

Concepts

Le terme de « seconde victime » a été introduit par Albert Wu [1] dans un éditorial du BMJ paru en 2000 : « *Quand j'étais interne, un autre résident n'avait pas identifié les signes électrocardiographiques d'une tamponnade péricardique qui a précipité le patient à la salle d'opération tard dans la nuit. Les nouvelles se sont diffusées rapidement et le cas a été traité à plusieurs reprises devant un jury incroyablement des pairs, qui ont porté un jugement d'incompétence. J'ai été consterné par le manque de sympathie et je me suis secrètement demandé si je pourrais avoir fait la même erreur et, comme le résident malchanceux, devenir la seconde victime de l'erreur* ».

Ce texte est largement inspiré de l'ouvrage « L'erreur médicale, le burnout et le soignant » paru en 2012 aux Éditions Springer.

Abstract: Medical error. From the second victim to the first actor

For the physician shaped by the "Primum non nocere", involvement in injury associated with the care is always painful, traumatic and widely stigmatized and sanctioned, making him the "second victim" of medical error. Beyond its direct consequences, the error has an impact in terms of changes in practices and professional distress (including fear of the complaint and the trial). The legal recourse to experts is legitimate but distorts the data if is not based on analysis by an expert practicing daily discipline of the physician in question. To err is human, its management also. Recognize it will allow the caregivers to become no longer second victims, but first players.

Key words: Medical Errors

Éric Galam

[merci de nous donner
une adresse postale]
eric.galam@univ-
paris-diderot.fr

Mots clés : erreurs
médicales

Erreur médicale

De la seconde victime au premier acteur

**Que les hommes et mes confrères m'accordent
leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;
Que je sois déshonoré(e) et méprisé(e)
si j'y manque¹.**

Encadré 1.

Histoire naturelle de l'erreur médicale en six stades

Scott *et al.* ont montré que l'événement était vécu comme altérant le cours de la vie et laissant une empreinte permanente sur les individus (les participants étant capables de fournir des détails méticuleux de l'événement, certains citant la date exacte plusieurs années après l'événement) [2]. Ils ont décrit une trajectoire en 6 stades dans le processus de rétablissement du professionnel de santé impliqué dans une erreur médicale à partir du moment où l'erreur est réalisée jusqu'à l'influence qu'elle a dans la vie professionnelle :

1. Chaos et réponse à l'accident.
2. Réflexions intrusives.
3. Restauration de l'intégrité personnelle.
4. Souffrance de l'inquisition.
5. Recherche du premier soutien émotionnel.
6. Dépassement avec trois possibilités : lâcher le métier ou changer de pratique ou de lieu, continuer en gardant une cicatrice ou s'en enrichir en tirant des enseignements.

Les médecins sont façonnés par l'adage *Primum non nocere*, avant tout ne pas nuire. Violant ce commandement, leur implication dans un dommage associé aux soins est toujours pénible et d'autant plus traumatisante qu'elle est aussi largement stigmatisée et sanctionnée par les représentants de l'ordre médical et social. Une *seconde victime* peut être définie comme : « *un soignant impliqué et traumatisé par un événement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable, qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales* » (encadré 1) [2].

1. Dernière phrase du serment d'Hippocrate.



Quels impacts sur les soignants et leurs pratiques ?

Différents registres et degrés d'impact sont possibles et plus ou moins simultanés. On peut ainsi décrire l'atteinte plus ou moins circonscrite, intense et prolongée 1) de certaines situations professionnelles (par exemple les enfants ou les douleurs abdominales ou encore les patients dépressifs, etc.), 2) des rapports du soignant à ses patients et à son exercice, 3) de la personne du soignant et sa vie privée. Publiée en 2010, une revue de littérature [3] visant à apprécier les effets psychologiques de l'implication des soignants dans une erreur médicale a été menée à partir de 23 études dont une précédente revue effectuée en octobre 2007. Les réactions rapportées par les individus impliqués dans une erreur étaient les suivantes :

- Une détresse émotionnelle avec honte, culpabilité, remords, crainte, panique, colère, choc et humiliation, doute sur soi-même, sentiment d'échec et d'incompétence, de dépression, perte de confiance et une modification du regard porté sur les patients et les collègues ont été fréquemment rapportés avec, souvent, des répercussions sur la vie privée.
- Dans le cadre professionnel, les effets négatifs ont été marqués par une atteinte à la réputation professionnelle, une méfiance, un détachement et une diminution de la bienveillance envers les patients. Certains auteurs ont décrit des effets positifs secondaires à l'erreur, même s'ils étaient souvent temporaires : par exemple, des changements de pratique personnelle, des actions correctrices dans les services ou des actions plus larges au niveau de l'hôpital.
- L'étude de Waterman *et al.* [4] auprès de 3 171 médecins internistes, pédiatres, généralistes et chirurgiens aux USA et au Canada, a montré chez les médecins impliqués dans un événement indésirable (EI), une anxiété accrue par rapport à d'éventuelles futures erreurs (61 %), un manque de confiance (44 %), des difficultés de sommeil (42 %), une diminution de l'accomplissement professionnel (42 %) ou une crainte pour la réputation (13 %). Même parmi ceux qui n'étaient impliqués que dans des « presque-accidents », un tiers ont dit être négativement affectés : augmentation de l'anxiété par rapport aux futures erreurs (51 %), perte de confiance professionnelle (31 %), baisse

de satisfaction professionnelle (32 %), manque de sommeil (34 %). Plus d'un tiers des médecins impliqués dans une erreur sans conséquence avaient la crainte de faire d'autres erreurs dans l'avenir, moins de confiance en eux et un retentissement sur leur accomplissement professionnel et leur sommeil. Près de la moitié des médecins ont rapporté que leur implication dans une erreur médicale avait augmenté le stress lié au travail.

- En France, un travail qualitatif [5] auprès de 15 généralistes maîtres de stage de la région Rhône-Alpes a exploré 66 situations d'EI ayant toutes eu un impact à la fois sur le médecin lui-même et sur sa pratique professionnelle. La durée des conséquences est plus liée à l'impact émotionnel sur le médecin qu'à la gravité des conséquences pour le patient.
- Toujours en France, Venus *et al.* [6] ont montré que 18 % des internes de médecine générale ont été très fortement marqués par leur erreur, 46 % fortement marqués, 29 % moyennement marqués, 5 % faiblement marqués et 2 % très faiblement marqués.
- Dans une étude de Wu *et al.* [7], ancienne mais rééditée en 2003, presque tous les résidents (98 %) ont rapporté un changement dans leur pratique en réponse à leurs erreurs. Le plus souvent, les changements consistaient à prêter plus d'attention aux détails (82 %), à confirmer personnellement les données cliniques (72 %), à demander des avis (62 %), à faire des demandes aux collègues (60 %) ou aux supérieurs (56 %), à lire (54 %), à rechercher des références (26 %), à modifier l'organisation de l'information (52 %), à diminuer sa confiance dans le jugement des autres (49 %). 98 % des résidents ont rapporté au moins un changement constructif. Seulement 18 % ont rapporté un ou plusieurs changements défensifs. En outre, 26 % des répondants ont dit demander plus d'examen complémentaires.

Facteurs de changement

Les changements *constructifs* dans la pratique étaient associés au genre féminin, aux conséquences graves, à l'inexpérience ou à la complexité des cas vécus comme cause de l'erreur, au fait d'accepter la responsabilité de l'erreur, et à l'ampleur des discussions à propos de l'erreur. Les changements *défensifs* (garder l'erreur pour soi : 13 % ; éviter des patients semblables : 6 %) ont été associés aux perceptions par les internes de la surcharge de travail comme cause de l'erreur et à une réponse de l'établissement dans le registre du jugement. Aucun changement n'était associé à l'âge ou au niveau d'étude du médecin. Les médecins qui ont répondu à l'erreur par une plus grande acceptation de responsabilité et plus de discussion rapportaient plus souvent des changements constructifs. L'acceptation de la responsabilité personnelle semble prédictive de la capacité à faire face, à apprendre des erreurs et en tirer des changements constructifs. Elle est aussi fortement associée à la détresse émotionnelle initiale.

Facteurs de détresse émotionnelle

Dans l'étude d'Engel [8], 70 % des médecins rapportaient une amélioration des relations professionnelles après

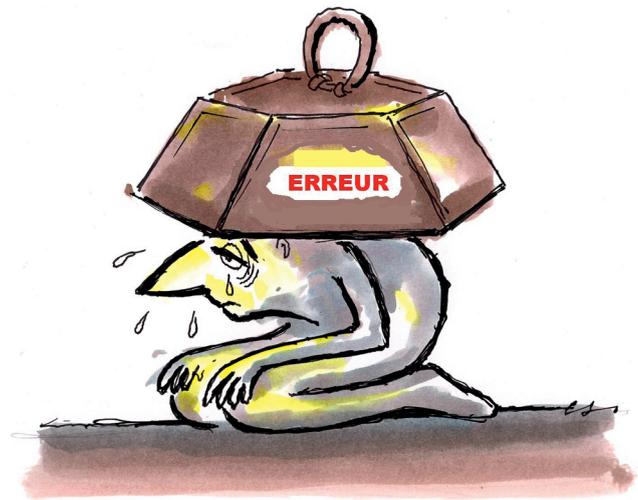
discussion à propos d'une erreur, et une communication améliorée après une erreur grâce à une meilleure assertivité sur le lieu de travail. La réponse psychologique à l'erreur pouvait être atténuée par les conséquences de l'erreur, les relations avec les patients, la réaction de l'équipe et la gestion institutionnelle de l'erreur.

Une plus grande détresse émotionnelle était liée à des dommages plus importants pour les patients avec une forte auto-accusation. Une relation linéaire a aussi été décrite entre la sévérité de l'erreur et l'intensité des résultats émotionnels pour le professionnel. L'impact émotionnel sur le professionnel était plus important lorsqu'il estimait que la gestion institutionnelle de l'erreur n'était pas satisfaisante et que les réactions des responsables étaient inconsistantes et même désapprouvées ou agressives, le soignant étant confronté à des interrogatoires, des critiques ou des menaces. À l'inverse, de bons rapports avec les patients ou un appui satisfaisant des collègues après une erreur avaient un effet positif, augmentant la probabilité de bons résultats émotionnels et la confiance en lui du professionnel de santé.

Dans l'étude de Waterman déjà citée [4], les réactions étaient plus importantes si l'EI avait des effets sérieux plutôt que mineurs. Les femmes et ceux passant plus de 75 % de leur temps de travail en pratique clinique étaient les plus exposés. Les médecins qui pensaient que leur risque d'être poursuivis en justice était plus élevé et ressentait un manque de soutien après les erreurs avaient plus de chance de faire état de stress après une erreur sérieuse ou mineure. Plus précisément, les médecins qui pensaient avoir une chance de 5 % d'être mis en cause l'année suivante avaient 2,28 fois plus de chance de rapporter du stress professionnel après une erreur sérieuse et 1,55 fois plus de chance de rapporter du stress après une erreur mineure ou un presque-accident comparativement aux praticiens ressentant le risque comme plus bas. Ceux qui ont rapporté des erreurs mineures ou des presque-accidents avaient plus de stress lié à l'erreur s'ils ressentaient que l'hôpital et le service de santé ne soutenaient pas les praticiens impliqués dans une erreur.

Un degré de plus : la plainte

Plu *et al.* [9] ont montré que la peur du procès avait suscité des modifications de pratiques professionnelles des médecins, en particulier la tenue du dossier médical (55 %) et le respect du secret professionnel (44 %). Mais les médecins ne déclaraient pas avoir recours à la signature d'un acte de consentement ou à l'examen devant témoin. Pour eux, ces mesures n'étaient pas des protections absolues face à un tribunal. Fatalistes, ils paraissaient davantage subir leur responsabilité qu'en être acteurs et semblaient désarmés face à une certaine toute puissance judiciaire. Une thèse de médecine générale [10] a exploré le vécu de médecins mis en cause. Ils ne pensaient pas pouvoir être concernés par une mise en cause juridique. L'entrée dans la situation suscite questionnements et inquiétudes, avec des moments d'angoisse sur fond de



stress permanent réactivé lors des expertises et des rencontres avec le plaignant. Ils expriment également de la peine voire de l'amertume ou même de la colère vis-à-vis des patients. Les rapports avec les patients sont marqués par la surprise voire la déception, la tristesse ou la méfiance. Certains expriment le besoin d'un soutien. Plus largement, les rapports au métier sont modifiés allant parfois jusqu'au besoin d'arrêter : « je suis certain que s'il m'arrivait encore un truc comme cela, je prendrais ma retraite tout de suite », « si c'était à refaire, je ne crois pas que je ferais de la médecine générale, juste à cause de cette histoire », « non vraiment, je ne conseillerais plus ce métier, le seul avantage que je lui vois c'est un confort financier et la sécurité de l'emploi. Mais le plaisir, franchement, il est parti ; La petite étincelle, il n'y en a plus ». Ainsi, mis en cause, le médecin est à la fois une personne en souffrance, un professionnel menacé et délégitimé et un soignant perturbé au quotidien par une double peine.

La double victime : hyperesthésie et exemplarité

La mise en cause, juridique ou non, représente une épreuve [11] particulièrement dramatique pour un professionnel formé et aspirant à agir pour le bien de ses patients. Qu'il adhère ou non à la mise en doute de sa compétence et à sa dangerosité suspectée, le professionnel doit à la fois se défendre et continuer à soigner d'autres patients. Or il est confronté à une remise en cause parfois fondamentale et toujours perturbatrice, ne serait-ce qu'en termes de temps. Le comportement du soignant avec ses autres patients est également important puisqu'il peut influencer sur la procédure en cours. Ainsi, le soignant doit faire comme s'il ne se passait rien. Pire, bien que fragilisé par la remise en question, il se doit d'être aussi exemplaire que possible. Dès lors que son action est décortiquée, de façon approfondie et sans bienveillance à priori, il se doit d'être à la hauteur du véritable mythe de la perfection renforcé par la recherche des éventuels dysfonctionnements apparus durant la situation analysée par les juristes.

Le passage de la relation d'aide au conflit traduit un changement qualitatif radical auquel le soignant n'est pas préparé. L'intrusion, les questions et analyses approfondies et non bienveillantes, parfois bien longtemps après les faits, l'inspection liée à la procédure viennent s'ajouter au temps nécessaire à la constitution du dossier et aux échanges avec les juristes voire les patients ou leurs proches. Les menaces et les peurs retentissent peu ou prou sur l'exercice professionnel dans son ensemble comme la relation au soin qui devient fragile et peu sûre (*insecure*), ne serait-ce que parce que le soignant prend une conscience aiguë de tous les risques possibles non seulement pour lui en tant que justiciable mais aussi pour ses patients. Il sait qu'il peut être mis en cause. Il sait également que chacune de ses journées présente de multiples occasions de questionnements étant donné le caractère non exact des pratiques de soin. La confrontation du mythe de la perfection et de la réalité de la prise de risque induit ainsi un biais de fonctionnement mais aussi ce qu'il faut bien appeler une double peine puisque le soignant mis en cause n'a pas le droit d'exprimer sa souffrance ni à fortiori de se plaindre ou d'exprimer sa colère. Dans le même temps, il ne peut s'effondrer pour reconnaître sa culpabilité parce qu'il serait alors désavoué par son assureur et en quelque sorte ne jouerait plus le jeu. Un soignant qui plaiderait « coupable » ne serait pas crédible et pourrait même être perçu comme frustrant par les autres protagonistes du processus juridique.

Analyse théorique et biais de rétrospection

Lors du processus juridique, l'analyse devient prioritaire sur l'action et s'exerce dans un cadre atemporel et sans contrainte, en quelque sorte *in vitro*. En déroulant à l'envers les événements, en partant délibérément du point précis représenté par l'événement indésirable, on en atténue la complexité et on en décrit un développement particulier, parmi tant d'autres initialement possibles. Il s'agit là d'un biais de rétrospection induit par la connaissance de l'évolution. On a aussi tendance à privilégier une lecture « parfaite », gommant ainsi nombre d'éléments contextuels effectivement pris en compte par les protagonistes mais non prioritaires, voire hors sujet, pour la lecture choisie. En particulier, en raison de leur caractère subjectif et souvent fugace, les caractéristiques culturelles, relationnelles ou pragmatiques des décisions effectivement prises sont rarement intégrées dans l'analyse qui mériterait d'être infiniment plus complexe qu'il n'y paraît. Le recours aux experts est légitime mais il fausse les données s'il ne s'appuie pas sur l'analyse d'un expert exerçant au quotidien la discipline du médecin mis en cause. En effet, il ne s'agit pas de juger si l'attitude du soignant a été correcte en fonction des conditions idéales mais s'il a fait au mieux en fonction des conditions auxquelles il était effectivement confronté. À ce titre, lorsqu'un médecin généraliste est mis en cause, le recours à des experts médecins généralistes d'exercice ambulatoire est indispensable et malheureusement exceptionnel.

Un sentiment d'injustice

La médecine se doit d'être centrée sur le patient. On attend du médecin, et il le souhaite dans l'immense majorité des cas, qu'il ne soit impliqué que de manière professionnelle dans les soins qu'il dispense. Mettre en cause un médecin revient en fait à l'obliger à être personnellement concerné par les faits qui lui sont reprochés. Ainsi, loin de l'évacuer des soins, la mise en cause l'y implique avec force même si c'est dans un contexte de récriminations, de plaintes et d'exigences de réparation voire de sanction.

Si la prise de risque fait partie du métier de médecin, il ne peut pas s'en prévaloir en cas d'événement indésirable tant la statistique n'est pas opposable à un patient affecté ou à un juge en charge d'un dossier. L'occultation de la vraie réalité est marquée par la non-prise en compte des éléments spécifiques de la prise en charge tels que les défaillances du dispositif de soin. La nécessaire fluidité du fonctionnement quotidien intense et varié est également effacée. On entre ainsi dans les détails d'une lecture des événements en ne tenant compte que du registre spécifiquement biomédical sans tenir compte de tout ce qui rend la médecine vivante. Dans le cas exploré à la loupe et avec une rigueur exigeante, tout aurait dû être parfait. On ne peut pas s'appuyer sur les circonstances spécifiques de la situation puisqu'on est confronté à un jugement sur des critères généraux.

Dans le même temps, le médecin qui devient justiciable, se retrouve seul mis en cause, ce qui est légitime mais réducteur puisque d'une part il incarne le docteur dans un contexte donné (marqué notamment des notions de prise de risque et de pertes de chance) et que d'autre part, il est tributaire du dispositif de soin notamment dans ses contradictions et ses insuffisances (par exemple : médecin surchargé qui doit bien assumer...). Le médecin à exercice ambulatoire est considéré comme un professionnel libéral censé à la fois libre et responsable et donc ramené à lui-même en cas de problème, mais aussi, dans le même temps, soumis à nombre de contraintes sociales ou déontologiques.

Enfin la mise en cause d'un soignant dans le cadre d'une prise en charge donnée annule toutes ses autres actions et le mal qu'il a ou aurait occasionné n'est absolument pas contrebalancé par le bien qu'il a fait par ailleurs au patient concerné ainsi qu'à tous les autres qu'il a été amené à soigner.

L'erreur médicale, le burnout et le soignant

L'identité professionnelle des médecins s'exprime non seulement dans leurs fragilités et leurs erreurs mais aussi dans leur manière de les percevoir et de les gérer [12]. Que nos vies professionnelles et personnelles soient bouleversées ou non par une mise en cause juridique, nous devons continuer à travailler comme si de rien n'était (*encadrés 2 et 3*). Il y a une vie professionnelle et privée pendant la mise en cause. De même, il y a une vie après et nous devons la préserver.

Encadré 2.

Sept clés pour passer de la seconde victime au premier acteur [12]

1. Analyser et comprendre *in vivo*.
2. Développer la réflexivité.
3. Échanger avec collègues et patients.
4. Signaler les événements indésirables.
5. Accompagner les soignants.
6. Transmettre la culture de sécurité.
7. Articuler les différents registres.

Encadré 3.

Quelques repères pour la culture de sécurité [12]

- La médecine n'est pas une science exacte mais une activité à risque. Le risque zéro n'existe pas mais on peut s'efforcer d'y tendre de manière asymptotique.
- Les événements indésirables et les erreurs médicales ont un coût humain et financier considérable, mais tous les événements indésirables ne sont pas dus à des erreurs et toutes les erreurs ne donnent pas lieu à des événements indésirables.
- On peut gérer les risques en comprenant et en agissant sur les individus, les pratiques et les systèmes.
- L'analyse systémique d'un événement indésirable ou d'une erreur et l'apprentissage qui en résulte, sont plus rentables humainement et socialement que la sanction des individus concernés.
- Quelles que soient la gravité, la responsabilité et l'évitabilité, tous les événements indésirables ou porteurs de risque méritent d'être analysés pour en tirer enseignement.
- Les erreurs systémiques (interactions entre les hommes, procédures et organisations) sont plus fréquentes que les erreurs individuelles et l'analyse des EI ne doit pas être centrée uniquement sur le dernier maillon.
- Les événements indésirables doivent être analysés de manière 1) *systémique* en envisageant l'ensemble des « maillons » du système de soins et leurs interactions, 2) *dynamique* en tenant compte des événements antérieurs à l'événement indésirable, notamment des facteurs favorisants, des événements concomitants, notamment des barrières de sécurité qui ont ou non fonctionné et des événements qui l'ont suivi, 3) *humaine* en tenant compte de la façon dont ils ont été ressentis et gérés par les personnes concernées patients ou soignants.
- Les événements indésirables ne proviennent pas uniquement d'un défaut de connaissance ou de comportement. Ils sont liés non seulement aux aspects humains mais aussi aux aspects structurels, organisationnels et culturels.
- L'analyse doit s'associer à 1) une politique de *transparence* et de *communication* 2) un *accompagnement* des personnes impliquées, patients comme soignants 3) un *suivi des actions* mises en œuvre 4) une prise en charge *simultanée et articulée* aux différents niveaux : individu, équipe, établissement, région, nation, international.

Heureusement, tel un individu en bonne santé foudroyé par la maladie ou au contraire souffrant depuis longtemps et qui va tout naturellement chercher aide auprès du médecin, le médecin a la possibilité du recours à un professionnel [13] pour qui son problème n'est qu'une affaire de routine et où l'affect est somme toute limité. Et comme ses patients, il sera alors inquiet, constamment à la recherche d'informations, ou au contraire, tranquille, compliant et soumis à la rassurante prise en charge du juriste. Chaque médecin vit à sa façon le risque juridique. Certains n'y pensent jamais, estimant qu'il n'arrive qu'aux autres, tandis que d'autres construisent leurs pratiques à l'aune de ce risque. Chacun métabolise la procédure comme il peut et continue son activité à sa manière avec ou sans cicatrices. Chacun réagit avec sa personnalité et son histoire, notamment sa position vis-à-vis du reproche, sa confiance en sa pratique, ses doutes sur lui-même et ses conceptions de la médecine, des patients, de sa fonction et de la nature et l'étendue de sa responsabilité. Certains vont s'en remettre totalement à l'homme de l'art tandis que d'autres vont s'investir avec beaucoup d'affect et d'énergie dans une affaire qui met en cause non seulement leur responsabilité mais aussi l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Comme dans la maladie chacun se retrouve seul et plus ou moins bien accompagné par ses proches ou ses collègues. La sinistralité et surtout la crainte qu'elle inspire aux médecins est l'un des facteurs de risque du burnout qui frappe près de 40 % des médecins libéraux. Le risque suicidaire est 2 fois et 1/2 plus élevé chez les médecins. Et l'un des facteurs de ce risque est l'implication dans un processus juridique. En février 2008 : un médecin généraliste se suicide dans le Pas-de-Calais à la suite d'une erreur de diagnostic. En mars 2010, un anesthésiste se suicide également après avoir été responsable d'une erreur médicale entraînant une paraplégie chez un enfant (*encadré 4*).

Encadré 4.

Une erreur et plusieurs victimes*

- Janvier 2010. A Montpellier, un bébé est frappé de paraplégie suite à une erreur de dosage : première victime.
- Mars 2010 : l'anesthésiste de 31 ans, effondré, se suicide : deuxième victime.
- Avril 2010 : le directeur général du CHU de Montpellier est suspendu : troisième victime.
- 2010 et suivantes : anesthésistes, hôpital, autres patients... victimes collatérales

Le 3 mai 2012, *le Quotidien du Médecin* revenait sur ce drame en titrant en première page « De l'erreur médicale au suicide ».

À la suite de l'enquête réalisée pour l'URML Île-de-France en 2006 [14], des recommandations ont été émises, dont celle de travailler sur la sinistralité. La sinistralité comme le burnout concernent autant le médecin que la collectivité. L'une et l'autre peuvent faire basculer des médecins qui travaillent déjà à la corde. L'une et l'autre sont à la fois développés et marqués du sceau d'un tabou à la fois dérangeant, occulte, dénié, stigmatisant et délicat. L'une et l'autre sont importants

à la fois pour la sécurité des patients, la qualité des soins et la sérénité des soignants. Tous deux sont la marque d'une insécurité professionnelle. Enfin, ils se gèrent avec les mêmes contraintes : délicatesse, nécessité d'un soutien social, gestion simultanée sur les plans collectif et personnel.

Conclusion. *To err is human* : de la seconde victime au premier acteur

Un rapport publié aux USA en 2000 avait inauguré la culture de sécurité qui se développe lentement mais sûrement de par le monde [15]. Si en France, l'ouvrage princeps et pré-monoire de Pierre Klotz [16] n'avait eu en son temps que peu d'impact, la dynamique du changement culturel est bel

et bien engagée. La Revue Prescrire a mis en place un dispositif de signalement des événements indésirables liés aux soins, au nom explicite de *Éviter l'Évitable* [17] ; un enseignement est dispensé dans le cadre du DES de Médecine Générale d'Île-de-France [18] ; la Haute Autorité de Santé a publié en 2011 un guide méthodologique pour aider les soignants à échanger avec leurs patients [19]. Enfin après quelques séminaires [20] eux aussi précurseurs, nombre de revues de morbi-mortalité se mettent en place. La dynamique est donc enclenchée et va se poursuivre : l'erreur est humaine et sa gestion aussi. C'est une bonne nouvelle qui aidera les soignants à aborder « sans peur et sans reproches », leurs fragilités et difficultés. À cette condition, ils redeviendront non plus secondes victimes, mais bien premiers acteurs.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références :

1. Wu AW. Medical error: The second victim. *BMJ*. 2000;320:726-7.
2. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:325-30.
3. Reema S, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: A systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:1-8.
4. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(8):467-76.
5. Chanelière M. Impact des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes : étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. Thèse [médecine générale]: Claude Bernard Lyon 1; 2005.
6. Venus E, Galam E, Aubert JP, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(4):279-86.
7. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care*. 2003;12:221-8. (Reprint of a paper that appeared in *JAMA*. 1991;265:2089-94.
8. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med*. 2006;81(1):86-93.
9. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-François I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès. Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. *Rev Prat Med Gen*. 2007;21:295-7.
10. Finon M. Thèse [médecine générale]: Paris Descartes; soutenance prévue en 2012.
11. Galam E. La souffrance du soignant mis en cause par un patient. *Responsabilité*. 2009;9(36):20-3.
12. Galam Eric L'erreur médicale, le burnout et le soignant. Paris: Springer; 2012.
13. Ricouard S, Rocheron F, Galam E, Meyrignac M. Et si j'étais mis en cause en justice ? *Rev Prat Med Gén*. 2007;21(788/9):1035-6.
14. Galam E, Wilthien F, Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens ; témoignages, analyses et perspectives. Sur http://www.urml-idf.org/upload/presse/DP_070621.pdf consulté le 5 juillet 2012.
15. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington: Institute of Medicine; 1999.
16. Klotz P. *L'erreur médicale. Mécanismes et prévention*. Paris: Maloine; 1994.
17. Prescrire Rédaction. *Éviter l'Évitable. Le soignant, l'erreur et son signalement*. *Rev Prescrire*. 2010;30(320):456-60.
18. http://www.bichat-larib.com/publications/mes_publications.php?phase=affichage_documents&numero_publication=505
19. HAS. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Mai 2011.
20. Galam E. Erreur médicale : à dédramatiser et travailler. Présentation du guide pédagogique d'une formation REPERES. *Médecine*. 2009;5(9):410-4.

Erreur médicale. De la seconde victime au premier acteur

- Pour le médecin façonné par le *Primum non nocere*, l'implication dans un dommage associé aux soins est toujours pénible, traumatisante et largement stigmatisée et sanctionnée, ce qui en fait la « seconde victime » de l'erreur médicale. Au-delà de ses conséquences directes, l'erreur a un impact en termes de changements de pratiques et de détresse du professionnel (notamment la crainte de la plainte et du procès). Le recours juridique aux experts est légitime mais il fausse les données s'il ne s'appuie pas sur l'analyse d'un expert exerçant au quotidien la discipline du médecin mis en cause. L'erreur est humaine et sa gestion aussi. Le reconnaître permettra aux soignants de redevenir non plus secondes victimes, mais bien premiers acteurs.