



LA SECONDE VICTIME MIEUX LES RECONNAITRE POUR MIEUX LES ACCOMPAGNER

GUIDE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS EN SOUTIEN DES SECONDES VICTIMES



GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Octobre 2025

SOMMAIRE

CONTEXTE	3
OBJECTIFS DU GUIDE	3
DEFINITIONS.....	4
RECONNAITRE UNE SECONDE VICTIME	4
LE DEVENIR DES SECONDES VICTIMES : UNE TRAJECTOIRE EN 6 ETAPES EMOTIONNELLES	7
L'IMPACT DES SECONDES VICTIMES POUR L'ETABLISSEMENT	8
LES DIFFERENTES MODALITES DE SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS SECONDES VICTIMES	9
CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS	17

Le présent guide est élaboré selon les informations portées à notre connaissance mais ne prétend pas être totalement exhaustif. Il pourra être mis à jour en fonction des expériences et commentaires, de la parution de recommandations ou de l'évolution réglementaire.

CONTEXTE

Dans le rapport annuel de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2024¹, 4630 EIGS ont été déclarés et transmis à la HAS. Le nombre de déclarations annuelles continue d'augmenter. Cela ne signifie pas que le nombre d'EIGS augmente, mais que les établissements prennent conscience de la nécessité de les signaler dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prodiguée aux patients.

Lorsqu'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) survient, il est nécessaire en premier lieu de s'assurer que les actions immédiates ou de sauvegarde face à cet évènement indésirable ont bien été prises, puis de s'assurer que le patient a été informé (annonce du dommage associé aux soins). Dans un second temps, il est aussi nécessaire de s'assurer de l'accompagnement des professionnels concernés par l'EIAS, dits « seconde victimes »².

Toujours selon le rapport de la HAS sur les EIGS de 2024, 49% des établissements déclarent avoir proposé un soutien aux professionnels impliqués dans la survenue d'un évènement indésirable. Ce chiffre, basé sur les informations contenues dans le volet 1 de la déclaration des EIGS (normalement réalisée « sans délai »), est sans doute biaisé, et il ne permet pas de préciser quel type de soutien a été apporté et s'il est suffisant. Il n'existe pas à l'heure actuelle de protocole de soutien standardisé pour les professionnels exposés à un EIAS, qu'il soit grave ou non. Les ressources et aides mises en place diffèrent selon les établissements.

Des études menées aux États-Unis, au Canada, en Corée du Sud, en Amérique latine et en Europe indiquent qu'entre 65 % et 90 % des professionnels de la santé et des soins rapportent avoir ressenti à un moment donné de leur carrière une réaction émotionnelle correspondant au phénomène de la deuxième victime^{3,4,5,6}.

La culture punitive encore présente renforce la peur et les comportements d'évitement et promeut une approche défensive au lieu de promouvoir un environnement axé sur l'apprentissage par l'erreur.

OBJECTIFS DU GUIDE

Ce guide est destiné aux professionnels des établissements amenés à accompagner les seconde victimes : membres de la direction et de l'encadrement, professionnels chargés d'apporter un soutien aux seconde victimes...

Les objectifs du guide sont notamment de :

- Faire connaître la notion de seconde victime
- Savoir « reconnaître » une seconde victime

¹ Haute Autorité de Santé. Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : rapport annuel 2024. Les « abrEIGéS » ; septembre 2025 (site internet : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3644314/fr/abreiges).

² HAS-FORAP. L'analyse des Evènements Indésirables associés aux soins (EIAs). Mode d'emploi ; septembre 2021 (site internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf).

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Chong RIH, 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.

⁶ Asensi-Vicente J, Jiménez-Ruiz I, Vizcaya-Moreno MF. Medication errors involving nursing students: a systematic review. Nurse Educ. 2018;43(5):E1-E5.

- Connaître les conséquences possibles pour les professionnels ainsi que pour l'établissement en l'absence de soutien
- Connaître les différentes modalités de soutien possibles à proposer aux secondes victimes

DEFINITIONS

Le concept de seconde victime est relativement récent. Il a été utilisé pour la première fois par Albert Wu⁷ en 2000 et défini 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 remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales** ». Cette définition a été affinée par la suite, notamment par Susan Scott en 2009⁸.

Plus récemment, en 2022, le réseau européen de chercheurs travaillant sur les secondes victimes (ERNST)⁹ a quelque peu modifié cette définition et a défini les secondes victimes comme « **tout professionnel de santé, directement ou indirectement impliqué dans un événement indésirable imprévu chez un patient, une erreur de santé involontaire ou une blessure chez un patient et qui devient victime dans le sens où il est également impacté négativement** »

Il est important d'insister sur la notion du caractère involontaire de l'erreur de santé, dans un cadre juridique et sociétal qui méconnait l'existence d'erreurs commises de bonne foi, due à l'incertitude et à la complexité inhérente aux soins.

RECONNAITRE UNE SECONDE VICTIME

Les professionnels confrontés à un événement indésirable associé aux soins (EIAS) sont de manière générale fortement marqués par l'évènement. Il est à noter que les conséquences peuvent apparaître même si l'évènement n'a pas eu de conséquence grave pour un patient.

- Sur le plan psychologique, cela peut engendrer en premier lieu un fort sentiment de culpabilité. Les professionnels se sentant coupables d'une « faute ». L'estime de soi peut par conséquent s'en trouver fortement impactée, le soignant ne se sentant plus à la hauteur de ses fonctions. Les ruminations quant à l'évènement peuvent engendrer des troubles du sommeil, impactant le niveau de concentration et l'efficience des professionnels de santé quant à leurs tâches à accomplir et ainsi impacter la sécurité et la qualité des soins prodiguée aux patients. Il s'agit d'un véritable cercle vicieux qu'il s'agit d'endiguer.

⁷ Wu A. Medical error: the second victim. BMJ 2000;320:726.

⁸ 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.

⁹ 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;15;19:16869.

- Sur le plan psychosocial, l'impact d'un EIAS chez les professionnels de santé peut avoir pour conséquences un isolement au sein de l'effectif, du fait de la peur du regard de l'autre, du jugement des collègues, ou la crainte d'une sanction par la hiérarchie. Dans les cas les plus problématiques, certains professionnels peuvent remettre en question leur maintien à leur poste ou au sein de l'établissement. Parfois, la culpabilité est telle qu'une remise en question de leur orientation professionnelle peut être évoquée.

Des signes d'alerte ont été définis pour identifier un professionnel seconde victime, et classés en 4 catégories par l'Institut canadien pour la sécurité des patients¹⁰ :

Physiques	Emotionnels	Cognitifs	Comportementaux
Troubles du sommeil	Engourdissements	Pensées ou images intrusives	Augmentation ou perte d'appétit
Epuisement	Se sentir accablé ou impuissant	Mauvaise concentration	Crise de larmes
Etourdissement et faiblesse	Culpabilité	Prise de décision altérée	Consommation d'alcool
Augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle	Deuil ou dépression	Difficulté à faire des calculs	Désengagement
Frissons	Perte de contrôle	Pensée perturbée	Changement d'activité
Nausées et vomissements	Colère	Blâme	Irritabilité
Tremblements et secousses musculaires	Panique ou peur		Changement de personnalité

Ces signes d'alerte peuvent être détectés par le professionnel seconde victime, par ses collègues, ou encore par son encadrement. La combinaison de plusieurs signes, notamment s'ils persistent dans le temps, doivent conduire à proposer un accompagnement au professionnel seconde victime.

En effet, si ces signes ne sont pas détectés et pris en charge, ils peuvent conduire à plus long terme à des manifestations plus graves chez les professionnels de santé secondes victimes, comme un syndrome anxioc-dépressif caractérisé, un burn-out ou un trouble de stress post-traumatique.

a) Le burn-out :

Ce n'est pas un syndrome reconnu comme une maladie professionnelle dans les classifications de références (CIM-10 ; DSM-5)., Il est donc important d'être attentif au repérage de l'apparition de certains symptômes d'ordre¹⁰ :

¹⁰(<https://www.vidal.fr/actualites/21466-syndrome-d-epuisement-professionnel-burnout-recommandations-has-de-reperage-et-prise-en-charge.html>)

¹¹ Institut canadien pour la sécurité des patients. Créer un espace sûr. Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé. Lignes directrices ; 2020 (site internet : <https://www.healthcareexcellence.ca/media/dedlg3hd/creer-un-espace-sur-fr-final-ua.pdf>).

- Emotionnels : anxiété, tensions musculaires, tristesse, manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion...
- Cognitifs : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration
- Comportementaux : repli sur soi, isolement, comportement agressif, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité, comportements addictifs
- Motivationnels : désengagement progressif, baisse de motivation et de moral, diminution des valeurs associées au travail, dévalorisation
- Des manifestations d'ordre physique non spécifiques peuvent aussi être présentes : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (lombalgies, cervicalgies...), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

Une échelle : **la « Maslach Burn-out Inventory »**, permet de rechercher un éventuel Burn-out dans ses trois dimensions (épuisement, dépersonnalisation, accomplissement personnel)¹¹.

b) Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)¹² :

Pour répondre aux critères diagnostiques, les professionnels secondes victimes doivent avoir été exposés directement ou indirectement à un évènement traumatisant et avoir des symptômes de chacune des catégories suivantes pour une période supérieure ou égale à un mois¹³:

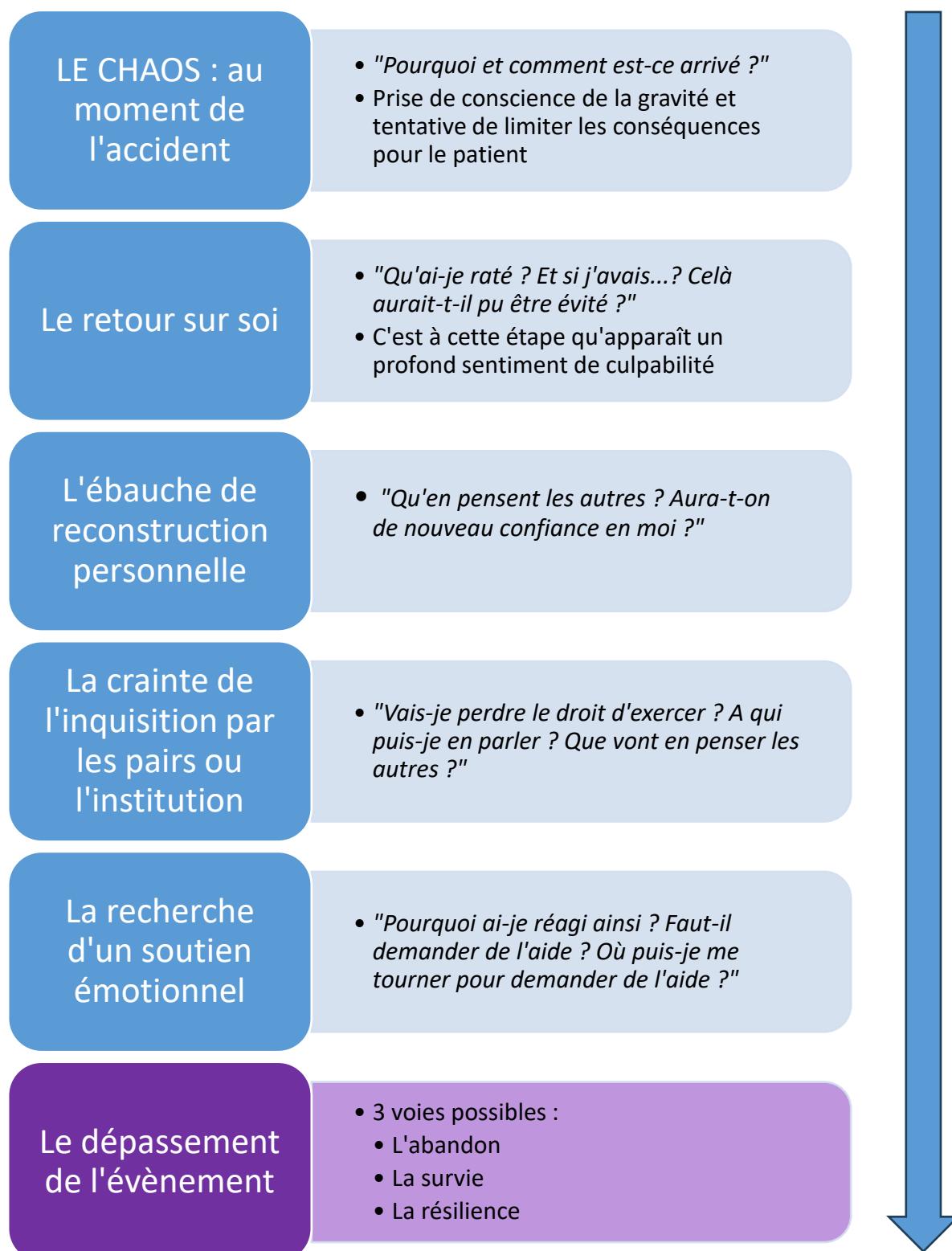
- Symptômes d'intrusion : souvenirs intrusifs, rêves récurrents de l'évènement, flash backs...
- Symptômes d'évitement : éviter les pensées et souvenirs associés à l'évènement, éviter les activités, lieux, personnes déclenchant des souvenirs de l'évènement...
- Effets négatifs sur les capacités intellectuelles et l'humeur : amnésie dissociative, attentes négatives exagérées à propos de soi, état émotionnel négatif persistant, diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes, sentiment de détachement vis-à-vis des autres, incapacité à vivre des émotions positives...
- Une excitation et une réactivité altérée : difficulté d'endormissement, irritabilité, comportement autodestructeur, difficultés de concentration, sursauts, hyper vigilance...

¹¹ Maslach Burnout Inventory (MBI): Christina Maslach, Susan E. Jackson (1981), The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior.

¹² Le magazine de la santé. Le stress post-traumatique, un dérèglement du cerveau. Site web : <https://www.youtube.com/watch?v=bSYCzMVfVKc>.

¹³ Barnhill JW, Zimmerman M. Manuels MSD pour le grand public [En ligne]. Trouble de stress post-traumatique (TSPT) - Troubles mentaux - Manuels MSD pour le grand public ; déc 2003 (site internet : <https://www.msdsmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique-tspt>).

LE DEVENIR DES SECONDES VICTIMES : UNE TRAJECTOIRE EN 6 ETAPES EMOTIONNELLES



Ainsi, après les 5 premières étapes, les professionnels secondes victimes peuvent être amenés à suivre trois voies différentes :

- L'abandon : il peut se concrétiser de manière différente, à travers une démission, un abandon de poste voire une remise en question de l'orientation professionnelle.
- La survie : dans ce cas, la seconde victime va poursuivre son activité, mais en composant avec un sentiment de culpabilité, un stress lié aux difficultés à laisser l'évènement traumatique derrière elles.
- La résilience : dans cette troisième voie, la seconde victime parvient à « avancer » et va percevoir le traumatisme engendré par la survenue de l'EIAS comme un élément permettant de tirer des enseignements de ses pratiques, de se remettre positivement en question afin d'éviter la survenue future d'autres EIAS.

L'objectif est bien évidemment de favoriser l'atteinte de la troisième voie, grâce à la mise en place d'un dispositif de soutien et d'écoute adapté, aux différentes étapes.

L'IMPACT DES SECONDES VICTIMES POUR L'ETABLISSEMENT

Comme cela a été évoqué plus haut, les professionnels secondes victimes peuvent être victimes de burn-out. En complément des conséquences individuelles pour les professionnels, le burn-out des professionnels peut entraîner des conséquences importantes au niveau de l'établissement :

- Pour la qualité et la sécurité des soins :

Une méta-analyse menée en 2024¹⁴ a montré que la présence d'un burn-out chez les soignants entraîne :

- Un climat et une culture de sécurité des soins inférieure
- Une augmentation des infections nosocomiales
- Des chutes de patients plus fréquentes
- Des erreurs de médication plus fréquentes
- Une augmentation du nombre d'erreurs médicales
- Une augmentation de soins infirmiers manqués ou laissés inachevés
- Une diminution de la satisfaction des patients

- Pour la gestion des ressources humaines :

La survenu d'un burn-out entraîne une augmentation des arrêts de travail chez les professionnels concernés, entraînant une perte de productivité et une augmentation des coûts de fonctionnement. Une étude menée en Allemagne¹⁵ a permis d'estimer le coût lié à l'absentéisme des professionnels secondes victimes à 1,56 milliard d'euros pour les médecins et 1,87 milliard d'euros pour les infirmières.

¹⁴ Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024;7:e2443059.

¹⁵ Strametz R, Roesner H, Neusius T, et al. The Economic Implications of Psychosocial Peer Support for Health Workers in German Hospitals. *J Healthc Leadersh*. 2025;17:15-22.

Il a été estimé dans la même étude que la mise en œuvre de programmes de soutien aux secondes victimes par les pairs pourrait réduire ces coûts d'environ 1,55 milliard d'euros pour les médecins et les infirmières.

Une autre étude¹⁶ publiée en 2020 a montré que la mise en œuvre d'un programme de soutien aux secondes victimes (Resilience In Stressful Events (RISE)) dans un établissement privé des Etats-Unis avait permis une économie de 22 000 \$ pour chaque professionnel appelant (soit une économie annuelle pour l'établissement de 1 810 000 \$).

LES DIFFERENTES MODALITES DE SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS SECONDES VICTIMES

Il n'existe à ce jour pas de consensus clair et formalisé pour la mise en place du soutien aux secondes victimes, mais différentes modalités de soutien peuvent être proposées à différentes étapes.

I. Le Débriefing immédiat :

<u>POUR QUI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Le(s) soignants directement concernés par la survenue de l'EIAS
<u>PAR QUI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin référent du service et le cadre du service
<u>QUOI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'échange pour définir les actions à mettre en place pour le patient et les professionnels concernés
<u>OÙ ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Proposer un lieu et une atmosphère sécurisants
<u>QUAND ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Dans les minutes suivant l'EIAS
<u>COMMENT ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Formuler et faire ressentir aux participants que la réunion ne va pas porter sur des sanctions, mais qu'il s'agit de comprendre les actions et les décisions prises à ce moment et leur sens.
<u>POURQUOI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge du patient concerné par l'EIAS Maintenir l'activité dans le service (en appelant des professionnels en renfort si besoin, ou en réorganisant l'activité, voire en diminuant la charge de travail du service) Extraire temporairement le soignant impliqué de son activité dans l'attente de la stabilisation de l'évènement

¹⁶ Moran D, Wu AW, Connors C, Chappidi MR, Sreedhara SK, Selter JH, Padula WV. Cost-Benefit Analysis of a Support Program for Nursing Staff. J Patient Saf. 2020;16(4):e250-e254.

II. Le défusing ou désamorçage émotionnel

<u>POUR QUI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Le(s) soignants directement concernés par la survenue de l'EIAS
<u>PAR QUI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Idéalement un psychologue de l'établissement, Ou le médecin référent du service et le cadre du service Ou les collègues du service, voire des services voisins s'ils sont intervenus
<u>QUOI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Apporter un soutien et une écoute par des collègues du service ou de services voisins afin de discuter « à chaud » de ce qui s'est passé. Partager son expérience avec les autres professionnels impliqués
<u>OÙ ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Proposer un lieu et une atmosphère sécurisants (affiche « ne pas déranger » si nécessaire)
<u>QUAND ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Il intervient dans les heures suivant l'EIAS
<u>COMMENT ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Proposer une écoute active, la validation des émotions, et l'instauration d'un environnement sécurisé et sans jugement, dans lequel les individus peuvent exprimer librement leurs pensées et leurs sentiments Créer de l'intimité et préserver la confidentialité des échanges Proscrire certains mots ou phrases comme : « ce n'est pas grave », « tu vas t'en remettre », « à ta place je n'aurais pas fait ainsi », « estime toi heureux que ce ne soit pas plus grave pour le patient ». Eviter de minimiser l'incident, de porter un jugement, ou d'adopter une posture inquisitrice vis-à-vis de la seconde victime.
<u>POURQUOI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Exprimer ses problèmes ou ses inquiétudes immédiates Réduire l'impact psychologique de l'événement à court et moyen Définir une conduite commune pour l'information du patient et/ou de son entourage Rappeler, si elle existe en interne ou en externe, la possibilité d'un soutien psychologique des professionnels. Proposer des congés à la seconde victime si elle ne se sent pas rétablie, afin d'éviter une altération de la qualité des soins

III. Le Débriefing à distance :

<u>POUR QUI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Le(s) soignants directement concernés par la survenue de l'EIAS L'encadrement et les collègues au sein du service, voire des services voisins
<u>PAR QUI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Un membre de l'encadrement supérieur, de la CME ou de la direction Si possible, un psychologue du travail ou un psychologue de l'établissement ou du service
<u>QUOI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Temps de parole pour les professionnels du service Temps d'informations sur les actions menées et sur les soutiens possibles à distance

<u>OÙ ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Proposer un lieu et une atmosphère sécurisants
<u>QUAND ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Le lendemain ou dans les jours suivant l'incident
<u>COMMENT ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Formuler et faire ressentir aux participants que la réunion ne va pas porter sur des sanctions, mais qu'il s'agit de comprendre les actions et les décisions prises à ce moment et leur intérêt
<u>POURQUOI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Garantir une information identique à l'ensemble des professionnels concernés Montrer l'engagement de l'encadrement et de la direction dans la démarche Définir une conduite commune pour la poursuite de l'information du patient et/ou de son entourage Proposer des congés à la seconde victime afin d'éviter une altération de la qualité des soins tant que le soignant ne se sent pas rétabli Indiquer aux professionnels concernés les différentes modalités de soutien existantes dans l'établissement ou en dehors Si un psychologue est présent : aider les individus à assimiler l'événement traumatique et à structurer les souvenirs des professionnels ; élaborer des stratégies d'adaptation et aborder les éventuelles inquiétudes concernant le futur

IV. Le soutien des secondes victimes par des pairs¹⁷

<u>POUR QUI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Le(s) soignants directement concernés par la survenue de l'EIAS
<u>PAR QUI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Un professionnel pair, reconnu au niveau de la structure, et formé au préalable
<u>QUOI ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Permettre une réduction de la détresse émotionnelle et du sentiment d'abandon
<u>OÙ ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Un lieu sécurisant, neutre ou une atmosphère sécurisante en dehors du service Créer de l'intimité et préserver la confidentialité des échanges
<u>QUAND ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> En dehors d'un moment d'activité professionnelle du professionnel aidant Après avoir pris connaissance de l'évènement Après programmation d'un rendez-vous d'un commun accord avec le professionnel aidant (il peut être utile de ne pas attendre que la seconde victime formule la demande de soutien) Cette aide doit être proposée sur plusieurs temps d'échange (même en cas de refus, le principe étant de laisser une porte ouverte)

¹⁷ IUCT Oncopole Toulouse, fiche outil pour le professionnel aidant et charte d'engagement du professionnel aidant

COMMENT ?	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une attitude de soutien basée sur l'écoute active, en évitant systématiquement tout jugement. • Maîtriser la communication verbale et non verbale. • Identifier les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique. • Identifier les besoins spécifiques sur les plans personnel, familial et professionnel. • Partager, des expériences personnelles similaires, si cela peut rassurer la seconde victime
POURQUOI ?	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un espace de dialogue • Réduire l'impact psychologique de l'évènement à moyen et long terme

C'est la méthode considérée comme la plus efficace et la plus appréciée par les professionnels secondes victimes pour exprimer leurs ressentis et sentiments¹⁸. Elle nécessite de mettre en place une organisation au niveau institutionnel, pour identifier les pairs volontaires et les former.

En France, rares sont les établissements ayant développé cette modalité d'accompagnement, ainsi que les formations dédiées aux soignants souhaitant acquérir des compétences spécifiques à l'accompagnement et l'écoute des secondes victimes. L'institut Universitaire du Cancer Toulouse Oncopole a créé un site internet¹⁹ dédié aux secondes victimes avec la possibilité de consulter des fiches outils, qui renseignent les pairs voulant se former à l'écoute et au soutien des seconde victimes sur différents éléments comme le lieu où organiser la rencontre, le moment approprié, les règles de confidentialité, l'attitude à adopter, les différents points à aborder lors de l'entretien, etc.

Ce type de soutien est mis en avant pour son efficacité dans de nombreux programmes, puisque la majorité des « secondes victimes » décrivent un soutien efficace lorsque ce soutien est apporté par des collègues dans leurs unités. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette efficacité :

- Les pairs « étaient là » et partagent le même passé, et des expériences proches. Cela augmente la crédibilité et l'écoute lorsque quelqu'un évoque des événements indésirables graves rares.
- La confiance dans les pairs permet d'échanger sans avoir l'impression de basculer dans une thérapie, comme cela peut être le cas face à des professionnels de la santé psychique ou des psychologues.
- Il est plus facile de parler directement avec des collègues qu'avec des supérieurs ou des responsables de l'institution, car ces derniers peuvent renvoyer à une image de sanction ou de jugement.

Un groupe de recherche espagnol sur les secondes victimes²⁰ a défini le profil des professionnels qui pourraient former une équipe de soutien de première ligne aux secondes victimes, composée

¹⁸ 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.

¹⁹ <https://www.soutien-seconde-victime.fr/>

²⁰ Second and Third Victim Research Group. Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims ; 2015 (site internet : www.segundasvictimas.es).

idéalement d'au moins une personne dans chaque service de l'établissement. La liste des compétences, connaissances et autres caractéristiques est résumée ci-dessous :

- Qualités personnelles
 - o Empathie.
 - o Personnalité réflexive et non impulsive.
- Connaissances de base
 - o De l'expérience de la victime secondaire (étapes de rétablissement, besoins, etc.).
- Expérience au sein de l'établissement en tant que professionnel de santé
- Connaissances
 - o Du programme de sécurité des patients et des interventions associées de l'établissement.
 - o Du processus d'orientation pour les cas où un besoin de soins plus spécialisés est identifié.
- Compétences
 - o Adopter une attitude de soutien basée sur l'écoute active et en évitant systématiquement tout jugement.
 - o Adopter une attitude respectueuse et en évitant tout jugement.
 - o Maîtriser la communication verbale et non verbale.
 - o Identifier les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique.
 - o Identifier les besoins spécifiques sur les plans personnel, familial et professionnel.
 - o Partager, de manière respectueuse, des expériences personnelles similaires, si cela peut rassurer la deuxième victime.
- Gestion appropriée
 - o Des mots clés et des gestes (ce qu'il faut dire/faire et ce qu'il ne faut pas dire/faire).
 - o Des contacts physiques en réponse aux besoins émotionnels du professionnel de santé concerné.
 - o Des silences afin qu'ils soient rassurants pour la personne concernée.

Une revue de la littérature récente²¹ a montré que les programmes de soutien par les pairs apportent des bénéfices constants à court terme, tels qu'une réduction de la détresse émotionnelle et du sentiment d'isolement. Cependant, les résultats à long terme, notamment la résilience professionnelle, la réduction du burn-out et la diminution du turn-over, sont plus mitigés. Les interventions psychologiques structurées, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), montrent des résultats à long terme plus prometteurs.

V. Le soutien par des professionnels de la santé psychique au sein de l'établissement :

L'objectif est de faciliter l'accès à des psychologues, des psychiatres ou des professionnels spécialisés dans la prise en charge du traumatisme, au sein de l'établissement de santé pour :

a. Assurer un accompagnement spécialisé des professionnels concernés

Au niveau du traitement et de l'accompagnement proposé, des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles (thérapies cognitivo-comportementales, relaxation, méditation pleine

²¹ Ong TSK, Goh CN, Tan EKYE, et al. Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: A Systematic Review of Interventions and Outcomes. J Healthc Leadersh. 2025 Jun 3;17:225-239.

conscience...) peuvent-être proposées, par un ou une psychologue exerçant au sein de l'établissement. Ces interventions permettent notamment de développer des stratégies de coping, qui désignent l'ensemble des techniques et actions que les individus peuvent mobiliser pour gérer les situations stressantes, réduire leur anxiété et améliorer leur résilience.

L'intervention d'un psychiatre peut être proposée pour les cas complexes ou sévères, pour une instauration ou réévaluation des traitements médicamenteux ou pour la mise en place d'un arrêt de travail temporaire.

b. Repérer le plus tôt possible des symptômes laissant évoquer l'installation d'un trouble de stress post-traumatique, ou d'un Burn-out

Ce repérage peut être réalisé par un psychologue ou un psychiatre.

Il existe différents outils de dépistage permettant de détecter l'existence probable d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) mais ne permettant pas de poser un diagnostic.

Les seuls outils de dépistage du TSPT disponibles sont des questionnaires d'auto-évaluation. Chez l'adulte, ils sont remplis par la personne concernée elle-même. Différents outils peuvent être utilisés :

- Le Peritraumatic Distress Inventory-PDI²² :

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation qui mesure l'intensité des réactions émotionnelles et physiologiques ressenties lors de l'exposition traumatique ou dans les heures qui suivent. Il est composé de 13 items mesurant, par rapport à un événement potentiellement traumatique donné, le niveau de différents facteurs comme les émotions négatives, la menace perçue ou l'agitation. Pour chaque proposition, les répondants évaluent sur une échelle de Likert en 5 points dans quelle mesure celle-ci s'est appliquée à leur expérience au cours ou au décours immédiat de l'événement. Le score total est compris entre 0 et 52. Sa passation s'effectue en cinq minutes. Sa validité prédictive est maximale quand il est administré dans les 48 heures suivant l'événement traumatique.

- L'Échelle révisée d'impact événementiel (Impact of Event Scale Revised, IES-R)²³ :

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation de la détresse subjective, à réaliser dans le mois qui suit l'événement. Il est composé de 22 propositions réparties en trois sous échelles qui, par rapport à un événement potentiellement traumatique donné, mesurent respectivement les symptômes d'intrusion, d'évitement/d'engourdissement et d'hypertonie neurovégétative. Pour chaque proposition, les répondants évaluent sur une échelle de Likert dans quelle mesure celle-ci s'applique à leur expérience au cours des sept derniers jours. Le score est compris entre 0 et 88. Sa passation s'effectue en cinq à dix minutes.

- Le Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5)²⁴ :

Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation des symptômes du TSPT à réaliser un mois après l'événement. Il comporte 20 propositions. Pour chacune d'entre elles, les répondants évaluent sur une échelle de Likert en 5 points dans quelle mesure celle-ci s'applique à leur expérience au cours du dernier mois. Sa passation dure de cinq à dix minutes.

²² https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2025/04/PDI_Cn2r.pdf

²³ https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2025/04/IES-R_Cn2r.pdf

²⁴ https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2025/04/PCL-5_Cn2r.pdf

VI. Le soutien par des professionnels de la santé psychique et de la santé au travail en dehors de l'établissement :

L'objectif est d'assurer l'orientation vers des professionnels de la santé psychique 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'orientation peut également se faire en première intention si l'établissement ne possède pas de professionnel spécialisé.

Lors du débriefing ou du defusing, il est nécessaire d'informer le professionnel seconde victime de la possibilité de prendre contact avec la médecine du travail, des psychologues du travail, leur médecin traitant, voir un psychiatre libéral si une médication s'avère nécessaire, ou un psychologue libéral si les troubles persistent, afin d'entamer un suivi plus en profondeur et de réduire les symptômes de burn-out et de TSPT.

Différentes interventions peuvent être proposées :

a. Pour le burn-out :

- Des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles : les thérapies cognitives et comportementales (TCC), la psychanalyse.
- La relaxation
- La sophrologie

b. Pour le TSPT :

- L'hypnose
- L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) : technique de désensibilisation et de reprogrammation par les mouvements oculaires mise au point dans les années 1980 aux Etats-Unis) censée permettre au cerveau de retraiter les informations enregistrées lors du traumatisme afin de les débarrasser de leur charge affective.
- La sophrologie : Apprend à relâcher les tensions, à calmer les somatisations, à prendre la main sur son système nerveux autonome, notamment grâce à la respiration, à retrouver le sommeil. Elle apprend également à percevoir les sensations positives, à s'autoriser à renouer avec les émotions agréables.
- La prescription d'activité physique adaptée : la pratique régulière d'une activité physique contribue à une amélioration de l'humeur et de l'estime de soi, une réduction du stress et favorise la reconstruction de l'image de soi.

VII. Les services téléphoniques d'écoute et de soutien psychologique :

Plateformes	Description	Contact
Les cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) départementales	Elles assurent écoute, évaluation, orientation, prise en charge spécialisée et se déplacent sur site en cas d'événements de grande ampleur dépassant les capacités de réponse locales. Leurs numéros sont mis à disposition des professionnels via les ordres et les unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour les professionnels de santé libéraux ou les établissements de santé et médico-sociaux pour les salariés.	joignables 24h/24 via le 15 du SAMU
Association « Soins aux Professionnels de Santé » (SPS)	Si l'accès direct à un professionnel de santé mentale au sein de l'établissement n'est pas possible. SPS a mis en place une plateforme téléphonique avec plus de 50 psychologues seniors et expérimentés pour démarrer une prise en charge psychologique de soignants en difficulté, par exemple en situation d'épuisement professionnel, en cas de conflits avec la hiérarchie, situations de harcèlement, conditions de travail éprouvantes, etc	numéro vert gratuit – 0 805 23 23 36 , disponible 24h/24 et 7j/7
L'Entraide ordinaire du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)	Pour les professionnels de santé et internes en médecine	Numéro vert gratuit – 0 800 288 038 , disponible 24h/24 et 7j/7
L'association Aide et Dispositif d'Orientation des Pharmaciens	Propose un soutien psychologique et un accompagnement par des pharmaciens bénévoles pour les pharmaciens et étudiants en pharmacie en cas de mal-être dans leur vie personnelle ou professionnelle, de difficulté administrative ou économique	Numéro vert gratuit – 0 800 73 69 59 -, disponible 24h/24 et 7j/7
L'association MOTS (Médecin-Organisation-travail)	Unité clinique d'écoute, d'accompagnement et de recherche-action destinée à venir en aide aux médecins et aux soignants, et dédiée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel	Numéro vert gratuit – 0608 282 589 - Disponible 24h/24 et 7j/7
Croix Rouge Écoute	Service de soutien psychologique, accessible à toute personne, professionnel de santé ou non.	Numéro vert gratuit – 0800 858 858 Disponible 24h/24 et 7j/7

CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS



Site de Besançon :
26 rue Proudhon - 25000 BESANCON

Site de Dijon :
Site de La Chartreuse 1 Boulevard Chanoine Kir
21000 DIJON

erage@requa.fr - 03 81 61 68 10

Site Internet : www.requa.fr

RÉQUA