si c'est dans un contexte de récriminations, de plaintes et d'exigences de réparation, voire de sanction.

L'identité professionnelle des médecins s'exprime non seulement dans leurs fragilités et leurs erreurs, mais aussi dans leur manière de les percevoir et de les gérer. Que nos vies professionnelles et personnelles soient bouleversées ou non par une mise

en cause judiciaire, nous devons continuer à travailler comme si de rien n'était, avec cette douleur qui fait de nous une « seconde victime⁷ ». Il y a une vie professionnelle

et privée pendant la mise en cause. De même, il y a une vie après, et nous devons la préserver pour l'intérêt de nos patients et une sérénité que nous méritons bien.

RÉFÉRENCES

- [1] Grenier B., *Évaluation de la décision médicale*, Masson, 1999.
- [2] *Libération*, 22 février 2008.
- [3] Galam E., « Dédratiser et travailler nos erreurs », *Rev. Prat. Med. Gen.*, tome 19, n° 686, 21 mars 2005, p. 377-380
- [4] Schwappach D.L. et Boluarte T.A., « The emotional impact of medical error involvement on physicians : a call for leadership and organisational accountability », *Swiss Med Wkly*, 2009; 139 (1-2), p. 9-15.
- [5] To err is human, Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine, 1999.
- [6] Galam E., « Du devoir d'information au besoin de croire », *Le Quotidien du Médecin*, 14 juin 2000.
- [7] Wu A.W., « Medical error : the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too », *BMJ*, 2000; 320 (7237), p. 726-772; Galam E., « Erreur médicale, de la seconde victime au premier acteur », *Revue Médecine*, septembre 2012, p. 317-322.