

LAABAR
Khadija



UFR3S - Université de Lille
Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

Master Management Sectoriel Option MRQF

Année universitaire : 2024/2025

Mémoire de fin d'étude – Master 2^{ème} année

LES LEVIERS MANAGÉRIAUX POUR INSTAURER UNE CULTURE POSITIVE DE
L'ERREUR DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES

« *Quels sont les leviers à disposition de la direction pour fédérer le personnel à une
culture positive de l'erreur ?* »

Gestion des événements indésirables dans les structures sanitaires

Sous la direction de Madame GORGE Hélène

Avec la participation :

- Président de jury : Madame BAERT, Vice-Doyen de Département
- Directeur de mémoire : Madame GORGE Hélène, Maître de conférences - HDR en Sciences de Gestion
- 3^{ème} membre du jury : Madame TIMMERMAN Clara, Responsable Assurance Qualité

Date de la soutenance : 3 juillet 2025 à 17h

« L'erreur humaine est une conséquence, et non une cause. Identifier une erreur est simplement la première étape de la recherche des vraies causes. »

James Reason, 1990

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à ma famille, mes amies et mes proches pour leur soutien indéfectible tout au long de cette année exigeante. Leur bienveillance, leur présence constante et leurs encouragements m'ont permis d'avancer avec confiance dans ce travail de recherche.

Je tiens à remercier chaleureusement Madame Hélène Gorge, directrice de ce mémoire, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils méthodologiques avisés et la qualité de son encadrement. Sa disponibilité et son exigence ont grandement contribué à la rigueur de ce travail.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Université de Lille, UFR3S, Département ILIS, pour la richesse de la formation dispensée dans le cadre du Master Management Sectoriel ainsi que pour l'accompagnement offert tout au long de mon parcours.

Mes remerciements vont également à Madame Clara Timmerman, Responsable Qualité de la Clinique Saint-Amé (Groupe Ramsay Santé), pour son implication et sa disponibilité qui ont été précieuses tout au long de ce mémoire.

Enfin, je souhaite remercier Madame Marylène Gérard, Directrice des Soins de la Clinique Saint-Amé, pour ses remarques constructives et sa contribution à la conception du questionnaire diffusé au sein de l'établissement.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALARM : Association of Litigation and Risk Management (méthode d'analyse systémique)

AP : Auxiliaire de puériculture

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant (e)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

COPIL : Comité de Pilotage

COR : Comité Opérationnel des Risques

CREX : Comité de Retour d'EXpérience

DU : Diplôme Universitaire

EIAS : Événement Indésirable Associé aux Soins

EI : Événement Indésirable

EIG : Événement Indésirable Grave

EIGS : Événement Indésirable Grave associé aux Soins

EPR : Événement Porteur de Risque

FEI : Fiche d'Événement Indésirable

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDC : Plan de Développement de Formation

REX : Retour d'EXpérience

RMM : Revue de Morbi-Mortalité

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
PARTIE A : REVUE DE LA LITTÉRATURE	10
A.1 - Origine et structuration de la gestion des risques en santé.....	10
A.1.1 - Naissance du concept de gestion des risques dans les systèmes complexes	10
A.1.2 - Transfert au secteur sanitaire : d'une logique médico-légale à une culture de la sécurité.....	11
A.1.3 - Le signalement des événements indésirables : une obligation structurante	12
A.1.4 - De la norme à l'action : construire une culture positive de l'erreur	14
A.2 - Typologie des événements indésirables dans le secteur sanitaire.....	16
A.2.1 - Définitions générales	16
A.2.2 - Principales catégories d'événements indésirables	17
A.2.3 - Événements évitables vs non évitables	19
A.2.4 - Typologie par fréquence et gravité.....	20
A.2.5 - Autres classifications utiles	20
A.2.6 - Importance de la classification pour l'analyse	22
A.2.7 - Illustration synthétique	22
A.3 - Les freins à la déclaration et les résistances culturelles	23
A.3.1 - Une sous-déclaration persistante malgré les dispositifs	23
A.3.2 - Des freins individuels : peur, culpabilité, méconnaissance	23
A.3.3 - Des freins organisationnels : inertie, complexité, culture du blâme	25
A.4 - Le rôle stratégique de la direction dans le pilotage de la culture de l'erreur	26
A.4.1 - Une responsabilité managériale institutionnelle.....	26
A.5 - Conclusion	27
PARTIE B : ETUDE INTERNE ET EXTERNE	28
B.1 - Méthodologie	28
B.1.1 - Objectifs et hypothèses de recherche.....	28
B.1.2 - Description du terrain de recherche et de la diffusion	29
B.1.3 - Élaboration, phase test et validation du questionnaire	30
B.1.4 - Méthode d'analyse des résultats	31
B.1.5 - Limites de la démarche.....	32

B.1.6 - Conditions de validité et de lecture des résultats.....	33
B.2 - Conclusion	34
PARTIE C : ANALYSE DES RESULTATS	34
C.1 - Analyse des résultats de l'étude sur la culture de l'erreur à la Clinique Saint Amé	34
C.1.1 - Fréquence de déclaration et attitudes des professionnels face aux événements indésirables.....	35
C.1.2 - Obstacles techniques et organisationnels à la déclaration	40
C.1.3 - Connaissance et perception de la culture positive de l'erreur	41
C.1.4 - Propositions et attentes	44
C.1.5 - Conclusion.....	47
C.2 - Analyse comparative des résultats internes et externes	48
C.2.1 - Points de convergence entre les deux études	49
C.2.2 - Spécificités selon les types d'établissements.....	50
C.2.3 - Perceptions différenciées selon les professions	50
C.2.4 - Principaux enseignements transversaux	51
C.2.5 - Tableau récapitulatif	52
C.3 - Conclusion	52
PARTIE D : ENSEIGNEMENTS ET LEVIERS À DISPOSITION DE LA DIRECTION	53
D.1 - Interprétation des résultats au regard de la problématique	53
D.2 - Discussion avec la littérature	53
D.3 - Recommandations managériales : agir à partir des enseignements de l'étude	55
D.3.1 - Institutionnaliser un temps dédié à la déclaration	56
D.3.2 - Renforcer les compétences pour faire vivre la culture de l'erreur.....	57
D.3.3 - Soutenir une posture managériale bienveillante	59
D.3.4 - Simplifier l'outil de déclaration et renforcer l'ergonomie	61
D.3.5 - Boucler la boucle : retour et reconnaissance	63
D.3.6 - Piloter la qualité par la qualité.....	65
D.3.7 - Limites à anticiper et conditions de réussite	67
D.4 - Conclusion	68
Conclusion.....	69
Bibliographie.....	70

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Répartition des répondants selon le profil professionnel	35
Figure 2 - Répartition des réponses à la question : Avez-vous déjà déclaré un EI ...	36
Figure 3 - Motifs de non-déclaration selon les groupes professionnels.....	36
Figure 4 - Fréquence de déclaration des événements indésirables selon le groupe professionnel	37
Figure 5 - Raisons perçues de non-déclaration des collègues.....	39
Figure 6 - Connaissance et usage du logiciel Gérimed.....	40
Figure 7 - Perception du temps disponible pour déclarer un EI	41
Figure 8 - Perception de la culture positive de l'erreur	42
Figure 9 - Perception de la valorisation de la déclaration par l'établissement	43
Figure 10 - Leviers proposés pour favoriser la déclaration d'erreurs	44
Figure 11 - Formations et sensibilisation souhaitées par les répondants.....	45
Figure 12 - Triangle Qualité - Coût - Délai	55

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Typologie des événements indésirables selon leur nature, gravité et obligation de déclaration.....	22
Tableau 2 - Comparatif des résultats internes et externes.....	52
Tableau 3 - Évaluation QCD - Levier temps dédié à la déclaration.....	57
Tableau 4 - Évaluation QCD - Levier renforcement des compétences en culture de l'erreur	59
Tableau 5 - Évaluation QCD - Levier soutien managérial et climat bienveillant	61
Tableau 6 - Évaluation QCD - Levier accessibilité et ergonomie de l'outil de déclaration	63
Tableau 7 - Évaluation QCD - Levier boucler la boucle (retour et reconnaissance) .	65
Tableau 8 - Tableau de synthèse des leviers, indicateurs de suivi et objectifs de pilotage.....	66

INTRODUCTION

On a coutume de dire que l'erreur est humaine. Chacun en fait l'expérience, chaque jour, dans sa vie personnelle comme dans son travail. Les études sur le facteur humain montrent qu'un individu peut commettre entre 2 et 10 erreurs par heure. Pourtant, 80 % de ces erreurs n'ont pas de conséquences graves : elles sont détectées, corrigées, et récupérées à temps [1]. L'erreur devient alors un signal d'alerte, un déclencheur de réflexion, un point d'appui pour améliorer les processus.

Mais dans le secteur de la santé, l'erreur reste encore trop souvent taboue. Lorsqu'elle échappe aux barrières de sécurité, elle peut se transformer en événement indésirable (EI), affectant la sécurité du patient, la qualité des soins ou la relation de confiance. Pour y faire face, les établissements se dotent de dispositifs de signalement, d'analyse et de gestion des risques. Pourtant, malgré ce cadre, la sous-déclaration reste une réalité persistante. Les professionnels hésitent encore à déclarer, par peur, par manque de temps, ou faute de reconnaissance.

C'est pourtant en acceptant l'erreur comme un fait inévitable mais maîtrisable que les établissements peuvent renforcer leur fiabilité, apprendre de leurs dysfonctionnements et prévenir les récides.

Comme l'a justement formulé James Reason, « l'erreur humaine est une conséquence, et non une cause. Identifier une erreur est simplement la première étape de la recherche des vraies causes. » [1]. Cette approche change profondément le regard porté sur les incidents : elle invite à dépasser la recherche d'un coupable pour comprendre les défaillances systémiques.

C'est là qu'intervient la culture positive de l'erreur. Inspirée par les systèmes complexes à haut risque, elle invite à sortir de la logique punitive pour considérer l'erreur comme une opportunité d'apprentissage collectif. Mais pour qu'une telle culture prenne racine, elle doit être portée, incarnée et soutenue par la gouvernance.

Dès lors, une question centrale émerge :

Quels sont les leviers à disposition de la direction des établissements sanitaires pour fédérer le personnel autour d'une culture positive de l'erreur ?

Ce mémoire aborde cette problématique en trois temps. La première partie présente les fondements conceptuels, réglementaires et managériaux de la gestion des événements indésirables, et retrace l'émergence de la culture de sécurité dans le secteur sanitaire. La deuxième partie propose une analyse de terrain à partir d'une enquête menée dans une clinique privée, enrichie d'une mise en perspective comparative avec d'autres établissements. Enfin, la troisième partie identifie des leviers managériaux concrets pour renforcer le signalement, soutenir les professionnels, et inscrire l'erreur dans une dynamique d'apprentissage durable.

PARTIE A : REVUE DE LA LITTÉRATURE

La gestion des événements indésirables s'inscrit aujourd'hui au cœur des politiques de qualité et de sécurité dans les établissements de santé. Cette première partie propose un éclairage théorique et institutionnel sur l'évolution de cette démarche, en retraçant les origines du concept dans les systèmes complexes à haut risque, son transfert progressif vers le secteur sanitaire, et les normes qui en structurent l'encadrement. Elle s'attache également à définir les différents types d'événements, à en analyser les freins à la déclaration, et à mettre en évidence le rôle stratégique de la gouvernance dans l'ancrage d'une culture positive de l'erreur.

A.1 - Origine et structuration de la gestion des risques en santé

A.1.1 - Naissance du concept de gestion des risques dans les systèmes complexes

La gestion des risques, en tant que discipline structurée, est née dans les environnements industriels dits "à risques", où la moindre défaillance technique ou humaine peut avoir des conséquences graves sur le plan humain, matériel ou environnemental [2]. Dès les années 1970, des secteurs comme l'aéronautique, le nucléaire, la pétrochimie ou encore le transport ferroviaire ont dû faire face à la nécessité de prévenir aussi bien les accidents majeurs que les incidents plus mineurs [2]. Pour cela, ils ont progressivement mis en place une approche systémique et proactive de la sécurité [2].

Le secteur aérien s'est illustré comme pionnier dans ce domaine, en instaurant des dispositifs de signalement non punitifs, des analyses organisationnelles des incidents, ainsi que des systèmes de retour d'expérience [2][3]. C'est dans ce contexte qu'a vu le jour le modèle de James Reason, connu sous le nom de "Swiss Cheese Model" ou "modèle du fromage suisse" [2]. Ce modèle montre comment les défaillances présentes dans différentes lignes de défense d'un système peuvent, lorsqu'elles se superposent, mener à la survenue d'un EI [2][3]. Il marque une évolution majeure par rapport à l'approche traditionnelle centrée sur la faute individuelle, en affirmant que l'erreur humaine est inévitable, et que les organisations doivent donc être conçues pour l'anticiper, la contenir et en limiter les impacts [2].

Dans cette logique, les dispositifs de veille, d'alerte, d'apprentissage collectif et de résilience deviennent des éléments clés d'une véritable culture de sécurité. L'objectif n'est plus de sanctionner des erreurs isolées, mais bien de renforcer la fiabilité du système dans son ensemble [2].

Ces principes, initialement développés dans les industries à haut risque, constituent aujourd'hui les bases de la gestion des risques dans les systèmes complexes. Leur transfert progressif vers d'autres secteurs, et notamment celui de la santé, a profondément transformé les pratiques de gestion des événements indésirables, comme le développera la sous-partie suivante.

A.1.2 - Transfert au secteur sanitaire : d'une logique médico-légale à une culture de la sécurité

L'introduction de la gestion des risques dans le secteur sanitaire s'est heurtée à une culture profondément ancrée dans la responsabilité individuelle et le risque médico-légal. Alors que les industries à haut risque avaient très tôt adopté une approche systémique et préventive, le monde de la santé a longtemps considéré les événements indésirables comme des fautes personnelles à sanctionner, décourageant le signalement et l'analyse collective.

Dès les années 1970, aux États-Unis, des études épidémiologiques ont cherché à mesurer l'ampleur des erreurs médicales et leurs conséquences. La Harvard Medical Practice Study révèle ainsi que près de 4 % des hospitalisations à New York sont associées à un EI, dont plus de la moitié sont jugés évitables [4]. Pourtant, l'approche reste initialement médico-légale, centrée sur la maîtrise des coûts assurantiels [4].

Le véritable tournant intervient avec le rapport *To Err is Human*, qui estime qu'entre 44 000 et 98 000 décès annuels pourraient être attribués à des erreurs médicales évitables aux États-Unis. Ce rapport marque une rupture : l'erreur n'est plus une faute individuelle, mais le symptôme d'une organisation défaillante. Il appelle à s'inspirer des industries à haute fiabilité, en privilégiant la vigilance collective, la standardisation, le retour d'expérience et la promotion d'une culture de sécurité [4][5].

L'impact de ce rapport dépasse rapidement les frontières américaines. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) intègre la sécurité du patient comme axe prioritaire de

santé publique mondiale à travers son programme *Patient Safety*, encourageant une vision systémique et non punitive de l'erreur. Cette évolution conceptuelle a permis la structuration progressive de la gestion des risques dont les mécanismes seront précisés dans la section suivante.

A.1.3 - Le signalement des événements indésirables : une obligation structurante

Le signalement des événements indésirables s'est progressivement imposé en France comme un levier majeur d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Initialement conçu comme une démarche volontaire dans le cadre de la qualité, il est désormais encadré par un cadre réglementaire et méthodologique structurant [6].

La dynamique institutionnelle débute avec les ordonnances Juppé de 1996, instaurant les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et amorçant une régulation accrue du système hospitalier [6]. En 1998, l'ANAES publie le premier manuel de certification, centré sur l'organisation des soins. Mais c'est avec la loi du 4 mars 2002, fondatrice de la sécurité sanitaire, que le signalement devient une obligation morale et professionnelle : le droit à l'information du patient, la reconnaissance des accidents médicaux et la création de l'ONIAM traduisent un tournant vers une approche systémique de l'erreur [6].

La création de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004 renforce cette dynamique. Ses différents référentiels de certification ont progressivement structuré les pratiques de déclaration :

- V1 (2000-2006) : amorce des démarches qualité, sécurité encore peu formalisée ;
- V2 (2007-2010) : apparition des revues de morbi-mortalité (RMM¹), premières analyses d'événements indésirables graves (EIG) ;
- V2010 : formalisation des programmes de gestion des risques, création des Comité de Retour d'Expérience (CREX²), introduction des méthodes

¹ RMM : Analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. [7]

² CREX : Instance pluridisciplinaire d'analyse des événements indésirables au sein des établissements de santé. Il vise à comprendre les causes profondes d'un incident, sans chercher de responsabilité individuelle, dans une logique d'amélioration continue de la sécurité des soins. [7]

d'analyse systémique (ALARM³ (Association of Litigation and Risk Management), REMED⁴) ;

- V2014-V2020 : approche proactive, cartographies des risques, retour d'expérience institutionnalisé ;
- V2020 : Mise en avant de la culture juste, la valorisation du déclarant, et le pilotage managérial du risque [7] ;
- V2025 : accent mis sur la culture juste, la maturité organisationnelle et la valorisation du signalement [8][6].

Parallèlement, l'encadrement réglementaire se renforce. Le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010, complété par la circulaire DGOS/PF2 n°2011-416, amorce la reconnaissance du signalement des événements indésirables associés aux soins comme un axe prioritaire de la gestion des risques dans les établissements sanitaires [9]. Ces textes recommandent la désignation d'un coordonnateur de gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et la mise en place de procédures internes de signalement.

Le tournant décisif intervient avec le décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016, qui introduit une obligation réglementaire de déclaration des Événements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGS). Ce décret impose aux établissements sanitaires de signaler tout EIGS à l'Agence Régionale de Santé (ARS), via une procédure en deux volets :

- Volet 1 : déclaration initiale sous 15 jours avec les faits et conséquences immédiates ;
- Volet 2 : transmission dans un délai de 3 mois d'une analyse approfondie des causes, assortie de propositions d'actions correctrices [10].

Le décret de 2016 est complété par la création du Portail national de signalement, officiellement opérationnel en mars 2017, destiné à centraliser les signalements professionnels et usagers [11][12]. Ce portail regroupe également les vigilances

³ ALARM : Méthode structurée d'analyse a posteriori des événements indésirables, développée au Royaume-Uni, qui repose sur l'identification des causes immédiates, profondes et contributives, selon une grille systémique.

⁴ REMED : Démarche française d'analyse des événements indésirables inspirée d'ALARM, promue par la Haute Autorité de Santé, adaptée au contexte hospitalier français et centrée sur l'apprentissage collectif.

sanitaires (pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance, etc.) pour renforcer l'alerte sanitaire au niveau national.

Ce dispositif vise deux finalités complémentaires :

- Une finalité nationale : repérer les signaux faibles, assurer une veille épidémiologique, déclencher des actions correctrices à grande échelle ;
- Une finalité locale : tirer des enseignements des incidents, améliorer les pratiques, renforcer la culture de sécurité dans les équipes [13].

Pour accompagner ce système, les établissements doivent s'organiser autour :

- D'un outil de signalement accessible et ergonomique ;
- D'un engagement formel de non-sanction du déclarant ;
- D'une méthode d'analyse structurée (ALARM, REMED, RMM...) ;
- D'un retour d'expérience clair et valorisant vers les professionnels ;
- D'une intégration dans la gouvernance qualité [13].

La littérature montre que les établissements les plus matures en matière de gestion des risques [13][14] présentent des taux de déclaration plus élevés, des analyses plus fines, et une implication accrue des professionnels. Le signalement, longtemps perçu comme un acte défensif, s'impose aujourd'hui comme un indicateur de maturité organisationnelle et un levier de culture positive de l'erreur [13].

A.1.4 - De la norme à l'action : construire une culture positive de l'erreur

Aujourd'hui, la culture positive de l'erreur est devenue une exigence incontournable pour la HAS et de nombreuses agences sanitaires. L'enjeu dépasse désormais le cadre technique du signalement ou de l'analyse des erreurs : il s'agit de transformer l'approche des risques en une dynamique organisationnelle continue, centrée sur l'apprentissage et l'amélioration collective.

Cette évolution repose sur un principe fondamental : dans tout système complexe, l'erreur est inévitable. Mais loin d'être une fatalité, elle peut devenir une source d'apprentissage si elle est traitée dans un cadre bienveillant et transparent. C'est ce que l'on appelle la culture juste, au cœur des recommandations de la HAS, qui la définit comme un climat où l'erreur involontaire est analysée sans blâme, et où la confiance et le dialogue sont encouragés [15][8]. Cette culture suppose que les

erreurs commises de bonne foi ne soient pas sanctionnées. L'analyse doit porter sur le système plutôt que sur l'individu, et les actions correctrices doivent impliquer l'ensemble des acteurs. Les professionnels doivent pouvoir déclarer sans crainte, être écoutés, participer aux analyses, et recevoir un retour clair et utile [15][8].

Cette dynamique se traduit concrètement par des outils et pratiques organisationnelles spécifiques, caractéristiques des structures dites "apprenantes". Le guide de la HAS « Sécurité des patients » rappelle que la gouvernance qualité s'appuie sur plusieurs piliers complémentaires : l'engagement stratégique de la direction, la promotion d'une culture juste et non punitive, l'existence de structures et de référents dédiés, et la maîtrise d'outils d'analyse et de suivi [16]. La transversalité de l'information et la circulation des retours d'expérience sont des leviers essentiels : l'apprentissage ne se limite pas à un service mais doit irriguer toute l'organisation, via des dispositifs comme les CREX, les RMM ou les « cafés qualité » [17][16].

Cette orientation est aujourd'hui consolidée dans le [critère 3.1-04 du référentiel V2025 de la HAS](#), intitulé « *L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presque-accidents* ». Ce critère impose une dynamique managériale forte autour du signalement, en valorisant une culture bienveillante de l'erreur et en promouvant l'analyse systématique des événements graves associés aux soins, avec la participation active des équipes. Il renforce l'importance des analyses collectives et de la diffusion des plans d'actions, tout en assurant un lien direct avec le portail national de signalement. Il est également attendu que les résultats de ces démarches soient partagés avec les professionnels et intégrés au programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins [8].

En parallèle, plusieurs initiatives régionales ont renforcé la diffusion de cette culture sur le terrain. L'ARS Occitanie, par exemple, a mis en avant l'importance du non-blâme, du retour d'expérience collectif et de l'implication des équipes pour renforcer la sécurité des soins, à travers des outils adaptés au contexte local [18].

L'organisation apprenante repose enfin sur un climat de confiance durable. Cela implique la reconnaissance institutionnelle de l'erreur comme vecteur de progrès, la formation continue des professionnels à l'analyse systémique (ALARM, arbre des causes), et la valorisation des retours d'expérience comme moteur d'intelligence collective.

Si les principes sont désormais bien établis dans les référentiels et les discours institutionnels, leur mise en œuvre effective dans les établissements pose encore de nombreux défis.

Pour mieux comprendre les leviers opérationnels de cette culture, il est indispensable de s'intéresser à ce qu'elle cherche à prévenir : les événements indésirables. C'est l'objet de la partie A.2, qui en propose une typologie claire et contextualisée.

A.2 - Typologie des événements indésirables dans le secteur sanitaire

A.2.1 - Définitions générales

La notion d'EI s'est progressivement imposée comme un élément structurant de la politique qualité et sécurité des soins dans les établissements sanitaires.

« Un EI désigne un accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables pour les résidents, les professionnels, les visiteurs ou les biens, révélant un écart aux procédures ou résultats attendus dans une situation habituelle » [19]. Cette définition, validée par l'ARS et alignée sur les référentiels nationaux, est largement mobilisée dans les formations en gestion des risques en santé [20]. Elle présente l'avantage d'être à la fois précise et englobante : elle inclut non seulement les événements ayant entraîné des dommages effectifs, mais aussi ceux qui, bien que sans conséquence immédiate, mettent en lumière des fragilités organisationnelles ou systémiques.

La notion d'impact "réel ou potentiel" est essentielle pour comprendre la dynamique de gestion des risques. Elle implique que même en l'absence de dommage observable pour le patient, un incident doit être analysé s'il constitue un signal faible, susceptible de précéder des événements plus graves.

Le signalement et l'analyse des événements indésirables doivent permettre d'identifier les facteurs contributifs, qu'ils soient techniques, humains, organisationnels ou contextuels, et de proposer des actions correctrices pour renforcer les barrières de sécurité.

L'enjeu majeur n'est pas uniquement de corriger l'erreur après coup, mais d'anticiper les risques systémiques et d'ancrer la vigilance collective au sein des pratiques

professionnelles. Dans cette optique, le recueil des événements indésirables devient une composante clé de la culture positive de l'erreur, contribuant à développer une organisation apprenante capable de se remettre en question de manière continue.

Par ailleurs, plusieurs publications insistent sur la nécessité d'adopter une approche non punitive du signalement. L'objectif est de créer un environnement où les professionnels se sentent autorisés et encouragés à déclarer les incidents, sans crainte de représailles, condition indispensable pour alimenter efficacement la boucle d'amélioration continue [17].

Ainsi définie, la notion d'EI constitue bien plus qu'un simple outil de reporting : elle est l'un des fondements opérationnels et culturels sur lesquels repose la dynamique globale de qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé.

A.2.2 - Principales catégories d'événements indésirables

La classification des événements indésirables a été progressivement affinée pour refléter la diversité et la complexité des situations rencontrées dans les établissements de santé. Elle ne se limite pas à un simple classement technique : elle oriente les obligations de déclaration, les modalités d'analyse, et surtout la pertinence des actions à mettre en œuvre pour prévenir leur récurrence. Cette typologie constitue ainsi une base opérationnelle essentielle pour la gestion des risques.

L'EI, dans son acception la plus générale, englobe tout incident ou dysfonctionnement survenu au cours de la prise en charge d'un patient, qu'il ait entraîné ou non un dommage. Il peut s'agir d'une erreur de médication, d'un retard de prise en charge, d'un problème organisationnel ou d'un défaut technique.

À l'intérieur de cette catégorie générale, plusieurs sous-ensembles ont été définis, avec des implications juridiques, réglementaires et pratiques spécifiques. C'est le cas notamment des EIG, qui correspondent à des incidents ayant provoqué des conséquences sévères pour le patient, telles qu'un décès, une mise en jeu du pronostic vital, une incapacité permanente ou une prolongation d'hospitalisation d'au moins 24 heures. Bien que largement utilisés dans la littérature scientifique, les EIG ne renvoient pas directement à une obligation réglementaire, contrairement aux EIGS [21].

L'EIGS, quant à lui, fait l'objet d'une définition légale précise. Comme le précise l'article R. 1413-67, il s'agit d'un EIG survenu dans le cadre d'un acte de prévention, de diagnostic, de traitement ou à visée esthétique, et dont la survenue est jugée inattendue au regard de l'état de santé ou de la pathologie du patient [22]. C'est uniquement pour ce type d'événement que la déclaration auprès de l'ARS est obligatoire, via le portail national dédié. Le dispositif repose sur deux volets de déclaration, déjà évoqués dans la partie I.1.4 : un signalement initial rapide, suivi d'une analyse approfondie dans un délai maximum de trois mois.

Un autre concept central est celui d'événement indésirable associé aux soins (EIAS), défini à l'article R.1413-66-1 du Code de la santé publique. Plus large, cette notion inclut tout événement lié à une prise en charge, qu'il soit évitable ou non, et quelle que soit sa gravité. Elle recouvre aussi bien les erreurs médicales que les aléas thérapeutiques, deux notions complémentaires qui seront précisées dans la sous-partie suivante. Si l'ensemble des EIGS sont des EIAS, l'inverse n'est pas vrai, et tous les EIAS ne nécessitent pas une déclaration obligatoire. Leur signalement dépend souvent d'une politique locale volontaire de la structure, ce qui rend leur recueil inégal selon les établissements [13].

Enfin, les événements porteurs de risque (EPR), aussi appelés "presqu'accidents", désignent des situations qui n'ont pas causé de dommage au patient mais qui auraient pu en provoquer si une barrière de sécurité n'avait pas fonctionné. Ces signaux faibles sont particulièrement précieux pour une approche préventive. Leur déclaration est fortement encouragée par la HAS, car ils permettent d'identifier des vulnérabilités structurelles avant qu'elles ne se traduisent par des conséquences cliniques.

Les autres vigilances sectorielles (pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance, etc.) s'intègrent dans cette architecture réglementaire, comme l'a rappelé l'arrêté du 27 février 2017 qui a ensuite été actualisé par l'arrêté du 14 novembre 2022 [23]. La structuration de cette typologie a pour objectif de clarifier les circuits de déclaration, d'objectiver les critères de gravité, et de favoriser un apprentissage partagé au sein du système de santé.

Ainsi, bien plus qu'un simple classement administratif, la catégorisation des événements indésirables est essentielle pour orienter la régulation des soins,

renforcer les dispositifs de prévention, et structurer les démarches d'amélioration continue dans les établissements.

A.2.3 - Événements évitables vs non évitables

Dans une démarche de gestion des risques en santé, la capacité à distinguer ce qui relève d'une défaillance évitable de ce qui constitue un aléa inhérent à la pratique médicale est essentielle. Cette distinction structure non seulement l'analyse des événements indésirables, mais conditionne également la posture des professionnels et des institutions face à l'erreur. Les études montrent que 85% des accidents évitables trouvent leur origine dans des causes systémiques (facteurs latents liés à l'organisation, aux procédures ou à l'environnement), contre seulement 15 % évitables à des causes individuelles [20].

Un événement évitable correspond à un incident qui aurait pu être prévenu par l'application des connaissances, protocoles ou bonnes pratiques en vigueur. Son analyse vise à identifier les écarts aux recommandations (ex. : absence de double vérification d'un traitement, défaut de prévention des chutes) et à en tirer des enseignements pour renforcer les processus.

À l'inverse, un aléa thérapeutique survient malgré le respect des bonnes pratiques (ex. : réaction allergique imprévisible, infection nosocomiale malgré l'hygiène rigoureuse). Aucune faute n'est imputable, mais une réflexion sur la surveillance ou l'information du patient reste pertinente.

Cette différenciation est au cœur des méthodes d'analyse systémique (ALARM, REMED) et des espaces de discussion sécurisés (CREX, RMM). Elle permet d'éviter la culpabilisation individuelle et de concentrer les efforts sur l'amélioration des processus, conformément aux exigences de la certification HAS.

Reconnaître l'évitabilité d'un événement, c'est identifier une marge de progression. Accepter l'aléa thérapeutique, c'est intégrer la complexité de l'acte médical. Dans les deux cas, l'objectif est identique : transformer chaque incident en levier d'apprentissage collectif pour renforcer la sécurité des patients.

A.2.4 - Typologie par fréquence et gravité

Dans la gestion des risques en santé, la catégorisation des événements indésirables repose sur deux axes principaux : la fréquence et la gravité. La fréquence mesure combien de fois un événement survient (par patient, séjour ou période), et peut concerner aussi bien des incidents fréquents mais bénins que des événements rares mais graves. La gravité, elle, évalue l'impact sur la santé du patient, allant d'une absence de conséquence à un risque vital ou un décès, et peut aussi inclure des aspects psychologiques ou médico-légaux [21].

L'analyse croisée de ces deux critères, souvent à l'aide de matrices de criticité, permet de hiérarchiser les risques : par exemple, un événement rare mais très grave sera jugé prioritaire, tout comme un événement fréquent même s'il est bénin. Cette approche s'appuie notamment sur la cartographie des risques, qui vise à identifier et classer l'ensemble des risques en croisant leur probabilité d'occurrence et leur impact potentiel [24]. Les matrices de criticité et la cartographie des risques fournissent ainsi une représentation visuelle et partagée des priorités, facilitant la définition de mesures correctrices adaptées [24].

Ce mode de classification guide l'identification des priorités d'action, tant en prévention (par exemple dans les cartographies des risques ou l'analyse AMDEC) qu'en analyse a posteriori des incidents signalés. Cette démarche est encouragée par la HAS, qui souligne l'importance de ces outils dans l'amélioration continue de la sécurité des soins [25].

Enfin, la perception de la gravité peut varier selon les acteurs (patients, soignants, direction), d'où la nécessité d'outils d'évaluation partagés et harmonisés. La prise en compte systématique de la fréquence et de la gravité dans la classification des événements indésirables permet non seulement de renforcer l'efficacité des actions correctrices, mais aussi de faire évoluer les pratiques vers une gestion des risques plus stratégique, transversale et centrée sur la réalité du terrain [24].

A.2.5 - Autres classifications utiles

Au-delà des typologies fondées sur la gravité, la fréquence ou le lien direct avec les soins, il est recommandé d'intégrer d'autres modes de classification pour mieux comprendre les causes profondes des événements indésirables.

Une première classification s'appuie sur les différents systèmes de vigilance sanitaire, chacun ciblant un domaine spécifique : la pharmacovigilance pour les médicaments, la matériovigilance pour les dispositifs médicaux, l'hémovigilance pour les produits sanguins, ainsi que la biovigilance, la réactovigilance ou la cosmétovigilance pour d'autres produits. Ces dispositifs, encadrés par la réglementation et pilotés par des agences nationales comme l'ANSM ou l'EFS, assurent une veille sur les risques liés à des produits ou procédés techniques [26]. Ils s'intègrent pleinement dans la politique de sécurité des soins, en permettant une détection rapide des événements à risque élevé, notamment dans des contextes très techniques ou fortement protocolisés [24]. Par ailleurs, une classification selon l'origine organisationnelle est également pertinente. Elle concerne les événements liés à des défauts de coordination, des ruptures de continuité des soins, des erreurs de transmission d'informations ou des dysfonctionnements dans la gouvernance des parcours. Ces incidents, parfois qualifiés d'« invisibles » car peu documentés dans les systèmes de déclaration classiques, peuvent avoir un impact important, notamment dans les services accueillant des patients polypathologiques ou lors de transferts interservices [20].

Les incidents techniques regroupent, quant à eux, les événements dus à des défaillances matérielles ou logicielles : pannes d'alarme, dysfonctionnements de dispositifs biomédicaux, coupures réseau ou erreurs d'interface dans les logiciels métiers. Dans un environnement hospitalier numérisé, ces incidents peuvent compromettre la continuité et la sécurité des soins s'ils ne sont pas rapidement signalés et traités. Leur gestion nécessite une collaboration étroite entre équipes cliniques, services biomédicaux, informaticiens et directions techniques [24].

Enfin, une dernière catégorie concerne les événements d'ordre relationnel, humain ou éthique. Il peut s'agir de défauts d'information au patient, d'erreurs dans la gestion du consentement, de situations de maltraitance ou de tensions interprofessionnelles ayant un impact sur la prise en charge. Souvent sous-déclarés, ces événements représentent pourtant un enjeu majeur pour la qualité de la relation de soin et la promotion de la bientraitance [20].

Il est important de souligner que ces classifications ne sont pas exclusives : un même événement peut relever à la fois d'une erreur organisationnelle, d'un dysfonctionnement technique et d'une vigilance spécifique. D'où l'intérêt d'une approche pluridimensionnelle, combinant différents outils de classification et d'analyse

systemique, ainsi que l'expertise croisée des acteurs qualité et gestion des risques de l'établissement [24].

A.2.6 - Importance de la classification pour l'analyse

Classer les événements indésirables permet de prioriser les risques et d'orienter l'action. En croisant gravité, fréquence et origine, les établissements ciblent les mesures correctrices sur les enjeux critiques. Cette démarche guide le choix des méthodes d'analyse et adapte les circuits de signalement : les événements graves remontent à l'ARS, les incidents courants sont traités localement.

Intégrée à la cartographie des risques, la classification identifie les vulnérabilités, alimente les indicateurs qualité et répond aux exigences de la certification HAS. Elle transforme chaque incident en levier d'apprentissage collectif, renforçant la culture de sécurité et la maturité organisationnelle.

A.2.7 - Illustration synthétique

Une synthèse des types d'événements indésirables, croisant leur gravité, leur lien avec les soins et les obligations déclaratives, est présentée en figure 1.

Tableau 1 - Typologie des événements indésirables selon leur nature, gravité et obligation de déclaration

Type d'événement	Définition	Gravité	Lien avec un soin	Obligation de déclaration
EI	Tout événement non souhaité, réel ou potentiel	Variable	Non systématique	Non
EIG	EI avec impact grave (décès, handicap, etc...)	Haute	Non systématique	Non (sauf si EIGS)
EIGS	EIG survenu lors d'un soin, répondant à des critères légaux	Haute	Oui	Oui (ARS)

EIAS	EI survenu lors d'un acte de soin	Variable	Oui	Variable selon gravité
EPR	Incident sans dommage, évité grâce à une barrière de sécurité	Faible à modérée	Non systématique	Non mais recommandé

A.3 - Les freins à la déclaration et les résistances culturelles

A.3.1 - Une sous-déclaration persistante malgré les dispositifs

Malgré le renforcement des dispositifs réglementaires, la sous-déclaration des événements indésirables reste un phénomène majeur dans les établissements de santé. En France, l'étude ENEIS 2 (DREES, 2009) estimait à environ 6,2 EIG graves pour 1000 journées d'hospitalisation, ce qui représenterait entre 275 000 et 395 000 événements annuels, dont près de la moitié seraient évitables [27]. Cependant, ces chiffres contrastent fortement avec le nombre d'événements effectivement déclarés dans les systèmes nationaux.

La littérature indique notamment que, suite à l'étude menée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lyon dans le cadre d'ENEIS 3, 61 EIGS étaient soumis à déclaration obligatoire alors qu'un seul avait été signalé [28].

Plusieurs facteurs expliquent cette sous-déclaration : surcharge de travail, complexité des outils, peur de sanctions, ou encore absence de retour d'information. Bien que la réglementation rende certains signalements obligatoires (notamment via le décret de 2016), la pratique montre que la déclaration reste encore peu systématique, souvent perçue comme risquée ou peu valorisée par les professionnels.

A.3.2 - Des freins individuels : peur, culpabilité, méconnaissance

Parmi les freins individuels à la déclaration des événements indésirables, le phénomène de la « seconde victime » occupe une place centrale. Ce concept désigne les professionnels de santé qui, après avoir été impliqués dans un événement indésirable grave, peuvent subir un choc émotionnel intense, voire développer un

syndrome anxieux, ce qui justifie la nécessité d'un accompagnement collectif et d'un débriefing adapté [29][30].

Plusieurs enquêtes françaises confirment l'ampleur de ce vécu : plus de la moitié des soignants, et jusqu'à 60 % des médecins, vivront au moins une fois au cours de leur carrière une expérience de seconde victime, marquée par des sentiments de culpabilité, d'anxiété, de honte ou de perte de confiance en soi [29]. Cette souffrance psychologique, souvent intériorisée, est aggravée par la peur d'être sanctionné ou jugé par ses pairs, ainsi que par le manque de dispositifs de soutien psychologique clairement identifiés [29].

Le documentaire "Que reste-t-il de nos erreurs ?" de Nils Tavernier (2013), soutenu par l'Espace Éthique de l'AP-HP, illustre de façon poignante cette réalité à travers des témoignages de soignants confrontés à des EIGS. Les professionnels y expriment la difficulté de surmonter la culpabilité, la peur du jugement et le sentiment d'isolement, renforcés par une culture du silence encore présente dans certains établissements [31].

À cela s'ajoute la méconnaissance des dispositifs de déclaration et de soutien : une enquête menée au CHU Édouard Herriot (Bénet et al., 2013) montrait que 82 % des professionnels interrogés ne connaissaient pas précisément les modalités de signalement, et 58 % doutaient de l'utilité de la démarche [32].

Face à ce constat, plusieurs initiatives françaises ont vu le jour, comme la plateforme « Soutien Seconde Victime » à Toulouse ou des associations comme SPS (Soins aux professionnels de la Santé) qui offrent également un accompagnement spécifique à travers un numéro vert national et un réseau de consultations spécialisées [33]. Toutefois, la diffusion de ces dispositifs reste inégale et la culture du soutien doit encore progresser pour devenir un réflexe institutionnel.

La peur de la sanction, la culpabilité et la méconnaissance des dispositifs de déclaration constituent ainsi des freins individuels majeurs à la transparence dans la gestion des risques. Prendre en compte ces dimensions humaines et psychologiques est indispensable pour instaurer une véritable culture positive de l'erreur et sécuriser durablement les pratiques professionnelles.

A.3.3 - Des freins organisationnels : inertie, complexité, culture du blâme

Au-delà des freins individuels, de nombreux obstacles organisationnels limitent l'efficacité du signalement des événements indésirables dans les établissements de santé. La complexité des outils de déclaration, souvent jugés peu ergonomiques et chronophages, constitue une barrière majeure : toujours selon l'étude menée au CHU Édouard Herriot, la charge de travail et le manque de temps dédié sont cités par 39 % des professionnels comme raisons principales de non-déclaration, et 25 % exprimaient la crainte de sanctions [32]. L'absence de retour d'information institutionnel, déjà évoquée, prend ici une dimension collective : elle génère un sentiment de découragement et d'inutilité, freinant la dynamique d'amélioration continue.

La culture du blâme et la crainte de sanctions, lorsqu'elles sont entretenues par l'organisation, renforcent le silence autour des erreurs. Le rapport ENEIS 2 rappelle que la moitié des EIG pourraient être évités si les causes systémiques étaient mieux identifiées, ce que freine la sous-déclaration persistante [27]. Amalberti souligne que « le rôle de la gouvernance de l'établissement est au premier plan » pour instaurer une culture de sécurité et que « l'instabilité créée par cette posture [culture du blâme] rend illusoire la réduction massive du risque » [34].

Enfin, le manque de formation, la méconnaissance des circuits de signalement et l'absence de reconnaissance institutionnelle sont autant d'éléments qui traduisent une inertie organisationnelle. Comme le rappelle l'ARS, un système de signalement efficace doit garantir la confidentialité, la protection des déclarants et un retour d'information rapide [35].

Instaurer un climat de confiance, de transparence et de dialogue entre équipes et direction est donc indispensable pour faire évoluer la culture managériale et valoriser la déclaration comme un acte professionnel à part entière.

A.4 - Le rôle stratégique de la direction dans le pilotage de la culture de l'erreur

A.4.1 - Une responsabilité managériale institutionnelle

La diffusion d'une culture positive de l'erreur repose sur un engagement fort de la direction, qui doit dépasser la simple conformité réglementaire pour porter une politique qualité incarnée et visible [36][37]. La gouvernance joue un rôle central dans l'organisation de la gestion des risques : elle impulse la dynamique de signalement, garantit un traitement juste des erreurs, pilote l'analyse systémique et assure un retour explicite aux professionnels concernés. Ce rôle implique des arbitrages concrets : financement de la formation, temps dédié à la qualité, soutien aux initiatives locales, et intégration de la démarche dans le projet d'établissement [36][37].

L'exemplarité managériale est un levier déterminant : une direction qui reconnaît ses propres erreurs et communique sur les enseignements tirés renforce la crédibilité de la démarche et la confiance des équipes [36][37]. Le dialogue et la proximité, à travers des espaces d'échange réguliers et une présence sur le terrain, favorisent l'expression des difficultés, l'adhésion aux actions correctrices et la co-construction des solutions [37].

La HAS rappelle que la gouvernance doit garantir la confidentialité, la non-sanction des déclarants et le retour systématique d'information, afin d'encourager la déclaration des événements indésirables [38]. Ainsi, exemplarité, dialogue et proximité ne sont pas seulement des outils d'animation, mais de véritables indicateurs de maturité en matière de sécurité des soins. Portés avec cohérence, ils permettent de faire de l'erreur un levier de progrès collectif et d'installer une culture où la sécurité devient l'affaire de tous [37].

L'ensemble de ces éléments met en évidence que, si les principes d'une culture positive de l'erreur et d'une organisation apprenante sont aujourd'hui largement promus dans la littérature et les recommandations institutionnelles, leur mise en œuvre concrète demeure variable selon les établissements et les contextes. Les freins persistants à la déclaration des événements indésirables, identifiés dans la littérature et confirmés par les retours de terrain, soulignent la nécessité d'adapter ces leviers à la réalité quotidienne des professionnels.

A.5 - Conclusion

La revue de la littérature a permis de poser les bases conceptuelles, réglementaires et managériales relatives à la gestion des événements indésirables dans les structures sanitaires. Elle a également mis en lumière les freins persistants à la déclaration, malgré les dispositifs existants, ainsi que les leviers identifiés pour promouvoir une culture de l'erreur apprenante. Ce socle théorique constitue un cadre de référence indispensable pour interroger, dans la partie suivante, les pratiques de terrain et les représentations des professionnels de santé à travers une double étude interne et externe.

PARTIE B : ETUDE INTERNE ET EXTERNE

L'étude de terrain constitue une étape clé dans la compréhension des leviers et freins à la déclaration des événements indésirables. Cette partie présente la méthodologie retenue pour étudier les freins à la déclaration des événements indésirables. Elle détaille les hypothèses, la conception du questionnaire, les modalités de diffusion et d'analyse, puis introduit les deux volets de l'enquête : une étude interne dans un établissement privé et une enquête externe auprès de professionnels de divers établissements.

B.1 - Méthodologie

B.1.1 - Objectifs et hypothèses de recherche

Cette étude a pour objectif principal de mieux comprendre pourquoi certains professionnels de santé ne déclarent pas les événements indésirables, malgré les dispositifs en place. En partant de leur expérience sur le terrain, l'enquête cherche à repérer les freins concrets rencontrés au quotidien, mais aussi à identifier les conditions qui favorisent une culture d'erreur assumée, tournée vers l'apprentissage plutôt que la sanction.

L'idée est d'explorer les leviers managériaux qui peuvent encourager les équipes à s'impliquer davantage dans la déclaration des événements indésirables, et à se sentir légitimes et soutenues dans cette démarche.

Pour cela, une méthode quantitative a été choisie, à travers un questionnaire structuré, afin de recueillir des données comparables sur différents types de structures et de profils professionnels. Ce choix s'inscrit dans les recommandations de la HAS, qui insiste sur l'importance du retour d'expérience et de l'implication collective dans la sécurité des soins.

En lien avec la problématique posée *Quels sont les leviers à disposition de la direction pour fédérer le personnel autour d'une culture positive de l'erreur ?* trois hypothèses ont été formulées pour guider l'analyse des résultats :

- **H1** : Le manque de temps est perçu comme le principal frein à la déclaration des événements indésirables.

- **H2** : L'absence de reconnaissance managériale réduit l'implication des professionnels dans la déclaration.
- **H3** : Une formation à la déclaration augmente la probabilité de signalement.

Ces hypothèses orienteront la lecture des résultats. Leur confirmation ou leur remise en question permettra d'alimenter la réflexion sur les actions concrètes à envisager pour améliorer la culture déclarative dans les établissements de santé.

B.1.2 - Description du terrain de recherche et de la diffusion

L'étude a été construite autour de deux terrains complémentaires : une enquête menée directement au sein de l'établissement, où je réalise mon alternance (voir annexe 1), et une enquête externe diffusée à plus large échelle (voir annexe 2). Ce choix permet d'obtenir une vision plus complète des freins à la déclaration des événements indésirables, en confrontant les perceptions d'un établissement précis à celles de professionnels issus d'autres structures.

Enquête interne à la Clinique Saint-Amé

La première phase de l'enquête s'est déroulée au sein de la Clinique Saint-Amé. Ce choix de terrain présente un intérêt particulier pour cette étude. En tant qu'établissement privé du groupe Ramsay Santé, la clinique s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle dispose notamment d'un Comité Opérationnel des Risque (COR), chargé de suivre et d'analyser les événements indésirables déclarés, ce qui constitue un contexte favorable à l'observation des pratiques déclaratives et à la compréhension des leviers managériaux en place ou à développer.

Ma présence au sein de l'établissement dans le cadre de mon alternance a renforcé cette dynamique : elle m'a permis de présenter la démarche en direct auprès des équipes, de répondre aux éventuelles questions et de rassurer sur l'anonymat des réponses. Le questionnaire était accessible en format papier ou via un QR code affiché dans les services (voir annexe 3). Cette double modalité a facilité la participation, notamment pour les professionnels qui n'ont pas d'accès régulier à un ordinateur.

L'enquête interne a été proposée à l'ensemble des professionnels de l'établissement, tous services et fonctions confondus. Toutefois, la cible principale de cette étude concernait le personnel soignant et médical, en première ligne dans la prise en charge des patients et directement concerné par la déclaration des événements indésirables. L'objectif était d'obtenir une vision réaliste des pratiques déclaratives en lien avec les responsabilités exercées sur le terrain, tout en restant ouvert à d'autres profils susceptibles d'interagir avec le dispositif (personnel administratif, etc.).

Diffusion externe auprès d'autres établissements

En complément, le questionnaire a été diffusé entre mars et mai 2025 à un échantillon plus large, via LinkedIn et des contacts directs dans le secteur sanitaire, notamment auprès de plusieurs établissements du pôle Artois (Hôpital Privé Arras Les Bonnettes, Hôpital Privé Bois Bernard...). Bien que le réseau LinkedIn ne soit pas un canal institutionnel, il a permis de toucher des professionnels de terrain issus de structures diverses (cliniques, ESPIC, CHU), avec des contextes et des pratiques variés. Cette diffusion a favorisé des réponses spontanées et diversifiées, utiles pour enrichir l'analyse.

L'objectif de cette double diffusion est de croiser les résultats obtenus dans un cadre spécifique (la clinique) avec ceux d'un échantillon plus hétérogène, afin de faire ressortir à la fois des constats communs et des différences liées aux types d'établissement ou aux fonctions exercées.

B.1.3 - Élaboration, phase test et validation du questionnaire

Le questionnaire a été construit à partir des recommandations de la HAS, notamment sur la déclaration des événements indésirables et la culture positive de l'erreur. Il s'appuie également sur des éléments issus de la littérature scientifique et des retours d'expérience recueillis durant mon alternance à la Clinique Saint-Amé. L'objectif était de proposer un outil à la fois clair, structuré et adapté aux réalités du terrain.

Deux versions du questionnaire ont été conçues sur une même base commune, avec quelques ajustements :

- La version interne, destinée à la Clinique Saint-Amé, intégrait des références spécifiques au fonctionnement local (comme le logiciel Gérimed ou certaines instances internes).
- La version externe, diffusée via LinkedIn, utilisait des formulations plus générales afin de s'adapter à des contextes variés (CHU, ESPIC, cliniques privées).

Chaque version comportait 29 questions, majoritairement fermées (choix unique ou multiple), pour permettre une analyse quantitative tout en restant rapide à compléter (5 à 10 minutes). Certains items proposaient des champs libres pour recueillir des compléments ou suggestions.

Le questionnaire était structuré autour de quatre grands axes :

1. Les comportements de déclaration et leur fréquence.
2. Les freins organisationnels et techniques (manque de temps, complexité des outils).
3. La perception de la culture positive de l'erreur et le rôle perçu de l'encadrement.
4. Les besoins exprimés : attentes, propositions et suggestions d'amélioration.

Avant leur diffusion, les deux versions ont été testées auprès de professionnels de la clinique issus de différents métiers (IDE, AS, agents administratifs). Cette étape a permis d'ajuster certaines formulations pour garantir une compréhension claire par tous.

La version finale a été validée par la responsable qualité, la directrice des soins de la clinique, ainsi que par ma directrice de mémoire universitaire. Cette triple validation a permis de garantir la rigueur de l'outil, sa lisibilité et son adéquation aux réalités du terrain.

B.1.4 - Méthode d'analyse des résultats

Les données recueillies à partir des deux questionnaires ont été analysées selon une approche quantitative descriptive, en cohérence avec la nature fermée des questions. Le traitement a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft Excel, permettant un tri

systématique des réponses par question et par profil (profession, type d'établissement, etc.).

Dans un premier temps, un tri à plat a permis d'observer la fréquence de chaque réponse de manière isolée. Ce premier niveau de lecture a fait ressortir les grandes tendances concernant les comportements déclaratifs, les freins perçus ou encore la connaissance de la culture positive de l'erreur.

Un second niveau d'analyse a consisté à regrouper les réponses par catégorie professionnelle (IDE, AS, personnel médical...) et par type d'établissement (clinique privée, ESPIC, CHU). Ces croisements ont permis de faire apparaître des différences notables selon les contextes, sans recourir à des outils statistiques complexes. Ce choix est justifié par la taille modérée des échantillons et la visée exploratoire de cette étude.

L'analyse a adopté une lecture à la fois comparative (entre enquête interne et externe) et transversale, dans le but de faire émerger à la fois des constantes et des spécificités. Les hypothèses formulées en amont (cf. section B.1.1) ont structuré cette lecture et guidé l'organisation des résultats par thématiques (freins, types de structure, fonctions...).

Les résultats ont été présentés sous forme de graphiques synthétiques, intégrés au fil du mémoire, accompagnés d'une analyse interprétative. Ces représentations visuelles permettent une lecture rapide des résultats tout en appuyant les constats développés dans la suite de l'étude.

B.1.5 - Limites de la démarche

Comme toute enquête, cette étude comporte certaines limites qu'il est important de rappeler. Le choix d'une approche quantitative par questionnaire structuré permet de recueillir des données fiables et comparables, mais il ne permet pas d'explorer en profondeur les ressentis ou les expériences personnelles des professionnels. Ce choix est néanmoins assumé, dans la mesure où l'objectif de ce mémoire n'est pas d'analyser des trajectoires individuelles, mais d'identifier des freins partagés et des leviers managériaux pouvant s'appliquer à l'échelle collective.

La diffusion du questionnaire via LinkedIn, bien qu'efficace pour atteindre un public diversifié, ne garantit pas une représentativité parfaite du secteur sanitaire. Les répondants peuvent être plus sensibilisés que la moyenne aux démarches qualité ou plus enclins à s'exprimer sur le sujet. Par ailleurs, la surreprésentation de certaines catégories professionnelles ou de structures privées dans l'échantillon externe peut limiter les comparaisons généralisées.

Enfin, le questionnaire étant composé essentiellement de questions fermées, les réponses apportent peu de nuances sur les situations vécues. Quelques champs libres étaient proposés, mais ils n'ont pas été systématiquement remplis. Cela limite les apports qualitatifs, même si l'objectif principal restait l'identification de grandes tendances à partir d'un volume suffisant de données.

B.1.6 - Conditions de validité et de lecture des résultats

Malgré les limites inhérentes à tout travail de terrain, plusieurs éléments viennent renforcer la fiabilité et la cohérence de cette étude. Il a été construit de manière progressive, testé auprès de professionnels de différents profils, puis validé à la fois par des référents internes à la clinique et par la responsable académique en charge du suivi méthodologique de ce mémoire.

Le nombre de réponses recueillies permet d'appuyer l'analyse sur une base solide : 82 professionnels ont répondu à l'enquête menée à la Clinique Saint-Amé, et 51 professionnels ont participé à l'enquête externe. Même si cet échantillon ne couvre pas l'ensemble du secteur sanitaire, il reste suffisamment diversifié pour permettre une lecture comparative intéressante. Les croisements selon les fonctions exercées ou le type d'établissement ont permis de faire ressortir des différences utiles à l'interprétation.

Enfin, les résultats ont été analysés de façon structurée, en cohérence avec la problématique et les hypothèses formulées au départ. Cette démarche permet de faire émerger des tendances nettes, de repérer les principaux freins rencontrés sur le terrain et d'alimenter une réflexion managériale réaliste sur les leviers d'amélioration. L'objectif de cette étude reste d'apporter un éclairage concret, sans prétention à l'exhaustivité.

Il convient également de noter que l'enquête interne a enregistré un taux de retour de 37,3 %, avec 82 répondants sur un effectif total de 220 salariés. Ce niveau de participation est jugé satisfaisant dans un contexte sanitaire marqué par des contraintes de temps et de disponibilité, et vient renforcer la crédibilité des résultats présentés.

B.2 - Conclusion

Cette partie a présenté la méthodologie adoptée, les modalités de diffusion des questionnaires, ainsi que les caractéristiques des répondants dans les deux volets de l'enquête. La complémentarité entre l'étude menée au sein de la clinique Saint-Amé et l'enquête externe conduite auprès d'autres établissements sanitaires permet d'envisager une analyse croisée riche et nuancée. La partie suivante sera ainsi consacrée à l'analyse approfondie des résultats obtenus, afin d'identifier les freins, perceptions et attentes exprimés par les professionnels de terrain.

PARTIE C : ANALYSE DES RESULTATS

Cette partie analyse les résultats des deux enquêtes menées. Elle explore les pratiques déclaratives, les freins perçus et les attentes exprimées par les professionnels, d'abord à travers l'étude interne, puis via une comparaison avec les réponses issues d'autres structures sanitaires.

C.1 - Analyse des résultats de l'étude sur la culture de l'erreur à la Clinique Saint Amé

L'enquête réalisée à la Clinique Saint-Amé a permis de recueillir 82 réponses de professionnels de santé. L'analyse suit la structure du questionnaire, en quatre axes : la fréquence de la déclaration et attitude des professionnels face aux événements indésirables (C.1.1), les obstacles techniques et organisationnels à la déclaration (C.1.2), les connaissances et perceptions liées à la culture de l'erreur (C.1.3), et les propositions exprimées par les répondants (C.1.4).

Quelle est votre profession ?

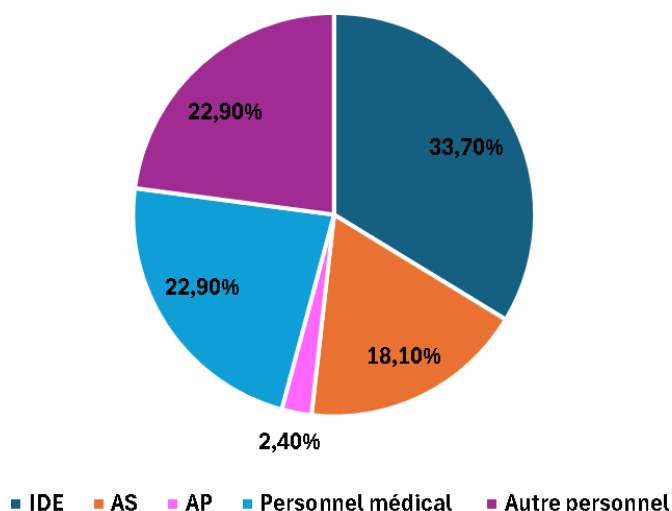


Figure 1 - Répartition des répondants selon le profil professionnel

Ce premier graphique illustre une répartition diversifiée des répondants, avec une prédominance des infirmiers diplômés d'État (IDE), qui représentent 33,7 % de l'échantillon. Le personnel médical et les autres catégories regroupées constituent chacun 22,9 % des participants, tandis que les aides-soignants (AS) sont présents à hauteur de 18,1 %. Les auxiliaires de puériculture (AP), quant à elles, ne représentent que 2,4 % des répondants.

Cette distribution reste globalement cohérente avec la composition classique des équipes dans les établissements de santé. La forte représentation des IDE est particulièrement significative, dans la mesure où ce personnel se trouve souvent en première ligne face aux situations à risque et joue un rôle clé dans la détection et la déclaration des événements indésirables.

C.1.1 - Fréquence de déclaration et attitudes des professionnels face aux événements indésirables

Cette sous-partie propose une première analyse des comportements des professionnels de santé face aux événements indésirables. Elle s'intéresse à la fréquence réelle des déclarations, aux modalités de réaction lorsqu'un événement survient, ainsi qu'aux raisons invoquées pour ne pas déclarer. Ces éléments permettent d'initier l'exploration de l'hypothèse H1, selon laquelle le manque de temps constitue un frein majeur à la déclaration. Les éléments présentés permettront d'initier l'analyse de cette problématique, approfondie dans la section suivante.

Avez-vous déjà déclaré un EI ?

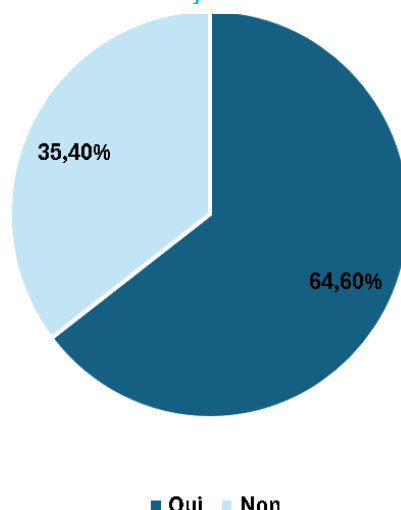


Figure 2 - Répartition des réponses à la question : Avez-vous déjà déclaré un EI

En ce qui concerne les pratiques déclaratives, près des deux tiers des répondants 64,6 % indiquent avoir déjà déclaré au moins un EI, contre 35,4 % qui ne l'ont jamais fait. Ce résultat traduit une certaine familiarité avec la démarche de signalement, tout en montrant qu'un tiers des professionnels restent à l'écart du dispositif. Pour mieux comprendre cette abstention, une question complémentaire a été posée aux non-déclarants afin d'identifier les freins rencontrés. Le graphique suivant présente les principaux motifs évoqués, selon le profil professionnel des répondants.

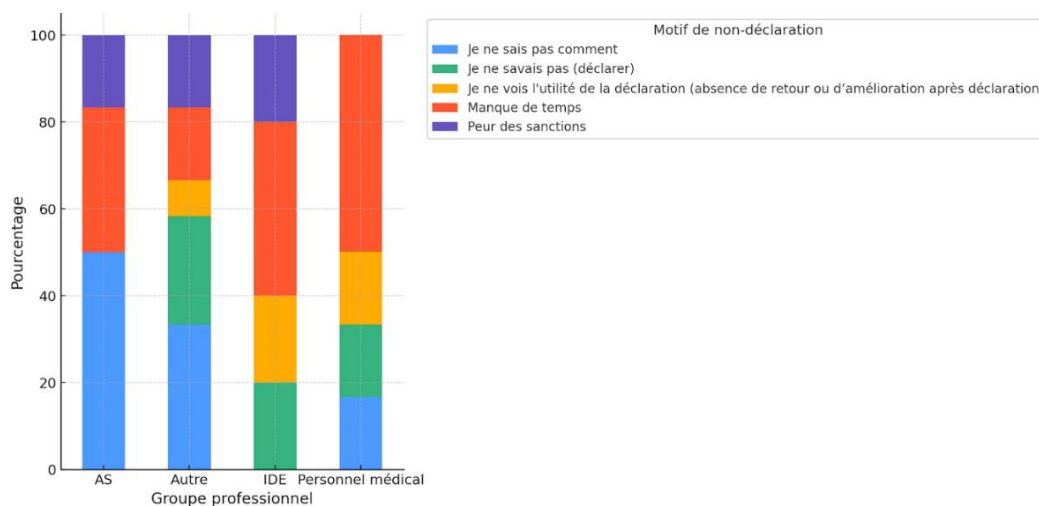


Figure 3 - Motifs de non-déclaration selon les groupes professionnels

Ce graphique met en évidence les principaux freins à la déclaration d'événements indésirables, répartis selon les groupes professionnels. Le manque de temps apparaît comme un frein récurrent, notamment chez les IDE 40 % et le personnel médical 50 %. Dans ce cas, il s'agit d'un obstacle ressenti

au moment précis où survient un événement, souvent dans des contextes de tension ou de surcharge ponctuelle. Ce n'est pas forcément un refus de déclarer, mais plutôt une difficulté à le faire dans l'instant, lorsque la situation ne s'y prête pas.

Chez les AS, c'est surtout un manque d'information sur les procédures qui ressort : 50 % déclarent ne pas savoir comment déclarer, et aucun ne cite le manque de temps comme frein principal. Cette donnée met en lumière un besoin de sensibilisation spécifique pour cette catégorie, parfois moins impliquée dans les démarches qualité, mais pourtant actrice du soin au quotidien.

Le groupe "autre personnel" (admissionnistes, brancardiers...) présente une répartition plus équilibrée entre les freins. On y retrouve notamment 33 % de répondants mentionnant la peur des sanctions, et 17 % déclarant ne pas voir l'utilité de la déclaration. Cette diversité traduit une perception parfois distante ou défensive du dispositif, souvent liée à un manque de retours concrets ou à une faible reconnaissance institutionnelle.

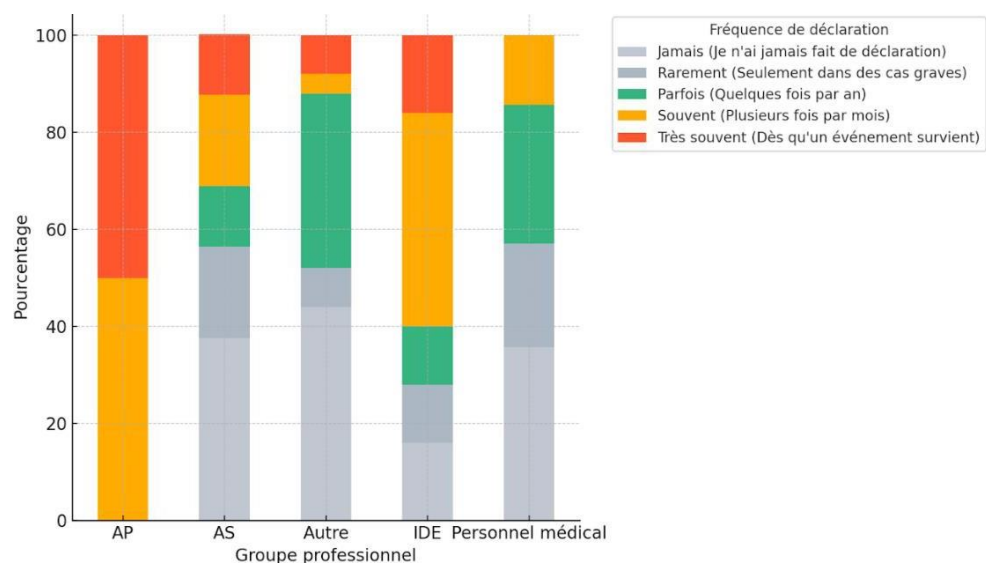


Figure 4 - Fréquence de déclaration des événements indésirables selon le groupe professionnel

La fréquence de déclaration des événements indésirables varie sensiblement selon les groupes professionnels. Les IDE se distinguent par une implication marquée : 44 % déclarent fréquemment (plusieurs fois par mois) et 16 % systématiquement dès qu'un événement survient. Ces résultats traduisent une bonne acculturation aux

dispositifs de signalement, liée à leur exposition directe et quotidienne aux situations à risque.

À l'inverse, le personnel classé comme "autre" (ex. : admissionnistes, brancardiers...) présente un taux de non-déclaration élevé, avec 47,8 % de répondants déclarant n'avoir jamais signalé d'événement. Ce chiffre peut refléter un manque d'information, une méconnaissance de leur rôle potentiel dans la déclaration, ou un sentiment de non-légitimité.

Les AS occupent une position intermédiaire : 38 % indiquent n'avoir jamais déclaré, tandis que seulement 31 % le font souvent ou très souvent. Cette répartition suggère une dynamique plus fragmentée, où certains se sentent impliqués, tandis que d'autres restent en retrait.

Le personnel médical, malgré son rôle central dans la prise en charge des patients, apparaît comme moins impliqué. Près d'un tiers ne déclare jamais, et peu évoquent des signalements fréquents. Cela peut s'expliquer par des contraintes organisationnelles, un manque de sensibilisation, ou une moindre intégration de cette pratique dans leur fonctionnement quotidien.

Enfin, les AP semblent très engagées, avec 100 % de déclarations fréquentes. Ce résultat, bien que positif, doit toutefois être interprété avec prudence en raison du très faible effectif interrogé dans cette catégorie (n = 2).

Cette forte implication des IDE peut sembler contradictoire avec les freins exprimés, notamment le manque de temps. En réalité, cela montre que tous ne vivent pas la déclaration de la même manière. Il ne s'agit pas d'une contradiction, mais plutôt d'une différence de vécu au sein du même groupe professionnel.

Quelle est, selon vous, la principale raison qui poussent vos collègues à ne pas déclarer une erreur ?

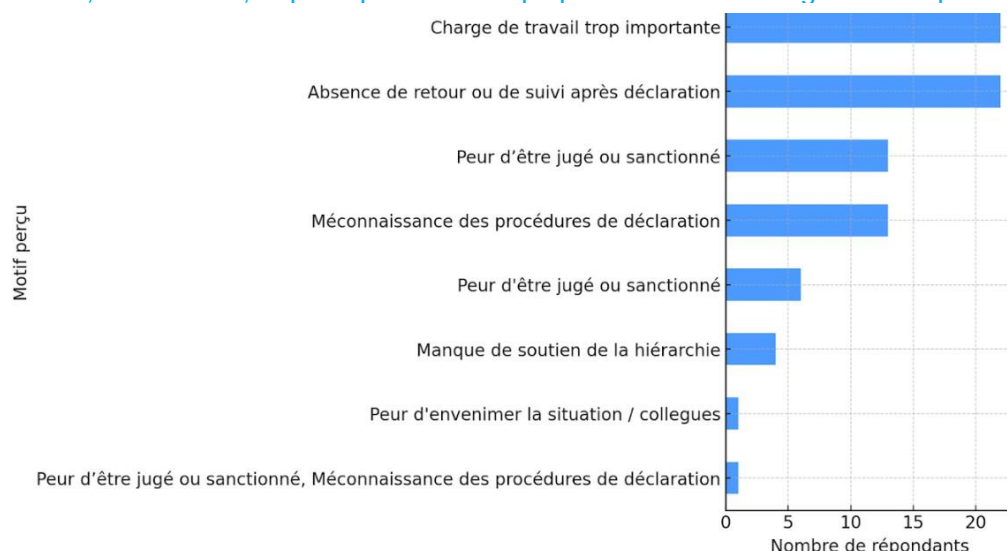


Figure 5 - Raisons perçues de non-déclaration des collègues

Lorsqu'on demande aux répondants pourquoi, selon eux, leurs collègues ne déclarent pas les événements indésirables, deux raisons principales se détachent nettement : la charge de travail trop importante et l'absence de retour ou de suivi après déclaration, toutes deux citées par 22 répondants. Ces éléments renvoient à des freins de nature organisationnelle et systémique, perçus comme récurrents dans les établissements de santé.

Viennent ensuite la peur d'être jugé ou sanctionné (13 réponses) et la méconnaissance des procédures de déclaration (13 réponses également), qui relèvent davantage de freins culturels ou informationnels.

Plus marginalement, certains répondants mentionnent le manque de soutien de la hiérarchie (4 réponses) ou la crainte d'envenimer une situation avec un collègue (via la case « autre »). Ces réponses traduisent des inquiétudes plus relationnelles, révélant que la déclaration peut aussi être perçue comme un acte potentiellement conflictuel.

Dans l'ensemble, ces réponses traduisent une perception partagée : la déclaration est jugée utile mais reste perçue comme contraignante, peu valorisée et parfois sensible sur le plan humain.

C.1.2 - Obstacles techniques et organisationnels à la déclaration

Comment jugez-vous l'accessibilité et l'utilisabilité du logiciel de déclaration ?

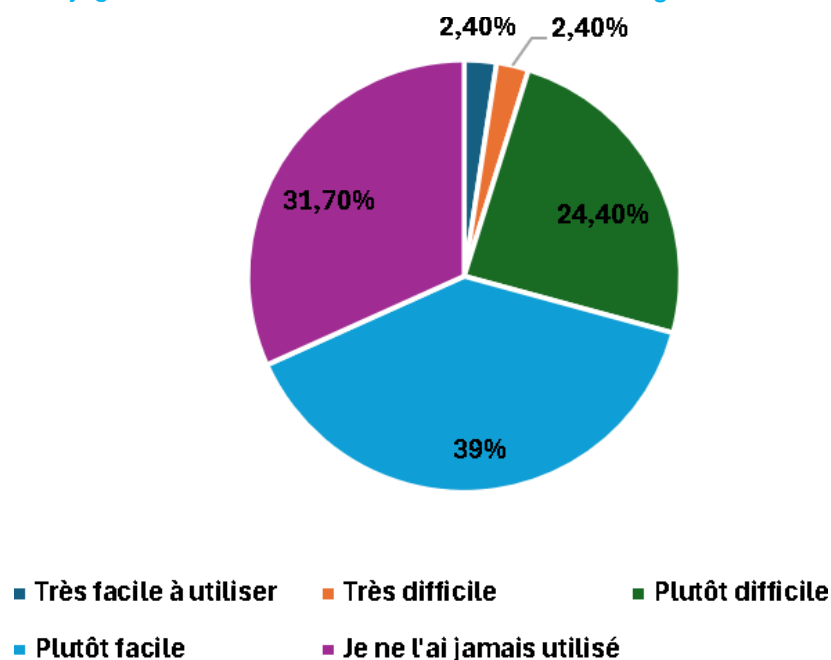


Figure 6 - Connaissance et usage du logiciel Gérimed

La Figure 6 présente la perception des professionnels concernant l'utilisation du logiciel Gérimed, outil dédié à la déclaration des événements indésirables.

Parmi les répondants, 39 % jugent le logiciel plutôt facile à utiliser, et 2,4 % le trouvent très facile, ce qui représente un total de 41,4 % d'opinions globalement positives. À l'inverse, 24,4 % le trouvent plutôt difficile, et 2,4 % le qualifient de très difficile à utiliser, ce qui indique une certaine hétérogénéité dans les perceptions d'ergonomie et de fluidité.

Un élément important ressort : 31,7 % des répondants déclarent n'avoir jamais utilisé Gérimed. Cette donnée met en lumière un enjeu d'appropriation de l'outil, qui peut s'expliquer par la fonction occupée, l'exposition aux événements indésirables, ou encore l'absence de formation spécifique. Ce constat concerne en particulier les nouveaux arrivants ou les professionnels moins fréquemment impliqués dans les démarches déclaratives.

Dans l'ensemble, les réponses traduisent une diffusion réelle mais incomplète du logiciel au sein de l'établissement, et suggèrent que la simple existence d'un outil ne garantit pas sa maîtrise ni son usage effectif.

Pensez-vous avoir suffisamment de temps dans votre quotidien pour déclarer un EI ?

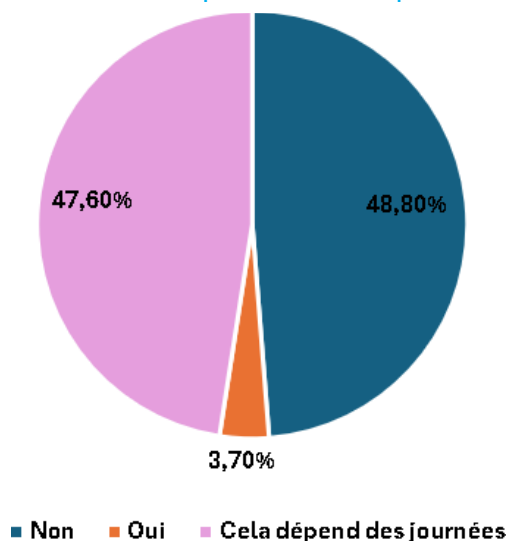


Figure 7 - Perception du temps disponible pour déclarer un EI

La Figure 7 met en évidence une perception globalement partagée : pour 48,8 % des répondants, le temps disponible pour déclarer dépend des journées, tandis que 47,6 % estiment ne jamais en avoir réellement. Seuls 3,7 % déclarent disposer systématiquement du temps nécessaire.

Contrairement au frein exprimé ponctuellement au moment de l'acte déclaratif (cf. Figure 3), cette question explore un ressenti plus général. Ici, le manque de temps est vécu comme un problème structurel et récurrent, intégré dans l'organisation du travail. La déclaration reste perçue comme une tâche secondaire, à réaliser "quand on peut", souvent reléguée derrière d'autres priorités. Cela conforte l'idée que pour favoriser l'engagement, il ne suffit pas de former ou d'encourager : il faut aussi repenser les conditions concrètes dans lesquelles s'inscrit l'acte de déclarer.

Pour conclure, les résultats cumulés des sous-parties C.1.1 et C.1.2 confirment l'hypothèse H1 : le manque de temps, combiné à des freins structurels, constitue bien l'un des principaux obstacles à la déclaration des événements indésirables selon les répondants.

C.1.3 - Connaissance et perception de la culture positive de l'erreur

Cette sous-partie s'attarde sur la manière dont les professionnels perçoivent la reconnaissance managériale autour du signalement des événements indésirables. Elle permet d'évaluer la validité de l'hypothèse H2, selon laquelle un manque de

reconnaissance ou de soutien institutionnel peut freiner l'implication des professionnels dans la déclaration.

Avez-vous déjà entendu parler de la notion de « culture positive de l'erreur ? »

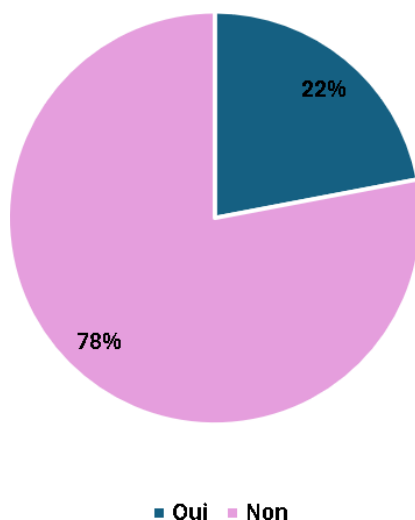


Figure 8 - Perception de la culture positive de l'erreur

La Figure 8 présente les réponses des professionnels concernant leur connaissance de la notion de culture positive de l'erreur. Seuls 22 % des répondants déclarent en avoir entendu parler, tandis que 78 % indiquent ne pas connaître ce concept.

Ce résultat met en évidence une diffusion encore très limitée de la culture de l'erreur dans l'établissement. Malgré son inscription dans les référentiels de la HAS et les politiques de sécurité des soins, cette notion semble peu connue sur le terrain, y compris par les professionnels en lien direct avec le patient.

Le taux de non-connaissance, largement majoritaire, suggère que la culture de sécurité n'est pas encore pleinement intégrée dans les représentations collectives, ni dans les pratiques de déclaration. Cette donnée résonne avec d'autres éléments de l'enquête, notamment le besoin de formation, le manque de retour d'expérience et la perception d'un climat peu valorisant autour du signalement.

Diriez-vous que votre établissement valorise la déclaration des erreurs ?

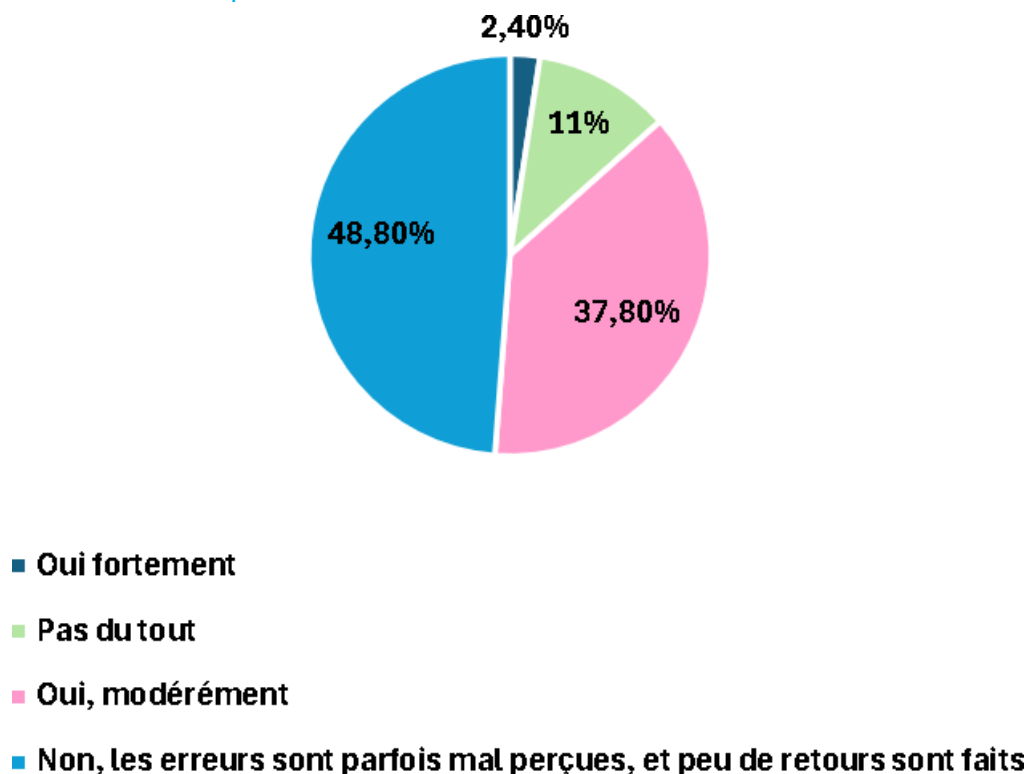


Figure 9 - Perception de la valorisation de la déclaration par l'établissement

La Figure 9 présente la manière dont les professionnels perçoivent la valorisation de la déclaration d'événements indésirables au sein de leur établissement.

Près de la moitié des répondants (48,8 %) considèrent que la déclaration est modérément valorisée, tandis que 37,8 % estiment qu'elle l'est fortement. À l'inverse, 11 % des participants affirment que la déclaration n'est pas du tout valorisée, et 2,4 % indiquent que les erreurs sont encore mal perçues, avec peu de retours concrets.

Ces données traduisent une perception globalement positive mais nuancée : bien que la majorité reconnaisse une certaine reconnaissance de l'acte déclaratif, une part non négligeable des professionnels évoque un manque de valorisation ou un climat encore défensif. Cette perception peut impacter l'implication individuelle, en particulier dans les situations où la déclaration n'est pas suivie d'un retour visible ou d'une reconnaissance symbolique.

Pour conclure, les résultats obtenus confirment l'hypothèse H2 : une absence de reconnaissance managériale ou de valorisation du déclarant limite clairement l'engagement des professionnels dans la déclaration. Cette dimension relationnelle et

organisationnelle apparaît comme un levier d'action majeur pour renforcer la culture de sécurité.

C.1.4 - Propositions et attentes

Cette dernière sous-partie de l'analyse terrain est axée sur les propositions et attentes formulées spontanément par les répondants. Elle offre un éclairage opérationnel précieux sur les leviers d'amélioration souhaités, notamment en matière de formation, ce qui permet de mettre à l'épreuve l'hypothèse H3.

Que faudrait-il mettre en place pour que vous vous sentiez à l'aise de déclarer une erreur ?

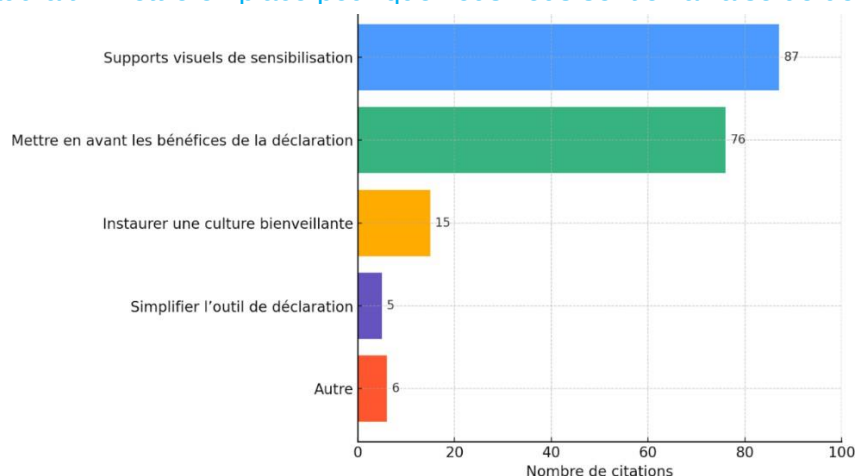


Figure 10 - Leviers proposés pour favoriser la déclaration d'erreurs

Cette figure synthétise les leviers proposés par les professionnels pour encourager la déclaration d'événements indésirables. Deux propositions se distinguent très nettement : les supports visuels de sensibilisation (87 citations) et le fait de mettre en avant les bénéfices concrets de la déclaration (76 citations). Ces suggestions traduisent une attente forte de communication claire, visuelle et opérationnelle sur le sens de la démarche.

Derrière ces deux leviers principaux, d'autres propositions émergent plus marginalement : l'instauration d'une culture bienveillante (15 citations), la simplification de l'outil de déclaration (5 citations) et quelques suggestions classées dans la catégorie "Autre" (6 citations).

Parmi ces réponses "autres", on peut noter par exemple :

- "Organiser une campagne annuelle sur la culture de l'erreur"

- “Présenter des retours d’expérience concrets en réunion”
- “Inclure la déclaration dans les objectifs d’évaluation professionnelle”
- “Nommer une personne ressource dans chaque service”
- “Valoriser les erreurs formatrices lors des entretiens individuels”
- “Intégrer la culture de l’erreur dans les journées qualité ou les semaines sécurité”

Ces idées confirment que, pour de nombreux professionnels, la déclaration ne doit pas être réduite à un simple acte administratif, mais devenir un levier reconnu de progression collective, soutenu par des actions visibles, incarnées et valorisantes.

Quels types de formations ou sensibilisations seraient utiles pour améliorer la culture de l'erreur ?

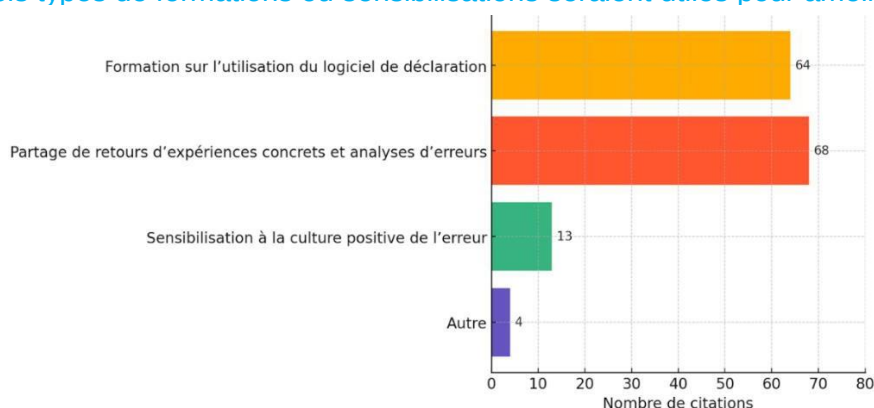


Figure 11 - Formations et sensibilisation souhaitées par les répondants

Cette figure présente les types de formations ou actions de sensibilisation les plus souhaitées par les professionnels pour améliorer la déclaration des événements indésirables.

En tête des attentes, on retrouve le partage de retours d’expériences concrets et l’analyse d’erreurs (68 citations), suivi de près par la formation à l’utilisation du logiciel de déclaration (64 citations). Ces deux priorités soulignent un besoin fort de formations opérationnelles et applicables dans le quotidien, centrées à la fois sur les outils et sur l’apprentissage par l’exemple.

La sensibilisation à la culture positive de l’erreur est moins fréquemment citée (13 réponses), ce qui peut refléter une moindre familiarité avec ce concept, ou une priorité donnée à des contenus plus pratiques et immédiats.

Enfin, quelques propositions classées dans “Autre” (4 citations) mentionnent, à titre d’exemples :

- "Mettre en place une formation obligatoire lors de l'intégration"
- "Créer des vidéos courtes sur les erreurs fréquentes"
- "Utiliser des jeux de rôle pour simuler les déclarations"
- "Organiser une réunion annuelle de retour d'expérience interservices"

Ces suggestions confirment que les professionnels sont en attente de formats dynamiques, accessibles et ancrés dans leurs réalités de terrain.

En complément de ces données quantitatives, les réponses ouvertes ont permis de recueillir des propositions plus libres, offrant un éclairage qualitatif sur les leviers attendus ou perçus comme manquants dans l'organisation actuelle.

Les réponses ouvertes aux questions 25 et 29 ont permis de recueillir des suggestions concrètes formulées par les professionnels. Après regroupement thématique, plusieurs attentes prioritaires ressortent :

- Le besoin d'un retour systématique sur les déclarations effectuées (12 citations),
- Une implication plus visible de la hiérarchie (8 citations),
- Une meilleure visibilité des actions correctives engagées (6 citations),
- Des demandes en faveur d'une formation continue (5 citations),
- Et des remarques sur un outil jugé trop lourd ou chronophage (4 citations).

Ces éléments, exprimés librement, complètent les tendances quantitatives précédemment observées, et seront mobilisés dans la partie D pour alimenter les leviers d'action proposés.

Par ailleurs, les répondants ont été interrogés sur leur connaissance et leur implication dans les Comités Opérationnels des Risques (COR). Environ 54 % déclarent ne pas connaître ces dispositifs ou ne pas comprendre leur rôle. Seuls 6 % y participent activement, tandis qu'un peu plus de 25 % les connaissent mais y participent peu ou pas.

Enfin, à la question de l'implication potentielle, les réponses révèlent une disponibilité conditionnelle :

- 29 % se disent prêts à s'impliquer davantage à condition que leur emploi du temps le permette,
- 17 % se déclarent intéressés sous réserve d'en savoir plus,
- Tandis que 32 % affirment ne pas souhaiter y participer, évoquant un manque d'intérêt ou un manque de temps.

Ces résultats révèlent une méconnaissance persistante des COR, mais aussi une ouverture à l'implication chez une partie du personnel, à condition que des actions d'information et des conditions d'accès plus souples soient mises en place.

Les répondants ont également été interrogés sur leur participation aux RMM.

Les résultats révèlent une implication très variable selon les professionnels. Une partie des répondants déclare ne pas y avoir accès, ou ne pas comprendre précisément leur fonctionnement.

D'autres indiquent y avoir déjà participé, mais rarement.

Ces éléments suggèrent que les RMM, bien que reconnues comme outil d'analyse collective, restent encore perçues comme peu intégrées dans les démarches de gestion des erreurs au quotidien, ou réservées à certains corps professionnels (notamment médicaux).

Pour conclure, l'hypothèse H3 est ici appuyée par les retours des professionnels : nombreux sont ceux qui expriment le besoin d'être formés aux procédures de déclaration, aux outils utilisés ou aux enjeux liés à la culture de sécurité. La formation est perçue non seulement comme un levier de compréhension mais aussi comme une reconnaissance du rôle actif du professionnel dans la gestion des risques.

C.1.5 - Conclusion

L'analyse des réponses recueillies au sein de la Clinique Saint-Amé met en évidence plusieurs tendances structurantes. Les comportements déclaratifs apparaissent globalement positifs, avec une majorité de professionnels ayant déjà déclaré au moins un EI. Toutefois, la fréquence de déclaration reste inégale selon les professions, et les freins identifiés notamment le manque de temps (H1), la faible lisibilité des outils ou l'absence de retour pèsent encore sur l'engagement quotidien.

La perception de la culture positive de l'erreur reste limitée, ce qui peut refléter un besoin de sensibilisation accrue. Par ailleurs, de nombreux répondants soulignent un manque de reconnaissance managériale (H2) et de soutien visible de la part des encadrants. À l'inverse, les attentes exprimées sont claires et constructives : formations concrètes, outils simplifiés, retours systématiques sur les déclarations – autant d'éléments qui valident l'hypothèse d'un besoin de formation pour renforcer la dynamique déclarative (H3).

Enfin, les dispositifs d'analyse collective comme les RMM ou les COR demeurent encore sous-utilisés, suggérant l'intérêt de renforcer la dimension interprofessionnelle de la gestion des risques. Ces constats viendront nourrir la réflexion comparative avec les résultats externes en C.2, avant d'aboutir à des recommandations managériales concrètes en partie D.

C.2 - Analyse comparative des résultats internes et externes

Dans le prolongement de l'enquête menée à la Clinique Saint-Amé, une seconde étude a été diffusée sur le réseau LinkedIn pour confronter les résultats internes à une vision plus large. Elle a permis d'interroger des professionnels exerçant dans différents types d'établissements sanitaires. Cette comparaison visait à faire ressortir à la fois des constantes et des différences dans les freins à la déclaration des événements indésirables.

Au total, 51 professionnels de santé ont participé à cette seconde enquête. La majorité d'entre eux exercent en clinique privée (51 %), suivis des établissements de santé privés d'intérêt collectif (25,5 %) et des centres hospitaliers universitaires (23,5 %). Cette démarche comparative visait à faire ressortir les constantes mais aussi les contrastes, en analysant les freins à la déclaration d'événements indésirables dans divers contextes organisationnels. Il est important de noter que cette surreprésentation du privé s'explique notamment par une diffusion active du questionnaire au sein du pôle Artois du groupe Ramsay Santé, ce qui n'exclut pas la participation de professionnels d'autres établissements.

Du point de vue des fonctions exercées, les IDE constituent le groupe professionnel le plus représenté (45,1 %), devant les AS (27,5 %), les personnels médicaux (15,7 %) et d'autres acteurs du soin ou du management (11,8 %) tels que cadres de

santé/responsables d'unités de soin ou responsable d'études clinique. Cette diversité de profils permet une analyse enrichie des perceptions selon les fonctions.

En cohérence avec la structuration générale du mémoire, il a été choisi de ne pas dupliquer l'analyse graphique et détaillée réalisée pour l'enquête interne, afin de préserver l'équilibre et la lisibilité de l'ensemble. Les résultats de cette seconde enquête sont donc présentés de manière synthétique, à travers les enseignements les plus significatifs, en mettant en lumière les convergences, écarts et spécificités par rapport aux résultats obtenus dans la clinique.

C.2.1 - Points de convergence entre les deux études

L'un des premiers éléments de comparaison concerne le taux de déclaration des événements indésirables. Il s'élève à 60,8 % dans l'enquête externe, contre 64,6 % à la Clinique Saint-Amé. Cela laisse penser que les comportements de signalement sont influencés par des facteurs communs à l'ensemble du secteur sanitaire.

Cependant, certaines différences notables apparaissent lorsqu'on s'intéresse aux conditions de déclaration. Le manque de temps est cité comme un frein majeur par 80,4 % des répondants externes, alors qu'ils sont 48,1 % à formuler la même réponse à la Clinique Saint-Amé. Ce décalage de plus de 30 points montre que dans certains environnements, les conditions de travail rendent encore plus difficile le fait de trouver du temps pour déclarer.

Un autre écart important concerne la reconnaissance managériale. Tandis que 31,4 % des répondants externes estiment que leur établissement valorise la déclaration, ils ne sont que 2,4 % à le penser à la Clinique Saint-Amé. Ce décalage met en évidence un manque global de valorisation de la déclaration par les directions. Il souligne aussi le rôle essentiel que peut jouer le management dans le développement d'une culture de l'apprentissage à partir des erreurs.

Concernant la notion de "culture positive de l'erreur", les niveaux de connaissance restent globalement faibles dans les deux enquêtes : 17,6 % dans l'étude externe contre 22 % à la Clinique. Cette donnée confirme un besoin partagé de formation et de sensibilisation autour de ce concept encore peu connu.

C.2.2 - Spécificités selon les types d'établissements

L'analyse comparative révèle également des variations marquées selon le type d'établissement. Les cliniques privées apparaissent comme les structures les plus en difficulté en matière de déclaration, avec un taux de signalement limité à 38,5 %. Ce chiffre s'accompagne d'un fort sentiment de manque de temps (84,6 %) et d'une reconnaissance institutionnelle perçue comme très faible (15,4 %). Ces résultats peuvent refléter un environnement où la performance prime souvent sur la qualité.

Les CHU, à l'inverse, présentent des résultats plus équilibrés. Avec 83,3 % de professionnels déclarants, des contraintes de temps moins élevées (66,7 %) et une valorisation ressentie par la moitié des répondants, ces structures semblent davantage engagées dans une dynamique de signalement et de reconnaissance. Pour autant, même dans ces établissements, 50 % des professionnels ne perçoivent pas de valorisation suffisante, ce qui montre que des marges de progrès subsistent.

Les ESPIC se distinguent par un fort taux de déclaration (84,6 %) malgré un contexte perçu comme contraignant (84,6 % citent le manque de temps). Toutefois, la reconnaissance managériale, jugée satisfaisante par près de la moitié des professionnels, semble jouer un rôle important dans leur mobilisation.

C.2.3 - Perceptions différenciées selon les professions

Les IDE apparaissent comme les plus engagés, avec un taux de déclaration de 73,9 %, même si 95,7 % d'entre eux évoquent le manque de temps. Cela montre qu'ils restent impliqués malgré des conditions de travail parfois difficiles.

Les AS, quant à eux, déclarent à un niveau bien inférieur (42,9 %), ce qui peut s'expliquer par une moindre appropriation des outils ou une méconnaissance de leur rôle dans le processus de déclaration. Pourtant, ceux qui déclarent le font de façon régulière, ce qui tend à montrer que l'adhésion est forte une fois la démarche engagée.

Le personnel médical reste très peu impliqué (25 % de déclarants), ce qui rejoint les difficultés rencontrées lors de la diffusion du questionnaire : il a été compliqué d'obtenir leurs réponses. Cela traduit une distance persistante entre cette catégorie

professionnelle et les outils de déclaration, souvent perçus comme peu prioritaires ou chronophages.

Enfin, les autres professionnels interrogés, notamment ceux qui travaillent déjà dans la qualité ou les fonctions support, déclarent tous avoir déjà signalé un événement, ce qui s'explique probablement par leur proximité avec les démarches de gestion des risques.

C.2.4 - Principaux enseignements transversaux

Plusieurs constats se dégagent de cette comparaison : le manque de temps est un frein majeur, particulièrement dans les cliniques privées et chez les IDE ; la culture positive de l'erreur reste peu connue ; la reconnaissance managériale est perçue comme insuffisante dans de nombreux contextes.

Ces éléments montrent que la présence d'un outil de déclaration ne suffit pas à encourager son utilisation. Pour que les professionnels s'impliquent, il faut réunir certaines conditions : avoir du temps, savoir pourquoi on déclare, disposer d'un outil simple, et sentir que l'institution valorise la démarche. Ces points seront approfondis dans la partie suivante du mémoire, dédiée aux leviers d'action managériaux.

C.2.5 - Tableau récapitulatif

Tableau 2 - Comparatif des résultats internes et externes

Thématiques	Résultats internes (Clinique Saint-Amé)	Résultats externes
Taux de déclaration	33.3 % déclarent systématiquement	45.6% déclarent systématiquement
Manque de temps	48.1% citent le manque de temps	61.1 % citent le manque de temps
Reconnaissance managériale	Faible reconnaissance ressentie	Reconnaissance également faible
Connaissance des dispositifs	Dispositifs peu connu	Dispositifs mieux identifiés
Souhait de formation	Forte attente de formation	Souhait de formation largement exprimé

C.3 - Conclusion

L'analyse des résultats a permis de dégager plusieurs constats clés, notamment le manque de temps, le manque de retour sur les signalements, et la difficulté pour les équipes à s'approprier les outils existants. La comparaison entre les deux enquêtes a mis en évidence des points communs significatifs, tout en faisant ressortir des différences selon les types d'établissement ou les fonctions exercées. Ces enseignements constituent un appui solide pour formuler, dans la dernière partie, des leviers d'action concrets et managériaux en faveur d'une culture positive de l'erreur.

PARTIE D : ENSEIGNEMENTS ET LEVIERS À DISPOSITION DE LA DIRECTION

À partir des enseignements tirés des enquêtes interne et externe, cette dernière partie propose une réflexion managériale sur les moyens d'impulser une culture positive de l'erreur dans les établissements de santé. Elle s'attache à identifier les leviers d'action à la disposition de la direction, à la lumière des attentes des professionnels, des freins persistants et des bonnes pratiques repérées. Si certaines attentes prioritaires ont émergé plus fortement que d'autres, l'ensemble des leviers proposés vise à agir sur tous les déterminants de la culture de l'erreur : techniques, cognitifs, organisationnels et managériaux.

D.1 - Interprétation des résultats au regard de la problématique

L'étude menée avait pour objectif de comprendre comment la direction peut mobiliser les professionnels autour d'une culture positive de l'erreur. L'analyse croisée des deux enquêtes met en évidence plusieurs freins persistants, perçus comme des obstacles à l'engagement déclaratif.

La déclaration est perçue comme utile, mais reste freinée par un manque de temps, une faible reconnaissance institutionnelle, un défaut de retour aux déclarants, ainsi qu'une connaissance inégale du dispositif. Ces constats révèlent un écart entre la volonté individuelle de faire progresser les pratiques et la réalité organisationnelle.

Au-delà de ces constats, l'étude montre aussi l'importance de l'environnement professionnel dans l'adhésion au processus déclaratif : la posture managériale, la disponibilité d'un temps dédié et la clarté des procédures sont des leviers jugés décisifs. Sans ces conditions, la culture de l'erreur peine à s'ancrer durablement.

D.2 - Discussion avec la littérature

Les résultats des deux enquêtes rejoignent largement ce que la littérature décrit depuis plusieurs années sur la sécurité des soins et la culture de l'erreur. Reason, dans sa théorie de la "culture juste", rappelle que les organisations les plus sûres sont celles qui savent apprendre de leurs erreurs sans blâmer les professionnels [2]. Cette

idée se vérifie ici, puisque la peur d'être jugé ou sanctionné reste un frein bien réel, évoqué par de nombreux répondants.

La HAS insiste également, dans ses référentiels récents, sur l'importance d'un engagement fort de l'encadrement, fondé sur la confiance, la transparence et la reconnaissance [13][8]. Or, dans les deux échantillons, la grande majorité des professionnels disent ne jamais recevoir de retour après leurs déclarations. Cela montre que la boucle de l'apprentissage est encore rarement bouclée en pratique.

Le manque de temps ressort comme le frein principal. Ce constat n'est pas nouveau. Il est déjà documenté dans plusieurs publications. Le problème n'est pas un rejet de la déclaration, mais plutôt une impossibilité concrète de l'intégrer dans un quotidien déjà surchargé. Dans certains secteurs comme l'aviation ou au Canada, des créneaux spécifiques sont intégrés dans les plannings pour permettre aux équipes de signaler les incidents [16]. Cela montre que des réponses organisationnelles concrètes peuvent être mises en place.

La faible connaissance de la culture de l'erreur, relevée dans les deux enquêtes (autour de 20 % de répondants sensibilisés), rappelle l'importance de la formation continue. Les guides de la HAS sur les EIAS recommandent de rendre la déclaration plus claire et accessible, de former les équipes à l'utilisation des outils, et d'expliquer clairement à quoi sert cette démarche [13]. Cela concerne en particulier les professionnels moins familiers des démarches qualité, comme les AS ou les nouveaux arrivants.

Enfin, un écart important est apparu dans la perception de la valorisation managériale. Alors que 31,4 % des répondants externes estiment que leur établissement reconnaît la déclaration, ils ne sont que 2,4 % à le penser à la Clinique Saint-Amé. Cet écart illustre à quel point la reconnaissance ou son absence influence l'engagement des professionnels. Lorsqu'il n'y a pas de retour, pas de suivi ou pas de reconnaissance, la déclaration perd de son sens.

Ces constats, étayés par la littérature, permettront de construire une stratégie managériale ciblée, présentée dans la dernière partie de ce mémoire.

D.3 - Recommandations managériales : agir à partir des enseignements de l'étude

L'analyse des résultats obtenus lors des deux enquêtes, confrontée aux référentiels institutionnels (HAS, OMS), met en évidence des leviers d'action concrets et mesurables pour faire progresser la culture de l'erreur dans les établissements sanitaires. Conformément à la logique qualité fondée sur la boucle "Mesurer - Analyser - Agir", cette partie propose un plan structuré autour de cinq axes majeurs.

Ces recommandations s'inscrivent dans une logique réaliste, opérationnelle et adaptable, à partir des constats partagés par les professionnels de terrain. Pour en faciliter la mise en œuvre et l'évaluation, chaque action est formulée selon une logique opérationnelle : [Enseignement / Action / Exemple d'opérationnalisation terrain / Moyens / Indicateurs](#), à laquelle est associée une lecture [Qualité / Coût / Délai \(QCD\)](#) inspirée du modèle d'amélioration continue (voir figure ci-dessous). Cette grille synthétique permet de piloter le projet dans une logique de management par la qualité. Le tout sera résumé en fin de partie dans un tableau de pilotage synthétique, en cohérence avec les principes du management de la qualité par la qualité.

Le triangle Qualité – Coût - Délai

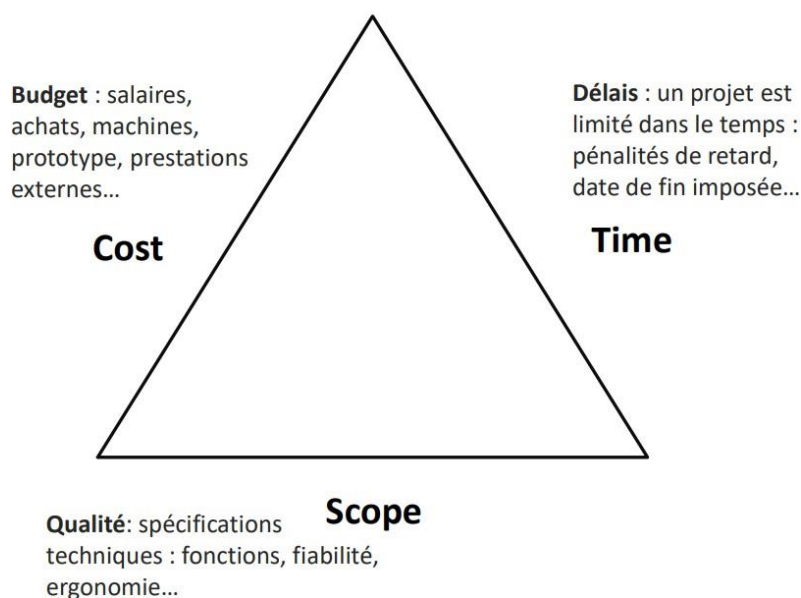


Figure 12 - Triangle Qualité - Coût - Délai

D.3.1 - Institutionnaliser un temps dédié à la déclaration

Ce premier levier répond à un obstacle majeur identifié dans les deux enquêtes : le manque de temps. Pour favoriser les déclarations, il s'agit d'institutionnaliser un temps dédié, visible et traçable dans l'organisation du travail.

Enseignement tiré :

Le manque de temps est identifié comme le frein principal, aussi bien dans l'enquête interne qu'externe. Ce constat, récurrent dans la littérature qualité, confirme que la déclaration d'événements indésirables ne peut dépendre du volontariat ou du "temps disponible".

Action proposée :

Instaurer formellement un créneau dédié à la déclaration, à hauteur de 30 minutes par professionnel et par semaine, intégré dans les plannings. Cette démarche vise à reconnaître le signalement comme un acte de soin à part entière, inscrit dans le temps de travail. Il devra être accompagné d'une sensibilisation ciblée, expliquant que déclarer permet de remonter des dysfonctionnements concrets et d'enclencher des améliorations utiles au terrain.

Exemple d'opérationnalisation terrain :

Une mise en œuvre concrète repose sur une note d'organisation validée en CME, précisant les modalités d'intégration du créneau "qualité" dans les plannings. Un modèle-type d'emploi du temps est transmis aux cadres, accompagné d'un ensemble de supports pratiques (affiche explicative, fiche "Pourquoi ce temps", fiche de suivi). Cette formalisation renforce la légitimité du temps dédié à la déclaration et facilite son appropriation.

En parallèle, une campagne de sensibilisation rappelle que signaler un événement, c'est contribuer à résoudre des problèmes concrets (organisation, matériel, coordination...).

Ce repositionnement du sens donné à la déclaration, elle transformerait la perception de la déclaration d'une tâche administrative en un levier de résolution de problèmes et une responsabilité partagée.

Moyens à mobiliser :

- Mention dans les fiches de poste du temps dédié à la qualité/sécurité.
- Intégration de cette activité dans les outils de planification RH.

- Appui du service qualité pour concevoir les supports pédagogiques (« Pourquoi ce temps »)
- Animation des temps de débriefing par les cadres, avec traçabilité.

Indicateur de suivi :

- % de professionnels disposant d'un créneau déclaré qualité/risques.
- Nombre de déclarations rapportées au temps dédié.
- Inclusion dans les indicateurs suivis en Commission Médicale d'Établissement (CME) / Comité de Pilotage qualité (COPIL).
- Evolution du taux de déclaration dans les services concernés.

Tableau 3 - Évaluation QCD - Levier temps dédié à la déclaration

Axe	Concrètement, cela veut dire...
Qualité (Scope)	Légitimer la déclaration comme acte professionnel reconnu, et montrer que signaler un événement permet de résoudre des dysfonctionnements concrets et d'améliorer le quotidien.
Coût (Cost)	Temps de travail à rémunérer, organisation à adapter, suivi RH et accompagnement des équipes
Délai (Time)	30 minutes par personnes et par semaine, intégrées dans les emplois du temps, suivies chaque trimestre. Phase pilote sur 1 à 2 services dans les 3 mois, déploiement progressif sur 6 à 9 mois

D.3.2 - Renforcer les compétences pour faire vivre la culture de l'erreur

Le deuxième levier cible les freins cognitifs : mauvaise compréhension de la culture de l'erreur. Il s'agit de structurer un parcours de formation progressif et adapté, avec une formation de base pour l'ensemble du personnel, et, à moyen terme, un Diplôme Universitaire Qualité (DU) pour les professionnels volontaires impliqués dans les démarches qualité.

Enseignement tiré :

Moins d'un professionnel sur cinq connaît réellement le sens de la culture positive de l'erreur. Cette méconnaissance freine l'adhésion au système déclaratif, surtout chez les professionnels moins exposés aux démarches qualité (AS, personnels de nuit, nouveaux arrivants...).

Action proposée :

Mettre en place un plan de formation structuré autour de deux niveaux :

- Une formation de base devra être intégrée au parcours d'accueil pour sensibiliser les professionnels au sens du signalement, expliquer ce qu'est un EI, pourquoi on déclare, et où se trouve l'outil. Elle ne vise pas à former à l'outil en lui-même, mais à développer un premier réflexe déclaratif. L'appropriation pratique du logiciel est détaillée dans le levier D.3.4.
- Identifier dans chaque unité un professionnel volontaire (IDE, AS...) comme relais qualité local.
Ce relais peut, en lien avec l'encadrement : encourager les premières déclarations, répondre aux questions des collègues, relayer les messages-clés qualité, et contribuer à rendre la culture qualité plus visible et plus partagée au quotidien.
- Enfin, à moyen terme, 1 à 2 professionnels volontaires par an peuvent être inscrits à un Diplôme Universitaire Qualité/Risques (DU).
Ce DU, financé via le Plan de Développement des Compétences (PDC), permettrait : d'approfondir les outils d'analyse des risques, de former des animateurs d'ateliers qualité, et de renforcer la posture de leadership qualité dans les services.

Exemple d'opérationnalisation terrain :

La démarche commence par un quiz diagnostique pour ajuster les contenus aux besoins identifiés.

Une fiche repère, listant les événements déclarables avec des exemples concrets, est remise systématiquement aux nouveaux arrivants.

Ce document de référence est intégré à la gestion documentaire, afin de développer un réflexe déclaratif durable.

Sur le terrain, les professionnels identifiés comme relais (IDE, AS...) accompagnent les premières déclarations, assurant une continuité pédagogique et un soutien immédiat.

Moyens à mobiliser :

- Modules de formation courtes (vidéos, e-learning de 15 minutes) intégrés dans le plan de formation obligatoire.
- Identification d'un professionnel relais dans chaque unité (soignant volontaire).

- Budget formation affecté pour financer 1 à 2 DU qualité.

Indicateurs de suivi :

- Taux de participation au module de sensibilisation.
- Nombre de professionnels ayant reçu la formation de base.
- Nombre de relais identifiés dans les services
- Nombre de DU financés par l'établissement (objectif : 2 sur l'année à venir).

Tableau 4 - Évaluation QCD - Levier renforcement des compétences en culture de l'erreur

Axe	Concrètement, cela veut dire...
Qualité (Scope)	Améliorer la compréhension de la démarche, développer une culture commune, faciliter l'acte de déclaration.
Coût (Cost)	Coût des formations (interne et DU), temps de libération des professionnels, accompagnement RH.
Délai (Time)	Sensibilisation à court terme (3 mois), montée en compétences (6 à 12 mois pour les DU).

D.3.3 - Soutenir une posture managériale bienveillante

Le troisième levier vise à agir sur les freins culturels. La peur d'être jugé ou sanctionné reste un frein fort. Le rôle des cadres de santé est ici déterminant pour instaurer un climat de confiance, favoriser l'expression, et faire vivre une culture juste.

Enseignement tiré :

Les résultats montrent que l'attitude de l'encadrement a un impact direct sur l'implication du personnel dans la déclaration. Lorsque la déclaration est perçue comme une source de tensions ou de sanctions potentielles, elle est évitée. À l'inverse, une posture managériale ouverte et soutenante favorise l'engagement. Or, de nombreux professionnels estiment manquer de reconnaissance, de clarté et de soutien sur ces sujets.

Action proposée : Favoriser un leadership de proximité axé sur l'écoute, l'exemplarité et le droit à l'erreur :

- Former les cadres de santé à la culture "juste", à la gestion des émotions post-erreur, et à l'animation de retours d'expérience (CREX).
- Intégrer un module spécifique sur la culture positive de l'erreur dans les formations managériales internes.

- Organiser, tous les deux mois, des ateliers de retour d'expérience (type CREX pédagogique), centrés sur la compréhension des causes et la recherche de solutions, non sur la faute.
- Inscrire des éléments de posture managériale bienveillante dans les fiches de poste et les entretiens annuels.
- Mettre en place une charte de la déclaration sans sanction, co-construite avec les professionnels et la direction.

Exemple d'opérationnalisation terrain :

Un atelier court à destination des cadres (1h30 à 2h) comprend 4 séquences :

- Brise-glace autour d'une erreur fictive
- Apport théorique sur la culture juste (modèle de Reason, rôle du manager)
- Jeu de rôle simulant un retour à un déclarant
- Temps de synthèse collective

En fin de session, chaque cadre serait invité à identifier une action simple à mettre en œuvre dès la semaine suivante dans son équipe, afin de favoriser un changement rapide, visible et durable.

Chaque participant repart avec :

- Une fiche sur les principes de culture juste
- Une grille des postures managériales soutenantes
- Une trame de retour constructif

Ce format court et reproductible soutient une posture d'écoute active et renforce la cohérence des messages managériaux.

Les cadres deviennent ambassadeurs d'une culture où l'erreur est source d'apprentissage, non de sanction.

Moyens à mobiliser :

- Mobilisation de la direction des soins, de la cellule qualité, et du service formation.
- Temps dédié à la conception d'ateliers, à l'animation et au suivi.
- Budget formation spécifique pour les cadres de proximité.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de cadres formés à la culture de l'erreur.
- Nombre d'ateliers CREX pédagogiques organisés.
- Inclusion du thème "culture juste" dans les entretiens d'évaluation.

- Part de professionnels percevant une attitude soutenante de leur hiérarchie (via questionnaire interne).

Tableau 5 - Évaluation QCD - Levier soutien managérial et climat bienveillant

Axe	Concrètement, cela veut dire...
Qualité (Scope)	Renforcer la confiance, créer un climat propice à l'expression des erreurs sans crainte.
Coût (Cost)	Budget formation, temps libéré pour les cadres, ressources pour animation CREX.
Délai (Time)	Déploiement initial sous 2 à 3 mois, ancrage progressif sur l'année.

D.3.4 - Simplifier l'outil de déclaration et renforcer l'ergonomie

Le quatrième levier s'attaque aux obstacles techniques. Plusieurs répondants estiment l'outil de déclaration trop lourd ou mal adapté à leur quotidien. L'objectif est d'engager une démarche d'amélioration centrée utilisateur, avec des outils simples, mobiles, voire assistés.

Enseignement tiré :

Un nombre significatif de professionnels, tous secteurs confondus, indiquent que l'outil de déclaration est perçu comme trop complexe, peu intuitif ou trop long. Ce frein, relevé notamment chez les AS et le personnel médical, contribue à la non-déclaration ou à des erreurs de saisie. Plusieurs répondants déclarent ne pas savoir comment utiliser le logiciel ou ne pas en connaître l'existence.

Action proposée :

Améliorer l'accessibilité et la simplicité de l'outil de déclaration, en réponse aux difficultés rencontrées par les professionnels. Contrairement au levier D.3.2, qui traite de la formation initiale, il s'agit ici de repenser le parcours déclaratif à partir d'un diagnostic terrain, pour le rendre plus fluide plus intuitif et surtout de savoir comment l'utiliser.

- Organiser des sessions de co-design avec des soignants, pour repenser l'outil à partir de leurs besoins réels.
- Supprimer les champs inutiles ou redondants.
- Mettre à disposition un ensemble de ressources pédagogiques claires et faciles d'accès pour faciliter la prise en main de l'outil.

- Rendre visible et disponible le parcours déclaratif dans les outils déjà utilisés au quotidien.
- Intégrer une formation pratique au logiciel de déclaration dans le parcours d'intégration, avec des démonstrations guidées ou tutoriels en autonomie (fiche mémo ou vidéo pas à pas). Cette étape est indispensable pour l'outil, même bien conçu, soit réellement utilisé par tous les professionnels.

Exemple d'opérationnalisation terrain :

La première étape consiste à réaliser un audit d'usage (observation de terrain ou questionnaire flash).

Un atelier de co-conception, réunissant un panel représentatif (IDE, AS, médecins, cadres), permet de repenser le parcours déclaratif.

Les améliorations validées (réduction des champs, intégration dans les outils existants) sont testées dans deux services pilotes.

En appui, un lot de ressources pratiques (fiche "déclarer en 2 minutes", tutoriel PDF ou vidéo courte) est mis à disposition et intégré dans la gestion documentaire.

Ce dispositif vise à renforcer l'autonomie des professionnels et à inscrire la déclaration comme un acte fluide, rapide et maîtrisé.

Moyens à mobiliser :

- Collaboration entre le service qualité, la direction des systèmes d'information et les équipes de terrain.
- Temps dédié à l'audit d'usage, à la refonte participative, et à la formation initiale.
- Appui du service formation pour intégrer la séquence au parcours d'intégration.
- Appui de l'équipe de communication interne pour la diffusion des ressources pédagogiques

Indicateurs de suivi :

- Taux d'utilisation du nouvel outil après 3 mois.
- Taux de participation à la formation pratique au logiciel.
- Temps moyen estimé pour compléter une déclaration.
- Taux de satisfaction des utilisateurs via enquête flash.
- Nombre de déclarations incomplètes ou abandonnées.

Tableau 6 - Évaluation QCD - Levier accessibilité et ergonomie de l'outil de déclaration

Axe	Concrètement, cela veut dire...
Qualité (Scope)	Un outil plus fluide, compris et maîtrisé par les professionnels, adapté à tous les profils.
Coût (Cost)	Temps de coordination interservices, révision de l'outil, élaboration de supports d'accompagnement, et intégration de la formation au parcours d'accueil.
Délai (Time)	Phase pilote en 6 mois, déploiement global en 12 mois.

D.3.5 - Boucler la boucle : retour et reconnaissance

Le cinquième levier cible un point clé de la culture déclarative : le retour après signalement. Trop souvent perçu comme absent ou flou, il démotive les professionnels et affaiblit l'adhésion au dispositif. Pour renforcer l'engagement, il est essentiel de rendre visibles les suites données aux déclarations, à travers des retours individuels et collectifs, portés par une communication claire et régulière.

Enseignement tiré :

Dans les deux enquêtes, l'un des freins majeurs à la déclaration reste l'absence de retour après signalement. Beaucoup de professionnels expriment un sentiment d'inutilité : ils déclarent un événement, mais ne savent pas ce qui en a été fait. Cette absence de valorisation affaiblit l'adhésion au dispositif et réduit peu à peu la motivation à long terme. Elle touche toutes les catégories de personnel, y compris ceux déjà engagés.

Action proposée :

Structurer un système de retour et de reconnaissance visible, sur deux niveaux :

- Retour individuel : une réponse systématique au déclarant via l'outil, dans un délai maximum de 10 jours, précisant le traitement de la déclaration.
- Retour collectif : diffusion mensuelle ou trimestrielle d'un bilan anonymisé des événements déclarés et des actions mises en place (via infographies, vidéos, ou affichages dynamiques).

Valoriser les déclarants :

- Mettre en avant des "actes utiles" dans des supports internes (affiches, newsletter, intranet).
- Créer un visuel récurrent affiché dans les services : "Une erreur = une action".

- Organiser des CREX simplifiés ou réunions flash avec partages de retours d'expérience.
- Travailler avec le service communication pour porter une image positive de la déclaration : campagnes visuelles, témoignages, vidéos pédagogiques...

Exemple d'opérationnalisation terrain :

Un retour individuel est systématiquement transmis dans les 10 jours suivant la déclaration (remerciement, état d'avancement, CREX prévu, etc.).

En parallèle, des supports collectifs valorisent les impacts :

- Bilan trimestriel visuel (newsletter qualité, tableau de bord des Fiches Evénements Indésirables (FEI))
- Réunions flash / prévoir un temps dédié à l'analyse collective des retours de FEI dans le cadre des points qualité en réunion de service.
- Vidéos pédagogiques scénarisées inspirées d'EIGS réels (diffusées notamment pendant la Semaine de la sécurité des patients), montrant de manière dynamique les bonnes pratiques à retenir

Enfin, certains professionnels peuvent être associés aux analyses collectives, sur la base du volontariat. Cette pratique, déjà mise en œuvre dans certains établissements, consiste à intégrer les déclarants volontaires dans les instances de retour d'expérience et permettre donc aux soignants d'être acteurs du retour.

Moyens à mobiliser :

- Temps dédié d'un cadre ou référent pour assurer ce retour.
- Implication du service qualité, du responsable communication, et de la direction des soins.
- Outils de diffusion interne (écrans, affiches, newsletter...).

Indicateurs de suivi :

- Taux de retour transmis dans les 10 jours suivant une déclaration.
- Nombre réunions flash organisés par trimestre.
- Nombre de supports de communication diffusés (affiches, vidéos...).
- Taux de satisfaction perçu sur la visibilité des retours (via mini sondage).

Tableau 7 - Évaluation QCD - Levier boucler la boucle (retour et reconnaissance)

Axe	Concrètement, cela veut dire...
Qualité (Scope)	Redonner du sens à la déclaration, renforcer la transparence, reconnaître les professionnels.
Coût (Cost)	Faible : majoritairement du temps dédié + production de supports (visuels, newsletters, vidéos etc...)
Délai (Time)	Retour sous 10j, restitution mensuelle ou trimestrielle selon l'organisation

D.3.6 - Piloter la qualité par la qualité

Le pilotage des leviers managériaux ne peut reposer uniquement sur des intentions : il suppose un suivi structuré, lisible et partagé. Pour cela, un tableau de bord qualité spécifique, fondé sur les cinq leviers présentés (D.3.1 à D.3.5), peut être mis en place.

Ce tableau a pour fonction d'ancrer la culture de l'erreur dans une logique d'amélioration continue. Il permet à la direction, aux cadres et aux relais qualité d'évaluer l'avancement des actions, de repérer les points de blocage, et d'ajuster la stratégie au fil du temps.

Un outil vivant, partagé et pédagogique :

Ce tableau de bord ne doit pas être confiné au service qualité. Il doit être compris, utilisé et commenté régulièrement, dans une logique de pilotage partagé :

- En COPIL qualité, pour ajuster la stratégie globale,
- En réunion d'encadrement, pour faire le lien avec les équipes,
- Lors de revues de processus ou CREX, pour réinjecter les indicateurs dans l'analyse des événements.

Il s'agit moins de "faire passer les indicateurs au vert" que de donner du sens aux chiffres et d'accompagner leur interprétation dans les services.

Valoriser les évolutions et encourager les dynamiques locales :

Les indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettent aussi de valoriser les efforts des équipes, de mesurer les effets d'un changement de posture managériale, d'une action de formation, ou d'une simplification d'outil.

Un tableau de bord bien utilisé devient alors un levier d'animation managériale : il donne des repères, il alimente la communication interne, il permet de reconnaître les progrès, et d'impliquer les professionnels dans la démarche qualité.

Exemple de tableau de synthèse :

Les indicateurs proposés ci-dessous sont directement liés aux leviers développés dans la partie D.3. Ils peuvent être suivis trimestriellement, en format visuel (grille, feux tricolores, histogrammes...), et faire l'objet d'une restitution partielle dans les unités.

Tableau 8 - Tableau de synthèse des leviers, indicateurs de suivi et objectifs de pilotage

Leviers d'action	Indicateurs de suivi	Objectif de pilotage
D.3.1 - Institutionnaliser un temps dédié à la déclaration	- Temps réservé à la déclaration inscrit dans les plannings - Taux de participation aux temps déclaratifs	Formaliser le droit au temps de déclaration
D.3.2 - Renforcer les compétences en culture de l'erreur	- Taux de participation aux formations - Nombre de professionnels formés au logiciel - Nombre de relais identifiés - Nombre de DU financés	Développer une culture qualité partagée
D.3.3 - Soutenir une posture managériale bienveillante	- Nombre d'ateliers ou échanges managériaux organisés - Taux de satisfaction des équipes (enquête interne) - Nombre de cadres formés à la culture juste	Améliorer la posture managériale sur la qualité
D.3.4 - Améliorer l'accessibilité et l'ergonomie des outils	- Taux d'utilisation de l'outil post-formation - Taux de participation à la formation pratique - Nombre de demandes de support technique - Taux d'usage de l'outil post-formation - Retours utilisateurs collectés	Faciliter l'usage des outils de déclaration
D.3.5 - Boucler la boucle : retour et reconnaissance	- Taux de retour transmis sous 10j - Délai moyen de retour suite à déclaration - Nombre de restitutions collectives organisées - Nombre de supports de valorisation diffusés	Donner du sens et de la visibilité à la déclaration

D.3.7 - Limites à anticiper et conditions de réussite

Si les leviers présentés dans ce plan d'action s'appuient sur des données issues du terrain et des recommandations reconnues, leur mise en œuvre soulève plusieurs limites qu'il convient d'anticiper.

D'abord, la contrainte des ressources humaines constitue un frein majeur. Libérer 30 minutes par semaine pour chaque professionnel afin de favoriser la déclaration, mobiliser des cadres pour animer des temps de retour d'expérience ou impliquer ponctuellement des professionnels volontaires pour soutenir la dynamique qualité suppose une réorganisation du travail. Dans des établissements déjà marqués par la tension sur les effectifs, cette disponibilité est parfois difficile à garantir sans impacter la continuité des soins.

Ensuite, la question des moyens financiers est centrale. Mettre en place des actions de formation, financer l'inscription à des Diplômes Universitaires (DU) ou des outils de communication engage un coût non négligeable pour l'établissement. Dans un contexte budgétaire contraint, ces investissements peuvent être relégués au second plan, au profit de priorités jugées plus urgentes.

L'adhésion des professionnels constitue également un facteur de réussite clé. Même si les deux enquêtes révèlent une perception globalement positive de la déclaration, la mise en œuvre concrète des leviers peut rencontrer des résistances : lassitude face à la multiplication des projets qualité, doute sur l'utilité perçue des déclarations, ou crainte de stigmatisation. Le changement ne pourra s'opérer sans un accompagnement managérial constant, bienveillant et cohérent.

Par ailleurs, tous les établissements ne disposent pas du même niveau de maturité qualité ni du même engagement institutionnel. L'implication de la direction générale, la coordination entre les services et la structuration de la gouvernance qualité sont des éléments déterminants dans la réussite de ce type de projet.

Enfin, la culture d'établissement joue un rôle central. Passer d'une logique déclarative isolée à une culture d'apprentissage collectif ne se décrète pas : cela nécessite du temps, des rituels, de la pédagogie et une vision partagée.

D.4 - Conclusion

Pour autant, ces limites ne doivent pas décourager. Chaque levier activé, même partiellement, constitue une avancée. Il ne s'agit pas de tout mettre en œuvre en même temps, mais de construire une dynamique progressive, appuyée sur des indicateurs simples, visibles et réalistes.

Mieux vaut commencer modestement, par exemple avec un module de sensibilisation ou un rituel de retour d'expérience, que d'attendre des conditions idéales qui, souvent, n'arrivent jamais.

Ce mémoire ne propose pas un modèle figé, mais une trame adaptable, à ajuster selon les moyens, la culture et les forces vives de chaque établissement. C'est dans cet espace de co-construction, de dialogue et de reconnaissance que pourra s'ancrer une culture positive de l'erreur.

Les leviers proposés répondent ainsi aux attentes les plus fréquemment citées dans les enquêtes, notamment la formation à l'utilisation de l'outil et le besoin de retours concrets, tout en intégrant d'autres dimensions managériales essentielles.

Une culture non-punitrice, apprenante, qui transforme l'acte déclaratif en levier de progrès collectif au service de la qualité et de la sécurité des soins.

Conclusion

Ce mémoire s'est attaché à explorer la question suivante : Quels sont les leviers à disposition de la direction pour fédérer le personnel autour d'une culture positive de l'erreur ? À travers une enquête menée au sein de la Clinique Saint-Amé et une étude comparative externe, plusieurs constats forts ont émergé : une déclaration perçue comme utile, mais freinée par des contraintes concrètes, une culture de l'erreur encore peu connue, et un besoin marqué de reconnaissance, de temps et de formation.

L'analyse a permis de dégager des leviers managériaux concrets, structurés autour de cinq axes : aménager l'organisation du travail pour rendre la déclaration possible, renforcer les compétences, soutenir une posture managériale bienveillante, assurer un retour visible, et piloter l'amélioration à l'aide d'indicateurs simples et partagés. Ces actions, inspirées des retours du terrain et des recommandations de la littérature, peuvent être adaptées à chaque établissement, selon ses ressources, sa maturité et ses dynamiques internes.

Les limites soulevées ne remettent pas ; en cause la pertinence du plan d'action proposé. Elles rappellent simplement que le changement ne peut être ni immédiat ni uniforme. Il nécessite du temps, du soutien, une démarche progressive et un engagement à tous les niveaux de l'organisation. Mieux vaut initier une action concrète, même modeste, que d'attendre des conditions idéales qui ne se présentent jamais.

Enfin, au-delà de l'échelle locale, une réflexion s'impose sur le rôle ambivalent de certaines instances régulatrices, comme les ARS. À la fois services d'appui et autorités de contrôle, elles incarnent une double posture : celle de l'accompagnement et celle de la sanction. Ce paradoxe peut entretenir, dans les établissements, une forme de prudence ou de défiance vis-à-vis de la déclaration, freinant l'ancrage d'une culture pleinement transparente et apprenante. Si des leviers existent au niveau managérial, une évolution des postures institutionnelles pourrait aussi contribuer à libérer la parole, sécuriser les professionnels, et faire de l'erreur une véritable ressource pour le système.

Pour conclure, favoriser une culture de l'erreur, c'est avant tout offrir un cadre où chacun peut apprendre, progresser et contribuer à la qualité des soins. La direction, en incarnant cette dynamique, devient un moteur de confiance, d'engagement et d'amélioration continue au service de la qualité des soins.

Bibliographie

- [1] Université de Lille, UFR3S ILIS. (2025). *Gestion des risques a posteriori - Le retour d'expérience* [support de cours non publié, diaporama].
- [2] Reason, J. (2013). *L'erreur humaine*. Paris : Presses des Mines, Coll. Économie et gestion.
- [3] Larouzée, J., Guarnieri, F., & Besnard, D. (2015). *Le modèle de l'erreur humaine de James Reason*. HAL MINES ParisTech. <https://hal.science/hal-01102402/document>
- [4] Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). (2015). *Culture de sécurité des soins : état des lieux et recommandations*. Paris : HCSP. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad792346.pdf>
- [5] Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D., & Michel, P. (2011). *Erreurs médicales et sécurité des patients : l'exemple américain inspire les démarches en France*. *Revue Médicale Suisse*, 7(307), 2232-2236. https://www.revmed.ch/view/512662/4196138/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2011-11s_sa08_art08.pdf
- [6] Université de Lille, UFR3S ILIS. (2025). *Introduction à la gestion des risques*. Support de cours, Université de Lille.
- [7] Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). *Manuel de certification des établissements de santé - Version 2020*. https://www.preventioninfection.fr/wp-content/uploads/2020/12/2020_Nov-manuel_certificationV2020_ES_qualite_soins_HAS.pdf
- [8] Haute Autorité de Santé (HAS). (2025). *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins - Version 2025*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf
- [9] Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la gestion des risques. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023086417>
- [10] Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/2016-1606/jo/texte>
- [11] ARS. (2024). *Signaler un événement sanitaire indésirable*. <https://www.ars.sante.fr/signaler-un-evenement-sanitaire-indesirable>

- [12] Ministère de la Santé. (2018). *Première évaluation du portail de signalement des événements sanitaires indésirables*.
https://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/premiere_evaluation_du_portail_des_signalements_juin2018.pdf
- [13] Haute Autorité de Santé (HAS). (2021). *L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS)*. Saint-Denis : HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf
- [14] Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). (2019). *Sécurité des patients - Mieux connaître et réduire les risques*.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad791769.pdf>
- [15] Haute Autorité de Santé (HAS). (2019). *Enquêtes sur la culture de sécurité - Comprendre et agir*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/spa_123_guide_culture_securite_cd_2019_05_29_v1.pdf
- [16] Haute Autorité de Santé (HAS). (2012). *La sécurité des patients - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf
- [17] Focus Qualité. (2018). *Culture de l'erreur apprenante - Atelier-rencontre 25 avril 2018*. <https://www.focusqualite.fr/wp-content/uploads/2019/08/Publi-4-FQ-atelier-2018-04-25.pdf>
- [18] ARS Occitanie. (2017). *Culture positive de l'erreur : aspects pratiques et retours d'expérience*. <https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2017-11/Culture%20positive%20de%20l%E2%80%99erreur%20Dr%20Josh%20RUBENO VITCH%20-%20Colloque%20ARS%20Patients,%20soignants%2021%2011%2017.pdf>
- [19] RSQR Hauts-de-France. (2023). *SSP 2023 - Les incontournables du CREX : présentation*. https://rsqr-hdf.com/app/uploads/2023/10/SSP-2023_les-incontournables-du-CREX-presentation.pdf
- [20] Université de Lille, UFR3S ILIS. (2021). *Gestion des risques a posteriori - Le retour d'expérience* [support de cours non publié, diaporama].
- [21] Prévention Médicale. (2024). *Signalement des événements indésirables*. <https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de->

[prevention/Signalement-des-evenements-indesirables/signalement-evenements-indesirables](#)

[22] ARS Pays de la Loire. (2024). *Evènements indésirables graves associés aux soins (EIGS)*. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs>

[23] Arrêté du 14 novembre 2022 pris en application de l'article R. 1413-61-4 du code de la santé publique définissant les missions des centres et coordonnateurs régionaux sur les vigilances relatives aux produits de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046566303>

[24] Université de Lille, UFR3S ILIS. (2025). *Gestion des risques a priori* [support de cours, PDF non publié].

[25] Haute Autorité de Santé (HAS). (2024). *Comprendre la sécurité du patient*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient

[26] HosmaT. (2011). *Glossaire vigilances*. <http://www.hosmat.fr/hosmat/ansm/glossaire-vigilances-mai-2011.pdf>

[27] DREES. (2009). *Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS 2)*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee67.pdf>

[28] Michel, P., Quenon, J.-L., Daucourt, V., Burdet, S., Hoarau, D., Klich, A., Pourin, C., Rabilloud, M., & Colin, C. (2022). Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) : quelle évolution dix ans après ? *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (13), 229-237. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/p_michel_et_al_article_beh_juin_2022_resultats_eneis3_etablissements_de_sante.pdf

[29] MACSF. (2018). *IDE seconde victime : savoir identifier les professionnels de santé à risque*. <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/ide-seconde-victime>

[30] Emergensim. (2023). *La "seconde victime" : les soignants face aux événements indésirables graves liés aux soins*. <https://emergensim.fr/articles/seconde-victime>

[31] Tavernier, N. (Réalisateur). (2013). *Que reste-t-il de nos erreurs ?* [Documentaire]. Espace Éthique AP-HP. https://youtu.be/dVsdCAq4XVg?si=S_f51qF-W15UbO2y

- [32] Bénet, T. et al. (2013). *Les freins à la déclaration des événements indésirables liés aux soins*. *BEH*, 24-25, 275-278.
<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/182259/2306401>
- [33] SPS. (2024). *L'association SPS - Maison des Soignants*. <https://www.maison-des-soignants.fr/a-propos/asso-sps>
- [34] Amalberti, R. (2016). *Stratégies de terrain*. Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-05/9_amalberti_safer_healthcare.pdf
- [35] ARS Nouvelle-Aquitaine. (2019). *Charte de confiance pour inciter les professionnels à signaler et analyser les événements indésirables en santé*.
https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-06/Aide_Elaboration_Charte_Confiance_NA_06_2019.pdf
- [36] QualiREL Santé. (2025). *EasyLEAD - Développer le leadership pour la sécurité des soins - Partie 1*. <https://www.qualirelsante.com/ressource/easy-lead-partie-1-points-de-reperes-le-leadership-en-securite-des-soins-et-vous-vous-en-etes-ou-partie-1/>
- [37] QualiREL Santé. (2025). *Guide EasyLEAD - Partie 2*.
<https://www.qualirelsante.com/wp-content/uploads/2025/04/Guide-Easylead-partie-2-MAJ-avril-2025.pdf>
- [38] Haute Autorité de Santé (HAS). (2012). *Fiche 11 - Des règles de fonctionnement en gestion des risques associés aux soins*. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche11.pdf>

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
PARTIE A : REVUE DE LA LITTÉRATURE	10
A.1 - Origine et structuration de la gestion des risques en santé	10
A.1.1 - Naissance du concept de gestion des risques dans les systèmes complexes	10
A.1.2 - Transfert au secteur sanitaire : d'une logique médico-légale à une culture de la sécurité.....	11
A.1.3 - Le signalement des événements indésirables : une obligation structurante	12
A.1.4 - De la norme à l'action : construire une culture positive de l'erreur	14
A.2 - Typologie des événements indésirables dans le secteur sanitaire	16
A.2.1 - Définitions générales	16
A.2.2 - Principales catégories d'événements indésirables	17
A.2.3 - Événements évitables vs non évitables	19
A.2.4 - Typologie par fréquence et gravité.....	20
A.2.5 - Autres classifications utiles	20
A.2.6 - Importance de la classification pour l'analyse	22
A.2.7 - Illustration synthétique	22
A.3 - Les freins à la déclaration et les résistances culturelles	23
A.3.1 - Une sous-déclaration persistante malgré les dispositifs	23
A.3.2 - Des freins individuels : peur, culpabilité, méconnaissance	23
A.3.3 - Des freins organisationnels : inertie, complexité, culture du blâme	25
A.4 - Le rôle stratégique de la direction dans le pilotage de la culture de l'erreur.....	26
A.4.1 - Une responsabilité managériale institutionnelle.....	26
A.5 - Conclusion	27
PARTIE B : ETUDE INTERNE ET EXTERNE	28
B.1 - Méthodologie	28
B.1.1 - Objectifs et hypothèses de recherche.....	28
B.1.2 - Description du terrain de recherche et de la diffusion	29
B.1.3 - Élaboration, phase test et validation du questionnaire	30
B.1.4 - Méthode d'analyse des résultats	31

B.1.5 - Limites de la démarche.....	32
B.1.6 - Conditions de validité et de lecture des résultats.....	33
B.2 - Conclusion	34
PARTIE C : ANALYSE DES RESULTATS	34
C.1 - Analyse des résultats de l'étude sur la culture de l'erreur à la Clinique Saint Amé	34
C.1.1 - Fréquence de déclaration et attitudes des professionnels face aux événements indésirables.....	35
C.1.2 - Obstacles techniques et organisationnels à la déclaration	40
C.1.3 - Connaissance et perception de la culture positive de l'erreur	41
C.1.4 - Propositions et attentes	44
C.1.5 - Conclusion.....	47
C.2 - Analyse comparative des résultats internes et externes	48
C.2.1 - Points de convergence entre les deux études	49
C.2.2 - Spécificités selon les types d'établissements.....	50
C.2.3 - Perceptions différenciées selon les professions	50
C.2.4 - Principaux enseignements transversaux	51
C.2.5 - Tableau récapitulatif	52
C.3 - Conclusion	52
PARTIE D : ENSEIGNEMENTS ET LEVIERS À DISPOSITION DE LA DIRECTION	53
D.1 - Interprétation des résultats au regard de la problématique	53
D.2 - Discussion avec la littérature	53
D.3 - Recommandations managériales : agir à partir des enseignements de l'étude	55
D.3.1 - Institutionnaliser un temps dédié à la déclaration	56
D.3.2 - Renforcer les compétences pour faire vivre la culture de l'erreur.....	57
D.3.3 - Soutenir une posture managériale bienveillante	59
D.3.4 - Simplifier l'outil de déclaration et renforcer l'ergonomie	61
D.3.5 - Boucler la boucle : retour et reconnaissance	63
D.3.6 - Piloter la qualité par la qualité.....	65
D.3.7 - Limites à anticiper et conditions de réussite	67
D.4 - Conclusion	68
Conclusion.....	69

Bibliographie	70
---------------------	----

Table des annexes

Annexe 1 : Questionnaire interne menée à la clinique Saint-Amé	77
Annexe 2 : Questionnaire issues de l'enquête comparative externe	86
Annexe 3 : Affiche de diffusion du questionnaire auprès des professionnels de santé.....	88

Annexe 1 : Questionnaire interne menée à la clinique Saint-Amé

Questionnaire sur la culture positive de l'erreur dans le secteur sanitaire

Je suis actuellement en Master 2 Management Sectoriel, option Management de la Qualité et des risques dans les structures sanitaires et médico-sociales (MRQS) 📖.

Dans le cadre de mon mémoire de recherche, j'étudie la gestion des événements indésirables dans le secteur sanitaire et, plus précisément, la manière dont la direction peut fédérer le personnel autour d'une culture positive de l'erreur.

🎯 L'objectif de cette étude est de mieux comprendre la perception des professionnels de santé vis-à-vis de la déclaration des erreurs, d'identifier les freins qui peuvent limiter cette démarche et de recueillir vos attentes afin d'améliorer le dispositif existant. Vos réponses me permettront d'apporter des recommandations adaptées aux réalités du terrain et d'enrichir ma réflexion.

Ce questionnaire est **anonyme** et ne prendra que **5 à 10 minutes** à compléter. Votre participation est essentielle pour faire avancer cette réflexion et contribuer à une meilleure gestion des événements indésirables au sein de notre établissement.

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous y consacrerez 🙏

** Indique une question obligatoire*

1. Identification : profession *

Une seule réponse possible.

- ☐ Médecin
- ☐ Sage-femme
- ☐ IDE
- ☐ AS
- ☐ AP
- ☐ Préparateur en pharmacie
- ☐ Brancardier
- ☐ Agent de stérilisation
- ☐ Admissionniste
- ☐ Autre : _____

2. Service : (réponse ouverte) *

3. Nombre d'années d'exercice au sein de la clinique *

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins d'un an
☐ 1 à 5 ans
☐ 6 à 10 ans
☐ plus de 10 ans

Section 1 : Fréquence et comportement face à la déclaration

4. Avez-vous déjà déclaré un événement indésirable au sein de la clinique ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

5. Si non, pourquoi ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Je ne savais pas qu'il fallait déclarer
☐ Je ne savais pas comment déclarer
☐ J'ai peur des sanctions ou des répercussions
☐ Je manque de temps
☐ Je ne vois pas l'utilité de la déclaration ((absence de retour ou d'amélioration après déclaration)
☐ Autre : _____

6. À quelle fréquence déclarez vous des événements indésirables ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Très souvent (Dès qu'un événement survient)
- ☐ Souvent (Plusieurs fois par mois)
- ☐ Parfois (Quelques fois par an)
- ☐ Rarement (Seulement dans des cas graves)
- ☐ Jamais (Je n'ai jamais fait de déclaration)

7. Lorsque vous constatez un événement indésirable, comment réagissez-vous généralement ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Je le corrige sans en parler
- ☐ J'en parle à mon supérieur direct
- ☐ Je le déclare dans le logiciel dédié (Gérimed)
- ☐ Je n'en parle pas
- ☐ Autre : ...

8. Avez-vous déjà observé des collègues hésitants à déclarer une erreur ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

9. Quelle est, selon vous, la principale raison qui poussent vos collègues à ne pas déclarer une erreur ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Peur d'être jugé ou sanctionné
- ☐ Charge de travail trop importante
- ☐ Méconnaissance des procédures de déclaration
- ☐ Absence de retour ou de suivi après déclaration
- ☐ Manque de soutien de la hiérarchie
- ☐ Autre : _____

Section 2 : Obstacles techniques et organisationnels

10. Connaissiez-vous le logiciel (Gérimed) pour déclarer un événement indésirable ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, et je l'ai déjà utilisé
- ☐ Oui, mais je ne l'ai jamais utilisé
- ☐ Non

11. Avez-vous un identifiant et un mot de passe pour accéder à Gérimed, l'outil de déclaration des événements indésirables ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, et j'ai l'accès
- ☐ Non, je n'ai pas d'accès

12. Comment jugez-vous l'accessibilité et l'utilisabilité du logiciel de déclaration ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Très facile à utiliser (Interface intuitive, rapide à compléter)
- ☐ Plutôt facile (Quelques difficultés, mais utilisable)
- ☐ Plutôt difficile (Interface compliquée, il faut du temps pour remplir un signalement)
- ☐ Très difficile (Je n'arrive pas à l'utiliser correctement)
- ☐ Je ne l'ai jamais utilisé

13. Selon vous, quelles améliorations pourraient être apportées au logiciel ? (Cochez 2 réponses * qui s'appliquent)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Simplification des formulaires
- ☐ Automatisation des déclarations
- ☐ Réduction du nombre de champs obligatoires
- ☐ Autre : _____

14. Pensez-vous avoir suffisamment de temps dans votre quotidien pour déclarer un événement indésirable ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Cela dépend des journées

15. Avez-vous accès à des ressources ou des formations pour comprendre comment et pourquoi *
déclarer une erreur ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, régulièrement
- ☐ Oui, mais elles sont insuffisantes
- ☐ Non, jamais

Section 3 : Connaissance et perception de la culture positive de l'erreur

16. Avez-vous déjà entendu parler de la notion de "culture positive de l'erreur" ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. Comment évaluez-vous votre compréhension de cette notion ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Très bonne (Je connais bien les principes, je peux les expliquer à un collègue et les appliquer dans ma pratique)
- ☐ Assez bonne (J'en ai une idée claire, mais je ne suis pas toujours sûr(e) de son application)
- ☐ Moyenne (J'ai quelques notions, mais cela reste flou)
- ☐ Faible (J'en ai entendu parler, mais je ne sais pas vraiment ce que cela implique)
- ☐ Inexistante (Je n'en ai jamais entendu parler)

18. Selon vous, quel est l'objectif principal de la déclaration des événements indésirables ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Identifier les risques pour éviter leur répétition
- ☐ Sanctionner les fautes commises
- ☐ Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- ☐ Se protéger en cas de litige
- ☐ Répondre à une obligation réglementaire
- ☐ Autre : _____

19. Pensez-vous que reconnaître une erreur est un signe de : (Cochez 2 réponses qui s'appliquent) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Faiblesse professionnelle
- ☐ Honnêteté
- ☐ Professionnalisme
- ☐ Manque de compétences
- ☐ Volonté d'amélioration

20. Connaissez-vous l'existence de la charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables au sein de la clinique ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, et je l'ai déjà consultée
- ☐ Oui, mais je ne l'ai jamais consultée
- ☐ Non, je n'en ai jamais entendu parler

21. Diriez-vous que votre établissement valorise la déclaration des erreurs ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, fortement (La direction encourage activement la déclaration et assure un retour constructif)
- ☐ Oui, modérément (Il y a une incitation, mais elle pourrait être plus visible)
- ☐ Non, peu (Les erreurs sont parfois mal perçues, et peu de retours sont faits)
- ☐ Pas du tout (Il n'y a aucun encouragement, voire une crainte des répercussions)

Section 4 : Propositions et attentes

22. Que faudrait-il mettre en place pour que vous vous sentiez à l'aise de déclarer une erreur ? *
(Cochez 2 réponses qui s'appliquent)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Instaurer une culture bienveillante
- ☐ Simplifier l'outil de déclaration
- ☐ Mettre en avant les bénéfices de la déclaration (retours d'expérience, actions correctives mises en œuvre)
- ☐ Afficher des supports visuels de sensibilisation dans l'établissement (affiches, campagnes d'information, etc...)
- ☐ Autre : _____

23. Quels types de formations ou sensibilisations seraient utiles pour améliorer la culture de l'erreur au sein de la clinique ? (Cochez 2 réponses qui s'appliquent) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Sensibilisation à la culture positive de l'erreur
- ☐ Formation sur l'utilisation du logiciel de déclaration
- ☐ Retours d'expériences sur des erreurs réelles et leçons tirées
- ☐ Autre : _____

24. Pensez-vous que la direction communique suffisamment sur la culture positive de l'erreur ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, largement
- ☐ Oui, mais cela pourrait être amélioré
- ☐ Non, pas suffisamment
- ☐ Pas du tout

25. Quels changements ou actions concrètes de la direction pourraient améliorer votre adhésion à cette démarche ? (réponse ouverte)

26. Connaissez-vous l'existence et le rôle des Comités Opérationnels des Risques (COR) au sein de la clinique ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, et je participe régulièrement à leurs activités.
- ☐ Oui, mais je ne participe pas ou peu.
- ☐ J'en ai entendu parler, mais je ne connais pas leur rôle.
- ☐ Non, je ne connais pas ces dispositifs.

Annexe 2 : Questionnaire issues de l'enquête comparative externe (NB : seules les deux premières pages sont présentées ici. Le questionnaire externe est identique à celui diffusé à la clinique Saint-Amé)

Questionnaire sur la culture positive de l'erreur dans le secteur sanitaire

Je suis actuellement en Master 2 Management Sectoriel, option Management de la Qualité et des risques dans les structures sanitaires et médico-sociales (MRQF) 🇫🇷.

Dans le cadre de mon mémoire de recherche, j'étudie la gestion des événements indésirables dans le secteur sanitaire et, plus précisément, la manière dont la direction peut fédérer le personnel autour d'une culture positive de l'erreur.

📌 L'objectif de cette étude est de mieux comprendre la perception des professionnels de santé vis-à-vis de la déclaration des erreurs, d'identifier les freins qui peuvent limiter cette démarche et de recueillir vos attentes afin d'améliorer le dispositif existant. Vos réponses me permettront d'apporter des recommandations adaptées aux réalités du terrain et d'enrichir ma réflexion.

Ce questionnaire est **anonyme** et ne prendra que **5 à 10 minutes** à compléter. Votre participation est essentielle pour faire avancer cette réflexion et contribuer à une meilleure gestion des événements indésirables au sein de votre établissement.

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous y consacrerez 🙏

** Indique une question obligatoire*

Identification

1. Quel est le type d'établissement dans lequel vous exercez ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Hôpital public / CHU
- ☐ Clinique privée
- ☐ ESPIC (Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif)
- ☐ Autre : _____

2. Quelle est votre profession ? *

3. Dans quel service ou secteur travaillez-vous ? *

(ex. : médecine, chirurgie, urgences...)

4. Nombre d'années d'expérience dans votre établissement : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins d'un an
☐ 1 à 5 ans
☐ 6 à 10 ans
☐ Plus de 10 ans

Section 1 : Fréquence et comportement face à la déclaration

5. Avez-vous déjà déclaré un événement indésirable au sein de votre établissement ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

6. Si non, pourquoi ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Je ne savais pas qu'il fallait déclarer
☐ Je ne savais pas comment déclarer
☐ J'ai peur des sanctions ou des répercussions
☐ Je manque de temps
☐ Je ne vois pas l'utilité de la déclaration (absence de retour ou d'amélioration après déclaration)
☐ Autre : _____

Annexe 3 : Affiche de diffusion du questionnaire auprès des professionnels de santé (QR code menant vers le questionnaire d'enquête sur la culture positive de l'erreur, utilisé à la Clinique Saint-Amé)

Étude *Mémoire*



“ La culture positive de l'erreur dans le secteur sanitaire ”



Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire, votre retour est important !

 **Ramsay Santé**
Clinique Saint-Amé

Résumé :

Ce mémoire explore les leviers dont dispose la direction pour fédérer les professionnels de santé autour d'une culture positive de l'erreur. À partir d'une revue de littérature sur la gestion des risques et la culture de sécurité, l'étude s'appuie sur une enquête interne menée à la clinique Saint-Amé (groupe Ramsay Santé) et une enquête comparative externe. L'analyse des résultats met en évidence cinq leviers principaux : le temps dédié à la déclaration, la formation à la culture de l'erreur, le soutien managérial, l'ergonomie de l'outil de signalement, et la reconnaissance apportée aux déclarants. Ces leviers ont été évalués selon une approche Qualité / Coût / Délai. Le mémoire propose enfin des actions managériales concrètes pour renforcer l'engagement du personnel dans la déclaration des événements indésirables et instaurer une dynamique apprenante dans les établissements de santé.

Mots-clés : Culture de l'erreur, gestion des risques, déclaration d'événements indésirables, culture de sécurité, management, établissements de santé

Abstract :

This dissertation explores the levers available to healthcare management for engaging staff in a positive error culture. Based on a literature review on risk management and safety culture, the study draws on an internal survey at Clinique Saint-Amé (Ramsay Santé group) and a comparative external survey. The analysis highlights three key levers : time allocated for reporting, managerial recognition, and training on error culture. These levers were assessed using a Quality / Cost / Time framework. The dissertation concludes with concrete managerial actions to encourage the reporting of adverse events and foster a learning-oriented environment in healthcare organizations.

Keywords : Error culture, risk management, adverse event reporting, safety culture, management, healthcare facilities