

## Prise en charge psychologique d'un accident grave ou d'un décès au bloc opératoire

Guillaume de Saint Maurice\*, Céline Péraldi

*Service d'Anesthésie-réanimation Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce, 74 bd de Port-Royal, 75005 Paris*

\*Auteur correspondant : [gsmopex@yahoo.fr](mailto:gsmopex@yahoo.fr)

### POINTS ESSENTIELS

- Un événement indésirable grave survenant chez un patient occasionne deux victimes : le patient lui-même, au premier titre, mais également le soignant qui est de plus en plus décrit comme la deuxième victime de l'événement.
- Pour un soignant, être impliqué dans un événement indésirable grave peut occasionner un traumatisme psychologique aux conséquences prolongées. Ce traumatisme est majoré pour celui qui aurait commis une erreur à l'origine de l'événement indésirable grave.
- Ce traumatisme entraîne des troubles profonds chez le soignant, altérant la vie professionnelle comme la vie personnelle. Ces troubles risquent d'être d'autant plus intenses que le traumatisme survient dans un contexte d'épuisement professionnel.
- Ce traumatisme doit être connu, compris de tous. Sa prise en charge relève d'étapes qui commencent à se codifier, dans la phase immédiate après l'accident et plus à distance. Le rôle de l'équipe est important.
- Des actions préventives, bien que peu nombreuses et non spécifiques, commencent à être définies.

### INTRODUCTION

Au cours de la prise en charge d'un patient, la survenue d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIG) interroge l'ensemble du système de santé. Mais la survenue d'un EIG interpelle tout particulièrement les acteurs de soins.

Les EIG recouvrent une large palette de situations cliniques. Ils peuvent survenir à l'occasion d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Deux enquêtes nationales sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) considèrent comme graves les événements qui entraînent une hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour, un handicap, une incapacité à la fin de l'hospitalisation ainsi que les événements associés à une menace vitale ou à un décès, sans qu'ils en aient été nécessairement la cause directe [1]. En France, ces études récentes ont montré que les EIG ont une occurrence estimée à 395 000 EIG/an [2]. La moitié de ces EIG apparaissent comme évitables. En France, on estime que

60 000 à 95 000 d'entre eux surviendraient dans la période périopératoire, en se basant sur 8 millions d'interventions par an [3]. En anesthésie, l'incidence de la survenue d'incidents a été évaluée à plus de 12 % des anesthésies [4], l'erreur humaine étant impliquée dans plus de 80 % des cas [5].

Les conséquences de ces EIG sont diverses (sanitaires, assurantielles, économiques, juridiques) et constituent un critère de « performance » pour les systèmes de soins [6]. Outre ces conséquences pour le patient, avec des impacts économiques et juridiques importants, on pourrait trop souvent négliger l'impact sur les acteurs de soins, médecins ou paramédicaux. Tous les soignants s'accordent évidemment à reconnaître que le patient est la victime première et principale d'un EIG. On note néanmoins que depuis une dizaine d'années, les soignants impliqués sont décrits comme les deuxièmes victimes de l'accident, selon une expression qui semble avoir été inventée par Wu [7]. En anesthésie, l'impact de ces EIG sur les personnels est d'autant plus important que ceux-ci surviennent de façon inhabituelle dans un système décrit comme hautement sécuritaire (1 décès pour 145 000 anesthésies)[8], et dont l'action n'est pas thérapeutique par elle-même.

Il paraît donc intéressant de se poser la question de l'impact de ces EIG sur les personnels soignants, et ce à plusieurs niveaux de raisonnements (individuel et collectif), afin de mettre en place des stratégies adaptées à la prise en charge de ces situations critiques, non pas d'un point de vue technique, mais d'un point de vue psychologique tant pour l'individu que collectivement dans une équipe. Les risques psychosociaux sont des risques émergents en milieu de soins et demandent une implication de l'ensemble des acteurs (établissements de soins, chef de service, cadre de santé, personnels soignants, sociétés savantes) afin de déterminer les facteurs contributifs, les moyens préventifs et/ou curatifs et ce à court, moyen et long terme.

## **L'ACTEUR DE SOINS : SECONDE VICTIME DE L'EIG**

La souffrance des soignants face à une erreur ou un EIG a été décrite comme un phénomène psychique naturel par Wu en 2000 [7] : le terme « seconde victime » a été inventé dans une description de l'impact des erreurs sur les professionnels. Parallèlement à la première victime et ses proches, le soignant, seconde victime, va partager les mêmes émotions et suivre un processus psychologique comparable. Parallèlement à la naissance de ce nouveau concept, Denham propose une prise en charge institutionnelle automatique des soignants à l'issue de l'événement [9] qu'il va même jusqu'à publier sous forme de « droits » des secondes victimes après un EIG, dans une approche très anglo-saxonne.

À la suite de ces différents travaux, de nombreuses études ont été menées de façon à déterminer la prévalence de ce phénomène, les mécanismes d'apparition, et les moyens de prévention envisageables. Au regard du nombre d'EIG survenant annuellement aux États-Unis, le nombre des soignants impliqués comme seconde victime apparaît potentiellement important[10].

Une étude publiée par l'université du Missouri montre que près d'une personne sur sept déclare avoir vécu un EIG dans l'année écoulée. 84 % d'un échantillon de 659 médecins anesthésistes membres de l'American Society of Anesthesiologists ayant répondu à une enquête ont connu un tel événement au cours de leur carrière[11]. Cet EIG a entraîné la survenue de désordres

psychiques, tels que anxiété, dépression ou des préoccupations majeures quant à la capacité de remplir sa fonction et d'exercer sa profession [12].

Une étude menée par Scott apporte d'autres précisions [13]. L'équipe a réalisé 31 entretiens auprès de soignants identifiés comme « seconde victime », de façon à acquérir une meilleure compréhension du phénomène. Le concept de deuxième victime concerne des personnels « acteurs de soins de santé, ayant été impliqué dans un EIG inattendu, suite à une erreur médicale et/ou une blessure, générant chez le soignant un traumatisme ». L'une des constatations les plus frappantes est que chaque seconde victime décrit l'EIG ou l'accident comme une expérience qui change sa vie professionnelle avec un impact durable. Cette expérience est ressentie comme un « tsunami affectif », par opposition à l'ensemble des autres événements vécus lors de la carrière. Cette étude montre par ailleurs que la totalité des professionnels interrogés développe une stratégie de récupération qui, bien que différente, pourrait être apparentée aux étapes du deuil. Wu rapproche le chemin que suit le soignant de celui que suit la première victime, le patient ou ses proches. Selon Scott et al., le processus de récupération de la seconde victime s'articule autour de six étapes, non obligatoires, mais fréquemment rencontrées, reprises ici de la publication originale :

1. Le chaos, au moment de l'accident : Comment et pourquoi est-ce arrivé ? Cette étape initiale est concomitante de la crise. Le professionnel, immergé dans le chaos d'une situation brutalement devenue catastrophique, doit simultanément prendre conscience de la gravité de l'événement et agir pour tenter d'en limiter les conséquences pour le patient. L'appel au renfort par d'autres membres de l'équipe constitue un élément essentiel du processus car le professionnel initialement impliqué n'est plus en mesure de mettre en place des procédures adaptées. Son implication ne lui permet plus d'avoir le recul nécessaire à la prise de décision.
2. Le retour sur soi, avec retour par la pensée sur l'événement : Qu'ai je raté ? Que se serait-il passé si j'avais... ? Le soignant est hanté par l'accident, reconstituant sans arrêt les faits, souvent associés à des sentiments d'insuffisance et des périodes de repli sur soi. Il en naît un sentiment profond de culpabilité.
3. L'ébauche de la reconstruction personnelle, grâce à une personne ressource vers laquelle on se tourne (professionnelle ou non) : Que pensent les autres ? Aura-t-on à nouveau confiance en moi ? Lors de cette étape, le soignant va chercher le soutien d'un collègue, d'un ami ou d'un membre de sa famille. Devant la difficulté d'être compris au plan professionnel et personnel, beaucoup ne savent pas à qui s'adresser, aggravant la perte de confiance en soi et l'incapacité à aller de l'avant.
4. L'inquisition des pairs, devoir répondre à de multiples pourquoi : À qui puis je parler ? Comment documenter l'événement ? Vais je perdre mon boulot ou le droit d'exercer ? Durant cette étape la « seconde victime » est préoccupée par la réaction de l'institution face à l'erreur. Elle se pose la question de la pérennité de l'emploi et la possibilité pour l'institution de se retourner contre elle. À ce doute s'ajoute la menace d'un contentieux médico-légal.
5. L'appel à l'aide pour un soutien : Pourquoi ai-je réagi ainsi ? Que puis-je faire ? Faut-il demander de l'aide ? Lors de cette étape les victimes recherchent un soutien, qui peut être familial ou professionnel. La difficulté à se confier à une personne de l'entourage familial tient à l'absence de compréhension des problèmes techniques et de leurs

conséquences et à la peur d'enfreindre le secret médical.

6. Le dépassement de l'événement, soit par l'abandon de la profession, soit par la réorientation, soit en tirant l'expérience de l'erreur et en recherchant une amélioration de la sécurité pour les autres patients. Une autre conclusion possible dans la sixième étape est de « survivre », le professionnel continuant à exercer tout en restant marqué par l'événement, avec une influence persistante sur sa vie professionnelle et personnelle. Enfin cette troisième étape peut donner lieu à un dénouement plus positif. Certains vont ainsi conserver le souvenir de l'événement, et se servir de celui-ci pour construire leur expérience, voire pour former leurs pairs (retour d'expérience), et développer des stratégies de maîtrises du risque.

Ces étapes représentent schématiquement le parcours d'un individu impliqué. En résumé, l'impact psychique d'un EIG est polymorphe. Il comporte des éléments émotionnels, psychosocial, médico-légal, et peut très fortement influencer les pratiques professionnelles et la vie personnelle [14].

## PERCEPTION DE L'ÉVÈNEMENT DE L'EIG EN ANESTHÉSIE AU BLOC

La perception de l'EIG au bloc opératoire et plus spécifiquement en anesthésie peut être très négative en raison de la sommation de plusieurs raisons.

L'anesthésie est une discipline médicale définie comme sûre. L'incidence des EIG est rare. Inhabituel, l'EIG survient dans un domaine standardisé où la sécurité apparaît acquise depuis de nombreuses années. Perçu comme un échec dans ce champ de la médecine souvent cité en exemple pour ses améliorations en matière de sécurité des patients, l'EIG est un événement d'autant plus inacceptable. Sa survenue peut remettre en cause l'ensemble du processus anesthésique et l'ensemble des acteurs contribuant à la prise en charge du patient. La survenue d'un EIG est d'autant moins bien vécue que l'anesthésie n'est pas une discipline médicale curative, mais une discipline adjuvante, fondée sur l'évaluation constante du rapport bénéfique/risque, destinée à rendre possible un acte chirurgical qui porte la valeur thérapeutique.

Si des progrès constants ont été mis en évidence concernant la réduction de la mortalité liée à l'anesthésie [15], la survenue d'événements indésirables reste possible (bris dentaire, brèche durale, lésion nerveuse périphérique...). Ces événements indésirables graves sont sans commune mesure avec le cataclysme que représente un décès au bloc opératoire, en particulier au cours d'une intervention programmée chez un patient évalué au préalable en consultation d'anesthésie. Cet événement vient bruyamment annihiler le sentiment de « toute puissance » dont peuvent faire preuve les équipes d'anesthésie. Qui n'a pas entendu, ou même répété que le bloc opératoire est le « meilleur endroit » pour être victime d'un arrêt cardiaque, l'ensemble des conditions étant idéalement réunies pour développer des stratégies de récupérations ? Ce paradoxe rend complexe et difficile l'acceptabilité d'un tel événement.

Enfin l'anesthésie est, si l'on peut dire, une discipline « familière du danger ». Les personnels de santé spécialisés manipulent quotidiennement des drogues dangereuses, jamais approchées par d'autres professionnels. Implicitement, ils peuvent vite se considérer comme des « virtuoses du danger ». Ce sentiment de toute-puissance, associé à une sous-estimation la tendance physiologique à produire des erreurs, vient aggraver le traumatisme de la seconde victime.

## **L'ERREUR, L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL : FACTEURS DE MAJORATION DU TRAUMATISME**

L'impact psychologique sur le soignant d'un évènement indésirable la gravité est majorée dans le cas où l'EIG a pour origine une erreur humaine.

La définition de l'erreur humaine prête à discussion. On peut néanmoins définir simplement trois types d'erreurs selon la classification établie par Rasmussen et Reason [16] en fonction de la charge mentale que nécessite l'action. Les erreurs de routine sont des erreurs qui se déroulent au cours d'activités habituelles qui nécessitent très peu de ressources mentales, ce qui rend possible de se focaliser sur d'autres tâches plus complexes en même temps. Les erreurs de règles ou de raisonnement sont des situations durant lesquelles le processus mental active des règles gardées en mémoire pour conduire l'action : l'activation d'une mauvaise règle entraîne l'erreur. Enfin les erreurs peuvent également être liées à un défaut de connaissance. On différencie également les erreurs involontaires des erreurs volontaires, appelées violations ou déviations selon les auteurs [17]. Quelle qu'en soit la définition, une erreur est le résultat des limitations physiologiques et psychologiques de l'être humain. La fréquence avec laquelle l'être humain fait des erreurs au cours de son activité est importante. En aéronautique, l'observation de l'équipage au cours de 3500 vols par un observateur conclut à une fréquence d'une à deux erreurs par heure [18]. Mais l'être humain se caractérise aussi par sa très grande capacité à auto détecter ses propres erreurs, et de ce fait à les récupérer dans 60 à 80 % des cas [19]. Les facteurs extérieurs (fatigue, charge de travail importante, interruption de tâche) vont augmenter la production d'erreur, et limiter leur auto détection et leur récupération.

Qu'elles soient de routine, d'activation de règle ou par défaut de connaissances, les erreurs involontaires non récupérées placent le soignant face à sa compétence, à son expertise, à sa légitimité et au regard de ses pairs. Plus l'évènement induit par l'erreur est grave pour le patient et plus la responsabilité perçue par le soignant est grande, plus grand sera le traumatisme. La gravité attribuable à l'EIG ne se mesure alors pas uniquement au niveau de l'impact patient. Une étude menée en 2006 par Engel [20], destinée à déterminer l'impact psychologique d'une erreur chez des médecins résidents a montré que les réponses émotionnelles survenant après une erreur se répartissent entre la détresse, la culpabilité, le doute, la perte d'estime de soi, et la frustration ou la colère. Par ailleurs d'autres catégories d'émotions ont été exprimées de manière moins importante, comme la confusion et la peur. Quelle que soit la nature de l'émotion ressentie, les résidents déclarent avoir été fortement affectés par l'impact direct de l'accident sur le patient (impact patient), mais aussi par les implications personnelles de l'évènement (impact personnel). Ces deux impacts ont également des conséquences psychosociales caractérisées par des difficultés importantes lors d'interactions avec d'autres acteurs de soins de santé (problèmes interpersonnels/équipe) : comment se reconnaître compétent face à soi même et aux autres après une erreur aux conséquences graves ?

Le contexte professionnel dans lequel survient l'évènement est également un facteur aggravant. La pression de production, les conditions d'exercice stressantes (service d'accueil des urgences, Samu), allant parfois jusqu'à un syndrome d'épuisement professionnel, sont des éléments contributeurs d'un plus grand traumatisme chez le professionnel. La faible expérience professionnelle des internes et élèves infirmiers est également un facteur de majoration.

De même, l'identification du soignant avec le patient ou avec un membre de sa propre famille est un facteur aggravant : « cette famille était très sympathique » ; « il avait mon âge... » ; « cet enfant m'a tout de suite rappelé ma fille » , etc.[13]

## **VICTIMES EN CASCADE**

Au-delà du soignant « seconde victime », on commence à entrevoir qu'il pourrait exister une « troisième victime ». Son existence dépend de la manière dont sont pris en charge les acteurs de soins perturbés par l'EIG qu'ils ont vécu. En effet dans les stratégies qu'il est recommandé de mettre en place après un EIG, il est très fortement souhaitable de soustraire le soignant de son activité professionnelle. Une enquête menée par Gazoni et al. [11] montre que seuls 7 % des anesthésistes ont été extraits de leur activité à la suite d'un EIG, alors que leur capacité à fournir des soins de qualité dans les quatre premières heures est fortement compromise. Ce résultat est à mettre en parallèle avec le stress et les difficultés de prise en charge ressentis par la majorité des praticiens après un EIG. Cet état de désordre émotionnel va générer une augmentation du risque pour les patients pris en charge à la suite d'un tel évènement, induisant un effet en chaîne, désastreux pour les patients et le soignant. Les patients subissent alors les effets déportés d'un EIG non correctement pris en charge au niveau de l'équipe soignante, et deviennent la « troisième victime » de l'accident.

## **PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE D'UN EIG**

L'accident vient ébranler l'individu dans l'image qu'il avait de lui-même en tant que professionnel de santé[21]. Cette image est d'autant plus fragile que le choix d'une profession de santé est basé sur la vocation et le dévouement. Ce fondement éthique, dans lequel l'erreur est considérée comme le témoin de l'incompétence, génère par ailleurs l'acceptation de conditions de travail souvent difficiles [22]. Comment répondre à la détresse des soignants victimes d'EIG dans un système de soins en crise, de plus en plus contraint ?

### **Prise en charge immédiate**

#### ***Prendre en charge le patient***

Il est évident que la prise en charge immédiate concerne le patient, et la recherche de la récupération de l'évènement en minimisant les conséquences si c'est possible.

#### ***Extraire les soignants impliqués***

Après l'accident, une fois le patient pris en charge, les soignants ayant été impliqués dans un EIG doivent être soustraits de la pratique clinique. Au cours de ce retrait, l'équipe confrontée à l'EIG se réunit pour colliger les différents éléments en liens avec l'EIG et reprendre la séquence des évènements. Ce débriefing à chaud permet de recueillir les perceptions de chacun, de mettre à plat les situations douteuses.

### ***Prévoir la communication***

Très vite, l'équipe doit élaborer les modalités de l'information du patient ou de la personne de confiance. Il est important de déterminer qui seront les intervenants, sans perdre de vue que la « seconde victime » n'est probablement pas la plus indiquée pour cette tâche. Il est préférable que l'entretien avec le patient ou sa famille soit assuré par une personne neutre qui devra avoir participé au débriefing, et limitera ses propos au consensus défini par l'équipe, avec empathie. Certains avancent que cette étape, primordiale, d'information du patient à propos de cet événement indésirable, peut être un élément de la reconstruction des personnels soignants impliqués, allant jusqu'à proposer un protocole d'établissement pour l'information en cas d'EIG[23].

Cette communication sera répétée autant que nécessaire, à la demande du patient ou de sa famille.

### ***Verbaliser***

La phase de débriefing à chaud seule ne suffit pas. Il faut également assurer un début de travail de support par des pairs qui va permettre à la seconde victime de parler de l'événement [10, 24] avec d'autres professionnels, d'égal à égal. Les points forts du support par les pairs, relevés par Van Pelt, sont leur crédibilité, leur disponibilité immédiate, la confidentialité, le caractère de « premier secours « émotionnel » (à différencier d'une réelle thérapie, selon l'auteur), et le caractère facilitant vers un support d'un niveau supérieur. Il importe donc que le soignant, seconde victime, puisse trouver des pairs avec lesquels parler : ceci peut impliquer une réorganisation immédiate de l'activité pour permettre ce soutien par les pairs, disponible immédiatement.

### ***Enquêter***

La période immédiate après un EIG doit permettre de recueillir les données précises du monitoring, du logiciel de feuille d'anesthésie le cas échéant, les données les plus précises possible concernant l'événement. Ces faits sont colligés dans le dossier d'anesthésie[25].

### ***Informers l'équipe***

Dans un même temps il apparaît nécessaire que le chef de service et le cadre de santé réunissent l'ensemble des personnels du service afin d'informer l'ensemble des personnels de l'EIG, de son analyse immédiate et de sa prise en charge humaine et organisationnelle. Cette mesure primordiale permet de limiter l'effet destructeur de la rumeur, destructrice pour le professionnel ayant subi une EIG comme pour l'équipe, basée sur des informations parcellaires et incomplètes. Elle peut nécessiter plusieurs réunions d'information, au fur et à mesure que les éléments de compréhension et d'analyse apparaissent.

### **À court terme**

#### ***Proposer des congés***

Gazoni [11] montre que la capacité à fournir des soins de qualité est altérée pour le soignant impliqué. Cette capacité apparaît très fortement dégradée dans les 4 heures suivant l'incident

pour 70 % des victimes, fortement compromise dans les 24 heures post événement pour 50 % et faiblement compromise au bout d'une semaine pour 28 %. Après une semaine 12 % des individus restent marqués par l'évènement, l'étude montrant que pour certains cette souffrance perdure de nombreuses années. Il semble raisonnable de proposer aux soignants concernés plusieurs jours de suspension de l'activité clinique qui a pour but d'éviter pour le patient des soins de faible qualité et pour le soignant une source potentielle d'aggravation du traumatisme. Cette situation ne doit pas couper le professionnel de son milieu professionnel, ni être une mise à l'écart dans un moment de grande vulnérabilité. Il y a donc une attention très assidue et soutenue du management et des collègues envers ce personnel seconde victime d'un EIG. Le lien entre l'équipe et le soignant doit impérativement être maintenu.

### *Soutien psychologique spécialisé*

Par ailleurs il peut sembler licite de leur proposer un débriefing avec des spécialistes (psychiatre ou psychologue) capables d'apporter une expertise aidant à la reconstruction du professionnel. Le besoin exprimé par les soignants de bénéficier d'une aide suite à un accident n'est pas constant. Il est étroitement lié à la gravité de l'incident et à l'implication personnelle du professionnel dans la survenue de l'accident. Il n'est d'ailleurs pas limité aux EIG, mais peut survenir au cours de circonstances dramatiques dans lequel le professionnel ou le système de soins n'a pas de responsabilité (situation de catastrophe, actions militaires avec pertes massives). Contrairement à la verbalisation à chaud avec des pairs, ce travail relève de la thérapie.

Pour des événements ressentis comme plus mineurs, les professionnels cherchent souvent le soutien d'un pair plus expérimenté, qui teint alors le rôle d'un « aîné » [10]. Le compagnonnage joue alors un rôle essentiel dans la reconstruction de l'image du professionnel : l'aîné ayant une valeur d'exemple est à même de partager les émotions, la culpabilité, la colère et l'incompréhension. Le recours à des aides plus formalisés par des psychologues est utile dans des situations plus graves ou dans des contextes plus difficiles (ex : Pédiatrie, obstétrique,...).

### *Analyser*

La survenue d'un EIG est également un défi pour le management d'une équipe, remettant potentiellement en cause, au-delà des personnes impliquées, la conduite de l'activité au sein d'un bloc opératoire. Une fois les premières étapes franchies viendra le temps de l'enquête dans laquelle le management devra tenir toute sa place avec rigueur et bienveillance. Cette étape est particulièrement pénible pour les soignants impliqués. L'honnêteté et la transparence des personnes réalisant l'enquête semblent essentielles. Cette enquête doit permettre de comprendre et d'améliorer éventuellement la sécurité et la gestion des risques au sein du service pour l'avenir. L'enquête prend alors une dimension pédagogique, moins délétère pour les soignants victimes de l'EIG. Cette enquête peut prendre la forme d'une revue de morbi-mortalité. Elle devra s'appuyer sur une méthode précise d'analyse, permettant de comprendre la conjonction de faits initiateurs de l'EIG ainsi que les facteurs ayant favorisé la survenue de l'évènement[26], et au final recherchant les causes racines pour améliorer la sécurité.

## Prise en charge à moyen et long terme

Traumatisme personnel et professionnel, remise en question de la capacité à travailler avec compétence, proximité de substances stupéfiantes ou apparentées : le risque d'une toxicomanie ou d'une tentative de suicide existe. L'ensemble de l'équipe doit rester vigilante quant à d'éventuelles décompensations psychiques. Culpabilité, dépression, anxiété, insomnie, peur du litige, crainte de revivre l'événement : certains professionnels admettent l'utilisation de drogues et d'alcool dans le cadre de leur mécanisme d'adaptation [27]. Le recours aux drogues ou agents psycho-actifs hautement toxicomanogène est plus facile car à la disposition permanente des soignants. La facilité d'acquisition et d'utilisation de ces agents fait courir un risque particulier aux professionnels, médecins et infirmiers, travaillant en milieu anesthésique, et susceptibles de développer une toxicomanie. La prévention, le dépistage et la prise en charge de ces troubles reposent probablement en partie sur une vigilance d'équipe. Plus aisée à concevoir qu'à mettre en œuvre, cette vigilance d'équipe commence probablement par une prise de conscience collective, ce qui implique que cette problématique soit discutée régulièrement en équipe. De ce point de vue, la prise en charge à long terme des secondes victimes d'EIG rejoint la prévention du syndrome d'épuisement professionnel [28-30].

La vigilance des équipes vis-à-vis des soignants victimes d'un EIG devra permettre d'orienter secondairement vers une prise en charge psychologique appropriée, au besoin avec l'aide de la médecine du travail. D'autre part, il peut être plus facile et acceptable de conseiller de faire appel à des structures d'écoute spécialisées, telle l'initiative « Santé des Médecins AR au Travail » (SMART) élaborée par le CFAR [31], ouverte à tous les professionnels de l'anesthésie, et permettant une information (livret d'information destiné aux résidents et aux seniors) et une prise en charge psychologique spécialisée, anonyme, par téléphone (Numéro Vert, pages dédiées sur le site, renvoi vers des liens utiles).

Cette initiative, comparable à d'autres propositions dans des pays développés, doit également amener les établissements de santé à proposer la mise en place d'une équipe locale d'intervention rapide en cas d'EIG[32], cette équipe assurant ensuite le suivi, systématique et bienveillant, des professionnels impliqués. Ces structures sont encore trop rares aujourd'hui. L'université du Missouri a développé une « boîte à outils » pour la mise en place d'une équipe de ce type (<http://www.mitsstools.org/tool-kit-for-staff-support-for-healthcare-organizations.html>).

## CONCLUSION

La survenue d'un accident dans une équipe d'anesthésie est toujours un moment très difficile à gérer tant pour les personnels directement concernés que pour l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale. La survenue d'un tel événement peut déstabiliser durablement l'équilibre et la vie d'un individu comme du groupe et nécessite une réflexion préalable afin de déterminer les conduites à tenir en cas d'incidents. Ce type de traumatisme se rapproche des *post traumatic stress disorders* (PTSD) décrits chez les militaires au combat depuis la Première Guerre mondiale, et dont la nosologie et la prise en charge ont été reprises à la suite de conflits récents [33]. Des actions doivent être mises en place dès la survenue de l'événement pour chercher à en minimiser les conséquences pour la seconde victime. Ces actions doivent se poursuivre sur le

long terme, avec si nécessaire recours à des dispositifs d'écoute spécialisés tels l'initiative SMART ou un suivi psychologique personnalisé. Des actions préventives sont également à développer, telle l'information des équipes sur ces conséquences psychologiques, sur les modes de prises en charge, voire la participation de professionnels à une équipe locale de prise en charge. Le renforcement de l'esprit d'équipe est un défi majeur pour le management. Comme l'a démontré l'enquête Press-Next [34], l'amélioration des conditions de travail passe par plus de travail en équipe, plus de concertation et plus de soutien psychologique. Même si nous progressons sur ce sujet, beaucoup reste à faire[35].

## RÉFÉRENCES

1. Michel P, et al. Les évènements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. *Etudes et résultats*, Drees, 2005;398: 1-16.
2. Michel P, et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité, acceptabilité. *Etudes et résultats*, Drees, 2011. 761.
3. Clergue F, et al. French survey of anesthesia in 1996. *Anesthesiology*, 1999;91:1509-20.
4. Maaloe R, et al. Scrutinizing incident reporting in anaesthesia: why is an incident perceived as critical? *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50:1005-13.
5. Currie M. A prospective survey of anaesthetic critical events in a teaching hospital. *Anaesth Intensive Care* 1989;17:403-11.
6. Tabuteau D. La sécurité sanitaire 1994, Paris: Berger-Levrault.
7. Wu AW, Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320:726-7.
8. Lienhart A, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087-97.
9. Denham CR, TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *J Patient Saf* 2007; 3:107-19 10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd.
10. Van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 2008;17: 249-52.
11. Gazoni FM, et al. The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. *Anesth Analg* 2012;114:596-603.
12. Scott SD. The second victim phenomenon: a harsh reality of healthcare professions. 2011 [cited 2013; Available from: <http://www.webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=102>.
13. Scott SD, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009;18:325-30.
14. Figon S, et al. Impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maitres de stage. *Presse Méd* 2008;37:1220-7.
15. Haller G, Laroche T, Clergue F. Morbidity in anaesthesia: today and tomorrow. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2011;25:123-32.
16. Reason, J. Human error: models and management. *Bmj* 2000;320:768-70.
17. Amalberti R, et al. Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Qual Saf Health Care* 2006;15 Suppl 1: p. i66-71.

18. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *Bmj* 2000. 320:781-5.
19. Allwood C. Error detection processes in statistical problem solving. *Cogn Science* 1984; 413-37.
20. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med* 2006;81:86-93.
21. Clergue F. Gestion d'un accident d'anesthésie, in MAPAR, MAPAR, Editor 2003: Paris.
22. Blumenthal D. Making medical errors into "medical treasures". *Jama*, 1994;272:1867-8.
23. Clancy CM. Alleviating "second victim" syndrome: how we should handle patient harm. *J Nurs Care Qual* 2012;27:1-5.
24. Hu YY, et al. Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Arch Surg* 2012;147:212-7.
25. Lienhart A, Gentili M. SFAR, L'anesthésiste-réanimateur et la justice : éléments de compréhension et conseils de la SFAR. <http://www.sfar.org/arjusticefr.html>, 2003.
26. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Bmj* 1998;316:1154-7.
27. Jouffroy L, Steib A. Communiqué de la SFAR du 30 juin 2010. 2010 [cited 2013 2010]; Available from: <http://www.sfar.org/article/429/communique-de-la-sfar-du-30-juin-2010>.
28. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013; 32:175-88.
29. Doppia, MA. Savoir ne suffit pas, encore faut-il appliquer.... *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32:140-1.
30. Doppia MA, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T, le comité de pilotage de l'enquête SESMAT. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011; 30:782-94.
31. Doppia MA. SMART: Santé Médecin AR au Travail. 2009; Available from: <http://www.cfar.org/index.php/vie-pro-smart/smart.html>.
32. Scott, SD, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:233-40.
33. Levy BS, Sidel VW. Adverse health consequences of the Iraq War. *Lancet*, 2013;381:949-58.
34. Estry-Béhar M, Le Nezet O, Bonnet N, Gardeur P, et al. Comportements de santé du personnel soignant: Résultats de l'étude européenne Presst-Next. *Presse Med* 2006;35(10 Pt 1): 1435-46.
35. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf* 2012;21:267-70.