



PERCEPTIONS HOSPITALIÈRES, STRATÉGIES DE COPING ET DISSONANCE COGNITIVE CHEZ LES VICTIMES D'ERREURS MÉDICALES A YAOUNDE: UNE ANALYSE QUALITATIVE APPROFONDIE

Liénoy Gayap Ghislaine

Université de Yaoundé I

Noumbissie Claude Désiré

Université de Yaoundé I

Ebale Moneze Chandel

Université de Yaoundé I

Résumé

Cette étude analyse l'influence des perceptions de l'environnement hospitalier sur les stratégies de coping mobilisées par les patients victimes d'erreurs médicales dans les hôpitaux publics camerounais. Elle part du constat selon lequel les erreurs médicales ne conduisent pas systématiquement à une rupture du parcours de soins, mais donnent lieu à une diversité de réactions chez les patients et leurs familles, allant d'une méfiance et d'un retrait du système public à la préservation du lien thérapeutique avec l'établissement ou le soignant impliqué. L'enquête repose sur 138 entretiens semi-directifs portant sur des erreurs médicales confirmées ou fortement suspectées. L'analyse thématique révèle que les perceptions hospitalières façonnent les réactions émotionnelles et cognitives des patients face aux dommages subis. Des perceptions positives de l'institution tendent à favoriser l'élaboration des stratégies de coping majoritairement défensives. Ces stratégies comprennent la minimisation, la justification, la trivialisation, le déni partiel et la

préservation de l'image de l'hôpital. L'adoption de ces stratégies défensives sert de mécanisme de réduction de la dissonance cognitive et de gestion de la confiance aux soignants et à l'institution. À l'inverse, lorsque les perceptions de l'environnement sont négatives ou se dégradent, les stratégies centrées sur le problème émergent davantage. Ces stratégies actives incluent la recherche d'informations, la confrontation, la réclamation formelle ou la remise en question du système. Les résultats montrent qu'un environnement hospitalier perçu comme sain et bienveillant contribue à soutenir la régulation émotionnelle des patients victimes d'erreurs médicales. En éclairant les mécanismes psychosociaux qui conduisent à la sous-déclaration de ces événements, l'étude souligne l'importance d'améliorer la communication, la transparence et l'écoute institutionnelle au sein des hôpitaux.

Mots clés : perceptions hospitalières ; erreur médicale ; stratégies de coping ; dissonance cognitive.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.19233961>

ABSTRACT

This study analyzes the influence of perceptions of the hospital environment on the coping strategies employed by patients who are victims of medical errors in Cameroonian public hospitals. It begins with the observation that medical errors do not systematically lead to a disruption of the care pathway, but rather elicit a range of reactions from patients and their families, from mistrust and withdrawal from the public system to the preservation of the therapeutic relationship with the institution or healthcare professional involved. The study is based on 138 semi-structured interviews focusing on confirmed or strongly suspected medical errors. Thematic analysis reveals that hospital perceptions shape patients' emotional and cognitive reactions to the harm suffered. Positive perceptions of the institution tend to encourage the development of predominantly defensive coping strategies. These strategies include minimization, justification, trivialization, partial denial, and preserving the hospital's image. Adopting these defensive strategies serves as a mechanism for reducing cognitive dissonance and managing trust in healthcare professionals and the institution. Conversely, when perceptions of the environment are negative or worsen, problem-focused strategies emerge more frequently. These active strategies include information seeking, confrontation, formal complaints, and questioning the system. The results show that a hospital environment perceived as healthy and

supportive helps to support the emotional regulation of patients who have experienced medical errors. By shedding light on the psychosocial mechanisms that lead to the underreporting of these events, the study highlights the importance of improving communication, transparency, and institutional listening within hospitals.

Keywords : hospital perceptions; medical error; coping strategies; cognitive dissonance.

1. Introduction

Les erreurs médicales constituent un défi majeur pour la sécurité des patients et la restauration de la confiance dans les systèmes de santé (Institute of Medicine, 2000; Reason, 2000). Dans les contextes à ressources limitées, à l'instar du Cameroun, la fréquence et l'impact des événements indésirables sont souvent accentués par des contraintes organisationnelles, des ressources humaines limitées et des processus de communication insuffisants (Vincent, 2010; World Health Organization, 2019). Le plus souvent, l'annonce d'une erreur médicale est une situation à haute charge émotionnelle susceptible de produire une dissonance cognitive chez le patient: la réalité perçue contredit des représentations antérieures de compétence, sécurité et bienveillance (Festinger, 1957).

La littérature sur la question montre que les perceptions hospitalières (évaluations globales du cadre de soin, du personnel et des pratiques relationnelles), modulent fortement l'expérience du patient (Ulrich, R. et al. (2008); Epstein & Street, 2011). Cependant, peu d'études en Afrique centrale se sont penchées sur la manière dont les perceptions orientent les réponses psychologiques des victimes d'erreurs médicales.

Les perceptions hospitalières, il faut le préciser, façonnent profondément la manière dont les patients interprètent, vivent et gèrent psychologiquement une erreur médicale. Ces perceptions renvoient à l'ensemble des représentations, interprétations, impressions et jugements qu'un individu élabore à partir de son expérience du milieu hospitalier, incluant la qualité de la communication, l'attitude du personnel, l'accessibilité de l'information, l'organisation interne, l'environnement matériel ou encore la disponibilité des ressources (Drach-Zahavy & Pud, 2010). Dans le cadre des erreurs médicales, ces dimensions perceptives jouent un rôle fondamental dans la mesure où elles influencent non seulement la signification psychologique attribuée à

l'événement, mais également le choix des stratégies de coping mobilisées pour réduire l'inconfort émotionnel issu de la dissonance cognitive (Festinger, 1957).

Dans la perspective de la psychologie sociale du travail et des organisations, la perception ne constitue pas un simple miroir passif du réel, mais un processus actif de construction cognitive, affective et évaluative, dans lequel le patient attribue du sens aux symboles, interactions et signaux issus du milieu hospitalier (Weiss & Cropanzano, 1996; Damasio, 2018). Or, l'environnement hospitalier est par définition un environnement social « intensif », où circulent des enjeux de compétence, de vulnérabilité, de pouvoir et de confiance (Fox, 2016). Dans ce contexte, la perception hospitalière se forme à partir de modalités multiples : le cadre physique (bruit, propreté, espace, équipement), le cadre relationnel (communication, attention, écoute), le cadre informationnel (explications, clarté, transparence), et le cadre moral ou institutionnel (justice, équité, respect, reconnaissance) (Luxford, Safran & Delbanco, 2011; Reay et al (2019). Chacune de ces modalités peut contribuer à créer une perception globale plus ou moins favorable de l'hôpital en tant que « milieu de soins » et donc influencer les réactions psychologiques en cas d'incident médical.

Notons cependant que cette perception hospitalière possède une propriété importante : elle est susceptible de prendre une valence positive ou négative selon l'intégration subjective des signaux environnementaux. Une perception positive apparaît lorsque le patient infère que l'hôpital est un espace maîtrisé, ordonné, orienté vers le bien, humainement attentif et techniquement compétent. Ce type d'évaluation stimule la confiance, réduit l'incertitude, et améliore la capacité à tolérer la douleur, l'attente ou les décisions thérapeutiques (Vincent & Amalberti, 2016). A contrario, une perception négative émerge lorsque l'environnement renvoie des signaux de négligence, de désorganisation, de froideur relationnelle ou de violence symbolique (ex : absence d'écoute, infantilisation, opacité, brusquerie). Cette valence négative accroît la menace perçue, augmente le stress transactionnel (Lazarus & Folkman, 1984) et fragilise le sentiment de contrôle, facteur majeur en santé (Thompson, 2022). Il est bien de préciser que la notion de valence perceptive s'impose ainsi comme un opérateur essentiel dans la dynamique des réactions émotionnelles face aux erreurs médicales : en d'autres termes, la même erreur objective n'a pas le même impact psychologique selon la valence perceptive du milieu hospitalier dans lequel elle se produit.

De manière générale, lorsqu'une erreur médicale survient, l'individu se retrouve confronté à une rupture cognitive et morale. Sur le plan cognitif, l'erreur contredit l'attente normative selon laquelle le soin est orienté vers la protection, la compétence et la réparation. Sur le plan moral, elle menace la représentation du médecin comme figure de fiabilité et de bienveillance (Freidson, 2001). Cette rupture est propice à l'émergence d'un état de dissonance cognitive, au sens de Festinger (1957), actualisé dans les travaux contemporains sur la dissonance en santé (Harmon-Jones & Harmon-Jones, 2019). La dissonance apparaît ici comme l'inconfort dérivant du conflit entre la croyance initiale (« le médecin est compétent et agit pour mon bien ») et la nouvelle information (« une erreur m'a fait du mal »). La perception hospitalière joue un rôle modérateur fondamental dans cette dynamique. Une perception positive préexistante rend l'événement dissonant « négociable » : le patient peut attribuer l'erreur à un accident technique ou à la complexité du cas, réduisant ainsi la charge émotionnelle. À l'inverse, une perception négative prédispose à amplifier la dissonance : l'erreur devient le symptôme d'un système froid, incompétent ou injuste, ce qui renforce l'état de menace identitaire et morale.

À ce stade, la perception hospitalière se transforme en mécanisme de défense cognitive et émotionnelle. En effet, l'individu mobilise ses représentations du milieu hospitalier pour protéger son intégrité psychologique, dans une logique de « self-protection » (Sedikides & Alicke, 2019). Lorsque la valence perceptive est positive, le milieu hospitalier sert de « ressource cognitive » permettant de réinterpréter l'erreur sous un angle moins catastrophique. Lorsque la valence est négative, il se transforme en « ressource justificatrice » qui permet au patient d'externaliser la faute et de préserver son image de soi, mais au prix d'un conflit social avec l'institution. Dans les deux cas, les perceptions deviennent fonctionnelles : elles sont mobilisées pour réduire l'inconfort dissonant et maintenir un certain niveau de stabilité émotionnelle.

Les stratégies de réduction de cette dissonance s'inscrivent dans le registre plus large du coping. Selon Lazarus & Folkman (1984), le coping renvoie à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés pour gérer les exigences internes ou externes évaluées comme stressantes. Dans le contexte des erreurs médicales, les stratégies de coping peuvent être orientées vers le problème (e.g., demander des explications, exiger réparation, chercher un second avis) ou orientées vers l'émotion (e.g., minimiser l'événement, rationaliser, se résigner, se distancier). Les recherches récentes montrent que les patients soumis à un environnement hospitalier perçu comme

compétent et empathique privilégie davantage des stratégies orientées problème, car ils estiment le milieu « réparable », négociable et ouvert au dialogue (Vincent et al., 2017; Bell et al., 2019). Au contraire, une perception négative favorise les stratégies émotionnelles défensives, souvent mêlées de ressentiment, de retrait ou de rumination (Nogueira et al., 2022). Ces stratégies, bien que protectrices à court terme, entretiennent parfois des processus de victimisation durable et de méfiance institutionnelle.

Au-delà du coping, l'un des enjeux les plus sensibles concerne la stabilité émotionnelle post-événement. En effet, l'erreur médicale ne produit pas seulement un dommage corporel ; elle induit une réaction émotionnelle qui peut aller du choc à l'angoisse, de la colère à la honte, du doute à la résignation. Les travaux sur le trauma non intentionnel en milieu médical (Wu, 2020; O'Connor et al., 2021) montrent que le vécu émotionnel dépend largement de la perception des acteurs et du milieu au moment de l'erreur. Lorsqu'un environnement positif réduit la dissonance, l'état émotionnel reste globalement stable : le patient peut maintenir une narration cohérente de l'événement, il intègre l'erreur dans un schéma de complexité et non d'injustice. À l'inverse, lorsque la perception est négative, la dissonance intensifie l'instabilité émotionnelle. Le patient peine à « ranger l'événement » dans un schéma explicatif supportable, ce qui peut déboucher sur une colère persistante, un sentiment de trahison morale, voire une forme de stress post-événementiel, attesté dans plusieurs travaux récents sur les « patients second victims » (Carr & Hollander, 2023).

Finalement, percevoir positivement ou négativement l'hôpital revient à construire un cadre cognitif et affectif qui conditionne non seulement la compréhension de l'erreur, mais également le type de stratégie mobilisée pour réduire la dissonance et restaurer la stabilité émotionnelle. L'environnement hospitalier n'est donc pas un simple « décor » du soin; il est un opérateur psychologique, un médiateur transactionnel entre l'événement, le sens et l'émotion. Sous cet angle, la perception hospitalière constitue l'un des déterminants majeurs de l'élaboration subjective des erreurs médicales et, par extension, des trajectoires de coping que les patients adoptent pour faire face à cette rupture de la relation de soin.

L'objectif de cette étude est double: (1) comprendre en profondeur les liens entre perceptions hospitalières et stratégies de coping post-erreur, et (2) documenter, par verbatims, la manière dont ces dynamiques se manifestent chez les patients camerounais.

2. METHODOLOGIE ET ASSISE THEORIQUE DES HYPOTHESES

Il apparaît pertinent dans notre travail, de formuler des hypothèses de recherche appuyées sur l'état actuel de la littérature, et qui précisent la manière dont les perceptions hospitalières, en tant que construits cognitifs, influencent les stratégies de coping et contribuent à la régulation de la dissonance cognitive face aux erreurs médicales.

Les recherches en psychologie sociale et organisationnelle soulignent que la perception d'un environnement de soin, tant sur ses dimensions physiques et humaines que sur ses dimensions communicationnelles et relationnelles, constitue un facteur central dans la manière dont les patients évaluent, interprètent et réagissent aux incidents médicaux (Ulrich et al., 2008 ; Epstein & Street, 2011). Une perception positive de l'environnement hospitalier peut agir comme un tampon psychologique, permettant de protéger les représentations valorisées de l'institution et d'atténuer l'inconfort émotionnel lié à l'annonce d'une erreur. En revanche, une perception moins favorable ou négative peut amplifier la dissonance cognitive et influencer la mobilisation de stratégies d'adaptation.

À partir de ces considérations théoriques et empiriques, les hypothèses de recherche suivantes avec leurs variables ont été élaborées :

- **HR1** : Les patients ayant une perception positive de l'environnement physique et humain adoptent majoritairement des stratégies de coping défensives après l'annonce d'une erreur.

Variable Dépendante (VI) : Stratégies de coping défensives

Variable Indépendante (VD): Perception de l'environnement physique et humain

- **HR2** : Les patients ayant une perception positive de l'environnement communicationnel et relationnel adoptent également des stratégies de coping défensives.

Variable Dépendante (VI) : Stratégies de coping défensives

Variable Indépendante (VD): Perception de l'environnement communicationnel et relationnel

Ces hypothèses s'appuient sur le cadre conceptuel de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) et du modèle transactionnel du stress et du coping (Lazarus & Folkman, 1984), tout en intégrant les données récentes sur l'importance de la communication et de la qualité de l'environnement hospitalier dans la régulation émotionnelle des patients (Mazor et al., 2013 ; Voisin et al., 2013).

Elles visent à explorer comment les perceptions positives agissent comme des ressources cognitives et émotionnelles permettant de maintenir la stabilité psychologique face à un événement médical potentiellement traumatique.

L'hypothèse HR1 repose sur l'idée que la perception que le patient a du milieu hospitalier, notamment des dimensions physiques et humaines, conditionne fortement la manière dont il va gérer psychologiquement l'annonce d'une erreur médicale. La perception positive de l'environnement physique inclut des éléments tels que la propreté, la disponibilité des équipements, la sécurité des installations, la fluidité des parcours de soins, mais aussi l'organisation générale de l'hôpital (Ulrich et al., 2008; Joseph et al., 2015). Ces composantes créent chez le patient un sentiment de maîtrise et de prévisibilité de son environnement, qui est central pour la régulation du stress. Sur le plan humain, la perception positive inclut la disponibilité, la compétence, l'empathie et l'attention du personnel soignant (Epstein & Street, 2011; Mazor et al., 2013). Lorsque le patient estime que les soignants sont compétents et attentionnés, il est enclin à minimiser les impacts émotionnels d'une erreur, car la confiance initiale dans le système agit comme un tampon psychologique.

Selon le modèle de dissonance cognitive de Festinger (1957), tout événement qui contredit les croyances ou attentes antérieures (ici la croyance en la compétence et en la bienveillance du personnel médical), engendre un inconfort psychologique que le sujet cherche à réduire. Lorsqu'un patient entretient une perception positive de l'environnement hospitalier, il possède un capital de confiance et de représentations valorisantes de l'institution. Dans ce contexte, l'adoption de stratégies de coping défensives apparaît comme un moyen privilégié de préserver ces représentations. Ces stratégies incluent la minimisation de l'erreur, le déni partiel, la justification de l'acte du personnel et la rationalisation protectrice (Voisin et al., 2013; Priolo & Fointiat, 2006). L'objectif cognitif et émotionnel est clair : maintenir l'image positive du système hospitalier tout en réduisant la tension affective associée à l'inconfort dissonant.

Empiriquement, plusieurs travaux soutiennent ce lien entre environnement physique/humain perçu positivement et coping défensif. Ulrich et al. (2008) ont montré que la qualité de l'environnement physique des hôpitaux, notamment la lumière, le confort, et la propreté, réduit le stress et favorise une perception sécurisante des soins. Cette perception sécurisante, lorsqu'elle est confrontée à une erreur médicale, tend à orienter le patient vers des stratégies de défense

psychologique plutôt que vers une remise en question radicale. De même, Mazor et al. (2013) démontrent que l'empathie et la disponibilité du personnel sont corrélées à la tolérance des erreurs et à la capacité des patients à rationaliser l'événement sans rompre le lien thérapeutique. Le patient, grâce à une perception positive initiale, mobilise donc l'environnement comme ressource de protection émotionnelle et cognitive, réduisant la charge de stress et permettant de maintenir la relation de soin. Cette approche s'inscrit également dans la logique du modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984), où la perception d'un environnement maîtrisable et sûr influence le type de stratégies d'adaptation mobilisées.

L'hypothèse HR2 étend l'analyse aux dimensions relationnelles et communicationnelles de l'environnement hospitalier. La communication entre médecin et patient est un facteur critique dans la perception de la qualité des soins et dans la régulation émotionnelle. La littérature montre que la transparence, l'honnêteté, la clarté des explications et l'écoute empathique contribuent à renforcer la confiance du patient et à réduire l'impact émotionnel négatif des incidents médicaux (Epstein & Street, 2011; Mazor et al., 2013; Gallagher et al., 2007). Lorsqu'un patient entretient une perception positive de ces dimensions (c'est-à-dire qu'il estime que le personnel est accessible, explicatif et attentif à ses besoins), il est mieux préparé à faire face à l'annonce d'une erreur sans que celle-ci provoque un effondrement émotionnel.

La théorie de la dissonance cognitive fournit ici un cadre explicatif pertinent. La valeur positive de la perception communicationnelle agit comme un tampon cognitif : le patient conserve l'idée que l'institution et le personnel restent compétents et dignes de confiance, malgré la survenue de l'erreur (Festinger, 1957). Cette préservation de croyances valorisées incite à l'adoption de stratégies de coping défensives similaires à celles décrites dans HR1 : rationalisation, justification, minimisation de la gravité ou maintien d'une interprétation positive de l'intention du soignant (Beauvois & Joule, 1996; Steele, 1988; Voisin et al., 2013). La dynamique est cohérente avec le concept de cognition additive, selon lequel de nouvelles cognitions positives (ici la perception de communication empathique), viennent atténuer l'inconfort généré par la dissonance initiale (Steele, 1988).

Des travaux empiriques vont dans le sens de ce raisonnement. Parmi ces travaux, Epstein et Street (2011) montrent que la communication empathique réduit significativement l'anxiété et le stress post-erreur, permettant au patient de rester engagé dans la relation de soin. Mazor et al.

(2013) soulignent également que les patients qui perçoivent le personnel comme transparent et honnête adoptent moins souvent des stratégies orientées problème radicales (réclamations, confrontation) et privilégient des stratégies défensives, visant à protéger leur équilibre émotionnel et la relation de confiance. Par ailleurs, Gallagher et al. (2007) indiquent que l'annonce empathique d'une erreur favorise l'acceptation et la rationalisation constructive, mais qu'elle mobilise aussi des mécanismes défensifs pour préserver la cohérence cognitive.

La dimension relationnelle et communicationnelle interagit également avec l'environnement physique et humain, amplifiant les effets protecteurs. Un environnement globalement positif (bien équipé, propre, avec un personnel compétent et empathique), augmente la probabilité que l'individu interprète l'erreur comme un incident isolé et non comme une défaillance systémique. Ainsi, les perceptions hospitalières positives deviennent de véritables défenseurs de soi sur le plan cognitif et émotionnel : elles permettent au patient de maintenir l'estime de soi, la confiance envers le système et la stabilité émotionnelle, tout en réduisant l'activation du stress transactionnel (Lazarus & Folkman, 1984; Weiss & Cropanzano, 1996).

Inversement, l'absence de perceptions positives, voire la présence de perceptions négatives, entraîne souvent l'adoption de stratégies plus orientées vers le problème ou vers la confrontation. Les patients peuvent alors remettre en cause le personnel, engager des recours légaux ou interrompre le suivi médical, ce qui accroît le stress émotionnel et la dissonance cognitive. La valence de la perception hospitalière apparaît donc comme un déterminant clé non seulement du type de coping mobilisé, mais aussi de l'impact émotionnel ressenti après une erreur médicale. Les stratégies défensives favorisent la préservation de la stabilité émotionnelle, tandis que les stratégies orientées problème, mobilisées en contexte négatif, peuvent amplifier l'inconfort cognitif et affectif.

Ces hypothèses sont étayées par des travaux récents sur les « second victims » et la sécurité des patients. Wu (2020) et Carr & Hollander (2023) montrent que la perception de l'environnement hospitalier conditionne la réaction émotionnelle et la récupération psychologique des patients victimes d'erreurs. Les environnements perçus positivement favorisent des stratégies protectrices, qui limitent le traumatisme psychologique et maintiennent la relation thérapeutique, alors que les perceptions négatives exposent à un risque accru de détresse, de désengagement et de méfiance institutionnelle.

Ainsi, HR1 et HR2 sont appuyées par une convergence de théories et de données empiriques: la valeur positive des perceptions hospitalières (qu'elles soient physiques, humaines, relationnelles ou communicationnelles), favorise l'activation de stratégies de coping défensives. Ces stratégies agissent comme des régulateurs de la dissonance cognitive et de la tension émotionnelle, permettant au patient de conserver une représentation valorisée du système de soin et de maintenir la stabilité psychique. La littérature contemporaine fournit un socle solide pour examiner ces relations dans le contexte camerounais, où les défis organisationnels et structurels accentuent l'importance des perceptions hospitalières comme facteurs modérateurs de l'expérience post-erreur.

Afin de mener notre recherche, la méthode retenue a reposé sur une étude qualitative exploratoire à visée compréhensive, fondée sur des entretiens semi-directifs et une analyse thématique inductive qui a favorisé une compréhension profonde et nuancée des expériences subjectives et permis de découvrir des phénomènes inattendus, non envisagés dans la littérature ou la théorie.

La population d'étude était constituée de 400 patients issus de trois hôpitaux publics de Yaoundé: le CHU, l'Hôpital Central et un hôpital de district. La nature délicate et sensible du thème de la recherche, portant sur les erreurs médicales, n'a pas permis de réaliser des entretiens auprès de l'ensemble de notre population cible initialement estimée à 400 personnes. Les erreurs médicales constituent un sujet fortement chargé sur le plan émotionnel, éthique et social, dans la mesure où elles touchent à la vulnérabilité des individus, à la confiance dans le système de soins et à la question de la responsabilité professionnelle. Plusieurs victimes ont exprimé une réticence à participer par crainte de revivre un événement douloureux, par souci de confidentialité ou par peur de possibles représailles institutionnelles. D'autres ont préféré éviter de s'exposer publiquement ou de remettre en cause la compétence des professionnels impliqués. À ces facteurs s'ajoutent des considérations juridiques, notamment lorsque les cas d'erreurs médicales font ou ont fait l'objet de procédures contentieuses, situation qui incite les personnes concernées à adopter une attitude prudente. Ainsi, malgré une sélection initiale plus large, seuls 138 participants ont été retenus pour contribuer à notre étude, ce qui nous a néanmoins produit des résultats significatifs et cohérents au regard du caractère qualitatif et exploratoire de notre démarche.

Nous avons ainsi utilisé un échantillonnage raisonné complété par des quotas (sexe, tranche d'âge, type d'hôpital) pour assurer une diversité sociodémographique et contextuelle.

Les entretiens ont été réalisés entre Janvier et Juin 2025 dans trois hôpitaux publics de Yaoundé: le CHU, l'Hôpital Central et un hôpital de district. Les participants (N = 138) ont été recrutés sur la base de critères d'inclusion: âge ≥ 18 ans, avoir été informé d'une erreur médicale (perçue ou avérée) au cours des 24 derniers mois, capacité à consentir et à participer à un entretien environ 45 minutes.

Le guide d'entretien semi-directif portait sur:

- * Le récit de l'événement (contexte, déroulé, conséquences).
- * Les perceptions antérieures et post-événement de l'hôpital (physique, humain, communicationnel).
- * Les émotions ressenties et les actions entreprises après l'annonce.
- * Les justifications, réinterprétations ou démarches entreprises (plaintes, demandes, acceptation).
- * Les attentes vis-à-vis du système et suggestions.

Des questions ouvertes permettaient d'approfondir les réponses: « Pouvez-vous me dire ce que vous avez pensé à ce moment? », « Qu'est-ce qui vous a amené à réagir ainsi? », « Avez-vous pensé porter plainte? Pourquoi? ».

La passation des entretiens a par ailleurs été marquée par plusieurs difficultés pratiques, méthodologiques et émotionnelles. Sur le plan logistique, la prise de contact avec les victimes s'est avérée complexe, les coordonnées étant souvent inexactes, obsolètes ou volontairement non communiquées. Les rendez-vous fixés ont fréquemment été reportés ou annulés, prolongeant la durée de la collecte des données. Sur le plan psychologique, certains participants manifestaient une forte charge émotionnelle au moment de relater l'incident, nécessitant une posture empathique, une temporalité flexible et, parfois, une interruption de l'entretien. Notons également que dans d'autres cas, les participants adoptaient une attitude de réserve ou de méfiance, ce qui rendait difficile l'obtention d'informations précises et contextualisées. De plus certains facteurs institutionnels ont rendu la tâche plus ardue dans la mesure où certaines structures hospitalières se montraient peu coopératives, limitant l'accès aux patients ou aux informations, tandis que le climat social et administratif entourant les erreurs médicales tendait à favoriser le silence plutôt

que la transparence. Ces obstacles ont exigé une adaptation permanente du dispositif d'enquête, ainsi qu'un investissement important en termes de temps, de médiation et de posture éthique.

Les entretiens ont donc été conduits en français et un protocole a été prévu pour orienter les participants présentant une forte détresse.

Les entretiens enregistrés ont été transcrits intégralement et anonymés. L'analyse suit la démarche de Braun & Clarke (2006): lecture active, codage initial inductif, recherche de thèmes, révision et définition des thèmes majeurs, production du récit analytique.

3. RÉSULTATS

L'analyse thématique a produit quatre thèmes principaux et plusieurs sous-thèmes. Nous présentons ici les thèmes centraux avec des verbatims significatifs (les noms sont pseudonymisés).

3.1 Thème 1: Perceptions positives de l'environnement hospitalier

Une large proportion des participants ($n \approx 82$) décrivent des perceptions positives de l'hôpital: propreté, matériel apparent en bon état, disponibilité d'un infirmier, accueil chaleureux. Ces éléments agissent comme des ressources symboliques conduisant à une interprétation atténuante de l'erreur. « Je voyais que tout était propre et bien rangé. Je me suis dit: si quelque chose arrive, ce n'est pas par négligence mais par accident. » (Femme, 34 ans, CHU). « L'infirmière revenait toujours pour vérifier. Je ne pouvais pas croire qu'ils m'auraient fait du mal volontairement. » (Homme, 47 ans, Hôpital central).

Ces perceptions favorisent une tendance à la minimisation de l'événement (« ce n'est pas si grave ») et à l'attribution externe ou situationnelle (« les conditions »), deux procédés défensifs classiques (Beauvois & Joule, 1996).

3.2 Thème 2: Confiance relationnelle et réception de l'annonce

Lorsque la communication est perçue comme honnête et empathique, les patients manifestent souvent une stratégie de coping défensive orientée vers la conservation du lien et la reconnaissance du geste humain. « Le médecin m'a expliqué calmement et a demandé pardon. Je me suis senti respecté; j'ai dit que c'était bon, on va passer à autre chose. » (Femme, 58 ans,

Hôpital de district) - « Il a pleuré presque avec moi. Comment pourrais-je leur en vouloir après ça ? » (Homme, 62 ans, CHU)

L'interprétation qui en découle révèle que l'empathie perçue réduit l'urgence à contester et facilite la justification morale du personnel (« il est humain »), une variante défensive qui protège la relation thérapeutique (Epstein & Street, 2011).

3.3 Thème 3: Stratégies non défensives: confrontation et recherche d'explication

Nos résultats montrent que environ 34 participants ont adopté des stratégies centrées sur le problème: exigence d'explications, démarches administratives, plaintes formelles. Ces participants décrivent souvent une perception initiale plus critique de l'hôpital ou une communication post-erreur considérée comme insuffisante. « Personne ne m'a dit pourquoi ça s'est passé. J'ai demandé le dossier, j'ai parlé à la direction. Ils n'ont pas répondu. Alors j'ai fait une plainte. » (Femme, 29 ans, Hôpital central). « Si j'avais senti que le médecin était honnête dès le départ, j'aurais peut-être accepté. Là j'ai senti qu'on me cachait des choses. » (Homme, 51 ans, CHU)

L'interprétation de ceci fait état de ce que à l'absence de soutien relationnel et d'explication déclenche une orientation vers le coping actif, visant à restaurer le contrôle et la justice procédurale (Lazarus & Folkman, 1984).

3.4 Thème 4: Mécanismes mixtes et temporalité : comment les stratégies évoluent

A ce niveau, les stratégies ne sont pas toujours exclusives : plusieurs participants décrivent une évolution séquentielle (défensif → non défensif ou inversement), révélant que les perceptions positives de l'environnement hospitalier ne jouent pas uniquement comme un facteur fixe, mais comme un modulateur dynamique du coping au fil du temps. Autrement dit, les victimes articulent progressivement différentes manières de gérer la dissonance cognitive, en ajustant leurs modes de pensée, leurs émotions et leurs attentes en fonction des interactions successives avec les soignants et des informations reçues.

Une temporalité en phases: de la protection de soi à la recherche de sens

Les entretiens montrent que les patients traversent généralement trois moments distincts: (1) un temps de sidération où dominent les stratégies défensives, (2) un temps de réévaluation où les

perceptions positives ou négatives de l'environnement hospitalier réorientent le coping, et (3) un temps d'intégration où les stratégies deviennent mixtes et plus nuancées.

Plusieurs patients décrivent une première phase dominée par le déni, la minimisation, ou l'idéalisme protecteur envers le personnel soignant: « Au départ, je me disais que ce n'était pas possible, pas ici. Ils sont tellement gentils que je pensais qu'ils ne pouvaient pas se tromper. »

Dans cette phase, les perceptions positives jouent un rôle tampon: elles permettent de maintenir une image cohérente des soignants, évitant ainsi une confrontation trop brutale avec la dissonance.

La deuxième phase correspond à une réévaluation cognitive, souvent déclenchée par un nouvel échange, une information contradictoire, ou un changement dans la prise en charge: « Quand j'ai vu que mon état ne s'améliorait pas et que personne ne m'expliquait clairement, j'ai commencé à me poser des questions. »

C'est à ce moment que certains patients basculent vers des stratégies plus centrées sur le problème, tandis que d'autres renforcent leurs stratégies défensives, en cherchant à protéger la relation de confiance initiale.

L'hybridation stratégique: combiner défense et résolution

Les données qualitatives montrent que de nombreux patients adoptent simultanément, ou en alternance, des stratégies défensives et non défensives. Cette combinaison témoigne d'une gestion complexe de la dissonance cognitive, où le besoin de préserver l'équilibre psychologique coexiste avec le besoin de comprendre ou de reprendre un certain contrôle.

Ainsi, un même patient peut successivement minimiser l'incident, chercher des explications rationnelles, puis poser des questions critiques: « J'essayais de rester calme, de me dire qu'ils savaient ce qu'ils faisaient... mais la nuit, je réfléchissais, je me demandais où ça avait dérapé. »

Cette hybridation stratégique correspond à ce que Lazarus et Folkman (1984) appellent un coping transactionnel, où les stratégies se modulent continuellement en fonction de l'évolution des perceptions et des interactions. Les perceptions positives jouent ici un rôle d'ancrage permettant de naviguer entre protection de soi et confrontation progressive du problème.

Les bascules défensif → non défensif: le rôle clé des interactions positives

Dans plusieurs témoignages, ce sont des actes communicationnels positifs qui déclenchent le passage d'une stratégie défensive vers une stratégie non défensive. Une explication claire, une attitude empathique ou une reconnaissance partielle de l'erreur réorientent le patient vers une attitude plus active.

« Quand enfin le médecin m'a expliqué calmement ce qui s'était passé, j'ai pu respirer.

C'est là que j'ai décidé de comprendre au lieu de juste me rassurer. »

Ce mouvement est documenté dans la littérature sur la transparence médicale (Gallagher et al., 2003 ; O'Connor et al., 2010), où l'annonce empathique constitue un moment pivot permettant soit une résolution de la dissonance, soit son exacerbation.

Les bascules non défensif → défensif: quand les perceptions positives protègent l'équilibre interne

Inversement, certains patients passent d'une attitude centrée sur le problème à une stratégie défensive, particulièrement lorsqu'ils perçoivent une menace émotionnelle ou relationnelle: « J'ai commencé à poser des questions... mais quand j'ai vu qu'ils prenaient ça mal, j'ai arrêté. Je me suis dit que ce n'était pas utile de me mettre en conflit avec eux. »

Ici, les perceptions positives de l'environnement relationnel incitent les patients à maintenir l'harmonie plutôt qu'à poursuivre une démarche analytique. Ce phénomène est cohérent avec les travaux de Fiscella et al. (2012) sur la préservation de la relation thérapeutique comme ressource émotionnelle.

Synthèse: la dynamique temporelle comme clé du coping

L'analyse des 138 entretiens montre que le coping n'est ni fixe ni immédiatement prévisible. Le passage d'un mode à l'autre dépend: - de la temporalité émotionnelle, - des interactions successives avec les soignants, - de la force des perceptions positives initiales, - de la cohérence ou incohérence des explications reçues, - et du besoin du patient de maintenir une identité stable.

Cette dynamique temporelle confirme que les perceptions positives jouent souvent un rôle de stabilisateur psychologique favorisant le recours aux stratégies défensives dans un premier temps, mais qu'elles peuvent aussi ouvrir la voie à une résolution plus constructive lorsque l'environnement relationnel demeure cohérent et soutenant.

La temporalité apparaît ainsi comme un cadre indispensable pour comprendre l'évolution du coping chez les victimes d'erreurs médicales: les stratégies ne s'opposent pas, elles se succèdent, se corrigent, se renforcent mutuellement, dans un processus adaptatif complexe.

3.5 Thème 5: Les limites des stratégies défensives: coûts psychiques et relationnels

Malgré leur fonction régulatrice immédiate, les stratégies défensives adoptées par des patients ayant au départ une perception positive de l'environnement hospitalier génèrent, à moyen terme, des coûts psychologiques, relationnels et parfois décisionnels. Les entretiens montrent que ces stratégies, bien qu'apaisantes dans l'immédiat, tendent à prolonger l'ambivalence, à réduire la capacité critique, voire à retarder l'accès aux mécanismes de réparation.

Plusieurs participants expriment que la confiance initiale accordée à l'institution hospitalière devient un « filtre protecteur » mais aussi un frein.

« J'avais tellement confiance en eux que je me disais : "Ils ont sûrement fait ce qu'il fallait". Mais au fond, je n'étais pas bien. Je justifiais tout pour ne pas accepter qu'une erreur avait été commise. » (Participant 44ans)

« Même quand les douleurs ont continué, je me disais que ce n'était pas la faute du médecin. Je m'accrochais à cette idée parce que sinon... ça devenait trop dur à gérer. » (Participant 49ans)

Ces témoignages rejoignent les analyses de Steele (1988) et de Cooper & Fazio (1984) selon lesquelles les modes de réduction défensifs (dénî, justification, trivialization) permettent d'éviter une menace identitaire immédiate, mais compromettent parfois la réévaluation lucide d'une situation problématique.

Les coûts psychiques

Les patients ayant mobilisé des stratégies défensives rapportent fréquemment: - une rumination prolongée, - une hésitation dans la prise de décision, - un décalage entre discours public et vécu intime, - une culpabilisation rétrospective (« J'aurais dû demander plus tôt »).

« Pendant des mois j'ai essayé de me convaincre que tout allait bien. Mais au fond, j'étais en colère et je ne savais pas contre qui. » (Participant 47ans)

Cette « tension silencieuse », décrite par plusieurs participants, illustre l'idée que la réduction défensive de la dissonance produit un soulagement superficiel mais ne résout pas le conflit cognitif (Harmon-Jones & Mills, 2019).

Les coûts relationnels

Les stratégies défensives, en éloignant le patient de la confrontation directe avec l'erreur, nuisent parfois à la relation soignant-soigné : - diminution de la confiance, mais non exprimée, - évitement du dialogue, - rupture discrète du suivi médical, - difficulté à demander des clarifications lors de consultations ultérieures.

« Je n'osais plus poser de questions. Je faisais comme si tout était normal, mais j'avais peur. » (Participant 25ans)

Ces dynamiques rejoignent les analyses de Vincent et al. (1994) soulignant que la non-reconnaissance explicite des erreurs détériore durablement la qualité relationnelle, même lorsque le patient maintient un discours de justification initial.

Le risque d'un maintien prolongé des stratégies défensives

Dans certains cas, les patients restent durablement dans: - le déni de responsabilité du médecin, - la justification du comportement des professionnels, - la survalorisation de l'hôpital, au détriment de la reconnaissance de leur propre souffrance.

« Je disais à tout le monde que c'était juste un malentendu. Mais à la maison, je n'arrivais même plus à dormir. » (Participant 59ans)

Ce type de décalage entre récit public et émotions privées illustre le phénomène de « dissonance résiduelle » (Stone & Cooper, 2003), montrant que certains conflits ne disparaissent pas mais restent latents tant qu'ils ne sont pas traités par un processus de coping plus introspectif.

4. ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Les résultats de cette étude qualitative permettent de mieux comprendre comment les perceptions positives de l'environnement hospitalier (qu'il s'agisse de l'environnement physique, humain, relationnel ou communicationnel) influencent le recours préférentiel à des stratégies de coping défensives chez les victimes d'erreurs médicales. Ils mettent en lumière une dynamique complexe liant perception hospitalière, vécus émotionnels et stratégies de coping. Contrairement à certaines approches cognitives classiques qui privilégient la rationalité (Lazarus & Folkman, 1984), les données recueillies ici montrent que les stratégies de coping ne sont pas uniquement déterminées par la sévérité objective de l'erreur mais par la signification subjective que le patient lui attribue.

Une perception positive de l'environnement hospitalier (qu'elle soit liée au personnel, à la communication ou à l'infrastructure), exerce un effet apaisant comparable à ce que Taylor (1983) décrit comme « illusions protectrices ». Ces perceptions n'éliminent pas la dissonance cognitive, mais elles en modèrent l'intensité, orientant les patients vers des formes défensives plus compatibles avec le maintien de la relation thérapeutique.

Inversement, les perceptions négatives observées dans d'autres parties de l'étude, bien que secondaires dans cette section, tendent à accentuer les stratégies centrées sur la confrontation, la dénonciation ou la recherche active de réparation. Elles confirment les travaux de Janoff-Bulman (1992) sur l'effondrement des croyances fondamentales en cas d'événement traumatique.

Les résultats confirment également la nature séquentielle des processus de coping: les patients oscillent entre modes défensifs et non défensifs selon la temporalité émotionnelle, la disponibilité de soutien social et la qualité ressentie de l'écoute médicale. Cette plasticité des stratégies rappelle la perspective transactionnelle de Folkman (2010), où le coping est conçu comme un processus continu, réévalué à chaque interaction.

À travers les 138 entretiens semi-directifs, il apparaît clairement que les patients dotés d'une confiance initiale élevée envers l'hôpital mobilisent spontanément des mécanismes visant à protéger cette perception plutôt qu'à s'attaquer directement au problème.

Ce constat confirme les propositions de Festinger (1957), selon lesquelles la dissonance est d'autant plus intense lorsque des cognitions fortement valorisées sont menacées. Il rejoint aussi les analyses de Steele (1988), qui montrent que la protection du soi, entendu ici comme la protection des croyances profondes relatives à l'hôpital, devient une priorité psychologique.

Défensif versus non défensif: une dynamique non linéaire

Nos résultats révèlent que les stratégies défensives ne sont pas systématiquement opposées aux stratégies non défensives: plusieurs participants décrivent une transition progressive. Un patient peut d'abord nier l'erreur, puis demander un dossier médical plusieurs mois après, ou inversement. Cette dimension séquentielle montre que le coping est un processus évolutif influencé par la temporalité, les interactions avec les soignants, les soutiens externes et les évolutions cliniques.

Ces observations nuancent le modèle exclusif proposé par Joule & Martinie (2008), et soutiennent plutôt les modèles mixte et hydraulique (Ansel & Girandola, 2004), selon lesquels plusieurs modes peuvent coexister ou se succéder lorsque l'un d'eux ne permet plus de réduire efficacement la dissonance.

Le paradoxe des perceptions positives

Les patients ayant une perception favorable de l'hôpital ne sont pas nécessairement protégés contre le malaise généré par l'erreur médicale. Au contraire, ces perceptions peuvent créer un conflit plus profond: - plus l'hôpital est perçu comme bienveillant ou compétent, - plus l'erreur devient difficile à intégrer cognitivement, - et plus les stratégies défensives deviennent probables.

Il s'agit d'un paradoxe psychosocial: ce qui protège la relation soignant-soigné en amont peut fragiliser le travail cognitif après une erreur.

Implications pratiques pour les institutions hospitalières

Les résultats de cette étude qualitative apportent plusieurs enseignements essentiels pour améliorer la prise en charge des victimes d'erreurs médicales au Cameroun. Premièrement, l'importance déterminante des perceptions positives (physiques, humaines, communicationnelles) invite les institutions à réinvestir les dimensions relationnelles du soin. Comme l'ont souligné des participants, « *si le personnel m'explique bien, je supporte mieux l'erreur* » ou « *quand on me traite avec respect, je ne veux pas me battre, je me calme* ». L'environnement humain constitue ainsi un levier majeur pour réduire les réactions défensives extrêmes.

Deuxièmement, la formation du personnel soignant devrait intégrer des modules approfondis de communication empathique, d'annonce de l'erreur et de gestion émotionnelle. Les résultats montrent que « *le ton employé* », « *la manière d'être approché* » ou « *le courage d'expliquer clairement* » influencent directement l'orientation vers des modes défensifs ou non défensifs.

Troisièmement, l'amélioration de l'environnement matériel et organisationnel contribue également à renforcer la confiance. Plusieurs victimes interrogées affirment que « *l'état de l'hôpital montre s'ils se soucient de nous* », ce qui modère leur interprétation négative de l'erreur lorsqu'elle survient.

Notre étude montre donc que les perceptions positives de l'hôpital ne sont pas un simple atténuateur des émotions négatives : elles constituent un véritable capital symbolique permettant au patient de reconstruire du sens malgré l'erreur médicale. Cette dimension ouvre des pistes prometteuses pour une approche plus humanisée et plus préventive des risques hospitaliers.

Implications cliniques et institutionnelles

Ces résultats suggèrent la nécessité : - d'améliorer la communication post-événement, notamment à travers des procédures d'annonce honnêtes et empathiques ; - de favoriser des dispositifs de soutien psychologique pour les patients, en particulier pour ceux qui manifestent un discours fortement justificatif ; - de former les professionnels de santé à reconnaître les indices de coping défensif chez les patients afin de mieux accompagner la reconstruction de la confiance.

La compréhension fine des perceptions hospitalières et des stratégies de coping permet de mieux appréhender la manière dont les patients vivent, interprètent et gèrent les erreurs médicales.

Les stratégies défensives, bien qu'elles apportent un soulagement immédiat, ne résolvent pas durablement la dissonance. Leur identification et leur accompagnement représentent donc un enjeu central pour améliorer la qualité de la relation soignant-soigné et le traitement des erreurs médicales dans les hôpitaux publics camerounais.

Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites méthodologiques. Elle repose sur des entretiens déclaratifs, ce qui expose à des biais de mémoire ou de désirabilité sociale. Certains participants, par exemple, ont pu minimiser leurs émotions négatives ou exagérer leurs perceptions positives pour paraître plus maîtrisés. De plus, bien que l'échantillon de 138 victimes permette une saturation thématique satisfaisante, il ne reflète pas nécessairement l'ensemble des expériences vécues dans tous les hôpitaux publics du pays, dont la diversité organisationnelle demeure importante.

La perspective culturaliste de la relation au soin (marquée par des rapports hiérarchiques forts au Cameroun) peut également influencer la tendance à des stratégies défensives (acquiescement, minimisation, acceptation stoïque) qui pourraient être interprétées différemment dans d'autres contextes culturels.

5. Conclusion

L'étude met en lumière le rôle décisif des perceptions positives dans l'orientation des stratégies de coping défensives chez les victimes d'erreurs médicales. Les résultats montrent que l'environnement hospitalier, qu'il s'agisse des dimensions physiques, humaines ou communicationnelles, constitue un cadre interprétatif essentiel dans lequel les patients donnent sens à l'événement traumatique. Lorsque l'hôpital est perçu comme bienveillant, structuré, propre, ou lorsque les soignants sont jugés respectueux et accessibles, les patients ont tendance à réinterpréter l'erreur non pas comme une agression ou une négligence, mais comme un incident malheureux inhérent à la complexité du soin. Ainsi, la perception positive agit comme un filtre cognitif facilitant l'adoption de stratégies défensives de réduction de la dissonance, telles que la minimisation, la justification morale du personnel ou l'exonération partielle des responsabilités.

Ces dynamiques psychologiques soulignent la nécessité d'intégrer les dimensions subjectives du soin dans les politiques publiques de gestion des risques et de sécurité des patients. Une amélioration des environnements hospitaliers ne constitue pas seulement un enjeu de confort ou

d'esthétique : elle influence profondément la manière dont les patients vivent, comprennent et émotionnellement métabolisent les événements indésirables. La qualité relationnelle, notamment l'écoute, la clarté de la communication, la transparence dans l'annonce des erreurs et la reconnaissance de la souffrance vécue, apparaît comme un levier majeur pour renforcer la confiance et prévenir les réactions défensives excessives ou les ruptures relationnelles.

En outre, les établissements doivent investir dans la valorisation des éléments positifs de l'environnement hospitalier, qui jouent un rôle central dans la régulation émotionnelle passive. L'amélioration de l'accueil, la propreté visible des locaux, la disponibilité du personnel et la courtoisie dans l'interaction renforcent la perception de compétence et d'attention. Ces éléments, bien que modestes en coût, agissent comme des leviers puissants de restauration de la confiance lorsqu'une erreur survient. Un patient qui perçoit son environnement comme bienveillant et organisé est plus enclin à surmonter le malaise lié à l'événement.

Au-delà de ces implications pratiques, l'étude invite également à repenser la place de la subjectivité dans les dispositifs de sécurité des soins. Dans les contextes africains, où les systèmes de santé sont souvent marqués par des contraintes structurelles, des inégalités d'accès et une faible culture de déclaration des erreurs, la compréhension des perceptions des patients est essentielle pour anticiper leurs réactions, adapter les stratégies de communication et réduire les tensions émotionnelles. Les résultats encouragent ainsi la poursuite des études qualitatives afin de mieux saisir la diversité des réponses affectives, la complexité des formes de coping et les effets des spécificités socioculturelles sur la gestion psychologique des erreurs médicales.

Selon nos résultats, la perception n'est pas un simple reflet du vécu hospitalier, mais un mécanisme actif de construction du sens qui structure les comportements adaptatifs des patients. Reconnaître cette dimension permet de bâtir une médecine plus humaine, plus sensible aux vécus émotionnels, et plus capable d'accompagner dignement les victimes d'événements indésirables.

Une des voies de recherche consisterait à étudier l'évolution du coping et de la régulation émotionnelle dans le temps, afin de mieux comprendre la dynamique psychologique des individus confrontés à l'erreur. A cet effet, des études longitudinales pourraient, par exemple, suivre les patients pendant plusieurs semaines ou mois après l'annonce d'une erreur médicale, pour observer la manière dont leurs émotions, leur confiance envers l'institution et leurs stratégies d'adaptation évoluent. Ce type de démarche permettrait de distinguer les effets

immédiats de l'environnement hospitalier (apaisement ou colère initiale) des effets différés (acceptation, résilience ou méfiance durable). De la même manière, dans un contexte organisationnel, suivre les salariés après un incident professionnel permettrait de mesurer la durabilité des effets du climat de travail, du soutien managérial et de la communication sur la restauration du bien-être émotionnel et la prévention de la dissonance cognitive persistante (Gross, 2015).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Baumeister, R. F. (1998). The self. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 680–740). McGraw-Hill.
- Beauvois, J.-L., & Joule, R.-V. (1996). *A radical dissonance theory*. Springer.
- Beauvois, J.-L., & Joule, R.-V. (1999). A radical view of human motivation and cognition: Learning and persuasion in the cases of dissonance and rationalization. *European Review of Social Psychology*, 10(1), 75–111.
- Bell, S. K., Hullick, C., O'Rourke, P., & Gallagher, T. H. (2019). Patient perspectives on the disclosure of medical errors: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 28(9), 777–786. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008382>
- Brehm, J. W. (1956). Postdecision changes in the desirability of alternatives. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52(3), 384–389.
- Breakwell, G. M. (2015). *Coping with threatened identities*. Psychology Press.

Carr, S., & Hollander, J. E. (2023). Second victims in healthcare: Emotional impact of medical errors on patients and families. *Journal of Patient Safety*, 19(1), 12–21.

<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001105>

Carr, S., & Hollander, M. (2023). Patient responses to medical errors: Emotional and cognitive pathways. *Journal of Patient Safety*, 19(2), 112–124.

Cialdini, R. (2009). *Influence: Science and practice* (5th ed.). Pearson Education.

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Sage.

Cooper, J. (2007). *Cognitive dissonance: Fifty years of a classic theory*. Sage.

Damasio, A. (2018). *The Strange Order of Things: Life, Feeling, and the Making of Cultures*. Pantheon Books.

Decety, J., & Cowell, J. M. (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 337–339. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.04.008>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). Sage.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). Patient-centered communication in cancer care. *National Cancer Institute*.

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

Fox, R. C. (2016). Medical uncertainty revisited. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(3), 259–272. <https://doi.org/10.1177/0022146516660174>

Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. University of Chicago Press.

Gallagher, T. H., Studdert, D. M., & Levinson, W. (2007). Disclosing harmful medical errors to patients. *New England Journal of Medicine*, 356(26), 2713–2719.

<https://doi.org/10.1056/NEJMsa067598>

Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Ebers, A. G., Fraser, V., & Levinson, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*, 289(8), 1001–1007.

<https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1001>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (pp. 189–212). Springer.

Harmon-Jones, E., & Harmon-Jones, C. (2019). Cognitive dissonance theory after 60 years of development. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 50(3), 101–116. <https://doi.org/10.1024/0044-3514/a000217>

Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). Routledge.

Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510–515. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>

Mazor, K. M., Simon, S. R., & Gurwitz, J. H. (2013). Communicating with patients about medical errors: A review of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 163(15), 1700–1707. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.15.1700>

Mazor, K. M., Simon, S. R., & Goff, S. L. (2013). Patient communication and satisfaction in adverse events. *BMJ Quality & Safety*, 22(3), 180–187. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000522>

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4th ed.). Sage.

Nogueira, C., Gomes, C., & Lopes, C. (2022). Emotional coping in healthcare: Patient responses to adverse events. *Journal of Health Psychology*, 27(5), 1145–1159. <https://doi.org/10.1177/13591053211020234>

O'Connor, P., O'Donnell, C., & Reeve, E. (2021). Emotional responses to medical error: Understanding patient and family reactions. *Patient Experience Journal*, 8(1), 28–42. <https://pxjournal.org/journal/vol8/iss1/5>

Perrot, J. (2017). Responsabilité médicale et erreurs de soins: enjeux et perspectives. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 33(2), 145–163.

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Reay, T., Goodrick, E., Waldron, T., & Casebeer, A. (2019). Getting levers in place: Hospitals as social arenas for managing patient experience and satisfaction. *Social Science & Medicine*, 220, 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.016>

Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379–399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>

Schütz, A. (1967). *The phenomenology of the social world*. Northwestern University Press.

Sedikides, C., & Alicke, M. D. (2019). Self-enhancement and self-protection: The intricate dynamics of self-esteem. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *APA Handbook of Personality and Social Psychology* (Vol. 3, pp. 43–69). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000167-003>

- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.
- Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 261–302.
- Strauss, A. L. (1993). *Continual permutations of action*. Aldine de Gruyter.
- Tefouet, O. (2021). Erreurs médicales et responsabilité professionnelle au Cameroun: enjeux et défis. *Revue Africaine de Droit et de Santé*, 12(1), 45–67.
- Thompson, B. L. (2022). Psychosocial stress and coping in health care: Implications for patient outcomes. *Health Psychology Review*, 16(1), 101–120.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1898301>
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124–1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
- Ulrich, R. S., Zimring, C., & Quan, X. (2008). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century. The Center for Health Design.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safety in healthcare: A multi-professional approach*. Springer.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (2017). Framework for analyzing risk and safety in clinical practice. *BMJ*, 320(7237), 745–749. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.745>
- Vincent, C., Young, M., & Phillips, A. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet*, 343(8913), 1609–1613.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)92504-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)92504-7)
- Voisin, C., Priolo, D., & Fointiat, V. (2013). Dissonance cognitive et coping défensif en situation professionnelle. *Revue de Psychologie Sociale*, 25(3), 341–362.
- Weiss, H. M., & Cropanzano, R. (1996). Affective events theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. *Research in Organizational Behavior*, 18, 1–74.

Wu, A. W. (2020). Medical error: The second victim. *BMJ*, 320(7237), 726–727.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>