

MOTS-CLÉS : TRAUMATISATION SECONDAIRE, TRAUMATISME TRANSMIS PAR PERSONNE INTERPOSÉE, SOINS PÉRIOPÉRATOIRES, PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE.

RÉVISION DE CONCEPT : LA TRAUMATISATION SECONDAIRE ET LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

Auteure : Heather Hartley, inf., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf., spécialiste en pratique professionnelle, Programmes chirurgicaux, Soins de santé de Quinte et AII SOC – membre de SENORA.

*Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français
par Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.*

RÉSUMÉ

Les traumatismes vont de pair avec l'expérience vécue des cliniciens en soins périopératoires. Le coût humain de ces expériences demeure cependant un bourdonnement, la plupart du temps méconnu et enveloppé dans le mystère de la salle d'opération (SOP). La traumatisation secondaire décrit le phénomène qui se produit quand des cliniciens deviennent déstabilisés dans leur vie personnelle et professionnelle à la suite d'une exposition à un événement critique. Parmi ces événements, nous pouvons retrouver : une erreur médicale, un cas traumatisant ou des résultats imprévus pour le patient. Même si ce phénomène a été reconnu dans une variété de disciplines, notamment en soins infirmiers, en médecine, en travail social et en psychologie, il a reçu peu d'attention dans le contexte des soins périopératoires. Une révision du concept de la traumatisation secondaire est nécessaire pour comprendre les expériences des cliniciens en soins périopératoires offrant des soins aux victimes d'événements critiques.

Cet article traite de deux concepts interconnectés : le traumatisme transmis par personne interposée et la victimisation secondaire.

Le traumatisme transmis par personne interposée est un concept inventé par des psychologues pour aborder le phénomène touchant les personnes qui travaillent auprès de victimes de traumatismes et qui peuvent absorber les effets psychologiques perturbateurs pouvant persister avec le temps.

La victimisation secondaire a, à l'origine, été proposée par un médecin et a été utilisée pour décrire des situations dans lesquelles des cliniciens souffrent en raison de leur impression de perpétuer un événement indésirable par une erreur médicale. Avec le temps, le concept de victimisation secondaire s'est élargi pour inclure non seulement les personnes qui pourraient se sentir coupables, mais aussi tout clinicien impliqué dans un événement indésirable.

Les traumatismes vont
de pair avec
l'expérience vécue des
cliniciens en soins
périopératoires.

Les traumatismes vont de pair avec l'expérience vécue des cliniciens en soins périopératoires, toutefois, le coût humain de ces expériences demeure un bourdonnement, la plupart du temps méconnu et enveloppé dans le mystère de la salle d'opération (SOP).¹

Bien que ces concepts proviennent de la recherche portant sur une discipline spécifique, ils sont tous les deux pertinents aux éléments à risque élevé, d'urgence et interdisciplinaires qui caractérisent les soins en SOP. Tenir compte à la fois de la victimisation et de la traumatisation permet de comprendre globalement le concept de la traumatisation secondaire dans le contexte des soins périopératoires.

L'objectif de cet article vise à présenter une révision du concept de la traumatisation secondaire. L'intention d'une révision de concept est d'utiliser la littérature pertinente afin d'analyser, déterminer, développer et d'évaluer un concept pertinent à la profession infirmière. Bien que de nombreux cadres existent pour les analyses de concepts, la Méthode évolutionnaire de Rodger tient compte des éléments contextuels et de la croissance d'un concept, reconnaissant qu'il s'adapte dans différentes situations. En définissant le concept de la traumatisation secondaire, j'espère inciter les infirmières à prendre conscience de ce phénomène dans leur pratique et à adopter les mesures nécessaires pour en atténuer les méfaits.

INTRODUCTION

Les traumatismes vont de pair avec l'expérience vécue des cliniciens en soins périopératoires, toutefois, le coût humain de ces expériences demeure un bourdonnement, la plupart du temps méconnu et enveloppé dans le mystère de la salle d'opération (SOP).¹ La SOP est un environnement où sont prodigués des soins complexes, chorégraphiés par un certain nombre de cliniciens, et qui sont interconnectés aux objectifs universaux de la préservation de la vie.² En raison de la nature atypique des relations thérapeutiques entre les cliniciens et leurs patients, les impacts professionnels et individuels sur le personnel apportant des soins à des patients victimisés n'ont pas été considérés adéquatement.^{3,4} L'objectif de cette révision de concept vise à examiner la recherche disponible décrivant les expériences physiques, psychologiques et sociales des cliniciens suite à leur

implication dans un événement critique et de définir ce phénomène. La révision du concept de la traumatisation secondaire mettra en lumière les expériences uniques des cliniciens en soins périopératoires et les conséquences possibles pour les patients, les cliniciens et les organismes de soins de santé.⁵

L'analyse de concept de Rodger servira de cadre directeur pour déterminer l'évolution de la traumatisation secondaire.⁶ Bien que similaire à une révision de littérature, la révision de concept saisit des données avec l'intention de définir un concept et présente les résultats selon un cadre en sept phases. Les auteurs Tofthagen et Fagerstrøm maintiennent que « le développement de concept est un prérequis obligatoire à une recherche de base fructueuse. »⁷ Dans le cadre de la méthode de Rodger, (1) un cas concret sera présenté dans le but de fournir un contexte pour explorer le concept de la traumatisation secondaire. L'auteure (2) explorera l'évolution du phénomène, en tenant compte de deux termes auxiliaires – le traumatisme transmis par personne interposée et la victimisation secondaire – et (3) en déterminant les termes qui y sont liés. En suivant ce cadre, (4) la section d'échantillons sera définie et imposera le processus de collecte de données. À la phase d'analyse, l'essentiel sera extrait de la littérature recueillie dans le but de (5) définir la traumatisation secondaire et ses antécédents, (6) attributs et (7) conséquences.

Le rôle de l'infirmière en pratique avancée (PIA) émerge comme une solution possible pour mettre en œuvre des interventions de soutien et aussi pour accroître la ténacité des cliniciens et de l'organisation.⁸ Ce rôle a été choisi parce que, bien qu'il ait été largement mis à l'épreuve dans une variété d'environnements pratiques, sa valeur n'a pas été explorée à fond dans le contexte des soins périopératoires. Reconnaître le rôle de l'infirmière en PIA en tant que défenseur des victimes de traumatisation secondaire pourrait lancer la conversation sur l'expansion des compétences des infirmières en

pratique avancée dans le secteur des soins périopératoires.

Par l'entremise de cette révision, l'auteure souligne le fait que la traumatisation secondaire a des effets sur les attributs affectifs, physiques, cognitifs et comportementaux et peut déstabiliser les cliniciens aussi bien au niveau professionnel que personnel. Les symptômes non traités peuvent entraîner des effets à long terme et insidieusement affecter non seulement les cliniciens, mais aussi mettre en danger leurs patients et organisations. Le but de l'exploration de la traumatisation secondaire est d'encourager la reconnaissance des victimes, l'élaboration de ressources de soutien et la poursuite des activités de plaidoyer en faveur de la santé des patients et des cliniciens.

Scénario d'un cas concret

Une patiente nécessitant une opération d'urgence est précipitée à la SOP pour recevoir une craniotomie visant à évacuer les saignements causés par une blessure infligée par son fils. Les soins chirurgicaux sont efficacement mobilisés par l'équipe périopératoire du chirurgien, l'anesthésiologiste et les infirmières. Pendant l'opération, la patiente subit un arrêt cardiaque. L'atmosphère calme et sous contrôle caractérisant habituellement la SOP est remplacée par un sentiment d'urgence et de confusion. Toutes les méthodes de réanimation sont tentées en s'efforçant de protéger la matière crânienne exposée. Lorsque toutes les interventions possibles pour sauver la vie de la patiente sont épuisées, l'anesthésiologiste supplie la salle qui demeure silencieuse, demandant des suggestions ou des options inexplorées. Avant que l'heure du décès ne soit prononcée, l'anesthésiologiste s'agenouille près de la patiente et lui demande pardon à voix basse pour les soins qui ont échoué, pour l'abominable série d'événements qu'elle a subis et pour son décès.

Maintenant avec des intentions dispersées, l'équipe respire et remarque son environnement : flaques de sang

sous la table d'opération, chariot d'urgence ouvert et champs et équipement chirurgicaux en désordre. La patiente est victime d'un certain nombre de lésions traumatiques – crâne ouvert, côtes cassées, corps meurtri – certaines attribuées aux interventions prodiguées par l'équipe de soins périopératoires. L'équipe se dissout et se disperse. Le chirurgien s'adresse à la famille, l'anesthésiologiste enregistre l'incident et les infirmières s'occupent soigneusement du corps. Les soins habituels sont compromis étant donné la nature criminelle de ce cas, laissant peu de latitude à l'équipe pour offrir un soutien à la famille ou fournir les soins post mortem. Les membres du personnel sont à bout de forces, leur énergie et ressources épuisées. Dans les semaines et les mois qui suivent le décès de la patiente, le chirurgien ressent de la colère à l'endroit de l'anesthésiologiste qui relate constamment les événements et qui refuse de travailler avec lui à l'avenir. L'anesthésiologiste vit du stress, se sent isolé de ses collègues et manque de confiance. Les infirmières éprouvent de la difficulté à composer avec leur deuil. Les images de la patiente les hantent et il leur répugne de travailler sur des cas similaires. L'équipe ainsi divisée va de l'avant, soigne d'autres patients et tente de négliger cette expérience traumatisante.

L'évolution du concept de la traumatisation secondaire

Le concept de la traumatisation secondaire a été étudié de la perspective de plusieurs cliniciens, mais une grande partie de la recherche est spécifique à des cloisonnements disciplinaires variés.⁹ Pour cette raison, le consensus sur la terminologie est faible et la compréhension des antécédents et des conséquences liés à la traumatisation secondaire restreinte. Deux branches de termes auxiliaires ont fait leur apparition dans la littérature produite par les disciplines séparées, mais faisant écho à des thèmes similaires.¹⁰ Le traumatisme transmis par personne interposée a d'abord été remarqué chez les thérapeutes qui s'engagent de manière empathique avec leurs patients et qui

Les termes associés au concept de traumatisation secondaire ont été déterminés conformément à la méthode de Rogers.

ressentent par autrui les symptômes des traumatismes physiques et psychologiques de ces patients.¹¹ La traumatisation secondaire examine l'expérience d'infirmières et de médecins qui soignent des patients victimes d'une erreur ou d'événements indésirables.¹² Les chercheurs ont distingué trois sphères de victimisation découlant d'événements indésirables : essentiellement le patient et la famille, indirectement les cliniciens et par la suite l'organisation.⁵ Les cliniciens sont décrits comme des « victimes secondaires », soit des personnes exposées par autrui à des événements très douloureux et qui sont indirectement traumatisées en venant en aide aux victimes immédiates.^{4,10,13} Le personnel de la SOP est particulièrement vulnérable au traumatisme transmis par personne interposée et à la victimisation secondaire étant donné le caractère intrinsèquement traumatisant des soins chirurgicaux.¹⁴ Les environnements périopératoires sont marqués d'événements traumatisants, empirés par la nature invasive des opérations menées par l'équipe chirurgicale.¹⁵ La complexité des interventions et la dépendance à l'égard du fonctionnement efficace de l'équipe forment une base précaire pour la sécurité des patients en situations chaotiques et traumatisantes.² La traumatisation secondaire mérite aussi d'être examinée en tant que cycle plaçant les cliniciens en position de vulnérabilité accrue aux traumatismes futurs et pouvant introduire une culture d'erreurs et d'événements indésirables. Cette combinaison de caractéristiques justifie l'ajout des expressions traumatisme transmis par personne interposée et victimisation secondaire aux termes auxiliaires.

Déterminer les termes connexes

Les termes associés au concept de traumatisation secondaire ont été déterminés conformément à la méthode de Rogers. Certains des concepts connexes qui sont souvent incorrectement attribués à la traumatisation secondaire ont été

exclus de la collecte de données du fait de leurs définitions. L'usure de compassion (UC), l'épuisement professionnel et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) présentent des éléments déclencheurs, des symptômes et des conséquences s'apparentant à ceux de la traumatisation secondaire et peuvent potentiellement apparaître en conjonction avec celle-ci.¹⁶

L'UC se décrit comme une réduction de la capacité à prodiguer des soins avec compassion en raison des expériences exhaustives et empathiques vécues auprès des patients.^{17,18} Bien que l'exposition indirecte aux traumatismes puisse ultérieurement mener à l'UC, ce trouble n'est pas nécessairement déclenché par un événement difficile et peut suivre un cours plus graduel.¹⁹ La traumatisation secondaire est associée de manière similaire au phénomène de l'épuisement professionnel, en ce sens qu'elle peut contribuer à l'expérience, mais est liée à des antécédents différents.²⁰ L'épuisement professionnel se trouve souvent attribuable à la pression institutionnelle comme la tension entre le personnel, l'ambiguïté face au rôle et l'accroissement de la charge de travail.²¹ La définition du TSPT a été élargie pour englober les expériences traumatisantes indirectes pouvant inclure les conséquences à long terme de cliniciens victimisés.²² Les symptômes du TSPT comprennent des images envahissantes de l'incident traumatisant, l'évitement et des pensées désorganisées.²³ Les symptômes sont si similaires que dans les cas non résolus, il est possible que le personnel ne satisfasse pas aux critères de diagnostic de TSPT et soit plutôt classé comme vivant un stress traumatique secondaire.¹⁶ Bien que ces concepts soient pertinents aux contextes périopératoires et qu'ils soient associés à des symptômes similaires, ils ne sont pas équivalents à l'étendue indirecte et traumatisante de la traumatisation secondaire.

Sélection des échantillons et collecte de données

À l'aide de la Méthode évolutionnaire d'analyse de concept de Rodger,

l'auteur a recueilli des données en suivant une approche systématique incorporant les caractéristiques interdisciplinaires, socioculturelles et contextuelles du phénomène.^{6,7} D'après la définition conceptuelle de la traumatisation secondaire et vu la population d'intérêt dans cette étude, trois bases de données ont été retenues pour leur valeur relative à la révision de la littérature : CINAHL, MEDLINE et PsychINFO. Trois recherches compréhensives en anglais ont été effectuées en novembre, février et mars 2017 d'après la compréhension renouvelée de la chercheuse face au concept. Une méthode de recherche similaire comportant de légères modifications a été employée pour permettre une adaptation aux caractéristiques uniques de chaque base de données. Quatre mots-clés tronqués (« vicarious trauma* », « second* victim* », « second* trauma* » et « vicarious victim* ») ont été choisis pour saisir les phénomènes de traumatisme transmis par personne interposée et victimisation secondaire. Étant donné le manque de consensus terminologique et les orthographes variées, cette démarche permet d'inclure des mots-clés similaires comme « secondary victimization », « vicarious traumatization » et « secondary traumatic stress ».

En tout, 234 articles ont été trouvés sur Medline, 95 articles sur CINAHL et 189 sur PsychINFO. Pour les critères d'inclusion, on précisait la langue anglaise, les sources principales concernant les membres des équipes interdisciplinaires en relation avec la SOP (infirmières et médecins) et des articles portant sur l'environnement des soins tertiaires. Les critères d'exclusion comprenaient les sources secondaires non anglophones, la littérature abordant les disciplines où le personnel en soins périopératoires n'est pas représenté, les cas intégrés aux installations de soins de santé primaires et les articles traitant des questions juridiques de la victimisation des cliniciens. Les articles qui emploient UC, épuisement professionnel ou TSPT de manière

interchangeable avec le terme traumatisation secondaire ont également été exclus.

La littérature n'a pas été limitée par date ou type de publication et comprend la littérature grise, les éditoriaux et les publications professionnelles.⁶ Les articles doubles ont été enlevés et le reste a été classé d'après sa pertinence au traumatisme transmis par personne interposée (17 articles) et à la victimisation secondaire (15 articles). Le matériel recueilli représente toutes les perspectives disciplinaires des soins périopératoires et dépasse le nombre minimum d'articles requis pour effectuer une analyse de concept selon les prescriptions de Rodgers.⁶

Phase d'analyse :

Définition de traumatisation secondaire et d'antécédents

Dans le contexte de la SOP, la traumatisation secondaire se produit lorsqu'un clinicien est indirectement traumatisé dans le cadre des soins qu'il prodigue à un patient victime d'un événement critique.²⁴ L'antécédent dans un environnement périopératoire, un événement critique, est lorsque le patient est victime d'un traumatisme physique ou affectif, d'un événement indésirable inattendu ou d'une erreur médicale.^{5,9,10} Parmi les exemples fournis dans la littérature, notons les patients victimes de violence physique qui arrivent dans la SOP traumatisés sur le plan physique et affectif suite à une agression.²³ Les décès peropératoires sont également considérés comme des antécédents de la traumatisation secondaire puisqu'il s'agit d'événements chirurgicaux indésirables et inattendus.⁸ Les erreurs médicales, une réalité dangereuse incrustée dans l'élaboration des soins périopératoires, forment une sous-catégorie d'événements critiques qui affectent directement le patient et traumatisent indirectement le clinicien impliqué.⁹ Dans la SOP, ce genre d'événement critique est étroitement lié. Les chirurgies émergentes en

réponse aux grands traumatismes physiques et affectifs peuvent mener à des soins désorganisés qui nuisent à la sécurité du patient.⁴

Attributs

Chez les professionnels en soins périopératoires, y compris les infirmières, chirurgiens et anesthésiologistes, il existe un consensus sur les attributs affectifs, physiques, cognitifs et comportementaux de la traumatisation secondaire.²² Les attributs affectifs ont été décrits comme étant issus du stress, lequel se caractérise par le choc, l'anxiété, la culpabilité, le chagrin, les remords, la peur, la honte et la colère.^{24,25} Les manifestations physiques sont attribuées aux symptômes psychosomatiques tels l'épuisement, la nausée, les étourdissements, l'hypertension, la tachycardie et les blessures causées par la tension musculaire.^{9,20} Pour leur part, les attributs cognitifs comprennent une difficulté à se concentrer, une diminution de la confiance, une préoccupation face aux événements traumatisants, l'hypervigilance et la perte de mémoire.^{12,22} Les attributs comportementaux ont été catégorisés comme étant le retrait social, les difficultés à dormir, les comportements autodestructeurs et une diminution de la satisfaction au travail.^{26,27} La recherche stipule que ces dimensions sont liées. En effet, présenter des symptômes affectifs comme le chagrin et la colère peut entraîner la tachycardie, une difficulté à se concentrer et une diminution de la satisfaction au travail.²⁸

Selon un accord global, le concept de la traumatisation secondaire est un phénomène individualisé influencé par le contexte, le temps, les expériences et les traits personnels.⁹ La littérature suggère également la présence d'un effet cumulatif, c'est-à-dire que les cliniciens qui ont subi les manifestations d'un traumatisme antérieur sont vulnérables à un traumatisme future.^{22,28} Cette

Dans la troisième trajectoire, le clinicien qui est incapable de confronter la traumatisation finit par quitter le contexte professionnel en changeant de poste ou d'organisation ou en abandonnant sa profession.^{24,27,28}

observation est soutenue par la théorie constructiviste de développement personnel qui décrit la réaction au traumatisme comme une réflexion de la capacité d'une personne à s'adapter d'après son expérience historique.^{17,29} Le plus souvent, ces attributs ne durent qu'une courte période de temps (quelques jours ou quelques semaines), mais il arrive qu'ils puissent entraîner des symptômes à long terme qui persistent des mois ou des années.^{9,24}

Conséquences

Les conséquences de la traumatisation secondaire correspondent au point culminant d'attributs affectifs, physiques, cognitifs et comportementaux, en conjonction avec la stratégie d'adaptation et les expériences passées de la personne.³⁰

Scott et ses collègues ont souligné trois trajectoires de conséquence. Dans la première, le clinicien peut retirer des résultats positifs comme acquérir une certaine perspective, comprendre et passer à autre chose.¹⁰ Ces issues sont attribuables à la motivation croissante du clinicien à enrichir ses connaissances et compétences pour prévenir de tels événements critiques à l'avenir.^{25,31,32} La communauté des psychologues a inventé le terme « résilience vicariante » pour décrire le processus d'apprentissage et d'absorption des stratégies d'adaptation par l'entremise d'un engagement sérieux envers les expériences traumatisantes.³³

Dans une autre trajectoire de conséquence possible, le clinicien surmonte l'obstacle, mais subit tout de même les effets non résolus de la traumatisation indirecte.¹⁰ Ces cliniciens rapportent souffrir d'un stress continu et éprouver de l'inquiétude face aux événements qui affectent leur capacité à accomplir leur travail et qui influent sur leur santé et relations personnelles.^{5,23,26}

Dans la troisième trajectoire, le clinicien qui est incapable de confronter la traumatisation finit par quitter le contexte professionnel en changeant de poste ou d'organisation ou en abandonnant sa profession.^{24,27,28} Ce

dénouement illustre la troisième sphère de la victimisation, soit lorsque les organisations font les frais en matière de ressources humaines et de coûts de la traumatisation non résolue. Les résultats négatifs peuvent se caractériser par l'abus d'alcool ou de drogues, la dépression et les pensées suicidaires.^{4,22,34} Scott et ses collègues expliquent que les conséquences « changent le cours d'une vie » au sein de toutes les professions, sans égard pour la discipline, le genre et l'expérience professionnelle.¹⁰ Les conséquences ont des effets significatifs sur les patients et leurs familles qui peuvent recevoir des soins compromis, mais aussi sur les cliniciens déstabilisés de plus en plus vulnérables au traumatisme futur.³⁵

Rôle et compétences de l'infirmière en PIA

L'infirmière en pratique avancée (PIA) occupe une position unique pour intervenir en matière d'apparition et d'effets de la traumatisation secondaire, et peut avoir des répercussions positives sur la santé et la sécurité des patients, des cliniciens et des organisations. Les infirmières en PIA peuvent participer à deux phases de l'opération : l'intervention rapide initiale et l'élaboration de programmes de prévention.⁹ Ces stratégies sont adaptées à l'environnement des soins périopératoires, mais peuvent aussi servir dans d'autres services.

Le concept de l'équipe d'intervention rapide a été mis en place dans de nombreux états américains en réponse à la traumatisation secondaire et à ses effets déstabilisants sur les cliniciens.^{5,36} Parmi les exemples, on trouve le programme forYOU de l'University of Missouri Health Care, le programme de résilience aux événements stressants (RISE) de l'hôpital John Hopkins et l'initiative YOU Matter dirigée par Nationwide Children's Hospital en Ohio.^{37,38,39} Les cliniciens bénévoles au sein des unités sont formés et chargés d'identifier et de référer les collègues qui souffrent d'une exposition à des événements critiques. Par exemple, le programme forYOU compte des

médecins, infirmières, travailleurs sociaux, inhalothérapeutes et autres membres alliés des soins de santé.³⁷ Les personnes reçoivent un soutien par des pairs ou une assistance professionnelle pour les aider à gérer les attributs de la traumatisation secondaire et à contrer ses effets négatifs.⁹

Placer des infirmières en PIA au centre de ce programme permettrait de combiner les aptitudes multidimensionnelles en soins infirmiers aux compétences avancées dans le but d'améliorer la prestation des soins et leur efficacité.⁴⁰ Une infirmière en PIA possédant un bagage en soins périopératoires serait en mesure de s'identifier aux expériences du personnel traumatisé des soins périopératoires et d'élaborer des interventions thérapeutiques adaptées au contexte et aux besoins de la personne.³⁶ Ces infirmières ont la capacité de consulter et de collaborer avec une variété de membres de l'équipe interprofessionnelle et de mobiliser le soutien nécessaire d'après les évaluations uniques des clients et les scénarios traumatisants individuels.⁴¹ Conjointement avec d'autres membres de l'équipe (par ex. des médecins, membres de professions paramédicales, administrateurs), les infirmières en PIA pourraient animer des séances de débriefing, lesquelles ont fait leur preuve pour apaiser les symptômes et améliorer les relations interprofessionnelles après un événement critique.²³ Elles pourraient également apporter leur aide pour divulguer aux familles les événements indésirables, un fardeau anxiogène imposé par les hôpitaux.^{24,34} Une infirmière en PIA serait en mesure de fournir le leadership nécessaire pour élaborer et maintenir cette intervention, former les bénévoles de l'unité, prodiguer des soins directs aux cliniciens et entamer un dialogue avec les intervenants organisationnels.^{9,42}

Les infirmières en PIA pourraient aussi mettre au point des interventions de prévention visant à réduire l'incidence de la traumatisation secondaire.

Instruire le personnel en soins périopératoires sur les antécédents, attributs, conséquences et mécanismes d'ajustement aidera à cerner les risques potentiels de victimisation et favorisera une adaptation proactive.^{5,24} Les infirmières en PIA pourraient participer au processus de révision relatif aux événements indésirables et erreurs afin d'analyser les chances d'amélioration dans le domaine du fonctionnement du personnel et des processus basés sur les politiques.¹² Pour appuyer ces interventions et découvrir de nouvelles stratégies, elles pourraient contribuer aux initiatives de recherche et de qualité dans le but de mettre de l'avant des programmes efficaces et obtenir le soutien de l'équipe de leadership organisationnel.⁴³ L'incorporation de ces interventions à la structure même des programmes de soins périopératoires peut mener à des changements culturels en éliminant l'idée de perfection des soins périopératoires et en donnant la chance au personnel de reconnaître l'impact des événements critiques.^{4,9,30}

Conclusion

Comme illustré dans le scénario du cas concret, la traumatisation secondaire débute par l'exposition à un patient qui a été victime d'un événement critique ou une accumulation d'expériences traumatisantes.⁴⁴ Le personnel se divise, chaque membre vivant différents attributs de la traumatisation secondaire, et reçoit habituellement peu de soutien ou de reconnaissance.⁴ De telles expériences peuvent avoir des conséquences variées à long terme : l'anesthésiologiste pourrait démissionner de l'hôpital, les infirmières pourraient prodiguer un niveau de soins compromis à l'avenir et le chirurgien, par crainte de représailles, pourrait être motivé à améliorer ses compétences.¹⁰ Ces résultats ont des répercussions considérables non seulement sur les cliniciens souffrant de traumatisation, mais aussi sur les futurs patients qui risquent de recevoir des soins de qualité inférieure et dont la sécurité est compromise.⁴⁵

Permettre aux infirmières en PIA de mettre en œuvre un programme sur la traumatisation secondaire peut changer la trajectoire des cliniciens victimisés. Les membres de l'équipe dans le scénario de cas concret seraient reconnus comme victimes potentielles, auraient la chance de participer à une séance de débriefing et recevraient un soutien à long terme.²⁷ Ils pourraient acquérir une connaissance approfondie de leur expérience, reconnaître les attributs comme faisant partie du processus normatif et s'engager dans des activités d'adaptation.⁴⁶ Au lieu de laisser le traumatisme transmis par personne interposée nuire à leur rendement et au bon fonctionnement de l'équipe, les cliniciens pourraient recevoir du soutien en plus d'améliorer leur santé personnelle, la prestation des soins et la sécurité des futurs patients.⁹ Grâce aux soins de prévention, les cliniciens pourraient être en meilleure position pour reconnaître les situations traumatisantes et exploiter la victimisation comme une force de motivation pour entamer des initiatives d'amélioration de la qualité.⁴²

Cette révision de concept est nécessaire pour saisir toute l'importance de la traumatisation secondaire dans un milieu de pratique relativement inexploré.⁴² Il est essentiel d'effectuer d'autres recherches pour mieux comprendre l'étendue et la profondeur de ce concept et continuer de militer pour la reconnaissance des victimes. Les infirmières en PIA sont bien placées pour participer aux recherches requises, concevoir un programme adapté au contexte et diriger les équipes de soutien aux cliniciens. Accorder la priorité à ces initiatives démontre un investissement stratégique dans le bien-être des cliniciens ainsi qu'un engagement continu envers une culture prônant la sécurité.

RÉFÉRENCES

- Pinto A, Faiz O, Bicknell C, Vincent C. Surgical complications and their implications for surgeons' well-being. *Br J Surg*. 2013 Dec;100(13):1748-55.
- Forse RA, Bramble JD, McQuillan R. Team training can improve operating room performance. *Surg*. 2011 Oct 31;150(4):771-8.
- Bull R, FitzGerald M. Nursing in a technological environment: nursing care in the operating room. *Int J Nur Pract*. 2006 Feb;12(1):3-7.
- Wu AW. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000 Mar;320(7237):726.
- Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: the second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg*. 2015 Dec;24(6):315-18.
- Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *JAN*. 1989 Apr;14(4):330-5.
- Tofthagen R, Fagerström LM. Rodgers' evolutionary concept analysis—a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scand J Caring Sci*. 2010 Dec;24:21-31.
- Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012 May;38(5):235-40.
- Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am*. 2012 Sep;47(3):383-93.
- 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 Oct;18(5):325-30.
- Warren T, Lee S, Saunders S. Factors influencing experienced distress and attitude toward trauma by emergency medicine practitioners. *J Clin Psychol Med Settings*. 2003 Dec;10(4):293-6.
- Jones JH, Treiber LA. When nurses become the "second" victim. *Nurs Forum*. 2012 Oct 1;47(4):286-91.
- Quinal L, Harford S, Rutledge DN. Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nurs*. 2009 Jul;32(4):1-7.
- Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg*. 2009 May;197(5):678-85.
- Killen AR. Stories from the operating room: Moral dilemmas for nurses. *Nurs Ethics*. 2002 Jul;9(4):405-15.
- Melvin CS. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015 Feb;17(1):66-72.
- Tehrani N. The cost of caring—the impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Couns Psychol Q*. 2007 Dec;20(4):325-39.
- Pearson GS. Psychiatric nurses and secondary trauma. *Perspect Psychiatr Care*. 2012 Jul;48(3):123-4.
- Rothschild B, Rand M. Help for the helper: the psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. *Contemp Hypn*. 2006 Mar;23(4):181-3.
- Dominguez-Gomez E, Rutledge DN. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2009 May;35(3):199-204.
- Komachi MH, Kamibeppu K, Nishi D, Matsuoka Y. Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses

- working in hospitals. *Int J Nur Pract.* 2012 Apr;18(2):155-63.
22. Grissinger M. Too many abandon the “second victims” of medical errors. *Pharm Ther.* 2014 Sep;39(9):591.
 23. Gates DM, Gillespie GL. Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Mar;37(2):243-9.
 24. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?. *BMJ Qual. Saf.* 2012, Mar;21(4):267:70.
 25. Beck CT, Gable RK. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Nov 1;41(6):747-60.
 26. Badger JM. Understanding secondary traumatic stress. *Am J Nurs.* 2001 Jul;101(7):26-32.
 27. Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *Journal Patient Saf.* 2015 Jun;11(2):73-8.
 28. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014 Apr;23(4):325-31.
 29. McCann IL, Pearlman LA. Constructivist self-development theory: a theoretical framework for assessing and treating traumatized college students. *J Am Coll Health.* 1992 Jan;40(4):189-96.
 30. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn.* 2011 Apr;121(4):101-8.
 31. Craun SW, Bourke ML. The use of humor to cope with secondary traumatic stress. *J Child Sex Abus.* 2014 Oct;23(7):840-52.
 32. Huggard P, Stamm BH, Pearlman LA. Physician stress: compassion satisfaction, compassion fatigue and vicarious traumatization. In: Figley C, Huggard P, Rees CE, editors. *First do no self harm: understanding and promoting physician stress resilience.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 1-28.
 33. Hernández P, Gangsei D, Engstrom D. Vicarious resilience: a new concept in work with those who survive trauma. *Fam Process.* 2007 Jun;46(2):229-41.
 34. Clancy CM. Alleviating “second victim” syndrome: how we should handle patient harm. *J Nurs Care Qual.* 2012 Jan;27(1):1-5.
 35. Sprang G, Craig C. An inter-battery exploratory factor analysis of primary and secondary traumatic stress: determining a best practice approach to assessment. *Best Pract Ment Health.* 2015 Mar;11(1):1-3.
 36. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, Phillips EC, Hall LW. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010 May 1;36(5):233-40.
 37. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open.* 2016 Sep 1;6(9):e011708.
 38. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 2015 Apr 1;72(7):563-7.
 39. Saver C. ‘Second victim’ rapid-response team helps fellow clinicians recover from trauma. *OR Manager.* 2013 May;29(5):10-27.
 40. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *La pratique infirmière avancée : un cadre national* [Internet]. Ottawa: CNA; 2008. Disponible à [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf)
 41. Hanson CM, Carter M. Collaboration. In Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O’Grady ET, editors. *Advanced practice nursing: an integrative approach.* 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2014. p. 299-327.
 42. Stewart K, Lawton R, Harrison R. Supporting “second victims” is a system-wide responsibility. *BMJ.* 2015 May;350.
 43. Battilana J, Gilmartin M, Sengul M, Pache AC, Alexander JA. Leadership competencies for implementing planned organizational change. *Leadership Q.* 2010 Jun;21(3):422-38.
 44. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, Murray M. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Int J of Trauma Nurs.* 2014 Jul;21(4):160-9.
 45. Cadwell SM, Hohenhaus SM. Medication errors and secondary victims. *J Emerg Nurs.* 2011 Nov;37(6):562-3.
 46. Von Rueden KT, Hinderer KA, McQuillan KA, Murray M, Logan T, Kramer B, Gilmore R, Friedmann E. Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *J Trauma Nurs.* 2010 Oct;17(4):191-200.