

Quelques mots de patient.

María de la Luz Cervantes,* patiente

3 décembre 2012

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre dossier sur l'erreur médicale [Pratiques, 2012], qui poursuit une réflexion amorcée par Eric Galam au sujet d'un enseignement sur l'erreur médicale [Galam, 2011]. Ce dossier considère des erreurs d'ordre physiologique, judiciarisables, avec des effets graves et qui proviennent d'une décision ponctuelle, prise dans l'urgence, le stress et avec peu d'opportunité de communiquer avec le patient pour revenir sur certains moments critiques.

Or si l'on envisage l'erreur médicale comme un événement qui a menacé le bien-être du patient, qui n'aurait pas dû arriver et qui a affecté la qualité des soins prodigués (cf. la définition fonctionnelle de l'erreur [Schmitt, 2012b]), le cas d'une erreur dans une prise en charge d'ordre psychologique aurait aussi pu être évoqué.

Ces "effets non désirés" ne sont pas judiciarisables. Il n'y a ni radiographie, ni dosage sanguin avant/après pour mettre en évidence des effets psychologiques "non désirés" qui sont alors facilement attribués à la pathologie mentale et la condition même du patient en santé mentale ne lui permet pas d'envisager un quelconque recours. Ce qui peut expliquer le peu d'intérêt manifesté par les médecins.

Les décisions relatives à la prise en charge psychothérapeutique ne sont généralement pas prises sous la pression d'une urgence médicale, et peuvent être rectifiées chaque semaine, tout au long des années que dure la psychothérapie. Le médecin peut donc toujours repousser à plus tard l'évaluation de ce type de traitement. Comme le dit Mafalda, "*Como siempre : lo Urgente no deja tiempo para lo Importante*"¹.

La psychothérapie peut apparaître comme de la médecine de confort et ses effets négatifs sans grand intérêt. Mais certains patients sont parfois dans état de souffrance globale tellement envahissante, qu'ils n'auront alors pas le souci, les moyens, le temps ou l'énergie d'identifier une nouvelle source de souffrance dans l'aide psychologique même qu'ils reçoivent. Leur préoccupation sera sans doute ailleurs.

Pour autant, est-ce une raison de ne pas les soulager

de ce poids inutile? Si un amputé ne voit que la souffrance de sa jambe perdue, est-il inutile d'ôter de sa chaussure le caillou qui blesse son pied? Au contraire, ce seul pied valide n'aurait-il pas plus qu'un autre besoin d'être soulagé de ce caillou afin de mieux porter le poids du corps? Ce qui importe² est donc que les médecins **acceptent d'envisager la possibilité** que la situation relatée soit authentique, qu'une prise en charge psychologique ne soit pas anodine et qu'elle puisse, aussi "nocere" («to harm») le patient, dans le cadre d'un exercice "normal" de la médecine.

Mais "*l'erreur apparaît comme le moteur du savoir*" [Vollaire, 2012]. Si tant est que nous possédions une *aptitude réflexive* [Schmitt, 2012a]. Ma motivation ne repose donc pas tant sur l'erreur elle-même, qui sera toujours susceptible de se produire, que sur la constatation faite dans toutes les interactions qui ont suivi que ce type d'erreur dans le cadre de la santé mentale semblait ne pas exister pour les MG, semblait repoussée dans un **angle mort de la médecine**, peu propice à l'aptitude réflexive.

"Formation et psychothérapie" [Bogaert, 2011]

Face à la difficulté pour les professionnels de confirmer par un titre les compétences d'un médecin dans le domaine de la psychothérapie et afin d'éviter que "*le fait humain [ne disparaisse] derrière les techniques, quand ce n'est pas sous les technologies, et les protocoles*", Eric Bogaert propose d'exercer la médecine "*comme un art, un artisanat, (...)*" et invite à ne pas se focaliser sur "*le savoir, le diplôme, le protocole, la normalisation*" qui "*tuent la pensée, l'expérience personnelle, la personnalité, la vie*".

Si la psychothérapie est un art, il ne faudrait cependant pas oublier que c'est un art dont la principale matière première est notre psychisme de patient et notre vraie vie. Cela justifie, sans pour autant remettre en cause la qualité des artistes, que ces derniers soient capables de reconnaître les toiles ratées et surtout qu'ils se posent la question de ce qu'ils feraient alors de ces toiles.

* Cf. "*J'étais venue pour téléphoner*", G. García Márquez.

1. "Comme toujours, les choses urgentes ne laissent pas le temps pour les choses importantes".

2. Au-delà de mon cas particulier qui n'est là qu'à titre illustratif

«Erreur médicale» ou «maltraitance médicale» ?

La série d'articles de M. Winckler sur les «médecins maltraitants» prend un sens particulier dans le cadre de l'«accompagnement psychologique». Tout particulièrement son propos sur «l'expérimentation» [Winckler, 2011].

Expérimentation.

«Le médecin qui prescrit des médicaments «sous influence», «pour voir» (et bien sûr, en pensant que ça «sera mieux» pour ses patients) n'est pas seulement manipulé, il fait de l'expérimentation sauvage» [Winckler, 2011].

Il ne s'agit pas ici de l'influence des industries pharmaceutiques mais de l'influence de l'air du temps, de l'influence de pairs et de leur idéalisme.

C'est une histoire banale qui se déroule dans l'intimité d'un cabinet médical : celle d'un médecin de famille avec quelques années de pratique déjà ; il n'a pas de **réelle formation** dans le domaine «psy» mais il a participé à un groupe Balint et à plusieurs journées de formation à l'accueil de toxicomanes ; il a appris que, plus que le corpus théorique et le cadre, la réussite d'une psychothérapie résidait dans l'alliance thérapeutique, la rencontre de deux personnes également responsables ; il est encouragé par la critique de Bigpharma et par la description des pouvoirs du «médecin-médicament» (Balint) ; il trouve que les «psychologues ne sont souvent pas très sérieux», que ses confrères spécialistes n'appréhendent pas les patients dans leur globalité corporelle et «psychosociale» ; à cet automne 2001, il aimerait lui aussi être l'un de ces MG peut-être un peu idéalisés dont la société en souffrance a plus que jamais besoin ; arrivé à la cinquantaine, son travail de MG est toute sa vie, il lui prend tout son temps ; il éprouve le besoin naturel et légitime d'être reconnu par ses pairs. Il a sans doute aussi d'autres motivations plus personnelles à ce moment précis de sa vie.

Se présente alors un «cas» bénin, sans risque : une mère de famille dont il suit les enfants depuis la naissance, en bonne santé, bienveillante et coopérative, apparemment stable du point de vue professionnel et familial, elle lui présente quelques signes dépressifs. Le hasard veut qu'il soit rentré enthousiaste de ses deux premières journées de formation en «ethnomédecine» et il se dit «pourquoi pas moi?». Cela lui permettra de plus de présenter un autre «cas» à ses pairs lors de la dernière session.

C'est ainsi qu'un médecin s'embarque **progressivement**, de manière hebdomadaire sur plusieurs années, dans une «*expérimentation sauvage*» «pour voir», (et en pensant que ça «sera mieux» pour le patient). Si

de son côté, il ne ressent pas le besoin d'expliquer sa démarche, la patiente est si profondément touchée par tant de sollicitude, si fortement reconnaissante envers lui qu'elle n'y songera que plus tard, sans se douter de l'importance de la question.

«[...] (et bien sûr, en pensant que ça «sera mieux» pour ses patients) [...]» [Winckler, 2011].

Dans le cas d'un traitement médicamenteux, le médecin sait que les bonnes intentions ne suffiront pas pour que le médicament soit bénéfique au patient. Y pense-t-il dans le cas d'un traitement psychologique ?

Effets secondaires.

«Les médecins qui nient les effets secondaires des médicaments. TOUT médicament est susceptible d'avoir des effets indésirables. S'il n'en a pas, c'est qu'il n'est pas pharmacologiquement actif» [Winckler, 2011].

De même, toute «psychothérapie» est susceptible d'avoir des effets indésirables. Si elle n'en a pas, c'est qu'elle n'est pas psychologiquement active. Elle peut, de la même façon, engendrer une «surinfection iatrogène». Par «surinfection iatrogène négative», j'entends que la prise en charge médicale est à l'origine d'une souffrance supplémentaire : la situation est différente du cas où le traitement n'a pas eu d'effet et que la maladie suit son cours ou de celui où le patient psychologiquement sain a les défenses nécessaires pour se protéger des «maladresses» du médecin.

Dans le cas d'une dépression, un médecin est attentif à la possibilité qu'une molécule n'induisse une dépendance et n'accentue le retrait, l'isolement du patient. Paradoxalement, une prise en charge psychologique peut provoquer exactement les mêmes effets : une dépendance accrue à la consultation et une accentuation marquée de la tendance au retrait, à l'absence de soutien social dans la vraie vie.

Dans le cas pharmacologique, le patient est le seul à prendre un médicament et à en ressentir les effets : le médicament ne soigne que le patient. Les contre-indications et les effets secondaires ne concernent donc que le patient. Dans le cas psychothérapeutique, le traitement a aussi des effets sur le médecin : c'est peut-être ce qui lui a fait dire «*je me soigne en soignant mes patients*». Les contre-indications et les effets secondaires d'une psychothérapie devraient donc concerner, outre le patient, le médecin lui-même.

Est-ce l'apparente bénignité d'une prise en charge psychologique qui a motivé un plan thérapeutique qui a tout de suite écarté les antidépresseurs au profit d'une psychothérapie menée dans le cadre de la médecine générale ?

Toute longue maladie d'un parent a des répercussions sur la vie et le développement de ses jeunes enfants, à courts et surtout à longs termes. Comme les relations familiales participent de notre construction psychique, et à ce titre de notre souffrance et guérison psychologiques, elles sont d'autant plus sensibles à ces effets iatrogènes. Et les fonctionnements familiaux induits par une prise en charge défectueuse viennent brouiller les cartes et sont difficilement modifiables.

Repérer les effets non désirés dans le cadre psychologique.

Si les médecins repèrent facilement les nombreux "effets iatrogènes positifs" («médecin-médicament»), il leur faut faire preuve d'une lucidité remarquable pour être à même de reconnaître une "surinfection iatrogène négative", une erreur, dans le domaine psychique et d'arrêter cette spirale.

Tout dans le cadre asymétrique si particulier du cabinet en médecine générale favorise les *biais cognitifs*.

La conviction partagée par les deux protagonistes que le médecin soigne le patient (un MG est compétent, est lucide en ce qui concerne la psychothérapie, un patient fait totalement confiance au MG, ...) favorise non seulement l'alliance thérapeutique mais aussi l'émergence de *dissonances cognitives* qui empêchent, de part et d'autre, de voir les signes avant-coureurs du désastre.

Le cadre "psy" d'une consultation en santé mentale entretient cette conviction. Il favorise de plus une forme de *labellisation*, où le médecin généraliste est convaincu qu'en nommant ("déli", "projection", "transfert", ... et autres termes alors inconnus du patient) ou en banalisant le récit dans une généralité plus globale ("comportement dépressif", comportement AT ou PNL...), il explique et comprend non seulement le vécu, la problématique du patient en dehors du cabinet mais surtout la réalité et les enjeux de la relation présente³.

Dans la prise en charge psychologique, le médecin suggère parfois que c'est notre *perception de la réalité* (hors du cabinet) qui est à l'origine de notre souffrance. La tentation est alors forte pour lui d'utiliser le même argument pour évacuer une question désagréable du patient sur la relation présente. Quand il s'agit de santé mentale, l'idée que de la confrontation du savoir du mé-

3. A ce jour, le médecin a finalement concédé qu'il "éprouv[ait] du regret de ne pas avoir su [m']aider mieux" mais n'envisage toujours pas l'éventualité qu'un dysfonctionnement dans la relation médecin/patient elle-même (la seule relation du cadre qui ait une existence concrète finalement) soit à l'origine de l'échec. Il considère mes seules motivations inconscientes comme **unique cause possible** : "votre seul souci est-il donc de me convaincre de ma responsabilité ? Si ma responsabilité était reconnue, qu'est-ce que cela changerait pour vous ?", "je me suis posé constamment cette question : pourquoi est-il aussi important pour elle que je sois coupable ?".

decin et de la connaissance que le patient a de lui-même peut surgir la lumière, reste facilement au niveau de la théorie.

Le besoin naturel du MG de se sentir utile face à un patient qui, au fur et à mesure des séances, a de plus en plus besoin de son aide favorise les *biais de confirmation*, de part et d'autre. Et le cadre, finalement un peu artificiel, de la relation psychothérapeutique, certains encouragements au "lâcher prise", incitent le patient à se priver des mécanismes de prise d'initiatives et de défense habituellement mis en oeuvre dans les relations humaines de la vie réelle afin de préserver ses limites psychiques.

"De la seconde victime au premier acteur"[Galam, 2012b]

Différents articles de ce dossier décrivent assez bien le vécu des médecins vis à vis de l'erreur médicale dans le dossier : soit à partir de témoignages, soit à partir d'analyses plus générales. Quelques réactions de patiente pourrait peut-être apporter une perspective supplémentaire à des articles très pertinents et plutôt complets. Mais il existe une aussi grande variété de soignés que de soignants.

Concernant une prise en charge psychologique⁴, on peut aussi se demander dans quelle mesure les effets de la psychothérapie sur le psychisme du médecin, non plus en tant que professionnel mais en tant que simple être humain surpris dans sa propre histoire, sont à l'origine de l'erreur ? Dans quelle mesure le dysfonctionnement de la relation psychothérapeutique est-il lié aux effets de la thérapie sur le psychisme du médecin, affectant du même coup sa capacité à poursuivre le traitement et le suivi médical de la famille de manière plus générale ? Indépendamment du stress issu de la fréquentation de la souffrance d'autrui, des préoccupations, des doutes quant aux effets du traitement choisi, la santé psychique du médecin assurant le traitement psychologique serait alors un sujet de préoccupation pour lui-même, pour le patient concerné et pour ses autres patients.

Nous sommes, en tant que patients, souvent les premiers témoins des tâtonnements et des réponses qui ne correspondent pas à certaines de nos plaintes et, bien que nous évitions de leur en faire part, nous sommes alors amenés à relativiser l'infailibilité du médecin. L'exigence de perfection qui pèse sur les médecins est peut-être aussi le fait de la communauté médicale elle-même, en partie parce qu'elle justifierait une certaine forme de pouvoir et de la société, dont les médecins font malgré tout partie des notables. Mais les médecins sont mieux placés que moi pour en parler, comme John

4. Voir la remarque sur les contre-indications et les effets secondaires concernant le médecin (p.2).

D. Banja dans son livre *Medical Errors and Medical Narcissism* [Banja, 2005].

Dans la relation thérapeutique des liens d'intimité et d'empathie se nouent dans les deux sens. Ainsi certains patients sont tout à fait conscients, au moment d'évoquer un dysfonctionnement, qu'un médecin puisse éprouver "de la culpabilité, de la honte, des peurs, une perte de confiance en soi, remise en question de leur compétence professionnelle, ...". Au point de ressentir avant toute question, à la fois l'appréhension d'être l'objet de l'agressivité passive du médecin et la culpabilité d'être à l'origine de son mal-être⁵. Ils essaient de concilier au mieux leur demande d'aide psychologique tout en ménageant le soignant. Le médecin peut aussi en jouer, plus ou moins consciemment. Et il arrive que ces patients ne gèrent plus cette tension et que cela explose.

Dans la vie quotidienne, une réaction de culpabilité et de remise en question, certes pénible, est courante et normale (pour autant que nous ayons une part de responsabilité) et le contraire semblerait effarant. Ces réactions sont parfois même salutaires dans la vie et nous évitent de répéter les mêmes erreurs.

Quand le patient apparaît dans un enseignement sur l'erreur médicale [Galani, 2011], ce n'est qu'en filigrane : celui sans lequel il n'y aurait pas eu d'erreur, celui qui serait (même indirectement) "responsable" du mal-être du médecin, celui qui "va condamner le soignant" et qui "va lui demander de continuer à travailler". Tel un intrus dans un colloque de médecins.

Les patients essaient d'abord de comprendre. Or face à la simple idée qu'un patient questionne la pertinence d'un traitement, il n'est pas rare que ce soit le médecin lui-même qui *change radicalement le registre de la relation au patient* [Galani, 2012b], que ce soit sur un mode agressif ou passif. Et si nous nous taisons bien souvent, c'est parce que nous craignons que dans ce changement de registre, nous ayons bien plus à y perdre qu'à y gagner⁶. Pour beaucoup d'entre nous, ce n'est pas à légèreté que nous osons remettre en question l'autorité médicale.

Beaucoup de patients feront aussi de leur côté tout

5. A cause d'un petit détail, il rougissait facilement, le MG ne pouvait pas dissimuler ses émotions de mal-être et de honte, qui envahissaient alors le cabinet et entraient en contradiction avec sa parole, par exemple quand il n'avait pas compris ou ne savait pas quelque chose. J'ai alors inconsciemment appris à reconnaître les signes précurseurs de la honte pour mieux l'esquiver, parfois par de l'humour.

6. Un exemple banal : quand le médecin généraliste a décailloté le gland de l'un de mes fils, nourrisson âgé seulement de quelques mois, sans me prévenir et sans que je le lui demande, j'ai été profondément affectée. Mais quand il m'a prescrit le désinfectant, je me suis limitée à poser quelques questions respectueuses sans remettre en cause le geste car c'était déjà trop tard. Je n'ai rien dit, bien que j'étais convaincue que c'était une erreur.

pour *préserver le plus longtemps possible* la qualité de la relation et feront preuve d'empathie et de compréhension envers le MG. Et si il y en a un qui a du mal à *quitter une relation d'aide centrée sur le patient* [Galani, 2012b], et qui n'est pas *préparé* au changement radical que suppose le passage de la relation d'aide au conflit, il me semble que c'est bien le patient qui est venu confier sa vie. Alors pourquoi est-il parfois amené à le faire ?

Suite à une erreur, le patient en santé mentale partage avec les médecins de ne pouvoir *exprimer sa souffrance, ni a fortiori, de se plaindre ou d'exprimer sa colère* [Galani, 2012b]. Même dans le cas où il n'est pas écrasé par la honte⁷ et où il a cherché et entretenu des relations sociales⁸, il ne peut pas toujours le faire faute de mots pour parler à un entourage (peu versé dans le monde "psy") ou faute de groupe de pairs pour analyser ce qui s'était déroulé.

De la première victime ...

En abordant les consultations du médecin de famille, j'acceptais ses éventuelles défaillances car j'avais **confiance en sa compétence pour connaître les limites de ses compétences, en sa lucidité** et en **la qualité de la relation** pour rectifier le tir le cas échéant. Il est essentiel ici, de se rappeler que le patient doit aussi veiller à préserver le système de relations de soin du médecin généraliste avec sa famille, son conjoint et ses enfants.

Jusqu'alors, j'avais toujours évité d'aborder certaines choses essentielles pour moi avec des personnes dont le vécu ne prédisposaient pas à me comprendre, c'est à dire avec pratiquement tout le monde. Je suis arrivée en France à l'âge de douze ans dans les années 70 et les mots d'Elisabeth Maurel-Arrighi [Maurel-Arrighi, 2004] ont une résonance particulière en moi : «*Les médecins sont souvent les premières et, même, parfois les seules personnes "autochtones" que les étrangers rencontrent vraiment*». Bien que je présentais sa méconnaissance sur des points qui auraient facilité les choses, je comptais sur nos "*aptitudes réflexives*" [Schmitt, 2012a] respectives pour se comprendre. Bref, la relation de **confiance** qui liait le médecin à toute la famille, me prédisposait à lui pardonner a priori presque "n'importe quelle erreur"⁹. Mais l'occasion de pardonner ne s'est pas présentée puisque le médecin a préféré ne rien voir, ne rien entendre, faire comme si tout allait bien¹⁰.

7. Honte d'avoir eu besoin d'une aide psychologique, honte de ne pas avoir été suffisamment lucide et d'avoir été manipulé.

8. Et ce, malgré une prise en charge psychologique exclusivement aut centrée au sein de la psychothérapie.

9. Ma prise de conscience des dysfonctionnements et mes prises de décision en ont été sérieusement altérées.

10. Je crois que c'est ce décalage avec la réalité qui lui permettait encore de considérer que tout allait bien quand j'ai mis

En effet, “ *la tentation reste forte pour le soignant, s’il le pense possible de ne pas reconnaître sa responsabilité dans les dommages survenus au patient ou simplement de l’atténuer en la banalisant (ça fait partie de la vie), en l’extériorisant (ce n’est pas de ma faute), la minimisant (il y avait d’autres facteurs)* [Galam, 2012a].

Plus que l’erreur initiale, la solution du déni, de l’absence de parole vraie par le médecin comme unique réponse au conflit¹¹ peut, dans une prise en charge psychologique, avoir des **effets particulièrement destructeurs**. Comme l’écrit Michel Benasayag “*La version dure du refoulement du conflit implique tout simplement l’éradication de l’altérité*” (Eloge du Conflit).

En choisissant le silence de fait, le médecin fait peser toute la responsabilité de l’échec du traitement psychothérapeutique sur les seules épaules du patient¹².

... au second acteur.

Quand il s’agit du corps du patient, avec des indices “visibles”, il est déjà difficile pour un médecin d’envisager l’“erreur” d’un confrère. Alors quand il s’agit de santé mentale, peut-on exiger d’un médecin tiers qu’il comprenne le patient, qu’il ne fasse pas d’abord confiance à son confrère en faisant appel à des concepts freudiens pour psychologiser la parole de ce patient¹³, surtout quand ce dernier, échaudé par cette expérience, tarde à lui accorder pleinement sa confiance ?

En santé mentale, le plus “simple” (et efficace) est de ne pas devoir passer par des tiers¹⁴ et que ce soit la personne directement concernée qui aborde l’éventualité d’une “erreur” bien plus tôt. Ne fût-ce qu’en accordant, quand il apparaît clairement que le traitement est dans l’impasse une «termination»¹⁵.

S’il est crucial que le médecin soit lucide sur les conséquences de sa pratique, et puisse en reconnaître (dans le sens identifier), le plus rapidement possible, les effets non désirés, ce n’est pas à seule fin de comprendre le «pourquoi» et le «comment», d’en discuter dans un cadre protégé avec ses pairs **mais aussi de retourner sur le terrain**. En ce sens, il est en effet

fin à la relation, tout en m’offrant avec un grand sourire, sans explication aucune, le récit d’une psychothérapie où le psychothérapeute se fait soigner par son patient (*Et Nietzsche a pleuré de Irvin Yalom*). Dans le livre, cela se faisait d’un commun accord.

11. “CONFLIT, subst. masc. : Divergence profonde, différend grave, vif désaccord”

12. “ [...] *les excuses participent aussi d’une sorte de «guérison» parce qu’elles valident [...] l’absence de responsabilité du patient dans son apparition [...]*” Aron Lazare [Galam, 2012a]

13. Peut-être est-ce d’ailleurs ce que vous êtes en train de faire ?

14. Même si j’ai finalement eu la chance de “tomber” sur une MG qui a posé les questions justes sans être intrusive et a accepté de m’accompagner sans attendre que je lui dise “tout”.

15. Terme anglosaxon utilisé dans les articles sur les psychothérapie consultés. Je ne connais pas le terme français.

important d’entourer le soignant, de rétablir “entre soignants” la relation du soignant à lui-même, à son image professionnelle. On peut penser qu’une fois ce processus amorcé, il sera alors en mesure de **réparer ce qui a été abimé**, de prendre soin de la relation blessée, du patient, peut-être de rétablir la relation du soignant avec le soigné et celle du soigné avec sa propre image de malade. L’un des éléments réparateurs me semble être l’annonce et les regrets envers le patient. La compassion peut être un premier pas mais ne suffit pas : la compassion de l’éléphant face à un dommage qui serait “tombé du ciel” ne suffit pas à l’herbe qu’il a écrasée.

Comme le dit très justement Aron Lazare, “ [...] **les excuses participent aussi d’une sorte de «guérison» parce qu’elles valident la survenue du dommage et l’absence de responsabilité du patient dans son apparition ; elles restaurent son amour-propre, sa dignité et sa puissance [...]**” [Galam, 2012a].

Bien que je pense d’abord à donner au patient la possibilité de se soigner, il me semble que le patient, avec toute son humanité, pourrait aussi apporter au médecin dans ce processus. Mais **laisser une place** au patient et à **sa parole** dans le cadre de la **santé mentale**, interpelle aussi les **relations de pouvoir** à l’oeuvre dans ce dialogue, 1) relations propres au **colloque singulier**¹⁶, 2) celles issues du **système de santé** – en particulier quand la souffrance est stigmatisée par un diagnostic (toxicomanie, addiction, dépression, autres souffrances psychiques, etc..) et que le lieu du soin enferme le patient dans ce label, 3) ainsi que celles **issues de la société où nous vivons** et qui colorent inévitablement la relation thérapeutique¹⁷ (rôle social, professionnel, familial, genre, origine ethnique, etc...). Comme l’écrit D. Rowe¹⁸ : “*In the final analysis, power is the right to have your own definition of reality prevail over all other people’s definition of reality. Military forces, police, weapons, prisons, abuse, instructions, laws, rituals and such like are simply the tools by which one definition of reality can be made to prevail over others. Many people who wish to impose their definition of reality would then deny that they are involved in gaining power. They would say that because of their greater knowledge, wisdom, training and ex-*

16. Contrairement à ce que pensait le MG, reconnaître ces relations de pouvoir n’est pas antidémocratique et ne remet pas en cause des idéaux d’égalité et de liberté : au contraire, cela me semble essentiel pour reconnaître les responsabilités associées au statut de chacun d’entre nous.

17. Et le rôle de médecin ne met pas à l’abri de cette caractéristique humaine, même si les médecins sont les premiers à la repérer chez leurs patients.

18. Avant-Propos, “*Against therapy*” de Jeffrey Moussaieff Masson

perience they know what is best. The most dangerous people in the world are those who believe that they know what is best for others. People who believe that they know what is best for other people are denying other people's truths. Whenever our own truth is denied, ignored or invalidated we experience the greatest fear we can ever know : the threat of annihilation of our self. (...) The risk run by every doctor is that, when patients feel their self is threatened and there is no escape, they will perform the only act of self determination they feel is left to them. They will kill themselves".

Comment parler de collaboration, d'égalité entre deux êtres humains quand on a l'impression que la parole d'un patient doit être validée par un professionnel avant d'être entendue par les médecins¹⁹ ?

Les effets iatrogènes d'une psychothérapie menée dans la cadre de la Médecine Générale peuvent ainsi se révéler d'autant plus dévastateurs, que les relations de pouvoir et de dépendance avec le médecin de famille sont multiples.

Quand j'ai réalisé que jamais ce médecin, tellement sûr de lui, convaincu que ses bonnes intentions le préservait de toute erreur²⁰, n'envisagerait l'ombre de l'éventualité d'une erreur (quelque chose qu'il n'aurait pas du faire et qu'il regrettait) dans sa prise en charge, je me suis dit : mais alors cela peut se reproduire tranquillement encore et encore sans que cela ne dérange personne²¹ ? Cette idée me révoltait, m'était insupportable.

Comme ces effets "non désirés" dans le domaine "artistique" des psychothérapies en médecine générale [Bogaert, 2011] m'ont semblé ignorés, je me permets par cette lettre d'encourager leur évocation dans toute formation portant sur l'erreur médicale ou sur la prise en charge psychologique. Un médecin mieux formé sera peut-être plus lucide et les soignants consultés en second lieu moins démunis face à ce type d'erreurs.

Je ne me fais pourtant pas d'illusion : du point de vue du médecin, l'évocation de cette erreur ne répond qu'à un souci éthique car les conséquences fâcheuses pour lui sont bien peu probables. Mais si ce témoignage pouvait aider à améliorer une pratique médicale et éviter

19. C'est aussi l'impression, peut-être erronée, que m'a laissée la présentation du témoignage de Juliette Stoupy [Stoupy and Bogaert, 2012].

20. Peu importaient les événements ayant lieu dans la relation psychothérapeutique, la seule chose qui comptait pour lui était que je ne remettais pas en cause ses bonnes intentions (voir p.2) : "Pensez-vous vraiment que je sois la cause de votre souffrance ? moi je ne le crois pas. Vous dites que je vous ai manipulé... **Quel bénéfice aurai-je obtenu ?**" ou "Il y a d'autres questions pour lesquelles je n'ai pas encore de réponse, dont celle que j'ai posée hier : **pour quel bénéfice vous aurai-je manipulé selon vous ?**" Aurait-il posé les mêmes questions s'il s'était trompé de médicament ?

21. D'autre que le patient bien sûr.

certaines souffrances évitables, **en particulier à des patients encore plus vulnérables que moi, dont la souffrance est autrement plus profonde que la mienne et qui ne prennent pas la parole**, cela aura justifié que je partage une expérience dont je préférerais ne plus avoir besoin de parler.

Références

- [Banja, 2005] Banja, J. (2005). Medical Errors and Medical Narcissism. Jones & Bartlett Learning.
- [Bogaert, 2011] Bogaert, E. (Octobre 2011). Formation et psychothérapie. Pratiques, 55 :76-77.
- [Galam, 2011] Galam, E. (Octobre 2011). Enseigner l'erreur médicale. Pratiques, 55 :41.
- [Galam, 2012a] Galam, E. (Octobre 2012a). Annoncer un dommage : pas si simple. Pratiques, 59 :67-69.
- [Galam, 2012b] Galam, E. (Octobre 2012b). De la seconde victime au premier acteur. Pratiques, 59 :30-31.
- [Maurel-Arrighi, 2004] Maurel-Arrighi, E. (Juillet 2004). Résonances. Pratiques, 26 :12-13.
- [Pratiques, 2012] Pratiques, R. (Octobre 2012). Dossier : L'erreur en médecine (n°59). Les cahiers de la médecine utopique.
- [Schmitt, 2012a] Schmitt, E. (Octobre 2012a). Les soignants et l'aptitude réflexive. Pratiques, 59 :64-66.
- [Schmitt, 2012b] Schmitt, E. (Octobre 2012b). Qu'entend-on par erreur médicale ? Pratiques, 59 :12-13.
- [Stoupy and Bogaert, 2012] Stoupy, J. and Bogaert, E. (Octobre 2012). Faute de culture. Pratiques, 59 :36-37.
- [Vollaire, 2012] Vollaire, C. (Octobre 2012). La fabrique de l'erreur. Pratiques, 59 :46-47.
- [Winckler, 2011] Winckler, M. (Novembre 2011). Les médecins maltraitants, 8e épisode. [url="http://martinwinckler.com/article.php?id_article=1076"](http://martinwinckler.com/article.php?id_article=1076).