

Seconde victime

Trouble de stress post traumatique

Cours sciences de base – Bases de l'anesthésiologie et complications

L. Mihai Georgescu

3 avril 2025

Déclarations

- Pas de conflits d'intérêt
- Pas un expert dans le domaine

Objectifs

- À la fin de la présentation, l'auditoire sera en mesure de :
 - Définir ce qu'est une seconde victime
 - Introduire une approche à l'erreur médicale
 - Identifier les symptômes associés à un traumatisme aigu de la seconde victime
 - Identifier les symptômes associés à un syndrome de stress post traumatique
 - Connaître des méthodes d'identification et de prise en charge des effets secondaires d'un événement indésirable

Mise en situation



Introduction

Est-ce une situation réelle?

Introduction

Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident

Eva Van Gerven, MSc, PhD, Tinne Vander Elst, MSc, PhD,†‡ Sofie Vandenbroeck, RN, MSc, PhD,†§
Sigrid Dierickx, MSc,||¶ Martin Euwema, MSc, PhD,‡ Walter Sermeus, RN, MSc, PhD,*
Hans De Witte, MSc, PhD,‡# Lode Godderis, MD, PhD,†§ and Kris Vanhaecht, RN, MSc, PhD***††*

(Med Care 2016;54: 937–943)

- 37 centres hospitaliers en Belgique
- 5788 professionnels de la santé
 - Infirmiers(ères) : 80%
 - Médecins : 20%
- 521 professionnels (9%) exposés à des incidents de sécurité des patients sur une période de 6 mois
- ↑ épuisement, ↑ abus de substances, ↑ doutes professionnels, altération qualité de vie

Introduction

Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth

Katja Schrøder, RM, MSc Health, PhD, Postdoc^{a,b,*}

Midwifery 41 (2016) 45–53

- 2098 Obstétriciens et sages femmes danoises
- 1238 réponses (59%)
- 1027 répondants (85%) : accouchements traumatiques
- ↑ épuisement, ↑ troubles du sommeil, ↑ symptômes dépressifs, ↑ stress généralisé

Introduction

The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study

Kelsey Han, AB, Jordan D Bohnen, MD, MBA, Thomas Peponis, MD, Myriam Martinez, MD, Anirudh Nandan, BA, Daniel D Yeh, MD, FACS, Jarone Lee, MD, Marc Demoya, MD, George Velmahos, MD, PhD, FACS, Haytham MA Kaafarani, MD, MPH, FACS

J Am Coll Surg 2017;■:1–9. © 2017 by the American College of Surgeons.

- 281 chirurgiens
- 126 réponses (44.8%)
- 101 répondants (80%) : ≥ 1 événement adverse intra-opératoire / 12 mois
- anxiété, culpabilité, tristesse, honte, colère

Introduction

The effect of unanticipated perioperative death on anesthesiologists

L'effet d'un décès périopératoire inattendu sur les anesthésiologistes

**Joanne Todesco, MD • Nivez F. Rasic, MD •
James Capstick, MD**

Can J Anesth/J Can Anesth (2010) 57:361–367

- 285 membres du Collège des médecins de l'Alberta
- 180 réponses (63%)
- 95 répondants (53%) : ≥ 1 décès peropératoire non anticipé / carrière
- 10% : remémoration quotidiennes ≥ 1 an

Introduction

The Impact of Perioperative Catastrophes on Anesthesiologists: Results of a National Survey

Farnaz M. Gazoni, MD, Peter E. Amato, MD, Zahra M. Malik, MD, and Marcel E. Durieux, MD, PhD

(Anesth Analg 2012;114:596–603)

- 1200 membres de l'ASA
- 659 réponses (56%)
- 554 répondants (84%) : ≥ 1 décès ou blessure grave peropératoire / carrière
- 388 répondants (70%) impact émotionnel significatif
 - Culpabilité, anxiété, remémoration invasive
 - 19% jamais récupéré

Introduction

- **Première victime**
 - Le patient et ses proches
- **La seconde victime**
 - Le personnel médical impliqué dans l'événement adverse
- **La troisième victime**
 - L'institution de soins de santé et les patients sous sa responsabilité

Scott, International Journal of Nursing Studies (2013)

Définition

Seconde victime

« A health care provider that is involved directly or indirectly in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and who becomes victimized in the sense that the provider is traumatised by the event. »

Scott et al. (2009)

Puvashnee et al. (2020)

Un professionnel de la santé impliqué, directement ou indirectement, dans un événement adverse inattendu, une erreur médicale et/ou une blessure touchant un patient, et qui devient une victime, dans le sens où le professionnel est traumatisé par l'événement.

Définition

Seconde victime

« A health care provider that is involved directly or indirectly in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and who becomes victimized in the sense that the provider is traumatised by the event. »

Scott et al. (2009)

Puvashnee et al. (2020)

Un professionnel de la santé impliqué, directement ou indirectement, dans un **événement adverse inattendu, une erreur médicale** et/ou **une blessure touchant un patient**, et qui devient une victime, dans le sens où le professionnel est traumatisé par l'événement.

Erreur médicale

- To Err Is Human: Building a Safer Health System

- 44 000 – 98 000 décès par année causés par des erreurs médicales

Corrigan JM et al. IOM (1999)

- The Canadian Adverse Events Study

- 185 000 événements adverses/année
 - 36.9% des événements: évitables
 - 9% entraînant le décès: évitables

Baker GR et al. CMAJ (2004)

Erreur médicale

Errare humanum est
To err is human
L'erreur est humaine

Erreur médicale

- **Définition**

“An error is defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Errors can include problems in practice, products, procedures and systems.”

- L'échec de compléter un plan tel que prévu

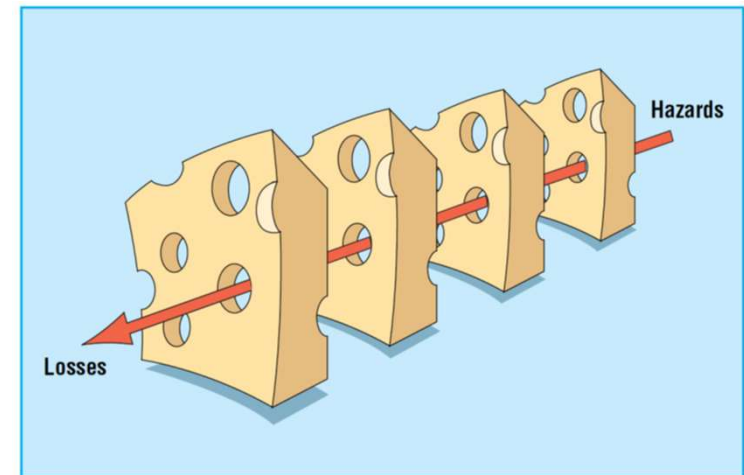
OU

- L'utilisation d'un mauvais plan pour atteindre un objectif
- Défaillances de **pratique**, de **produits**, de **procédures** et de **systèmes**

McIlvaine WB et al. Seminars in Anesthesia,
Perioperative Medicine and Pain (2006)

Erreur médicale

- Niveaux de protection d'un système
 - Les individus
 - L'équipe
 - Les équipements techniques
 - L'organisation
 - Les ressources et le financement

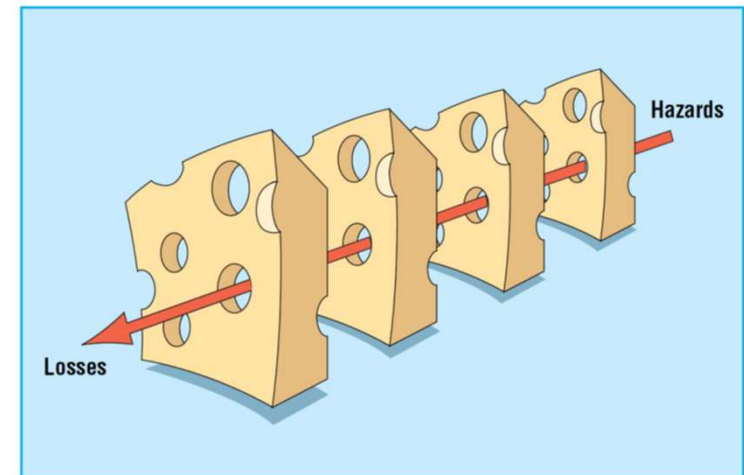


The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

C. Johnson. Médecin du Québec (2018)

Erreur médicale

- Types d'erreur/défaillance
 - **Latente**
 - Défaut systémique
 - Conceptuel
 - Dormant
 - **Active**
 - Erreur humaine, variable
 - Facilement identifiable
 - **Événement adverse**
 - Combinaison d'erreur latente, d'erreur active et d'un événement déclencheur



The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

Reason J. BMJ (2000)

Reason J. Qual Saf Health Care (2005)

Erreur médicale

A. Centrée sur l'individu

- Blâme l'individu.
- Tente la correction de son comportement.

B. Centrée sur le système

- Accepte l'erreur humaine comme inévitable.
- L'incident ou l'accident est la conséquence:
 - D'un concours de circonstances
 - D'erreurs multiples.
- Tente d'optimiser le milieu de travail, pour minimiser les risques d'erreur des individus.

Erreur médicale

- Industries à haut risque et haute fiabilité
 - Correction erreurs latentes
 - Utilisation constructive de la variabilité humaine
- Acceptation de l'existence de l'erreur humaine
- Formation des individus et des équipes à la prévention, la reconnaissance et la correction des erreurs



Reason J. BMJ (2000)

Erreur médicale

- Industries à haut risque et haute fiabilité
 - Correction erreurs latentes
 - Utilisation constructive de la variabilité humaine
- Acceptation de l'existence de l'erreur humaine
- **Formation des individus et des équipes à la prévention, la reconnaissance et la correction des erreurs**



Reason J. BMJ (2000)

Réaction

The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events

S D Scott, L E Hirschinger, K R Cox, M McCoig, J Brandt, L W Hall

- Stade 1: Chaos et réponse à l'accident
- Stade 2: Réflexions envahissantes
- Stade 3: Restauration de l'intégrité personnelle
- Stade 4: Souffrir l'inquisition
- Stade 5: Obtenir premiers soins émotifs
- Stade 6: Passer à autre chose
 - Renonciation
 - Survie
 - Résilience

Scott, Qual Saf Health Care (2009)

Réaction

- **Stade 1: Chaos et réponse à l'accident/événement critique**
 - Période de perturbation intense
 - Externe :
 - Patient instable nécessitant soins aigus
 - Interne :
 - Administration de soins
 - Analyse rapide
 - Questionnements multiples
 - Surcharge cognitive – manque de concentration
 - Manque de cohérence et d'efficacité → Frustration
 - **Plus de questions que de réponses**

Scott, Qual Saf Health Care (2009)

Réaction

- **Stade 2: Réflexions envahissantes**
 - Remémoration incontrôlable (Flash-backs)
 - Reconstitution des événements
 - Analyse répétée des détails
 - Questionnements et remises en question multiples:
 - “Si j’avais agi ainsi ...?”
 - “Si je n’avais pas agi ainsi ...?”
 - Remise en question de l’événement
 - Doute sur les choix thérapeutiques
 - Perte de confiance en soi

Scott, Qual Saf Health Care (2009)

Réaction

- **Stade 3: Restauration de l'intégrité personnelle**
 - Recherche de support
 - Individus proches/confidents
(collègues, superviseurs, amis, famille).
 - Doute et remise en question:
 - Compétence professionnelle
 - Avenir professionnel
 - Opinion des pairs

Scott, Qual Saf Health Care (2009)

Réaction

- **Stade 4: Souffrir l'inquisition**

- Investigation officielle
- Débriefings formels, analyses détaillées, questions critiques
- Recherche des facteurs modulables (défaillances systémiques et individuelles).
- Questionnements :
 - Avenir professionnel
 - Implications légales

Scott, Qual Saf Health Care (2009)

Réaction

- **Stade 5: Obtenir premiers soins émotifs**
 - Recherche support professionnel
 - Recherche support à moyen/long terme
 - Suivi de l'évolution de l'état psychologique de la seconde victime
- Ressources avancées
 - Manquantes ou ignorées
 - Peur de la stigmatisation

Scott, Qual Saf Health Care (2009)

Réaction

- **Stade 6: Passer à autre chose**

- Pression interne et externe de passer à autre chose
- Événement jamais oublié
- **RENONCIATION:**
 - Changement de pratique
- **SURVIE:**
 - Performance apparente adéquate
 - Bouleversements émotifs et psychologiques persistants
- **RÉSILIENCE:**
 - Modifient positivement leur pratique
 - Agissent pour améliorer la pratique institutionnelle

Scott, Qual Saf Health Care (2009)

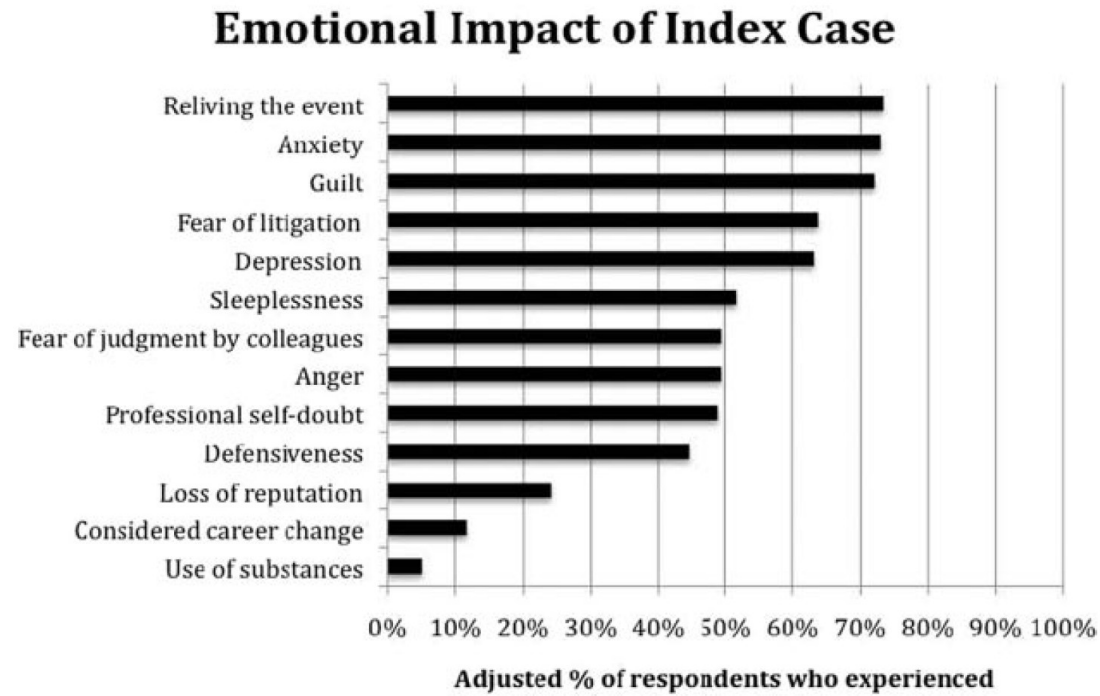
Réaction

Table 4 Most commonly reported physical and psychosocial symptoms

Physical symptoms	n (%)	Psychosocial symptoms	n (%)
Extreme fatigue	16 (52)	Frustration	24 (77)
Sleep disturbances	14 (45)	Decreased job satisfaction	22 (71)
Rapid heart rate	13 (42)	Anger	21 (68)
Increased blood pressure	13 (42)	Extreme sadness	21 (68)
Muscle tension	12 (39)	Difficulty concentrating	20 (65)
Rapid breathing	11 (35)	Flashbacks	20 (65)
		Loss of confidence	20 (65)
		Grief	20 (65)
		Remorse	19 (61)
		Depression	17 (55)
		Repetitive/intrusive memories	16 (52)
		Self-doubt	16 (52)
		Return to work anxiety	15 (48)
		Second guessing career	12 (39)
		Fear of reputation damage	12 (39)
		Excessive excitability	11 (35)
		Avoidance of patient care area	10 (32)

Scott, Qual Saf Health Care (2009)

Réaction



Gazoni, Anesth Analg (2012)

Facteurs de risque

Table II. Risk factors influencing the severity of the second victim response.

Risk factors

The relationship between the patient and health-care professional
Events that involved paediatric patients
Events that involved multiple lives
Degree of personal responsibility felt by the health-care professional
Reaction of involved patient(s) and family towards health-care professional
Occupational tenure
The health-care professional's personality traits
Gender
A prior belief of infallibility
Poor patient outcomes
Hostile reaction from fellow colleagues and management – 'blame culture'
Fear of litigation
The health-care professional associating demographic characteristics of patient with that of his/her own family

Nydoo (2020)

Facteurs de risque

Table II. Risk factors influencing the severity of the second victim response.

Risk factors

The relationship between the patient and health-care professional

Events that involved paediatric patients

Events that involved multiple lives

Degree of personal responsibility felt by the health-care professional

Reaction of involved patient(s) and family towards health-care professional

Occupational tenure

The health-care professional's personality traits

Gender

A prior belief of infallibility

Poor patient outcomes

Hostile reaction from fellow colleagues and management – 'blame culture'

Fear of litigation

The health-care professional associating demographic characteristics of patient with that of his/her own family

Nydoo (2020)

Facteurs de risque

Table II. Risk factors influencing the severity of the second victim response.

Risk factors

The relationship between the patient and health-care professional

Events that involved paediatric patients

Events that involved multiple lives

Degree of personal responsibility felt by the health-care professional

Reaction of involved patient(s) and family towards health-care professional

Occupational tenure

The health-care professional's personality traits

Gender

A prior belief of infallibility

Poor patient outcomes

Hostile reaction from fellow colleagues and management – 'blame culture'

Fear of litigation

The health-care professional associating demographic characteristics of patient with that of his/her own family

Nydoo (2020)

Facteurs de risque

Table II. Risk factors influencing the severity of the second victim response.

Risk factors

The relationship between the patient and health-care professional

Events that involved paediatric patients

Events that involved multiple lives

Degree of personal responsibility felt by the health-care professional

Reaction of involved patient(s) and family towards health-care professional

Occupational tenure

The health-care professional's personality traits

Gender

A prior belief of infallibility

Poor patient outcomes

Hostile reaction from fellow colleagues and management –
'blame culture'

Fear of litigation

The health-care professional associating demographic characteristics of patient with that of his/her own family

Nydoo (2020)

Trouble de stress aigu

- Critères diagnostiques
 - **Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou des violences sexuelles** d'une (ou plus) des façons suivantes :
 - En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
 - En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 - En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.
 - En étant exposés de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.

DSM-V (2022)

Trouble de stress aigu

- Présence de ≥ 9 des symptômes suivants de n'importe laquelle des 5 catégories suivantes :
 - **Symptômes envahissants**
 - Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques, provoquant un sentiment de détresse.
 - Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lequel le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
 - Réactions dissociatives (flashbacks) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
 - Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 - **Humeur négative**
 - Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.
 - **Symptômes dissociatifs**
 - Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même.
 - Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.

DSM-V (2022)

Trouble de stress aigu

- Présence de ≥ 9 des symptômes suivants de n'importe laquelle des 5 catégories suivantes :
 - **Symptômes d'évitement**
 - Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - Efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - **Symptômes d'éveil**
 - Perturbation du sommeil.
 - Comportement irritable ou accès de colère qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 - Hypervigilance.
 - Difficultés de concentration.
 - Réaction de sursaut exagéré.

DSM-V (2022)

Trouble de stress aigu

- La durée des perturbations est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.
 - Débutent typiquement immédiatement après le traumatisme, mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.
- La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

DSM-V (2022)

Trouble de stress post traumatique

- Critères diagnostiques
 - **Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles** d'une ou de plusieurs des façons suivantes :
 - En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 - En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 - En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.
 - En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.

DSM-V (2022)

Trouble de stress post traumatique

- Critères diagnostiques
 - **Présence de ≥ 1 des symptômes envahissants** suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 - Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
 - Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
 - Réactions dissociatives (flashbacks) au cours desquels le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
 - Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 - Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

DSM-V (2022)

Trouble de stress post traumatique

- Critères diagnostiques
 - **Évitement persistant des stimuli** associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme témoigne la présence de ≥ 1 des manifestations suivantes :
 - Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - **Altération marquée de l'éveil et de la réactivité** associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent ≥ 2 des éléments suivants :
 - Comportement irritable ou accès de colère, qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 - Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 - Hypervigilance.
 - Réaction de sursaut exagérée.
 - Problème de concentration.
 - Perturbation du sommeil.

DSM-V (2022)

Trouble de stress post traumatique

- Critères diagnostiques
 - **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent ≥ 2 des éléments suivants :
 - Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.
 - Croyance ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.
 - Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 - État émotionnel négatif persistant.
 - Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étrange par rapport aux autres.
 - Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.

DSM-V (2022)

Trouble de stress post traumatique

- Critères diagnostiques
 - La perturbation dure plus d'un mois.
 - Expression retardée, si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement, alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats.
 - La perturbation entraine une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une affection médicale.

DSM-V (2022)

Évaluation

- ☐ **Palpitations, tremblements, sueurs, dyspnée, fièvre, sensation de boule dans la gorge et autres maux physiques nouvellement apparus et persistant au-delà de quelques minutes**

Il est normal de présenter ces signes après avoir vécu un événement stressant. Cependant, s'ils demeurent présents après plusieurs minutes de repos, cela peut indiquer la présence d'une détresse significative. Il peut être préférable de se faire remplacer.

- ☐ **Repasser les événements en boucle, culpabilité excessive, sentiment de ne pas être en contrôle ou se sentir incapable de poursuivre ses activités**
- ☐ **Sentiment subjectif de détresse, de peur, d'horreur ou de tristesse**
- ☐ **Être méconnaissable aux yeux de l'entourage**
- ☐ **Grande fatigue, indécision, manque de concentration, agitation stérile**
- ☐ **Douter des autres ou méfiance**
- ☐ **Sensation d'être paralysé ou de ne plus savoir quoi faire, confusion, désorientation***
- ☐ **Impression d'être déconnecté de la réalité, dans un rêve ou spectateur de ce qui se passe***
- ☐ **Impression d'avoir manqué un épisode, que le temps a ralenti***

En présence d'au moins un de ces signes, se faire remplacer et rechercher une aide individuelle

PAMQ (2022)

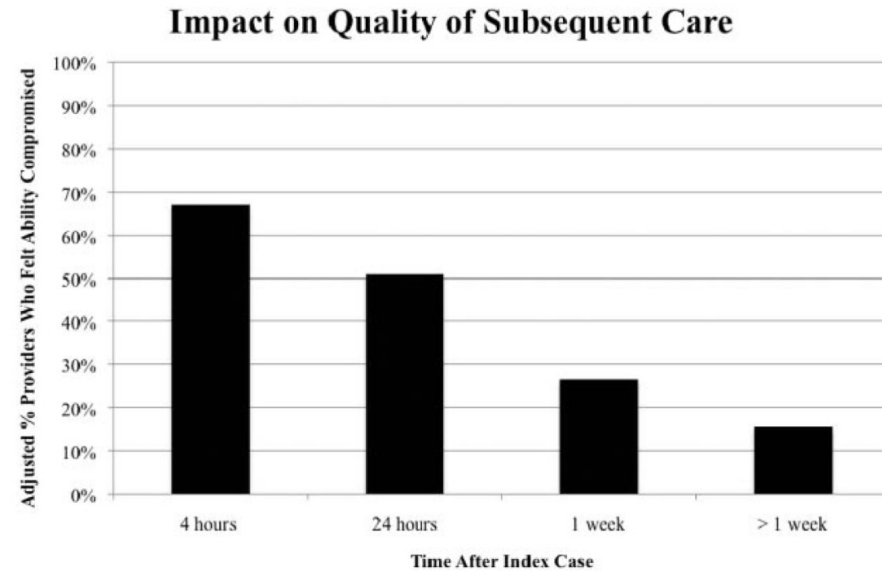
Support des secondes victimes

- Retrait des activités cliniques
- Support par les pairs
- Programme de support formel au sein de l'institution

Support des secondes victimes

The Impact of Perioperative Catastrophes on Anesthesiologists: Results of a National Survey

- 67% compromis de leur performances
- 32% compromis sévère
- 7% relevés de leurs fonctions post événement critique



Gazoni, Anesth Analg (2012)

Support des secondes victimes

- Royaume-Uni, 1999
 - Recommandations contre la poursuite des intervention électorives par les chirurgiens ayant vécu un décès intra-opératoire.

Christie, BMJ (1999)

Support des secondes victimes

- Royaume-Uni, 1999
 - Recommandations contre la poursuite des intervention électorives par les chirurgiens ayant vécu un décès intra-opératoire.

Christie, BMJ (1999)

Should surgeons take a break after an intraoperative death? Attitude survey and outcome evaluation

Antony R Goldstone, Christopher J Callaghan, Jon Mackay, Susan Charman, Samer A M Nashef

BMJ, doi:10.1136/bmj.37985.371343.EE (published 27 January 2004)

- Papworth Hospital, UK
- 81 décès / 5 ans
- Cas 48h post décès (233 cas)
VS
- 4 Cas contrôle / chirurgien (932)

What is already known on this topic

There is a lack of consensus about whether a surgical team should continue working after an intraoperative death

Anaesthetists, and others, feel this issue affects them equally

There is currently no evidence to suggest an adverse outcome if a surgeon continues operating after an intraoperative death

What the study adds

Most cardiac surgeons and anaesthetists do not believe that intraoperative death adversely affects their performance, but would welcome guidelines

Intraoperative death adversely affects morbidity in patients operated by the same surgeon in the subsequent 48 hours, and this effect is more pronounced after a death during emergency or high risk surgery than otherwise

Support des secondes victimes

- Royaume-Uni, 1999
 - Recommandations contre la poursuite des intervention électorives par les chirurgiens ayant vécu un décès intra-opératoire.

Christie, BMJ (1999)

Should surgeons take a break after an intraoperative death? Attitude survey and outcome evaluation

Antony R Goldstone, Christopher J Callaghan, Jon Mackay, Susan Charman, Samer A M Nashef

BMJ, doi:10.1136/bmj.37985.371343.EE (published 27 January 2004)

What is already known on this topic

There is a lack of consensus about whether a surgical team

Intraoperative death adversely affects morbidity in patients operated by the same surgeon in the subsequent 48 hours, and this effect is more pronounced after a death during emergency or high risk surgery than otherwise

operated by the same surgeon in the subsequent 48 hours, and this effect is more pronounced after a death during emergency or high risk surgery than otherwise

Support des secondes victimes

Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review

Deborah Seys^a, Susan Scott^e, Albert Wu^b, Eva Van Gerven^a,
Arthur Vleugels^a, Martin Euwema^c, Massimiliano Panella^d, James Conway^f,
Walter Sermeus^a, Kris Vanhaecht^{a,*}

D. Seys et al. / International Journal of Nursing Studies 50 (2013) 678–687

- 3 niveaux de support des secondes victimes
 - NIVEAU 1: support émotionnel immédiat
 - 60% des victimes – support suffisant
 - NIVEAU 2: support par collègues formés
 - 30% des victimes – avaient besoin
 - NIVEAU 3: référence à des services de support professionnel
 - 10% des victimes – en bénéficiaient

Surmonter un événement professionnel indésirable

1

Dans l'immédiat

- Prendre un temps d'arrêt et **autoévaluer sa détresse**.
- Diminuer la détresse si elle est présente :
 - Lieu sécuritaire et neutre permettant de se déposer
 - Techniques d'ancrage, de scan corporel ou de respiration
 - Soutien entre collègues
- Évaluer sa capacité et celle de l'équipe à poursuivre les activités cliniques en assurant des soins sécuritaires aux patients. Relever l'équipe de ses responsabilités cliniques au besoin.
- En cas de détresse importante ou d'une situation de crise¹: privilégier une intervention de crise² par un professionnel (par exemple un psychologue attitré au sein de l'établissement, ou un professionnel d'un centre de crise).

2

De 24 à 72 heures après l'évènement

- Consulter pour de l'aide individuelle au besoin ou à des fins de dépistage : PAMQ, Programme d'aide aux employés, médecin de famille, psychologue etc.
- Offrir des informations sur l'état de stress aigu, la gestion du stress et les ressources disponibles.
- Organiser une **Rencontre d'équipe post événement professionnel indésirable** avec participation volontaire.

3

Au cours des 4 semaines suivantes

- Rétablir une routine de vie incluant des exercices physiques et de détente.
- Maintenir des liens significatifs avec des proches et se confier au besoin.
- S'autoévaluer avec le **Baromètre de la santé psychologique** et identifier des symptômes persistants :
 - Insomnie
 - Reviviscence
 - Évitement
 - Sentiment exacerbé de menace
 - Trouble physique inexpliqué, etc.
- Consulter un professionnel devant la persistance de ces symptômes ou si vous vous trouvez en zone « **Fragilisé** » ou « **En état critique** » sur le baromètre.
- Assurer un suivi systématique personnalisé.

PAMQ (2022)

Surmonter un événement professionnel indésirable

1

Dans l'immédiat

- Prendre un temps d'arrêt et **autoévaluer sa détresse**.
- Diminuer la détresse si elle est présente :
 - Lieu sécuritaire et neutre permettant de se déposer
 - Techniques d'ancrage, de scan corporel ou de respiration
 - Soutien entre collègues
- Évaluer sa capacité et celle de l'équipe à poursuivre les activités cliniques en assurant des soins sécuritaires aux patients. Relever l'équipe de ses responsabilités cliniques au besoin.
- En cas de détresse importante ou d'une situation de crise¹ : privilégier une intervention de crise² par un professionnel (par exemple un psychologue attitré au sein de l'établissement, ou un professionnel d'un centre de crise).

PAMQ (2022)

Surmonter un événement professionnel indésirable

2

De 24 à 72 heures après l'évènement

- Consulter pour de l'aide individuelle au besoin ou à des fins de dépistage : PAMQ, Programme d'aide aux employés, médecin de famille, psychologue etc.
- Offrir des informations sur l'état de stress aigu, la gestion du stress et les ressources disponibles.
- Organiser une **Rencontre d'équipe post événement professionnel indésirable** avec participation volontaire.

PAMQ (2022)

Rencontre d'équipe post événement indésirable

Buts
Promouvoir un sentiment de sécurité
Rassurer les personnes en situation de détresse
Évaluer les besoins et les préoccupations de chacun
Offrir un soutien émotionnel
Discuter des stratégies de gestion du stress
Orienter vers les ressources appropriées
Favoriser la cohésion d'équipe et briser l'isolement
Améliorer les pratiques et la communication
Donner du sens à l'événement

PAMQ (2022)

Rencontre d'équipe post événement indésirable

À éviter
Discussion détaillée de l'événement
Insister pour que chacun parle
Participation d'individus considérés victimes primaires ³ ou ayant manifesté des symptômes dissociatifs ⁴
Critiquer les conduites
Invalider certaines émotions
Donner des conseils spécifiques à un individu en particulier

PAMQ (2022)

Rencontre d'équipe post événement indésirable

1. Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile en ce moment ?
2. Quelles stratégies sont habituellement efficaces pour vous pour gérer le stress ?
3. Qu'est-ce qui s'est bien passé et que pensez-vous que l'on pourrait retenir pour aller de l'avant ?

PAMQ (2022)

Surmonter un événement professionnel indésirable

3

Au cours des 4 semaines suivantes

- Rétablir une routine de vie incluant des exercices physiques et de détente.
- Maintenir des liens significatifs avec des proches et se confier au besoin.
- S'autoévaluer avec le **Baromètre de la santé psychologique** et identifier des symptômes persistants :
 - Insomnie
 - Reviviscence
 - Évitement
 - Sentiment exacerbé de menace
 - Trouble physique inexpliqué, etc.
- Consulter un professionnel devant la persistance de ces symptômes ou si vous vous trouvez en zone « **Fragilisé** » ou « **En état critique** » sur le baromètre.
- Assurer un suivi systématique personnalisé.

PAMQ (2022)

Prendre soin de soi

- Gestes à poser individuellement après un événement traumatisant
 - Alléger son horaire afin d'avoir plus de temps et d'espace pour soi
 - Prendre soin de soi
 - Être tolérant envers soi-même et les autres
 - Demander de l'aide

PAMQ (2022)

Conclusion

- Messages clé :
 - Les événements critiques font partie intégrante de notre pratique professionnelle
 - Nous ne sommes pas infaillibles
 - Il est normal de présenter des réactions de stress aigu
 - Surveiller les symptômes physiques et psychologiques
 - Travailler la résilience
 - Ne pas hésiter à consulter pour éviter le TSPT (PTDS)

Références

1. Todesco J, Rasic NF, The effect of unanticipated perioperative death on anesthesiologists, Canadian Journal of Anesthesiology, 2010, 57:361-367.
2. Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM et al. The Impact of Perioperative Catastrophes on Anesthesiologists: Results of a National Survey, Anesthesia Analgesia, 2012, 114:596-603.
3. Heard GC, Thomas RD, Sanderson PM, In the Aftermath: Attitudes of Anesthesiologists to Supportive Strategies After an Unexpected Intraoperative Patient Death, Anesthesia Analgesia, 2016, 122:1614-24.
4. Martin TW, Roy RC, Cause for Pause After a Perioperative Catastrophe: One, Two or Three Victims?, Anesthesia Analgesia, 2012, 114:485-487.
5. Larouche C, La divulgation d'un événement indésirable et les mots pour le dire, Le medecin du Québec, 2013, 48:85-87.
6. Garnier E, Divulgation des événements indésirables. Comment y faire face? Comment s'y prendre?, Le Médecin du Québec, 2013, 48:21-27.
7. Aitkenhead AR, Anaesthetic disasters: handling the aftermath, Anaesthesia, 1997, 52:477-482.
8. Denham CR, TRUST: The 5 rights of the Second Victim, Journal of Patient Safety, 2007, 3:107-119.
9. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events, Quality Safety Health Care, 2009, 18:325-330.
10. Burlison JD, Scott SD, Browne EK et al. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources, Journal of Patient Safety, 2014, 00:1-10.
11. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD et al. The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-Reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism, Journal of Patient Safety, 2016, 00:1-6.

Références

12. Medically Induced Trauma Support Services (MITTS), Clinician Support Tool Kit for Healthcare, clinician_support_tool_kit_for_healthcare_05-07-2012.pdf, accessed May 2nd, 2017.
13. Seys D, Scott S, Wu A, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review, *International Journal of nursing Studies*, 2013, 50:678-687.
14. Edrees H, Connors C, Paine L et al. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study, *BMJ Open* 2016; 6:e011708.
15. Chan ST, Khong PCB, Wang W, Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims, *International Nursing Review* 00, 00-00.
16. Scott SD, McCoig MM, Care at the point of impact: Insights into the second-victim experience, *Journal of Healthcare Risk Management*, 2016, 35:6-13.
17. Pratt SD, Jachna BR, Care of the clinician after an adverse event, *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 2015, 24:54-63.
18. Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S et al. Assessing the Perceived Level of Institutional Support for the Second Victim After a Patient Safety Event, *Journal of Patient Safety*, 2015, 11:73-78.
19. Han K, Bohnen JD, Peponis T et al. The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitudes (BISA) Study, *Journal of the American College of Surgeons*, 2017, 00:1-9.
20. Goldstone AR, Callaghan CJ, Mackay J et al. Sould surgeons take a break after an intraoperative death? Attitude survey and outcome evaluation, *BMJ*, doi:10.1136/bmj.37985.371343.EE, published 27 January 2004.

Références

21. Shroder K, Larsen PV, Jorgensen JS et al. Psychological health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth, *Midwifery*, 2016, 41:45-53.
22. Gerven EV, Elst TV, Vandenbroeck S et al. Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident, *Medical Care*, 2016, 54:937-943.
23. "Managing the risks of organizational accidents" James Reason, 1997, Ashgate Publishing Co.
24. "Human Error" James Reason, 1990, Cambridge University Press
25. "The human contribution, unsafe acts, accidents and heroic recoveries" James Reason, 2008, 2016, Routledge.
26. "A life in error. From little slips to big disasters" James Reason, 2013, Ashgate Publishing Co.
27. "Second Victim. Error, Guilt, Trauma and Resilience" Sidney Dekker, 2013, CRC Press.
28. "Just Culture. Balancing Safety and Accountability" 2nd Edition, Sidney Dekker, 2012, Ashgate Publishing Co.
29. "The Field Guide to Understanding Human Error" 3rd Edition, Sidney Dekeker, 2014, Ashgate Publishing Co.
30. "Patient Safety. A Human Factors Approach" Sidney Dekker, 2011, CRC Press
31. "Safety Differently. Human Factors for a New Era" Sidney Dekker, 2015, CRC Press
32. "Quality of anesthesia Care" *Anesthesiology Clinics*, Vol 29. No1, March 2011.

Ressources disponibles

- **Programme d'aide aux médecins (PAMQ)**
 - info@pamq.org
 - 514-397-0888 / 1-800-387-4166
 - 8h – 20h (semaine); 9h – 17h (fin de semaine)
- CHUM
 - Homewoodsanté
 - www.homewoodsanté.com
 - 1-866-398-9505
 - Gratuit; 24/7
- CHU Sainte-Justine
 - Longpré
 - pae@consultantslongpre.com
 - 1-800-567-2433
 - Gratuit; 24/7
- HMR:
 - Conseiller Virtuel
 - 1-888-687-9197
 - 6h/année gratuites; 24/7