

Transcript

Vidéo : Results of the Pan Canadian Survey of Healthcare Workers View on the Second Victim Phenomenon

Minutes:58:26

[musique de fond]

MME GINA PECK : Bonjour et bienvenue à la série de webinaires Créer un espace sûr de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui soutient la santé psychologique et la sécurité des travailleurs de la santé. Ce deuxième épisode met l'accent sur les résultats de l'enquête pancanadienne auprès des travailleurs de la santé sur le phénomène de la seconde victime. Nos conférenciers invités expliqueront l'approche adoptée pour obtenir l'avis et l'expérience des prestataires de première ligne sur le phénomène de la seconde victime, puis nous aideront à comprendre les résultats.

Je m'appelle Gina Peck, coordinatrice de projets et hôte technique pour l'appel d'aujourd'hui. J'aimerais vous souhaiter la bienvenue au nom de nos partenaires, la Commission de la santé mentale du Canada, l'Université Ontario Tech et Chatham Kent Health Alliance. Si vous avez manqué une partie de ce webinaire ou si vous souhaitez en faire profiter d'autres membres de votre équipe ou de votre organisme, sachez qu'il est enregistré et qu'il sera disponible sur notre site Web au cours de la semaine prochaine. Nous dresserons également la liste des prochains webinaires de la série à la fin de notre rencontre d'aujourd'hui.

Veillez écrire vos questions dans la boîte de questions-réponses sur votre écran ou les envoyer directement à moi ou à Markirit. Nous les compilerons et les enverrons à nos invités à la fin de la séance. Si vous éprouvez des difficultés techniques, écrivez-moi dans le clavardage et j'essaierai de vous aider du mieux que je le peux.

Au cours de la séance d'aujourd'hui, nous donnerons d'abord la parole à Markirit Armutlu qui s'est jointe à l'Institut canadien pour la sécurité des patients en 2017 à titre de responsable principal de programme et qui est à la tête du

programme de santé et de sécurité psychologiques des travailleurs de la santé. Bienvenue au webinaire, Markirit. La parole est à vous pour ouvrir la discussion sur la création d'un espace sûr.

M^{ME} MARKIRIT ARMUTLU : Merci, Gina. Gina, pouvons-nous avancer les diapositives? Laissez-moi voir si on peut y aller.

M^{ME} PECK : Oui, vous avez la fonction de conférencière. Vous devriez être en mesure d'avancer maintenant.

M^{ME} ARMUTLU : Merci. J'ai quelques problèmes de mon côté, mais je pense qu'on peut voir ceci. J'espère que vous pouvez voir ce que je vois ici. C'est la présentation des conférenciers sur la diapositive. Gina, pouvez-vous confirmer que vous pouvez voir ceci de votre côté?

M^{ME} PECK : Oui, tout est correct, Markirit.

M^{ME} ARMUTLU : Merci de votre présence aujourd'hui, et je suis vraiment ravie d'accueillir nos conférenciers invités. Nous avons avec nous aujourd'hui la D^{re} Brenda Gamble, qui est doyenne associée et professeure agrégée de la faculté des sciences de la santé de l'université Ontario Tech. Les intérêts de recherche de Brenda comprennent la qualité et la sécurité des patients dans le laboratoire médical, la pratique interprofessionnelle et l'éducation du personnel de santé, les technologies liées à la démence et le développement de simulations pour les salles de classe et les environnements cliniques.

Et nous avons également la D^{re} Myuri Manogaran. Myuri a obtenu son doctorat en santé des populations à l'Université d'Ottawa. Elle est analyste des données et de la recherche au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada dans l'unité de politique de santé et de défense des intérêts. Myuri a également travaillé comme analyste des politiques à la Division des ressources humaines en santé de la Direction des politiques de soins de santé à Santé Canada.

Brenda et Miri collaborent avec nous dans le cadre de l'étude de recherche dont vous entendrez parler aujourd'hui, et le webinaire d'aujourd'hui commencera en fait avec Gary Deroo, qui est responsable de pratique clinique en pharmacie à la Chatham Kent Health Alliance. Gary est pharmacien hospitalier depuis 25 ans. Au cours des 20 premières années de sa carrière, il a occupé les fonctions de responsable de pratique clinique en pharmacie et de pharmacien subalterne à la Chatham Kent Health Alliance. Gary partagera son

expérience personnelle après avoir été impliqué dans une erreur médicale grave et fournira des idées sur la façon d'améliorer les résultats pour les aidants qui sont impliqués dans des situations similaires.

Je vais donc vous expliquer pourquoi la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs de la santé sont devenues une priorité pour l'ICSP et vous présenter certains de nos projets en cours dans ce domaine.

L'ICSP collabore avec les gouvernements, les organismes de santé, les dirigeants et les professionnels de la santé pour encourager une amélioration extraordinaire de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Conformément à son orientation stratégique de 2018-2023, l'ICSP s'efforce de fournir des données probantes pour orienter les politiques et les normes qui favorisent le mieux la sécurité des patients à l'échelle de l'organisation et du système de santé, et pour intégrer les exigences en matière de sécurité des patients dans les règlements, les normes et l'agrément. Dans le cadre de l'élaboration du programme national pour la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs de la santé, l'ICSP s'est associé à la Commission de la santé mentale du Canada et a réuni des experts de tout le pays pour répondre aux divers besoins des prestataires de soins de santé qui sont traumatisés par des événements survenus pendant la prestation des soins, ce que l'on appelle le phénomène de la seconde victime.

Au cours de ce travail, nous avons fait des recherches sur le terme de seconde victime, et vous remarquerez, lorsque nous vous décrirons l'enquête, lorsque Mary et Brenda décriront la méthodologie et les résultats de l'enquête, que, pour les résultats de cette enquête précise, nous nous intéressions aux prestataires de soins de santé qui ont été touchés par le fait d'être au cœur d'un événement lié à la sécurité des patients. Cependant, plus ce travail progressait, et vous verrez avec les webinaires trois et quatre (auxquels nous vous invitons à vous joindre à nous) que le terme de seconde victime s'est élargi, et nous allons introduire un terme différent qui englobe vraiment l'expérience des prestataires de soins de santé, et le stress et l'anxiété que les prestataires de soins de santé vivent dans l'environnement de travail.

Au cours des dernières années, nous avons donc examiné les développements et produit un magnifique document sur la confidentialité et le privilège juridique des programmes de

soutien par les pairs. Notre premier webinaire présentait ce travail. Aujourd'hui, nous allons entendre parler de l'enquête sur les perceptions des prestataires de soins de santé, et dans le webinaire trois, nous présenterons davantage l'analyse contextuelle des programmes de soutien par les pairs à l'échelle internationale. Nous travaillons également sur des lignes directrices canadiennes et des recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes de soutien par les pairs, et nous avons collaboré avec la Commission de la santé mentale pour élaborer une trousse d'outils complète pour les programmes de soutien par les pairs au Canada. Nous allons lancer, à l'automne, un comité consultatif d'experts pour les programmes de soutien par les pairs, et donc, une communauté de pratique pour les programmes de soutien par les pairs afin d'être disponible sur une base continue et soutenir les organismes qui sont en train de mettre en œuvre un tel programme.

Notre intention est vraiment, avec tout ça, d'influencer les pratiques, les responsables des politiques et les normes dans ce domaine, donc nous sommes vraiment ravis qu'il y ait beaucoup d'excellent travail en cours et nous vous invitons à vous joindre aux webinaires des dates suivantes. Le premier webinaire a été lancé le 15 mai, et le webinaire d'aujourd'hui, encore une fois, portera sur l'enquête. Puis nous avons les deux prochains, comme vous le voyez ici, le webinaire numéro trois sera sur l'analyse contextuelle à l'international le 20 juin, et le webinaire numéro quatre permettra de lancer nos pratiques exemplaires, les lignes directrices pour les programmes de soutien par les pairs et notre trousse d'outils.

Sur ce, j'aimerais vous présenter Gary, et nous allons remettre l'outil du conférencier à Gary, qui vous parlera de ses objectifs d'apprentissage et procédera à sa présentation, donc la parole est à vous, Gary.

M. GARY DEROO : Merci beaucoup pour la présentation. Donc, j'ai un peu un double rôle dans mon établissement. Pour l'essentiel, c'est un rôle de pharmacien de première ligne, avec parfois un peu de responsabilités de pratique clinique. Dans le cadre de mon travail de première ligne, je fais pas mal de choses en tant que pharmacien. Et voici le clavier que j'utilise, au moins depuis les cinq dernières années environ, pour faire mon travail de pharmacien à l'hôpital. Vous pouvez voir au milieu la touche H, et dans notre système de pharmacie, la touche H est une touche qui a beaucoup de pouvoir. Si on la frappe une fois, on peut mettre un médicament en attente, et

si on la frappe deux fois, on peut retirer un médicament de l'attente. Et il y a quelques années, j'ai oublié d'appuyer sur la touche H de mon clavier, et ça a fait partie d'une séquence d'événements qui s'est terminée par le décès d'un patient. Je suis donc ici aujourd'hui pour partager une partie de mon expérience par la suite, et j'espère vous donner quelques conseils sur la façon de réduire l'impact d'incidents comme ceux-ci, à la fois pour vous-même, si vous vous trouvez un jour dans cette malheureuse situation, et pour les personnes qui vous entourent.

Vous avez probablement déjà vu une image comme celle-ci liée à ce sujet dans le passé. C'est une tentative de vous montrer ce que l'on ressent lorsqu'on se trouve au cœur d'un incident médical, et il est vraiment difficile de saisir l'ampleur et la gravité de cette expérience avec une simple photo. Pour moi, les premiers jours après la mort du patient ont été franchement assez horribles, probablement certains des pires jours de ma vie, en fait. Je me suis senti vraiment submergé par les émotions, et c'est ce que cette image essaie de dépeindre. Je ne pouvais même pas nommer toutes les émotions que je ressentais. Elles arrivaient comme une vague, en quelque sorte. Elles n'avaient pas nécessairement de déclencheur ou de modèle. Elles arrivaient à l'improviste et disparaissaient de manière tout aussi inattendue, parfois. Et comme je l'ai dit, il était difficile de nommer toutes ces émotions qui m'accablaient à ce moment-là. Il y avait certainement une profonde tristesse, et assurément une certaine peur. J'avais peur d'être poursuivi en justice. J'avais peur que mon association s'en mêle. Heureusement, l'une des choses dont je n'ai jamais vraiment eu peur, c'est la réaction de mon organisme, de mon hôpital. J'ai travaillé assez longtemps avec les gens responsables de la qualité, des risques et de la sécurité des patients pour savoir que ces types d'incidents étaient traités avec juste assez de soin et de compassion, donc je suis très reconnaissant que ça n'ait jamais vraiment été une de mes préoccupations. Mais, les premiers jours, malgré tout ça, ont été assez terribles.

Donc, après une semaine environ, je me rendais compte que je n'allais pas très bien. Je ne recevais pas vraiment d'aide d'aucune sorte, à ce moment-là, en partie par mes propres décisions. Alors j'ai commencé à essayer de prendre soin de moi, du mieux que je pouvais, et j'ai donc commencé à essayer de faire une sorte d'art-thérapie par moi-même. Normalement, je ne fais pas de peinture, mais j'ai pensé que c'était peut-être une façon de commencer à aborder une partie de cette expérience. Donc, ce que vous voyez ici sur cette diapositive

est une peinture que j'ai faite. Il y a trois panneaux, et c'est une tentative de décrire les symptômes physiques que j'avais à l'époque. Alors, le premier panneau est une sorte de sensation que j'avais dans l'estomac sur la route vers le travail, le deuxième panneau représente le moment où j'arrivais dans le stationnement au travail. La plupart des jours, je parvenais à rester entre ces deux panneaux et à travailler. Mais à deux ou trois occasions, j'ai fini par me retrouver dans ce que le troisième panneau essaie de décrire, des moments où je suis entré dans le bâtiment, je me suis dirigé vers le bureau de quelqu'un avec qui je me sentais à l'aise et je me suis complètement effondré et j'ai fini par devoir quitter pour le reste de la journée.

Avant cet incident, j'aurais dit que j'étais une personne plutôt saine mentalement. Mes types de pensées et de sentiments étaient plutôt équilibrés. Je pouvais utiliser mon mode de pensée pour contrôler la plupart de mes émotions. J'ai toujours eu le cœur sur la main, mais c'était un peu par choix, mais pendant cette expérience, ce n'était pas du tout le cas. Si vous m'aviez demandé avant cette expérience si je pensais que j'étais bien outillé pour gérer ce genre de choses, j'aurais probablement répondu que ce serait difficile, mais je pensais avoir de bonnes stratégies et de bons mécanismes d'adaptation pour gérer ça. Eh bien, je me trompais beaucoup. C'est probablement cliché de dire ça, mais vous ne savez pas vraiment comment vous allez réagir dans ce genre de situations avant qu'elles ne vous arrivent. Ce genre d'équilibre que vous voyez à l'écran a basculé fortement du côté émotionnel des choses. Il y a donc eu des moments où j'ai eu l'impression que la partie réflexion de mon cerveau et ma partie émotionnelle étaient complètement en désaccord l'une avec l'autre, et c'était certainement le côté émotionnel qui gagnait. Toutes les sortes de mécanismes d'adaptation que j'aurais utilisés dans le passé ne fonctionnaient pas très bien. Comme je l'ai dit, j'avais cette sorte de vague d'émotions qui allait et venait, et je ne semblais pas en avoir le moindre contrôle, et c'était une expérience bizarre pour moi. Je n'étais pas vraiment habitué à ne pas pouvoir me sortir des situations difficiles. C'était étrange de savoir quelle était la bonne chose à faire. La partie logique de mon cerveau fonctionnait toujours. Elle savait quelles étaient les bonnes choses à faire, mais toutes mes décisions ont fini par être guidées par les sentiments que je ressentais à ce moment-là plutôt que par une quelconque logique, qui était en panne à ce moment-là.

Il s'agit d'une autre œuvre d'art que j'ai réalisée à peu près à la même époque, environ une semaine ou deux plus tard, et c'est une tentative de montrer l'effet des commentaires que les gens ont faits pour essayer de m'aider. Des gens qui se souciaient beaucoup de moi ont fait de leur mieux pour essayer de me dire des choses qui m'aideraient à me sentir mieux et c'est une sorte d'illustration de leur efficacité. Donc, sur le côté droit de l'écran, vous pouvez voir ce grand désordre bleu. C'était en quelque sorte mon état émotionnel à l'époque. Et le genre de symboles logiques que vous voyez sur la gauche représente les arguments logiques que les gens ont essayé d'utiliser pour m'aider à me sentir mieux. Et donc ils me donnaient des arguments logiques comme : « ça aurait pu arriver à n'importe qui », « ce n'était pas entièrement de ta faute », « quelqu'un d'autre aurait dû repérer cette erreur », et comme vous pouvez le voir, la vérité c'est qu'ils se sont en quelque sorte rassemblés en un tas ici sur l'image. Ce genre d'arguments logiques n'était pas très utile. Pour la plupart, les gens ne savaient pas quoi dire pour essayer d'aider; ce genre d'arguments était un peu comme l'instinct naturel des gens pour essayer d'aider, pour essayer de me convaincre de ne pas me sentir comme je me sentais. Comme vous pouvez le voir, ce n'était pas très efficace. Et je me suis rendu compte que ce n'était pas la partie logique de ma pensée ou la partie logique de mon cerveau qui fonctionnait mal, c'était la partie émotionnelle. Je pense que c'est pourquoi ces arguments logiques, pour la plupart, ne sont pas très efficaces. Maintenant que j'ai reçu une formation sur la façon d'aider les gens qui vivent cette situation, je sais qu'il y a des choses plus utiles que je peux dire.

On m'a donc proposé très tôt le programme d'aide aux employés de mon hôpital, et je l'ai refusé en fait. Ça me semblait très effrayant, pour des raisons qui, maintenant, n'ont pas beaucoup de sens. Je m'inquiétais donc de la paperasserie ou des notes de médecin, et j'avais en quelque sorte peur que tout ça se produise. Encore une fois, la partie logique de mon cerveau me disait que c'était la bonne chose à faire, je savais que c'était la bonne chose à faire. Je savais que je devais aller parler à quelqu'un, mais la partie logique de mon cerveau était en train de perdre la bataille à ce moment-là. Mes émotions, le fait d'avoir peur du processus et d'être préoccupé de parler à quelqu'un avec qui je n'étais pas à l'aise ou que je n'avais jamais rencontré, toutes ces choses ont en quelque sorte guidé ma prise de décision à ce moment-là. J'ai donc fini par refuser ce genre d'aide. À la place,

j'ai commencé à chercher ma propre aide, et j'ai rencontré quelques personnes à l'hôpital ici avec qui j'étais à l'aise, pour qui j'avais beaucoup de respect, qui, je savais, étaient bons pour aider les gens dans ce genre de situations, et j'ai commencé à leur parler.

Et l'une de ces personnes a raconté une expérience similaire qu'elle avait vécue, non pas dans le but de minimiser mon expérience ou d'essayer de comparer les deux expériences, mais juste pour me dire : « Je comprends un peu ce que tu vis. Laisse-moi te raconter ce qui m'est arrivé ». Et ça m'a un peu aidé, en fait. Ça m'a permis de me sentir moins seul, parce qu'il y a un grand sentiment de solitude, du moins pour moi, pendant ce genre d'expérience. Même si j'étais entouré de personnes qui essayaient d'aider, il y avait ce sentiment d'être seul. Alors trouver quelqu'un avec qui je pouvais me connecter m'a permis de me sentir mieux. Une deuxième personne à qui j'ai parlé n'a pas essayé de me convaincre de ne pas ressentir ce que je ressentais. Elle m'a dit des choses comme : « J'aurais aimé que ce soit différent pour toi » ou « Je suis désolée que tu aies dû traverser cette épreuve ». Elle a en quelque sorte reflété les sentiments que j'éprouvais déjà, ce qui m'a également aidé. Et je me souviens clairement qu'elle a dit à un moment donné : « Ça t'a vraiment secoué au plus profond de toi-même », et ça a vraiment bien résumé mon expérience. Et je me souviens du sentiment, pour la première fois vraiment, où quelqu'un comprenait ce qui se passait en moi, et cette sorte de connexion avec quelqu'un qui vous comprend était formidable.

J'ai donc continué à travailler malgré cette expérience. Je me suis en quelque sorte retiré des soins directs aux patients pendant un certain temps. Je me suis en quelque sorte dévoué à un projet sur lequel je travaillais. La plupart des jours, j'ai réussi à accomplir un peu de travail, certains plus que d'autres, et il y avait une sorte d'amélioration progressive au fil des semaines. Je n'ai plus ressenti ces sentiments aussi fréquemment et avec autant de force, mais ça prenait une éternité, ou ça semblait prendre une éternité, et ça devenait frustrant, honnêtement, par moments, parce que c'était si imprévisible. Je voulais une sorte de modèle ou de déclencheur que je pouvais contrôler, mais je ne trouvais rien de précis. Mes stratégies habituelles ne fonctionnaient pas. Je n'arrivais pas à résoudre le problème aussi rapidement que je le souhaitais, alors c'était parfois frustrant parce que je n'avais pas l'impression de pouvoir avancer.

J'ai eu d'autres symptômes intéressants qui sont apparus. Voici la photo d'une autoroute à deux voies. Je me souviens d'une expérience où je me rendais chez mes parents sur une autoroute comme celle-ci, et où je me suis retrouvé coincé derrière une voiture qui roulait, environ à 10 ou 20 kilomètres à l'heure en dessous de la limite de vitesse. Dans le passé, j'aurais dépassé ce genre de voiture en toute sécurité, mais j'avais cette aversion pour le risque qui accompagnait cette expérience, et je n'ai pas pu dépasser cette voiture lente. J'avais la nette impression que si je m'engageais dans la voie de dépassement et que je voyais une voiture venant en sens inverse, quelle que soit la distance à laquelle elle se trouvait, j'allais probablement perdre mes moyens. Je suis donc resté coincé derrière ce véhicule lent pendant, je ne sais pas, 15 ou 20 minutes avant qu'il ne tourne enfin.

Un autre symptôme que j'avais était quelque chose que j'ai fini par appeler la fatigue des responsabilités. Normalement, je suis un père très impliqué et je participe à toutes les activités de mes enfants, je m'assure que tout est fait. Pendant un certain temps, j'ai eu beaucoup de mal à m'impliquer dans ce genre de choses, même des choses aussi simples que de s'assurer que le lave-vaisselle a été vidé ou que les formulaires de permission ont été remplis. J'arrivais à peine à garder mes propres affaires en ordre, et peu importe à quel point je voulais être aussi utile que je l'étais normalement, je me sentais tout simplement complètement dépassé. Donc, même si je voulais faire ces choses et que je me sentais mal de ne pas les faire, je n'étais tout simplement pas capable d'être aussi utile que je l'étais normalement.

Ce genre de moment était vraiment génial. Ce n'est pas moi, en passant, mais ça aurait pu l'être. Je suis introverti de nature, et je me ressource en ayant du temps pour moi, et ce genre de moment calme et tranquille me faisait du bien. Ce que j'ai réalisé plus tard, c'est que lorsqu'on fait ça, on risque en quelque sorte d'exclure les personnes autour de nous qui peuvent nous aider, comme la famille et les amis, et je pense que j'ai probablement un peu fait ça, mais c'était mon expérience à l'époque.

Finalement, des mois plus tard, je me suis senti vraiment épuisé, j'ai fini par prendre une semaine de congé, j'ai commencé à voir un travailleur social. C'est là que les choses ont vraiment commencé à changer pour moi, parce que j'ai enfin commencé à recevoir une partie de l'aide que les

gens devraient recevoir dans les premières 24 à 48 heures, plutôt que des mois plus tard, après un incident.

À quelques reprises, j'ai eu l'occasion de participer au processus de divulgation et de rencontrer le patient et sa famille, et c'était une chose incroyablement difficile à faire. Encore une fois, ma pensée logique me disait que c'était la bonne chose à faire, mais il était incroyablement difficile d'être dans cette pièce parce que j'avais tellement peur de tout le processus. Je suis très heureux de l'avoir fait, et c'est l'une des choses que je partage lorsque je présente ce genre de matériel à l'orientation de mon hôpital : le fait de participer à la divulgation a été un élément important pour moi parce que, des mois plus tard, lorsque l'hôpital a rencontré la famille, je n'étais pas présent, mais la famille a mentionné que j'étais en quelque sorte l'un des points forts de leur séjour et qu'après l'incident, j'ai fait preuve de compassion, d'honnêteté et de franchise et je me suis manifestement soucié de ce qui s'était passé et j'ai fait de mon mieux pour gérer la situation après coup. J'étais très reconnaissant d'avoir réussi à participer au processus de divulgation.

Donc, bien avant d'entendre parler du phénomène de seconde victime ou du soutien par les pairs, je savais que je voulais m'impliquer et j'imaginai déjà ce qu'on pourrait faire dans notre établissement, avoir une liste de personnes qui avaient peut-être une certaine formation, qui seraient prêtes à parler aux gens qui vivent ces expériences, et la personne touchée pourrait même choisir dans la liste une personne avec qui elle se sent à l'aise pour éviter la peur des étrangers. J'ai donc commencé à approfondir le sujet, à en apprendre plus sur le soutien par les pairs, et j'ai commencé à m'impliquer pour essayer d'améliorer ça pour mon propre établissement et pour d'autres établissements.

Puis, beaucoup plus tard, j'ai appris que mon propre hôpital développait un programme de soutien par les pairs, et je me suis immédiatement impliqué, alors j'ai eu l'occasion d'aider certaines personnes dans ces moments-là, et c'est une expérience vraiment enrichissante.

Ce n'est pas moi non plus. J'aimerais avoir l'air aussi cool, mais j'aime cette photo. Elle décrit en quelque sorte ce que je ressens maintenant, après coup. Je ne sais pas si je suis une personne plus faible ou plus forte. Je suis assurément une personne différente. Cette expérience a une sorte d'effet de longue durée. L'un d'entre eux, c'est que le contrôle

inébranlable que j'avais sur mes émotions n'est plus ce qu'il était, mais j'ai aussi développé, évidemment, une grande compassion pour ce sujet. Alors dans ma présentation d'orientation à l'hôpital, je fais de mon mieux pour aider les gens à se préparer en les aidant à penser à l'erreur médicale comme à un problème de système plutôt qu'à un problème de personnes, et aussi, pour donner une sorte de stratégie de premiers secours émotionnels pour les aider à prendre soin des gens autour d'eux, si jamais cela leur arrive. Il y a quelque temps, j'ai également participé à la production d'un bulletin de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments qui mettait en lumière le phénomène de la seconde victime et proposait des stratégies aux établissements pour mieux gérer ce phénomène dans leurs bâtiments.

Je voudrais terminer en vous disant merci. Je suis heureux de pouvoir parler de l'élément humain de ce sujet d'une manière qui est difficile à transmettre sur papier. Ça faisait un moment que j'attendais ce genre d'occasion de vous faire part de cette expérience, de contribuer à améliorer la situation pour les gens, et je suis donc reconnaissant aux coordonnateurs de m'avoir donné cette occasion.

M^{ME} PIKE : Merci beaucoup, Gary. Ici Gina, de retour, et nous présenter votre histoire n'est rien de moins qu'incroyable. Merci beaucoup. Votre histoire m'a vraiment touchée, et j'admire vraiment votre courage de la partager avec nous aujourd'hui, alors merci. Pour ceux qui sont en ligne, si vous avez des questions pour Gary, veuillez les ajouter à la boîte de clavardage ou à la boîte Questions-réponses, et nous l'inviterons à y répondre lors de la séance à la fin de l'appel. Ceci étant dit, je vais maintenant passer la parole à Myuri, qui a été présentée au début de l'heure. Myuri, je vais vous donner l'outil de conférencier. Vous pourrez avancer vos diapositives, et je vous donnerai la parole. Est-ce que vous m'entendez, Myuri? Votre micro est maintenant activé. Merci. Merci.

M^{ME} MYURI MANOGARAN : Merci, Gina, pour cette présentation. Je vais juste avancer ma diapositive ici. Alors merci encore, Gina, pour la présentation et l'animation de cette séance. Donc, le but de cette présentation est de donner un aperçu de l'enquête nationale sur les points de vue des travailleurs de la santé sur le phénomène de la seconde victime. Avant de commencer, je voudrais saluer ma collègue de recherche, la Dre Brenda Gamble, qui est en ligne, ainsi que les membres de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui font

également partie de cette étude et nous ont offert du soutien. Voici un aperçu de la présentation : je passerai en revue les objectifs de l'étude et l'approche adoptée, les données démographiques des personnes interrogées, les principaux résultats, et je terminerai par les conclusions de l'étude, ainsi que les recommandations.

Les objectifs... au cours de la dernière décennie, le phénomène de la seconde victime a été identifié comme un problème sérieux pour les prestataires de soins de santé de première ligne, la gravité de ce problème pouvant avoir une incidence sur leur bien-être, ainsi que sur la sécurité des patients. L'objectif de cette étude était donc de déterminer l'ampleur du phénomène de la seconde victime au Canada, ainsi que les ressources actuellement disponibles pour soutenir les prestataires de soins de santé partout au pays.

La démarche... Un sondage en ligne national auto-administré auprès de tous les prestataires de soins de santé de première ligne, administré vers le début de 2018. Nous avons utilisé un questionnaire d'enquête validé appelé Expérience de seconde victime et outil de soutien pour cerner les occurrences de seconde victime et les ressources de soutien. Nous avons également recueilli des données sur les caractéristiques démographiques des répondants, leurs caractéristiques d'emploi et leur parcours scolaire. Nous avons également quatre questions ouvertes sur le soutien aux secondes victimes.

Pour l'analyse des données de cette étude, nous avons surtout utilisé des statistiques descriptives, et les résultats ont été analysés par groupes professionnels, par secteurs et par années d'expérience afin de déterminer si l'opinion différait au sein des groupes professionnels ou selon les données démographiques. Ces réponses ont été regroupées et analysées par thèmes, en fonction des questions ouvertes que nous avons posées à la fin de l'enquête.

Alors, les données démographiques... Qui a répondu à notre enquête? Au total, 390 professionnels de la santé de première ligne ont répondu à cette enquête. Parmi ceux-ci, la majorité des répondants ont indiqué résider dans la province de l'Ontario. Le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest comptent le moins de répondants, et les technologues de radiation médicale ont représenté le groupe le plus nombreux à répondre à notre enquête. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le plus grand nombre de répondants provenait du groupe des technologues de radiation médicale, suivi du

groupe des soins infirmiers (10 %), des médecins (9 %) et des pharmaciens (8 %). En ce qui concerne le domaine de pratique, la majorité des répondants ont indiqué travailler dans le secteur des soins actifs, ce qui représente environ 69,2 % de nos répondants. En matière d'années d'expérience, 65 % des répondants ont indiqué avoir plus de 12 ans d'expérience dans le domaine, suivis de deux groupes de 11 % qui ont de 9 à 12 ans d'expérience et de 6 à 8 ans d'expérience.

Pour en venir aux résultats, en ce qui concerne l'implication dans un événement lié à la sécurité des patients et l'incidence de cet événement, 58 % de nos répondants ont indiqué qu'ils avaient effectivement été impliqués dans un événement grave lié à la sécurité des patients ayant eu une incidence sur l'un de leurs patients. 32 % ont indiqué qu'un événement lié à la sécurité des patients leur a causé de l'anxiété, de la dépression ou qu'ils se sont demandé s'ils seraient capables de continuer à faire leur travail au cours des 12 derniers mois. Ainsi, sur les 32 % mentionnés précédemment qui ont indiqué avoir éprouvé une certaine forme de symptômes après un événement lié à la sécurité des patients, 89 % d'entre eux ont indiqué n'avoir reçu aucune forme de soutien aux secondes victimes dans leur établissement, et 35 % des participants ont indiqué ne pas être satisfaits de la quantité et du type de soutien qu'ils ont reçu, s'ils en ont reçu.

On a présenté aux répondants des énoncés à évaluer concernant la détresse psychologique découlant de l'expérience d'un événement lié à la sécurité des patients. Si l'on regarde le tableau ici et les premiers énoncés présentés, plus de 50 % des répondants sont d'accord pour dire qu'ils ont éprouvé de la honte à la suite de ces événements, et que l'événement les a fait craindre d'autres événements. Lorsqu'on leur a présenté des énoncés sur la détresse physique, la majorité des répondants estimaient ne pas avoir vécu la plupart des symptômes de la liste. Cependant, 37,8 % ont convenu que le poids mental de leur expérience était effectivement épuisant, ce qui peut suggérer que les symptômes psychologiques après l'expérience d'un événement lié à la sécurité des patients sont ressentis plus fortement par les professionnels de la santé par rapport aux symptômes physiques.

Sur les 123 répondants, ou les 35 %, qui ont indiqué avoir souffert d'anxiété, de dépression ou s'être demandé s'ils étaient capables de continuer leur travail en raison d'événements liés à la sécurité des patients, 89 % d'entre eux n'ont reçu aucun soutien aux secondes victimes dans leurs

établissements. C'est le cercle rouge que l'on voit. Seulement 6,5 % des victimes ont indiqué avoir reçu un soutien aux secondes victimes dans leur établissement.

Lorsqu'on leur a posé les questions à réponse courte, les trois principaux types de soutien aux secondes victimes reçus par les répondants, et encore une fois, il s'agit du groupe de 6,5 %, étaient le soutien de leurs programmes d'aide aux employés, des discussions avec leurs gestionnaires et des discussions avec leurs collègues. Voici quelques citations à l'appui des trois principaux soutiens énumérés par les répondants. Nous avons un technologue de radiation médicale qui a dit : « Nous avons un programme de santé des employés et de la famille que j'ai utilisé à quelques reprises. » Un physiothérapeute nous a dit : « Discussion avec mon gestionnaire et mes collègues au sujet de l'événement et de son incidence sur moi-même et sur la famille du patient ». Puis une infirmière a indiqué : « un suivi avec mon gestionnaire, le soutien des collègues et les conseils du programme d'aide aux employés ».

Parmi ceux qui ont reçu du soutien au cours des 12 derniers mois, 35 % des participants ont indiqué ne pas être satisfaits de la quantité et du type de soutien qu'ils ont reçu. Les personnes interrogées ont indiqué qu'il n'y avait eu aucune reconnaissance de l'incident, de l'ignorance, ainsi que des blagues inappropriées ou de l'intimidation de la part du gestionnaire ou des membres de l'équipe. Voici quelques citations pour illustrer ces données. Je sais que le deuxième est plus long, alors je vais me concentrer sur le premier pour, compte tenu du temps. Il s'agit d'une citation qui a été fournie par un technologue de radiation médicale. « Mon gestionnaire de l'époque a fait des blagues déplacées sur l'incident et n'a offert aucun soutien, ne mentionnant même pas comment communiquer avec une quelconque forme d'aide aux employés. » La deuxième provient d'un médecin qui, en gros, a dit qu'il était traumatisé par le refus de l'établissement d'enquêter sur la situation, mais il parle un peu de la façon dont l'établissement a réagi à la situation, ainsi que du soutien qu'il a reçu, ou de la reconnaissance de l'incident.

Une question demandait quels étaient les types de soutien que les répondants aimeraient recevoir dans le cas où ils seraient confrontés à un incident de seconde victime. Parmi les sept types de soutien qui leur ont été présentés, la majorité des répondants ont indiqué que le fait d'avoir un pair respecté pour discuter des détails de ce qui s'est passé était très souhaitable, et ce, pour 82,8 % des répondants. Le

fait de disposer d'un endroit précis, paisible et disponible pour récupérer et se ressaisir est également considéré comme souhaitable, à 76,7 %.

Lorsqu'on a demandé aux répondants d'identifier le type de soutien aux secondes victimes qu'ils aimeraient recevoir, le soutien le plus important qui a été souligné par les répondants était le soutien confidentiel, à la fois sur place et à l'extérieur; le soutien par les pairs de leurs collègues; le soutien ou la discussion avec leur gestionnaire; et le congé immédiatement après un incident. Voici quelques citations pour appuyer les quatre types de soutien les plus importants qui ont été discutés. Nous avons aussi demandé aux répondants ce qu'ils feraient différemment s'ils soutenaient un pair en fonction de leur expérience : « être disponible, en temps et en espace; encourager la discussion et demander quel type de soutien ils souhaitent; faire preuve d'empathie et de compréhension; et encourager à demander de l'aide » ont été les types de soutien les plus cités. La diapositive suivante contient d'autres citations de prestataires de soins de santé, par exemple, un médecin qui a dit : « lorsqu'une collègue a récemment vécu une situation difficile avec un patient, je l'ai appelée pour lui dire que j'étais disponible pour parler si elle en avait besoin », et une infirmière a dit vouloir « encourager les gens à demander de l'aide, même s'ils se sentent bien, ainsi qu'à partager l'expérience avec leurs collègues ». La dernière citation est celle d'un technologue en radiation médicale, qui a dit vouloir « écouter, comprendre, adopter des politiques et des processus pour soutenir des pratiques de travail plus sûres, tirer des leçons de l'incident et leur faire savoir qu'ils ne sont pas seuls ».

Alors que la majorité des personnes interrogées ont fourni des commentaires sur la façon dont elles soutiendraient un pair ayant vécu un événement lié à la sécurité des patients, il y avait aussi d'autres personnes qui ont vécu une certaine forme de contrecoup après avoir soutenu un pair, et ont déclaré être réticentes à le faire à nouveau. Certains ont également déclaré que leurs difficultés personnelles constituaient un obstacle à l'aide qu'ils pourraient offrir à un pair. Par exemple, dans la première, celle d'un technologue de radiation médicale : « Je ne peux tout simplement pas. Sur mon lieu de travail, je n'ai pas le temps de soutenir mes collègues de cette manière. Je peux dire un mot gentil ou donner un petit câlin, mais ensuite nous devons retourner au travail. C'est une forme de traumatisme infligé au personnel, qu'on attende de lui qu'il soit présent et

concentré sur son travail alors qu'il vit ses propres difficultés ». Et puis un pharmacien : « J'ai soutenu un pair et un collègue et on me l'a reproché. Je ne sais pas ce que je ferais différemment. Je ne crois pas que nous ayons vraiment une culture sans reproche dans les hôpitaux. Encore trop de peur ». On a demandé aux personnes interrogées de donner leur avis sur le meilleur soutien possible à un membre de l'équipe touché émotionnellement par un incident lié à la sécurité des patients. Les principales formes de soutien conseillées par les personnes interrogées sont les suivantes : soutien confidentiel pour toutes les personnes impliquées dans l'incident, débriefage, reconnaissance de la situation et sympathie, écoute active, suivi et soutien en face à face. Et encore une fois, voici d'autres citations pour appuyer la dernière diapositive. « La meilleure chose à faire est d'écouter ouvertement et sans jugement », affirme un médecin. Selon un inhalothérapeute, il faut « que quelqu'un soit disponible et prenne des nouvelles souvent, pas seulement immédiatement après l'incident ». Un autre médecin mentionne que « les débriefages sont utiles, mais il ne faut pas s'en contenter. Il faut revisiter quelques semaines ou mois plus tard pour voir si les choses vont bien, s'il y a eu une incidence sur le travail ou s'ils ont besoin de plus de soutien ». Un ergothérapeute a mentionné qu'il faut « reconnaître l'incidence. Faites en sorte qu'il soit facile pour les personnes de demander de l'aide, pas seulement dans le domaine des soins infirmiers, mais dans toutes les professions ». Les conclusions et recommandations... D'après les données recueillies, il est évident que la majorité des professions de santé de première ligne qui ont vécu un événement lié à la sécurité des patients ne bénéficient pas d'un soutien aux secondes victimes dans leur établissement. Bien que 35 % d'entre eux indiquent ne pas être satisfaits du soutien qu'ils ont reçu, leurs réponses écrites indiquent le contraire : demander le soutien, la compréhension et l'empathie de leurs pairs et leurs gestionnaires pendant une telle expérience. Ces données et les entretiens avec les responsables des services de santé permettront de comprendre comment soutenir nos professionnels de la santé.

En matière de recommandations, cette enquête constitue la première phase pour identifier les systèmes de soutien actuels et évaluer les besoins des secondes victimes. Un suivi de cette étude, comme je l'ai mentionné plus tôt, évaluer le point de vue des gestionnaires et des dirigeants des services de santé aidera à comprendre ce dont ces

dirigeants ont besoin pour être en mesure de soutenir les membres de leur équipe qui ont besoin d'un soutien aux secondes victimes. De plus, étant donné le nombre élevé de réponses provenant des technologues en radiation médicale, il serait également utile d'effectuer un suivi auprès de ceux-ci par le biais de groupes de consultation ou d'entretiens intimes clés afin d'approfondir les préoccupations et leur origine.

Cela conclut ma présentation, et juste avant de terminer, j'aimerais remercier l'Institut canadien pour la sécurité des patients de m'avoir permis de travailler sur cette étude. C'était une belle expérience et nous avons certainement tous appris beaucoup de choses. J'aimerais également remercier l'Université Ontario Tech qui a soutenu et rendu cette étude possible. Merci.

M^{ME} PECK : Super. Merci, Myuri, et bien sûr merci à votre collègue Brenda d'avoir préparé cette présentation pour nous aujourd'hui. Merci Gary. Toutes les présentations étaient merveilleuses. Nous vous remercions tous, et bien sûr, merci à ma collègue Markirit d'avoir invité des porte-parole aussi formidables pour nous faire part de leurs points de vue. Nous avons quelques commentaires dans la boîte de clavardage. Tout d'abord, Kareen voulait dire merci à Gary pour une présentation si honnête et authentique d'une expérience personnelle difficile qui était bien présentée. Sherry dit la même chose : « Merci d'avoir partagé votre histoire avec nous, Gary ». Kelly dit : « Merci, Gary, pour la transparence et le courage de raconter votre histoire. Je pense que vous êtes un incroyable ambassadeur du bien-être des médecins. Votre message sur l'incidence pour la seconde victime sur la santé mentale du personnel de première ligne est convaincant, très inspirant ».

La boîte de clavardage est ouverte. Je vais garder un œil sur celle-ci. Nous surveillerons également la boîte de questions-réponses. Il y a une question qui m'a été posée. Gary, vous êtes pharmacien, et quand vous parlez d'aversion au risque, je sais que c'est une question un peu large, et que ce serait différent pour tout le monde, mais combien de temps vous a-t-il fallu pour être à nouveau confiant dans votre rôle au travail?

M. DEROO : Curieusement, si vous vous souvenez de cette sorte de photo que j'ai faite avec le carton, ce grand désordre bleu sur le côté droit... un mois plus tard, avec l'aide d'un travailleur social, j'ai déterminé qu'il s'agissait presque

entièrement de chagrin, et que je n'ai jamais vraiment souffert de culpabilité comme la plupart des gens. Ce que j'explique par le fait que, avant cet incident, pendant des années, j'ai transmis le message de la culture juste à travers des centaines et des milliers d'incidents que j'ai examinés au fil des ans, j'ai extrêmement rarement pensé que c'était le praticien qui était en faute. C'est presque toujours le système qui est le problème. Donc, quand c'est venu mon tour de vivre cette expérience, il n'a pas fallu longtemps pour que je me déculpabilise. Je me suis considéré malchanceux, et c'est ainsi que j'ai en quelque sorte parlé aux personnes ayant vécu des expériences similaires dans le passé, et à qui je continue à de parler maintenant. Ce ne sont pas les gens, dans la plupart des cas, qui sont le problème. J'ai eu beaucoup de chagrin, mais je n'ai pas ressenti de culpabilité et de souci d'être un mauvais praticien. C'est également ce message que je transmets lors de l'orientation à mon hôpital. J'essaie d'encourager les gens à développer en eux et autour d'eux l'idée d'une culture juste et une approche systémique de l'erreur médicale, parce que je pense vraiment que c'est ce qui m'a aidé à ne pas souffrir de cette culpabilité quand ce fut mon tour.

MME PIKE : C'est merveilleux. C'est une bonne perception et une excellente information à transmettre au groupe. Voyons voir, j'ai une autre question ici de Laura. « Merci de partager votre histoire. Je travaille dans le domaine des dépendances. Je voulais vous demander si vous considérez que le processus de divulgation est similaire à un processus de bilan comparatif, ou si les deux sont différents. Dans le cadre de notre agrément, j'aimerais comprendre la différence.

M. DEROO : Je ne suis pas sûr, en fait, ce qu'est un processus de bilan comparatif. J'ai eu l'occasion de rencontrer la famille après l'événement, mais avant le décès du patient. J'ai donc eu l'occasion d'expliquer ce qui s'était passé, de m'excuser pour mon rôle, et d'aider à élaborer le plan de soins pour l'avenir. C'était donc ma participation au processus de divulgation. Je ne peux pas dire en quoi cela diffère d'un processus de bilan comparatif.

MME PIKE : Parfait, parfait. Eh bien, merci, encore une fois, pour ce point de vue, Gary. Je pense, Laura, que si vous avez des questions supplémentaires ou souhaitez avoir un petit complément à votre question, vous pouvez certainement me l'envoyer, et nous verrons si nous pouvons obtenir des informations pour vous. Myuri, j'ai une question pour vous. Je vais vous demander d'activer votre micro. Y avait-il une

différence entre les groupes professionnels dans leurs expériences ou leurs perceptions en ce qui concerne l'enquête?

M^{ME} MANOGARAN : Merci, Gina. Nous avons examiné la question, et il n'y a pas beaucoup de différence entre les groupes professionnels. Cependant, comme nous avons un nombre élevé de répondants du groupe des technologues en radiation médicale, nous nous sommes demandé si cela n'indiquait pas qu'ils avaient une expérience différente et si cela n'aurait pas faussé le résultat. Alors nous avons approfondi les résultats, en séparant ce groupe et en le répartissant dans un autre groupe, et il s'est avéré qu'il n'y avait pas une grande différence. Il y avait certaines catégories dans le stress psychologique où le groupe qui n'incluait pas les technologues était plus en accord avec un plus grand nombre de symptômes, où ils expérimentaient plus de symptômes psychologiques comparativement aux technologues. Donc, c'est ce que je peux dire à ce sujet.

M^{ME} PIKE : Super, merci pour cette réponse. Et juste pour revenir un peu plus en arrière, Myuri, cela a peut-être été mentionné un peu plus tôt dans la présentation, mais quelqu'un a demandé combien de temps il a fallu pour distribuer l'enquête et combien de temps il vous a fallu pour compiler les données?

M^{ME} MANOGARAN : L'enquête était en distribution, pendant quatre à cinq mois environ. Pour compiler les données ensemble, avec le nettoyage des données, et pour faire l'analyse des données et tout, c'était environ un mois ou deux.

M^{ME} PIKE : Super, merci. Nous avons un autre commentaire dans la boîte de clavardage. Je n'y vois pas de question, mais c'est écrit : « Merci pour la présentation. Un groupe de collègues et moi-même avons récemment fait l'objet d'une publication dans la revue JMRI, car nous avons étudié les effets du phénomène de seconde victime chez les radiothérapeutes. Nos résultats étaient très similaires aux vôtres. La sensibilisation est une première étape importante. Cela vient de Suzanne. Merci, Suzanne.

M^{ME} MANOGARAN : Oui.

M^{ME} PIKE : En effet. Gary, une autre question pour vous : Suggérez-vous que le pair aidant provienne d'un groupe de pairs professionnels similaires ou ayant vécu une expérience similaire?

M. DEROO : Je pense que parfois, cela peut être utile, car je pense que l'un des grands avantages du processus de soutien par les pairs réside dans cette connexion personnelle. Si quelqu'un peut comprendre au moins à un certain niveau quelle a été votre expérience, cela pourrait être plus facile à faire avec quelqu'un qui exerce une profession similaire. En même temps, je ne pense pas que ce soit nécessaire. Avec des personnes ayant la bonne formation ou les bonnes compétences, n'importe qui peut bien offrir ce genre de soutien. Un groupe d'entre nous a suivi une formation sur la gestion du stress lié aux incidents, et pratiquement tout le monde peut faire ce travail. Il existe des étapes assez simples pour aider les personnes qui subissent un traumatisme émotionnel ou des difficultés, et je pense que tout le monde peut aider dans ces moments-là, quelle que soit sa profession.

M^{ME} PIKE : Super, merci. C'est un très bon conseil, c'est sûr. Gary, une question pour vous encore : Quelle serait la différence entre le soutien par les pairs et le programme d'aide aux employés, à votre avis?

M. DEROO : Pour moi, au début, la différence était dans le niveau de confort que j'avais à cet égard. Le programme d'aide aux employés, encore une fois, me semblait effrayant pour des raisons qui me semblent illogiques maintenant. Mais à l'époque, j'avais très peur, parce que j'avais l'impression qu'il y aurait une sorte de processus, de la paperasse et des contrôles par les Ressources humaines ou la Santé au travail, toutes des choses qui me faisaient peur à l'époque, et juste le fait que je parlerais à quelqu'un que je ne connaissais pas. Encore une fois, je savais que c'était la bonne chose à faire, mais la partie émotionnelle en moi ne voulait pas du tout. Je pense donc que la différence avec le pair aidant, c'est que vous avez quelqu'un, avec un peu de chance, avec qui vous avez déjà une relation, et je pense que cela peut faciliter le fait de parler pour la première fois.

M^{ME} PIKE : Oui, je pense que nous avons tous accès à ces programmes d'aide aux employés, mais comme vous le dites, avoir ce lien personnel, quelqu'un en qui vous avez confiance, à qui vous pouvez parler, comme un pair aidant, change vraiment la donne, c'est sûr.

M. DEROO : Et je pense qu'il y a un rôle, il y a définitivement un rôle pour le programme d'aide aux employés, mais je pense que ça pourrait venir plus tard. Je pense que dans les premiers jours, ou même une semaine ou deux après, le programme de pair aidant permet de se connecter avec cette aide plus

rapidement. Je crois que le programme d'aide aux employés peut intervenir plus tard, potentiellement, après que cette sorte de période de choc initial soit passée.

M^{ME} PIKE : Vous avez raison. Désolée, Myuri?

M^{ME} MANOGARAN : Désolé, j'allais juste ajouter rapidement dans cette discussion sur les programmes d'aide aux employés et de soutien par les pairs, je pense aussi que... l'une des choses que nous avons réalisées dans le cadre de l'enquête... beaucoup de gens ont fait des commentaires sur le fait que les programmes d'aide aux employés prennent beaucoup de temps à se mettre en place; il y a un processus plus long pour demander et obtenir le service. Je pense donc qu'en attendant ce décalage systématique, je suppose que c'est une autre raison pour laquelle les gens veulent se tourner vers les programmes de soutien par les pairs. Ils sont plus facilement accessibles et permettent d'établir ce lien, comme vous l'avez mentionné. Je voulais juste ajouter cette information, cet autre point de vue.

M^{ME} PIKE : Non, c'est très bien, Myuri. Merci beaucoup. J'ai reçu une autre question, Gary. Vous avez parlé du processus de divulgation. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

M. DEROO : J'ai décrit l'occasion que j'ai eue de parler à la famille, et comme je l'ai dit, c'était une chose très, très difficile à faire. Je pense qu'on ne peut pas simplement convaincre les gens de participer à ce processus. Je savais que c'était la bonne chose à faire, et je voulais faire la bonne chose, mais c'était incroyablement effrayant. La partie émotionnelle de mon cerveau me disait en quelque sorte de m'enfuir aussi loin et aussi vite que possible, et ça a tout pris pour que j'entre dans la pièce quelques fois pour avoir ces conversations. Donc, encore une fois, je suis très reconnaissant de l'avoir fait, parce que je pense qu'à long terme, les praticiens se sentiront beaucoup mieux à propos de l'expérience globale, s'ils ont eu l'occasion de faire partie de ce processus. C'est juste incroyablement difficile à faire au début.

Et de même, lorsqu'on a des sortes d'exams des processus, dans les hôpitaux du moins, sur ce qui s'est passé et ce que nous pouvons faire différemment pour éviter ce genre d'erreurs à l'avenir, il était également très difficile de se rendre à ce genre de réunion, pour les mêmes raisons. Je savais que c'était la bonne chose à faire. J'avais déjà assisté à de telles réunions. Je sais qu'elles sont bien gérées, et pourtant, c'était très difficile de surmonter la

peur d'y aller. Je pense donc que les gens, si on leur demande de faire partie de ce processus, ont besoin d'un soutien émotionnel pour y arriver, et non d'arguments logiques pour les convaincre que c'est la bonne chose à faire, car ils le savent probablement déjà.

MME PIKE : Merci beaucoup d'avoir partagé ces points de vue. Je sais que nous approchons de la fin de l'heure. Je tiens à remercier respectueusement Gary, Gary Deroo, la D^{re} Myuri Manogaran et, bien sûr, la D^{re} Brenda Gamble d'avoir partagé leur temps et leur expertise. Merci à vous tous d'avoir participé à l'appel d'aujourd'hui, d'avoir pris le temps d'y assister. Je sais que la voix au bout du fil n'est pas la voix habituelle. Mon collègue Christopher Thrall, qui est notre dirigeant des communications, est malade aujourd'hui, alors je m'excuse pour mes lacunes. Il est certainement l'expert en communication, et je travaille habituellement en coulisses à m'occuper de l'aspect technique, mais je vous remercie tous d'être restés et d'avoir écouté ces réflexions très, très précieuses. J'aimerais remercier nos partenaires d'aujourd'hui, la Commission de la santé mentale du Canada, l'Université Ontario Tech et la Chatham Kent Health Alliance. Juste une petite note pour vous avertir que, si vous voulez continuer la conversation entamée dans cette discussion, dans la boîte de clavardage, s'il vous plaît n'hésitez pas à m'envoyer un courriel. Je transmettrai vos commentaires et toute question supplémentaire que vous pourriez avoir et qui n'a pas été abordée ou à laquelle nous n'avons pas pu répondre aujourd'hui. Nous les transmettrons à nos intervenants et tenterons de vous faire parvenir des réponses. Vous devriez recevoir un courriel de ma part aujourd'hui pour faire suite à ce webinaire. Il devrait arriver directement dans votre boîte de réception, et si tout se passe comme prévu, vous devriez également recevoir un lien vers le document auquel Gary a fait allusion plus tôt. Nous publierons un enregistrement de ce webinaire sur le site Web de l'ICSP. Il faut compter environ 7 à 10 jours pour qu'il soit téléversé. Donc, merci encore à vous tous. Nous vous invitons à vous joindre à nous pour les deux prochains webinaires de la série, qui se poursuivront le 20 juin avec une analyse contextuelle à l'échelle mondiale des programmes de soutien par les pairs, puis la série se terminera le 20 septembre avec les pratiques exemplaires canadiennes pour les programmes de soutien par les pairs et le lancement de la trousse d'outils de soutien par les pairs. Je ne saurais trop vous remercier de vous être joints à nous aujourd'hui. Passez

une excellente journée et nous espérons vous revoir bientôt.
Merci à tous.

[FIN DE LA TRANSCRIPTION]