

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE



جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

Année 2025

Thèse N°101/25

EVALUATION DU SYNDROME DE LA SECONDE VICTIME EN OPHTALMOLOGIE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28/02/2025

PAR

Mr. BENMARRAK REDA

Né le 01 juin 1999 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Syndrome de seconde victime - Ophtalmologistes - Maroc - Erreurs médicales

JURY

M. BENATIYA ANDALOUSSI IDRIS PRÉSIDENT

Professeur d'Ophtalmologie

Mme. EL BAHLOUL MERIEM.....RAPPORTEUR

Professeur d'Ophtalmologie

M. AALOUANE RACHID.....

Professeur de Psychiatrie

} JUGES

Mme. ABDELLAOUI MERIEM.....

Professeur d'Ophtalmologie

Mme. KHODRISS CHAIMAE..... MEMBRE ASSOCIÉ

Professeur assistant d'Ophtalmologie



PLAN



SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
MATERIEL ET METHODE	17
RÉSULTATS:	22
I. RÉSULTATS DESCRIPTIFS.....	22
1. Données démographiques:.....	22
2. Données professionnelles ;	23
3. Expériences d'événements indésirables	29
4. Questionnaire SVEST :	39
II. RÉSULTATS ANALYTIQUES:	75
1. Impact psychologique:	76
2. Impact physique	76
3. Support des collègues :	77
4. Soutien par les seniors	77
5. Soutien institutionnel	78
6. Soutien par les proches	78
7. Compétences professionnelles	78
8. Intentions de changements	79
9. Absentéisme:	80
10. Besoin de support :	80
DISCUSSION.....	82

I.	LE SYNDROME DE SECONDE VICTIME (SVS) :	82
1.	Définition :	82
2.	Facteurs de risque :	82
3.	Manifestations cliniques.....	84
4.	Processus mental du SVS :.....	87
5.	Prise en charge :	91
a.	Mécanismes individuels de gestion :.....	91
b.	Rôle des établissements de santé :.....	92
c.	Initiatives internationales pour la prise en charge du SVS.....	95
II.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	96
1.	Taux de participation :.....	96
2.	Les complications chirurgicales en ophtalmologie	98
3.	Le syndrome de la seconde victime : une réalité en ophtalmologie :....	99
4.	Syndrome de la seconde victime chez les chirurgiens : les facteurs influençant la vulnérabilité.....	100
a.	Influence du genre :.....	101
b.	Influence du secteur d'exercice :.....	104
c.	Influence de l'expérience chirurgicale :.....	105
5.	Le stress et chirurgie de la cataracte	107
6.	Enjeux déontologiques et médico-légaux dans la pratique médicale au Maroc.....	109
a.	La responsabilité médicale dans le contexte marocain	109

b. Considérations médico-légales en chirurgie ophtalmologique : le cas de la cataracte	115
7. Support institutionnel des secondes victimes	117
RECOMMANDATIONS.....	119
RESULTATS CLES ET RECOMMANDATIONS	120
I. EXPERIENCES D'EVENEMENTS INDESIRABLES	120
1. L'expérience chirurgicale et gestion des complications	120
2. La formation et préparation à la gestion des complications chirurgicales.....	120
3. Prévention des erreurs liées au manque d'anticipation	121
II .RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE ET EMOTIONNEL.....	122
1. Structures d'accompagnement psychologique	122
2. Gestion de l'anxiété et prévention	122
3. Soutien et culture d'amélioration.....	122
III . TYPES DE SOUTIEN SOUHAITES.....	122
1. Flexibilité professionnelle et pauses immédiates après un EIAS.....	122
2. Espaces de récupération dédiés.....	123
3. Partage et soutien entre pairs.....	123
4. Accès à un programme de soutien psychologique externe	124
5. Discussions avec un senior après un incident	124
LIMITES	125
CONCLUSION.....	126

RESUMES	128
ANNEXES	135
Annexe A : message d'invitation à participation	136
Annexe B : le questionnaire	136
BIBLIOGRAPHIE	146

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Répartition des participants selon la tranche d'âge	22
Figure 2:Répartition des participants en fonction du sexe	23
Figure 3:Répartition des participants selon le statut professionnel	24
Figure 4:Répartition des participants selon le secteur d'exercice	24
Figure 5:Répartition des participants selon le lieu exercice.....	25
Figure 6:Nombre d'années d'expérience chirurgicale.....	26
Figure 7:Nombre d'interventions chirurgicales hebdomadaires.....	27
Figure 8:type de sous spécialité chirurgicale	28
Figure 9:fréquence des complications chirurgicales graves.....	29
Figure 10:fréquence des complications chirurgicales rencontrées.....	30
Figure 11:Relation entre l'expérience chirurgicale et survenue de complication	31
Figure 12:relation entre type de chirurgie et la survenue de complication	31
Figure 13:cause(s) principales de la complication	32
Figure 14:nature des complications	33
Figure 15:type de complications	34
Figure 16:Impact des complications sur la poursuite de l'activité chirurgicale .	35
Figure 17:Répercussions médico-légales des complications chirurgicales	36
Figure 18:Conséquences post-opératoires des complications	37
Figure 19:Communication des complications aux patients	37
Figure 20:communication des complications aux patients	38
Figure 21:Mal-être psychologique après complications chirurgicales.....	39

Figure 22:Crainte de la survenue de nouvelles complications après des événements graves.....	40
Figure 23:Tristesse ressentie après des complications chirurgicales graves	41
Figure 24:Remords liés à l'implication dans des complications chirurgicales graves.....	41
Figure 25:Épuisement lié au souvenir des complications chirurgicales graves .	42
Figure 26:Impact des complications chirurgicales graves sur le sommeil	43
Figure 27:Effet des complications chirurgicales graves sur le bien-être physique	43
Figure 28:Impact des complications chirurgicales graves sur l'appétit	44
Figure 29:Perception du soutien émotionnel des collègues.....	45
Figure 30:Sentiment de soulagement en discutant des complications avec des collègues	46
Figure 31:Mes collègues : indifférents à mon ressenti ?.....	47
Figure 32:soutien des collègues pour maintenir une image positive de soi après des erreurs.....	48
Figure 33:Perception du soutien approprié des seniors après des complications	49
Figure 34:Pertinence des réponses des seniors face aux complications chirurgicales graves.....	50
Figure 35:Tendance des seniors à blâmer lors d'un EIAS	51
Figure 36:Seniors et prise en compte de la complexité de la pratique des soins	52

Figure 37:Reconnaissance institutionnelle des besoins d'aide après un eias....	53
Figure 38:Soutien institutionnel pour surmonter l'impact des eias.....	54
Figure 39:Perception de l'intérêt de la structure pour le bien-être des soignants	55
Figure 40:Recherche du soutien auprès des proches après un eias	56
Figure 41:Soutien des proches après un eias.....	57
Figure 42:Perception d'insuffisance des compétences professionnelles des ophtalmologistes après un eias	58
Figure 43:Impact des situations critiques sur l'estime de soi des soignants	59
Figure 44:Impact des eias sur l'appréhension face aux procédures difficiles ou à risque	60
Figure 45:Impact des situations critiques sur les compétences professionnelles	61
Figure 46:Impact des situations critiques sur l'intention de quitter le domaine des soins.....	62
Figure 47:Impact du stress post-EIAS sur l'engagement au poste	63
Figure 48: Impact des EIAS sur l'absentéisme professionnel	64
Figure 49:Impact des eias sur la prise de congés.....	65
Figure 50:Désirabilité d'une pause professionnelle immédiate post-EIAS chez les ophtalmologues	66
Figure 51:Désirabilité d'un espace de récupération dédié post-EIAS en ophtalmologie.....	67
Figure 52:Importance du partage entre pairs après un EIAS en ophtalmologie	68

Figure 53: Réceptivité des ophtalmologues à un programme d'aide psychologique externe	69
Figure 54: Évaluation du souhait de discuter avec un senior après un incident.	69
Figure 55: Souhait d'un accompagnement personnalisé post-événement	70
Figure 56: Souhait d'un accès confidentiel 24h/24 à un interlocuteur dédié	71
Figure 57: Les six étapes de la trajectoire de rétablissement des secondes victimes	91
Figure 58: Le modèle de soutien organisationnel	93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:Résultats analytiques	75
Tableau 2:Fréquence des symptômes rapportés dans le SVS.....	86
Tableau 3:Analyse comparative des taux de participation des études portant sur le SVS.....	97

LISTE DES ABREVIATIONS

SVS : Syndrome de Seconde Victime

EIAS : Événements Indésirables Associés aux Soins

SVEST : Second Victim Experience and Support Tool

RMM : Revue de Morbi-Mortalité

CPM : Code Pénal Marocain

DOC : Dahir des Obligations et des Contrats

CREX : Comité de Retour d'Expérience

TRUST : Treatment that is Just, Respect, Understanding and Compassion, Supportive care, Transparency and the opportunity to contribute

CHU : Centre Hospitalier Universitaire



INTRODUCTION



Introduction

Quand une erreur se produit, elle a le potentiel d'affecter le patient et ses proches mais aussi les soignants impliqués, leurs collègues, tout un service et finalement tout le système de santé.

Le concept de « seconde victime » a été introduit par Albert Wu dans un éditorial du BMJ en 2000. Wu a partagé une expérience marquante de son internat : un de ses collègues internes n'avait pas réussi à identifier les signes électrocardiographiques d'une tamponnade péricardique, ce qui avait conduit à une intervention chirurgicale en urgence tard dans la nuit. La nouvelle s'était rapidement répandue, et l'incident avait été examiné à plusieurs reprises par un comité de pairs, qui avait conclu à une incompétence. Wu avait été profondément choqué par le manque de compassion envers son collègue et s'était secrètement demandé s'il aurait pu faire la même erreur et devenir, à son tour, une "seconde victime" de l'incident. » [1]

Une seconde victime peut être définie comme : « un soignant impliqué et traumatisé par un événement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et de remise en question de son expérience clinique et de ses compétences fondamentales» [2]

Les médecins, guidés par l'adage « primum non nocere » (ne pas nuire), ressentent particulièrement ce poids. Albert Wu décrit cette situation :

« Lorsqu'une erreur se produit, la honte, la peur d'être perçu comme incompetent, l'angoisse des répercussions juridiques potentielles et les

inquiétudes pour la santé du patient envahissent l'esprit du médecin. Que dois-je faire ? Quelqu'un a-t-il remarqué quelque chose ? Tout le monde va penser que je suis incompetent. Dois-je en parler à mon superviseur, au risque de perdre sa confiance ? Que va dire le patient ? Tout le monde sera mécontent, je vais être poursuivi. Dois-je informer l'administration des risques, au risque d'être impliqué dans une revue de morbi-mortalité ? Que va-t-il se passer si je suis suspendu ou si mon contrat n'est pas renouvelé ? Cela pourrait ruiner ma carrière.

» [1]

Les attentes élevées de perfection imposées aux professionnels de la santé, augmentent leur vulnérabilité. Les erreurs, inévitables dans toute pratique médicale, sont souvent perçues comme des échecs personnels plutôt que comme des opportunités d'apprentissage et d'amélioration du système de soins.

Le syndrome de la seconde victime (SVS) impacte profondément la vie personnelle et professionnelle des individus. Sur le plan émotionnel, il se traduit par des signes de dépression, d'insomnie et un sentiment de culpabilité, tandis que des symptômes physiques tels que l'anxiété et les céphalées peuvent également se manifester. Ces défis affectent le comportement et les relations sociales, augmentant le risque de présentéisme et d'absentéisme au travail. Dans les cas les plus graves, ces luttes peuvent mener à des addictions ou même à des pensées suicidaires.

Les ophtalmologistes, bien que spécialisés dans une branche de la médecine perçue comme moins critique que les soins intensifs ou la chirurgie

générale, ne sont pas à l'abri de ces traumatismes. En ophtalmologie, chaque erreur peut avoir des conséquences graves sur la vision et, par conséquent, sur la qualité de vie des patients (pronostic fonctionnel). Cette réalité crée une pression immense sur les ophtalmologistes, les exposant au SVS de manière significative.

La fréquence du SVS varie considérablement selon les études, avec une prévalence rapportée allant de 10% à 76% parmi les professionnels de la santé, en fonction des spécialités et des contextes étudiés.[3] les groupes de population les plus exposés sont souvent ceux travaillant dans des environnements à haut risque, tels que les unités de soins intensifs, la chirurgie générale, et les urgences.

La reconnaissance et le traitement du SVS sont essentiels non seulement pour le bien-être des professionnels de la santé, mais aussi pour la qualité des soins qu'ils prodiguent. Cependant, malgré l'importance de cette question, à notre connaissance, aucune recherche n'a été menée sur le SVS chez les ophtalmologistes, que ce soit au Maroc ou ailleurs.

Cette étude est la première du genre au Maroc et dans le monde et vise à combler cette lacune en évaluant la prévalence, les caractéristiques et les facteurs de risque du SVS chez les ophtalmologistes marocains.

Les objectifs de cette étude sont :

- **L'objectif principal** est d'affirmer que le syndrome de la seconde victime peut toucher les ophtalmologistes.
- **Les objectifs secondaires** sont:
 - Evaluer l'impact psychologique de ce phénomène sur les ophtalmologistes marocains.
 - Analyser les facteurs de risque du syndrome de la seconde victime.
 - Proposer des recommandations pour la prévention et la prise en charge du syndrome de la seconde victime.



MATERIEL et METHODE



Matériel et méthodes

I. Type de l'étude:

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, réalisée sur une période de 24 jours du 15 novembre au 8 décembre.

II. Population étudiée

1 Critères d'inclusion:

Médecins ophtalmologistes marocains pratiquant la chirurgie oculaire (enseignants, spécialistes, résidents).

2 Critères d'exclusion :

Ophtalmologistes non marocains ou ophtalmologistes marocains en formation n'ayant jamais pratiqué de chirurgie oculaire.

III. Procédure:

Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) ont été définis comme toute complication involontaire survenant au cours d'une intervention chirurgicale oculaire. Cette définition a été communiquée clairement à l'ensemble des participants dès le début de l'enquête.

Après plusieurs réunions d'équipe et en concertation avec un psychiatre et un épidémiologiste, et en s'appuyant sur des références issues d'études

antérieures, [4-8] nous avons affiné notre approche afin d'assurer une analyse rigoureuse et scientifiquement étayée.

Un questionnaire (annexe « B ») en ligne (sur Google Forms) de 58 items a été élaboré et structuré en trois parties :

➤ Première partie :

Concerne le recueil de données démographiques et des caractéristiques de pratique (âge, sexe, lieu d'exercice [secteur public ou libéral], années d'expérience chirurgicale, nombre de chirurgies réalisées par semaine et sous-spécialités pratiquées).

➤ Deuxième partie :

Vise l'évaluation de l'expérience personnelle des ophtalmologistes quant à la fréquence des EIAS et à la déclaration de ces événements.

➤ Troisième partie :

Utilisation de l'outil « second victim experience and support tool (SVEST) » validé, visant à mesurer les répercussions du syndrome de la seconde victime (symptômes psychologiques et physiques), la qualité des ressources de soutien ainsi que le besoin en ressources supplémentaires. Ce questionnaire en anglais comprend 36 questions évaluées sur une échelle de Likert allant de 1 à 5. Une version française a été validée dans le cadre d'un travail de thèse. [9]

Une section finale a été ajoutée pour recueillir des témoignages détaillés des participants.

IV. Distribution et analyse statistique:

L'invitation à participer à l'étude a été diffusée via whatsapp et courriel auprès de tous les membres inscrits de la société marocaine d'ophtalmologie.

Sur les 1 061 ophtalmologistes inscrits, 764 étaient joignables. Deux rappels ont été envoyés avant la clôture de l'enquête. L'anonymat des participants a été garanti tout au long du processus de collecte des données.

L'analyse statistique a été effectuée en deux étapes :

– une analyse descriptive pour calculer les moyennes et écarts-types des variables quantitatives ainsi que les proportions pour les variables qualitatives.

– une étude analytique incluant une analyse de variance (ANOVA) pour comparer les moyennes, complétée par un test d'homoscédasticité afin de vérifier la normalité des distributions. Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

Les données ont été organisées à l'aide d'Excel 2024 et les analyses statistiques réalisées avec le logiciel épi info 7.0.

V. Aspects éthiques et réglementaires:

Le protocole de l'étude a été examiné et approuvé par le comité d'éthique de la faculté de médecine et de pharmacie de Tanger, le 26 septembre 2024, sous le numéro de référence ac108st/2024. Les objectifs et la finalité de l'étude ont été clairement présentés dans l'introduction du questionnaire, lequel précisait également que la participation constituait un consentement implicite. Des mesures strictes ont été mises en place pour assurer l'anonymat et la confidentialité des données collectées.



RESULTATS



Résultats:

I. Résultats descriptifs

Un total de 764 ophtalmologistes marocains a été invité à participer à notre étude. Parmi eux, 217 ophtalmologistes ont accepté de remplir le questionnaire, représentant un taux de réponse de **28.4%**.

1. Données démographiques:

a. Age

La répartition par âge des participants montre une prédominance de jeunes médecins, avec 46% des répondants appartenant à la tranche d'âge 30–35 ans. Les 36–40 ans représentent 19% de l'échantillon, suivis par les plus de 45 ans (15%) et les moins de 30 ans (13%). La catégorie 41–45 ans constitue la plus faible proportion avec 7% des participants. Cette distribution révèle que près des deux tiers (65%) des répondants ont 40 ans ou moins.

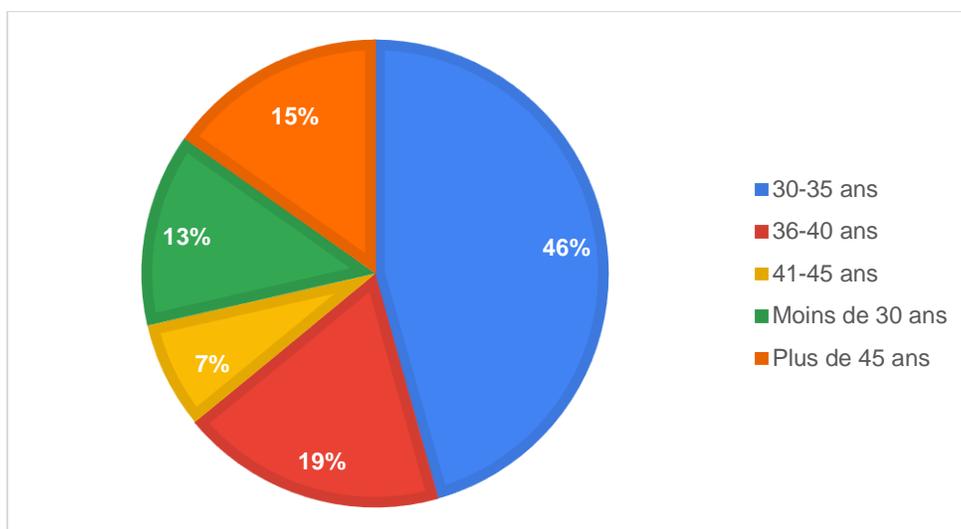


Figure 1: Répartition des participants selon la tranche d'âge

b. Sexe :

L'analyse de la répartition selon le sexe de notre échantillon (n=217) montre une légère prédominance féminine, avec 126 femmes (58%) contre 91 hommes (42%), soit un sexe ratio h/f de **0,72**.

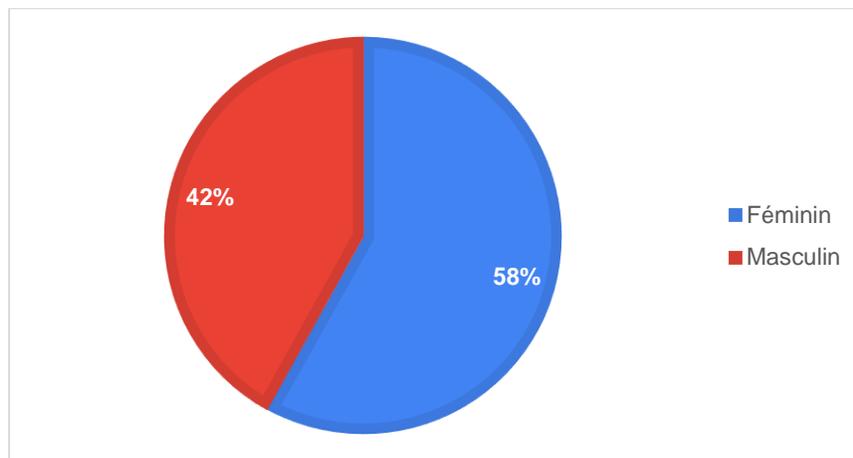


Figure 2: Répartition des participants en fonction du sexe

2. Données professionnelles :

a. Statut

Concernant le statut professionnel des ophtalmologistes participants, les spécialistes constituent la majorité de l'échantillon avec 62% des répondants. Les résidents en ophtalmologie représentent un peu plus d'un quart des participants (26%), tandis que les enseignants en ophtalmologie complètent l'échantillon avec 12% des répondants. Cette distribution reflète une représentation significative des différents niveaux d'expérience et de responsabilité au sein de la spécialité.

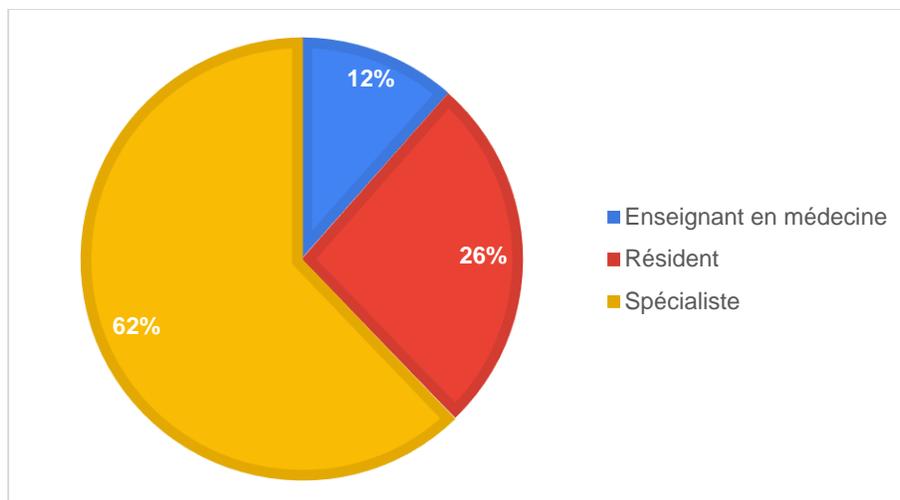


Figure 3: Répartition des participants selon le statut professionnel

b. Secteur d'exercice :

La distribution des ophtalmologistes selon leur secteur d'exercice montre une prédominance du secteur libéral qui représente plus de la moitié des participants (52%). Le secteur universitaire occupe la deuxième position avec 25% des répondants, suivi de près par le secteur public qui représente 23% de l'échantillon. Cette répartition offre une vision représentative des différents modes d'exercice de l'ophtalmologie.

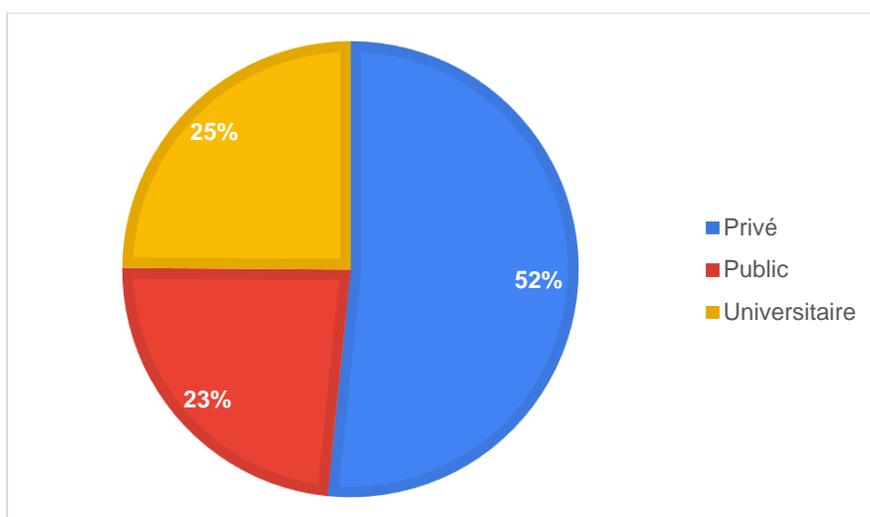


Figure 4: Répartition des participants selon le secteur d'exercice

c. Lieu d'exercice :

La répartition des lieux d'exercice des ophtalmologistes montre que 46 % des répondants exercent en cabinet médical privé, tandis que 36 % travaillent dans un centre hospitalier universitaire (CHU). Environ 13 % des participants sont affiliés à un hôpital régional ou provincial, et 5 % exercent dans une clinique privée. Cette distribution met en évidence la prédominance des professionnels exerçant dans le secteur libéral par rapport aux structures hospitalières publiques.

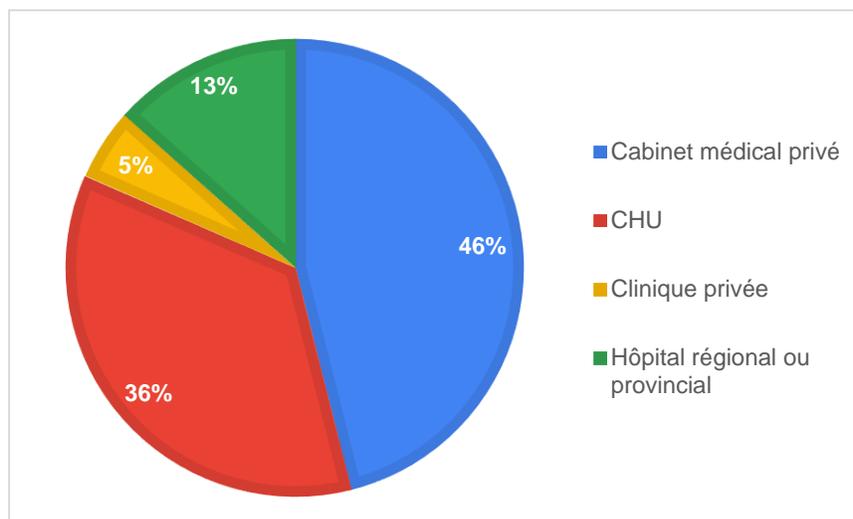


Figure 5: Répartition des participants selon le lieu d'exercice

d. Nombre d'années d'expérience chirurgicale

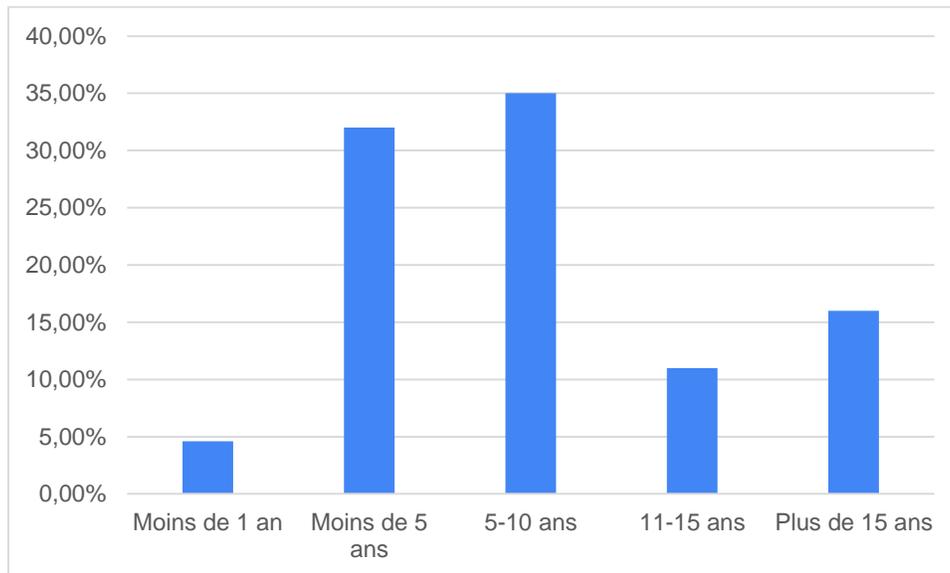


Figure 6:Nombre d'années d'expérience chirurgicale

Les données mettent en évidence une grande variabilité dans l'expérience chirurgicale des participants. La majorité ont une expérience de 5 à 10 ans (35,1 %), suivis de ceux ayant moins de 5 ans (32,4 %). Les répondants avec plus de 15 ans représentent 15,9 %, tandis que 10,9 % ont entre 11 et 15 ans et 4,5 % moins d'un an.

e. Nombre d'interventions chirurgicales faites par semaine

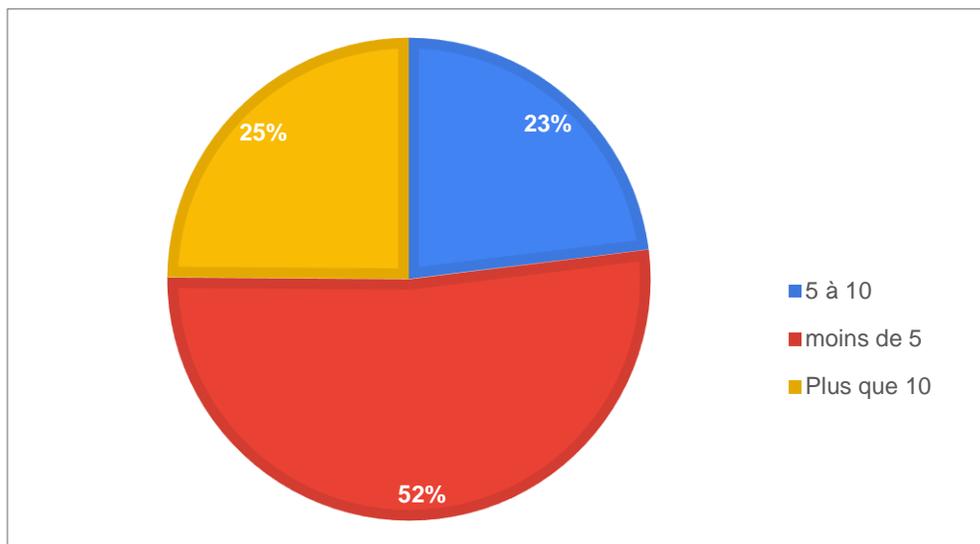


Figure 7:Nombre d'interventions chirurgicales hebdomadaires

L'analyse de la fréquence des interventions chirurgicales hebdomadaires révèle que la majorité des praticiens 113 (52%) réalisent moins de 5 interventions par semaine. Une proportion de 23% (50) des chirurgiens effectue entre 5 et 10 opérations hebdomadaires, tandis que 25% (54) pratiquent plus de 10 interventions par semaine.

f. Type de sous spécialité chirurgicale

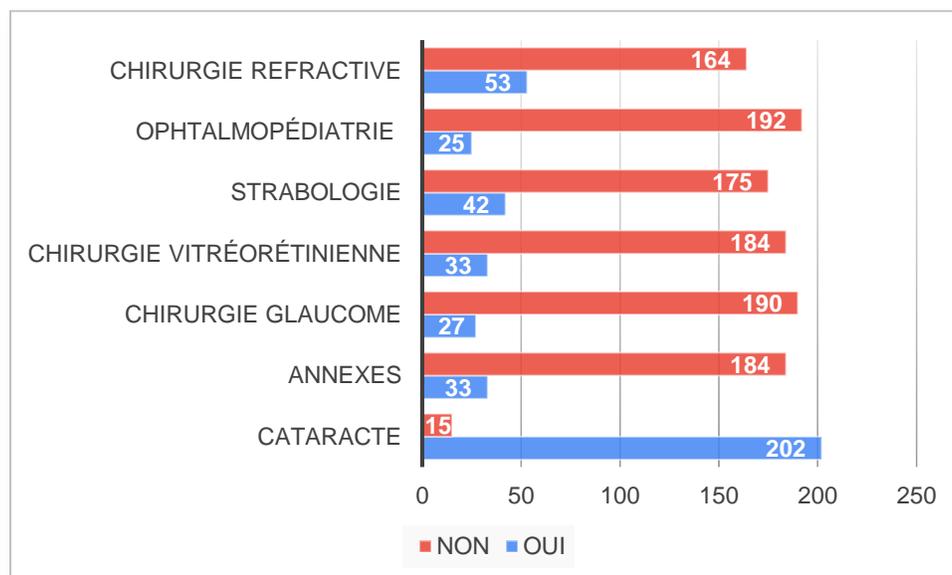


Figure 8: type de sous spécialité chirurgicale

L'analyse des sous-spécialités chirurgicales révèle une distribution hétérogène des compétences dans les réponses au formulaire.

La chirurgie de la cataracte se distingue nettement avec 202 (93%) répondants la pratiquant, représentant la chirurgie la plus couramment exercée.

En revanche, les autres sous-spécialités montrent une tendance inverse, avec une majorité de répondants ne les pratiquant pas. Notamment, l'ophtalmopédiatrie et la chirurgie du glaucome qui sont les moins pratiquées, avec respectivement seulement 25 et 24 répondants déclarant les exercer.

La chirurgie réfractive est pratiquée par 53 répondants à notre étude et la strabologie par 42 praticiens.

La chirurgie vitréorétinienne et la chirurgie des annexes oculaires présentent des taux similaires de pratique, avec environ 33 (15%) répondants pour chacune.

3. Expériences d'événements indésirables

a. Avez-vous déjà rencontré une ou plusieurs complications chirurgicales graves ?

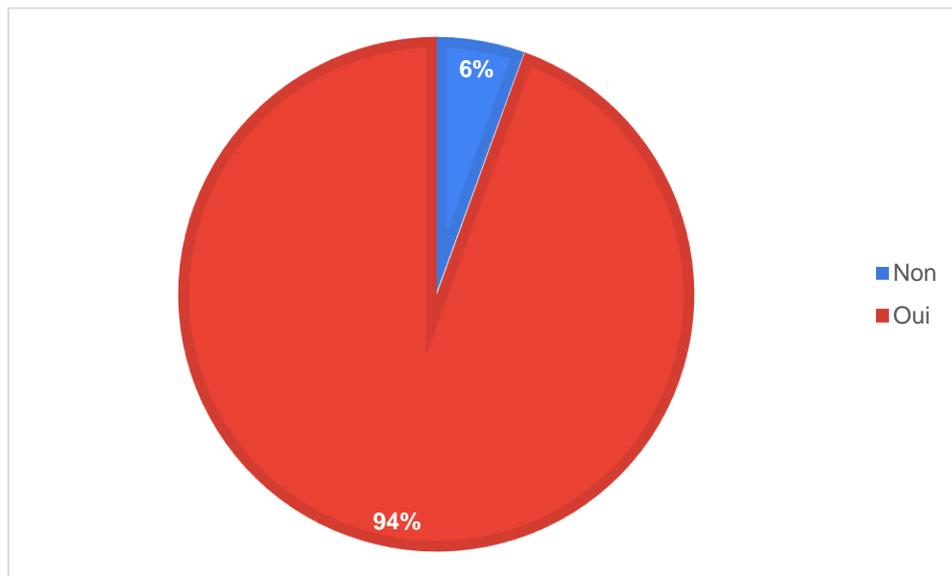


Figure 9: fréquence des complications chirurgicales graves

La majorité des participants 94 % (205) ont déclaré avoir déjà rencontré une ou plusieurs complications chirurgicales graves au cours de leur pratique, tandis que seulement 6 % (12) ont répondu négativement.

b. Si oui, combien de fois ?

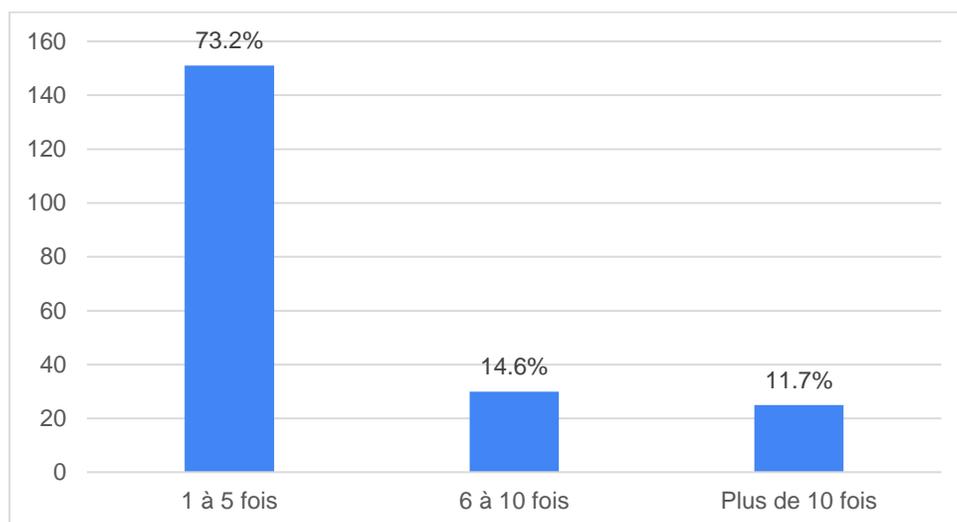


Figure 10:fréquence des complications chirurgicales rencontrées

Parmi les répondants ayant déjà rencontré des complications chirurgicales graves, 73.2 % (150) ont signalé en avoir fait l'expérience entre 1 et 5 fois, tandis que 14.6 % (30) rapportent entre 6 et 10 événements, et 11,7 % (24) indiquent en avoir rencontré plus de 10 fois.

c. Après quel nombre d'années d'expérience chirurgicale (la complication qui vous a le plus marquée) cette complication est-elle survenue ?

Concernant le délai de survenue de la complication chirurgicale la plus marquante selon l'expérience du chirurgien, les résultats montrent une distribution significative. Les complications les plus marquantes sont survenues majoritairement pendant les premières années de pratique, avec une proportion identique de 36,8% pour les périodes de "moins d'un an" et "moins de 5 ans" d'expérience, totalisant ainsi 73,6% des cas. Une diminution notable est observée

pour la période de 5–10 ans d'expérience (17,5%), suivie d'une baisse encore plus marquée pour les périodes de 11–15 ans (2,3%) et plus de 15 ans d'expérience (6,4%).

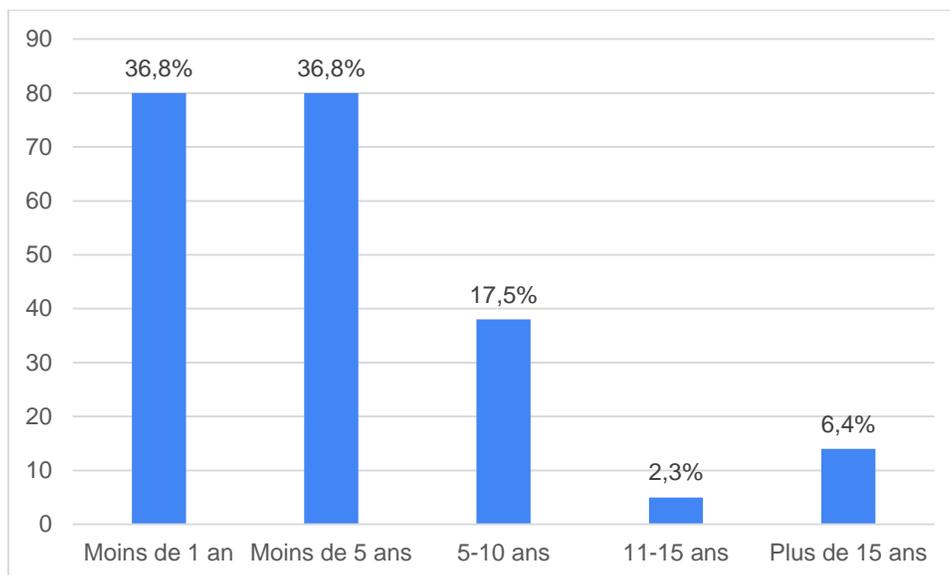


Figure 11:Relation entre l'expérience chirurgicale et survenue de complication

d. Au cours de quel type de chirurgie est survenue la complication ?

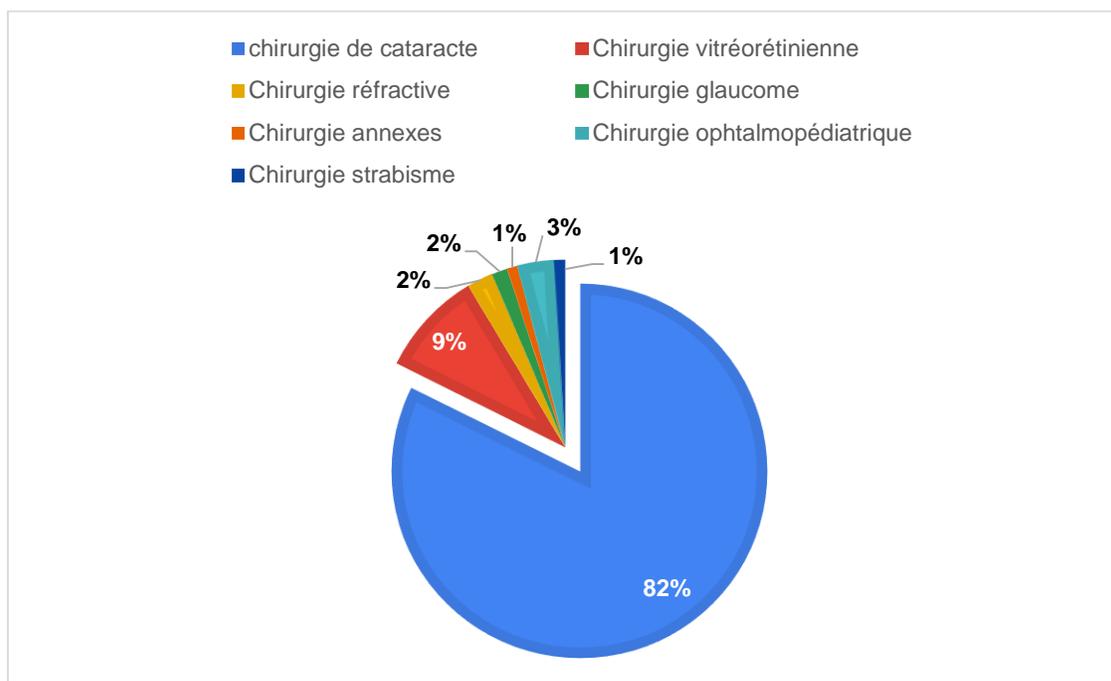


Figure 12:relation entre type de chirurgie et la survenue de complication

L'analyse de la complication la plus impactante selon le type de chirurgie montre une prédominance marquée pour la chirurgie de la cataracte, représentant 82% des cas. La chirurgie vitréorétinienne arrive en deuxième position avec 9% des complications. Les complications liées aux autres types de chirurgies présentent des taux plus faibles : la chirurgie ophtalmo pédiatrique (3%), la chirurgie réfractive et la chirurgie du glaucome (2%), et enfin la chirurgie des annexes et la chirurgie du strabisme (1%). Cette distribution peut être mise en perspective avec la fréquence relative de chaque type d'intervention dans la pratique courante, la chirurgie de la cataracte étant l'intervention la plus communément réalisée en ophtalmologie.

e. Quelle en était la cause principale selon vous ? (Cochez tout ce qui s'applique)

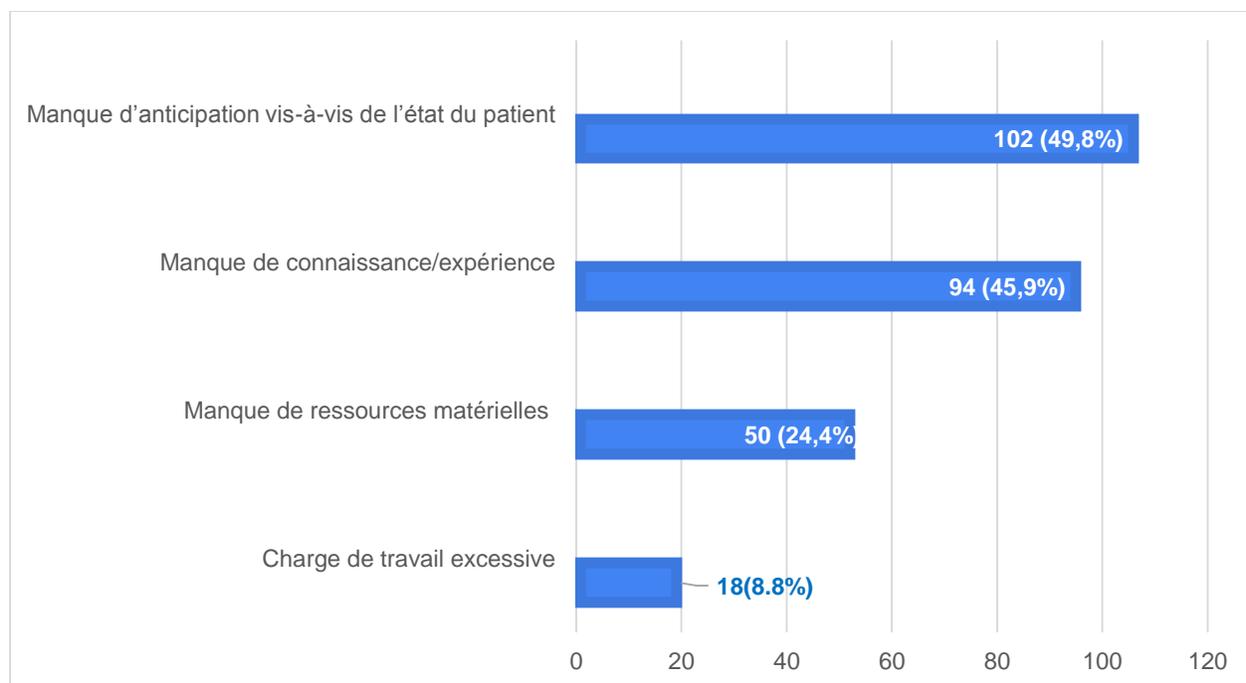


Figure 13: cause(s) principales de la complication

La survenue des complications chirurgicales est liée au manque d'anticipation vis-à-vis de l'état du patient (49.8%), et au manque de connaissances/expérience (45.9%). Le manque de ressources matérielles représente 24.4 %, et la charge de travail excessive est citée par 8.8 % des répondants.

f. Quelle a été la nature de la complication la plus grave que vous ayez rencontrée ?

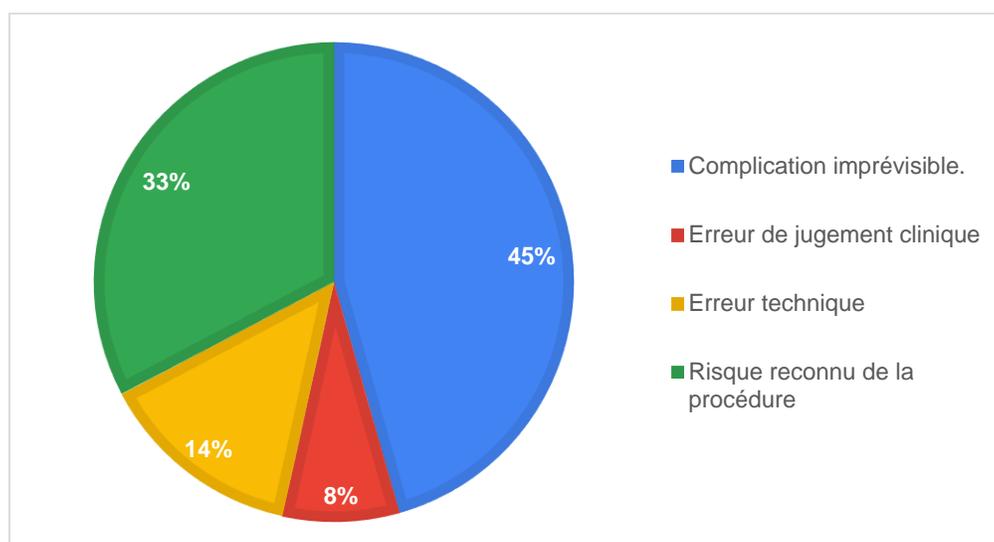


Figure 14:nature des complications

Les résultats montrent que la complication la plus grave rencontrée par les répondants est principalement d'origine imprévisible, représentant 45% des réponses, suivie des complications liées à des risques reconnus de la procédure (33%). Les erreurs techniques constituent 14% des cas, tandis que les erreurs de jugement clinique sont mentionnées par 8% des répondants.

g. Type de complication ? (cochez tout ce qui s'applique)

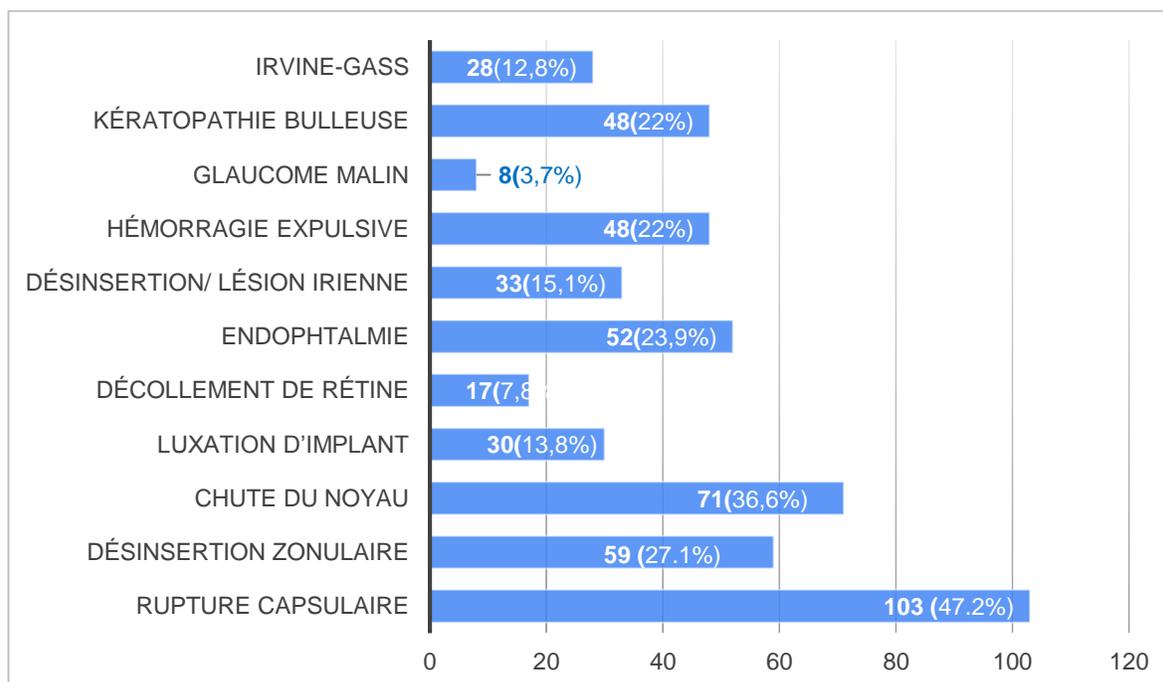


Figure 15: type de complications

L'analyse des complications montre que la rupture capsulaire est la plus fréquente (47,2%, n=103), suivie par la chute du noyau (36,6%, n=71) et la désinsertion zonulaire (27,1%, n=59). L'endophtalmie représente 23,9% des cas (n=52), tandis que la kératopathie bulleuse et l'hémorragie expulsive surviennent chacune dans 22% des cas (n=48). Les complications moins fréquentes incluent la désinsertion/lésion irienne (15,1%, n=33), la luxation d'implant (13,8%, n=30), l'irvine-gass (12,8%, n=28), le décollement de rétine (7,8%, n=17) et le glaucome malin (3,7%, n=8).

h. Cette complication vous a-t-elle poussée à arrêter ce type de chirurgie ?

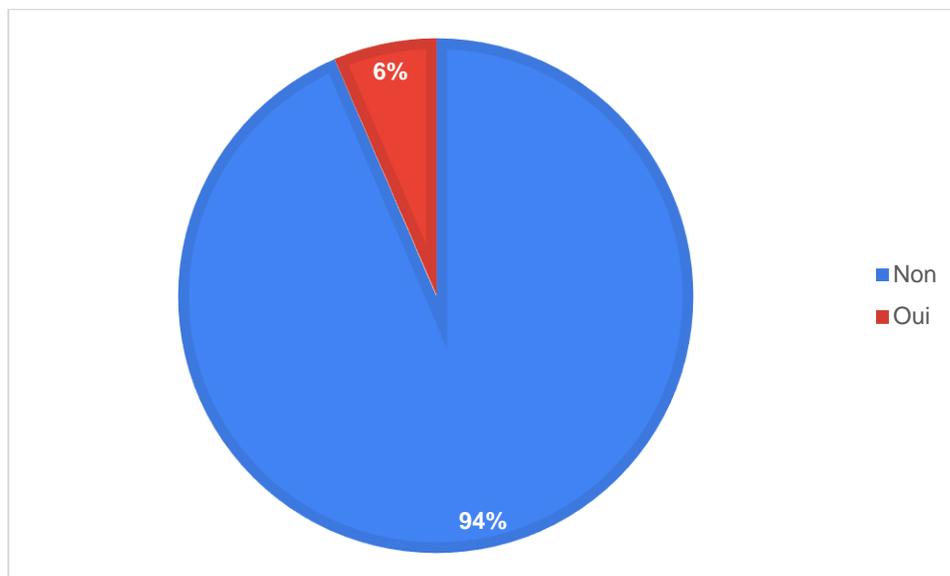


Figure 16: Impact des complications sur la poursuite de l'activité chirurgicale

La grande majorité des chirurgiens (94%), les complications rencontrées n'ont pas conduit à l'arrêt de ce type de chirurgie. Seuls 6% des praticiens ont cessé cette pratique chirurgicale suite aux complications survenues.

i. Cette complication a-t-elle eu des répercussions médico-légales ?

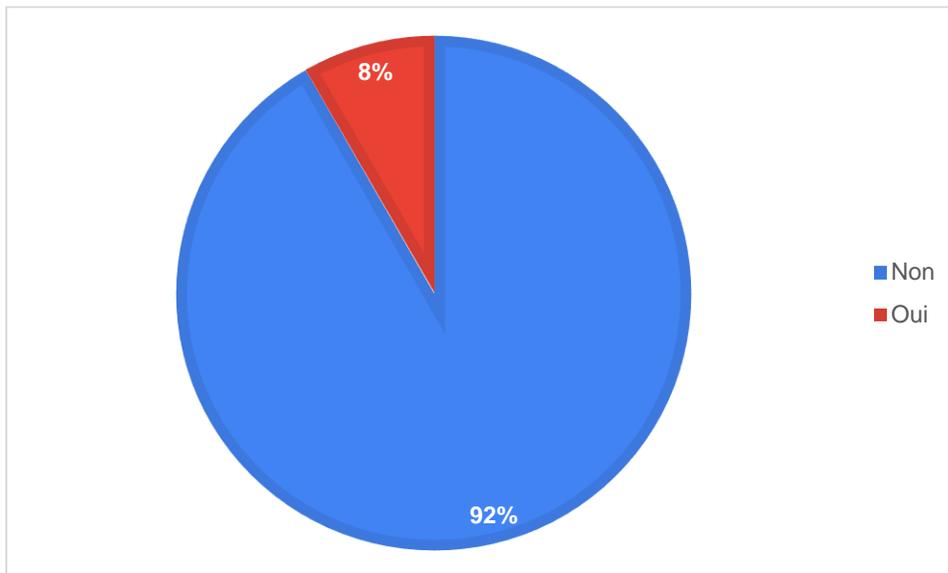


Figure 17: Répercussions médico-légales des complications chirurgicales

Les résultats montrent que seuls 8% des complications ont eu des répercussions médico-légales, tandis que 92% des cas n'ont pas entraîné de suites juridiques.

j. Quelles ont été les conséquences de la complication pour le patient ?

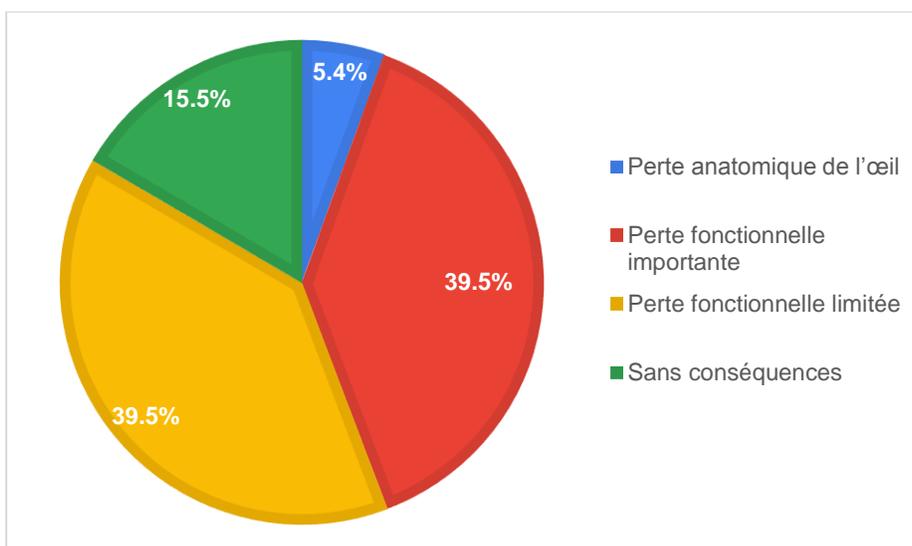


Figure 18:Conséquences post-opératoires des complications

Les complications rapportées ont entraîné une perte fonctionnelle importante dans 40% des cas (82), une perte fonctionnelle limitée dans 39.5 % des cas, aucune conséquence dans 15.5 % des cas (31), et une perte anatomique de l'œil dans 5.4 % des cas.

k. Avez-vous annoncé cette complication au patient ?

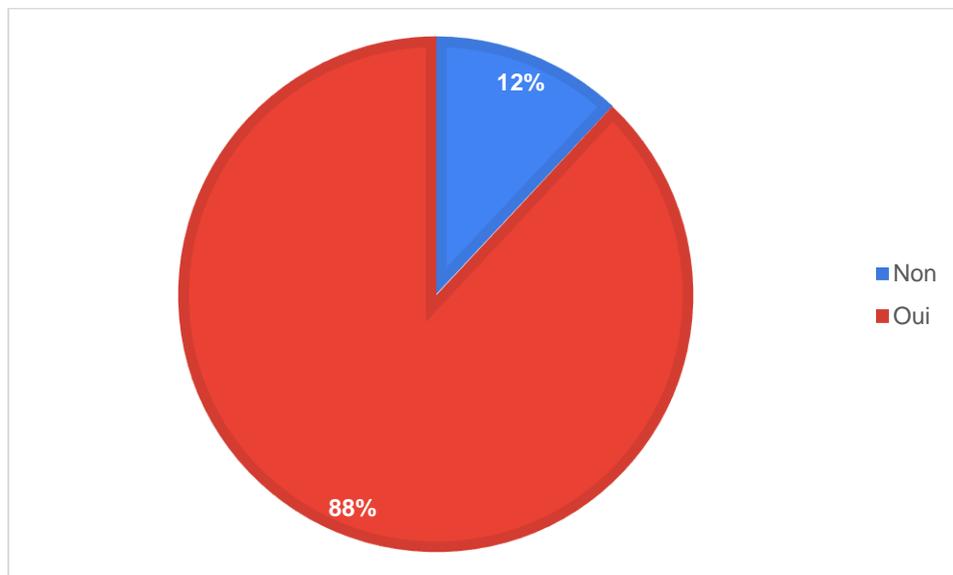


Figure 19:Communication des complications aux patients

Les résultats montrent que 88% (192) des chirurgiens ont informé leurs patients de la survenue d'une complication, tandis que 12% (25) ne l'ont pas fait.

I. Si non, à votre avis pourquoi ? (cochez tout ce qui s'applique)

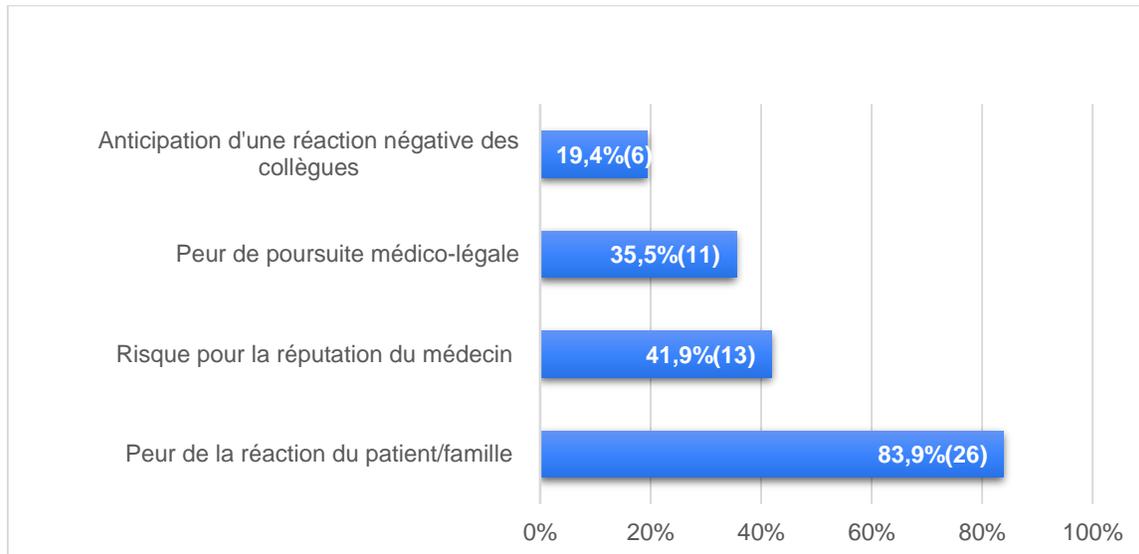


Figure 20:communication des complications aux patients

Les principales raisons évoquées par les ophtalmologues pour ne pas annoncer une complication aux patients. La crainte de la réaction du patient ou de sa famille arrive en tête (83,9%), suivie par le risque pour la réputation professionnelle (41,9%), la peur de poursuites médico-légales (35,5%) et, enfin, l'anticipation d'une réaction négative des collègues (19,4%).

4. Questionnaire SVEST :

a. Impact psychologique

a.1. J'ai ressenti un mal-être suite à ces situations

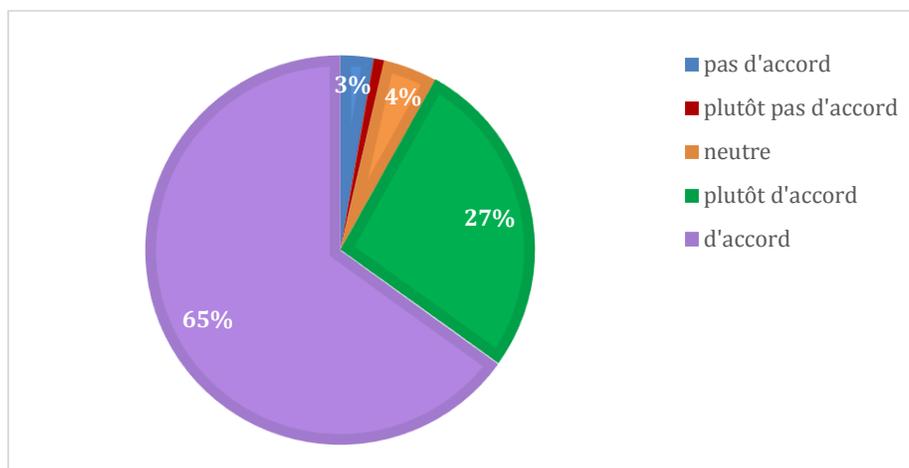


Figure 21:Mal-être psychologique après complications chirurgicales

Selon l'échelle de likert, 92% des répondants (65% "d'accord" et 27% "plutôt d'accord") reconnaissent avoir ressenti un mal-être suite à ces situations, reflétant une forte prévalence de la souffrance psychologique dans ce contexte. En revanche, 4% des ophtalmologistes (3% "pas d'accord" et 1% "plutôt pas d'accord") n'ont pas ressenti de mal-être, tandis que 4% des réponses sont neutres.

a.2. Ma participation dans ce type de situation me fait redouter la survenue d'autres évènements

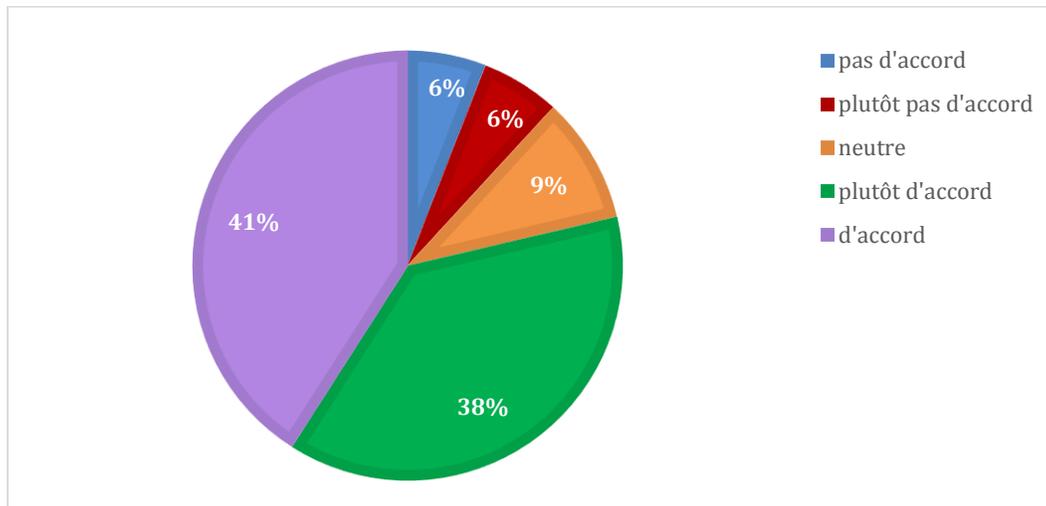


Figure 22:Crainte de la survenue de nouvelles complications après des événements graves

La majorité des ophtalmologistes ayant rencontré des complications chirurgicales graves redoutent la survenue de nouveaux événements similaires : 79% des répondants (41% "d'accord" et 38% "plutôt d'accord") partagent cette appréhension. Une minorité, représentant 12% (6% "pas d'accord" et 6% "plutôt pas d'accord"), ne ressent pas cette crainte, tandis que 9% des réponses sont neutres.

a.3. Ces situations m'ont rendu(e) triste

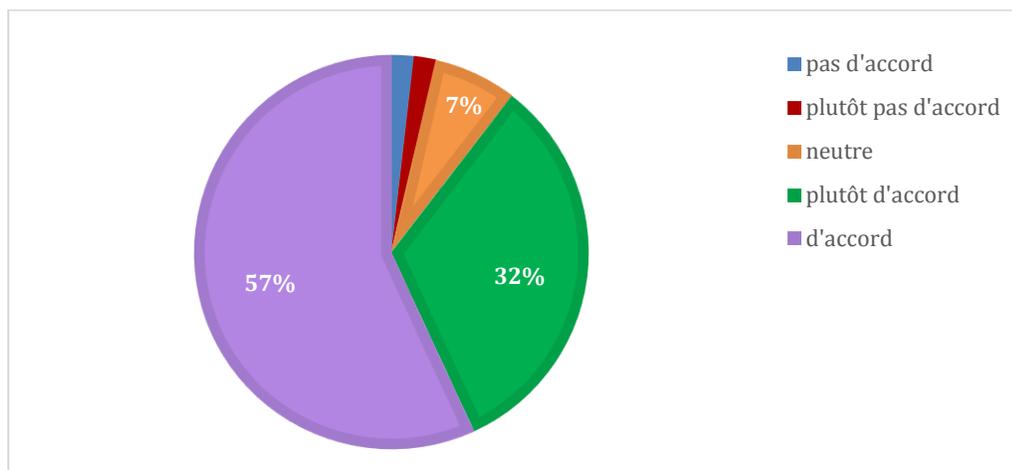


Figure 23: Tristesse ressentie après des complications chirurgicales graves

Les résultats montrent que la majorité des ophtalmologistes ayant vécu des complications chirurgicales graves reconnaissent avoir ressenti de la tristesse : 89% des répondants (57% "d'accord" et 32% "plutôt d'accord") confirment ce sentiment. En revanche, 4% (2% "pas d'accord" et 2% "plutôt pas d'accord") n'ont pas ressenti de tristesse, et 7% se positionnent de manière neutre.

a.4. J'éprouve des remords liés à mon implication dans la survenue de telles situations

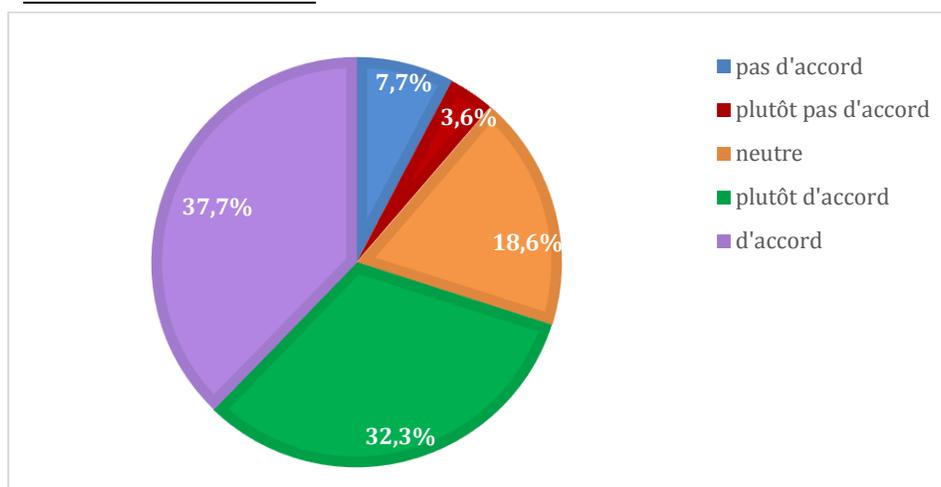


Figure 24: Remords liés à l'implication dans des complications chirurgicales graves

70% des ophtalmologistes (37,7% "d'accord" et 32,3% "plutôt d'accord") déclarent éprouver des remords en lien avec leur implication dans la survenue de complications chirurgicales graves. A l'opposé, 11,3% des répondants (7,7% "pas d'accord" et 3,6% "plutôt pas d'accord") n'éprouvent pas de remords, tandis que 18,6% se positionnent de manière neutre.

b. Impact physique

b.1. Le souvenir des situations que j'ai rencontrées est épuisant

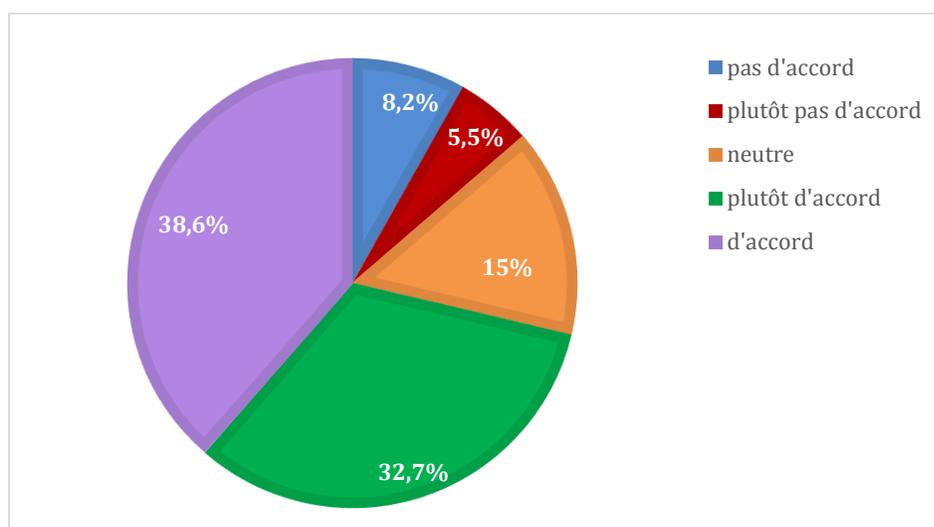


Figure 25:Épuisement lié au souvenir des complications chirurgicales graves

Ce graphique montre que 71,3% des ophtalmologistes (38,6% "d'accord" et 32,7% "plutôt d'accord") considèrent le souvenir des complications chirurgicales graves comme épuisant. A l'inverse, 13,7% (8,2% "pas d'accord" et 5,5% "plutôt pas d'accord") ne partagent pas ce sentiment, tandis que 15% se déclarent neutres.

b.2. Les situations que j'ai rencontrées peuvent perturber mon sommeil

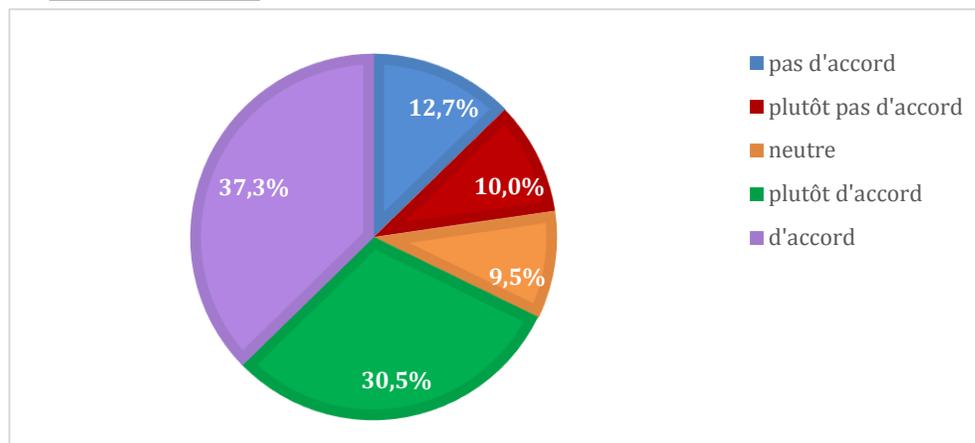


Figure 26: Impact des complications chirurgicales graves sur le sommeil

67,8% des ophtalmologistes (37,3% "d'accord" et 30,5% "plutôt d'accord") estiment que les complications chirurgicales graves rencontrées peuvent perturber leur sommeil. A l'opposé, 22,7% (12,7% "pas d'accord" et 10% "plutôt pas d'accord") ne partagent pas cette opinion, tandis que 9,5% adoptent une position neutre.

b.3. Le stress lié à ces situations m'a écœuré(e) ou rendu(e) nauséux(se)

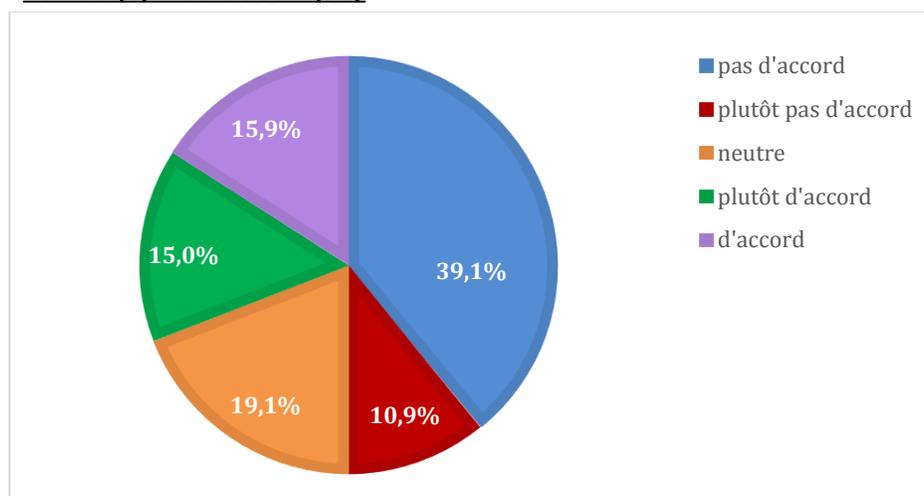


Figure 27: Effet des complications chirurgicales graves sur le bien-être physique

30,9% des ophtalmologistes (15,9% "d'accord" et 15% "plutôt d'accord") ont ressenti un écœurement ou des nausées liés au stress engendré par les complications chirurgicales graves. Cependant, une proportion importante de 50% (39,1% "pas d'accord" et 10,9% "plutôt pas d'accord") n'ont pas ressenti de tels effets, tandis que 19,1% restent neutres.

b.4. Penser à ces situations peut me faire perdre l'appétit

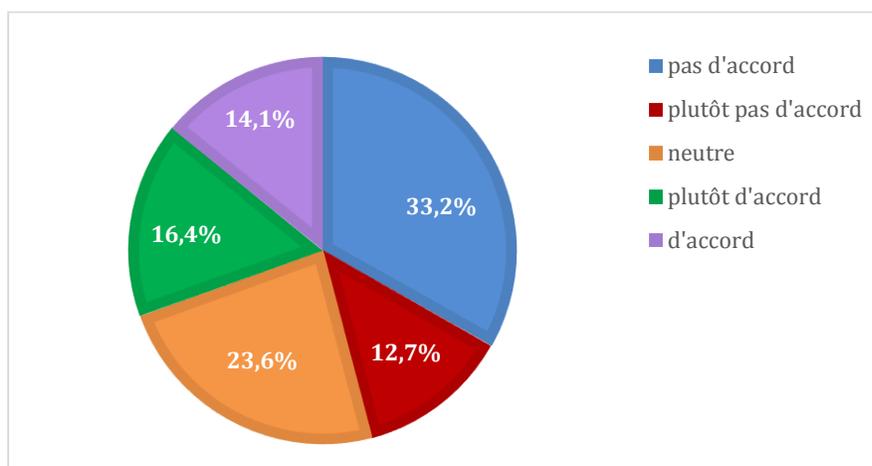


Figure 28: Impact des complications chirurgicales graves sur l'appétit

Environ 30,5% (14,1% "d'accord" et 16,4% "plutôt d'accord") déclarent que penser à ces situations peut leur faire perdre l'appétit. A l'inverse, 45,9% (33,2% "pas d'accord" et 12,7% "plutôt pas d'accord") estiment ne pas être affectés de cette manière. Par ailleurs, 23,6% des répondants restent neutres.

c. Soutien des collègues :

c.1. J'apprécie les tentatives de mes collègues pour me consoler, mais leurs efforts n'arrivent pas toujours au bon moment

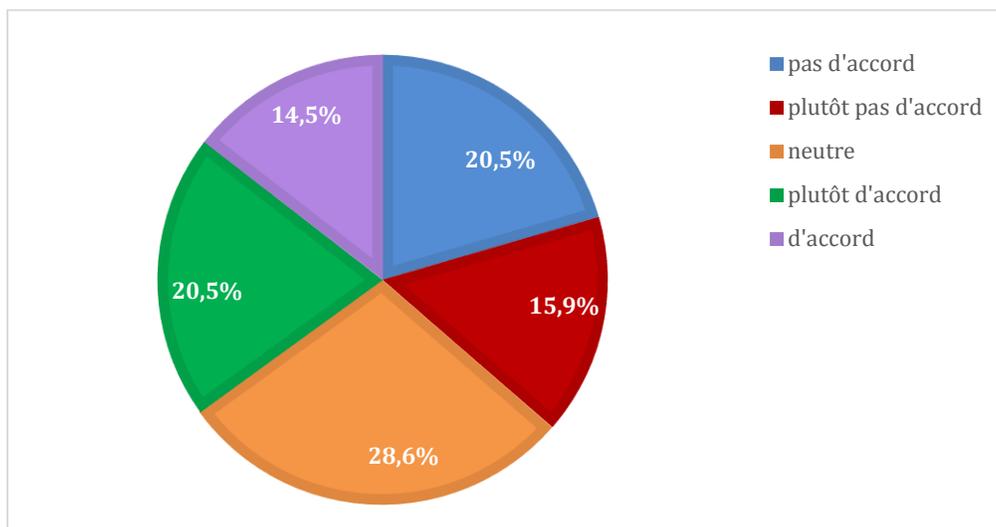


Figure 29: Perception du soutien émotionnel des collègues

Lorsqu'il s'agit d'apprécier les tentatives de réconfort des collègues, bien que celles-ci n'arrivent pas toujours au bon moment, les réponses sont partagées. 35 % des participants (20,5 % « plutôt d'accord » et 14,5 % « d'accord ») se montrent favorables à cette affirmation. A l'opposé, 36,4 % des répondants (20,5 % « pas d'accord » et 15,9 % « plutôt pas d'accord ») expriment un avis négatif. Enfin, 28,6 % adoptent une position neutre.

c.2. Discuter de ce qui est arrivé avec mes collègues m'apporte un sentiment de soulagement

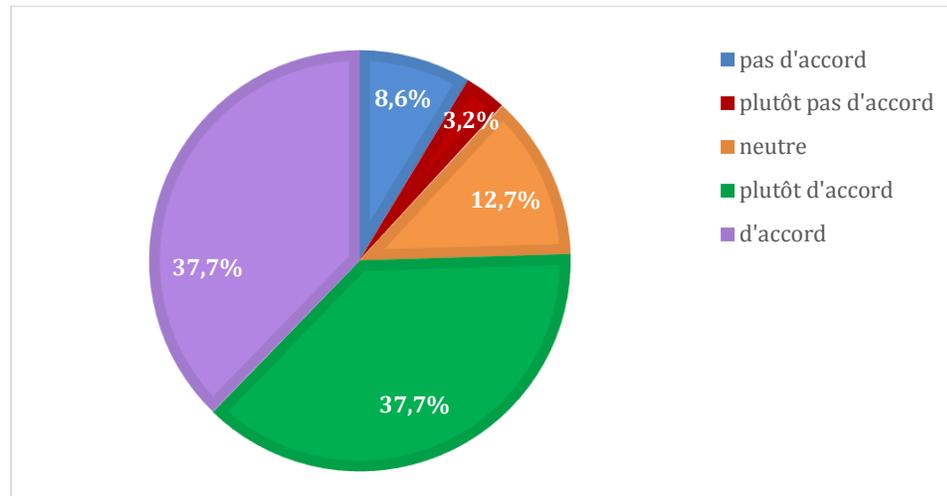


Figure 30: Sentiment de soulagement en discutant des complications avec des collègues

Les réponses des ophtalmologistes concernant le soulagement ressenti lorsqu'ils discutent des complications chirurgicales graves avec leurs collègues. Une majorité significative, soit 75,4% (37,7% "d'accord" et 37,7% "plutôt d'accord"), déclarent ressentir un sentiment de soulagement à travers ces échanges. En revanche, 11,8% (8,6% "pas d'accord" et 3,2% "plutôt pas d'accord") n'éprouvent pas ce sentiment, tandis que 12,7% adoptent une position neutre.

c.3. Mes collègues peuvent être indifférents à l'impact que ces situations ont eu sur moi

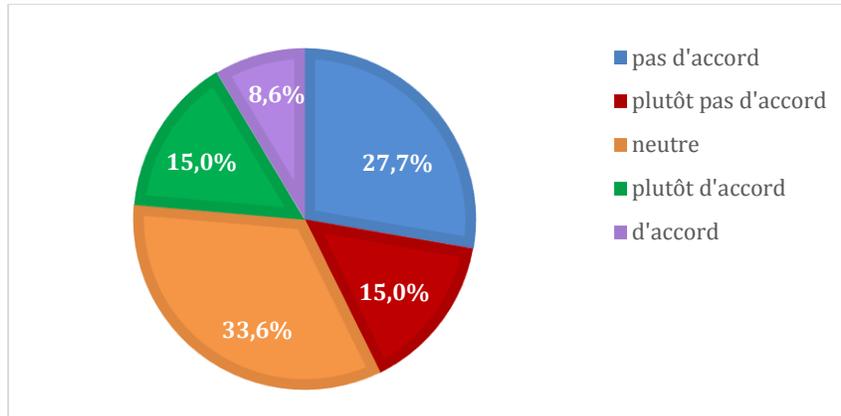


Figure 31: Mes collègues : indifférents à mon ressenti ?

Les réponses des ophtalmologistes sur la perception d'une possible indifférence de leurs collègues vis-à-vis de l'impact émotionnel des complications chirurgicales. Une proportion importante, soit 42,7% (27,7% "pas d'accord" et 15,0% "plutôt pas d'accord"), rejette l'idée que leurs collègues soient indifférents. A l'inverse, 23,6% (15,0% "plutôt d'accord" et 8,6% "d'accord") estiment que leurs collègues font preuve d'une certaine indifférence. Enfin, 33,6% des répondants ont exprimé une opinion neutre.

c.4. Mes collègues m'aident à me considérer comme un bon soignant malgré mes erreurs

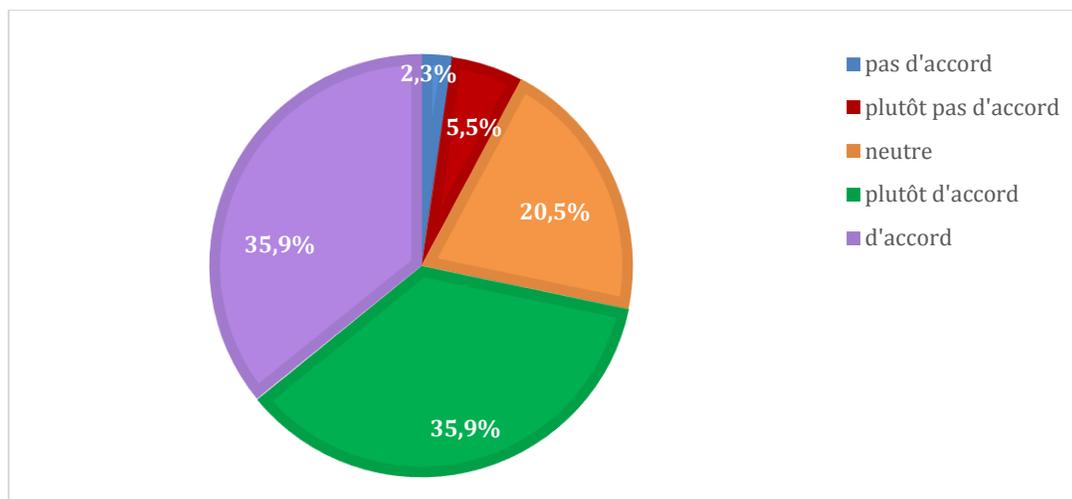


Figure 32:soutien des collègues pour maintenir une image positive de soi après des erreurs

Les perceptions des ophtalmologistes concernant le soutien de leurs collègues pour continuer à se considérer comme de bons soignants malgré les erreurs. Une majorité significative, soit 71,8% (35,9% "d'accord" et 35,9% "plutôt d'accord"), estime que leurs collègues les aident dans ce sens. En revanche, 7,8% (5,5% "plutôt pas d'accord" et 2,3% "pas d'accord") ne partagent pas cet avis, tandis que 20,5% des répondants adoptent une position neutre.

d. Soutien par le senior ou personne plus expérimentée

d.1. J'ai ressenti une prise en charge appropriée de la part de mon senior après ces situations

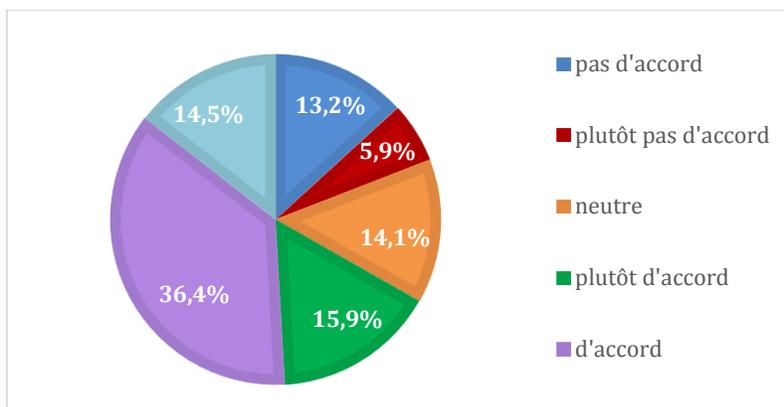


Figure 33: Perception du soutien approprié des seniors après des complications

Les opinions des ophtalmologistes concernant la prise en charge reçue de la part de leurs seniors après des complications. Une majorité, soit 52,3% (36,4% "d'accord" et 15,9% "plutôt d'accord"), considère avoir bénéficié d'un soutien approprié. Cependant, 19,1% (13,2% "pas d'accord" et 5,9% "plutôt pas d'accord") estiment le contraire, tandis que 14,1% adoptent une position neutre.

d.2. Les réponses de mon senior sont appropriées

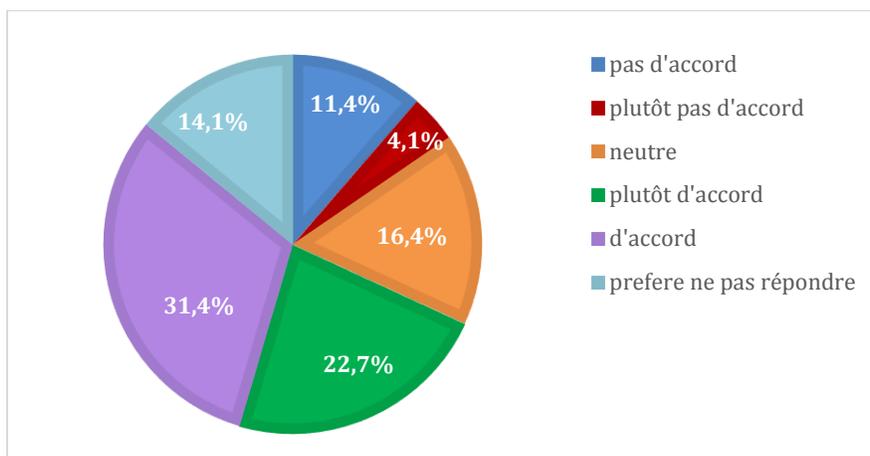


Figure 34: Pertinence des réponses des seniors face aux complications chirurgicales graves

Les opinions des ophtalmologistes sur l'appropriation des réponses fournies par leurs seniors après des complications. Une majorité relative, soit 54,1% (31,4% "d'accord" et 22,7% "plutôt d'accord"), jugent ces réponses adaptées. En revanche, 15,5% (11,4% "pas d'accord" et 4,1% "plutôt pas d'accord") ne les considèrent pas comme appropriées, tandis que 16,4% adoptent une position neutre. A noter que 14,1% des participants ont choisi l'option "préfère ne pas répondre", soit parce qu'ils n'ont pas de senior dans leur environnement de travail, soit parce qu'ils sont eux-mêmes seniors.

d.3. Habituellement lors d'un EIAS, mon senior blâme les protagonistes

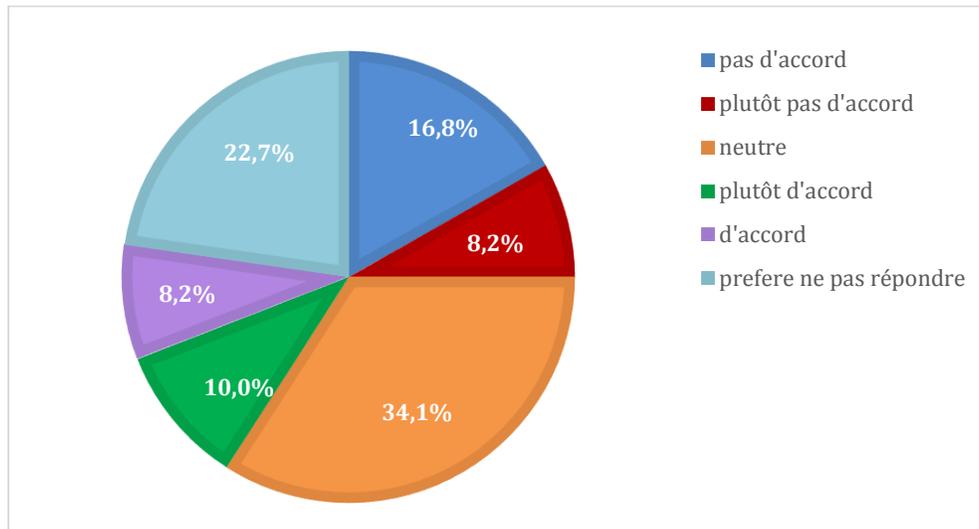


Figure 35:Tendance des seniors à blâmer lors d'un EIAS

Les perceptions des ophtalmologistes sur la tendance de leurs seniors à blâmer les protagonistes lors d'un EIAS. Une proportion notable de répondants, soit 34,1%, se positionne de manière neutre. En revanche, 25,0% (16,8% "pas d'accord" et 8,2% "plutôt pas d'accord") estiment que leur senior ne blâme pas les protagonistes, tandis que 18,2% (10,0% "plutôt d'accord" et 8,2% "d'accord") jugent qu'ils le font.

d.4. Je sens que mon senior évalue ces situations en tenant compte de la complexité de la pratique des soins

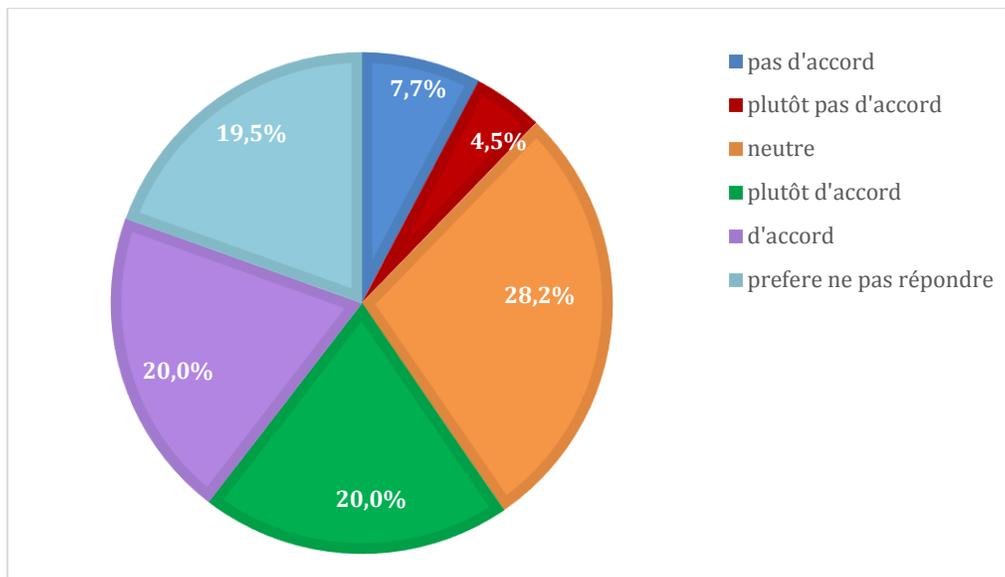


Figure 36:Seniors et prise en compte de la complexité de la pratique des soins

Les perceptions des ophtalmologistes quant à la prise en compte par leur senior de la complexité inhérente à la pratique des soins lors de l'évaluation de situations difficiles. Une proportion totale de 40,0% des répondants est favorable à cette évaluation, avec 20,0% "plutôt d'accord" et 20,0% "d'accord". En revanche, 12,2% expriment un désaccord (7,7% "pas d'accord" et 4,5% "plutôt pas d'accord"), tandis que 28,2% adoptent une position neutre.

e. Soutien de la structure (hôpital, clinique...)

e.1. Ma structure a conscience que les soignants peuvent avoir besoin d'aide pour comprendre et surmonter les effets d'un EIAS

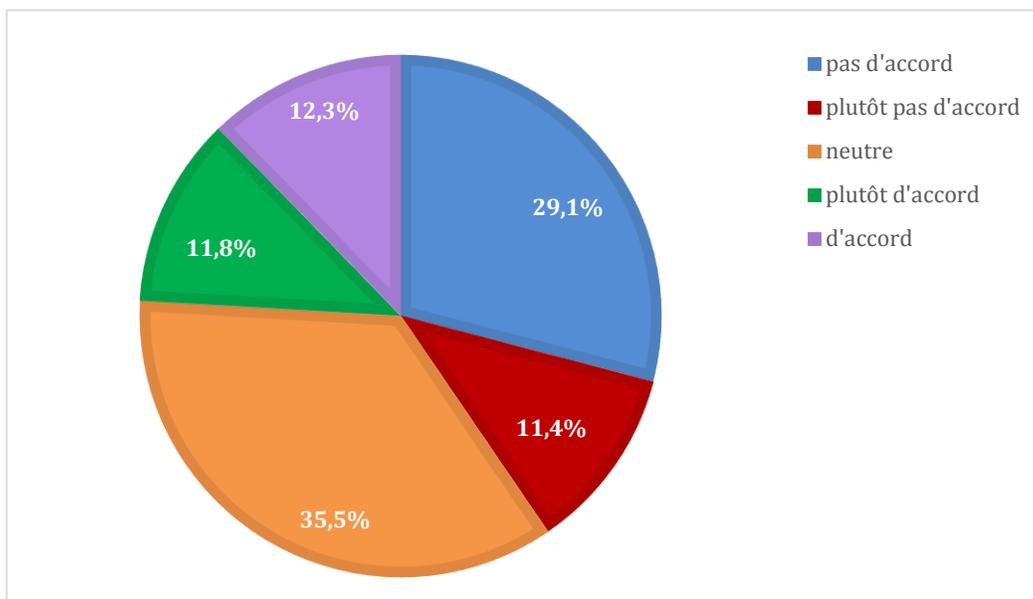


Figure 37:Reconnaissance institutionnelle des besoins d'aide après un eias

Une majorité relative de 35,5% des participants se positionne de manière neutre, ce qui pourrait s'expliquer en partie par le fait que cette option ait été choisie par des médecins spécialistes exerçant en cabinet privé, où les soutiens institutionnels sont moins présents. Par ailleurs, 24,1% expriment une opinion favorable, dont 11,8% "plutôt d'accord" et 12,3% "d'accord". En revanche, 40,5% indiquent une perception négative, composée de 29,1% "pas d'accord" et 11,4% "plutôt pas d'accord".

e.2. Ma structure offre des moyens pour m'aider à surmonter l'impact lié à mon implication dans ces situations (échelle inversée)

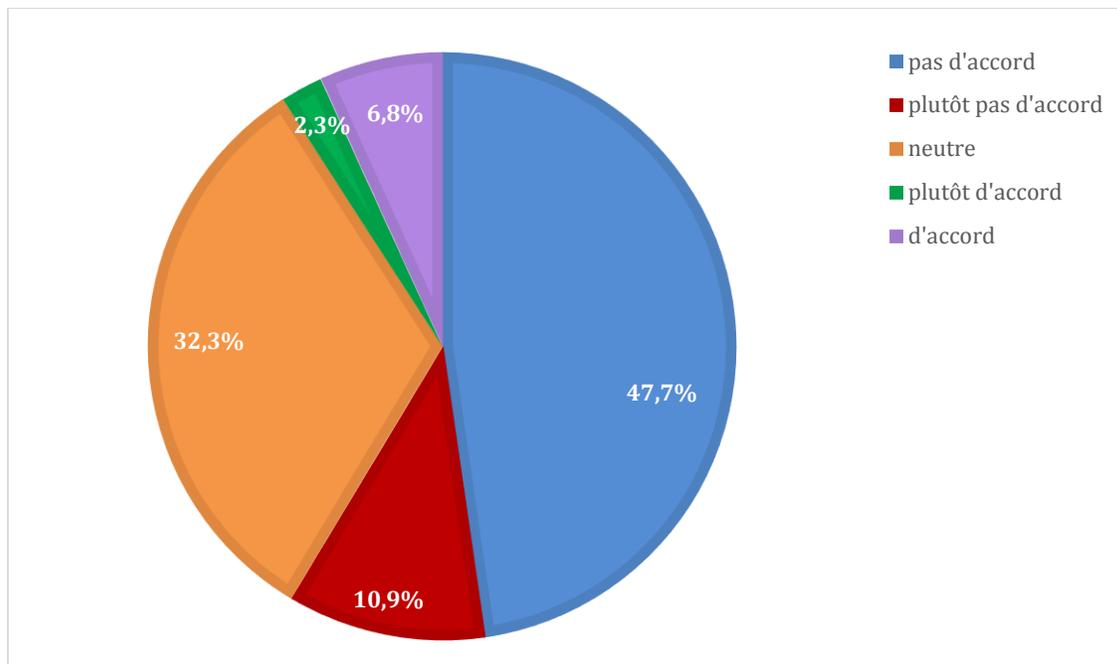


Figure 38: Soutien institutionnel pour surmonter l'impact des eias

Une majorité significative, soit 58,6% des participants (47,7% "pas d'accord" et 10,9% "plutôt pas d'accord"), estime que leur structure ne leur offre pas de moyens suffisants pour faire face à ces impacts. Par ailleurs, 32,3% des répondants se positionnent de manière neutre, tandis que seulement 9,1% expriment une opinion favorable (2,3% "plutôt d'accord" et 6,8% "d'accord").

e.3. Ma structure ne témoigne pas beaucoup d'intérêt pour le bien-être des personnes impliquées dans ces situations

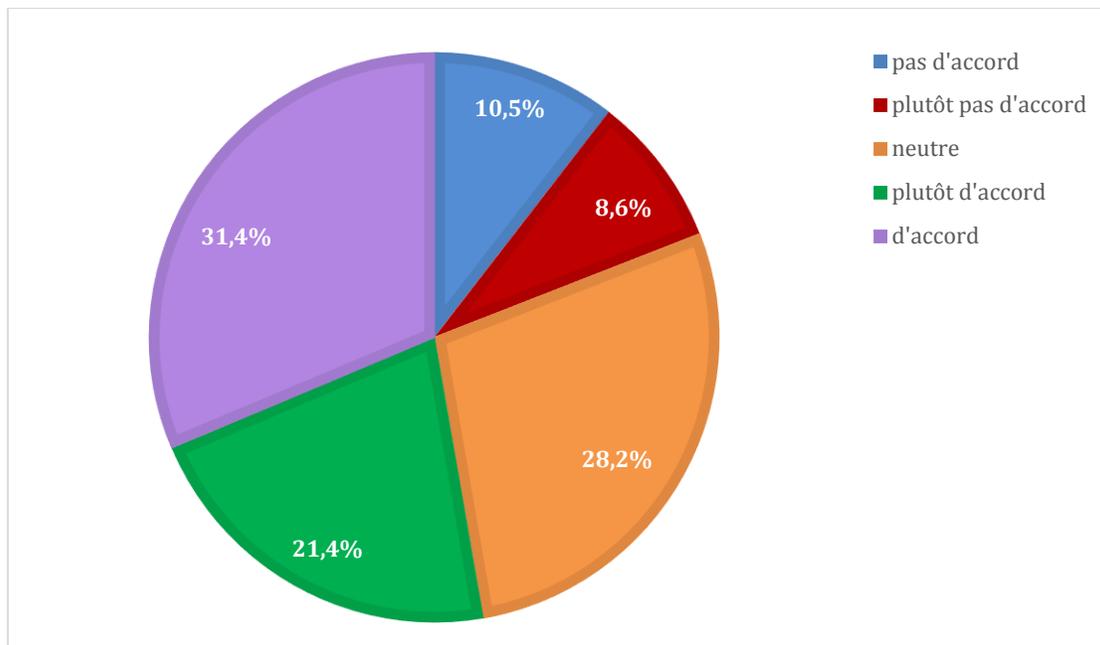


Figure 39: Perception de l'intérêt de la structure pour le bien-être des soignants

Un total de 52,8% des répondants partagent cette affirmation (31,4% "d'accord" et 21,4% "plutôt d'accord"), suggérant qu'une majorité perçoit un manque d'intérêt de la part de leur structure pour leur bien-être. En revanche, 19,1% des participants ne sont pas d'accord avec cette affirmation (10,5% "pas d'accord" et 8,6% "plutôt pas d'accord"), indiquant une perception plus positive. Enfin, 28,2% des répondants adoptent une position neutre.

f. Soutien par les proches

f.1. J'ai cherché du soutien auprès de mes amis et de ma famille après la survenue d'un EIAS

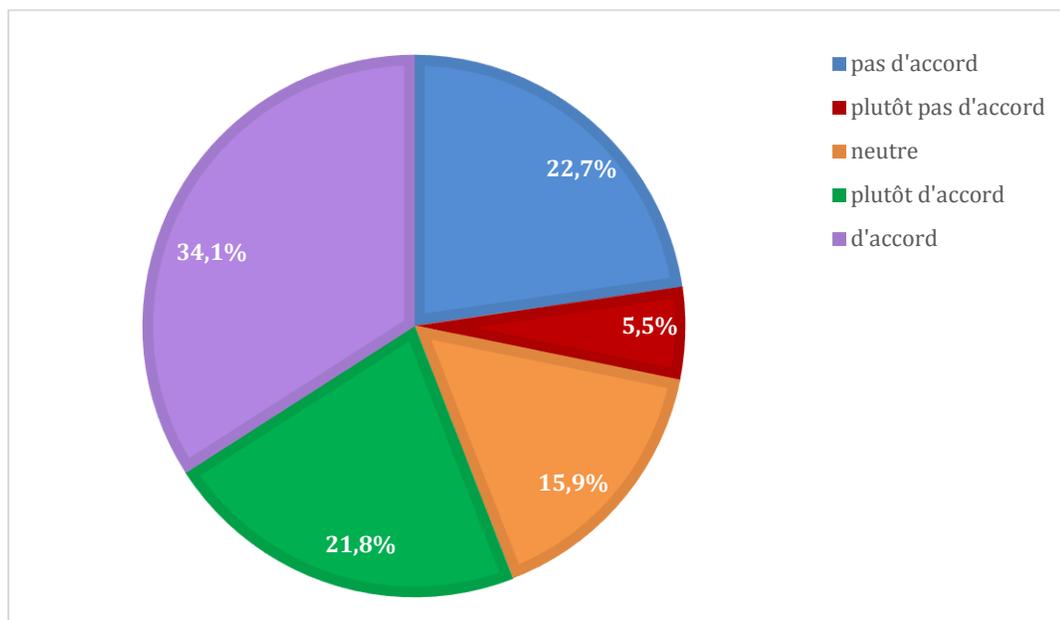


Figure 40: Recherche du soutien auprès des proches après un eias

Un total de 55,9% des répondants partagent cette affirmation (34,1% "d'accord" et 21,8% "plutôt d'accord"), suggérant qu'une majorité des professionnels de santé se tournent vers leurs proches pour trouver du soutien après un eias. En revanche, 28,2% des participants ne sont pas d'accord avec cette affirmation (22,7% "pas d'accord" et 5,5% "plutôt pas d'accord"), indiquant qu'ils n'ont pas cherché ce type de soutien. Enfin, 15,9% des répondants adoptent une position neutre.

f.2. Le soutien de mes amis et de ma famille m'a aidé(e) à surmonter mes difficultés

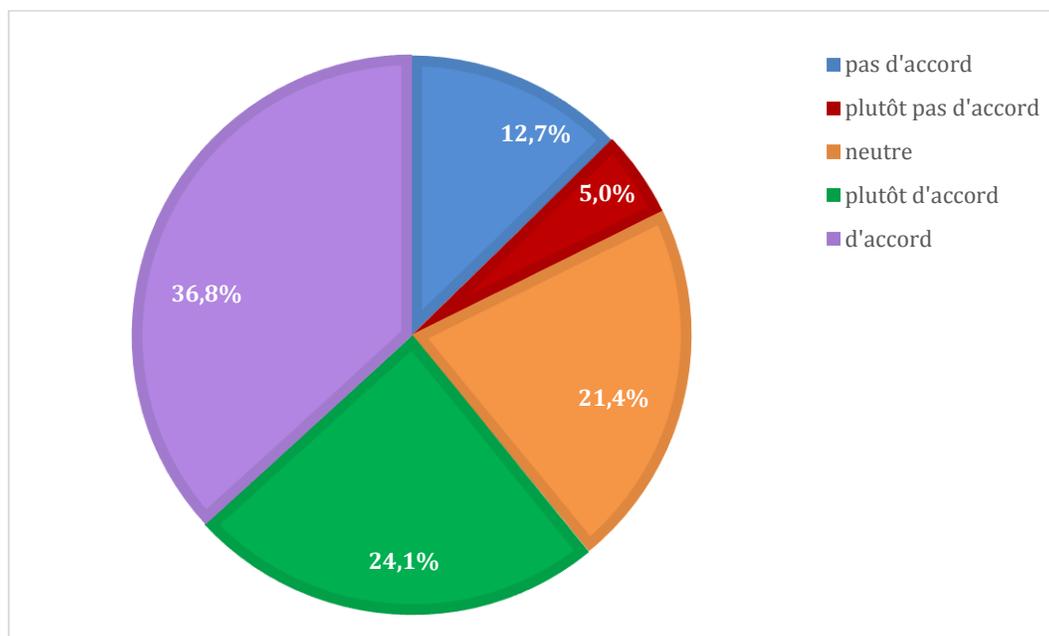


Figure 41: Soutien des proches après un eias

Un total de 60,9% des répondants partagent cette affirmation (36,8% "d'accord" et 24,1% "plutôt d'accord"), suggérant qu'une majorité des professionnels de santé considèrent que le soutien de leurs proches a été bénéfique pour surmonter leurs difficultés après un eias. En revanche, 17,7% des participants ne sont pas d'accord avec cette affirmation (12,7% "pas d'accord" et 5,0% "plutôt pas d'accord"), indiquant que ce soutien n'a pas été perçu comme aidant. Enfin, 21,4% des répondants adoptent une position neutre.

g. Compétences professionnelles

**g.1.Suite à ces situations j'ai trouvé mes compétences
professionnelles insuffisantes**

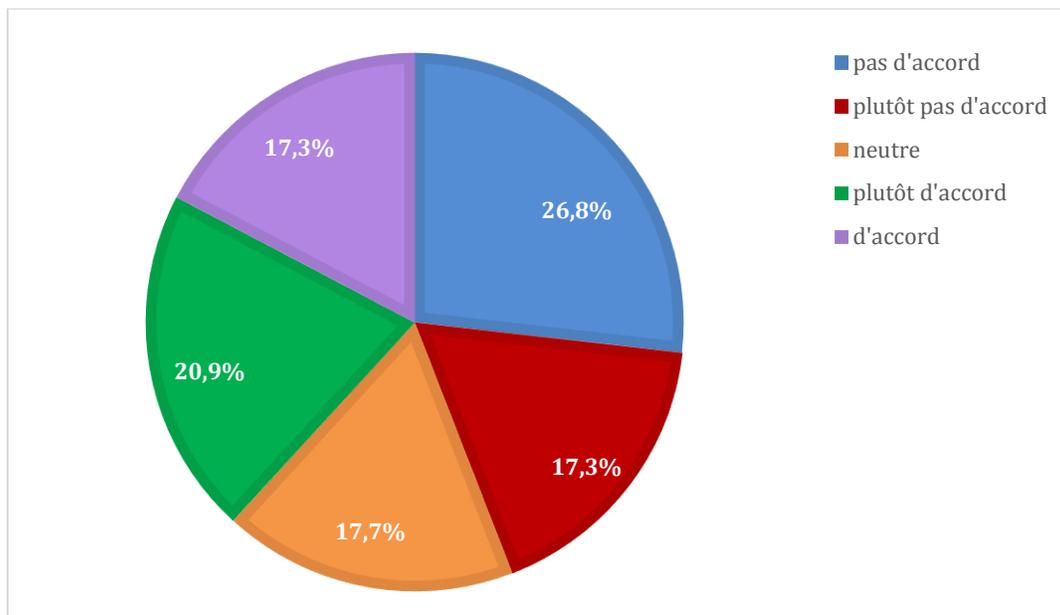


Figure 42: Perception d'insuffisance des compétences professionnelles des ophtalmologistes après un eias

Un total de 38,2% des ophtalmologistes partagent cette affirmation (17,3% "d'accord" et 20,9% "plutôt d'accord"), suggérant qu'une proportion significative d'entre eux ont remis en question leurs compétences professionnelles suite à un eias. En revanche, 44,1% des participants ne sont pas d'accord avec cette affirmation (26,8% "pas d'accord" et 17,3% "plutôt pas d'accord"), indiquant qu'ils ont maintenu leur confiance en leurs compétences professionnelles. Enfin, 17,7% des répondants adoptent une position neutre.

g.2. Ces situations m'interrogent sur le fait que je ne sois pas réellement un bon soignant

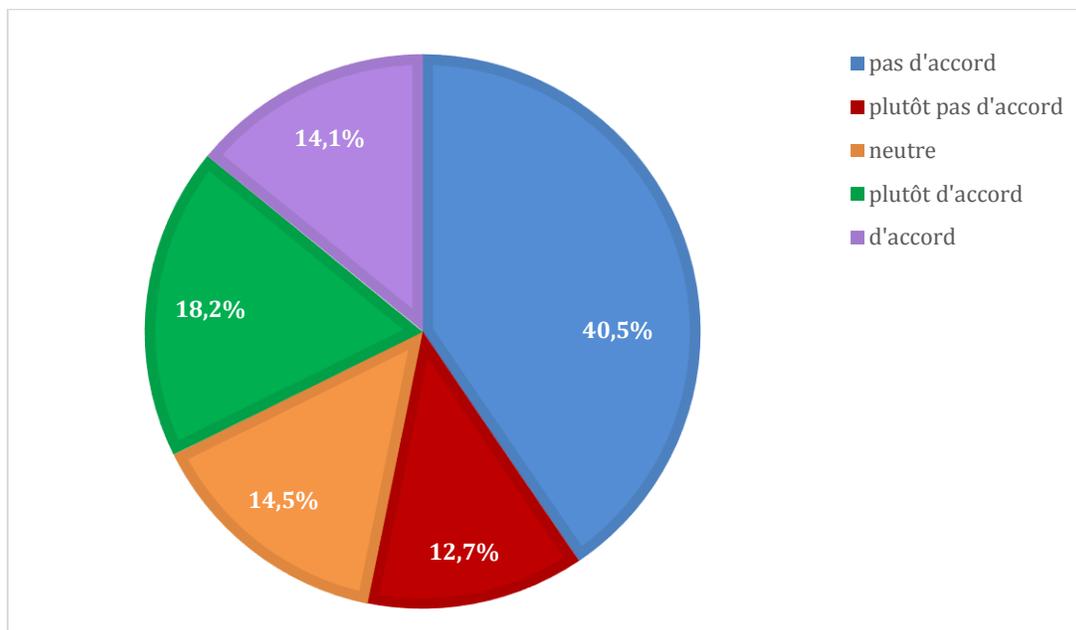


Figure 43:Impact des situations critiques sur l'estime de soi des soignants

Une majorité relative de 53,2% des répondants rejettent cette idée (40,5% "pas d'accord" et 12,7% "plutôt pas d'accord"), reflétant une confiance maintenue dans leurs compétences malgré les difficultés. A l'inverse, 32,3% adhèrent à cette affirmation (18,2% "plutôt d'accord" et 14,1% "d'accord"), signalant une sensibilité accrue à ces situations. Enfin, 14,5% des participants adoptent une position neutre.

g.3. A la suite de ces situations je suis effrayé(e) à l'idée de réaliser des procédures de soins difficiles ou à risque

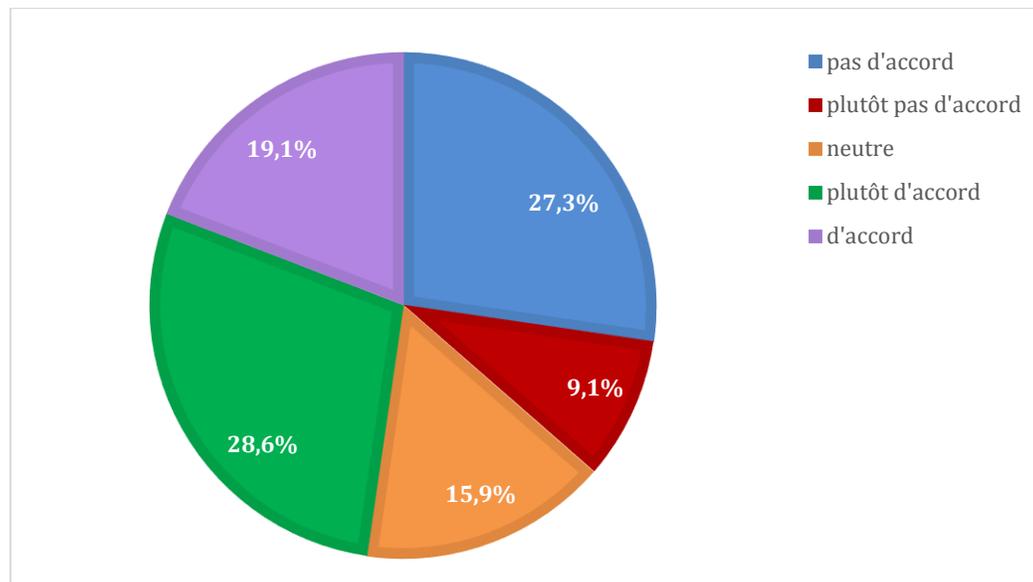


Figure 44:Impact des eias sur l'appréhension face aux procédures difficiles ou à risque

Une proportion notable de 47,7% des participants exprime une certaine appréhension face aux interventions complexes (28,6% "plutôt d'accord" et 19,1% "d'accord"). En revanche, 36,4% rejettent cette idée (27,3% "pas d'accord" et 9,1% "plutôt pas d'accord"), tandis que 15,9% adoptent une position neutre.

g.4. Ces situations ne m'ont pas fait remettre en question mes compétences professionnelles

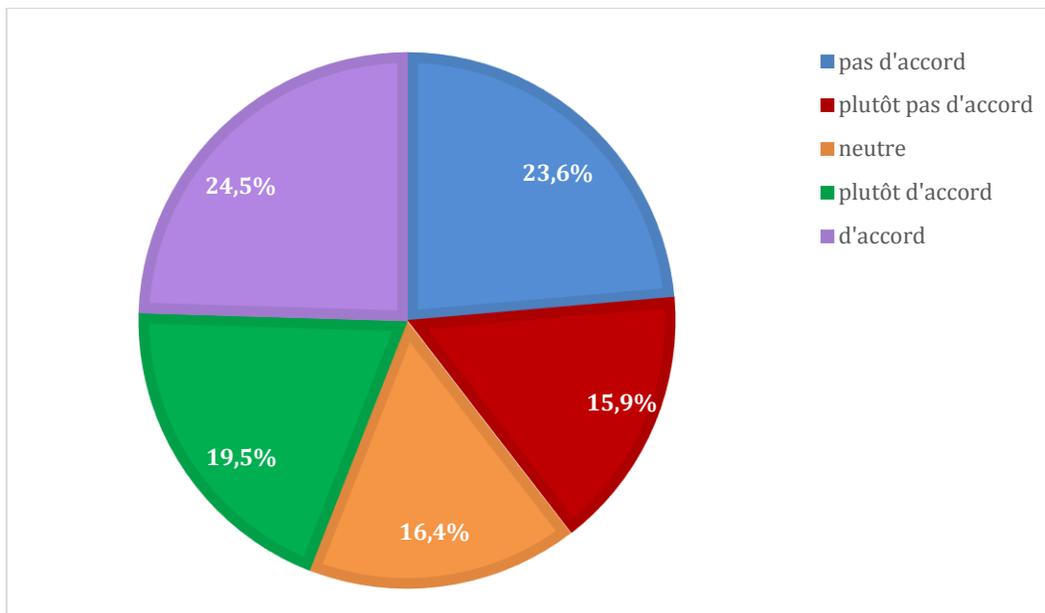


Figure 45:Impact des situations critiques sur les compétences professionnelles

Une majorité relative de 39,5% des ophtalmologistes rejette l'idée que ces situations aient remis en question leurs compétences professionnelles (23,6% "pas d'accord" et 15,9% "plutôt pas d'accord"). Cependant, 44 % reconnaissent une certaine remise en question (24,5 % "d'accord" et 19,5 % "plutôt d'accord"). Enfin, 16,4% adoptent une position neutre.

h. Intentions de changements

h.1.Ces situations rencontrées me conduisent à envisager une profession en dehors du soin

Si 74,6% des ophtalmologistes rejette l'idée que les situations vécues les poussent à envisager une profession en dehors du soin (68,2% "pas d'accord" et 6,4% "plutôt pas d'accord"), il est préoccupant de constater que 14,5% envisagent de quitter le domaine des soins (7,7% "plutôt d'accord" et 6,8% "d'accord"). Ce chiffre, bien que minoritaire, est considérable et reflète l'impact sérieux des événements indésirables associés aux soins sur certains professionnels. Par ailleurs, 10,9% adoptent une position neutre.

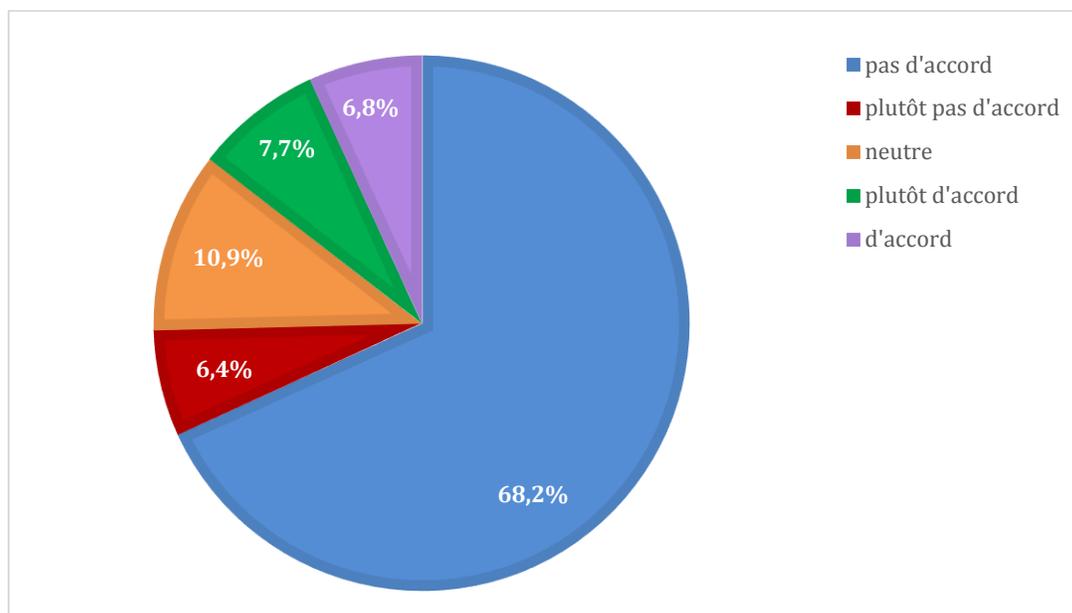


Figure 46:Impact des situations critiques sur l'intention de quitter le domaine des soins

h.2. Le stress lié à mon implication dans ces situations me donne envie de quitter mon poste

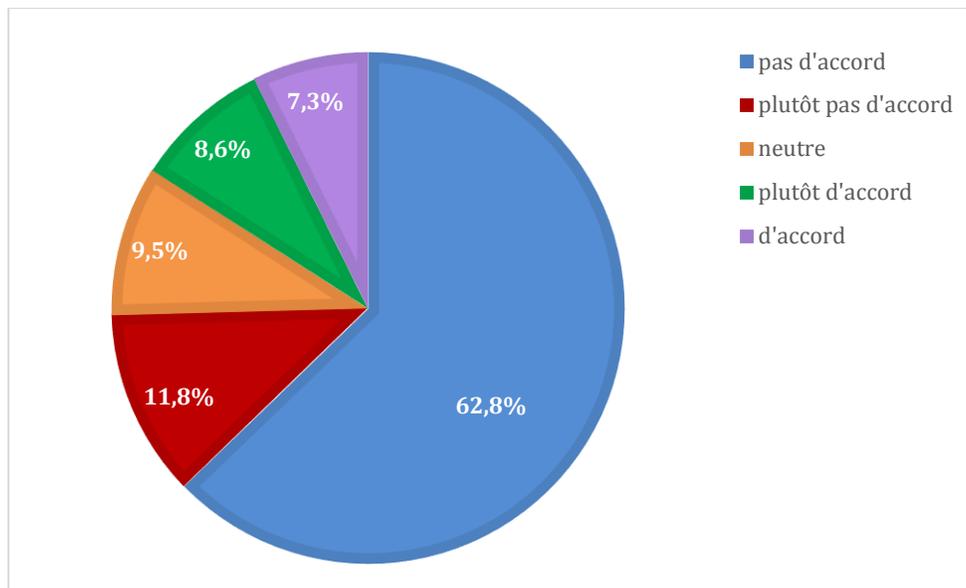


Figure 47: Impact du stress post-EIAS sur l'engagement au poste

Une majorité significative d'ophtalmologistes (74,6%) rejettent l'idée que le stress lié à leur implication dans des situations critiques les pousse à envisager de quitter leur poste (62,8% "pas d'accord" et 11,8% "plutôt pas d'accord"). Toutefois, 15,9% des répondants expriment une certaine inclination à vouloir quitter leur poste (8,6% "plutôt d'accord" et 7,3% "d'accord"), tandis que 9,5% adoptent une position neutre.

i. **Absentéisme**

i.1. Ces situations d'EIAS m'ont contraint(e) à prendre un jour d'arrêt de travail

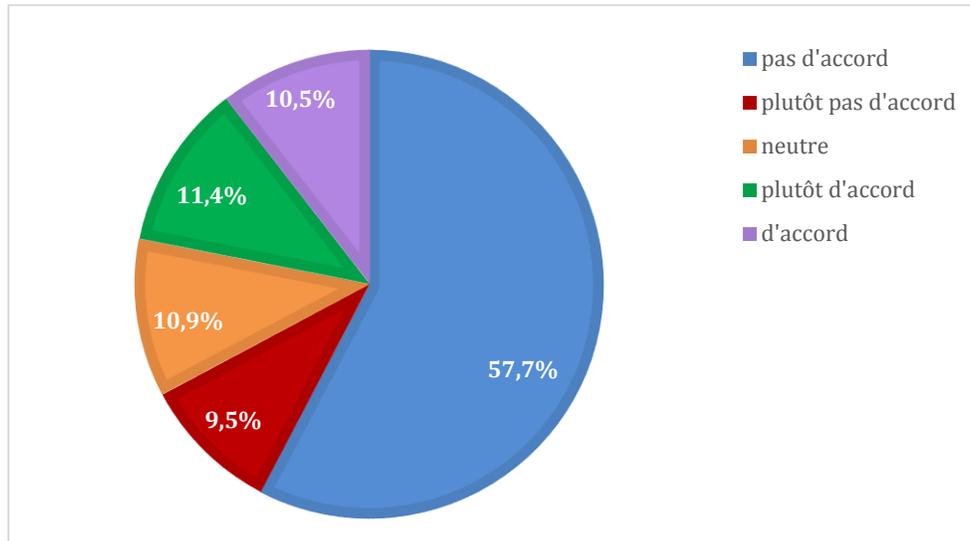


Figure 48: Impact des EIAS sur l'absentéisme professionnel

Une majorité significative des répondants (67,2%) indique ne pas avoir eu recours à des arrêts de travail suite aux EIAS (57,7% "pas d'accord" et 9,5% "plutôt pas d'accord"). Néanmoins, 21,9% des participants rapportent avoir dû s'arrêter de travailler après ces événements (11,4% "plutôt d'accord" et 10,5% "d'accord"), tandis que 10,9% maintiennent une position neutre.

i.2. J'ai pris des congés après qu'une de ces situations s'est produite

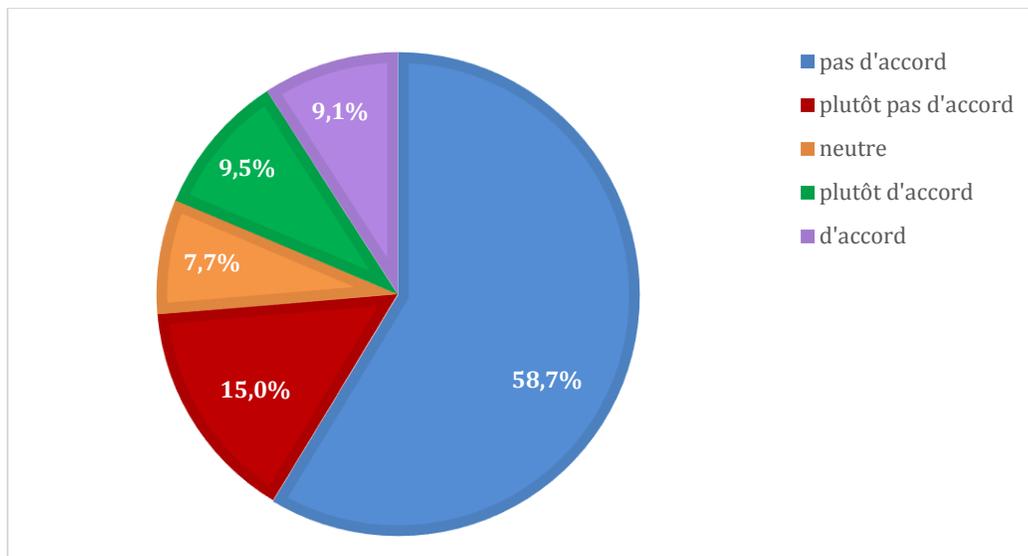


Figure 49: Impact des eias sur la prise de congés

La majorité des soignants (73,7%) rapporte ne pas avoir pris de congés après avoir vécu des EIAS (58,7% "pas d'accord" et 15,0% "plutôt pas d'accord"). A l'inverse, 18,6% des répondants confirment avoir eu recours à des congés après ces situations (9,5% "plutôt d'accord" et 9,1% "d'accord"). Une faible proportion (7,7%) reste neutre sur cette question.

j. Types de soutiens souhaités

j.1. Pouvoir prendre immédiatement du temps loin de mon service ou cabinet pendant un petit moment

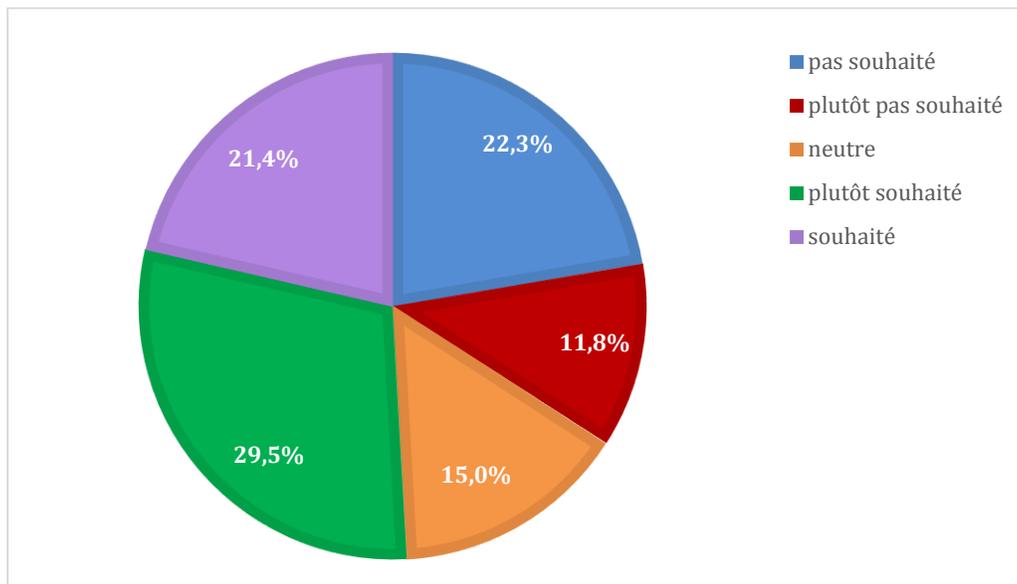


Figure 50: Désirabilité d'une pause professionnelle immédiate post-EIAS chez les ophtalmologues

Une proportion significative des ophtalmologues (50,9%) exprime le souhait de pouvoir s'extraire temporairement de leur activité suite à un EIAS (29,5% "plutôt souhaité" et 21,4% "souhaité"). A l'inverse, 34,1% des répondants ne jugent pas cette possibilité nécessaire (22,3% "pas souhaité" et 11,8% "plutôt pas souhaité"), tandis que 15% maintiennent une position neutre.

j.2. Avoir un endroit paisible dédié disponible pour récupérer et se ressaisir après un de ces types d'évènements

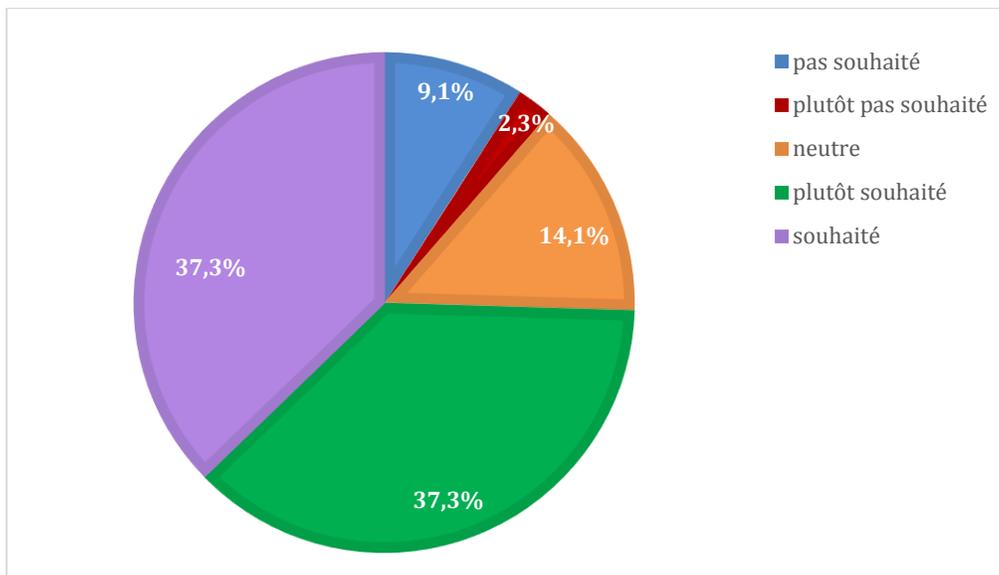


Figure 51: Désirabilité d'un espace de récupération dédié post-EIAS en ophtalmologie

74,6% des ophtalmologues exprime le souhait d'avoir accès à un espace dédié pour se ressourcer après un EIAS (37,3% "souhaité" et 37,3% "plutôt souhaité"). A l'opposé, seule une faible proportion (11,4%) ne juge pas cette disposition nécessaire (9,1% "pas souhaité" et 2,3% "plutôt pas souhaité"), tandis que 14,1% restent neutres.

j.3. Discuter en détail avec un pair de ce qui est arrivé

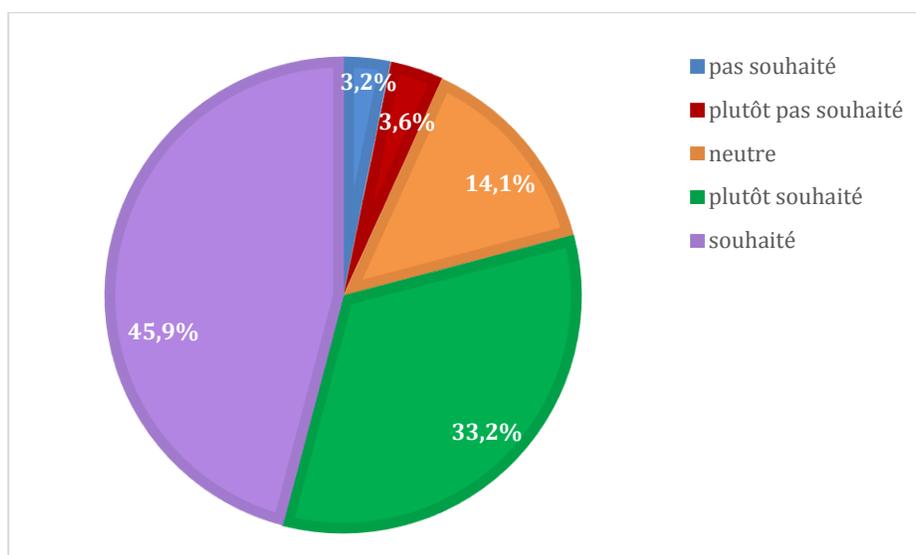


Figure 52: Importance du partage entre pairs après un EIAS en ophtalmologie

Une majorité écrasante des ophtalmologues (79,1%) exprime le souhait de pouvoir discuter en détail avec un confrère suite à un EIAS (45,9% "souhaité" et 33,2% "plutôt souhaité"). Une très faible minorité (6,8%) ne considère pas cette démarche comme nécessaire (3,2% "pas souhaité" et 3,6% "plutôt pas souhaité"), tandis que 14,1% adoptent une position neutre.

j.4. Bénéficiaire d'un programme d'aide fournissant gratuitement des conseils en dehors du travail

L'analyse des données révèle qu'une proportion substantielle d'ophtalmologues (70,9%) manifeste un intérêt pour un programme d'aide avec conseils gratuits délocalisé du lieu d'exercice (43,6% de réponses "souhaité" et 27,3% "plutôt souhaité"). Seule une minorité de praticiens (9,5%) exprime une

réticence vis-à-vis de ce dispositif (5,9% "pas souhaité" et 3,6% "plutôt pas souhaité"), tandis qu'une fraction intermédiaire de 19,5% adopte une position neutre.

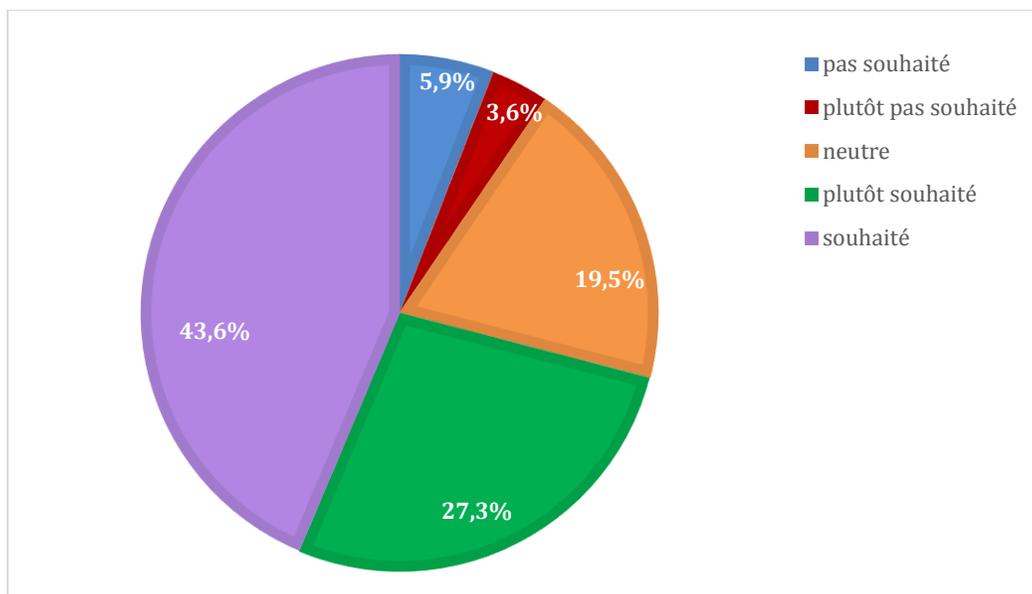


Figure 53: Réceptivité des ophtalmologues à un programme d'aide psychologique externe

j.5. Discuter avec mon senior de l'incident

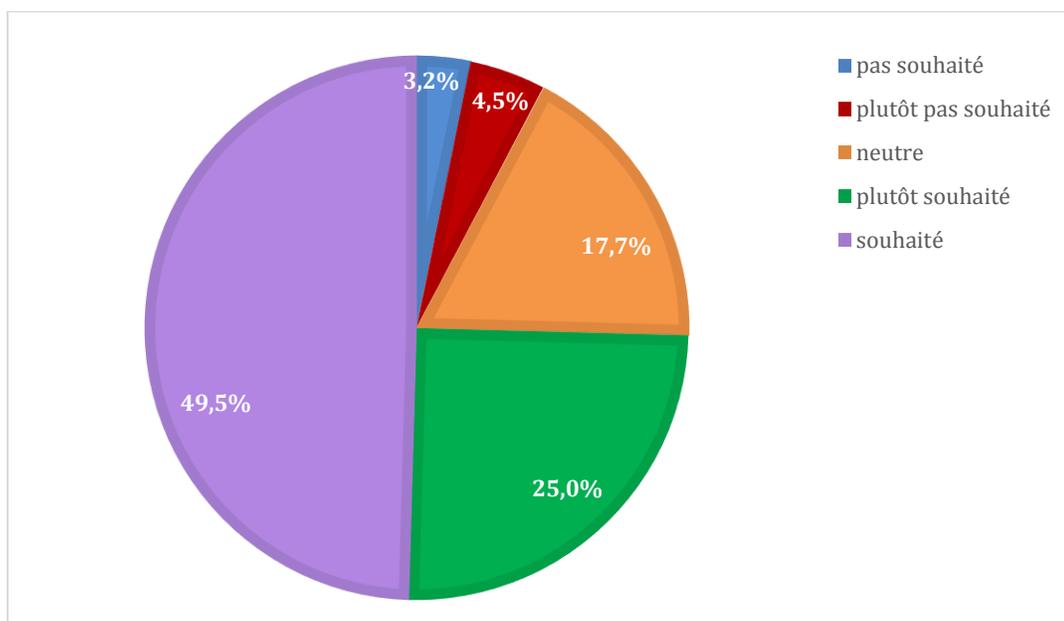


Figure 54: Évaluation du souhait de discuter avec un senior après un incident

L'analyse des résultats montre que près des trois quarts (74.5%) des participants considèrent positivement l'idée de discuter avec leur senior d'un incident. Plus précisément, 49,5% des répondants indiquent que cela est "souhaité", tandis que 25% estiment que cela est "plutôt souhaité". A l'inverse, seulement une petite minorité exprime une opinion défavorable : 3,2% trouvent cela "pas souhaité" et 4,5% "plutôt pas souhaité". Enfin, 17,7% adoptent une position "neutre".

j.6. Programmer un moment avec une personne dédiée pour échanger sur l'évènement

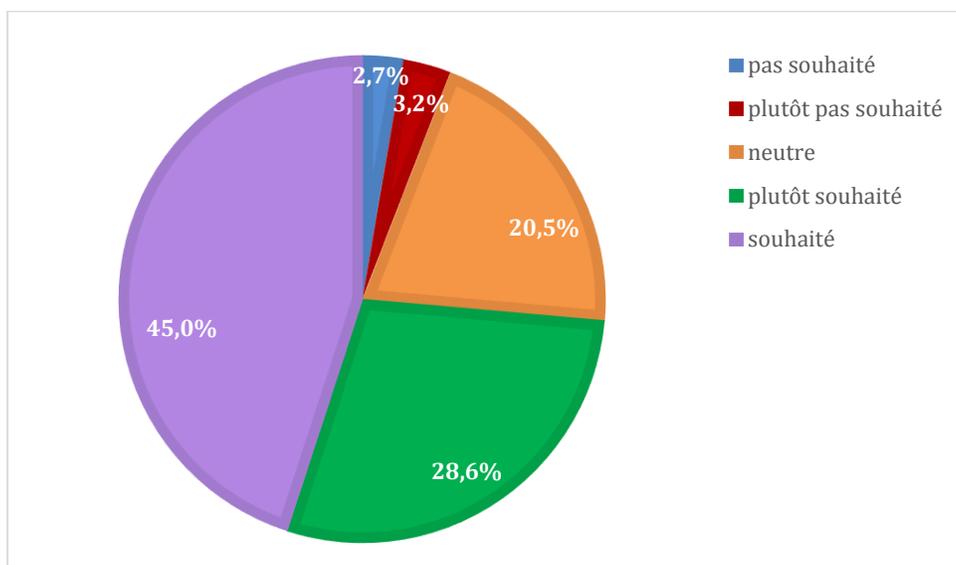


Figure 55:Souhait d'un accompagnement personnalisé post-événement

L'analyse des réponses révèle que 73,6 % des ophtalmologistes se montrent favorables à l'idée de programmer un moment d'échange avec une personne dédiée pour discuter d'un événement marquant, (45 % "souhaité" et 28,6 % "plutôt souhaité"). A l'inverse, seulement 5,9 % expriment une réticence à

cette initiative (2,7 % "pas souhaité" et 3,2 % "plutôt pas souhaité"). Par ailleurs, 20,5 % des participants se déclarent neutres.

j.7. Avoir un moyen confidentiel de contacter une personne dédiée 24h/24 pour discuter de la manière dont ces situations m'ont affecté(e)

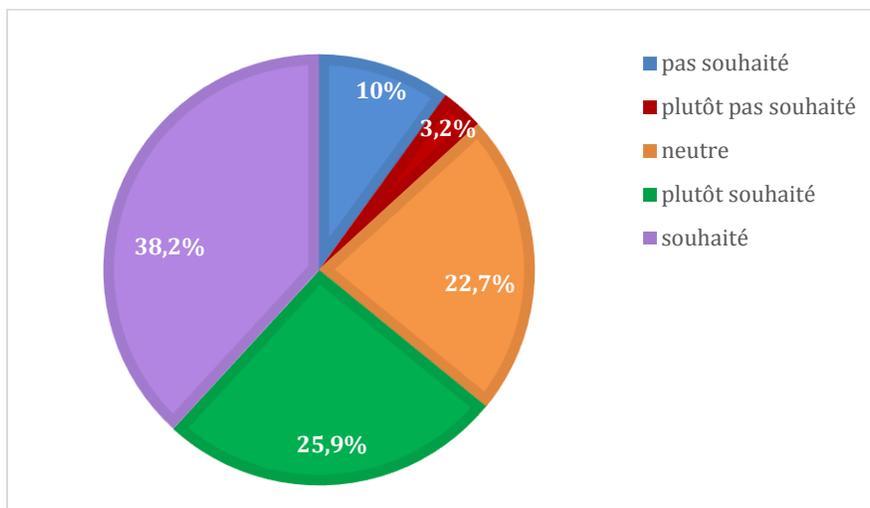


Figure 56:Souhait d'un accès confidentiel 24h/24 à un interlocuteur dédié

L'analyse des données montre que 64,1 % des ophtalmologistes interrogés souhaitent disposer d'un moyen confidentiel accessible à toute heure pour discuter de l'impact des situations difficiles, avec 38,2 % de réponses "souhaité" et 25,9 % "plutôt souhaité". Une proportion de 13,2 % exprime une opinion négative à cet égard (**10 % "pas souhaité" et 3,2 % "plutôt pas souhaité"). Par ailleurs, 22,7 % des répondants adoptent une position neutre.

k. Témoignages des participants :

Les témoignages recueillis lors de cette étude offrent un aperçu sincère des répercussions émotionnelles et psychologiques des complications

chirurgicales sur les ophtalmologistes. Nous avons classé ces récits en plusieurs catégories selon les thématiques les plus récurrentes.

k.1. Normalisation des complications et résilience

- "celui qui n'a pas de complications c'est celui qui n'opère pas" (un thème récurrent)
- "ces situations sont effectivement bouleversantes et remettent en question toute la compétence du chirurgien, il faut juste se dire que ça arrive aux meilleurs et se relever rapidement."

k.2. Impact psychologique et gestion émotionnelle

- « Au tout début de ma carrière en privé, les petites complications comme une rupture capsulaire bien gérée, ou un petit astigmatisme post opératoire me causait de l'angoisse (sans exagération) jusque jour où j'ai eu une expulsive , avec des suites médico légales , chez un profil à problème . C'était une expérience difficile mais très bénéfique, plus rien ne me stresse, toutes les complications que j'ai maintenant me paraissent banales, mon taux de cortisone a nettement diminué après un pic dévastateur »
- "personnellement je vais une psychologue clinicienne pour m'aider à parler de tout ça et à mettre en place des protocoles pour m'améliorer dans la gestion de mes émotions devant la difficulté"

k.3. Importance du soutien entre confrères

- "la résilience de chacun face à ce type de situations est importante, mais le soutien de l'entourage (particulièrement des confrères en ophtalmologie) est primordial pour se relever."

- Un excellent exemple concret de comment le soutien d'un collègue a aidé à surmonter une complication et à améliorer sa pratique : « étant jeune ophtalmo installée au privé dans une structure ne disposant pas d'un rétinologue. La survenue de complication (chute de quartier) m'a tout d'abord miné mais grâce à une amie et collègue j'ai pu être rassurée et continuer à surveiller la patiente jusqu'à ce qu'elle ait été réopérée. Cela a complètement changé ma façon de travailler : déplacement dans une ville avec rétinologue pour les cas complexes, implants de secours supplémentaires. Le stress a continué pendant plusieurs blocs. Maintenant ça va mieux. »

k.4. Approche constructive et apprentissage

- "Quel que soit le degré ou la gravité d'une complication mon attitude est toujours la même : assumer complètement en disant la vérité au patient, faire le maximum pour réparer et surtout tirer une leçon de cette complication pour pouvoir avancer"
- "La gestion de la complication commence avant l'opération par la préparation physique et psychologique du patient à risque, par la non-banalisation de la chirurgie de cataracte"

k.5. Recommandations pour l'avenir

- Une suggestion importante sur la sensibilisation des jeunes chirurgiens et l'importance de documenter les complications pour en tirer des leçons. « je pense qu'il faut sensibiliser les jeunes en chirurgie et même les expérimentés que c'est normal de faire des complications, et le but est de tirer des leçons des complications (peut-être même enregistrer ses complications dans les

services de chirurgie pour voir comment les prévenir et aussi pour dire que tout le monde peut faire des complications) –sensibiliser les chirurgiens sur les aspects médico-légaux des complications et comment on peut se protéger »

- Une réflexion pertinente sur le besoin de structures dédiées pour gérer les complications de manière collégiale : « les complications chirurgicales liées à toute intervention humaine sont bien décrites et imprévisibles si on avait le moyen magique de savoir entre les mains de quels médecins et sur quel patient elles vont survenir il n’y aura pas de problème ni pour le médecin ni pour le patient ! Or la relation qui lie le patient à son médecin doit être une relation de confiance dans le bien comme dans le pire. Au-delà de l’impact psychologique on a besoin de solutions genre structures dédiées à prendre chaque type de complications de manière collégiale sans contrainte psychologique pour le médecin ni matérielle pour le patient. »

II. Résultats analytiques:

Tableau 1: Résultats analytiques

	Impact Psychologique		Impact Physique		Support des collègues		Soutien des Seniors		Soutien Institutionnel		Soutien des Piroches		Compétences professionnelles		Intentions de changements		Absentéisme		Besoin de Support		
	Mean	ET	Mean	p	Mean	p	Mean	p	Mean	p	Mean	p	Mean	p	Mean	p	Mean	p	Mean	p	
GENRE	Masculine	4,09±0,844	0,027	3,008±1,121	0,029	2,439±0,745	0,495	2,525±0,870	0,657	3,513±1,070	0,336	2,741±1,357	0,020	2,629±1,005	0,024	1,781±1,242	0,622	2,011±1,279	0,940	3,706±0,763	0,001
	Féminine	4,34±0,708		3,349±1,073		2,364±0,802		2,600±1,206		3,655±1,021		2,288±1,382		2,980±1,196		1,868±1,253		2,025±1,333		4,066±0,734	
	S55 ans	4,23±0,773	0,912	3,13±1,133	0,567	2,42±0,756	0,357	2,600±1,068	0,531	3,736±0,947	0,067	2,49±1,348	0,480	3,172±0,973	<0,001	2,021±1,291	0,003	2,021±1,256	0,983	3,869±0,772	0,242
AGE	36-45 ans	4,25±0,824		3,34±1,044		2,448±0,794		2,619±1,170		3,364±1,138		2,386±1,495		2,495±1,184		1,622±1,117		2,037±1,372		4,064±0,730	
	>45 ans	4,18±0,732	0,005	3,16±1,024	0,002	2,219±0,823	0,817	2,339±0,839	0,041	3,454±1,151	0,084	2,742±1,352	0,354	2,143±1,126	0,008	1,484±1,182	0,250	1,984±1,372	0,127	3,831±0,766	0,768
	Spécialiste	4,36±0,659		3,40±1,046		2,410±0,788		2,739±1,137		3,472±1,070		2,581±1,490		2,858±1,144		1,899±1,319		2,135±1,358		3,943±0,767	
STATUT Professionnel	Resident	3,965±0,977		2,681±1,195		2,338±0,793		2,294±0,912		3,836±1,011		2,303±1,288		3,063±1,041		1,823±1,143		1,892±1,262		3,839±0,766	
	Professeur de médecine	4,09±0,742		3,26±0,864		2,44±0,708		2,297±0,864		3,733±0,876		2,202±0,945		2,220±1,051		1,506±1,030		1,680±0,977		3,868±0,780	
	Privé	4,368±0,646	0,022	3,41±1,045	0,009	2,347±0,813	0,478	2,634±1,084	0,650	3,348±1,072	0,001	2,523±1,468	0,514	2,777±1,165	0,290	1,828±1,315	0,844	2,106±1,382	0,315	3,969±0,740	0,299
Secteur D'Exercice	Publique	4,239±0,653		3,081±1,119		2,510±0,699		2,546±1,133		3,836±0,928		2,561±1,423		3,051±1,090		1,908±1,157		2,071±1,278		3,766±0,763	
	Académique	3,916±1,043		2,859±1,133		2,390±0,775		2,443±0,886		3,902±0,960		2,302±1,151		2,729±1,081		1,760±1,193		1,770±1,105		3,937±0,819	
	<5 ans	4,139±0,908	0,395	4,139±0,908	0,647	2,420±0,772	0,669	2,481±1,085	0,099	3,673±0,999	0,537	2,402±1,357	0,800	3,121±1,033	0,001	1,930±1,214	0,054	2,125±1,285	0,692	3,920±0,780	0,826
Expérience Chirurgicale	515 ans	4,282±0,693		4,282±0,693		2,416±0,777		2,733±1,093		3,580±1,046		2,500±1,441		2,813±1,095		1,904±1,310		1,969±1,314		3,933±0,764	
	>15 ans	4,235±0,714	0,279	4,235±0,714	0,405	2,286±0,802	0,108	2,229±0,849	0,101	3,441±1,130	0,247	2,588±1,316	0,348	2,272±1,198	<0,001	1,411±1,055	0,058	1,941±1,307	0,057	3,840±0,756	0,538
Nombre de chirurgie pratiquées par Semaine	5-10 chirurgies	4,137±0,727		3,107±1,123		2,285±0,800		2,812±1,128		3,428±1,090		2,724±1,479		2,454±1,156		1,826±1,272		1,898±1,181		3,865±0,797	
	>10 chirurgies	4,150±0,722		3,094±1,042		2,584±0,693		2,305±0,862		3,522±0,988		2,494±1,257		2,334±1,102		1,518±1,096		1,726±1,211		3,846±0,765	

1. Impact psychologique:

L'analyse des facteurs associés à l'impact psychologique du syndrome de seconde victime chez les ophtalmologistes marocains a révélé deux associations statistiquement significatives majeures. En premier lieu, l'étude du facteur genre ($p = 0,027$) montre que les femmes ophtalmologistes présentent un impact psychologique significativement plus marqué ($4,334 \pm 0,708$) que leurs homologues masculins ($4,092 \pm 0,844$).

En second lieu, l'analyse du statut professionnel ($p = 0,005$) met en évidence une gradation significative de l'impact psychologique. Les spécialistes présentent le score le plus élevé ($4,364 \pm 0,659$), les professeurs de médecine affichent un score intermédiaire ($4,090 \pm 0,742$), et les résidents présentent le score le plus bas ($3,965 \pm 0,977$).

2. Impact physique

L'étude des éléments influençant les répercussions physiques du svv révèle des tendances significatives comparables à celles observées pour l'impact psychologique. L'étude du **genre** ($p = 0,029$) montre que les femmes ophtalmologistes manifestent des symptômes physiques plus marqués ($3,349 \pm 1,073$) que leurs homologues masculins ($3,008 \pm 1,121$). L'analyse du **statut** professionnel ($p = 0,002$) suit une gradation similaire, avec les spécialistes présentant le score le plus élevé ($3,401 \pm 1,046$), suivis des professeurs ($3,260 \pm 0,864$), puis des résidents affichant le score le plus bas ($2,681 \pm 1,195$). Le **secteur** d'exercice ($p = 0,009$) émerge comme un facteur déterminant additionnel, le secteur privé montrant l'impact le plus important ($3,414 \pm 1,045$),

suivi du secteur public ($3,081 \pm 1,119$), puis du secteur académique ($2,859 \pm 1,133$).

3. Support des collègues :

L'analyse des facteurs potentiellement associés au soutien des collègues n'a révélé **aucune** association statistiquement significative. En effet, ni les caractéristiques démographiques telles que le genre ($p = 0,495$) et l'âge ($p = 0,357$), ni les paramètres professionnels comme le statut professionnel ($p = 0,817$), le secteur d'exercice ($p = 0,478$), l'expérience chirurgicale ($p = 0,669$), ou encore le nombre d'interventions chirurgicales hebdomadaires ($p = 0,108$) n'ont montré d'influence significative sur le niveau de soutien perçu par les ophtalmologistes.

4. Soutien par les seniors

Concernant le support des seniors face au svs, l'analyse des données a révélé une unique association statistiquement significative avec le **statut professionnel** ($p = 0,041$). Les spécialistes présentent le score le plus élevé ($2,739 \pm 1,137$), indiquant paradoxalement le niveau de soutien le plus faible, tandis que les résidents ($2,294 \pm 0,912$) et les professeurs de médecine ($2,297 \pm 0,864$) rapportent des scores plus bas, reflétant un meilleur niveau de soutien senior.

5. Soutien institutionnel

L'évaluation du support organisationnel a mis en évidence une unique association statistiquement significative avec le **secteur** d'exercice ($p = 0,001$). Le secteur universitaire présente le score le plus élevé ($3,902 \pm 0,960$), suivi de près par le secteur public ($3,836 \pm 0,928$), reflétant les niveaux de soutien institutionnel les plus importants, tandis que le secteur privé affiche un score significativement plus bas ($3,348 \pm 1,072$).

6. Soutien par les proches

L'analyse des facteurs associés au soutien par les proches a également révélé une unique association statistiquement significative avec le **genre** ($p = 0,020$). Les femmes ophtalmologistes rapportent un score plus bas ($2,288 \pm 1,382$) que leurs homologues masculins ($2,741 \pm 1,357$).

7. Compétences professionnelles

L'analyse des facteurs associés à la perception des compétences professionnelles dans le contexte du syndrome de seconde victime révèle des associations statistiquement significatives qui reflètent comment les ophtalmologistes évaluent leurs capacités professionnelles, leur confiance en soi, et leur appréhension face aux procédures à risque après un événement indésirable.

- L'étude du facteur **genre** ($p = 0,024$) montre que les femmes ophtalmologistes expriment davantage de questionnements sur leurs compétences ($2,980 \pm 1,196$) que leurs confrères masculins ($2,629 \pm 1,005$).

- Un gradient significatif apparaît en fonction de l'expérience, observable à travers trois facteurs interconnectés : **l'âge** ($p < 0,001$), le **statut** professionnel ($p = 0,008$), et **l'expérience** chirurgicale ($p = 0,001$). Les praticiens plus jeunes, notamment ceux de moins de 35 ans ($3,172 \pm 0,973$), les résidents ($3,063 \pm 1,041$), et ceux ayant moins de 5 ans d'expérience ($3,121 \pm 1,053$) manifestent le plus de doutes professionnels. A l'inverse, les praticiens plus expérimentés – plus de 45 ans ($2,143 \pm 1,126$), professeurs de médecine ($2,220 \pm 1,051$), et ceux ayant plus de 15 ans d'expérience ($2,272 \pm 1,198$) – démontrent une plus grande confiance en leurs compétences.
- Cette tendance se confirme avec **le volume chirurgical hebdomadaire** ($p < 0,001$), où les praticiens réalisant plus de 10 chirurgies par semaine ($2,334 \pm 1,002$) expriment significativement moins de doutes que ceux en effectuant moins de 5 ($3,267 \pm 1,012$).

8. Intentions de changements

L'analyse des intentions de changement de pratique suite au syndrome de seconde victime révèle une unique association statistiquement significative avec l'âge ($p = 0,033$). Les praticiens de moins de 35 ans présentent le score le plus élevé ($2,021 \pm 1,291$), suivi des 36–45 ans ($1,622 \pm 1,117$), tandis que les plus de 45 ans affichent le score le plus bas ($1,484 \pm 1,182$).

9. Absentéisme:

L'analyse de l'absentéisme post-événement indésirable, n'a révélé aucune association statistiquement significative avec les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des ophtalmologistes, que ce soit le genre ($p = 0,940$), l'âge ($p = 0,983$), le statut professionnel ($p = 0,127$), le secteur d'exercice ($p = 0,315$), l'expérience chirurgicale ($p = 0,692$) ou le volume d'activité chirurgicale hebdomadaire ($p = 0,057$).

10. Besoin de support :

Dans l'analyse du besoin de support face au syndrome de seconde victime chez les ophtalmologistes marocains, une seule association statistiquement significative a été mise en évidence avec le sexe des praticiens ($p = 0,001$). Les ophtalmologistes femmes expriment un besoin de support plus marqué avec un score moyen de $4,066 \pm 0,734$, comparativement à leurs confrères masculins qui présentent un score de $3,706 \pm 0,763$.



DISCUSSION



Discussion

I. Le syndrome de seconde victime (SVS) :

Le concept de seconde victime a été introduit pour la première fois dans la littérature scientifique par le pr albert w. Wu, qui a décrit en 2000 l'impact émotionnel et psychologique des erreurs médicales et des complications sur les professionnels de santé.

«De nombreuses erreurs proviennent de nos routines et de l'usage de nos outils technologiques menant le médecin et le patient à la catastrophe. Bien sûr le patient est la première victime des erreurs médicales, mais les médecins sont aussi impactés par ces mêmes erreurs : ce sont les secondes victimes». [1] l'auteur constate également qu'il n'existe aucun mécanisme d'aide institutionnelle aux secondes victimes. Il utilise même le terme «the grieving process».

1. Définition :

La seconde victime est un soignant impliqué et traumatisé par un événement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales». [2]

2. Facteurs de risque :

Il n'existe actuellement pas d'articles traitant spécifiquement des traits de personnalité prédisposant au syndrome de la seconde victime. Cependant, de nombreuses études ont identifié des traits de personnalité qui rendent certains

professionnels de la santé plus vulnérables au SVS que d'autres. Les traits de personnalité les plus fréquemment associés à une vulnérabilité accrue au SVS sont le perfectionnisme et la conscienciosité, l'empathie, les attentes élevées envers soi-même et l'autocritique, une résilience faible, le névrosisme et l'introversion.[10]

- La culture du non-échec, omniprésente dans le domaine médical, exacerbe ces vulnérabilités. Les professionnels de la santé sont souvent sous une pression intense pour éviter toute erreur, cette pression est alimentée par plusieurs facteurs, dont les attentes élevées des patients, la responsabilité légale, et les standards rigoureux de la profession médicale. Dans ce contexte, les erreurs médicales sont souvent stigmatisées et perçues comme des échecs personnels, plutôt que comme des opportunités d'apprentissage et d'amélioration systémique.[11]
- Les médecins sont formés et socialisés dans un environnement où l'infaillibilité est la norme. Cette culture peut conduire à une réticence à admettre des erreurs ou à demander de l'aide, de peur de la réprimande ou du jugement. En conséquence, les professionnels de santé peuvent ressentir une pression énorme, ce qui peut contribuer au développement du sv.s.[12]
- Les professionnels de la santé présentant un haut niveau de perfectionnisme et de conscienciosité sont plus susceptibles de ressentir un stress et un bouleversement émotionnel importants après un événement indésirable. Ces traits peuvent entraîner des sentiments exacerbés de culpabilité et d'autocritique[13].

- L'empathie, bien qu'essentielle dans le domaine médical, peut augmenter la détresse émotionnelle lors d'événements indésirables, car les individus empathiques tendent à intérioriser davantage les résultats des patients [14].
- Les attentes élevées envers soi-même et l'autocritique sont courantes parmi les professionnels de la santé et peuvent amplifier les sentiments d'échec et de détresse après une erreur [15].
- Une faible résilience et une sensibilité émotionnelle accrue sont associées à une plus grande vulnérabilité face au stress, rendant ces individus plus susceptibles au SVS [16].
- Les professionnels introvertis peuvent éprouver une isolation accrue et une réticence à chercher du soutien, ce qui exacerbe l'impact émotionnel des erreurs [17].

3. Manifestations cliniques

Les symptômes du syndrome de la seconde victime peuvent être regroupés en quatre grandes thématiques :

- La **culpabilité** : le soignant ressent une profonde culpabilité liée à l'erreur commise. Cette faute, perçue comme une atteinte à l'image et aux valeurs du soin, devient difficile à surmonter. Ce sentiment est exacerbé par le regard du patient, de sa famille, mais aussi par celui des collègues et de l'équipe soignante, en fonction de la gravité des conséquences de l'événement indésirable.
- La **honte** : étroitement liée au jugement perçu des patients, de leurs proches et des pairs, la honte peut entraîner un repli sur soi et altérer les relations

interprofessionnelles. Ce sentiment s'accompagne de réactions émotionnelles variées, allant de l'amertume à la colère, dirigée tantôt contre soi-même, tantôt contre autrui.

- **L'anxiété** : l'angoisse persistante liée à la peur de reproduire l'erreur peut induire une vigilance excessive et des comportements de contrôle inadaptés. Cette hypervigilance peut altérer la qualité des soins en générant une surcharge cognitive et un stress chronique. De plus, elle compromet la communication et la cohésion au sein des équipes de soins, renforçant ainsi le risque d'un nouvel événement indésirable.
- **Les manifestations physiques** : l'impact émotionnel du syndrome se traduit également par des symptômes somatiques, tels que des troubles du sommeil, une diminution de la concentration, une fatigue chronique, des douleurs musculo-squelettiques et une perte d'appétit. Ces manifestations physiques peuvent à leur tour influencer négativement la performance et le bien-être du soignant.[18]

Tableau 2:Fréquence des symptômes rapportés dans le SVS[19]

Svs	Prévalence
<u>Pensée :</u>	
*culpabilité	12–68%
*baisse de la confiance en soi	7–57%
*honte	27–35%
*inquiétude	8%
*désespoir	3%
*peur	
-de jugement par les collègues	17–46%
-de perte d'emploi	10–19%
-de poursuites judiciaires	47%
*colère	10%
-envers soi-même	25–58%
-sur les autres	17–30%
*pensées de se faire du mal	3%
*désir de travailler sur l'incident pour mieux le comprendre	36–52%
*désir d'obtenir le soutien d'autres personnes	36–52%
*envisager un changement de carrière	11%
<u>Détresse psychologique :</u>	
*anxiété	38–63%
*dépression	23–45%
*léthargie	15-34%
*revivre l'événement encore et encore	48%
*rappel de la situation sur le lieu de travail	36-45%
*rappel de la situation en dehors du lieu de travail	25–45%

<u>Détresse physique :</u>	
*troubles de sommeil	35-44%
*réactions psychosomatiques (céphalées, nausée, douleurs abdominales, dorsalgies...)	18-37%
<u>Impacts sur le comportement :</u>	
*problèmes de concentration	24-36%
*comportement défensif, surprotecteur	25-44%
*comportement agressif et risqué	9-10%
*consommation d'alcool ou d'autres substances	5-22%
*perte d'intérêt pour les activités quotidiennes	14%
<u>Impacts sur la sociabilité :</u>	
*perte de réputation	18%
*isolement social	11-18%

Il est important de souligner que les symptômes peuvent se déclarer indépendamment de la sévérité des conséquences sur le patient.[20,21] autrement dit, même si l'erreur n'a pas eu de conséquence grave pour le patient, et même dans le cas de « presque erreur* » le soignant peut être touché par le SVS. (* : « near miss » erreur interceptée avant sa survenue)

4. Processus mental du SVS :

Le parcours psychologique des soignants confrontés à un événement indésirable associé aux soins (EIAS) suit un processus en **six étapes**, similaire au « travail de deuil » décrit par Albert w. Wu en 2000.[22]

➤ **Étape 1 : le chaos et réponse à l'accident**

Au cœur d'un EIAS, le soignant est plongé dans un chaos émotionnel amenant une saturation psychique dans lequel deux enjeux majeurs vont s'imposer à lui : la survie du patient et le maintien de sa posture réflexive face à l'événement. Son implication psychoaffective, d'autant qu'il est responsable de l'erreur, compromet son aptitude à mettre en place les mesures adéquates. C'est pour cela que l'appel à l'aide est un impératif dans ces situations. Les intervenants extérieurs auront un détachement émotionnel à l'événement qui les rendront plus efficaces dans le traitement de l'information et l'exécution des tâches.

➤ **Étape 2 : la réflexion intrusive**

Le soignant va se remémorer les événements de manière compulsive. Il va construire de nombreux scénarios alternatifs du type : si j'avais fait cela, ça ne serait pas arrivé ; si seulement j'avais refusé de faire ça. Cette étape marque une profonde remise en question personnelle et la naissance d'un fort sentiment de culpabilité. Le soignant aura tendance à s'isoler, rongé par la honte. Cette étape présente un fort risque de récurrence d'erreur en raison de la perte d'information qu'induit la réflexion intrusive.

« ... the provider worries, ruminates, and mentally "replays" the incident for days, weeks, months, or even sometimes years. This often interferes with providers' personal and professional lives. »[22]

➤ **Étape 3: tentative de reconstruction personnelle**

La seconde victime va tenter de trouver de l'aide auprès d'une personne de confiance soit dans son milieu professionnel soit personnel. C'est un temps où la soignant va s'inquiéter de la perte de confiance de ses collègues vis-à-vis de sa pratique. Il éprouve également un sentiment de méfiance et de déclassement alimenté par la rumeur dont il se sent la cible.

« ... they may confide in trusted peers, seeking affirmation that the poor outcome was not entirely their fault, and may try to identify other factors that contributed to the adverse outcome.”[22]

➤ **Étape 4: l'inquisition des pairs**

Lors de cette étape, le soignant est préoccupé par la réponse de l'institution à son erreur. Il redoute les poursuites judiciaires, la perte de son emploi et s'inquiète des retentissements à tous les niveaux de sa vie. A ce moment du processus, la seconde victime est dans un état de fatigue physique et psychique intense.

« ... providers perceive these reviews as inquisitions of their competence.”[22]

➤ **Étape 5 : les premiers secours émotionnels**

De nouveau lors de cette étape, la seconde victime va chercher de l'aide auprès d'un confident de confiance dans son milieu professionnel. Mais la peur du jugement perdure et limite grandement l'efficacité de cette initiative. Elle peut alors se tourner vers les ressources intrafamiliales, mais se retrouve bridée par le respect du secret médical.

➤ **Étape 6 : abandon/réorientation – survivre – plein essor**

C'est l'ultime étape de processus mental de la seconde victime et celle qui va déterminer son devenir professionnel. Elle se décline en trois possibilités.

- Abandon/réorientation «dropping out» : le sujet est incapable de surmonter l'événement et décide d'arrêter sa profession. Moins radical, il peut aussi envisager de changer de service afin de couper avec les repères spatiaux et humains lui rappelant l'événement.
- Survivre «surviving» : le soignant continue d'exercer dans son service, mais il est toujours hanté par l'évènement et ses conséquences. Il peut développer des attitudes parasites à son activité : surcontrôle, processus maniaque, peur excessive du changement, communication difficile avec ses pairs, non-respect des procédures standards [23]. Paradoxalement croyant se protéger, il fait le nid d'erreurs futures.
- La Résilience «thriving» : c'est l'étape de résilience professionnelle de la seconde victime. Conditionné à une prise en charge précoce et adaptée, le soignant dépasse l'événement. A l'issue d'un processus de reconstruction psychologique, il retrouve son état émotionnel antérieur et devient donc **résilient**. En cas d'expérience plus traumatisante (eias), poussé par la quête de sens, le soignant peut atteindre un niveau supérieur nommé la croissance post-traumatique [24], dans lequel il va développer des compétences nouvelles (gestion émotionnelle, gestion des risques). Cette expérience négative va l'élever professionnellement et personnellement.

"...many providers fail to progress in this order or even experience all the stages consistently. Additionally, there is a broad variation in the length of time providers spend in each phase."[22]

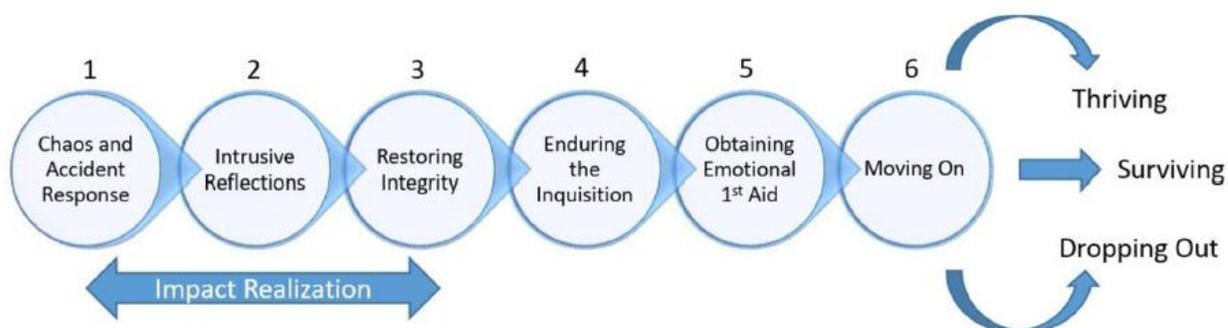


Figure 57: Les six étapes de la trajectoire de rétablissement des secondes victimes [25]

5. Prise en charge :

a. Mécanismes individuels de gestion :

Face à un événement indésirable associé aux soins (EIAS), les soignants développent différentes stratégies personnelles pour gérer leur détresse émotionnelle. Parmi ces mécanismes, la résilience joue un rôle clé. L'American Psychological Association la définit comme « le processus d'adaptation face à l'adversité, aux traumatismes, aux tragédies, aux menaces ou aux sources de stress significatives » [26].

Dans le contexte du SVS, le développement de la résilience repose sur des stratégies individuelles destinées à renforcer la capacité des soignants à faire face aux impacts émotionnels et psychologiques des EIAS [27]. Plusieurs interventions peuvent soutenir ce processus :

- **Formation généralisée à la résilience** pour préparer les soignants aux défis psychologiques liés à leur métier.
- **Formation ciblée à la résilience**, spécifiquement conçue pour aider le personnel à se préparer psychologiquement à l'implication dans un EIAS, à gérer le stress et à se rétablir plus rapidement.
- **Soutien des pairs**, avec des dispositifs tels que les **Schwartz Rounds**, qui offrent un espace d'échange et de partage pour exprimer librement ses émotions dans un cadre bienveillant et confidentiel [26,28].
- **Accompagnement individuel** : Avec le plein accord du soignant, une prise en charge psychologique pourra être proposée soit en interne via la médecine du travail, soit en externe auprès du praticien de son choix. La prévention des risques psychosociaux (toxicomanie, suicide) est primordiale dans une population soignante reconnue à risque[29,30].

Encourager un environnement de travail favorable, fournir un soutien adapté et normaliser les réactions émotionnelles aux incidents sont essentiels pour promouvoir la résilience parmi les professionnels de santé[31,32].

Cependant, il est important de noter que **"Even the most resilient individuals can still experience psychological distress at times. This is simply part of human experience."**

b. Rôle des établissements de santé :

Les établissements de santé ont un rôle central dans la prise en charge des secondes victimes. Le modèle de soutien organisationnel du personnel en cas

d'EIAS recommande aux organisations d'adopter une approche structurée en trois niveaux d'intervention [33–36] :

- **Primaire** : fournir un environnement de travail proactif et favorable afin de faciliter l'adaptation avant/en cas d'implication dans un EIAS.
- **Secondaire** : Apporter une réponse rapide après un ISP, favoriser l'adaptation, réduire la gravité ou la durée du stress et les difficultés émotionnelles à long terme.
- **Tertiaire** : identifier et fournir un soutien individualisé après un ISP pour les personnes qui subissent des séquelles émotionnelles graves et à long terme et/ou dont la capacité à fonctionner est perturbée.



Figure 58:Le modèle de soutien organisationnel[37]

(<https://secondvictim.co.uk/supporting-second-victims/#why-support-second-victims>)

Dans le cadre des EIAS, des travaux proposent un suivi à court et moyen terme[38,39]:

➤ **À court terme :**

- **Débriefing** à chaud pour collecter tout élément pouvant améliorer le pronostic du patient et réaliser une première évaluation de l'impact de l'erreur sur le soignant.
- Une fois la prise en charge du soignant effectuée, il est recommandé la **mise en retrait** de l'agent de tout acte de soin. L'objectif est de contrer le cycle de l'erreur.
- Les premiers secours émotionnels doivent être dispensés par un **collègue de confiance** sur la base de la fiche outil «accompagnement seconde victime» (Annexe : D) dans un environnement neutre et calme.
- En cas de décès du patient, un **accompagnement** à domicile ou chez un tiers doit être proposé. Le professionnel accompagnant pourra jouer le rôle de médiateur avec l'entourage dans l'annonce de l'événement et soulager la seconde victime de cette tâche. Dans la phase précoce post événement, le soignant ne doit pas rester seul, c'est un impératif absolu.
- **Débriefing collégial** (chef de service, cadre, seconde victime et sa personne de confiance) dans le respect des préceptes de culture juste (Annexe : E). Le but est d'évaluer l'aptitude du professionnel à poursuivre son activité de soins. Si besoin, le temps du rétablissement émotionnel, proposition de congés avec maintien du lien afin que le soignant ne perçoive pas cela comme une réponse punitive à son erreur.

➤ À moyen terme :

- La réalisation du **CREX** ou **RMM** participe au processus de reconstruction de L'agent à condition de respecter les principes de *culture juste*.
- Avec le plein accord du soignant, une **prise en charge psychologique** pourra être proposée soit en interne via la médecine du travail, soit en externe auprès du praticien de son choix. La prévention des risques psychosociaux (toxicomanie, suicide) est primordiale dans une population soignante reconnue à risque[29,30].
- Enfin, il est impératif de **ne jamais perdre le contact** avec le professionnel afin d'avoir une idée actualisée de son état psychologique.

c. Initiatives internationales pour la prise en charge du SVS

Différents modèles internationaux ont été développés pour structurer la prise en charge des secondes victimes. Parmi eux, le modèle proposé par Denham, sous l'acronyme TRUST, définit cinq droits aux secondes victimes comme fondement de leur accompagnement [40]:

- Un traitement juste (*Treatment that is just*)
- Le respect (*Respect*)
- Compréhension et compassion (*Understanding and Compassion*)
- Les soins de support (*Supportive Care*)
- La transparence et la possibilité de contribuer (*Transparency and the Opportunity to Contribute*)

D'autres initiatives ont été mises en place dans plusieurs pays pour soutenir les soignants face aux événements indésirables associés aux soins (EIAS):

- En 2009, L'Université de la santé du Missouri (USA), a créé une unité d'aide spécifique aux secondes victimes nommée : «for YOU Team»[41].
- En France, une initiative similaire a vu le jour récemment en 2020 à l'institut Universitaire du Cancer Toulouse Oncopole nommée : Accompagnement soignant 2de victime.[42] À noter également qu'un numéro vert créé par le Collège Français d'Anesthésie Réanimation (CFAR) est ouvert 24 h/24 pour venir en aide aux secondes victimes.

II. Discussion des principaux résultats

1. Taux de participation :

Notre étude sur le syndrome de la seconde victime en ophtalmologie au Maroc a obtenu un taux de participation de 28,4% (217 répondants sur 764 ophtalmologistes sollicités).

Ce taux de réponse, bien que modéré, se distingue favorablement dans la littérature récente sur le syndrome de la seconde victime. En effet, d'autres études portant également sur le syndrome de la seconde victime montrent des taux de participation variables : 3,7% dans l'étude sevid-iii auprès des urgentistes allemands (447/12000)[43], 44.8% dans la BISA Study menée par l'American college of surgeons auprès des chirurgiens américains [44] et 57% dans une étude menée auprès des chirurgiens à Singapour.[45]

Tableau 3:Analyse comparative des taux de participation des études portant sur le SVS

	Notre étude (Ophtalmologistes marocains)	États unis (Chirurgiens)	Allemagne (Urgentistes allemands)	Singapour (Chirurgiens)
Répondants/ population cible	217/764	126/281	447/12000	196/341
Taux de participation (%)	28.4	44,8	3,7	57

La nature sensible du sujet constitue un facteur déterminant dans ces taux de participation. Cette réticence à évoquer les expériences de seconde victime s'inscrit dans un contexte culturel où la discussion ouverte des difficultés professionnelles demeure limitée. Cependant, notre taux de réponse relativement favorable peut s'expliquer par plusieurs facteurs méthodologiques. La taille plus restreinte et l'homogénéité de notre population cible (764 ophtalmologistes) comparée aux autres études ont probablement facilité l'obtention d'un meilleur taux de participation. Ce taux de participation de 28,4% nous permet ainsi d'obtenir un échantillon représentatif pour analyser le phénomène de seconde victime en ophtalmologie au Maroc, tout en reflétant les défis persistants liés à l'étude de ce sujet sensible dans notre contexte professionnel.

2. Les complications chirurgicales en ophtalmologie

"Il existe deux types de médecins qui n'ont jamais de complications chirurgicales : ceux qui n'opèrent pas et ceux qui ne sont pas tout à fait honnêtes.»

‘Cet adage humoristique souligne une réalité incontournable de la chirurgie : peu importe leur rareté, tous les chirurgiens sont confrontés à des complications au cours de leur carrière. Même les chirurgiens les plus expérimentés, avec des décennies de pratique et des dizaines de milliers d'interventions à leur actif, rencontreront inévitablement des complications peropératoires ou postopératoires’.[46] *Uday Devgan, clinical professor of ophthalmology at the Jules Stein Eye institute, Ucla school of medicine*

Les complications chirurgicales constituent une réalité inhérente à la pratique opératoire, comme le confirment les résultats de notre étude ainsi que plusieurs publications récentes sur le syndrome de la seconde victime chez les chirurgiens.

Dans notre enquête, 94 % des ophtalmologistes interrogés (205) ont déclaré avoir déjà été confrontés à une ou plusieurs complications chirurgicales graves au cours de leur carrière. Cette prévalence élevée est en accord avec les données de la littérature. L'étude de yaow et al., « intraoperative adverse events among surgeons in singapore » [45], rapporte que 68,9 % des chirurgiens singapouriens ont fait face à des événements indésirables peropératoires, avec 34 % ayant signalé au moins un événement dans l'année précédente. De même, dans la BISA Study, 90,4 % des chirurgiens américains ont rapporté avoir rencontré au moins une complication grave au cours de leur carrière, avec une

distribution des événements indésirables peropératoires comme suit : 32 % en ont signalé un, 39 % entre deux et cinq, et 9 % plus de six. [44]

Ces chiffres illustrent parfaitement l'adage selon lequel « seul un chirurgien qui n'opère pas n'a pas de complications ». La littérature scientifique corrobore cette réalité : la chirurgie est une discipline intrinsèquement complexe, où les complications et erreurs ne sont « pas inhabituelles » ("not unusual").[47]

Cependant, loin d'être une fatalité, ces complications s'inscrivent dans un processus d'apprentissage et de perfectionnement du chirurgien. Nos résultats mettent en évidence un aspect crucial : les complications surviennent principalement en début d'exercice et diminuent significativement avec l'expérience. En effet, notre étude a révélé que la deuxième cause principale des complications est le manque de connaissance et d'expérience (45,9 %), juste après le manque d'anticipation de l'état du patient (49,8 %).

Ce constat souligne l'importance capitale de la formation continue, du mentorat et de l'accompagnement des jeunes praticiens, afin de réduire l'incidence des complications et d'atténuer leur impact émotionnel sur les chirurgiens en formation.

3. Le syndrome de la seconde victime : une réalité en ophtalmologie :

Une prévalence élevée du syndrome de la seconde victime, atteignant jusqu'à deux tiers des professionnels de santé, a été rapportée dans de nombreuses études [48],[43],[49].

Toutefois, les études spécifiques au SVS chez les chirurgiens indiquent une prévalence encore plus élevée. Cette vulnérabilité accrue s'explique par la nature

même de leur travail, où le lien entre compétence technique et issue clinique du patient est particulièrement marqué. [50]

De plus, le fort sentiment de responsabilité personnelle des chirurgiens, la culture chirurgicale compétitive et souvent peu empathique, les expose à une détresse psychologique importante après avoir été impliqués dans des complications chirurgicales. [44] [45]

Dans une étude menée auprès de chirurgiens américains et canadiens, waterman et al. ont relevé que 61 % des chirurgiens expriment des sentiments négatifs après une complication chirurgicale, et 44 % remettent en question leurs compétences professionnelles. De même, dans la BISA Study, conduite par l'American college of surgeons, 84 % des participants ont rapporté un impact psychologique négatif. [44]

Yaow et al. a rapporté que 63,1 % des chirurgiens singapouriens ressentaient une tristesse significative après un événement indésirable.

Nos résultats révèlent une dimension émotionnelle encore plus marquée chez les ophtalmologistes que celle rapportée dans les études précédentes. En effet, 89 % des ophtalmologistes interrogés déclarent avoir ressenti ce sentiment douloureux après une complication chirurgicale, soit une prévalence significativement plus élevée que celle observée dans les études antérieures.

4. Syndrome de la seconde victime chez les chirurgiens : les facteurs influençant la vulnérabilité

De nombreuses études ont exploré l'impact émotionnel des événements indésirables associés aux soins (chez les chirurgiens. Cependant, peu d'entre

elles se sont intéressées aux facteurs pouvant expliquer les variations de cet impact émotionnel.

Dans notre étude, l'analyse des facteurs impliqués a mis en évidence plusieurs éléments déterminants, permettant de mieux comprendre les différences de vulnérabilité face au syndrome de la seconde victime.

a. Influence du genre :

➤ **Influence du genre sur la vulnérabilité au syndrome de la seconde victime**

Nos résultats mettent en évidence une influence significative du genre féminin dans la vulnérabilité au syndrome de la seconde victime. Les femmes chirurgiennes rapportent une souffrance psychologique et physique plus importante que leurs homologues masculins ($p = 0,027$).

En effet, plusieurs études ont démontré que les femmes sont deux fois plus susceptibles de ressentir un stress significatif après un événement indésirable . La prévalence du burnout est également 20 à 60 % plus élevée chez les femmes médecins comparativement à leurs collègues masculins.[51]

Cette vulnérabilité accrue est exacerbée par la nécessité de concilier exigences professionnelles et responsabilités familiales, de nombreuses femmes assumant une double charge mentale, notamment en matière de prise en charge des enfants.[51]

Cette différence de susceptibilité peut être expliquée par des facteurs neurobiologiques documentés, notamment une plus grande activation des

circuits cérébraux impliqués dans la gestion des émotions négatives chez les femmes[52].

➤ **Auto-évaluation des compétences et syndrome de l'imposteur**

Nos résultats montrent que les femmes chirurgiennes remettent plus fréquemment en question leurs compétences professionnelles après un événement indésirable, avec un score moyen de $2,980 \pm 1,196$ contre $2,629 \pm 1,005$ chez les hommes ($p = 0,024$). Cette différence significative s'explique par plusieurs facteurs psychologiques mis en évidence dans la littérature récente. Les femmes médecins rapportent des niveaux plus bas d'autocompassion et sont plus affectées par le syndrome de l'imposteur, dont la prévalence est deux fois plus élevée chez elles que chez leurs homologues masculins[53].

Ce phénomène de remise en question excessive des compétences peut, paradoxalement, accroître le risque de nouveaux événements indésirables, créant ainsi un cercle vicieux d'auto-doute et de stress chronique [53].

➤ **Besoins de soutien et réponse au stress selon le genre**

Nos résultats révèlent également que les femmes chirurgiennes expriment un besoin de soutien significativement plus élevé que les hommes ($4,066 \pm 0,734$ vs $3,706 \pm 0,763$, $p = 0,001$). Elles ont également davantage recours à l'appui de leurs proches ($2,288 \pm 1,382$ vs $2,741 \pm 1,357$, $p = 0,020$).

Cette différence repose sur plusieurs mécanismes comportementaux et sociaux bien documentés. D'une part, les femmes ont une plus grande propension à valoriser les relations interpersonnelles et l'attachement familial [54]. Ce comportement est en lien avec le modèle de réponse au stress dit "tend-

and-befriend", qui privilégie la recherche de connexions sociales, contrairement aux hommes, qui adoptent plus fréquemment des stratégies d'isolement face au stress [55].

Les dynamiques de genre jouent également un rôle déterminant. Les femmes sont socialement encouragées à exprimer leurs émotions et à solliciter du soutien, tandis que les hommes peuvent percevoir cette démarche comme un signe de vulnérabilité, en contradiction avec les normes sociétales d'autonomie et de résilience masculines [56].

➤ **Facteurs socioculturels et contexte marocain**

Ces mécanismes sont particulièrement exacerbés dans le contexte socioculturel marocain [57]. Les femmes médecins marocaines font face à une double pression : exceller tant sur le plan professionnel que familial. Elles manifestent une plus grande disposition à reconnaître et exprimer leur détresse émotionnelle, contrairement à leurs homologues masculins, fortement influencés par des normes culturelles valorisant la retenue et la maîtrise de soi.

La charge mentale des femmes chirurgiennes est d'autant plus marquée qu'elle est associée à des attentes élevées en matière de compétences relationnelles et d'empathie, des qualités souvent exigées des femmes dans le domaine médical. Par ailleurs, elles doivent constamment prouver leur légitimité dans un milieu historiquement masculin, ce qui ajoute un stress supplémentaire et peut renforcer le sentiment d'imposture.

Ces résultats soulignent l'importance de développer des stratégies de prévention adaptées aux facteurs socioculturels spécifiques au contexte marocain.

b. Influence du secteur d'exercice :

Les ophtalmologistes spécialistes exerçant en secteur libéral se retrouvent particulièrement exposés au syndrome de seconde victime en l'absence d'un cadre institutionnel protecteur et d'un accompagnement senior. Cette vulnérabilité se reflète clairement dans nos résultats, où l'analyse du statut professionnel ($p = 0,005$) révèle une gradation significative de l'impact psychologique. Les spécialistes présentent le score le plus élevé ($4,364 \pm 0,659$), ce qui s'explique par la responsabilité directe et personnelle dans la prise en charge des patients, l'isolement relatif dans leurs pratiques comparés aux structures hospitalières universitaires, ainsi que la pression financière et médico-légale plus importante dans le secteur libéral. L'absence de système de support institutionnel formalisé accentue cette vulnérabilité. Les professeurs de médecine, quant à eux, affichent un score intermédiaire ($4,090 \pm 0,742$), leur position étant tempérée par leur expérience extensive qui peut servir de facteur protecteur, l'environnement universitaire offrant un cadre de support collégial, et leur rôle dans la formation servant d'espace de partage et de réflexion. La diversification de leurs activités entre clinique, enseignement et recherche contribue également à diluer l'impact des événements indésirables.

Les résidents, avec le score le plus bas ($3,965 \pm 0,977$), semblent mieux protégés grâce à plusieurs facteurs : l'encadrement constant par des seniors qui partagent

la responsabilité, le contexte formatif qui normalise l'apprentissage par l'erreur, et le support psychologique informel du groupe de pairs. Leur moindre exposition aux cas complexes et aux décisions autonomes, ainsi que l'absence de responsabilité médico-légale directe, contribuent également à réduire l'impact psychologique du syndrome de seconde victime.

c. Influence de l'expérience chirurgicale :

L'analyse de nos résultats met en évidence que l'expérience professionnelle constitue un facteur déterminant dans la gestion des événements indésirables en ophtalmologie. Cette influence s'exerce à travers plusieurs dimensions interdépendantes, notamment l'âge ($p < 0,001$), le statut professionnel ($p = 0,008$) et l'expérience chirurgicale ($p = 0,001$).

➤ **Impact de l'expérience sur la gestion des complications chirurgicales**

Conformément aux observations de la littérature, selon lesquelles les complications en début de carrière suscitent des réactions émotionnelles plus intenses [58], nos données révèlent une vulnérabilité accrue au syndrome de la seconde victime chez les praticiens en début d'exercice. Cette tendance est particulièrement marquée chez les moins de 35 ans ($3,172 \pm 0,973$), les résidents ($3,063 \pm 1,041$) et les chirurgiens ayant moins de 5 ans d'expérience ($3,121 \pm 1,053$).

Bien que certaines études indiquent que l'expérience permet de développer une meilleure résilience, il est à noter que seul un tiers des chirurgiens déclarent que leur capacité à faire face aux événements indésirables s'améliore avec le temps [58].

L'étude de yaow et al. A mis en évidence que l'augmentation du nombre d'années d'expérience chirurgicale était associée à un effet moins positif après un événement indésirable. Cette relation peut s'expliquer par plusieurs mécanismes. D'une part, à mesure que les chirurgiens progressent dans leur carrière, leur sentiment de responsabilité envers leurs patients s'intensifie, les amenant à ruminer même sur des erreurs mineures. D'autre part, les chirurgiens seniors sont plus souvent impliqués dans des interventions complexes, rendant l'impact émotionnel et les conséquences potentielles des complications plus importantes que pour les chirurgiens juniors, généralement exposés à des interventions moins risquées[45]

➤ **Volume chirurgical et résilience émotionnelle**

Nos résultats montrent également que le volume chirurgical hebdomadaire ($p < 0,001$) joue un rôle essentiel dans le développement de la résilience. En effet, les chirurgiens réalisant plus de 10 interventions par semaine ($2,334 \pm 1,002$) manifestent significativement moins de doutes que ceux effectuant moins de 5 interventions ($3,267 \pm 1,012$).

Cette observation suggère que l'exposition répétée à la pratique chirurgicale permet d'atténuer l'impact émotionnel des complications, en favorisant un mécanisme d'adaptation progressive et en réduisant le stress anticipatoire lié aux événements indésirables.

➤ **Implications pour la formation et le soutien des jeunes chirurgiens**

Ces résultats, corrélés aux données de la littérature récente, mettent en lumière l'importance cruciale d'un accompagnement renforcé des praticiens en

début de carrière. Dans ce contexte, la mise en place de dispositifs de soutien spécifiques, tels que le mentorat et l'accès à des groupes de partage d'expérience, apparaît essentielle pour prévenir le syndrome de la seconde victime chez les jeunes ophtalmologistes [59].

En intégrant ces stratégies dès les premières années de pratique, il serait possible de réduire la détresse psychologique associée aux complications chirurgicales, tout en favorisant une meilleure adaptation émotionnelle et professionnelle des chirurgiens en formation.

5. Le stress et chirurgie de la cataracte

Le burnout constitue un problème de santé publique croissant, avec une prévalence mondiale estimée entre 18,7 % et 74,8 % [15,28]. Une étude de cohorte prospective menée auprès de 3 588 résidents en dernière année de formation aux Etats-Unis a révélé que 45,2 % des participants souffraient de burnout, et que 14,1 % exprimaient un regret quant à leur choix de carrière. [60]

Des disparités significatives ont été observées selon les spécialités médicales, avec une prévalence des symptômes de burnout variant entre 29,6 % et 63,8 %. Il est particulièrement notable que le burnout semble plus fréquent chez les femmes, les minorités ethniques et les personnes célibataires. Les auteurs de cette étude ont estimé que la prévalence du burnout en ophtalmologie atteignait 55,8 %. [60]

L'étude menée par Ansari et al. Met en évidence une augmentation du burnout lié au stress chez:

- Les ophtalmologistes fraîchement diplômés,

- Les ophtalmologistes très expérimentés,
- Ceux exerçant dans certaines sous-spécialités à forte pression notamment la rétine médicale.

Par ailleurs, près d'un cinquième des répondants ont déclaré qu'ils renonceraient à la chirurgie de la cataracte s'ils en avaient la possibilité.

Bien que perçue comme une intervention courante et bien maîtrisée, la chirurgie de la cataracte constitue en réalité un acte de haute technicité, générant un stress considérable chez les ophtalmologues.

Dans notre étude, cette intervention se distingue nettement, avec 202 répondants (93 %) la pratiquant, ce qui en fait la sous-spécialité la plus exercée. Contrairement aux idées reçues, la chirurgie de la cataracte n'est pas sans risques. Il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle, marquée par des attentes extrêmement élevées des patients, qui espèrent souvent une récupération visuelle parfaite (20/20) dès le lendemain de l'opération.

Cette pression psychologique se manifeste de multiples façons. Certains chirurgiens expérimentés rapportent des difficultés à dormir la veille d'une journée opératoire. Un praticien décrit même cette spécialité comme "un chemin forcé de croissance personnelle", révélant ainsi les vulnérabilités professionnelles qu'elle peut engendrer, y compris chez les chirurgiens les plus chevronnés. Les complications, bien que rares, sont souvent vécues comme des échecs personnels majeurs, renforçant un perfectionnisme excessif et une anxiété accrue[61].

Les experts soulignent que la courbe d'apprentissage d'un chirurgien s'étend bien au-delà du résidanat, pouvant atteindre près d'une décennie. Un professeur d'ophtalmologie observe que les chirurgiens continuent de perfectionner leur expertise pendant environ dix ans, avec un taux de complications qui diminue d'environ 10 % par an. Toutefois, les jeunes chirurgiens restent neuf fois plus susceptibles de rencontrer des complications durant leur première année de pratique indépendante [61].

6. Enjeux déontologiques et médico-légaux dans la pratique médicale au Maroc

a. La responsabilité médicale dans le contexte marocain

La culture de sécurité a pris un tournant décisif quelques décennies plus tard avec la publication en 1999 du rapport "to err is human: building a safer health system". Ce document révélait que les erreurs médicales étaient responsables de 44 000 à 98 000 décès chaque année aux états-unis, ainsi que plus d'un million de blessés, faisant des erreurs médicales la troisième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Ce rapport a incité à une prise de conscience urgente et à la création de systèmes de santé plus sûrs.[62] la recherche sur la sécurité des patients (patient safety) a alors connu un essor considérable, entraînant une consolidation des législations dans de nombreux pays.

La responsabilité médicale est un concept vaste aux multiples facettes, il peut s'agir d'une responsabilité source d'indemnisation (responsabilité civile et la responsabilité administrative), ou d'une responsabilité source de sanction (la

responsabilité pénale et disciplinaire). La responsabilité indemnitaire est une responsabilité civile lorsque l'exercice médical se fait en milieu privé (activité libérale, clinique). Il s'agit d'une responsabilité administrative lorsque l'activité est exercée en milieu hospitalier.[63]

➤ **La responsabilité civile du médecin :**

La responsabilité civile, est un ensemble de règles et de mécanismes qui obligent l'auteur du dommage causé à autrui à réparer ce dommage en procurant à la victime une compensation. [64] en effet, il s'agit d'une obligation de verser à la victime des dommages et intérêts en vue de réparation, sans se préoccuper d'infliger au médecin une sanction de quelque nature que ce soit. Toutefois l'indemnisation de la victime sera intimement liée à cette qualification du médecin en tant qu'auteur du dommage [65]. C'est la raison pour laquelle, l'existence d'un préjudice constitue la première condition à l'engagement de la responsabilité civile.

➤ **La responsabilité administrative :**

La responsabilité administrative est engagée lorsque le médecin exerce dans un service public, la responsabilité est donc supportée par l'administration qui l'emploie. En cas de faute médicale, la victime s'adresse à l'administration pour obtenir une indemnisation. Comme on peut le déduire de l'article 79 du dahir des obligations et des contrats (doc) : « l'état et municipalités sont responsables des dommages causés directement par le fonctionnement de leur administration et par les fautes de service de leurs agents »[66]. La responsabilité administrative n'exclue pas la responsabilité pénale du médecin, elle n'exclue

pas non plus sa responsabilité civile personnelle en cas de faute lourde détachable du service, selon l'article 80 du DOC , qui met en jeu la responsabilité personnelle des agents des administrations quand ceux-ci commettent une faute lourde, détachable du service.

Les juridictions compétentes sont le tribunal administratif et la cour d'appel administrative. Cette responsabilité ne s'applique pas au secteur privé hospitalier, car celui-ci relève de la responsabilité résultant d'une faute liée à l'inexécution d'un contrat entre le médecin et son patient.[63]

➤ **La responsabilité pénale :**

La responsabilité pénale consiste pour la personne qui a commis une infraction dans les termes définis par la loi, à supporter les peines prévues pour cette infraction à savoir une amende ou un emprisonnement. Au maroc, des statistiques ont montré que le médecin aboutit rarement devant les juridictions pénales, avec une légère accélération de la tendance au cours de ces dernières années. Cette augmentation est probablement due à la médiatisation de l'acte médical, à l'amélioration du niveau socio-économique et aux progrès de la médecine, créant ainsi chez le patient une exigence de guérison que malheureusement le médecin ne peut pas toujours garantir [67]. Contrairement au droit civil, le droit pénal ne cherche pas à indemniser la victime, mais à punir et sanctionner l'auteur du délit, il se préoccupe d'assurer la défense de la société contre les agissements qui troublent l'ordre social. C'est pourquoi la sanction pénale est proportionnée à la gravité de la faute et non à celle du préjudice [64]

La qualification d'un médecin auteur de dommage par les juridictions pénales, entraîne des conséquences plus graves que sa qualification comme tel par les juridictions civiles, car en plus de l'indemnisation de la victime, le médecin sera condamné à des peines de nature pénale (prison, amende)[68].

Le droit marocain n'a pas érigé à cet égard des textes spécifiques, mais les tribunaux appliquent les dispositions générales des articles 432 et 433 du cpm.[67]

- **Article 432 du cpm stipule que :** « *quiconque, par maladresse, imprudence, négligence, ou inobservation des règlements commet involontairement un homicide ou en est involontairement la cause est puni de l'emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 250 à 1000 dirhams* ».[69]
- **Article 433 du cpm stipule que :** « *quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, cause involontairement des blessures, coups ou maladies entraînant une incapacité de travail personnel de plus de six jours, est puni de l'emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 200 à 500 dirhams, ou de l'une de ces deux peines seulement.* »[69]

➤ **La responsabilité disciplinaire :**

La responsabilité disciplinaire est tout manquement aux règles de la déontologie médicale, c'est la violation d'une règle morale qu'elle soit inscrite dans le code de déontologie médical ou non. L'ordre des médecins a pour mission la défense de la moralité, l'honneur et l'indépendance de la profession médicale.

Tous les médecins doivent être inscrits à l'ordre des médecins. Ils sont soumis de ce fait aux règles déontologiques de la profession médicale dont l'irrespect les expose à des sanctions disciplinaires.

L'ordre national des médecins doit son origine au dahir du 1er janvier 1941, modifié par le dahir du 7 mai 1946. A l'heure actuelle, il est régi par le dahir n° 08-12 relative à l'ordre national des médecins.[67]

Il a été institué en groupant obligatoirement tous les médecins exerçant la profession médicale au maroc dans le secteur privé et dans le secteur public, soit dans les services de l'état, des collectivités locales et des établissements publics, soit en qualité d'enseignants-chercheurs dans les centres hospitaliers universitaires soit dans les forces armées royales (art. 1 de la loi n° 08-12 relative à l'ordre national des médecins).[67]

Il exerce ses attributions par l'intermédiaire d'un conseil national, des conseils régionaux et d'une assemblée générale des conseils (art. 5 de la même loi).

Le conseil national des médecins est représenté sur le territoire national par un conseil régional dans chacune des régions du royaume (art. 37 de la même loi).

La responsabilité médicale ordinale oblige le médecin à répondre de ses fautes devant les instances disciplinaires de l'ordre des médecins. Elle est répressive et vise la sanction du médecin violant l'ensemble des règles déontologiques.

Elle ne répond à aucune loi définie, seule l'appréciation du conseil régional puis national de l'ordre permet de l'engager.[67]

En matière disciplinaire, c'est l'ordre régionale qui est compétent en première instance. Le recours ultime est porté devant la chambre administrative de la cour de cassation.

La cour de cassation a récemment pris une décision importante en matière de responsabilité médicale. Elle a inversé la charge de la preuve, exigeant des professionnels de santé qu'ils démontrent que les soins prodigués étaient appropriés en l'absence d'informations suffisantes. Cette décision découle d'un cas où un patient a subi des complications suite à une intervention chirurgicale. La cour a jugé que, faute de preuves de la part du médecin, il revient à ce dernier de prouver que les soins étaient conformes aux recommandations médicales. Cela marque un tournant dans la façon dont la responsabilité est abordée dans le domaine médical.

Cette inversion de la charge de la preuve pourrait avoir des répercussions significatives sur la pratique médicale, en incitant les professionnels à être plus

rigoureux dans la documentation et la communication de leurs actes. Cela souligne l'importance d'une transparence accrue dans le suivi des soins.

b. Considérations médico-légales en chirurgie ophtalmologique : le cas de la cataracte[70]

La chirurgie de la cataracte, malgré sa haute fréquence et son taux de succès élevé, expose les ophtalmologistes à des risques médico-légaux substantiels. Les données américaines sont éloquentes : 95% des ophtalmologistes seront poursuivis au cours de leur carrière, avec un taux annuel d'environ 8%. Ces risques juridiques se manifestent principalement à trois étapes cruciales du processus chirurgical.

➤ **Phase préopératoire :**

La phase préopératoire comporte trois enjeux médico-légaux majeurs : le consentement éclairé, la conformité réglementaire et la gestion financière.

Le **consentement éclairé** représente un point critique, son absence constituant un motif fréquent de poursuites judiciaires. Il doit couvrir exhaustivement les aspects spécifiques à chaque patient, notamment les complications potentielles liées aux traitements en cours (comme la tamsulosine) et les risques de lésions iriennes. Un simple document signé ne suffit pas, particulièrement pour les patients malvoyants, ou illettrés.

Aux États-Unis, la **gestion financière** est strictement encadrée par des lois spécifiques comme la loi Stark et les dispositions anti-kick back, qui régulent les relations financières entre praticiens et la facturation des services non couverts

(implants premium, laser femtoseconde). La législation en vigueur exige également une documentation détaillée pour justifier la chirurgie du second œil.

La cogestion entre chirurgiens et optométristes, selon les standards en place, nécessite un protocole écrit définissant clairement les responsabilités de chaque intervenant. La publicité médicale, également réglementée par la FDA, doit présenter un équilibre entre bénéfices et risques des nouvelles technologies.

➤ Phase péri-opératoire :

La phase peropératoire présente des enjeux médico-légaux spécifiques nécessitant une vigilance accrue. Le chirurgien doit suivre les meilleures pratiques dans la gestion des complications peropératoires et maintenir une documentation précise et contemporaine des actes. La gestion de l'anesthésie requiert une attention particulière, notamment concernant la supervision des infirmiers anesthésistes et la prise en charge des complications liées à l'anesthésie régionale. La responsabilité du chirurgien s'étend également au choix et à l'administration des médicaments, y compris les préparations magistrales. Pour les implants premium (toriques et multifocaux), une documentation rigoureuse du consentement éclairé est cruciale. Enfin, des protocoles stricts doivent être établis pour prévenir les erreurs critiques comme la chirurgie du mauvais œil ou l'implantation d'un mauvais implant intraoculaire, notamment par la mise en place de vérifications multiples et standardisées.

➤ Phase post-opératoire :

La phase postopératoire requiert une vigilance particulière dans la prise en charge des complications. Le chirurgien doit mettre en place un système efficace

de triage téléphonique et de suivi des patients. L'endophtalmie postopératoire, bien que rare, nécessite une prise en charge urgente dès les premiers signes d'alerte. Le patient doit être clairement informé des signes devant motiver une consultation en urgence. D'autres complications comme le décollement de rétine, la rétention de fragments cristalliniens ou le syndrome toxique du segment antérieur (TASS) nécessitent également une surveillance étroite et une prise en charge rapide. La transparence dans la communication des complications est essentielle : les études montrent qu'une politique de divulgation des erreurs, accompagnée si nécessaire d'excuses appropriées, peut réduire le risque de poursuites judiciaires. Il est néanmoins recommandé de consulter le service de gestion des risques avant toute discussion approfondie avec le patient concernant une complication.[71]

7. Support institutionnel des secondes victimes

Le support institutionnel des secondes victimes en ophtalmologie révèle une disparité marquée entre les pays développés et en développement. Les États-Unis ont joué un rôle pionnier avec le développement du second victim experience and support tool (SVEST) et le programme innovant « Foryou » de l'université du Missouri, établissant un modèle de soutien à trois niveaux qui a inspiré d'autres nations [72]. S'inscrivant dans cette dynamique, la France a franchi une étape décisive en 2016 en instaurant un cadre légal obligeant les établissements de santé à structurer leur accompagnement des professionnels confrontés aux événements indésirables graves[73]. Cette approche réglementaire a trouvé écho au Canada, qui a adapté le modèle américain en

développant le programme "peer support", enrichi d'une ligne d'assistance téléphonique permanente[74]. La Belgique a consolidé ces avancées en 2019 avec son protocole national "second victim support"[75], tandis que les Pays-Bas ont innové en déployant le système "peer support healthcare", caractérisé par une coordination décentralisée et une plateforme numérique moderne[76]. L'Australie a complété ce panorama international avec son "healthcare worker wellbeing centre", mettant l'accent sur un suivi longitudinal rigoureux et la formation systématique des cadres[77]. En contraste, le Maroc, à l'instar de nombreux pays en développement, se trouve confronté à l'absence d'un système institutionnel formalisé pour accompagner les secondes victimes, soulignant l'urgence de développer des dispositifs de soutien adaptés aux réalités locales, particulièrement dans le domaine sensible de l'ophtalmologie où les événements indésirables peuvent avoir des répercussions profondes sur la pratique professionnelle et le bien-être des soignants.



RECOMMANDATIONS



Résultats clés et recommandations

I. Expériences d'événements indésirables

1. L'expérience chirurgicale et gestion des complications

Résultat clé : une large majorité des complications les plus marquantes (73,6 %) surviennent au cours des cinq premières années de pratique. Cette période critique correspond à la phase d'apprentissage et d'acquisition de l'expertise chirurgicale, où le manque d'expérience et la gestion du stress peuvent augmenter le risque d'erreurs peropératoires.

Recommandation : la mise en place d'un programme de mentorat structuré, intégrant une supervision rapprochée par des chirurgiens expérimentés, s'avère essentielle pour réduire l'incidence des complications précoces. Ce programme devrait inclure des modules de formation spécifiques sur les erreurs évitables, combinant simulation chirurgicale, analyse de cas réels et retours d'expérience. Un tel dispositif permettrait d'améliorer la sécurité des patients tout en renforçant la confiance et la compétence des jeunes chirurgiens.

2. La formation et préparation à la gestion des complications chirurgicales

Résultat clé : la rupture capsulaire représente la complication la plus fréquente, touchant 47,2 % des cas, suivie de la chute du noyau dans 36,6 % des situations. Ces complications, bien que redoutées en chirurgie ophtalmologique, soulignent l'importance d'une formation rigoureuse et d'une maîtrise technique approfondie.

Recommandation : il est essentiel de renforcer l'enseignement des techniques chirurgicales à travers la simulation en chirurgie, qui constitue un outil pédagogique incontournable. Le développement des centres de simulation au sein des facultés marocaines représente une avancée majeure dans l'amélioration de l'apprentissage et la réduction des erreurs peropératoires. Cette approche permet aux jeunes chirurgiens de perfectionner leurs compétences dans un environnement contrôlé et sécurisé, réduisant ainsi le risque de complications en bloc opératoire.

3. Prévention des erreurs liées au manque d'anticipation

Résultat clé : le manque d'anticipation de l'état du patient est identifié comme la principale cause de complications, étant rapporté dans 49,8 % des cas. Une évaluation préopératoire insuffisante ou une sous-estimation des facteurs de risque peuvent compromettre la prise en charge et augmenter la probabilité d'événements indésirables peropératoires.

Recommandation : il est essentiel de renforcer la préparation préopératoire à travers l'élaboration de protocoles d'évaluation standardisés, intégrant une analyse approfondie des antécédents médicaux, des caractéristiques anatomiques et des facteurs de risque spécifiques à chaque patient. De plus, la formation continue en gestion des complications imprévues doit être optimisée pour permettre aux chirurgiens d'adopter des réflexes adaptés en situation critique. La mise en place de vérifications préopératoires systématiques, sous forme de checklists structurées, ainsi que la standardisation des étapes critiques

du processus opératoire, contribueraient significativement à la réduction des erreurs et à l'amélioration de la sécurité des patients.

II. Retentissement psychologique et émotionnel

1. Structures d'accompagnement psychologique

Résultat clé : 92 % des ophtalmologistes déclarent avoir ressenti un mal-être suite aux complications.

Recommandation : créer des structures d'accompagnement psychologique spécialisées avec accès à des consultations régulières.

2. Gestion de l'anxiété et prévention

Résultat clé : 79 % redoutent la survenue d'autres complications similaires.

Recommandation : intégrer des formations sur la gestion de l'anxiété et la résilience.

3. Soutien et culture d'amélioration

Résultat clé : 75,4 % trouvent soulagement en discutant des complications.

Recommandation : encourager des programmes de soutien par les pairs et développer une culture d'apprentissage plutôt que de culpabilité.

III . Types de soutien souhaites

1. Flexibilité professionnelle et pauses immédiates après un EIAS

Résultat clé : 50,9 % des ophtalmologues souhaitent pouvoir prendre immédiatement un temps de pause après un EIAS.

Recommandation : mettre en place des protocoles organisationnels permettant aux soignants de s'extraire temporairement de leurs fonctions après un événement indésirable, sans perturber la continuité des soins. Il est essentiel d'intégrer des périodes de récupération dans la gestion quotidienne des services pour prévenir l'épuisement émotionnel et améliorer le bien-être psychologique des soignants.

2. Espaces de récupération dédiés

Résultat clé : 74,6 % des ophtalmologues souhaitent disposer d'un espace paisible pour se ressourcer après un EIAS.

Recommandation : créer des espaces dédiés au calme et à la récupération dans les établissements de santé. Ces espaces devraient être facilement accessibles aux soignants après un événement indésirable, permettant une récupération physique et mentale rapide avant de reprendre leurs activités.

3. Partage et soutien entre pairs

Résultat clé : 79,1 % des ophtalmologues estiment important de discuter avec un confrère après un EIAS.

Recommandation : promouvoir une culture de soutien collégial en encourageant des moments de partage post-incident entre professionnels. Des groupes de discussion ou des ateliers de débriefing entre pairs peuvent être organisés régulièrement pour favoriser la gestion émotionnelle des EIAS et réduire les effets du syndrome de seconde victime.

4. Accès à un programme de soutien psychologique externe

Résultat clé : 70,9 % des ophtalmologues sont réceptifs à un programme de conseils psychologiques externes.

Recommandation : développer des programmes de soutien psychologique externes et accessibles, en dehors du milieu professionnel. Ces programmes devraient être gratuits et confidentiels, offrant un espace sécurisé pour discuter des impacts émotionnels des EIAS. Des partenariats avec des psychologues spécialisés devraient être explorés pour accompagner les soignants dans la gestion du stress post-événement.

5. Discussions avec un senior après un incident

Résultat clé : 74,5 % des ophtalmologues souhaitent discuter de l'incident avec un senior.

Recommandation : encourager les échanges entre praticiens et leurs supérieurs pour une analyse approfondie des incidents. La discussion avec un senior permet de renforcer la confiance et l'apprentissage post-incident, tout en soutenant la gestion des émotions liées à l'événement. Il est crucial d'instaurer un climat de confiance où les échanges sont valorisés et non stigmatisés

Limites de notre étude :

Notre étude présente certaines limites méthodologiques :

- **Taille et représentativité de l'échantillon :** l'échantillon étudié ne dépasse pas 30 % de la population cible, ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats à l'ensemble des ophtalmologistes marocains. Une étude avec un échantillon plus large permettrait d'obtenir une vision plus représentative du phénomène.
- **Expérience chirurgicale hétérogène :** La variabilité de l'expérience chirurgicale des répondants peut influencer la perception et la gestion du syndrome de la seconde victime.
- **Caractère subjectif de certaines réponses :** les réponses au questionnaire reposent sur l'auto-évaluation des participants, ce qui peut induire un biais de déclaration (social desirability bias), où les répondants pourraient minimiser ou exagérer leur détresse émotionnelle.
- **Questionnaire non spécifiquement adapté aux ophtalmologistes :** L'outil d'évaluation utilisé n'a pas été spécifiquement conçu pour les chirurgiens ophtalmologistes, ce qui peut limiter sa précision dans l'analyse des facteurs de stress propres à cette spécialité. Un questionnaire validé et adapté à la pratique ophtalmologique permettrait d'affiner les résultats et d'obtenir une meilleure évaluation du syndrome de la seconde victime dans ce contexte particulier.



CONCLUSION



Notre étude, première du genre portant sur le syndrome de seconde victime en ophtalmologie, révèle une prévalence préoccupante de ce syndrome au sein de la communauté ophtalmologique marocaine. Sur les 217 ophtalmologistes participants, 94% rapportent avoir été confrontés à des complications chirurgicales graves, avec un impact psychologique significatif documenté chez 92% d'entre eux.

L'analyse statistique a mis en évidence des facteurs de vulnérabilité significatifs, notamment le genre féminin ($p=0,027$), l'exercice en secteur privé ($p=0,005$) et le manque d'expérience chirurgicale ($p=0,001$). Les manifestations du syndrome s'expriment tant sur le plan psychologique que physique, avec des répercussions notables sur la pratique professionnelle.

Le manque de structures de soutien institutionnel est flagrant, avec 58,6% des praticiens déplorant l'absence de moyens d'accompagnement. Cette carence est particulièrement marquée dans le secteur privé, où l'isolement professionnel accentue la vulnérabilité des praticiens.

Ces résultats soulignent l'urgence d'implémenter des dispositifs de soutien formalisés et adaptés au contexte marocain. La mise en place de programmes de prévention, l'instauration de groupes de pairs et le développement de structures d'accompagnement psychologique apparaissent comme des priorités pour préserver la santé mentale des ophtalmologistes et, par extension, la qualité des soins prodigués aux patients.



RESUMES



RESUME

Introduction : le syndrome de seconde victime (svs), concept introduit par albert wu en 2000, désigne l'impact traumatique des événements indésirables associés aux soins (eias) sur les soignants. Longtemps considéré comme tabou dans la communauté médicale, ce syndrome reste particulièrement méconnu en ophtalmologie où, malgré une perception de spécialité "moins critique", chaque erreur peut avoir des conséquences graves sur la vision. Notre étude, première mondiale en ophtalmologie, brise ce silence en évaluant la prévalence, les caractéristiques et les facteurs de risque du svs chez les ophtalmologistes marocains.

Méthodes : étude transversale descriptive et analytique menée sur 24 jours auprès des ophtalmologistes marocains. Un questionnaire en ligne de 58 items a été diffusé, comprenant trois parties : données démographiques, expérience des eias, et évaluation par l'outil svest (second victim experience and support tool). L'analyse statistique (epi info 7.0) a combiné analyses descriptives et analytiques avec un seuil de signification à 5%.

Résultats : sur 764 ophtalmologistes sollicités, 217 ont participé (28,4%). Les résultats montrent une prévalence élevée du svs (94% ont vécu des complications chirurgicales graves), avec un impact psychologique considérable : mal-être (92%), tristesse (89%), appréhension persistante (79%). Les femmes ($p=0,027$) et les praticiens du secteur privé ($p=0,005$) présentent une vulnérabilité accrue. La chirurgie de la cataracte est impliquée dans 82% des

complications. Le manque de soutien institutionnel est flagrant, avec 58,6% des praticiens déplorant l'absence de moyens d'accompagnement.

Discussion : en levant le voile sur ce sujet tabou, notre étude met en évidence trois aspects critiques du svv en ophtalmologie au maroc. Premièrement, la vulnérabilité marquée des femmes chirurgiennes s'explique par des facteurs socioculturels et professionnels spécifiques, avec un impact psychologique significativement plus élevé ($4,334 \pm 0,708$ vs $4,092 \pm 0,844$). Deuxièmement, les praticiens du secteur privé souffrent particulièrement de l'isolement professionnel et du manque de cadre institutionnel protecteur. Enfin, l'analyse comparative avec les modèles occidentaux révèle un retard significatif du maroc dans la mise en place de structures de soutien, notamment pour la gestion immédiate post-eias et l'accompagnement à long terme des praticiens affectés. Ces constats soulignent l'urgence de briser ce tabou et d'implémenter des dispositifs de soutien adaptés au contexte local.

Conclusion : cette recherche pionnière, en brisant un tabou longtemps maintenu, démontre la prévalence élevée et l'impact significatif du svv chez les ophtalmologistes marocains, particulièrement chez les femmes et les praticiens du secteur privé. Elle souligne l'urgence d'implémenter des dispositifs de soutien institutionnels adaptés, incluant des programmes de mentorat, des structures d'accompagnement psychologique, et des protocoles standardisés de gestion des eias.

ABSTRACT

Introduction: the second victim syndrome (svs), a concept introduced by albert wu in 2000, describes the traumatic impact of intraoperative adverse events (iaes) on healthcare providers. Long considered taboo in the medical community, this syndrome remains particularly understudied in ophthalmology where, despite being perceived as a "less critical" specialty, each error can have severe consequences on vision. Our study, the first worldwide in ophthalmology, breaks this silence by evaluating the prevalence, characteristics, and risk factors of svs among moroccan ophthalmologists.

Methods: a descriptive and analytical cross-sectional study was conducted over 24 days among moroccan ophthalmologists. A 58-item online questionnaire was distributed, comprising three sections: demographic data, iae experience, and assessment using the validated svest (second victim experience and support tool). Statistical analysis (epi info 7.0) combined descriptive and analytical approaches with a significance threshold of 5%.

Results: of 764 ophthalmologists contacted, 217 participated (28.4%). Results demonstrate a high svs prevalence (94% experienced severe surgical complications), with substantial psychological impact: distress (92%), sadness (89%), persistent apprehension (79%). Female practitioners ($p=0.027$) and private sector physicians ($p=0.005$) showed increased vulnerability. Cataract surgery accounted for 82% of complications. Institutional support was notably

lacking, with 58.6% of practitioners reporting an absence of support mechanisms.

Discussion: in addressing this taboo subject, our study highlights three critical aspects of svv in moroccan ophthalmology. First, the marked vulnerability of female surgeons is explained by specific sociocultural and professional factors, with significantly higher psychological impact (4.334 ± 0.708 vs 4.092 ± 0.844). Second, private sector practitioners particularly suffer from professional isolation and lack of protective institutional framework. Finally, comparative analysis with western models reveals morocco's significant lag in implementing support structures, particularly for immediate post-iae management and long-term practitioner support. These findings emphasize the urgency of breaking this taboo and implementing support mechanisms adapted to the local context.

Conclusion: this pioneering research, breaking a long-maintained taboo, demonstrates the high prevalence and significant impact of svv among moroccan ophthalmologists, particularly affecting women and private sector practitioners. It emphasizes the urgent need to implement adapted institutional support mechanisms, including mentorship programs, psychological support structures, and standardized iae management protocols.

ملخص

مقدمة: يشير مفهوم متلازمة الضحية الثانية وهو مفهوم قدمه ألبرت وو عام 2000 ، إلى التأثير المؤلم للأحداث السلبية المرتبطة بالرعاية الصحية على مقدمي الرعاية الصحية. لطالما اعتُبرت هذه المتلازمة من المحرمات في المجتمع الطبي، ولا تزال هذه المتلازمة غير معروفة بشكل خاص في طب العيون حيث يمكن أن يكون لكل خطأ عواقب وخيمة على الرؤية، على الرغم من اعتباره تخصصًا "أقل خطورة". تكسر دراستنا، وهي الأولى من نوعها في العالم في طب العيون، هذا الصمت من خلال تقييم مدى تقييم انتشار وخصائص وعوامل الخطر لمتلازمة الضحية الثانية بين أطباء العيون المغربية.

المنهجية: أجريت دراسة وصفية وتحليلية مستعرضة على مدار 24 يومًا بين أطباء العيون المغربية. تم توزيع استبيان عبر الإنترنت مكون من 58 بندًا، يتألف من ثلاثة أقسام: البيانات الديموغرافية، والأحداث السلبية أثناء الجراحة، والتقييم باستخدام أداة تجربة الضحية الثانية والدعم (svest) التي تم التحقق من صحتها. جمع التحليل الإحصائي (epi info 7.0) بين المنهجين الوصفي والتحليلي مع عتبة دلالة بنسبة 5%.

النتائج: من بين 764 طبيب عيون تم الاتصال بهم، شارك 217 طبيب عيون (28.4%) أظهرت النتائج ارتفاع معدل انتشار متلازمة الضحية الثانية. (94%) عانوا من مضاعفات جراحية شديدة، مع تأثير نفسي كبير: الضيق (92%)، والحزن (89%) ، والتخوف المستمر. (79%) أظهر الممارسون من الإناث ($p=0.027$) وأطباء القطاع الخاص ($p=0.005$) زيادة في التعرض للمضاعفات. شكلت جراحة إعتام عدسة العين 82% من المضاعفات. كان هناك نقص ملحوظ في الدعم المؤسسي، حيث أبلغ 58.6% من الممارسين عن غياب آليات الدعم.

المناقشة: في معالجة هذا الموضوع المحظور، تسلط دراستنا الضوء على ثلاثة جوانب مهمة من متلازمة الضحية الثانية في طب العيون المغربي. أولاً، يفسر الضعف الملحوظ للجراحين الإناث بعوامل اجتماعية وثقافية ومهنية محددة، مع تأثير نفسي أعلى بكثير (4.334 ± 0.708) مقابل (4.092 ± 0.844) ثانيًا، يعاني ممارسو

القطاع الخاص بشكل خاص من العزلة المهنية والافتقار إلى إطار مؤسسي وقائي. أخيراً، يكشف التحليل المقارن مع النماذج الغربية عن تأخر المغرب الكبير في تنفيذ هياكل الدعم، لا سيما فيما يتعلق بالإدارة الفورية بعد الأحداث السلبية المرتبطة بالرعاية ودعم الممارسين على المدى الطويل. تؤكد هذه النتائج على الحاجة الملحة لكسر هذا التابو وتنفيذ آليات دعم تتكيف مع السياق المحلي..

الخلاصة: يُظهر هذا البحث الرائد، الذي يكسر أحد المحظورات التي طال أمدها، الانتشار الواسع والتأثير الكبير لمتلازمة الضحية الثانية بين أطباء العيون المغاربة، ولا سيما النساء والممارسين في القطاع الخاص. ويؤكد على الحاجة الملحة لتنفيذ آليات دعم مؤسسية ملائمة، بما في ذلك برامج الإرشاد، وهياكل الدعم النفسي، وبروتوكولات موحدة لإدارة الأحداث السلبية أثناء العملية.



ANNEXES



Annexe A : message d'invitation à participation(whatsapp/email)

"bonjour/bonsoir cher(e) confrèr(e),

C'est reda résident en ophtalmologie chu de tanger je suis désolé pour le dérangement.

Pouvez-vous répondre à ce questionnaire d'une étude réalisée au sein du chu de tanger à propos du syndrome de la seconde victime ? Ce terme, instauré dans les années 2000, désigne les praticiens de santé touchés émotionnellement et psychologiquement par des événements indésirables associés aux soins (eias) survenus dans le cadre de leurs pratiques cliniques. Il s'agit d'une expérience psychologique souvent méconnue mais ayant un impact significatif sur la vie professionnelle et personnelle des praticiens

Votre contribution, précieuse et confidentielle, permettra de mieux cerner les réalités vécues et d'envisager des mesures adaptées pour renforcer le bien-être des praticiens face à ces défis.

Nous vous exprimons notre gratitude pour votre participation à cette étude."

Annexe B : le questionnaire

Questionnaire pour étude sv

Cher(e)s confrères,

Nous vous remercions de prendre le temps de participer à cette étude qui porte sur le **syndrome de la seconde victime**.

Le syndrome de la seconde victime a été instauré, dans les années 2000, comme terme permettant de désigner les praticiens de santé qui ont été touchés émotionnellement et psychologiquement par des événements indésirables associés aux soins (eias) qui se sont produit dans le cadre de leurs pratiques cliniques, une expérience psychologique souvent méconnue mais ayant un impact significatif sur la vie professionnelle et personnelle des praticiens.

*Votre participation consistera à répondre à un questionnaire anonyme d'une durée estimée à 10-15minutes. Vos réponses seront confidentielles et utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche. **Aucune information personnelle ne sera collectée. (ni e-mail, ni nom ne sont collectés)***

En participant à cette étude et en répondant au questionnaire, vous donnez votre consentement libre et éclairé, et votre participation est entièrement volontaire, permettant ainsi que vos données soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

Votre contribution, précieuse et confidentielle, permettra de mieux cerner les réalités vécues et d'envisager des mesures adaptées pour renforcer le bien-être des praticiens face à ces défis.

Nous vous exprimons notre gratitude pour votre participation à cette étude.

Section 1 :

Informations démographiques

1. Âge :
2. Sexe :
 - a. Masculin
 - b. Féminin
3. Statut matrimonial (célibataire/ marié (e)/ divorcé (e)/ veuf(ve)
4. Avez-vous des enfants (oui/non)

Informations professionnelles :

5. Votre statut :
 - a. Résident
 - b. Spécialiste
 - c. Enseignant en médecine
6. Lieu d'exercice (chu, hôpital régional ou provincial, clinique privée, cabinet médical privé)
7. Nombre d'années d'expérience chirurgicale (en comptant également celles durant le résidanat):
8. Nombre d'interventions chirurgicales faites par semaine :
9. Type de sous-spécialités chirurgicales que vous pratiquez (cochez tout ce qui s'applique) :
 - a. Glaucome
 - b. Strabisme
 - c. Rétine
 - d. Chirurgie de la cornée.
 - e. Chirurgie de la cataracte
 - f. Chirurgie réfractive

Section 2 : expériences d'événements indésirables

10. Avez-vous déjà rencontré une ou plusieurs **complications** chirurgicales graves ?
 - a. Oui
 - b. Non
11. Si oui, combien de fois
 - a. 1 à 5 fois
 - b. 6 à 10 fois
 - c. Plus de 10 fois
12. Si oui, il y a combien de temps
 - a. Moins de 6 mois
 - b. 6mois à 1 an
 - c. Plus qu'un an
13. Après quel nombre d'années d'expérience chirurgicale. Cette complication est-elle survenue ?
14. Au cours de quel type de chirurgie est survenue la complication ?
 - a. Glaucome
 - b. Strabisme
 - c. Rétine
 - d. Chirurgie de cornée

- e. Chirurgie de la cataracte
 - f. Chirurgie réfractive
 - g. Autre (précisez) : _____
15. Quelle en était la cause principale selon vous ? (cochez tout ce qui s'applique)
- a. Charge de travail excessive
 - b. Manque de ressources matérielles
 - c. Manque de connaissance/expérience
 - d. Manque d'anticipation vis-à-vis de l'état du patient (patient stressé, agitation peropératoire, pic hypertensif peropératoire...)
 - e. Autre : champ libre
16. Quelle a été la nature de la complication la plus grave que vous avez rencontrée ?
- a. Erreur technique
 - b. Erreur de jugement clinique
 - c. Risque reconnu de la procédure
 - d. Complication imprévisible.
17. Type de complication : (choix. Multiple)
- a. Rupture capsulaire
 - b. Désinsertion zonulaire
 - c. Chute du noyau
 - d. Luxation d'implant
 - e. Décollement de rétine
 - f. Endophtalmie
 - g. Désinsertion ou lésion irienne
 - h. Hémorragie expulsive
 - i. Glaucome malin
 - j. Kératopathie bulleuse
 - k. Irvin gass
 - l. Glaucome malin
 - m. Autre (champ libre)
18. Cette complication vous a-t-elle poussée à arrêter ce type de chirurgie ?
- a. Oui
 - b. Non
19. Cette complication a-t-elle eu des répercussions médico-légales ?
- a. Oui
 - b. Non
20. Quelles ont été les conséquences de la complication pour le patient
- a. Sans conséquences
 - b. Perte fonctionnelle limitée
 - c. Perte fonctionnelle importante
 - d. Perte anatomique de l'œil
21. Avez-vous annoncé cette complication au patient ?
- a. Oui
 - b. Non
22. Si non, à votre avis pourquoi ? (cochez tout ce qui s'applique)

- a. Peur de la réaction du patient/ famille
- b. Peur de poursuite médico-légale
- c. Risque pour la réputation du médecin
- d. Anticipation d'une réaction négative des collègues

Section 3 : questionnaire sves

Consignes aux participants

Le questionnaire ci-dessous est le questionnaire sves validé qui évalue votre expérience d'évènements indésirables associés aux soins (eias).

Dans un souci de rigueur scientifique et de crédibilité, nous avons choisi de ne pas apporter de modifications à la version originale validée. Par ailleurs, le terme "soignant" fait référence à l'ophtalmologiste. Concernant la section relative au "soutien par un sénior", les médecins spécialistes ont la possibilité de sélectionner l'option "préfère ne pas répondre"

1-souffrance psychologique

-j'ai ressenti un mal-être suite à ces situations

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-ma participation dans ce type de situation me fait redouter la survenue d'autres évènements

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-ces situations m'ont rendu(e) triste

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-j'éprouve des remords liés à mon implication dans la survenue de telles situations

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

2-souffrance physique

-le souvenir des situations que j'ai rencontrées est épuisant

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord

- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-les situations que j'ai rencontrées peuvent perturber mon sommeil

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-le stress lié à ces situations m'a écœuré(e) ou rendu(e) nauséux(se)

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-penser à ces situations peut me faire perdre l'appétit

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

3-soutien des collègues

-j'apprécie les tentatives de mes collègues pour me consoler, mais leurs efforts n'arrivent pas toujours au bon moment

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-discuter de ce qui est arrivé avec mes collègues m'apporte un sentiment de soulagement

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-mes collègues peuvent être indifférents à l'impact que ces situations ont eu sur moi

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-mes collègues m'aident à me considérer comme un bon soignant malgré mes erreurs

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord

- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

4-soutien par le senior ou personne plus expérimentée

-j'ai ressenti une prise en charge appropriée de la part de mon senior après ces situations

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord
- Préfère ne pas répondre

-les réponses de mon senior sont appropriées

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord
- Préfère ne pas répondre

-habituellement lors d'un eias, mon senior blâme les protagonistes

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord
- Préfère ne pas répondre

-je sens que mon senior évalue ces situations en tenant compte de la complexité de la pratique des soins

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord`
- Préfère ne pas répondre

5-soutien de la structure (hôpital, clinique...)

-ma structure a conscience que les soignants peuvent avoir besoin d'aide pour comprendre et surmonter les effets d'un eias

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-ma structure offre des moyens pour m'aider à surmonter l'impact lié à mon implication dans ces situations (échelle inversée)

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-ma structure ne témoigne pas beaucoup d'intérêt pour le bien-être des personnes impliquées dans ces situations

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

6-soutien par les proches

-j'ai cherché du soutien auprès de mes amis et de ma famille après la survenue d'un eias

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-le soutien de mes amis et de ma famille m'a aidé(e) à surmonter mes difficultés

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

7-compétences professionnelles

-suite à ces situations j'ai trouvé mes compétences professionnelles insuffisantes

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-ces situations m'interrogent sur le fait que je ne sois pas réellement un bon soignant

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-à la suite de ces situations je suis effrayé(e) à l'idée de réaliser des procédures de soins difficiles ou à risque

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-ces situations ne m'ont pas fait remettre en question mes compétences professionnelles

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

8-intentions de changements

-ces situations rencontrées me conduisent à envisager une profession en dehors du soin

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-le stress lié à mon implication dans ces situations me donne envie de quitter mon poste

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

9-absentéisme

-ces situations d'eias m'ont contraint(e) à prendre un jour d'arrêt de travail

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

-j'ai pris des congés après qu'une de ces situations s'est produite

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Neutre
- Plutôt d'accord
- D'accord

10-types de soutiens souhaités

-pouvoir prendre immédiatement du temps loin de mon service ou cabinet pendant un petit moment

- Pas souhaité
- Plutôt pas souhaité
- Neutre
- Plutôt souhaité
- Souhaité

-avoir un endroit paisible dédié disponible pour récupérer et se ressaisir après un de ces types d'évènements

- Pas souhaité
- Plutôt pas souhaité
- Neutre
- Plutôt souhaité
- Souhaité

-discuter en détail avec un pair de ce qui est arrivé

- Pas souhaité
- Plutôt pas souhaité
- Neutre
- Plutôt souhaité
- Souhaité

-bénéficier d'un programme d'aide fournissant gratuitement des conseils en dehors du travail

- Pas souhaité
- Plutôt pas souhaité
- Neutre
- Plutôt souhaité
- Souhaité

-discuter avec mon senior de l'incident

- Pas souhaité
- Plutôt pas souhaité
- Neutre
- Plutôt souhaité
- Souhaité

-programmer un moment avec une personne dédiée pour échanger sur l'évènement

- Pas souhaité
- Plutôt pas souhaité
- Neutre
- Plutôt souhaité
- Souhaité

-avoir un moyen confidentiel de contacter une personne dédiée vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour discuter de la manière dont ces situations m'ont affecté(e)

- Pas souhaité
- Plutôt pas souhaité
- Neutre
- Plutôt souhaité
- Souhaité

Section libre

Veillez utiliser cet espace pour décrire toute expérience personnelle ou opinion concernant les complications chirurgicales et leur gestion.

Nous vous exprimons notre gratitude pour votre participation à cette étude.



BIBLIOGRAPHIE



- [1] Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000;320:726-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>.
- [2] Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009;18:325-30. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>.
- [3] Naya K, Aikawa G, Ouchi A, Ikeda M, Fukushima A, Yamada S, et al. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: A systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. *PLOS ONE* 2023;18:e0292108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292108>.
- [4] Ansari AS, Tung ASW, Wright DM, Watts P, Williams GS. Stress and cataract surgery: A nationwide study evaluating surgeon burnout. *Eur J Ophthalmol* 2023;33:1640-9. <https://doi.org/10.1177/11206721231154611>.
- [5] Das S, Mehregan C, Richards C, Schneider M, Le K, Lin X. Intraoperative Complication Rates in Cataract Surgery After Resuming Surgery Following the COVID-19 Shutdown. *Clin Ophthalmol* 2023;Volume 17:641-7. <https://doi.org/10.2147/OPTH.S348710>.
- [6] Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf* 2017;13:93-102. <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000129>.

- [7] Chong RIH, Yaow CYL, Chong NZ-Y, Yap NLX, Hong ASY, Ng QX, et al. Scoping review of the second victim syndrome among surgeons: Understanding the impact, responses, and support systems. *Am J Surg* 2024;229:5-14. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2023.09.045>.
- [8] Jain G, Sharma D, Agarwal P, Agrawal V, Yadav SK, Tenzin T, et al. "Second Victim" Syndrome Among the Surgeons from South Asia. *Indian J Surg* 2022;84:40-6. <https://doi.org/10.1007/s12262-021-02793-3>.
- [9] TEISSIER Héloïse. Traduction du questionnaire « Second Victim Experience and Support Tool » et adaptation pour les internes de médecine générale selon les recommandations internationales ISPOR 2017.
- [10] Charline P. Suicide des médecins : état des lieux de la souffrance psychique des médecins et des internes n.d.
- [11] LOIC TURBEL. Comment promouvoir la culture de « l'erreur apprenante » dans les établissements de santé? 2018.
- [12] To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>.
- [13] Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In: Flett GL, Hewitt PL, editors. *Perfect. Theory Res. Treat.*, Washington: American Psychological Association; 2002, p. 5-31. <https://doi.org/10.1037/10458-001>.
- [14] Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med J*

- Assoc Am Med Coll 2011;86:359-64.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>.
- [15] Baer RA, Lykins ELB, Peters JR. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. J Posit Psychol 2012;7:230-8.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2012.674548>.
- [16] Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. Psychol Assess 1992;4:5-13.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.5>.
- [17] Eysenck HJ, editor. A Model for Personality. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1981. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-67783-0>.
- [18] Naudin D. Syndrome de la « seconde victime » : quand les erreurs de soins impactent les soignants. The Conversation 2022.
<http://theconversation.com/syndrome-de-la-seconde-victime-quand-les-erreurs-de-soins-impactent-les-soignants-189607> (accessed November 5, 2024).
- [19] Naya K, Aikawa G, Ouchi A, Ikeda M, Fukushima A, Yamada S, et al. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: A systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. PLOS ONE 2023;18:e0292108.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292108>.
- [20] Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse

- Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf* 2020;16:e61-74.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589>.
- [21] Copley DJ, Burchill CN, Lindell D, Dolansky MA. Second Victim Phenomenon Educational Program Evaluation. *J Nurses Prof Dev* 2024;40:10-5.
<https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000978>.
- [22] Sachs CJ, Wheaton N. Second Victim Syndrome. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
- [23] An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. | PSNet n.d. <https://psnet.ahrq.gov/issue/evidence-and-consensus-based-definition-second-victim-strategic-topic-healthcare-quality> (accessed November 6, 2024).
- [24] Goutaudier N, Clarys D, Tudorache A-CC, Boudoukha AH. La croissance posttraumatique : quand le traumatisme devient bénéfique. *Presse Médicale Form* 2020;1:151-6. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2020.05.006>.
- [25] Mitzman J, Jones C, McNamara S, Stobart-Gallagher M, King A. Curated Collection for Educators: Five Key Papers About Second Victim Syndrome. *Cureus* 2019. <https://doi.org/10.7759/cureus.4186>.
- [26] Bolderston H, Greville-Harris M, Thomas K, Kane A, Turner K. Resilience and surgeons: train the individual or change the system? *Bull R Coll Surg Engl* 2020;102:244-7. <https://doi.org/10.1308/rcsbull.2020.170>.
- [27] Awuah WA, Aderinto N, Ahluwalia A, Poornaselvan J, Tan JK, Bharadwaj HR, et al. Beyond the operating room: addressing the “second-victim”

- phenomenon in surgical practice. *Eur J Med Res* 2024;29:486. <https://doi.org/10.1186/s40001-024-02084-z>.
- [28] Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardelt M, Shapiro J, Bell SK. Wisdom in Medicine: What Helps Physicians After a Medical Error? *Acad Med* 2016;91:233-41. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000886>.
- [29] Cohen M, Cruz LN, Cardoso RB, Albuquerque M de FPM de, Montarroyos UR, de Souza WV, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of frontline healthcare workers in a highly affected region in Brazil. *BMC Psychiatry* 2023;23:255. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04702-2>.
- [30] Ossetroff L, Gallard I, Arzalier-Daret S. Seconde victime : étude de l'impact sur le professionnel d'un évènement indésirable grave en anesthésie. *Anesth Réanimation* 2015;1:A320-1. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2015.07.479>.
- [31] Chong RIH, Yaow CYL, Chong NZ-Y, Yap NLX, Hong ASY, Ng QX, et al. Scoping review of the second victim syndrome among surgeons: Understanding the impact, responses, and support systems. *Am J Surg* 2024;229:5-14. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2023.09.045>.
- [32] Strametz R, Mira JJ, Sousa P. The second victim phenomenon: comprehensive support and systemic change in healthcare. *Int J Qual Health Care* 2024;36:0-0. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae090>.
- [33] Chen Y-R, Hung K-W, Tsai J-C, Chu H, Chung M-H, Chen S-R, et al. Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled

- Trials. PLOS ONE 2014;9:e103676.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>.
- [34] Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardelt M, Shapiro J, Bell SK. Wisdom in Medicine: What Helps Physicians After a Medical Error? Acad Med 2016;91:233–41. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000886>.
- [35] Luoma JB, Platt MG. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. Curr Opin Psychol 2015;2:97–101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>.
- [36] Prudenzi A, Graham CD, Clancy F, Hill D, O'Driscoll R, Day F, et al. Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2021;295:192–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.084>.
- [37] t Bradford Teaching Hospitals Foundation NHS Trust. Organisational staff support model (OSSM) n.d.
- [38] Arzalier-Daret S, Lieutaud T, Pease S, Copotoiu R, Bonnet F, Torrielli R, et al. Soignant « seconde victime » : comment accompagner un professionnel à la suite d'un accident ou d'une erreur en anesthésie-réanimation? Anesth Réanimation 2016;2:285–91. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2016.08.007>.
- [39] Maurice G de S, Péraldi C. Prise en charge psychologique d'un accident grave ou d'un décès au bloc opératoire n.d.
- [40] Denham CR. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. J Patient Saf 2007;3:107–19. <https://doi.org/10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd>.

- [41] Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:233-40. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7).
- [42] l'institut Universitaire du Cancer Toulouse Oncopole. Accompagnement soignant 2de victime n.d.
- [43] Marung H, Strametz R, Roesner H, Reifferscheid F, Petzina R, Klemm V, et al. Second Victims among German Emergency Medical Services Physicians (SeViD-III-Study). *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:4267. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054267>.
- [44] Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martinez M, Nandan A, Yeh DD, et al. The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. *J Am Coll Surg* 2017;224:1048-56. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.039>.
- [45] Yaow CYL, Ng QX, Chong RIH, Ong C, Chong NZ-Y, Yap NLX, et al. Intraoperative adverse events among surgeons in Singapore: a multicentre cross-sectional study on impact and support. *BMC Health Serv Res* 2024;24:512. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10998-x>.
- [46] Uday Devgan, MD. Dealing with and learning from surgical complications 2018.
- [47] Bolderston H, Greville-Harris M, Thomas K, Kane A, Turner K. Resilience and surgeons: train the individual or change the system? *Bull R Coll Surg Engl* 2020;102:244-7. <https://doi.org/10.1308/rcsbull.2020.170>.

- [48] A Study on Patient Safety Incidents and the Second Victim Phenomenon Among Healthcare Providers Saudi Arabia n.d.
- [49] Wolf M, Smith K, Basu M, Heiss K. The Prevalence of Second Victim Syndrome and Emotional Distress in Pediatric Intensive Care Providers. *J Pediatr Intensive Care* 2023;12:125–30. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731666>.
- [50] Le HD, Wolinska JM, Baertschiger RM, Himidan SA. Complication Is Inevitable, but Suffering is Optional—Psychological Aspects of Dealing with Complications in Surgery. *Eur J Pediatr Surg* 2023;33:181–90. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1767830>.
- [51] Lu PW, Columbus AB, Fields AC, Melnitchouk N, Cho NL. Gender Differences in Surgeon Burnout and Barriers to Career Satisfaction: A Qualitative Exploration. *J Surg Res* 2020;247:28–33. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.10.045>.
- [52] Bianchin M, Angrilli A. Gender differences in emotional responses: A psychophysiological study. *Physiol Behav* 2012;105:925–32. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.10.031>.
- [53] Lyubarova R, Salman L, Rittenberg E. Gender Differences in Physician Burnout: Driving Factors and Potential Solutions. *Perm J* 2023;27:130–6. <https://doi.org/10.7812/TPP/23.023>.
- [54] Shelley E. Taylor. *The Tending Instinct: Women, Men, and the Biology of Relationships*. n.d.

- [55] Calvez J, Timofeeva E. Behavioral and hormonal responses to stress in binge-like eating prone female rats. *Physiol Behav* 2016;157:28–38. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.01.029>.
- [56] Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 2003;58:5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>.
- [57] Papanikola G, Borcan D, Sanida E, Escard E. Santé mentale[au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux? *Rev Médicale Suisse* 2015;11:1750–4. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2015.11.487.1750>.
- [58] complication inevitable souffring optionnal n.d.
- [59] 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;6:e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>.
- [60] Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, Herrin J, Wittlin NM, Yeazel M, et al. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. *JAMA* 2018;320:1114. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12615>.
- [61] Williams RD. The Hidden Stress of Cataract Surgeons: Part One n.d.
- [62] Leadership et culture de sécurité des patients. *Anesth Patient Saf Found* n.d. <https://www.apsf.org/fr/article/leadership-et-culture-de-securite-des-patients/> (accessed November 1, 2024).

- [63] TABCHI M. La responsabilité civile du médecin : les limites de la faute médicale » Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine FMP Rabat, 2018.
- [64] AZZIMAN O. Eléments d'introduction à la responsabilité juridique du médecin, «La responsabilité médicale» rapport du thème principal du septième congrès national, 1989, pp.18–28 n.d.
- [65] SCOT P. Saltstone, Robert Saltstone, Brian H. Rowe, (EM). Knowledge of medicallegal issues: Survey of Ontario family medicine Resident Article in Canadian family physician Médecin de famille canadien · May 1997 Source: Pub Med n.d.
- [66] Code des Obligations et des Contrats marocain D.O.C. n.d.
- [67] Belhouss A, Beauthier JP. Le droit medical: Aspects déontologiques et juridiques de la relation médecin – malade. Education Media Event; 2017.
- [68] MIKOU A. « Le médecin auteur de dommage », revue marocaine de droit et d'économie du développement, N° 32, 12 et 13 novembre 1994, pp.39–44 n.d.
- [69] Code pénal marocain CPM. n.d.
- [70] Lee BS. Medicolegal pitfalls of cataract surgery: Curr Opin Ophthalmol 2015;26:66–71. <https://doi.org/10.1097/ICU.000000000000110>.
- [71] Tom Delbanco, M.D., and Sigall K. Bell, M.D. Guilty, Afraid, and Alone — Struggling with Medical Error n.d.
- [72] forYOU team n.d.

- [73] Décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients n.d.
- [74] peer support Canada n.d.
- [75] “second victims in healthcare” KU Leuven Institute for Healthcare Policy (Belgium) n.d.
- [76] Amsterdam UMC:Peer Support Healthcare n.d.
- [77] The Healthcare worker wellbeing centre in Australia. n.d.



أطروحة رقم 25/101

سنة 2025

تقييم متلازمة الضحية الثانية في طب العيون

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2025/02/28

من طرف

السيد رضى بنمراق

المزداد في 01 يونيو 1999 بمكناس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

متلازمة الضحية الثانية – أطباء العيون – المغرب – الأخطاء الطبية

اللجنة

السيد ابن عطية الأندلسي ادريسي الرئيس

أستاذ في طب وجراحة العيون

السيدة البهلول مريم المشرف

أستاذة في طب وجراحة العيون

السيد اعنوان رشيد أعضاء

أستاذ في طب الأمراض النفسية

السيدة عبدلاوي مريم أعضاء

أستاذة في طب وجراحة العيون

السيدة خوادريس شيماء عضو مشارك

أستاذة مساعدة في طب وجراحة العيون