

Le concept de « seconde victime » dans le système de santé : enjeux, conséquences et perspectives

José Joaquín Mira

Departamento de Salud Alicante-Sant Joan – Universidad Miguel Hernández – Elche – Espagne

✉ **Dr José Joaquín Mira** – Departamento de Salud Alicante-Sant Joan – Universidad Miguel Hernández – 03202 Elche – Espagne – E-mail : jose.mira@umh.es

Définition de la seconde victime

L'expression « seconde victime » a été utilisée pour la première fois par Albert Wu en 2000 pour désigner les soignants qui ressentent une détresse émotionnelle après avoir été impliqués dans un événement indésirable touchant leurs patients [1]. Ce phénomène a été largement étudié ces dernières années, permettant une meilleure compréhension de la réponse émotionnelle, de la prévalence et de la trajectoire des secondes victimes [2,3]. De plus, la recherche a encouragé la mise en place de mécanismes de soutien structurés visant à atténuer ses effets négatifs sur le bien-être des professionnels, la sécurité des patients et la culture organisationnelle [4,5]. Plus récemment, le réseau européen de recherche sur les secondes victimes (*European Researchers' Network*

Working on Second Victims [ERNST]) a élargi cette définition, reconnaissant que les professionnels de santé étaient fréquemment confrontés à des situations très stressantes qui limitaient leur capacité à réagir efficacement [6]. ERNST insiste sur la nécessité de la résilience, qui est une compétence essentielle pour la pratique clinique quotidienne. L'expérience de seconde victime se caractérise généralement par une perte de confiance en soi, de l'anxiété et de la culpabilité, souvent accompagnées de honte et de gêne, les professionnels éprouvant alors un profond sentiment d'échec personnel et d'humiliation [3]. Beaucoup ressentent aussi la peur des répercussions et sont inquiets des possibles conséquences légales, professionnelles ou réputationnelles. De plus, les secondes victimes souffrent fréquemment d'altéra-

Résumé

Le phénomène des secondes victimes constitue un défi pour les systèmes de santé du monde entier, car il affecte jusqu'à 90% des professionnels, y compris des internes et des étudiants. Ses répercussions vont au-delà de l'impact individuel et peuvent compromettre la qualité des soins, la sécurité des patients et l'efficacité de l'institution. Pour mener des changements significatifs, les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent adopter une approche proactive, en faisant en sorte que les ressources, la formation et les politiques soient en adéquation avec les réalités de la pratique clinique. Une réponse globale est essentielle pour atténuer les conséquences des expériences de seconde victime et favoriser un environnement plus sûr. Le réseau européen de recherche sur les secondes victimes (*European Researchers' Network Working on Second Victims* [ERNST]) propose un modèle en cinq étapes qui comprend la prévention, le soutien entre pairs et des interventions structurées. Ce modèle combine soutien émotionnel, formation à la résilience et changements culturels dans l'établissement. Sans un soutien approprié, les professionnels affectés peuvent adopter une médecine défensive, connaître une baisse de leurs performances, voire envisager de quitter la profession.

Mots-clés : Culture sécurité – Gestion des événements indésirables – Risque professionnel – Compétences professionnelles.

Abstract

The concept of second victims in healthcare: challenges, consequences, and the path forward

The second victim phenomenon poses a significant challenge for healthcare systems worldwide, affecting up to 90% of professionals, including residents and students. Its impact extends beyond individual distress, seriously compromising healthcare quality, patient safety, and institutional efficiency. To drive meaningful change, health and care institutions must take a proactive approach, ensuring that resources, education, and policies align with the realities of clinical practice. A comprehensive response is essential to mitigate the effects of second victim experiences and foster a safer environment. ERNST proposes a five-phase model that integrates prevention, peer support, and structured interventions. This model combines emotional support, resilience training, and cultural shifts within organizations. Without adequate support, affected professionals may resort to defensive medicine, experience reduced performance, or even consider leaving the profession.

Keywords: Safety culture – Adverse events management – Professional risk – Professional skills.

tions du sommeil : insomnies ou cauchemars liés à l'événement indésirable, mais aussi pensées intrusives marquées par des souvenirs persistants et pénibles de ce qui s'est passé. Avec le temps, l'accumulation de stress peut mener à un épuisement émotionnel, augmentant le risque de burn-out et affectant à la fois le bien-être personnel et les performances professionnelles. Dans les cas les plus graves, quand ces symptômes ne sont pas traités ou quand ils sont exacerbés par un manque de soutien, ils peuvent évoluer jusqu'au trouble de stress post-traumatique (TSPT), compromettant davantage la capacité de la personne concernée à assurer sa mission. Sans un soutien approprié, les professionnels touchés peuvent développer des pratiques de médecine défensive, connaître une baisse de leurs performances, voire envisager de quitter la profession. Pour prévenir cela, différentes approches ont été proposées, allant de programmes de soutien entre pairs à des stratégies institutionnelles visant à instaurer une culture de la sécurité et de l'apprentissage [7].

Fréquence du phénomène de seconde victime

Bien que l'expression « seconde victime » ne soit pas encore largement reconnue par les professionnels de santé, la quasi-totalité d'entre eux en ont déjà fait l'expérience. Des études menées aux États-Unis, au Canada, en Corée du Sud, en Amérique latine et en Europe montrent que 65% à 90% des professionnels de santé déclarent avoir vécu au cours de leur carrière une expérience émotionnelle s'apparentant au phénomène de seconde victime [8-11]. Cela ne concerne pas uniquement les professionnels expérimentés et touche également les internes en médecine, les externes et les étudiants des filières de santé. Des études montrent que 34% à 72% des internes en médecine ont été confrontés au phénomène de seconde victime après avoir été impliqués dans un événement indésirable [10], avec une prévalence plus élevée chez ceux exerçant dans des spécialités à forte intensité, comme la médecine d'urgence ou la chirurgie. De plus, jusqu'à 90% des étudiants en médecine et en soins infirmiers sont témoins d'événements indésirables au cours de leur formation, et 18% à 43% de ceux qui déclarent avoir commis des erreurs ayant affecté des patients présentent des symptômes similaires à ceux des secondes victimes [12, 13]. Malgré cette prévalence élevée, les internes, les étudiants et les professionnels en formation manquent souvent d'outils et de soutien pour faire face efficacement à ces situations, ce qui accroît leur risque d'épuisement professionnel, de perte de confiance en eux et d'épuisement émotionnel [14]. De plus, la sécurité des patients et le phénomène de seconde victime sont rarement intégrés au cursus des futurs professionnels de santé dans les universités européennes [15].

Causes sous-jacentes et facteurs de risque

L'expérience des secondes victimes est influencée par plusieurs facteurs interdépendants [7, 16]. La culture du blâme reste très implantée dans de nombreux établissements à travers le monde, et l'Europe n'y fait pas exception. Dans ces établissements, les erreurs sont davantage perçues comme des échecs individuels que comme des défaillances systémiques, ce qui entretient un climat punitif peu propice à une communication ouverte. Non seulement cela empêche les professionnels de chercher du soutien, mais cela freine également la mise en place de mesures préventives efficaces, compromettant le bien-être des soignants mais aussi la sécurité des patients. Un cadre juridique et sociétal fondé sur une conception qui méconnaît l'existence d'erreurs commises de bonne foi, dues à l'incertitude et à la complexité inhérentes aux soins, contribue à entretenir une culture punitive. Cette faille juridique renforce la peur, encourage les comportements d'évitement et promeut une approche défensive de la pratique clinique, au lieu de promouvoir un environnement axé sur l'apprentissage, l'amélioration et la sécurité du patient. L'absence d'un environnement psychologiquement sûr, dans lequel les professionnels se sentent libres de s'exprimer sans crainte d'isolement ou de sanction, alimente l'anxiété et les comportements d'évitement. L'absence d'échanges sur les erreurs et les opportunités d'amélioration ne limite pas seulement l'apprentissage, il augmente aussi le risque d'erreurs futures aux conséquences potentiellement graves. Malgré les recommandations internationales, une formation approfondie à la résilience n'est toujours pas prévue pendant les études de santé. De ce fait, les professionnels entrent dans la vie active sans les compétences nécessaires pour faire face aux enjeux émotionnels et éthiques liés aux événements fortement stressants qui caractérisent la pratique clinique. De nombreux établissements ne reconnaissent pas le phénomène de seconde victime et, parmi ceux qui le reconnaissent, beaucoup n'ont pas mis en place d'intervention structurée et les autres l'ont fait de manière inconstante. En conséquence, de nombreux professionnels de santé se retrouvent sans les ressources nécessaires pour faire face efficacement à l'impact émotionnel des événements indésirables.

Conséquences pour les patients et les systèmes de santé

Les secondes victimes connaissent souvent une baisse de leurs performances professionnelles, avec un risque accru de nouvelles erreurs, ce qui entretient un cycle de détresse émotionnelle et des manifestations psychologiques [16]. Sans intervention appropriée, les professionnels concernés peuvent adopter des mécanismes d'adaptation inefficaces, tels que l'isolement ou l'hypervigilance, ce qui altère davantage leur capacité à prodiguer des soins sûrs et de qua-

lité. Le phénomène de seconde victime fait également peser une charge économique considérable sur les systèmes de santé. L'absence de programme structuré conduit souvent à l'arrêt de travail des professionnels concernés, donc à une perte de productivité et à une augmentation des coûts de fonctionnement pour les établissements. Une récente estimation faite en Allemagne a montré que l'absentéisme dû au phénomène de seconde victime engendrait chaque année environ 1,56 million d'euros de perte de productivité pour les médecins, et 1,87 million d'euros pour les infirmières. Cela met en évidence le besoin urgent de dispositifs de soutien institutionnels pour limiter ces effets [17].

Limiter les conséquences

ERNST propose un modèle global en cinq étapes pour faire face au phénomène de seconde victime, intégrant à la fois des stratégies de prévention et de soutien [18] :

■ **Prévenir** : identifier les facteurs de risques, favoriser la résilience et sensibiliser aux sources de détresse ainsi qu'aux réactions émotionnelles typiques. Cela comprend aussi la promotion de la mise en œuvre d'une culture juste au sein des organisations afin d'encou-

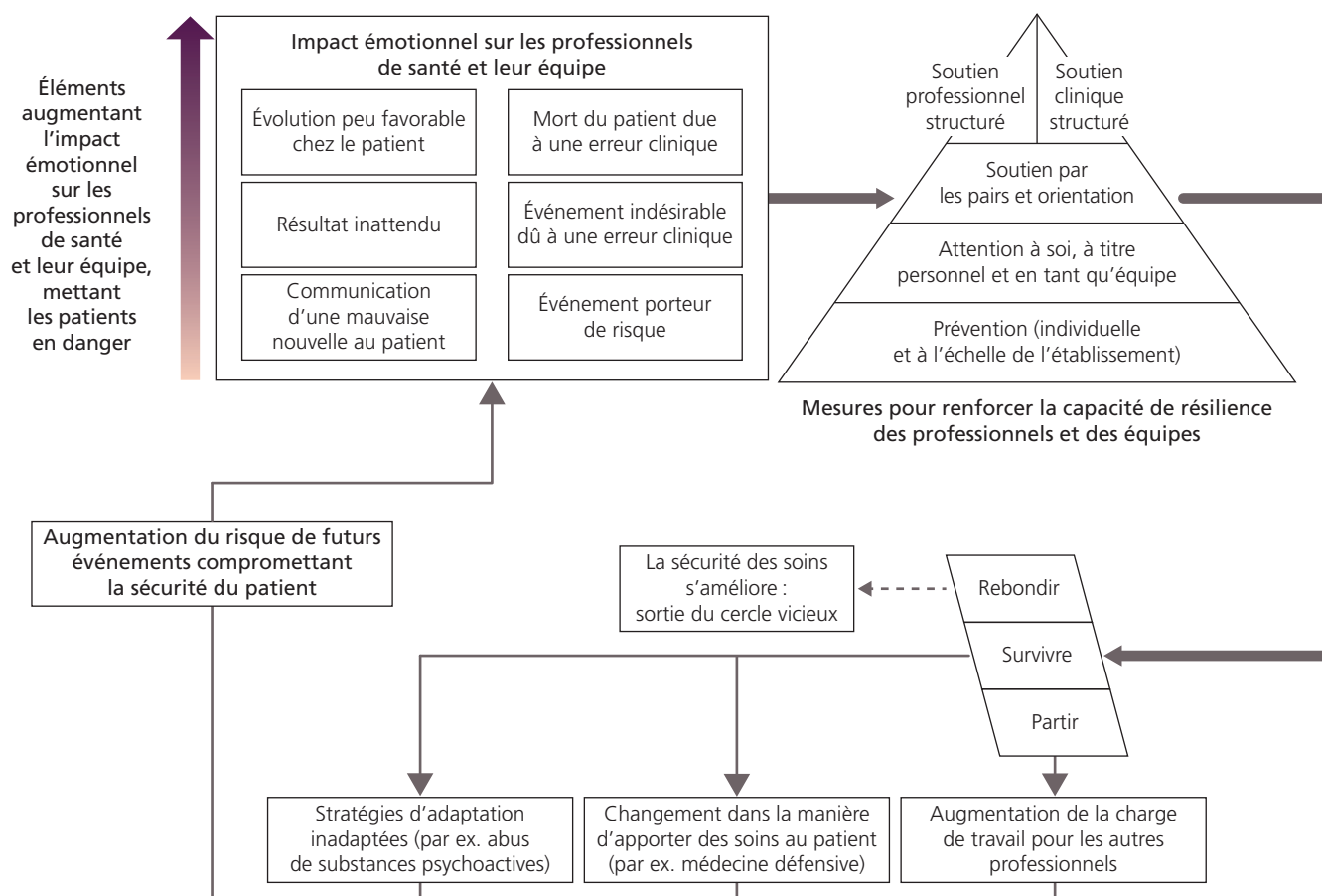
rager une approche bienveillante et non punitive des erreurs, propice à l'apprentissage et à l'amélioration continue de la sécurité des patients.

■ **Prendre soin de soi** : encourager les stratégies d'adaptation proactives qui permettent aux professionnels de gérer de manière indépendante l'impact émotionnel des événements indésirables.

■ **Organiser un soutien entre pairs** : mettre en place une assistance structurée par des collègues formés, fondée sur les données probantes issues des interventions en trois étapes de Scott (programme de l'équipe *ForYOU*) [19] et du programme RISE (*Resilience in stressful events*) [20], afin de garantir aux professionnels concernés un soutien immédiat, empathique et adapté au contexte. Aujourd'hui, en Europe, il existe des programmes de soutien entre pairs bien implantés, organisés par des établissements de santé, des réseaux de coopération entre structures de soins ou des associations professionnelles. Actuellement, grâce à l'association européenne COST (*European Cooperation in Science and Technology*), le programme de financement RESCUE (*Responses to environmental and societal chal-*

1- Résilience face aux événements stressants.

Figure 1 – Le cercle vicieux de la perte de qualité et de bien-être.



Source : Réseau européen de chercheurs travaillant sur les secondes victimes (ERNST), Valence, Espagne. Adapté d'après les publications citées 7, 18, 21 et 22.

lenges for our unstable Earth²⁾ développe un système de certification pour reconnaître la validité et l'adéquation des programmes de soutien des secondes victimes dans les hôpitaux européens, les soins primaires et les établissements médico-sociaux. Les données disponibles montrent les avantages économiques substantiels de ces interventions. Les économies générées par la réduction des conséquences du phénomène de seconde victime pourraient, à elles seules, financer ces programmes de soutien et les actions de prévention associées.

■ Proposer un soutien professionnel structuré : faciliter l'accès à des psychiatres, des psychologues cliniciens ou des professionnels spécialisés dans la prise en charge du traumatisme, au sein de l'établissement de santé, afin d'assurer un accompagnement spécialisé des professionnels concernés.

■ Proposer un soutien professionnel extérieur : assurer l'orientation vers des services de santé mentale externes dans les cas où des symptômes de stress post-traumatique, d'anxiété ou de dépression persistent, nécessitant une prise en charge à long terme au-delà du cadre institutionnel.

L'absence d'interventions visant à en atténuer les effets conduit à terme à une dégradation de la qualité des soins et à une diminution de la capacité des professionnels à faire face aux exigences quotidiennes de la pratique clinique [7,18,21,22] (Figure 1).

Recommandations du ERNST

ERNST met l'accent sur le besoin d'une approche globale et coordonnée pour limiter les conséquences du phénomène de seconde victime. Les actions clés sont [4] d'abord la sensibilisation de l'ensemble des

parties prenantes aux niveaux européen, national et régional afin de favoriser le dialogue sur les obstacles juridiques, éthiques, sociaux et organisationnels qui entravent la mise en œuvre de stratégies efficaces pour réduire les effets délétères du phénomène de seconde victime. Cela inclut la promotion de politiques encourageant une culture bienveillante et non punitive au sein des systèmes de santé. Puis l'élargissement de la perspective au-delà des seuls professionnels de santé, en reconnaissant que d'autres personnels des établissements de soins peuvent éprouver une détresse émotionnelle et des manifestations psychologiques lorsqu'ils sont exposés à des situations stressantes. Ces groupes devraient également être inclus dans les programmes de soutien et d'intervention. Enfin, la promotion d'une responsabilité partagée, en veillant à ce que le soutien aux secondes victimes ne relève pas uniquement des organisations de santé et de soins, mais devienne un enjeu de société plus large. Une prise en charge efficace nécessite une action concertée des autorités de santé, des établissements, des associations professionnelles, des représentants des usagers et des décideurs publics, aux niveaux national et international. Leurs actions devraient être fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires afin de construire des systèmes de santé plus sûrs et plus résilients. ■

Le site du projet européen ERNST propose un module de formation complet à destination des professionnels et des organisations, disponible gratuitement en français. Accessible à : <https://course.cost-ernst.eu/courses/european-course-on-second-victims-francois/> (Consulté le 26-05-2025).

2- Réponses aux défis environnementaux et sociétaux de notre Terre instable.

Références

- 1- Wu AW. Medical error: the second victim – The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-727.
- 2- Liukka M, Steven A, Vizcaya Moreno MF, et al. Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4717.
- 3- Busch IM, Moretti F, Purgato M, et al. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e61-e74.
- 4- Guerra-Paiva S, Lobão MJ, Simões DG, et al. Key factors for effective implementation of healthcare workers support interventions after patient safety incidents in health organisations: a scoping review. *BMJ Open*. 2023;13:e078118.
- 5- Mira JJ, Carrillo I, Gil-Hernández E, et al. Key elements for designing effective second victim support interventions: a focus group study in European clinical settings. *BMJ Open*. 2025;15:e089923.
- 6- Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, et al. An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16869.
- 7- Mira JJ, Carrillo I, Tella S, et al. The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) policy statement on the second victim phenomenon for increasing patient safety. *Public Health Rev*. 2024;45:1607175.
- 8- Seys D, Scott S, Wu A, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):678-687.
- 9- Choi EY, Pyo J, Lee W, et al. Nurses' experiences of patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(10):e037741.
- 10- Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, et al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol*. 2021;16(1):11.
- 11- Chong RH, Yaow CYL, Chong NZY, 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.
- 12- Asensi-Vicente J, Jiménez-Ruiz I, Vizcaya-Moreno MF. Medication errors involving nursing students: a systematic review. *Nurse Educ*. 2018;43(5):E1-E5.

- 13- Rinaldi C, Ratti M, Russotto S, et al. Healthcare students and medical residents as second victims: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12218.
- 14- Mira JJ, Matarredona V, Tella S, et al. Unveiling the hidden struggle of healthcare students as second victims through a systematic review. *BMC Med Educ*. 2024;24(1):378.
- 15- Sánchez-García A, Saurín-Morán PJ, Carrillo-I, et al. Patient safety topics, especially the second victim phenomenon, are neglected in undergraduate medical and nursing curricula in Europe: an online observational study. *BMC Nurs*. 2023;22(1):283.
- 16- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *BMJ Qual Saf*. 2009;18:325-330.
- 17- Strametz R, Roesner H, Neusius Th, et al. The economic implications of psychosocial peer support for health workers in German hospitals. *J Healthc Leadersh*. 2025;17:15-22.
- 18- Seys D, Panella M, Russotto S, et al. In search of an international multidimensional action plan for second victim support: a narrative review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):816.
- 19- Merandi J, Liao N, Lewe D, et al. Deployment of a second victim peer support program: a replication study. *Pediatr Qual Saf*. 2017;2(4):e031.
- 20- Edrees H, Connors C, Paine L, et al. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708.
- 21- Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly*. 2009;139(1-2):9-15.
- 22- Schiess C, Schwappach D, Schwendimann R, et al. A transactional "second-victim" model-experiences of affected healthcare professionals in acute-somatic inpatient settings: a qualitative metasynthesis. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1001-e1018.

Citation

Mira JJ. Le concept de « seconde victime » dans le système de santé : enjeux, conséquences et perspectives. *Risques & Qualité*. 2025;22(2):103-107.

Historique

Reçu 6 mars 2025 – Accepté 19 mai 2025 – Publié 24 juin 2025

Financement : ce projet a été financé par ERNST – COST ACTION CA19113.

Liens d'intérêt : José Joaquín Mira est président du programme de financement innovant RESCUE, financé par COST (Coopération européenne en science et technologie), qui porte sur le développement d'un système de certification des dispositifs de soutien aux secondes victimes en Europe.



www.risqual.net