ERREUR MÉDICALE ET TRAUMATISME PSYCHIQUE : CAS DE MÉDECINS ANESTHÉSISTES

SYLVIE AKIGUET BAKONG
sakiguet@yahoo.fr
JEAN-ROMUALD SIBY
sibyeck@yahoo.fr
HADASSA NYANGUI NGOMA
hadassangoma99@gmail.com
CENTRE DE RECHERCHE ET D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE (CREP)
UNIVERSITÉ OMAR BONGO

Résumé

Cette recherche montre l'impact de l'erreur médicale sur le personnel soignant en l'occurrence les médecins anesthésistes. En effet, les résultats soulignent que ces derniers vivent un traumatisme psychique qui affecte l'exercice de leur métier. Nous préconisons alors une meilleure gestion de l'erreur médicale qui doit intégrer un soutien accru aux professionnels de la santé, des mécanismes de prévention et d'accompagnement psychologique. Ainsi, il est impératif de mettre en place des mesures de soutien psychologique et des protocoles d'apprentissage à partir de ces situations. La promotion d'une culture de transparence et d'empathie contribuera à améliorer la sécurité des patients tout en préservant la santé mentale des professionnels de la santé.
Mot clés **:** *Erreur médicale, Traumatisme psychique, anesthésistes*

Abstract

This research demonstrates the impact of medical errors on healthcare personnel, specifically anesthesiologists. The results highlight the psychological trauma they experience, which affects their ability to perform their duties. We therefore recommend better management of medical errors, which must include increased support for healthcare professionals, prevention mechanisms, and psychological support. Therefore, it is imperative to implement psychological support measures and learning protocols based on these situations. Promoting a culture of transparency and empathy will help improve patient safety while preserving the mental health of healthcare professionals.
Keywords*: Medical error, psychological trauma, anesthesiologists*

Introduction

Les professionnels de santé sont impliqués dans une activité visant à aider le patient à partir de savoirs et de compétences mais aussi d'expériences, de valeurs et du désir de bien faire. Ils s'appuient sur un corpus

scientifique et technique tout en étant confrontés à une incertitude fondamentale liée à la variabilité et à la complexité du vivant (Galam, 2012). A ce titre, ils sont amenés à gérer les risques pour leurs patients comme pour eux-mêmes.

Comme le dit Klotz (1994) « Homme et non surhomme, exerçant son industrie sur une matière première non moins humaine, le médecin n'échappe pas à l'humaine condition qui consiste à se tromper souvent ». L'auteur fait ainsi référence aux événements indésirables qui surviennent dans la pratique médicale. Pour lui, aucun médecin n'est à l'abri d'un événement indésirable. Le soignant n'est pas tout puissant. Ainsi, le risque médical, s'inscrit dans une véritable « clinique » de la pratique des soins.

L'erreur est propre à la nature humaine et le médecin n'échappe pas à cette règle (Borie& Gravié, 2025). En effet, dans la pratique médicale comme dans la vie, les erreurs sont fréquentes. Elles peuvent être évitables ou non évitables mais aussi fautives ou non fautives.

L'erreur médicale correspond alors à une mauvaise décision ou une inexactitude dans un acte médical, sans intention de nuire. Elle peut être due à une méconnaissance, une mauvaise interprétation des données ou une défaillance technique. Par exemple, opérer du mauvais côté lors d'une intervention chirurgicale est une erreur. L'erreur est causée soit par un manquement humain ou une défaillance de l'individu (cause individuelle), soit par l'échec d'un système, notamment lié à des problèmes d'organisation.

Dans ce contexte, qu'advient-il lorsqu'un médecin est impliqué dans un événement indésirable lié aux soins qu'il prodigue ?

Les médecins se remettent-ils en cause après coup ?

Peuvent-ils ressentir une souffrance importante qui peut faire d'eux des « secondes victimes » ?

Peut-on parler de traumatisme psychique des médecins lié à l'erreur médicale ?

Peut-on parler de sentiment de culpabilité plus ou moins prégnant ressenti par ces derniers ?

À ce titre, quelles stratégies peut-on adopter pour y faire face ?

Quel accompagnement pour le médecin confronté à l'erreur médicale ?

À l'abri de toute dramatisation comme de toute banalisation, nous allons essayer de parler du vécu du médecin confronté à l'erreur médicale.

À travers cette thématique de recherche, nous nous intéressons au vécu du médecin. Nous voulons voir si le médecin impliqué à tort ou à raison dans une erreur médicale est un professionnel en souffrance.
L'articulation entre l'erreur médicale, le traumatisme psychique et conséquemment la santé mentale des soignants est ici mise en exergue. Cette thématique peut intéresser tous les soignants, médecins ou non, quelle que soit leur spécialité. Mais aussi, ceux qui sont concernés par les pratiques de soin, qu'ils soient décideurs, utilisateurs, juristes, familles ou patients, qu'ils aient été ou non concernés un jour par des événements indésirables liés aux soins.
Travailler sur l'erreur médicale constitue une problématique très intéressante. Toutefois, s'il existe des travaux sur l'erreur médicale en milieu occidental comme les travaux de (Davous et *al.*, 2010) ; (Ansel, 2016), y travailler au Gabon constitue une véritable innovation. Pour cela, nous émettons comme hypothèse qu'il existe un lien d'incidence entre erreur médicale et le traumatisme psychique des soignants en l'occurrence les médecins anesthésistes. Notre travail de recherche propose ainsi de décrire et de comprendre le vécu traumatique des soignants après une erreur médicale.
Figurant parmi les principaux acteurs de la santé, les médecins anesthésistes sont confrontés à un risque d'erreur médicale compte tenu, de la particularité de l'exercice de leur profession, nous allons essayer d'en évaluer l'impact.
À travers l'erreur médicale et ses conséquences, il est question de s'intéresser à une thématique majeure de santé publique d'autant plus que la nature et la fréquence de ces erreurs sont encore inexplorées. En se concentrant spécifiquement sur le traumatisme psychique des soignants induit par l'erreur médicale, cette étude vise à analyser les mécanismes sous-jacents, les réactions des médecins et les stratégies d'adaptation après une erreur médicale.
Dans cette optique et pour mener à bien notre recherche, nous allons utiliser l'étude de cas et l'échelle de mesure du traumatisme IES-R. Autrement dit, nous allons recourir à la méthode clinique, une méthode qualitative pour évaluer le traumatisme psychique et explorer la souffrance psychologique des médecins anesthésistes impliqués dans une erreur médicale.

1- Méthodologie

1.1-Participants

Dans le cadre de cette étude, nous avons retenu deux sujets, deux médecins anesthésistes à qui nous avons fait passer des entretiens cliniques et l'échelle d'évaluation du traumatisme IES-R. Ces participants exercent au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo. Pour préserver l'anonymat, ils sont désignés S1 et S2.

1.2- Cadre et procédure de la recherche

Pour mener cette recherche, qui s'est déroutée au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, nous avons mené une pré-enquête qui nous a permis d'identifier nos sujets d'études, deux médecins anesthésistes.

1.3-Matériel

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé la méthode clinique comme outil de recherche avec l'étude des cas et l'échelle de stress post-traumatique IES-R élaborée par (Weiss et Marmar, 1997). Pour ce faire, nous avons recouru dans un premier temps à l'entretien clinique notamment l'entretien semi- directif pour recueillir des informations qui sont traitées grâce à l'analyse de contenu thématique.

Dans un second temps, nous avons utilisé l'échelle du traumatisme de Weiss et Marmar afin de poser le diagnostic de traumatisme psychique ou non et évalué son ampleur.

2- Résultats et discussion

2.1- Présentation et analyse thématique du cas S1

2.1.1- présentation du cas S1

Agé de 55 ans et 6ème d'une famille de 9 enfants, S1 est médecin anesthésiste- réanimateur depuis 27 ans. Au cours de l'entretien, il est très sûr de lui, pas très bavard, assez méfiant et il fait très attention à ce qu'il dit.

2.1.2- analyse de contenu thématique du cas S1

L'analyse du discours du sujet permet de retenir trois thèmes que nous

allons explorer : la peur, la culpabilité et l'anxiété sociale.

- **Le thème de la peur :**

La peur est une émotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel et concret. Elle est notamment verbalisée dans le discours du sujet à travers les propos suivants : « … *ma crainte était qu'on ne découvre ce que j'avais fait. Cette situation me hantait et provoquait des insomnies*… ». Ces propos montrent que le sujet est saisi par un sentiment de peur depuis que l'évènement s'est produit. André (2015) définit la peur comme étant un état de trouble psychique causé par la crainte d'un danger. C'est une réaction affective provoquée par des anticipations excessives d'éventuelles difficultés et sanctions avant même la manifestation de la situation redoutée.

Avec cette émotion, notre sujet est victime de ce que André (2004) appelle, le raisonnement émotionnel. Il juge ainsi la dangerosité de la situation en fonction de ses réponses émotionnelles d'où l'augmentation de l'angoisse qui peut conduire jusqu'à la panique. Il s'agit là, d'un signe de fragilité psychologique qui montre que le sujet oriente l'essentiel de son énergie mentale vers l'évènement traumatique.

Pour faire face à l'intensité de ses émotions pénibles et à son corps défendant, il est très attentif à son malaise intérieur plutôt qu'aux situations objectives.

- **Le thème de la culpabilité :**

Le terme culpabilité selon le dictionnaire de psychologie (2015) est un terme polysémique qui caractérise soit l'état d'un individu reconnu coupable, soit le sentiment de faute lié à la transgression d'un interdit ou à la violation d'une règle morale. D'après la définition, la culpabilité chez le sujet S1 se traduit par le fait d'avoir des regrets après son acte : « *je me suis beaucoup reproché parce que je n'avais pas pris en considération ce que la petite de douze ans m'avait dit* ». La culpabilité comprend donc chez lui, un sentiment de responsabilité personnelle, assorti d'une forme de détresse éprouvée envers autrui (Baumieister *et al.,* 1994). La sensation de tort causé à autrui implique ensuite un désir de s'amender et de réparer les dommages causés (Haidt, 2003). Le sujet dira : « *Cette situation a considérablement amélioré ma capacité d'attention et d'écoute, je suis constamment en alerte*… ». Nous le voyons, la culpabilité est un mal qui ronge la quiétude.

Elle est souvent associée à l'idée de faute ou de péché. Elle laisse en chacun de nous une empreinte durable et modifie l'expression de nos affects (Pewzner, 1992).
Du point de vue intersubjectif, la culpabilité est éprouvée devant le Sur Moi. A travers ce thème, il est question de considérer la notion d'après-coup et le contexte particulièrement désorganisateur d'une situation ou d'une expérience, ici l'erreur médicale. Le cas S1 permet de mettre en perspective la relation entre culpabilité et traumatisme par le truchement de l'erreur médicale. En effet, le récit du sujet met l'accent sur l'expérience traumatique liée au passé, à l'erreur médicale (Ciccone & Ferrant, 2015).

- **Le thème de l'anxiété sociale :**

L'anxiété sociale est une peur associée à certaines activités sociales ou à des situations de performance où la personne pourrait se sentir observée, embarrassée, humilié, rejetée ou préoccupée par le jugement des autres. La peur de parler en public ou dans une réunion ou la peur de manger en public sont des exemples de l'anxiété sociale. L'anxiété sociale est perçue dans le discours du sujet S1 par les expressions suivantes : « … *surtout avec les réseaux sociaux avec la propagation des fausses informations, je fais désormais attention à tout*… ». Il renchérit en ces termes : *« … j'ai peur de me retrouver devant les tribunaux, surtout en termes d'image, de renommée, de destruction des vies des gens* ». Ainsi, face à la peur des médias ou le jugement des autres, notre sujet a développé une forme d'anxiété sociale.

L'anxiété est un phénomène tout à fait normal de la vie. Lorsqu'elle prend un caractère excessif menant à une pathologie, elle se transforme en trouble anxieux qui affecte le comportement, les pensées, les émotions comme pour notre sujet S1. Il s'agit d'un état de tension intérieure qui devient handicapant, envahissant, paralysant ou alors suscitant de l'agitation motrice et/ou verbale.
Au sentiment de peur développé par S1, s'associent ainsi des symptômes somatiques : oppression thoracique, palpitations, sueurs, tremblements, gorge serrée…
Cette somatisation est le signe d'un trouble anxieux selon Palazzolo (2009).

2.2- Présentation et analyse du cas S2

2.2.1- présentation du cas S2

S2 est un homme marié, ainé d'une fratrie de 6 enfants, âgé de 44 ans. Il exerce comme médecin anesthésiste- réanimateur depuis près de 8 ans. Il est calme, aimable et attentif tout au long de l'entretien clinique.

2.2.2- analyse de contenu thématique du cas S2

Nous retenons pour ce sujet, quatre thèmes à savoir : le sentiment d'impuissance, la culpabilité, l'effroi et la perte.

- **L'impuissance :**

Le sentiment d'impuissance est toujours le signe d'une insupportable blessure narcissique, médecins, soignants se plaignent de l'éprouver dans la pratique des soins. (Bounon, 2018). Les soignants vivent pour la plupart ce sentiment d'impuissance selon Bounon (idem). Ce sentiment se lit chez notre sujet par ces paroles : *« … Quand vous savez que la vie de quelqu'un tient qu'à un seul fil et c'est entre vos mains, on se sent impuissant »*. Les émotions et le sentiment d'impuissance ou d'échec face à des situations de vie conduisent le sujet S2 à prendre conscience de ses limites, ou celles des autres et de les accepter. Cette attitude d'humilité l'aide à trouver la juste distance lorsqu'il doit prendre une décision.

- **La culpabilité :**

La culpabilité est évoquée dans le discours de S2 par ces termes : « *si j'avais eu plus de compétences, cette femme pouvait vivre encore aujourd'hui* ». La culpabilité est une émotion désagréable (Baumeister et al., 1994). Elle survient lorsqu'un individu considère que ses actions ont transgressé une norme morale personnelle et causé du tort à autrui (Ortony *et al.,* 1988) ; (Tangney & Dearing, 2002) ; (Tracy & Robins, 2006). La personne qui éprouve de la culpabilité se sent mal vis-à-vis de la personne auprès de qui du tort a été causé. Elle s'estime redevable.

Selon Izard (1977), les individus se sentent habituellement coupables quand ils deviennent conscients qu'ils ont brisé une règle ou violé leur propre norme ou croyance. Ils peuvent aussi ressentir de la culpabilité s'ils échouent à accepter ou à assumer leurs responsabilités.

❖ L'effroi

« *J'avais peur de retomber dans une même situation* » ce sont là les propos du sujet S2 qui d'écrivent sa peur qui parfois le laissait tétanisé. L'effroi est défini comme une situation qui laisse le sujet sans réaction, incapable de réagir. Ce comportement fonctionne comme un signal face à un danger. Il naît selon Crocq (2012) du manque de préparation face au danger. Cet effroi est évoqué dans le discours du sujet S2 par les expressions suivantes : « *à ce moment-là, je n'avais pas toutes les compétences, je ne savais pas quoi faire ; J'avais peur que le fantôme de la dame vienne me hanter, je suis resté sans réaction* ». L'effroi représente un moment de saisissement, d'anéantissement et de vide au cours duquel les sujets sont comme dans un état second, sans aucune possibilité de réagir ni d'exprimer leurs émotions ou leur angoisse. (Lebigot, 2002).

Pour Laplanche et Pontalis (1992), l'effroi est « la réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non préparation, tel qu'il n'est pas à même de s'en protéger ou de les maîtriser ». L'effroi est ainsi ce qui fait ressortir un sujet de son état de tranquillité et c'est ce que vit notre sujet S2.

❖ La perte

La perte d'un être est une des expériences humaines les plus douloureuses que chaque être humain est emmené à affronter au cours de son existence (Rahioui, 2016). A la réponse aux questions : « Au cours de votre carrière avez-vous déjà été confronté au décès d'un patient ? » » Mais pourquoi celui-ci vous a-t-il impacté ? » Le sujet S2 répond : *« Oui, j'ai déjà été confronté à la mort mais c'est différent parce que là, j'étais au premier plan* ». Il apparait selon ses propos que la perte peut avoir un impact différent en fonction des circonstances. Ainsi, on ne saurait résumer le deuil à une simple douleur morale car il s'agit d'un phénomène complexe qui secoue l'endeuiller dans tout son être et qui affecte les activités quotidiennes notamment la pratique professionnelle. Il demande ensuite, un travail d'élaboration psychique qui entraîne une réorganisation de la vie du sujet (Rahioui, 2016). Par ailleurs, le deuil même s'il est un processus moral peut se transformer en deuil compliqué ou en deuil pathologie (Siby, 2021). Le S2 est bien conscient du traumatisme

engendré par la perte de son patient et il redoute de commettre de nouveau une erreur médicale préjudiciable.

2.3. Présentation des résultats de l'échelle IERS-R du cas S1 & S2

Tableau *: Tableau récapitulatif des scores.*

	Sujets	**Scores**	**Analyse**	**Score moyen**	**Seuil de cotation**
Anesthésiste-Réanimateur.	S1	48	Traumatisme avéré	**36** Traumatisme avéré	**36≥ 33**
	S2	25	Présence d'un traumatisme léger.		

NB : seuil de cotation

Un score à l'IES-R entre 1 – 11 : pas de traumatisme

Votre patient présente peu de symptômes de stress post-traumatique. Aucune action clinique n'est requise.

Un score à l'IES-R entre 12 – 32 : traumatisme léger

Votre patient présente un bon nombre de symptômes de stress post-traumatiques. Recommandation clinique : une prise en charge est souhaitable.

Un score égal ou supérieur à 33 : traumatisme avéré
Recommandation clinique : urgence clinique, prise en charge recommandée.

Discussion

Au regard des observations issues des résultats obtenus aux entretiens cliniques et à l'échelle IES-R, il apparait que les expériences d'erreurs vécues par les médecins anesthésistes ont une portée considérable. Loin d'être un évènement rare et isolé, les expériences d'erreur médicale touchent les médecins et font partie intégrante de la pratique médicale. La Haute Autorité de Santé (HAS, 2003) dresse quelques critères distinctifs et classe les erreurs en deux catégories. Tout d'abord les erreurs de négligence qui renvoient à des actions menées par des personnes bien informées mais ne respectant pas les règles, le bon usage et pouvant conduire de façon involontaire à des préjudices divers. Ensuite, les erreurs de type incapacité qui regroupent toutes les erreurs commises sans en avoir conscience. Notre étude porte principalement sur cette dernière catégorie d'erreurs médicales.

Nous constatons que les effets générés par les expériences d'erreurs médicales chez les médecins anesthésistes ont un impact réel sur le vécu de ces derniers. En effet, à la suite d'une erreur médicale, nous avons constaté que nos sujets ont développé des thèmes comme la culpabilité, l'anxiété sociale, la peur, l'impuissance, l'effroi…

Selon (Davous *et al.,* 2010) l'erreur médicale est souvent le résultat d'une accumulation de défaillances successives. Ces défaillances sont dues à plusieurs facteurs de risque lié à une pratique professionnelle et aux caractéristiques individuelles (Macron, 2015). Plusieurs études sur l'erreur médicale ont été conduites pour la plupart auprès des médecins généralistes et du personnel soignant au service de réanimation composé de médecins séniors, infirmiers, internes (Finon, 2015) ; (Macron, 2015) ; (Ansel *et al*., 2016) ; (Laurent *et al.,* 2016). La particularité de notre étude est qu'elle vise uniquement les médecins spécialistes en anesthésie d'une part et d'autre part, il s'agit d'une étude sur l'erreur médicale au Gabon. De ce fait, elle se présente comme la première étude sur cette thématique heuristique.

L'analyse des données témoigne d'un fort sentiment de stress post-traumatique chez les médecins anesthésistes. Ce résultat qui montre que les expériences d'erreurs médicales sont des évènements hautement stressants qui peuvent donner lieu à un sentiment de perte de contrôle corroborent les résultats de Schelbred & Nord (2007). En effet, le récit

de l'entretien du sujet S1 stipule **:** *« je me suis beaucoup reproché parce que je n'avais pas pris en considération ce que la petite de douze ans m'avait dit* ». A partir des faits rapportés par notre sujet, nous percevons une détresse, une culpabilité consécutive à son erreur. Ainsi, confronté à une erreur médicale notre sujet vit une souffrance émotionnelle avec des sentiments de peur, de culpabilité et d'anxiété. Albert Wu (2000) décrit cet effet en introduisant la notion de « seconde victime » qui fait référence à l'erreur médicale et ses conséquences. Cela fait référence à un soignant impliqué et traumatisé par un évènement imprévu et défavorable pour un patient et / ou une erreur médicale dont il se sent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expertise clinique et ses compétences fondamentales (Wu, 2000).

Des auteurs comme Desbiendras (2019) parlent de traumatisme vicariant. Cette notion fait référence à un traumatisme qui apparaît chez une personne par « contamination » du vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact. Bouvier et Tarquino (2017) utilisent spécifiquement ce thème pour parler des expériences traumatiques vécues par des thérapeutes ou professionnels travaillant avec des personnes traumatisées. Le traumatisme vicariant est donc perceptible chez les médecins comme c'est le cas pour nos deux sujets. Ce traumatisme est consécutif à l'erreur médicale. Mc Cann et Pearlman (1990), Wu (2000), Saakvitne et *al.* (2000) parlent de ces professionnels comme étant des secondes victimes : les premières victimes de l'erreur médicale étant les patients. Il ressort que les professionnels de santé en l'occurrence les médecins et pour notre recherche, les médecins anesthésistes, ont un risque accru de développer des traumatismes vicariants ou traumatismes secondaires comme l'ont attesté les résultats de notre étude à l'échelle d'évaluation du traumatisme.

En effet, à la lecture de nos résultats, il est mis en avant un impact considérable sur le plan psychique. Les discours de nos sujets font état d'une détresse émotionnelle. Ce constat vient renchérir les résultats de l'étude menée par (Macron, 2015) sur l'impact de l'erreur médicale auprès des médecins généralistes. Pour l'auteur, l'erreur médicale à un impact traumatique chez les médecins qui se manifeste sous diverses modalités comportementales, diverses conduites et mécanismes de défenses. Le sujet S1 affirme ceci : « *ah oui désormais je tiens compte de tout ce que le malade dit et de ceux qui l'accompagne, je ne suis plus le même, cette expérience me hante*

toujours ». A la suite de l'erreur médicale, notre sujet S1 a désormais modifié sa prise en charge des patients.

Pour le même auteur, les sentiments qui ressortent d'une erreur médicale sont : la surprise, la déception, la colère, la culpabilité, la honte et un sentiment d'incompréhension. Ainsi, comme le démontre nos résultats, l'expérience d'une erreur médicale ou d'un évènement imprévisible impacte considérablement le médecin qui développe des sentiments morbides. On comprend dès lors, aisément pourquoi les sujets de notre étude développent des symptômes de trouble du stress post- traumatique. Le sujet S2 nous dit : *« … Quand vous savez que la vie de quelqu'un tient qu'à un fil et sa vie est entre vos mains, on est impuissant* ».

L'approche du traumatisme vicariant de (Bouvier & Dellucci, 2017) qui s'articule autour des expériences traumatiques vécues par les thérapeutes ou les soignants travaillant avec les patients vient corroborer nos résultats.

Au Gabon et à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au vécu traumatique des soignants après une erreur médicale. Pourtant, les résultats de notre recherche montrent à suffisance la présence de symptômes de trouble du stress post- traumatique et une souffrance psychique, émotionnelle liée à un tel événement. En cela, cette étude vient mettre en lumière une thématique nouvelle dans le champ de la recherche. Nous constatons que l'erreur médicale est à l'origine de la naissance d'un sentiment d'impuissance, de peur, de culpabilité et d'effroi chez les anesthésistes et que tout ceci impacte la pratique professionnelle ultérieure. Ces sentiments entrainent un repli sur soi se caractérisant par la peur d'en parler comme l'exprime notre sujet S1 : « *Non, c'est la première fois que j'en parle* ». Ce non-dit ajoute et/ou entretient un malaise pouvant faire le lit à un deuil compliqué ou un deuil pathologique. Le malaise comme le dit Freud naît d'un antagonisme entre pulsion de surpuissance et déficience des dispositifs d'élaboration psychique réglant les relations entre les hommes (Freud, 1992).

En outre (Chachraoui, 2015) parlant du traumatisme fait état du silence comme une marque du processus insidieux et invisible du stigmate et spécifiquement une marque du traumatisme relationnel. Elle ajoute que le silence marque la peur mais aussi le sentiment de honte à verbaliser.

Nos résultats à l'échelle de mesure du traumatisme IES-R soulignent effectivement la présence d'un vécu traumatique chez nos médecins anesthésistes. Ces résultats montrent une concordance significative entre

les résultats de l'analyse de contenu thématique du discours et l'échelle de mesure de IES-R. Le discours des sujets et surtout leur échelle d'évaluation du traumatisme relèvent des symptômes de stress post-traumatique. Nous avons obtenu respectivement un score de 48 pour S1 qui souligne un traumatisme avéré et un score de 25 pour S2 qui présente un traumatisme léger mais traumatisme tout de même.
Ces scores montrent la nécessité d'un travail d'élaboration psychique afin de pouvoir construire le processus de résilience et arriver à surmonter l'évènement traumatique. Sachons que si un traumatisme n'a pas été pris en charge il peut s'aggraver et devenir envahissant (Germani, 2020).
De toute évidence, ce travail de recherche est d'une grande portée car il s'articule autour d'une problématique qui intéresse un grand nombre de personnes.
Dans cette optique et au regard des résultats obtenus, une aide psychologique aux médecins serait nécessaire. Au-delà de l'erreur médicale, dans une profession soumise à des fortes charges de travail, aux exigences des patients, aux horaires de garde fluctuants et à la mort, le médecin fait face à une charge émotionnelle et un surmenage se caractérisant par une fatigue physique et une fatigue émotionnelle. Cette souffrance psychologique du médecin doit être prise en charge afin de les aider surtout lorsqu'ils sont confrontés à une erreur médicale car comme le stipule Wu, ce sont aussi des victimes.
Des programmes ou séminaires traitant du sujet de l'erreur médicale devraient être organisés axés sur la façon de communiquer avec les patients et la famille. De plus, dans la formation initiale de médecine, la question sur le risque d'erreur en médecine : sa gestion et son vécu psychologique devrait être également d'avantage abordée. Enfin, pour réduire la détresse des médecins et favoriser leur bien- être, il serait adéquat de mettre en place des cellules de coping pour les soignants de sorte qu'ils fournissent un soin médical de qualité centré à la fois sur le patient, les aidants familiaux mais aussi eux-mêmes. Promouvoir une telle perspective serait faire preuve d'humanisme médical et considérer le soin comme un acte holistique.
Par ailleurs, comme le conseille Galam (2012), il faut inciter les médecins à investir les champs de la sécurité des patients à travers la gestion des risques. Et il faut aussi les aider à aborder « sans peur et sans reproches » leurs fragilités et difficultés. A ce titre, il importe de mettre en place un dispositif d'accompagnement des médecins dans leurs responsabilités

comme dans leur souffrance de « deuxième victime », parfois en situation de burn-out. A cette condition, ils redeviendront non pas des secondes victimes mais les premiers acteurs du soin.
En somme, dans un système de soins devenu de plus en plus complexe, l'étude de l'erreur médicale et ses conséquences est essentielle pour aboutir à une gestion de qualité de l'organisation des soins. La finalité est d'améliorer la pratique médicale afin d'assurer la sécurité des patients et des soignants.

Conclusion

Dans ce travail de recherche, nous avons cherché à explorer le vécu traumatique des médecins anesthésistes à la suite d'une erreur médicale. Aujourd'hui, alors que les progrès quotidiens de la science en termes de techniques diagnostiques ou thérapeutiques nous donnent l'illusion que le médecin est un être infaillible, cette thématique de recherche montre que la médecine est une science inexacte qui comporte son lot d'incertitudes et de risques. Le médecin anesthésiste dans sa pratique est confronté à une obligation de résultats puisqu'il tient entre ses mains la vie de son patient. Dans ce contexte qui engage le pronostic vital, l'erreur lui est interdite et lorsque celle-ci advient, elle engendre un impact, un traumatisme considérable (Vibert, 2021). A cet instant, l'accompagnement des psychologues est souhaitable pour permettre un étayage et sortir d'une décompensation qui peut être névrotique, psychotique ou narcissique(état-limite).
Ainsi, nous soutenons que le vécu traumatique consécutif à l'erreur médicale a des conséquences sur le médecin anesthésiste et influence la pratique médicale.
L'analyse des entretiens cliniques et l'échelle de mesure du traumatisme nous ont permis de déceler l'existence d'un traumatisme, d'une souffrance psychologique chez ces médecins. Cette souffrance psychologique qui témoigne d'une blessure psychique nécessite une prise en charge psychologique.
De ce fait, il y a nécessité de prise en charge de manière optimale de ces sujets victimes de traumatismes secondaires et vicariants. Nous préconisons des supervisions, des sensibilisations mais également des interventions thérapeutiques individuelles et de groupe suivant un protocole précis, validé à l'avance par l'équipe soignante.

En définitive, l'impact des erreurs médicales sur les patients est indéniable, mais il est tout aussi crucial de reconnaître les traumatismes psychiques que ces événements peuvent infliger aux soignants. La gestion de l'erreur médicale doit évoluer vers un soutien accru aux professionnels de la santé, intégrant des mécanismes de prévention, d'accompagnement psychologique. Ainsi, il est impératif de mettre en place des mesures de soutien psychologique et des protocoles d'apprentissage à partir de ces situations. La promotion d'une culture de transparence et d'empathie contribuera à améliorer la sécurité des patients tout en préservant la santé mentale des professionnels de la santé.

Bibliographie

ANDRE Christophe, 2004. *Psychologie de la peur : craintes, angoisses et phobies*, Odile Jacob, Paris

ANSEL Dominique, LAURENT Alexandre, BONNET Magalie, AUBERT Laurence, QUENOT Jean-Pierre et CAPELLIER Gilles, 2016, « Le collectif de travail à l'épreuve du risque d'erreur médicale », Psychologie française, 62, 121-134.

BAUMEISTER Roy F., STILLWELL Arlène M. et HEATHERTON Todd F.,1994, «Guilt: an interpersonal approach », American Psychological Association,115, 2, 243-267.

BOUNON Laurence, 2018. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, PUG, Grenoble

BOUVIER Gabrielle & DELLUCCI Hélène, 2017. *La pratique de la psychothérapie*, Dunod, Paris

CHACHRAOUI Khadija ,2015, « Harcèlement sexuel et traumatisme psychique : Aspects cliniques et psychopathologie ». Champ psy, volume, 68, 141-160

CICCONE Albert et FERRANT Alain, 2015. *Honte, culpabilité et traumatisme*, Dunod, Paris

CROCQ Louis, 2012. *16 Leçons sur le trauma*, Odile Jacob, Paris

DAVOUS Dominique, KERJOSSE Béatrice, BRUGIERES Laurence et BOURDEAUT Franck, 2010, « L'alliance parents-enfant-soignants à l'épreuve de l'erreur médicale », Archives de pédiatrie, 17, 1696-1708.

DESBIENDRAS Nicolas, 2019, « Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique », European journal of trauma & dissociation, 3, 3, 151-156
FINON Magali ,2014. « Le médecin face à la justice : entretien avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire », Thèse de doctorat en médecine, Université Paris Descartes, Paris
FREUD Sigmund, 1992. *Malaise dans la civilisation*, P.U.F, Paris
GALAM Éric, 1999, « L'erreur en médecine *»,* Revue du Praticien, 7, 626, 1-5
GALAM Éric, 2012. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur,* Springer, Paris
GERMANI Stéphanie, 2020, « Le fantôme du traumatisme », 4, (148), VST-Vie sociale et traitements98-109
GRAVIE Jean-François et BORIE Margaux, 2025, « Erreur médicale : de l'approche juridique à celle de la gestion des risques pour le chirurgien », Journal de chirurgie viscérale, 3, 001, 162-167
HAIDT Jonathan, 2003. *The moral emotions*, Oxford University press, Oxford
IZARD Caroll E., 1977, « Differential emotions theory », Human emotions, emotions personality and psychotherapy, Springer, Boston
KLOTZ Pierre, 1994. *L'erreur médicale : mécanismes et prévention*, Maloine, Paris
KÜBLER-ROSS Elisabeth, 2005. *Sur le chagrin et sur le deuil*, Pocket, Paris
LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Bertrand, 1992. *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F, Paris
LAURENT Alexandre, CHAHRAOUI KADHIJA, BIOY Antoine, QUENOT Jean-Pierre et CAPELLIER Gilles, 2016. *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*, Dunod, Paris
LEBIGOT François, 2002, « L'effroi du traumatisme psychique : le regarder en face ou s'en protéger », Stress & trauma, 2, 3, 139-146
LEBIGOT François, 2011. *Le traumatisme psychique*, Fabert, Paris
LEBIGOT François, 2016. *Traiter les traumatismes psychiques : Clinique et prise en charge*, Dunod, Paris
MACRON Mélanie, 2015, « Impact de l'erreur médicale sur les médecins généralistes : étude quantitative auprès de 14 médecins de l'Oise », Thèse de doctorat en médecine, Université de Picardie Jules Vernes, Amiens

MC CANN Lisa et PEARLMAN Laurie Anne, 1990, « Vicarious traumatization », Journal of traumatic stress, 3, 1, 131-149
NATASON Jacques, 2008, « La peur et l'angoisse », Imaginaire et inconscient, 22, 2, 161-173
ORTONY Andrew, CLORE Gerald et COLLINS Allan, 1988, « The cognitive structure of emotion », Contemporary sociology a journal of reviews, 18, 6, 957-958
PALAZZOLO Jérôme, 2009, « De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique », Le journal des Psychologues, 369, 72-77
PEWZNER Evelyne, 1992. *L'homme coupable : la folie et la faute en Occident*, Odile Jacob, Paris.
RAHIOUI Hassan, 2016. *La thérapie interpersonnelle*, P.U.F, Paris
REASON James, 1993. *L'erreur humaine*, P.U.F, Paris
REMILI Donia, 2019, « Violences et souffrances en milieu hospitalier : le cas des infirmiers du gouvernorat de Tunis », Thèse de doctorat, Université de Tunis, Tunis
SAAKVITNE Karen, GAMBLE Sarah et TABOR LEV Beth, 2000. *Trauma-informed care,* Scott Adams, New York
SCHELBRED Anne-Berit et NORD Randi ,2007, « Nurses' experience of drug administration errors », Journal of advanced nursing, 60, 3, 317-324
SIBY Jean-Romuald ,2021, « Traumatisme, équation personnelle et résilience : cas d'un enfant endeuillé », Conduites Humaines et Pratiques Psychologiques, 2, 160-187
TANGNEY June Price et DEARING Ronda L. ,2002. *Shame and guilt*, Guilford, New York
TARQUINE Cyril, BOUVIER Gabrielle et DELLUCCI Hélène, 2017. *Pratique de l'EMDR*, Dunod, Paris
TRACY Jessica et ROBINS Richard, 2006, « Appraisal antecedents of shame and guilt », Psychology bulletin, 32, 10, 1339-1351
VAN DER KOLK Bessel A., 2005, « Trouble traumatique du développement : vers un diagnostic rationnel pour les enfants ayant des antécédents de traumatismes complexes », Annales psychiatriques,35, 401-408.
VIBERT Éric, 2021. *Droit à l'erreur, devoir de transparence : Une révolution médicale nécessaire*, L'Observatoire, Paris
WEISS Daniel S. et MARMAR Charles R, 1997. *Impact of events scale revised (IES-R)*, Guilford, New York

WU Albert, 2000, « The second victim ». Western Journal of Medecin, 172(6), 358-359.