

**UFR3S – Département Ingénierie et Management de la Santé
(ILIS)**

Année universitaire 2024-2025

Me Emilie DELORY

Master Ingénierie de la Santé
Parcours Coordination des Trajectoires de Santé



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

Titre

Vers une culture de transparence :
Optimiser la déclaration des évènements indésirables.

Directeur de mémoire : Me Marie Bihanic (Ingénieur Qualité et Sécurité des Soins)

Président du jury : Mr François Puisieux

Tuteur pédagogique : Mr François Puisieux

Tuteur professionnel : Me Louise Flament (Responsable qualité et développement)

Note aux lecteurs

Ce mémoire a été rédigé dans le cadre de mon master II en ingénierie de la santé et s'inscrit dans une réflexion professionnelle autour de la thématique de "la sous-déclaration des événements indésirables dans le secteur médico-social".

Ce mémoire est mis à disposition dans le cadre strict de la validation du Master et à des fins académiques uniquement.

Toute reproduction, diffusion ou utilisation, partielle ou totale, de ce document est strictement interdite sans l'accord préalable de son auteur. Les informations contenues dans ce mémoire, notamment les données issues du terrain, les observations et les témoignages, sont protégées par le respect de la confidentialité professionnelle et ne peuvent être utilisées à d'autres fins que la lecture individuelle autorisée.

Ce mémoire n'a pas vocation à juger les pratiques mais à proposer une analyse critique et constructive, s'appuyant sur des observations de terrain, des données théoriques et réglementaires, ainsi que sur une expérience professionnelle engagée auprès des personnes accompagnées et des équipes.

Je remercie par avance les lecteurs de recevoir ce travail comme une contribution personnelle à une réflexion collective, dans un esprit d'ouverture, d'amélioration continue des pratiques et de respect du secteur médico-social.

Remerciements

Je remercie la faculté ILIS, pour leur accueil et leur engagement quotidien auprès des étudiants. Merci également au Professeur Puisieux pour sa disponibilité et son implication constante dans le bon déroulement de notre cursus. Je souhaite également adresser un remerciement tout particulier à Mr Traka Abdel, pour son implication dans le bien-être des étudiants. Sa disponibilité, sa gentillesse, ainsi que son aide concrète pour que nous puissions travailler dans de bonnes conditions ont été d'un grand soutien et ont largement contribué à créer un climat d'étude serein.

Je tiens aussi remercier chaleureusement Madame Marie Bihanic, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité et la richesse de ses conseils tout au long de ce travail. Son regard critique et bienveillant m'a permis de prendre du recul et d'approfondir mes réflexions.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance à Madame Louise Flament, ma tutrice de stage, pour son accueil, son encadrement et le partage de son expérience professionnelle. Son soutien a grandement contribué à la qualité de ce stage et à la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à Monsieur Frédéric Pilon, directeur général et Madame Fanny Martin ma directrice pour la confiance qu'ils m'ont accordées tout au long de mon parcours, ainsi que pour leur soutien dans ma démarche d'inscription en master. Leurs appuis ont été déterminant pour la poursuite de mon projet professionnel.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance aux professionnels du secteur médico-social qui ont accepté de partager leurs expériences et leur regard avec sincérité, malgré la complexité des enjeux abordés.

Un grand merci aussi à mes collègues de promotion, avec qui j'ai partagé cette aventure. Nos échanges, nos moments de doute comme de réussite, ont été précieux et m'ont aidé à garder la motivation tout au long de cette formation.

Enfin, je remercie ma famille et mes proches pour leur soutien indéfectible, leur patience et leur encouragement tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

À toutes et tous, merci.

Table des matières

I.	Table des illustrations.....	7
II.	Abréviations.....	8
III.	Introduction.....	9
	1) Les définitions des évènements indésirables (EI).....	10
	2) La sous-déclaration des Evènements Indésirables.....	10
IV.	État des lieux de la déclaration des évènements indésirables.....	12
A.	Cadre réglementaire et organisationnel.....	12
	1. Typologie et classification des évènements indésirables.....	12
	1) Selon l'association aux soins.....	13
	2) Selon la gravité.....	14
	3) Typologie ARS.....	15
	2. Obligations légales de déclaration inscrite dans la loi du 2 Janvier 2002.....	16
B.	Données chiffrées sur la sous-déclaration.....	17
	3. Statistiques sur les taux de déclaration.....	17
	4. Comparaison avec les estimations des EI dans le médico-social.....	18
C.	Développement d'une culture de sécurité et de transparence.....	20
	1. Concepts clés.....	20
	1) La culture de sécurité.....	20
	2) La culture juste : entre responsabilisation et bienveillance.....	21
	3) Le climat de sécurité.....	22
	4) La gestion des risques a priori et a posteriori.....	22
	2. Evolution des approches : de la culture de l'erreur à la culture positive de l'erreur.....	24
	3. Freins et leviers au développement d'une culture de transparence.....	25
	1) Les freins à la transparence.....	25
	2) Les leviers favorisant une culture de transparence.....	27
D.	Optimisation du processus de déclaration.....	29
	1. Circuit de déclaration obligatoire dans les établissements médico-social.....	29
	2. La procédure de signalement.....	29
	3. Responsabilités associées.....	32
	4. Mise en place d'outils et méthodes d'analyse.....	32
	1) La méthode ALARM.....	33
	2) La méthode des 5 M ou diagramme d'Ishikawa.....	33
	3) La méthode QQQQCP.....	34
	4) Le CREX (Comité de Retour d'Expérience).....	34
	5. Incitations à la déclaration.....	35
	1) Valorisation des déclarants.....	35

2) Intégration de la déclaration dans l'évaluation des pratiques professionnelles.....	35
V. Méthodologie de recherche proposée.....	37
A. Approche méthodologique.....	37
1. Type d'enquête	37
B. Collecte de données	38
1. Public visé.....	38
2. Critères d'inclusion/exclusion	38
3. Taille de l'échantillon	38
4. Outils de collecte de données.....	39
1) Description du questionnaire : nombre de questions, thématiques abordées.....	39
2) Validité.....	40
3) Modalités de diffusion	40
4) Durée de l'étude	40
C. Analyse des données	41
1) Méthode d'analyse quantitative	41
2) Outils d'analyse.....	42
VI. Les résultats	43
A. Caractéristiques de l'échantillon	43
1. Profil des répondants	43
B. État des lieux : connaissances et perceptions des événements indésirables	44
1. Les établissements	44
2. La cohésion d'équipe	49
C. Freins identifiés à la déclaration.....	49
1. Facteurs culturels (culture du blâme, banalisation)	49
2. Contraintes pratiques (manque de temps, complexité des procédures)	54
3. Communication du système de déclaration	55
D. Stratégies pour optimiser la déclaration et développer une culture de transparence.....	58
1. Formation et sensibilisation.....	58
2. Processus et outils de signalement.....	58
3. Leadership et engagement de la direction	59
VII. Discussion (synthèse des résultats de l'enquête terrain et confrontation avec la littérature).....	61
A. Synthèse des résultats principaux	61
1. Les freins/causes identifiés	61
1) Peur des sanctions et culture du blâme.	61
2) Manque de temps et de formation du personnel.	62
3) Charge administrative perçue comme excessive.	63
2. Les leviers possibles	63

1)	Mise en place d'outils de déclaration simples et accessibles.....	63
2)	Implication des familles dans le processus de signalement.....	64
3)	Leadership engagé dans la promotion d'une culture de sécurité.....	65
4)	Sensibilisation et formation continue du personnel.....	66
3.	Validation de l'hypothèse	67
B.	Proposition d'un plan d'action	68
1.	Intégrer une formation à la déclaration dans le parcours d'accueil des nouveaux professionnels.....	68
2.	Organiser des sessions de sensibilisation régulières à l'échelle des services.....	68
3.	Mettre à disposition des supports pratiques adaptés aux contraintes du terrain	69
4.	Intégrer la formation à la déclaration dans le plan de développement des compétences	69
5.	Introduire la déclaration dans les entretiens professionnels	69
	Exemples concrets :	70
C.	Limites de l'étude et perspectives de recherche future.....	71
1.	Limites de l'étude	71
1)	Biais de représentativité.....	71
2)	Facteurs contextuels.....	71
3)	Perspectives de recherche future.....	71
VIII.	Conclusion.....	72
IX.	Bibliographie.....	73
X.	Annexes.....	78

I. Table des illustrations

Figure 1 : Où surviennent les erreurs de médicaments ?.....	13
Figure 2 : Lieu de survenue des eigs.....	18
Figure 3 : Procédure à suivre.....	30
Figure 4 : Les 7 catégories de facteurs d'un évènement indésirable	33
Figure 5 : Diagramme d'Hishikawa	33
Figure 6 : Méthode QQQQCP	34
Figure 7 : Les 6 étapes pour déployer son comité retour d'expérience.....	34
Figure 8 : Les étapes de saisie et traitement des données.....	41
Tableau 1 : Taux de sous déclaration	17
Tableau 2 : Répartition selon la filière professionnelle.....	43
Tableau 3 : Perception de la sensibilisation manager vs professionnel.....	46
Graphique 1 : Connaissance et implication des professionnels.....	44
Graphique 2 : La théorie et la pratique	44
Graphique 3 : Managers Démarche d'analyses en équipes	47
Graphique 4 : Professionnels Participez-vous à des analyses d'ei.....	47
Graphique 5 : A quel niveau situez-vous la sécurité des personnes accompagnées dans votre établissement ?.....	48
Graphique 6 : La cohésion d'équipe	49
Graphique 7 : Témoin d'un évènement indésirable.....	54

II. Abréviations

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

CREX : Comité de Retour d'EXpérience

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

EI : Evènement Indésirable

ETIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins

EIG : Evènement Indésirable Grave

ETIGS : Evènement indésirable grave associés aux soins

ETINAS : Evènement Indésirable Non Associé aux Soins

ES : Etablissement Sanitaire

ESSMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Instituts Médico Educatif

JO : Journal Officiel

MAS : Maison d'Accueil Médicalisé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail

RETEX : Retour d'Expérience

REX : Retour d'Expérience

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

TSA : Trouble du Spectre Autistique

III. Introduction

Un peu d'histoire...

La notion de gestion des risques émerge dans le domaine de l'aviation à la fin des années 1960, avec pour objectif de tirer parti des retours d'expérience liés aux accidents afin d'améliorer la sécurité aérienne. Cette période marque les débuts du signalement systématique des incidents.

Dans le milieu hospitalier, c'est à la **fin des années 70**, aux Etats-Unis, que se mettent en place les premières politiques de gestion des risques, autour d'un système centralisé de signalement des incidents et accidents. L'objectif était prioritairement d'anticiper les plaintes par l'identification précoce des événements pouvant porter atteinte à l'image de l'établissement. L'histoire de la déclaration des événements indésirables en France a connu plusieurs étapes importantes. **Au début des années 90**, le signalement est dans un premier temps lié aux vigilances réglementaires (hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance). Il est secondairement mis en avant, au travers des procédures d'accréditation puis de certification des établissements, et par la suite sur la demande des assureurs. (1) La loi du **9 août 2004**¹ a instauré l'obligation de déclarer à l'ARS² compétente les événements indésirables graves liés aux soins, hors infections nosocomiales. Cette obligation concerne tous les professionnels de santé, qu'ils exercent ou non dans un établissement de santé. (2) Le décret du **21 décembre 2016** a étendu l'obligation de déclaration des EIAS³ aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). La Haute Autorité de Santé a fait du recueil et du traitement des EIAS un critère impératif pour la certification des établissements sanitaires et l'évaluation des ESSMS. Cette obligation de signalement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans le secteur médico-social. Ce décret est entré en vigueur le **1er janvier 2017**. Cette évolution historique montre une tendance vers la simplification, la modernisation et l'élargissement du champ de la déclaration des événements indésirables en France, dans le but d'améliorer la sécurité et la qualité des soins.

¹ Article 117, publié au JO du 11 juin 2004

² Agence Régionale de Santé

³ Evénements Indésirables Associés aux Soins

En 2025, la déclaration des événements indésirables est considérée comme le socle d'une culture qualité collective, mettant l'accent sur la notion d'erreur apprenante plutôt que sur la sanction. (3)

1) Les définitions des événements indésirables (EI)

Selon la **Haute Autorité de Santé (HAS)**, un événement indésirable est défini comme "un incident ou un accident qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un dommage pour le patient".

L'**Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM)** utilise une définition similaire dans le cadre de la pharmacovigilance et des dispositifs médicaux.

Pour finir, l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** définit les événements indésirables comme des incidents pouvant résulter d'erreurs médicales ou de dysfonctionnements organisationnels.

Ces définitions mettent en évidence l'importance de considérer tout incident ou dysfonctionnement pouvant potentiellement causer un dommage, qu'il soit avéré ou évité de justesse, afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins prodigués.

2) La sous-déclaration des Evénements Indésirables

La **sous-déclaration** des EI désigne le fait que de nombreux incidents ou dysfonctionnements, bien qu'identifiés, ne sont pas signalés aux autorités ou aux systèmes de gestion des risques. La sous-déclaration des événements indésirables en France freine l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, plusieurs indicateurs permettent d'en observer l'importance :

- ✓ **Le taux de déclaration des événements indésirables par secteur** : en 2019, les déclarations d'Evénements indésirables graves proviennent principalement des établissements de santé (79 %), puis du secteur médico-social (15 %), et enfin de la ville (4 %).(4)
- ✓ **L'évolution des déclarations dans les établissements pour personnes âgées** ne traduit pas une progression significative, mais plutôt un retour au niveau observé avant la crise sanitaire. En 2019, les déclarations représentaient 15 %, avant de chuter à 11 % en 2020, probablement en lien avec la pandémie de COVID-19. En 2023, elles atteignent de nouveau 15,1 %, retrouvant ainsi leur niveau d'avant crise.

✓ **L'impact sur l'évaluation**, la HAS exige que les établissements disposent d'un système efficace de signalement et d'analyse des EI. Si ce système de signalement et d'analyse n'est pas satisfaisant au regard des évaluateurs, cela entraîne une non-conformité du critère impératif avec l'obligation de communiquer un plan d'action auprès des autorités. Avec un évènement indésirable grave sur dix déclaré aux autorités, bien qu'obligatoire depuis 2016 (5), le signalement reste encore insuffisant. Dans le secteur médico-social, la sous déclaration des EI est un enjeu, car elle peut impacter la qualité des soins et la sécurité des personnes accompagnées (personnes âgées, en situation de handicap, etc.). Cette situation entrave l'amélioration continue des pratiques professionnelles et peut, dans certains cas, engendrer des conséquences graves pour les personnes accompagnées ainsi que pour les équipes. Cette sous déclaration s'explique par une combinaison de facteurs organisationnels, humains et culturels comme :

- la peur de la sanction ou du jugement,
- la méconnaissance des procédures,
- la surcharge de travail,
- une culture institutionnelle parfois peu favorable au signalement des erreurs.

Comprendre ces freins est donc une étape essentielle pour mettre en place des stratégies efficaces visant à encourager une déclaration plus systématique et transparente.

Ce mémoire s'intéresse ainsi à la problématique suivante : **Comment lutter contre la sous-déclaration des évènements indésirables dans le secteur médico-social ?** Mon objectif est double ; comprendre les freins à la déclaration et proposer des stratégies concrètes afin de favoriser une culture de transparence et de déclaration systématique.

Pour y parvenir, je me suis appuyée sur la littérature, les recommandations des bonnes pratiques professionnelles et sur mon enquête quantitative monocentrique au sein d'une association accompagnant un public avec des TSA (trouble du spectre autistique).

Ce travail vise à apporter une réflexion approfondie sur les leviers d'action possibles, afin d'améliorer la gestion des risques et renforcer la qualité des soins dans les établissements médico-sociaux.

Pour mieux comprendre ce phénomène et identifier des leviers d'amélioration, il est essentiel d'adopter une approche méthodique.

Dans un premier temps, je vais examiner le cadre réglementaire et organisationnel encadrant la déclaration des événements indésirables en passant par la typologie, les procédures de signalement et la culture de sécurité et de transparence.

Ensuite, j'analyserai mon enquête quantitative de terrain auprès des professionnels et managers travaillant au sein d'une association médico-social.

Enfin, j'exploiterai la synthèse des résultats de l'enquête et la confrontation avec la littérature. Cette méthodologie permet ainsi d'obtenir un aperçu précis des difficultés rencontrées et des leviers potentiels.

Dans une dernière partie, j'exposerai les limites de l'étude et les perspectives de recherche future.

IV. État des lieux de la déclaration des événements indésirables

Cette première partie a pour objet de faire un état des lieux et de mieux comprendre la notion d'événement indésirable.

A. Cadre réglementaire et organisationnel

1. Typologie et classification des événements indésirables

Comme vu précédemment dans l'introduction, selon la HAS, un EI est défini comme "un incident ou un accident qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un dommage pour le patient".

Les EI peuvent être classés selon plusieurs critères :

- leur association aux soins,
- leur gravité,
- leur nature,
- leur conséquence.

Cette typologie permet de mieux comprendre leur origine, d'évaluer leur impact, et d'orienter les stratégies de prévention et de gestion des risques.(6)

Il convient de distinguer plusieurs catégories : (7)

1) Selon l'association aux soins

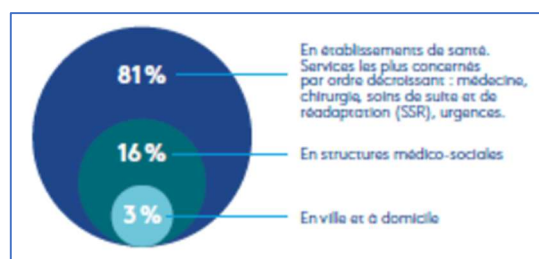
➤ **Les événements indésirables associés aux soins (EIAS)** est défini selon la HAS comme ; « Un événement inattendu, incident ou accident, qui a eu ou aurait pu avoir des conséquences dommageables pour le patient, et qui est en lien avec un soin, une procédure ou une organisation des soins. » (8)

Dans le secteur médico-social, les EIAS peuvent prendre des formes variées :

Une **erreur de médication** (mauvais dosage, médicament inapproprié, oubli) (9)

Une **infection liée à un soin** (pose de sonde, pansement, etc.) La prévalence des infections associées aux soins en EHPAD⁴ est estimée à 2,93 % des résidents (10),

FIGURE 1 : OU SURVIENNENT LES ERREURS DE MEDICATIONS ?



Une **chute survenue pendant un acte de soin** (ex. : toilette, levée) En EHPAD, on enregistre environ 1,4 chutes par résident et par an, tandis que ce chiffre atteint 6,2 chutes par résident par an en unités de psycho-gériatrie (UPG), (11).

➤ **Événements indésirables non associés aux soins (EINAS)** (EINAS) : Peuvent concerner d'autres aspects de la vie en établissement. (12)

Un **EINAS** désigne un incident ou un accident survenant dans l'environnement de la personne accompagnée, sans qu'il soit la conséquence d'une intervention médicale ou paramédicale.

Ces événements peuvent néanmoins avoir un impact grave sur la sécurité et le bien-être des usagers, en particulier lorsqu'ils concernent des publics vulnérables, comme les personnes âgées dépendantes ou les personnes en situation de handicap.

⁴ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Parmi les EINAS les plus fréquemment recensés, on retrouve notamment (13) :

- Les **chutes accidentelles** survenant dans les espaces de vie ou les sanitaires ; Les chutes des personnes âgées entraînent chaque année en France plus de 130 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès.(14)
- Selo, l'étude EVADE : « Les **fugues** ou errances de personnes désorientées » ; menée en 2009 dans 65 établissements du Nord de la France, a recensé 66 événements de fugue impliquant 48 résidents sur un total de 6 649 patients âgés institutionnalisés. (15)
- Les **violences entre résidents** ou entre usagers ; Les EHPAD et unités de soins de longue durée (USLD) représentent le troisième lieu de violences après la psychiatrie et les urgences, avec 11 % du total des incidents signalés. (16)
- Les **négligences institutionnelles** (retards de prise en charge, isolement prolongé, défaut de surveillance...); En 2024, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France a traité plus de 650 signalements de maltraitance envers des personnes âgées, incluant des cas de négligence institutionnelle tels que des retards de prise en charge, des défauts de surveillance ou des conditions d'hygiène dégradées. (17)

2) Selon la gravité

- **Événement porteur de risque (EPR) / Presqu'accident** : L'événement n'a pas eu de conséquence ou a été récupéré à temps. L'événement porteur de risque (EPR) désigne un incident qui, bien qu'ayant révélé un dysfonctionnement, n'a pas causé de dommage du fait de l'intervention d'une barrière de sécurité. (18)
- **Événement indésirable grave (EIG)** : A eu ou aurait pu avoir des conséquences graves pour la personne (décès, menace du pronostic vital, déficit fonctionnel permanent, handicap, hospitalisation prolongée, etc.)

L'**EIG** constitue une catégorie spécifique d'événements indésirables, distinguée par la **gravité de ses conséquences pour la personne accompagnée**. Sa reconnaissance et sa déclaration sont encadrées par un cadre légal et réglementaire précis, notamment dans le champ médico-social.

3) Typologie ARS

La typologie des EI est un outil essentiel pour les ARS afin de classer, analyser et prévenir ces incidents dans les établissements. Voici la **typologie des 11 catégories (cf. : annexe 1)** fréquemment utilisée par les ARS dans les déclarations d'EIGS (notamment reprise dans le **Portail national de signalement des événements sanitaires indésirables** ou dans la procédure interne de la gestion des EI). (19)

- Sinistre ou évènement climatique
- Accident/incident lié à une défaillance technique et évènement en santé environnementale
- Perturbation dans l'organisation du travail et la gestion des RH
- Accident ou incident lié à une erreur ou un défaut de soin ou de surveillance
- Perturbation dans l'organisation ou du fonctionnement liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec une famille
- Décès accidentel ou consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne
- Suicide ou tentative de suicide
- Situation de maltraitance envers les usagers
- Disparition inquiétante
- Comportement violent au sein de la structure
- Actes de malveillance au sein de la structure

Cette structuration permet d'orienter la déclaration, l'analyse et la prévention de ces événements, pour renforcer la sécurité des personnes accompagnées et la qualité des accompagnements. Afin d'encadrer ces démarches et d'en assurer la traçabilité, les autorités sont intervenues pour imposer des obligations de déclaration dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces dernières ont été précisées par la loi du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale. Il faut noter que celle-ci représente un socle juridique majeur en matière de gestion des risques et de protection des personnes vulnérables.

2. Obligations légales de déclaration inscrite dans la loi du 2 Janvier 2002

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit des principes fondamentaux visant à renforcer les droits des personnes accompagnées, la qualité des prestations et la transparence du fonctionnement des ESSMS.(20) Dans ce cadre, la loi impose aux établissements une obligation de déclaration et de traitement des EI, en lien étroit avec l'objectif de protection des personnes vulnérables. En matière de gestion des risques, elle prévoit la mise en œuvre de dispositifs permettant :

- **La transparence des dysfonctionnements** observés au sein des structures ;
- **La traçabilité** des incidents pouvant affecter la sécurité ou le bien-être des personnes accompagnées ;
- **La responsabilisation des établissements** en matière de qualité et de sécurité ;
- **L'amélioration continue** des pratiques professionnelles à travers l'analyse systématique des événements.

Cette obligation vise à rompre avec une logique de dissimulation des erreurs pour privilégier une culture de la déclaration, de l'apprentissage et de la prévention. (21)

L'article L.331-8 du Code de l'action sociale et des familles, issu de la loi du 2 janvier 2002, prévoit que tout événement mettant en cause la santé, la sécurité ou le bien-être d'une personne accompagnée doit être porté à la connaissance des autorités compétentes. (22)

Les établissements doivent ainsi :

- Recueillir et consigner les EI ;
- Informer les familles ou représentants légaux, le cas échéant ;
- Déclarer les EIG aux autorités de contrôle (ARS, conseil départemental, etc.) ;
- Mettre en œuvre des mesures correctrices adaptées.

La mise en œuvre concrète de cette obligation repose sur la mise en place d'un circuit de déclaration précis, structuré et sécurisé, destiné à garantir la traçabilité des incidents, la rapidité d'information aux autorités compétentes, et la mise en place de mesures correctives adaptées. Elle inclue également une communication aux parties prenantes (équipes, familles et personnes accompagnées). La connaissance et le respect de ce circuit interne et externe sont essentiels pour assurer la conformité réglementaire des établissements et, surtout, pour renforcer la qualité et la sécurité des accompagnements proposés aux personnes accompagnées.

B. Données chiffrées sur la sous-déclaration

La sous-déclaration des EI dans les ESSMS est aujourd'hui reconnue comme un questionnant par les autorités et les instances de contrôle (ARS, Conseil départemental). Malgré les obligations légales de déclaration et la mise en place de circuits internes dédiés, de nombreux événements, y compris graves, échappent encore aux dispositifs de signalement officiels. Plusieurs études sectorielles, enquêtes nationales et rapports institutionnels viennent objectiver ce constat en apportant des éléments chiffrés sur l'ampleur de cette sous-déclaration.

TABEAU 1 : TAUX DE SOUS DECLARATION

Sources	Taux estimé de sous-déclaration	Commentaires
HAS (Rapport 2022)	60 à 70 %	Environ 2 événements sur 3 ne sont pas déclarés dans les ESSMS.
ARS Île-de-France (2021)	68 %	Données issues des déclarations d'événements graves sur un an.
ANAP (2020)	65 %	Chiffres concernant spécifiquement les EHPAD et les foyers d'accueil médicalisés.
Inspection générale des affaires sociales (IGAS, 2018)	70 %	Rapport global sur la gestion des risques en médico-social.

Ces données permettent non seulement de mesurer l'écart entre les événements réellement survenus et ceux effectivement déclarés.

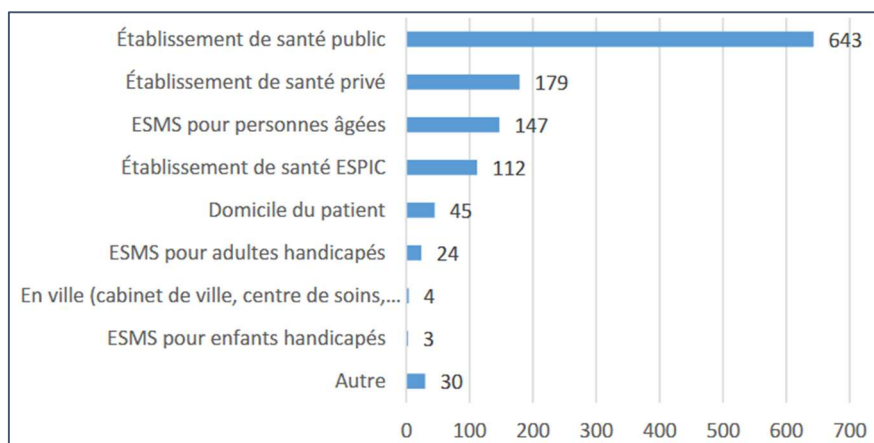
La prochaine partie analysera ainsi les statistiques disponibles, en s'appuyant notamment sur les publications de la HAS, de l'ANAP⁵, et des ARS.

3. Statistiques sur les taux de déclaration

Le secteur des établissements de santé est plus exposé à la survenue d'EI dont les EIGS, car il délivre les soins les plus à risques et dans des situations complexes. Ce secteur a également une habitude plus ancienne que les autres secteurs dans la détection, l'analyse et la déclaration des EIAS. Engagé depuis vingt ans dans le processus de certification des établissements de santé, ce secteur a un niveau de culture sécurité plus élevé, expliquant la prédominance de ses déclarations.(23)(24)

⁵ Agence Nationale d'Appui à la Performance

FIGURE 2 : LIEU DE SURVENUE DES EIGS



Ces chiffres témoignent d'un écart significatif entre les secteurs et la pratique quotidienne dans les établissements. Toutefois, pour mesurer pleinement l'ampleur de ce phénomène, il est nécessaire de le mettre en perspective avec les estimations globales du nombre réel d'EI survenant dans le secteur médico-social. Cette comparaison permet de mieux apprécier l'écart entre la fréquence réelle des incidents et leur traçabilité formelle, et d'interroger l'efficacité des systèmes actuels de repérage et de remontée de l'information.

La partie suivante s'attachera ainsi à confronter les taux de déclaration observés avec les estimations issues des recherches et des retours de terrain, afin d'évaluer l'ampleur du phénomène de non-déclaration.

4. Comparaison avec les estimations des EI dans le médico-social

Contrairement au secteur sanitaire, où les études épidémiologiques sont nombreuses, le champ médico-social reste encore insuffisamment exploré. Toutefois, plusieurs sources permettent de dégager des estimations prudentes du nombre d'événements indésirables survenant dans les établissements.

En 2023, 82,5 % des EIGS déclarés provenaient du secteur sanitaire. Toutefois, les établissements médico-sociaux représentent près de 17.1 % des déclarations, témoignant d'une prise de conscience croissante de la nécessité de signaler les EIAS dans ces structures. (25)

Le bilan annuel 2023 dévoile :

- ✓ 15,1 % des EIGS sont survenus en établissements pour personnes âgées (soit 615 déclarations),
- ✓ 2,1 % en ESSMS pour adultes handicapés (85 signalements)
- ✓ 0,3 % dans les ESSMS pour enfants handicapés (14 EIGS). (27)

Selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS, 2018), il est estimé qu'environ 10 à 15 EIG pour 100 personnes accompagnées surviennent chaque année dans les structures médico-sociales, toutes catégories confondues (EHPAD, foyers d'accueil médicalisés, MAS, IME, etc.). (18)

La HAS reprend une estimation similaire et souligne que « la fréquence des EI dans le médico-social est probablement sous-évaluée faute de dispositifs d'observation systématique ». Par ailleurs, les événements recensés sont souvent limités aux situations les plus visibles ou les plus graves (chutes avec fracture, décès, violences...). (8)

L'ARS Nouvelle-Aquitaine, sur un panel de 300 établissements médico-sociaux, seuls 18 % déclarent au moins un EIG par an, alors que les statistiques épidémiologiques laissent penser que près de 70 % d'entre eux sont confrontés à de tels événements chaque année. (28)

Un rapport de l'ANESM indiquait déjà en 2016 que la majorité des structures médico-sociales ne déclarent aucun événement grave pendant plusieurs années consécutives, ce qui est peu compatible avec les réalités du terrain, en particulier dans les structures accueillant des publics vulnérables ou dépendants. (29)

Les données précédemment analysées mettent clairement en évidence un écart important entre la fréquence réelle des événements indésirables dans les établissements médico-sociaux et le volume des signalements effectivement réalisés. Cette sous-déclaration interroge en profondeur les facteurs culturels, organisationnels et humains qui freinent encore aujourd'hui la mise en place d'une gestion efficace des risques.

Face à ce constat, de nombreuses institutions dont la HAS, l'ANAP ou les ARS insistent sur la nécessité de faire évoluer les pratiques vers une véritable culture de la sécurité, fondée sur la transparence, l'apprentissage collectif et le non-blâme.

La partie suivante s'attachera ainsi à analyser les enjeux, les leviers et les conditions nécessaires au développement d'une culture de sécurité et de transparence au sein des établissements médico-sociaux.

C. Développement d'une culture de sécurité et de transparence

Afin de mieux comprendre les leviers permettant de développer une véritable culture de sécurité dans les établissements médico-sociaux, il convient d'en expliquer les fondements théoriques et opérationnels. Cette approche repose sur plusieurs **concepts clés**, issus des sciences de la gestion des risques, de la qualité et de la bientraitance. Ces notions structurent les politiques de prévention des événements indésirables et orientent les pratiques professionnelles vers une plus grande vigilance collective, une transparence des erreurs et une amélioration continue.

La section suivante propose donc une clarification de ces concepts, en s'appuyant sur les définitions issues de la littérature professionnelle et des recommandations des autorités sanitaires.

1. Concepts clés

Le développement d'une culture de sécurité repose sur un socle conceptuel structurant qui permet aux professionnels et aux institutions de comprendre, analyser et agir face aux risques. Plusieurs notions sont fondamentales dans cette dynamique :

1) La culture de sécurité

En 1986, l'explosion au décollage de la navette Challenger et l'accident nucléaire de Tchernobyl mettent en lumière des défaillances organisationnelles (ou systémiques). L'analyse de ces deux grands accidents montre en effet qu'ils ne s'expliquent pas seulement par des comportements inadaptés des opérateurs de première ligne, mais ont résulté d'une accumulation progressive de dysfonctionnements dans l'organisation.(30)

La notion de **culture de sécurité** se répand progressivement et la littérature scientifique s'enrichit largement au fil des années.

La culture de sécurité peut être définie comme l'ensemble des valeurs, des comportements et des pratiques partagés au sein d'un établissement, qui déterminent la manière dont les risques sont perçus, signalés et gérés.

Elle suppose l'engagement de tous les niveaux hiérarchiques et la reconnaissance de l'erreur comme une opportunité d'apprentissage, et non comme une faute individuelle.(31) Selon l'OMS : « **Une culture de sécurité** est une confiance partagée dans l'importance de la sécurité, par la volonté de signaler les incidents et par une approche non punitive vis-à-vis des erreurs. » Cette description met en évidence le rôle fondamental de **la culture juste** dans la construction du climat organisationnel. La confiance est un préalable indispensable à toute démarche de signalement : sans elle, les professionnels peuvent ressentir de la peur, de la culpabilité ou de la méfiance vis-à-vis de l'institution.

2) La culture juste : entre responsabilisation et bienveillance

Le concept de **culture juste** (ou *Just culture*) constitue une composante essentielle de la culture de sécurité. (32) Il vise à établir un équilibre entre responsabilisation et bienveillance : il ne s'agit ni de tolérer toutes les erreurs ni de sanctionner systématiquement, mais de distinguer les erreurs humaines, les comportements à risque et les fautes intentionnelles.(33) La HAS souligne que : « La culture juste permet de garantir un climat de confiance, dans lequel les professionnels se sentent en sécurité pour déclarer un événement sans craindre de répercussions injustes. » Ce climat est fondamental pour le bon fonctionnement des dispositifs de signalement des événements indésirables. Lorsque les professionnels craignent des sanctions, ils ont tendance à se taire, ce qui entrave l'apprentissage organisationnel et compromet les actions de prévention.

Dans une **culture juste** :

- **Les erreurs non intentionnelles** sont comprises comme des défaillances humaines inhérentes à toute activité complexe, et donnent lieu à une analyse systémique (conditions de travail, charge cognitive, procédures) ;
- **Les comportements à risque répétés** sont analysés pour comprendre leur origine et réajuster les pratiques ;
- **Les violations délibérées des règles ou les actes de malveillance**, en revanche, font l'objet de mesures disciplinaires, mais toujours dans un cadre clair et proportionné.

Ainsi, **la culture juste** favorise la transparence, l'équité et la confiance managériale. Elle est considérée comme une condition préalable à l'émergence d'une culture de sécurité dans les établissements médico-sociaux (Vincent, 2006 ; Amalberti, 2016).(34) Elle nécessite, pour s'installer durablement, une formation continue des encadrants, un cadre institutionnel clair et un dialogue ouvert entre tous les niveaux hiérarchiques.

La culture juste n'est donc pas seulement une posture éthique, elle est un levier de régulation du climat professionnel qui influence directement le comportement des acteurs face au risque. Ainsi, la culture juste garantit un équilibre entre équité et responsabilité, et contribue à rendre les dispositifs de déclaration à la fois légitimes et efficaces.

3) Le climat de sécurité

Le climat de sécurité correspond à la perception qu'ont les professionnels de leur environnement de travail en matière de sécurité des soins. Il reflète, à un instant donné, le niveau de confiance dans les processus de signalement, de gestion des risques, et dans l'écoute de la hiérarchie face aux alertes.

Des études ont montré que le climat de sécurité perçu est étroitement lié au niveau réel de déclaration des événements indésirables. L'étude de Singer et al. (2003) a mis en évidence que les hôpitaux affichant un climat de sécurité positif avaient tendance à enregistrer un nombre plus élevé de déclarations d'EI. Dans son ouvrage *Safer Healthcare : Stratégies for the Real World*, René Amalberti souligne que la sécurité des patients est étroitement liée à la culture organisationnelle. Il insiste sur le fait que pour améliorer la sécurité, il est essentiel de comprendre et d'intégrer les comportements humains dans les stratégies de gestion des risques. Cette corrélation suggère que lorsque les professionnels de santé perçoivent leur environnement comme sûr et soutenant, ils sont plus enclins à signaler les incidents, favorisant ainsi une culture d'apprentissage et d'amélioration continue.(35)

4) La gestion des risques a priori et a posteriori

Enfin, la culture de sécurité s'appuie sur une gestion des risques **proactive (a priori)** visant à prévenir l'occurrence d'un événement et **réactive (a posteriori)** consistant à analyser les incidents pour en tirer des enseignements.

Cette dualité est au cœur des démarches qualité menées dans les établissements médico-sociaux. Ces deux dimensions, bien que distinctes, elles sont complémentaires et indispensables à une politique efficace de sécurité.

La gestion a priori désigne l'ensemble des actions mises en œuvre avant la survenue d'un événement indésirable, dans une logique d'anticipation et de maîtrise des risques. Elle repose sur :

- L'identification des dangers potentiels ;
- L'évaluation de leur probabilité et de leur gravité ;
- La mise en place de mesures préventives (protocoles, formations...).

Selon la HAS, cette gestion préventive repose notamment sur des outils comme :

- La cartographie des risques ;
- L'analyse de processus (Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité) ;
- Les audits de sécurité.

L'objectif est de réduire la probabilité de survenue des événements indésirables en structurant les pratiques et en renforçant la culture du signal faible.(36)

La gestion a posteriori intervient après la survenue d'un événement indésirable. Elle consiste à :

- Analyser les causes de l'événement (analyse systémique, méthode ALARM) ;
- Mettre en œuvre des actions correctives ;
- Partager les enseignements issus de ces retours d'expérience.

Cette approche vise à éviter la répétition des événements similaires. Elle est essentielle pour nourrir la boucle d'amélioration continue de la qualité et renforcer la culture de sécurité. René Amalberti (2016) insiste sur l'importance de cette gestion réactive comme moteur de progrès : « Il est illusoire de penser que l'on peut tout prévoir. L'analyse des erreurs réelles est un levier irremplaçable d'apprentissage collectif. »(34) À travers cette affirmation, R. Amalberti met en lumière les limites structurelles de la prévention. Malgré les dispositifs **a priori** tels que la cartographie des risques ou les procédures standardisées, le facteur humain, la complexité des situations cliniques et l'imprévisibilité des contextes rendent inévitable la survenue d'écarts ou d'événements indésirables. Il devient alors impératif de considérer ces événements non pas comme des échecs, mais comme des opportunités d'apprentissage organisationnel.

La gestion a posteriori prend ici tout son sens. En permettant une analyse rigoureuse des causes profondes des incidents, elle ne vise pas la désignation de fautes individuelles, mais la compréhension des défaillances (ex. : organisation du travail, moyens de communication, surcharge cognitive, défauts de coordination, etc.).

À travers des outils comme la méthode ALARM ou le retour d'expérience (REX), cette approche favorise :

- La remise en question des pratiques établies ;
- La diffusion des apprentissages à l'échelle collective ;
- La consolidation de la culture de sécurité au sein des établissements.

En somme, cette perspective défendue par Amalberti invite à une posture plus humble et résiliente face au risque : plutôt que d'imaginer un système infaillible, il s'agit de construire un système capable d'apprendre de ses failles.

Après avoir défini les notions fondamentales qui structurent la culture de sécurité, il convient désormais d'analyser l'évolution des approches en matière de gestion de l'erreur. D'une vision traditionnellement centrée sur la faute individuelle, les organisations tendent progressivement vers une culture plus constructive, dans laquelle l'erreur est perçue comme un levier d'apprentissage et d'amélioration continue.

2. Evolution des approches : de la culture de l'erreur à la culture positive de l'erreur

La perception de l'erreur au sein des organisations médico-sociales a considérablement évolué au fil du temps. Longtemps associée à une faute individuelle, souvent sanctionnée, l'erreur tend aujourd'hui à être reconnue comme une composante inhérente à l'activité humaine, et surtout comme une source d'apprentissage organisationnel. Cette transformation s'inscrit dans une dynamique plus large de renforcement de la culture de sécurité et de promotion du retour d'expérience. Ce changement de paradigme s'inscrit dans une vision moderne de la gestion des risques, qui reconnaît que l'erreur humaine est inévitable dans tout système complexe (Reason, 2000)(37). Plutôt que de chercher systématiquement un responsable individuel, les approches actuelles préconisent une analyse systémique des erreurs, permettant d'en comprendre les causes profondes, souvent organisationnelles, et d'identifier les facteurs contributifs (HAS, 2012)(18).

Cette vision est au cœur des recommandations de la HAS, qui affirme que : « L'analyse des EI ne doit pas viser la recherche d'un coupable, mais permettre l'identification des causes pour éviter la répétition. »(HAS)(7). Ce processus nécessite toutefois un environnement organisationnel propice, fondé sur une culture de sécurité et de confiance. La mise en place de dispositifs comme les CREX (Comités de retour d'expérience) ou les analyses collectives post-événements (ALARM) permet de transformer l'erreur en opportunité d'amélioration continue et de renforcer la résilience des équipes.

Dans cette optique, les ESSMS n'est plus un lieu où l'on cache les erreurs, mais un espace qui les reconnaît, les explore et en tire des leçons, dans une démarche proactive et responsabilisante. Si la promotion d'une culture positive de l'erreur marque une avancée significative dans la gestion des risques, sa mise en œuvre concrète reste conditionnée par de nombreux facteurs. En effet, le développement d'une véritable culture de transparence suppose de surmonter plusieurs obstacles d'ordre individuel, organisationnel et institutionnel, tout en s'appuyant sur des leviers durables. Afin de mieux comprendre les conditions de mise en œuvre d'une culture de sécurité effective, il est essentiel d'identifier les freins persistants à la déclaration des événements indésirables, ainsi que les leviers organisationnels et humains susceptibles de favoriser une dynamique de transparence et d'apprentissage.

3. Freins et leviers au développement d'une culture de transparence

Le développement d'une culture de transparence dans les ESSMS représente un objectif clé pour renforcer la sécurité des personnes accompagnées et améliorer les pratiques professionnelles. Toutefois, cette évolution se heurte à plusieurs **freins** structurels, culturels et organisationnels. À l'inverse, certains **leviers** peuvent favoriser l'appropriation durable de démarches déclaratives et d'analyse des risques.

1) Les freins à la transparence

Malgré les incitations institutionnelles et les obligations légales, plusieurs facteurs contribuent à la persistance d'une sous-déclaration des événements indésirables :

La peur des sanctions : les professionnels peuvent redouter des conséquences disciplinaires ou juridiques liées à la reconnaissance d'une erreur.(38)

La peur des sanctions constitue l'un des freins les plus fréquemment identifiés à la déclaration des événements indésirables. Nombreux professionnels redoutent que le signalement d'une erreur, même involontaire, n'entraîne des conséquences disciplinaires, juridiques ou hiérarchiques. Selon la Haute Autorité de Santé, ce climat de culpabilisation peut inhiber toute démarche réflexive ou déclarative, et générer des comportements d'évitement, de silence, voire de dissimulation. En l'absence de cadre sécurisant comme celui offert par une culture juste les professionnels préfèrent souvent ne pas signaler un incident, de peur de nuire à leur réputation ou à leur carrière.(39)

Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle fragilise les dispositifs de retour d'expérience (RETEX) et prive l'organisation d'informations précieuses pour la prévention. René Amalberti spécialiste reconnu de la sécurité dans les systèmes complexes, rappelle à ce titre que « la peur de la sanction détourne les professionnels de la recherche de causes profondes », bloquant ainsi tout progrès collectif.

Exemple concret : dans un établissement médico-social accueillant des adultes polyhandicapés, une aide-soignante omet, lors d'un transfert, de sécuriser correctement un fauteuil roulant, entraînant une chute sans gravité du résident. Craignant d'être blâmée ou sanctionnée, elle ne signale pas l'incident. L'erreur ne sera découverte qu'indirectement, lors d'une discussion informelle, plusieurs semaines plus tard. Or, une analyse aurait permis de révéler un manque de formation sur les dispositifs de freinage, partagé par plusieurs membres de l'équipe, ainsi qu'un protocole peu lisible. La non-déclaration prive donc l'établissement d'une opportunité d'amélioration systémique (formation, révision des consignes, clarification des affichages).

Cette situation illustre la nécessité de développer une culture juste, où les erreurs peuvent être signalées sans crainte disproportionnée, afin de déclencher un apprentissage collectif. Comme le rappelle James Reason, « ce n'est pas l'erreur qu'il faut éliminer, mais les conditions qui la rendent inévitable ». C'est pourquoi le développement d'un cadre non répressif, fondé sur la confiance, la transparence et la distinction entre erreur humaine, négligence et faute volontaire, est indispensable pour libérer la parole et favoriser une culture de sécurité mature.(40)

Le manque de formation et de sensibilisation des professionnels constitue un frein majeur à la mise en œuvre d'une culture de sécurité dans les établissements médico-sociaux. Cette lacune concerne à la fois la connaissance des dispositifs de signalement, la maîtrise des outils d'analyse des événements indésirables, et la compréhension des enjeux de la culture de transparence.

En l'absence d'une formation spécifique et régulière, de nombreux professionnels notamment les personnels non médicaux ignorent ce qu'est un événement indésirable, comment et pourquoi le déclarer, et quels en sont les impacts potentiels sur la qualité de prise en charge. Selon la Haute Autorité de Santé, « l'accès limité à des formations sur la sécurité des soins et la gestion des risques reste une réalité dans de nombreux établissements médico-sociaux ».

Cette carence a des conséquences concrètes : elle limite la capacité des équipes à identifier les signaux, à analyser les causes profondes des incidents, et à adopter une posture réflexive.(32) La sensibilisation à la culture de sécurité ne peut donc être considérée comme une simple information, mais comme un processus continu visant à faire évoluer les représentations, les comportements et les pratiques. Elle constitue un levier indispensable pour réduire les freins culturels et opérationnels, et construire une dynamique partagée d'amélioration des pratiques professionnels.

La pression organisationnelle : elle est souvent liée à une surcharge de travail, un manque de temps ou une gestion prioritaire de la continuité de service, constitue un obstacle majeur à l'engagement des professionnels dans les démarches de déclaration et d'analyse des événements indésirables. Dans de nombreux établissements médico-sociaux, les équipes sont confrontées à un rythme soutenu, à des effectifs réduits, et à une multiplication des tâches, qui laissent peu de place à la réflexion a posteriori. Cette réalité de terrain est documentée par plusieurs travaux. La HAS souligne que les professionnels déclarent fréquemment ne pas avoir « le temps de remplir une fiche d'incident » ou considèrent que ce type de démarche vient en concurrence avec les impératifs de soin et d'accompagnement. Le manque de temps devient alors un frein structurel, non par manque de volonté, mais parce que les conditions de travail ne permettent pas l'investissement nécessaire. Comme l'indique le rapport de l'INRS⁶, « sans conditions de travail favorables, la vigilance et l'analyse s'érodent ». Il est donc indispensable de valoriser et d'organiser des espaces de réflexion collective dans le fonctionnement courant des structures médico-sociales.(41)

2) Les leviers favorisant une culture de transparence

À l'inverse, plusieurs leviers peuvent contribuer au développement d'un environnement propice à la déclaration et à l'apprentissage collectif :

Le renforcement de la culture juste : levier fondamental pour libérer la parole. La **culture juste**, concept central promu par la HAS, vise à instaurer un climat organisationnel dans lequel les erreurs peuvent être signalées sans crainte disproportionnée de sanction. Il ne s'agit pas de déresponsabiliser les professionnels, mais de faire la distinction entre erreur humaine, comportement à risque et faute intentionnelle, afin d'adopter une réponse juste et proportionnée.

⁶ Institut National de Recherche et de Sécurité

Cette posture managériale favorise un environnement de confiance et de transparence, où la déclaration d'un événement indésirable n'est plus vécue comme une dénonciation ou un risque personnel, mais comme une contribution à l'amélioration des pratiques collectives. En désamorçant les mécanismes de peur ou de culpabilité, la culture juste déverrouille les résistances à la déclaration, encourage la réflexion sur les causes profondes, et alimente une dynamique d'apprentissage.

Mettre en place un cadre institutionnel pour la gestion des erreurs explicite avec :

- Une **charte de la culture juste**, affichée et diffusée à l'ensemble des professionnels(42) ;
- Des **réunions de retour d'expérience (RETEX)** régulières, menées dans un esprit non punitif (43) ;
- La désignation d'un **référént culture de sécurité**, formé à la communication bienveillante et à l'analyse des erreurs ; Selon les recommandations de le HAS)(44), le référent peut avoir pour missions de :
 - **Sensibiliser les professionnels** aux enjeux de la sécurité des soins et de l'accompagnement ;
 - **Soutenir les déclarants** dans la rédaction et le suivi des événements indésirables ;
 - **Animer des retours d'expérience** ou des temps d'échange sans jugement ;
 - Servir de **lien entre les équipes de terrain et la direction**, pour faire remonter les signaux faibles et impulser des actions correctrices.

L'intégration de modules de formation

La culture juste dans les parcours d'intégration et de formation continue en proposant des formations ciblées sur la gestion des risques, l'analyse d'événements et la communication bienveillante permet de développer une compétence collective autour de la sécurité.(45)

L'engagement du management

La posture des cadres et dirigeants est déterminante. Leur exemplarité, leur réactivité aux signalements et leur soutien aux démarches d'analyse renforcent la légitimité des processus déclaratifs. L'implication visible et cohérente de l'encadrement constitue l'un des principaux leviers du développement d'une culture de sécurité dans les ESSMS. Comme le rappelle la HAS, le management est à la fois garant, moteur et modélisateur des pratiques de déclaration et d'apprentissage collectif. (32)

Trois dimensions essentielles de l'engagement managérial :

- **Exemplarité** : lorsque les cadres reconnaissent leurs propres erreurs ou participent activement à l'analyse des incidents, ils donnent un signal fort que la transparence est valorisée, et non punie.
- **Réactivité** : une réponse claire et rapide aux signalements, même mineurs, montre que les déclarations sont utiles, écoutées et suivies.
- **Soutien** : les professionnels doivent sentir qu'ils seront accompagnés et protégés dans la démarche déclarative, notamment en cas d'événement grave.(32)

Comme le souligne René Amalberti, « la parole du terrain ne se libère que si le sommet de la pyramide organisationnelle soutient et incarne cette culture de transparence ».

La partie suivante détaillera donc l'optimisation du processus de déclaration obligatoire dans les établissements médico-sociaux, en précisant les étapes clés, les acteurs impliqués et les responsabilités associées.

D. Optimisation du processus de déclaration

1. Circuit de déclaration obligatoire dans les établissements médico-social

Comme évoqué précédemment, la loi du 2 janvier 2002 impose une obligation de déclaration des événements indésirables dans les ESSMS. Cependant, cette obligation ne se limite pas à une simple formalité administrative : elle s'inscrit dans un **circuit organisé**, qui mobilise différents niveaux d'acteurs, depuis le repérage de l'événement jusqu'à son traitement, son analyse et sa transmission aux autorités compétentes. Ce circuit vise à assurer la **traçabilité des événements**, à permettre une **réaction rapide et adaptée**, ainsi qu'à favoriser **l'amélioration continue de la qualité** au sein des structures.

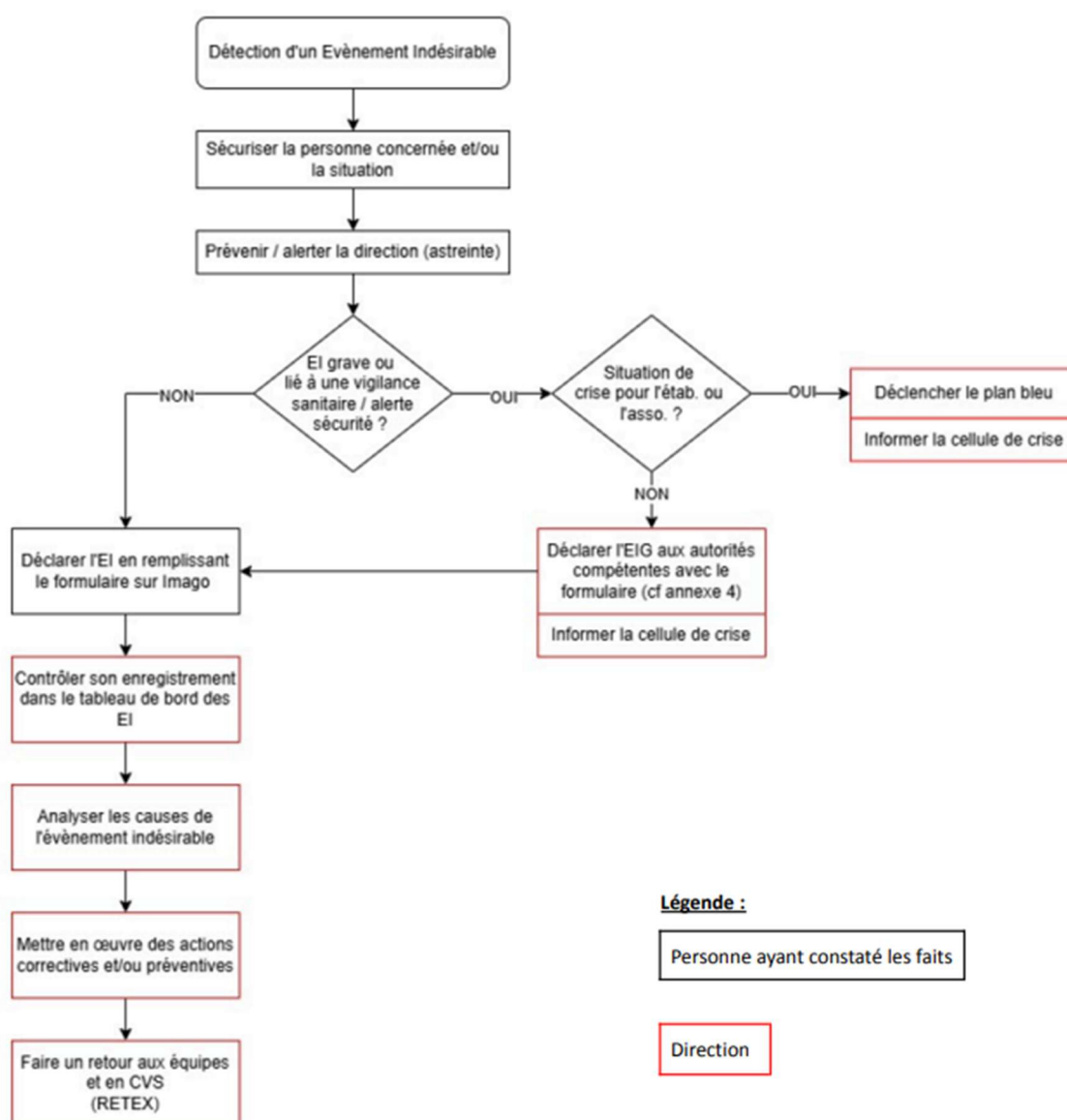
2. La procédure de signalement

Le signalement des EI constitue une démarche essentielle dans la gestion des risques en établissement médico-social. Il permet de détecter les dysfonctionnements, d'analyser les causes profondes et de mettre en œuvre des actions correctrices. Pour qu'il soit pleinement opérationnel, le processus de signalement doit être clairement défini, partagé et accessible à tous les professionnels.

L'association a formalisé une procédure interne de signalement des EI, applicable à l'ensemble des professionnels (Cf : Annexe 2). Elle vise à garantir la sécurité des personnes accompagnées, des équipes, ainsi que la qualité des services rendus, conformément à la réglementation en vigueur. Tout événement susceptible de porter atteinte à la santé, à la sécurité ou à la qualité de l'accompagnement doit faire l'objet d'un signalement. Cette responsabilité incombe à tout professionnel ayant observé un EI, qu'il soit grave ou non. La Direction Générale est garante de la mise en œuvre, et les directeurs d'établissement assurent l'application sur le terrain, avec un appui du service qualité.

Ci-dessous le schéma illustrant les différentes étapes du circuit de signalement des EI, depuis leur détection jusqu'à leur traitement et leur retour d'expérience de la procédure.

FIGURE 3 : PROCEDURE A SUIVRE



Procédure de signalement via Imago

Imago est le DUI⁷ déployé au sein de l'association dans laquelle j'ai réalisé mon stage. Il regroupe les données de chaque personne accompagnée et les salariés ont la possibilité de déclarer les événements indésirables depuis le journal de bord. Un tableau de bord est accessible pour la direction afin d'assurer le suivi et le traitement des EI.

Le signalement se fait via le logiciel **Imago**, à l'aide d'un formulaire dédié comportant :

- la date, l'heure, le lieu de l'événement,
- le type d'événement (selon typologie définie),
- les personnes impliquées (victimes, auteurs, témoins),
- le caractère avéré ou relaté du fait,
- une description libre de la situation,
- les actions immédiates entreprises,
- la possibilité d'ajouter des documents (photo, fichier).

Un **tutoriel** est intégré au logiciel et mis à disposition dans les annexes internes pour accompagner les professionnels dans la démarche.

Spécificité des EIG

En cas d'événement grave, la direction procède à une **déclaration externe** auprès du **point focal ARS Hauts-de-France** (via l'adresse : ars-hdf-signal@ars.sante.fr) (cf. : Annexe 4)

La gestion des EI engage l'ensemble des acteurs de l'établissement :

- **Les professionnels de terrain** (éducateurs spécialisés, aides-soignants, infirmiers, etc.) : en première ligne pour détecter et signaler.
- **Les cadres de proximité** (chefs de service, coordinateurs) : garants de la transmission et de la bonne gestion des signalements.
- **La direction** : responsable de l'organisation du circuit interne, de la déclaration aux autorités et de la communication avec les personnes accompagnées et familles.
- **Le référent qualité ou gestionnaire des risques** : chargé de l'enregistrement, de l'analyse des événements et du suivi des plans d'action correctifs. Ce rôle peut être effectué par les directeurs d'établissement.
- **Les autorités de contrôle** (ARS, conseils départementaux) : destinataires des déclarations en cas d'événement grave, elles assurent la surveillance et peuvent demander des enquêtes complémentaires. Ce rôle peut être assuré par la direction si l'établissement n'a pas de référent qualité.

⁷ Dossier Usager informatisé

3. Responsabilités associées

Chaque acteur du circuit porte des responsabilités précises :

- **Responsabilité individuelle** : chaque professionnel est tenu de signaler sans délai tout événement grave ou susceptible de l'être (HAS).
- **Responsabilité institutionnelle** : l'établissement est responsable de la mise en place d'une procédure de déclaration formalisée et efficace.
- **Responsabilité juridique** : en cas de non-déclaration ou de dysfonctionnement du circuit, des sanctions administratives, civiles voire pénales peuvent être engagées.

Une fois le signalement réalisé selon la procédure définie, il ne constitue qu'une première étape. Pour que l'événement déclaré devienne réellement une source d'apprentissage collectif, il faut qu'il soit analysé de manière rigoureuse et systémique. La mise en place d'outils et de méthodes d'analyse adaptées est alors essentielle pour identifier les causes profondes, repérer les défaillances organisationnelles et proposer des actions d'amélioration pertinentes. C'est cette étape clé du traitement des événements indésirables qui sera développée dans la section suivante.

4. Mise en place d'outils et méthodes d'analyse

La déclaration d'un événement indésirable ne suffit pas à elle seule à améliorer la sécurité des soins. Pour que cette démarche ait un réel impact, elle doit s'accompagner d'une analyse rigoureuse et structurée. L'objectif est de comprendre les mécanismes ayant conduit à l'événement, d'identifier les facteurs déclenchants et de proposer des actions correctives ou préventives pertinentes.

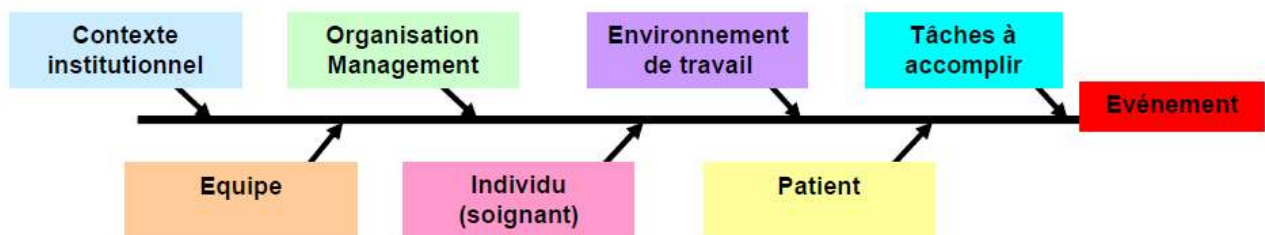
La HAS recommande une approche systémique, qui s'intéresse aux interactions entre les individus, les organisations, les procédures et l'environnement. Cette démarche permet de dépasser une lecture simpliste de l'erreur et d'agir sur les causes profondes.(51)

Plusieurs méthodes d'analyse sont aujourd'hui reconnues et utilisées dans les établissements de santé et médico-sociaux. (52)

1) La méthode ALARM

Elle classe l'ensemble des causes racines des EIAS en 7 catégories permettant une exploration systématique du contexte de l'évènement, d'une sphère proche de l'acte de soin (patient, tâches à accomplir, soignant), vers des couches organisationnelles de plus en plus éloignées (équipe, environnement de travail, organisation et management, contexte institutionnel). (53)

FIGURE 4 : LES 7 CATEGORIES DE FACTEURS D'UN EVENEMENT INDESIRABLE



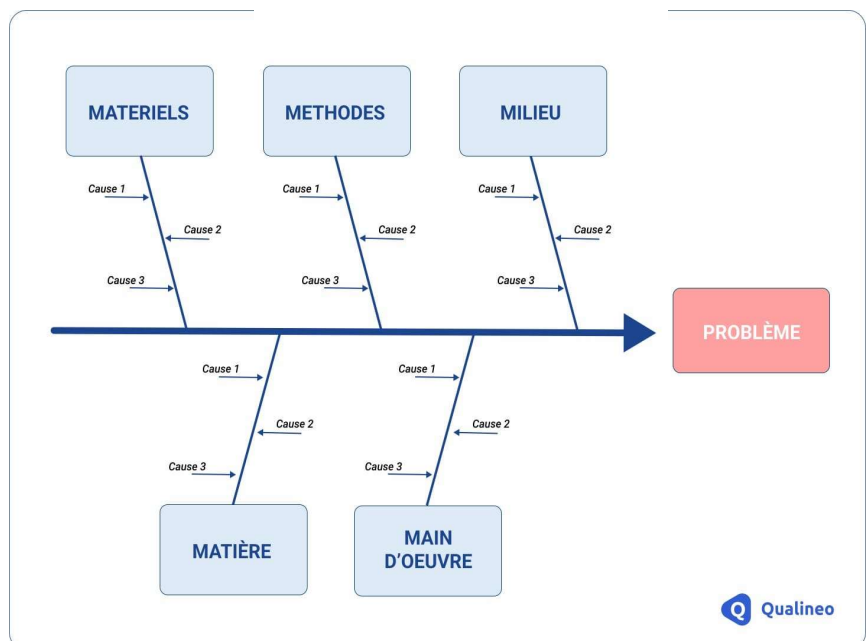
La grille ALARM est en cours d'actualisation par la HAS à la suite de la publication du protocole de Londres 2024 (traduction du London Protocol 2024). Celui-ci préconise notamment de créer une nouvelle catégorie de causes profondes sur les outils numériques.

2) La méthode des 5 M ou diagramme d'Ishikawa

FIGURE 5 : DIAGRAMME D'ISHIKAWA

Elle utilise un schéma en forme de poisson où les arêtes représentent les causes, et la tête symbolise l'évènement.

- **Matière** : causes liées à des fournitures de mauvaise qualité
- **Milieu** : causes liées à l'environnement
- **Méthodes** : causes liées à la manière de travailler, aux modes opératoires
- **Matériel** : causes liées aux équipements, machines, logiciels obsolètes ou inadaptés
- **Main d'œuvre** : causes liées aux ressources humaines, comprenant les compétences, la formation et l'information du personnel.

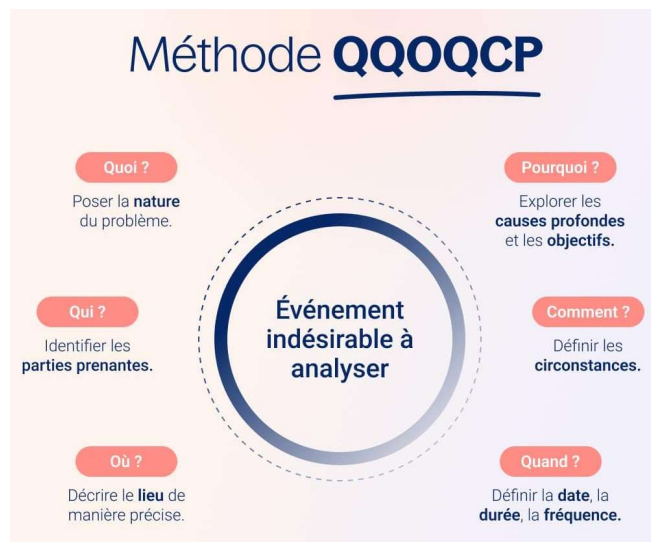


Il est à noter que la classification des M peut varier en fonction du type d'événement indésirable et de ses problématiques spécifiques, des **catégories supplémentaires**, telles que : le Management, les Moyens financiers, le Moment, le Mental, ou la Maintenance, peuvent être incluses. (54)

3) La méthode QQQQCP

Elle est dérivée des 5 W anglo-saxons (*Who, What, Where, When, Why, How*) est une approche structurée de résolution de problèmes, posant des questions clés : Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Chaque lettre explore un aspect spécifique du problème, permettant une analyse exhaustive.(55)(56)

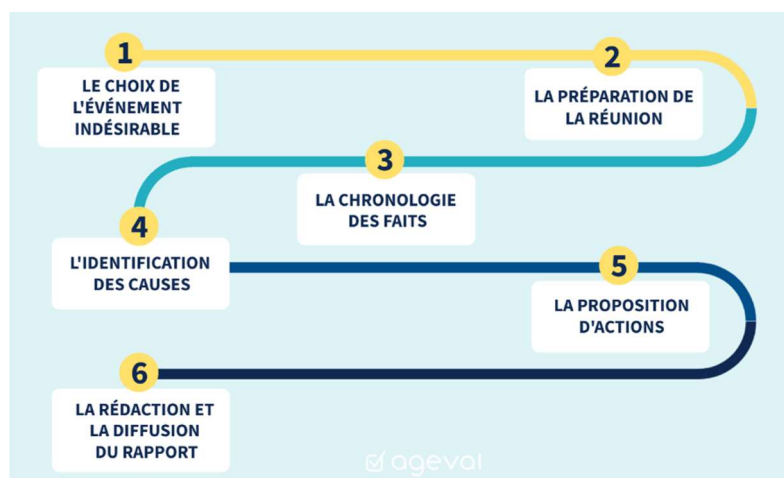
FIGURE 6 : METHODE QQQQCP



4) Le CREX (Comité de Retour d'Expérience)

Pilier de l'amélioration continue en ESSMS, le comité est une démarche collective et rétrospective visant à analyser les événements indésirables (EI, EIG / EIGS) survenus en établissement. Fondée sur une culture positive de l'erreur, la démarche a pour objectif l'amélioration de la qualité des prestations sans culpabilité ni jugement.(57)(58) (En annexe n°5 : Trame d'un rapport lors d'un CREX)

FIGURE 7 : LES 6 ETAPES POUR DEPLOYER SON COMITE RETOUR D'EXPERIENCE



Ces méthodes ont en commun de promouvoir une **culture de non-blâme**, en valorisant la compréhension des systèmes plutôt que la désignation de responsables.

À l'issue de cette phase d'analyse, la section suivante se penche ainsi sur les incitations perçues ou attendues par les professionnels pour renforcer cette démarche de déclaration.

5. Incitations à la déclaration

Favoriser la déclaration des événements indésirables passe non seulement par la formation et la simplification des outils, mais aussi par la mise en place de leviers d'engagement. Deux dimensions apparaissent particulièrement structurantes à cet égard : la valorisation des déclarants et l'intégration du signalement dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

1) Valorisation des déclarants

La valorisation des professionnels qui déclarent des EIAS est un levier essentiel pour encourager la remontée des événements. La HAS insiste sur l'importance de ne pas stigmatiser les déclarants : l'objectif n'est pas de sanctionner, mais de favoriser une culture de l'erreur apprenante, où chaque signalement est vu comme une opportunité d'amélioration collective et non comme une faute individuelle

Il ne s'agit pas de récompenser l'erreur, mais bien de valoriser la démarche de vigilance et de responsabilité qui accompagne le signalement, en l'inscrivant dans une logique d'amélioration continue. Certaines structures mettent en place des chartes d'incitation à la déclaration et des dispositifs de soutien pour les équipes, afin de rassurer les professionnels et de reconnaître leur implication dans la démarche qualité. Cette reconnaissance peut prendre la forme de retours d'expérience partagés, de valorisation lors de réunions d'équipe, ou d'intégration dans les entretiens d'évaluation professionnelle.(59)

2) Intégration de la déclaration dans l'évaluation des pratiques professionnelles

Selon Charles Vincent, pour qu'un système de sécurité fonctionne, les professionnels doivent percevoir la déclaration comme une composante normale et attendue de leur pratique quotidienne, et non comme une initiative exceptionnelle ou facultative.(60)

Pour les ESSMS, l'objectif 3.13 du manuel d'évaluation de la qualité stipule que l'établissement doit assurer le recueil et le traitement des événements indésirables. Ces démarches sont donc formellement intégrées dans l'évaluation des pratiques professionnelles, ce qui constitue une incitation forte à la déclaration, car elles conditionnent la conformité et la qualité reconnue de l'établissement.(61)

En résumé, la valorisation efficace des déclarants repose sur une culture de confiance, la reconnaissance institutionnelle, l'intégration dans les pratiques professionnelles, le partage collectif des retours d'expérience et la formation continue. Ces leviers sont recommandés par la HAS et intégrés dans la feuille de route nationale pour la sécurité des patients.(62)

Face aux constats de sous-déclaration, la sécurité des personnes accompagnées constitue un enjeu majeur dans les établissements médico-sociaux. Le phénomène de **sous-déclaration** est largement documenté, mais les causes restent souvent multifactorielles : méconnaissance des procédures, peur d'être sanctionné, manque de retour sur les signalements, ou encore culture du silence au sein des équipes. L'analyse de la littérature, ainsi que les premiers résultats de terrain, suggèrent que la méconnaissance des procédures, les incertitudes quant aux enjeux du signalement et l'absence de formation ciblée constituent des freins majeurs à la déclaration.

Dans cette perspective, l'hypothèse retenue pour ce travail est la suivante :

« Si les professionnels sont mieux formés à l'identification et à la déclaration des événements indésirables, alors le taux de déclaration augmentera. »

Cette hypothèse repose sur l'idée que la formation, en renforçant à la fois les connaissances et la confiance dans le dispositif, peut agir comme un **levier de mobilisation** des équipes. Elle sera testée à partir des données recueillies sur le terrain, notamment via un questionnaire diffusé aux professionnels d'une association médico-social, et mise en perspective avec les apports de la littérature.

V. Méthodologie de recherche proposée

Cette recherche vise à analyser les freins à la déclaration des événements indésirables dans le secteur médico-social, en particulier dans les établissements d'une association accueillant des enfants et adultes autistes.

Les principaux objectifs sont :

- **Identifier les pratiques actuelles** de déclaration des événements indésirables en mesurant l'ampleur du phénomène de sous-déclaration des événements indésirables.
- Comprendre **les freins et les leviers** à la déclaration.
- Proposer **des pistes d'amélioration** pour renforcer la culture de la déclaration et améliorer la sécurité des personnes accompagnées.

A. Approche méthodologique

1. Type d'enquête

Afin de répondre aux objectifs de l'étude et à la problématique de recherche soulevée, j'ai opté pour la mise en place d'une **enquête quantitative monocentrique par questionnaire**. Cet outil présente de nombreux avantages dans un contexte en milieu professionnel : il permet notamment de collecter un grand volume de données standardisées en un temps restreint et garantir l'anonymat des répondants, ce qui peut encourager l'authenticité de leurs réponses, surtout sur des sujets comme la sous-déclaration d'événements indésirables.

Ce questionnaire a été élaboré spécialement pour cette étude, en se basant sur les travaux de la littérature sur les événements indésirables et les freins au signalement dans le secteur médico-social. Il a été diffusé après validation du service qualité et développement de l'association et de ma directrice de mémoire auprès de **13 établissements** ayant accepté de participer.

L'enquête était quantitative, comportant principalement des questions à choix multiples et des échelles de type Likert, ce qui facilite l'analyse statistique des résultats. Le questionnaire a été élaboré pour être complété en moins de 5 minutes, prenant en compte la commodité pour des professionnels fréquemment sollicités.

B. Collecte de données

1. Public visé

Le questionnaire a été élaboré pour être distribué à deux groupes distincts de répondants :

- ✓ Les experts de terrain (équipes éducatives, médicales, paramédicales infirmiers, etc.) Annexe n°6.
- ✓ Les gestionnaires de proximité (chefs de services, responsables d'unité ou structure). Annexe n°7.

Cette double cible offre l'opportunité de juxtaposer les perceptions, les savoirs et les démarches concernant la déclaration des événements indésirables, facilitant ainsi la compréhension des divergences ou similitudes en fonction des rôles exercés.

2. Critères d'inclusion/exclusion

Afin de garantir la pertinence des données recueillies, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis en amont de la diffusion du questionnaire.

Des critères d'inclusion ont été inclus dans l'enquête :

- Les **professionnels du secteur médico-social** (éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, AMP/AES, infirmiers, psychologues, agents techniques etc.) en poste au moment de l'enquête.
- Les **managers de proximité** (chefs de service, responsables de structure) exerçant au sein des établissements médico-sociaux de l'association.
- Les personnes **volontaires** pour participer à l'étude via le questionnaire.

Les critères d'exclusion sont :

- Les **stagiaires, alternants ou bénévoles**, ne disposant pas d'un recul suffisant ou d'un accès aux outils de signalement.
- Les **professionnels du siège** de l'association.
- Les **professionnels extérieurs à l'association**.

3. Taille de l'échantillon

L'enquête a été menée auprès d'un échantillon total de **83 répondants**, répartis entre **professionnels de terrain** (n = 71, soit 20%) et **managers de proximité** (n = 12, soit 100%).

Ce nombre a été déterminé après avoir diffusé sélectivement le questionnaire au sein des établissements de l'association (Cf. : Annexe n°8). La participation était facultative et aucun critère de quota n'a été imposé pour garantir la libre adhésion des répondants.

Le taux de réponse a été considéré acceptable compte tenu des restrictions de temps et de la charge de travail. Les résultats obtenus offrent donc la possibilité d'une analyse, renforcée par des comparaisons exploratoires entre les différents sous-groupes (professionnels contre managers), dans le contexte d'une démarche de recherche.

4. Outils de collecte de données

1) Description du questionnaire : nombre de questions, thématiques abordées

Deux versions du questionnaire ont été élaborées afin de tenir compte des spécificités des fonctions exercées par les participants : Un questionnaire destiné aux professionnels de terrain, comportant 29 questions réparties en 5 grandes thématiques. Un questionnaire adapté aux managers de proximité, plus synthétique, comportant 10 questions ciblées sur leur rôle dans la politique de signalement.

Le questionnaire à destination des professionnels de terrain visait à recueillir des données quantitatives sur les pratiques, les connaissances et les perceptions liées aux EI. Il se structurait autour de cinq thématiques principales :

- **Profil du répondant** → Informations sociodémographiques et professionnelles : fonction, ancienneté, sexe, formation, etc.
- **Votre établissement** → Questions portant sur la perception de la culture de sécurité, la politique de gestion des risques, et la clarté des procédures internes.
- **Votre encadrement** → Évaluation du rôle de l'encadrement dans la prévention, le soutien à la déclaration et la diffusion des bonnes pratiques.
- **Communication des événements indésirables** → Degré de connaissance des événements indésirables, accès à l'information, modalités de transmission, retour d'expérience éventuel.
- **Signalement des événements indésirables** → Pratiques effectives de déclaration, fréquence, types d'événements signalés, freins rencontrés, leviers de motivation.

La majorité des questions étaient fermées (QCM, échelles de Likert, cases à cocher), afin de permettre une analyse statistique standardisée.

Le questionnaire destiné aux managers de proximité était volontairement plus synthétique, afin de cibler leur perception stratégique et managériale du système de signalement des événements indésirables. Les 10 questions portaient notamment sur :

- **Profil du répondant** → Informations sociodémographiques et professionnelles : ancienneté, sexe etc.
- **Signalement des événements indésirables** → Pratiques effectives de déclaration avec le nombre d'événements signalés.
- **L'analyse des événements indésirables** → Leur rôle dans la mise en œuvre des dispositifs de déclaration et les actions entreprises ou souhaitées pour favoriser le signalement.
- **Gestion des risques** → Leur degré d'implication dans la culture de sécurité et les difficultés remontées par les équipes.

Cette double version du questionnaire permet de croiser les regards terrain et encadrement, et de mieux cerner les dynamiques institutionnelles autour de la gestion des événements indésirables. (cf : annexe 4 et 5)

2) Validité

J'ai effectué un test préliminaire sur un échantillon restreint de professionnels (n = 10) pour juger la clarté des questions, le temps consacré et la pertinence des questions.

3) Modalités de diffusion

L'évaluation s'est déroulée en ligne grâce à un formulaire Google Forms, consultable via un lien envoyé par courrier électronique. La participation était totalement libre et sans identification, avec une introduction au questionnaire précisant les buts de l'étude, la garantie de confidentialité des informations collectées, ainsi que mes coordonnées pour toute interrogation.

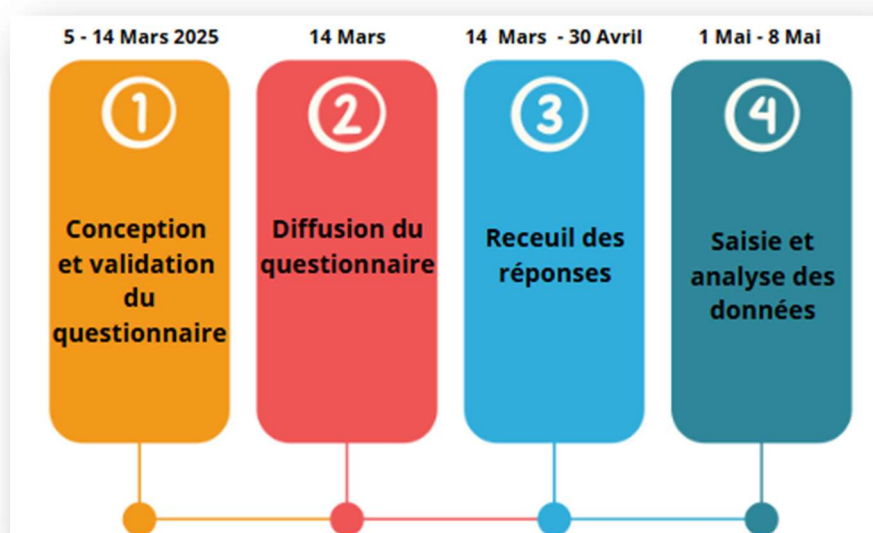
4) Durée de l'étude

L'étude a eu lieu sur six semaines, allant du 12 février 2025 au 8 mai 2025.

Il y avait plusieurs étapes impliquées dans cette période :

- **La structuration et la validation du questionnaire** en rapport avec le champ d'étude.
- **Le questionnaire étant distribué aux professionnels et aux managers** par un lien numérique à l'adresse mail ou communiqué par les directions d'établissements.
- **Le prélèvement des réponses et les relances pour une participation majoritaire.**
- **Etape de saisie et traitement des données** est planifiée pour l'analyse quantitative.

FIGURE 8 : ETAPES DE SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES



Cette durée était suffisante pour engager une participation représentative des établissements sollicités de façon adaptée aux contraintes d'horaires professionnels du secteur médico-social.

C. Analyse des données

1) Méthode d'analyse quantitative

L'analyse des données issues des questionnaires repose sur une approche quantitative descriptive, visant à mettre en évidence les tendances générales, la répartition des réponses, ainsi que les relations éventuelles entre certaines variables. L'usage de cette méthode permet un examen global des connaissances, des attitudes et de la pratique des professionnels et des managers en matière de déclaration des événements indésirables. Les données collectées ont été saisies dans un tableur (Excel) afin d'en faciliter le traitement.

Les réponses aux questions fermées ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives simples telles que :

- Les effectifs absolus (n),
- Les pourcentages (%),

Des analyses croisées ont également été réalisées entre certaines variables qualitatives (ex. : fonction exercée / fréquence de déclaration) afin d'identifier des différences ou similitudes. Lorsqu'il est pertinent, des graphiques (diagrammes en barres, en secteurs) ont été utilisés pour illustrer visuellement les résultats et en faciliter l'interprétation entre les sous-groupes (professionnels vs managers).

2) Outils d'analyse

L'analyse des données a été réalisée à l'aide de plusieurs outils :

- Le logiciel [Excel] a été utilisé pour la saisie, la première exploration des données.
- Les fonctions de tri, de filtrage ont permis de construire des tableaux de fréquences et de croiser certaines variables.
- Des graphiques (diagrammes en barres ou en secteurs) ont été générés avec le logiciel [Canva] pour illustrer visuellement les résultats et faciliter leur interprétation.

En complément, le logiciel [Google Sheets] a été mobilisé pour effectuer les traitements statistiques plus avancés, notamment lors de l'analyse croisée lorsque cela était nécessaire.

L'ensemble de l'analyse a été conduit en respectant les principes de rigueur scientifique, avec une attention particulière portée à la confidentialité des données, qui n'ont en aucun cas permis d'identifier personnellement les participants.

VI. Les résultats

Ces résultats seront présentés selon les 5 thématiques structurantes du questionnaire professionnel (annexe n°9), avec, lorsqu'il est pertinent, une mise en regard avec les données issues du questionnaire managers (annexe n°10).

A. Caractéristiques de l'échantillon

Période de recueil : entre le 14 mars et 30 avril

Nombre total de répondants : 83

Nombre total de professionnels ciblés : 350

Taux de participation (%) : 23.7 %

1. Profil des répondants

L'échantillon se compose de 71 professionnels de terrain et de 12 managers de proximité, issus de différentes structures médico-sociales (IME, FAM, MAS, SESSAD, etc.).

- Sexe : **76.1%** de **femmes**, **23.9%** d'**hommes**.
- Tranche **d'âge majoritaire** : inférieur à **35 ans** (39.4%).
- **Ancienneté** dans la structure : moyenne de 1 à 5 ans (**46.5%**).
- Taux de participation selon la filière professionnelle

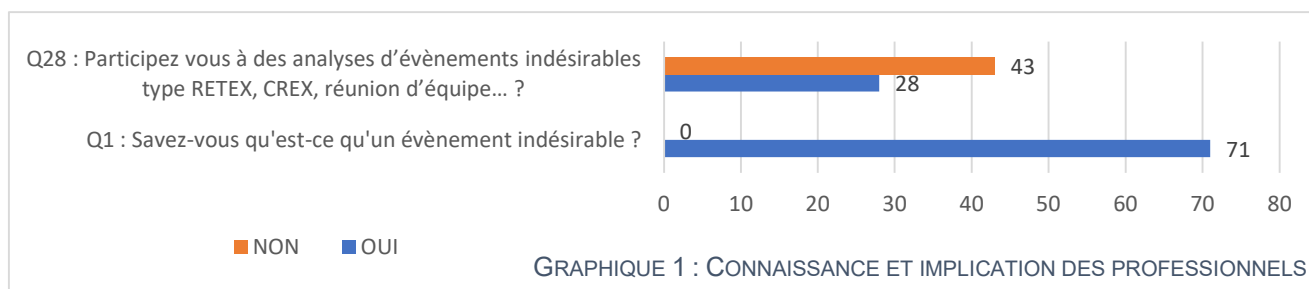
TABLEAU 2 : REPARTITION SELON LA FILIERE PROFESSIONNELLE

	N répondants	% répondants
Manager	12	2 %
Administratif	1	1%
Educatif	44	62 %
Médical et paramédical	20	28 %
Service d'entretien et technique	5	7 %
TOTAL	83	100%

Les répondants sont **majoritairement des femmes âgées de 46 à 55 ans**, avec une ancienneté souvent supérieure à 5 ans au sein de leur établissement. Les principales catégories professionnelles représentées sont les personnels éducatifs, techniques et administratifs.

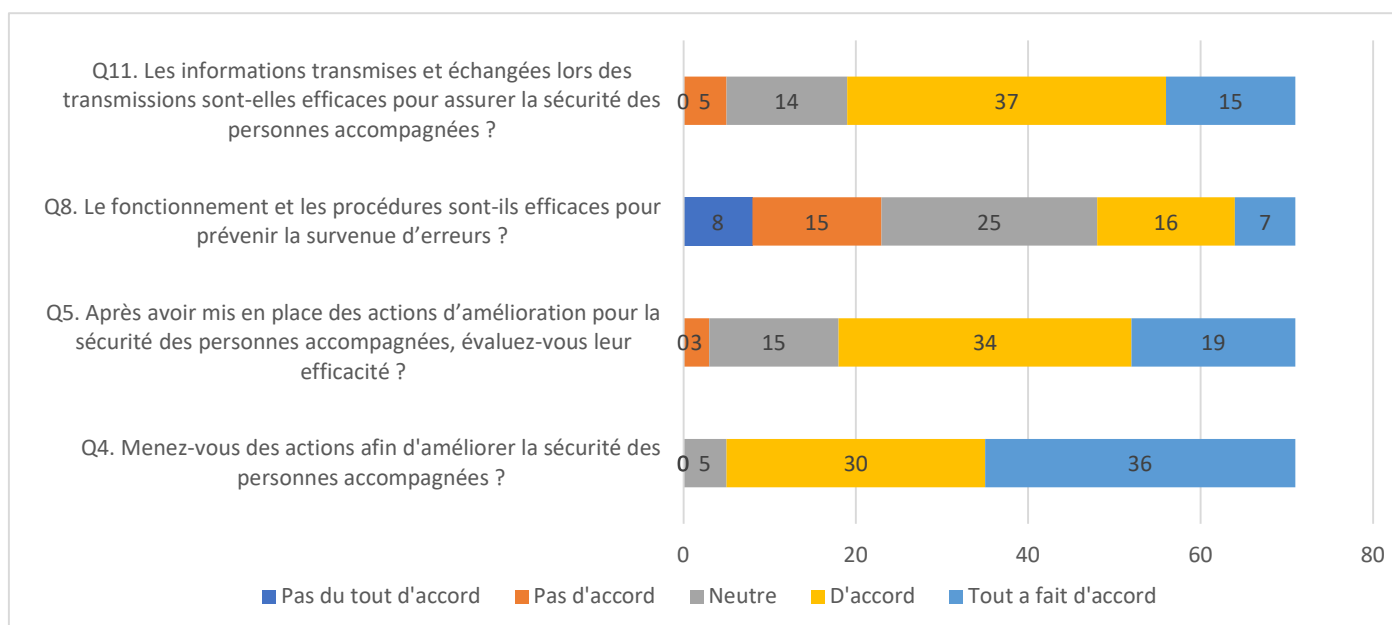
B. État des lieux : connaissances et perceptions des événements indésirables

1. Les établissements



La totalité des répondants (n : 71) déclarent **savoir ce qu'est un événement indésirable**(Q1). Ce résultat témoigne d'une bonne appropriation théorique de la notion, ce qui constitue un prérequis essentiel à toute démarche de signalement. À l'inverse, la participation **aux analyses d'événements indésirables** reste très limitée, avec seulement **43** des répondants indiquant y prendre part (Q28). Ce chiffre souligne une faible implication des professionnels dans les démarches collectives de retour d'expérience, ce qui peut freiner l'apprentissage organisationnel et la diffusion des bonnes pratiques de prévention.

GRAPHIQUE 2 : LA THEORIE ET LA PRATIQUE



Pour la question 4 : bien que la majorité (**84 %** répondent "**D'accord**" ou "**Tout à fait d'accord**") mène des actions traduisant une volonté affirmée d'agir pour la **sécurité des personnes accompagnées**, moins de la moitié les évaluent réellement (Q5). Cette situation révèle un écart entre l'engagement professionnel et l'évaluation des résultats.

L'intention de sécuriser les pratiques est largement partagée, mais elle n'est pas systématiquement accompagnée d'une logique d'évaluation ou de retour d'expérience.

Les réponses à la Q8 révèlent que **69 %** des répondants estiment que le fonctionnement et **les procédures** de leur établissement sont **efficaces** pour prévenir la survenue d'erreurs. En parallèle, la Q11 indique que **71 %** des répondants considèrent que les **informations transmises et échangées** lors des transmissions sont **efficaces** pour assurer la sécurité des personnes accompagnées. Ces deux items mesurent deux aspects complémentaires du système de prévention des risques :

- Q8 interroge la dimension formelle et structurée de la gestion des risques (protocoles, règles, démarches qualité, etc.).
- Q11 explore la dimension opérationnelle et interprofessionnelle, centrée sur les pratiques quotidiennes de communication entre professionnels.

Cette lecture croisée met en lumière un écart latent entre la théorie et la pratique. Le système organisationnel formel (**procédures**) est relativement **bien perçu**, mais **ne suffit pas à lui seul** à garantir la prévention des risques.

Cette situation révèle un **écart** entre **l'engagement professionnel** et **l'évaluation des résultats**. L'intention de sécuriser les pratiques est largement partagée, mais elle n'est pas systématiquement accompagnée d'une logique d'évaluation ou de retour d'expérience.

Ce constat soulève plusieurs enjeux : l'absence de retours structurés peut limiter la portée des actions ; sans évaluation. Ce manque de suivi peut aussi freiner la diffusion des bonnes pratiques au sein des équipes, renforçant une approche individuelle plutôt que collective de la gestion des risques. Enfin, cela peut contribuer à un sentiment d'inefficacité ou d'inutilité, si les actions mises en œuvre ne sont pas reconnues, partagées ou soutenues.

Cette lecture croisée met donc en lumière la nécessité de :

- Renforcer la culture de l'évaluation dans les démarches de sécurité ;
- Accompagner les professionnels avec des outils simples de mesure d'impact ;
- Intégrer l'évaluation dans les pratiques collectives (réunions, RETEX, tableaux de bord) pour en faire un levier de progression et de reconnaissance

À la question posée aux professionnels « Avez-vous déjà reçu **une sensibilisation** sur les événements indésirables ? » (Q21), seules **39,4 %** des personnes interrogées déclarent avoir été **toujours ou la plupart du temps sensibilisées**.

En revanche, une majorité de **60,6 %** des répondants indique une sensibilisation irrégulière ou absente (de temps en temps, rarement ou jamais). Du côté des managers, à la question « *Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et formés aux signalements des événements indésirables ?* », les résultats sont partagés de manière équitable : **50 %** répondent **OUI**, tandis que **50 %** reconnaissent que **ce n'est pas le cas**.

TABEAU 3 : PERCEPTION DE LA SENSIBILISATION MANAGER VS PROFESSIONNEL

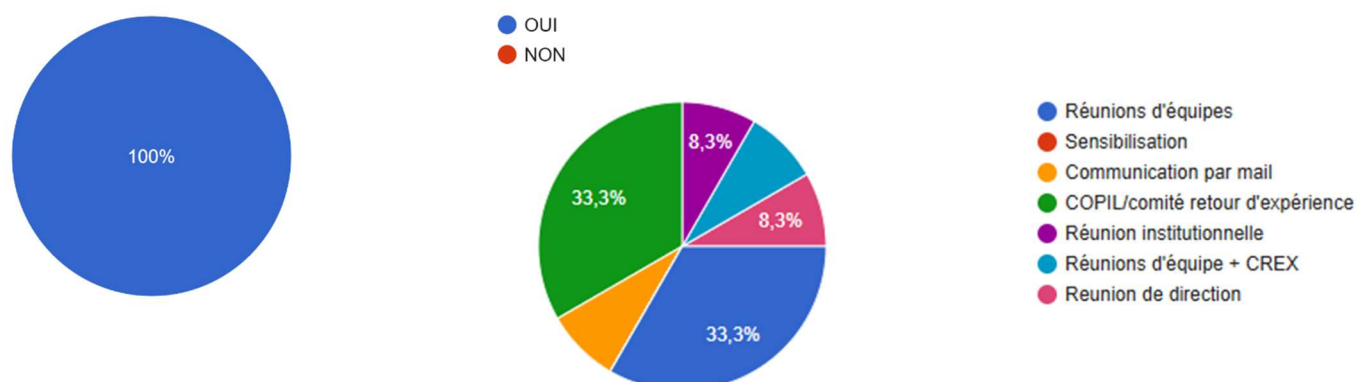
	Sensibilisation perçue comme régulière	Sensibilisation perçue comme irrégulière ou absente
Managers (Q10)	50 % (OUI)	50 % (NON)
Professionnels (Q21)	39,4 % (Toujours + La plupart du temps)	60,6 % (Les autres modalités)

Il existe **un décalage significatif** entre la perception des managers, qui considèrent la formation régulière, et celle des professionnels, dont une majorité estime ne pas être régulièrement sensibilisée.

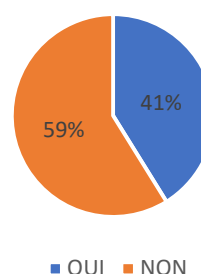
Cela peut refléter une communication insuffisante, une différence d'interprétation de ce que signifie "formation régulière", ou des disparités dans la mise en œuvre concrète sur le terrain. Il apparaît donc essentiel de renforcer la **communication interne**, de **clarifier les attentes** en matière de formation/sensibilisation et de **formaliser davantage les actions** menées, afin de tendre vers une culture commune de gestion des risques.

Afin d'évaluer l'impact concret des démarches d'analyse et d'amélioration mises en place dans les établissements, une analyse croisée des perceptions entre professionnels et managers a été réalisée. Elle vise à confronter (Q28 : perçue par les professionnels et la Q8 pour les managers) la réalité des pratiques de pilotage et d'analyse collective déclarées par les managers.

GRAPHIQUE 3 : MANAGERS DEMARCHE D'ANALYSES EN EQUIPES SUR LES EI ? SI OUI, COMMENT ?



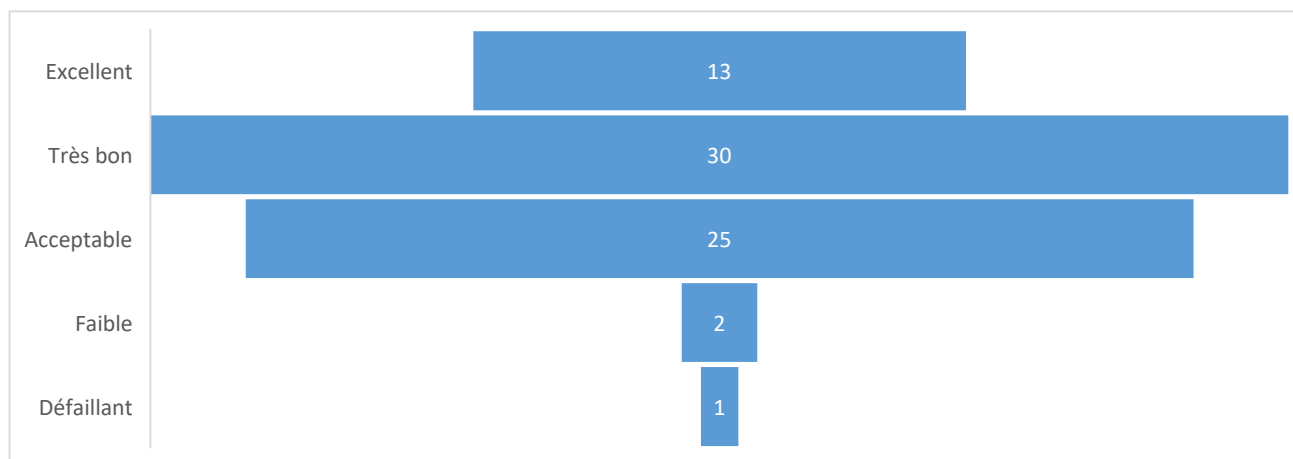
GRAPHIQUE 4 : PROFESSIONNELS PARTICIPEZ-VOUS A DES ANALYSES D'EI



L'analyse croisée des réponses des managers et des professionnels met en évidence un écart notable dans la perception de la participation aux analyses d'EI. Du côté des **managers**, la mobilisation semble unanime : **100 %** d'entre eux déclarent qu'une démarche d'**analyse** est menée en équipe. Pourtant, les données issues du questionnaire adressé **aux professionnels** révèlent un décalage : **seuls 41 %** d'entre eux déclarent participer à **des analyses** d'événements indésirables, contre 59 % qui affirment ne pas y être associés. Ce résultat interroge sur la portée réelle des dispositifs mis en place. Il est possible que certaines actions soient perçues comme trop descendantes (ex. : diffusion par mail). Ce constat souligne également un enjeu sémantique : la notion d'analyse d'EI n'est peut-être pas comprise ou identifiée de la même manière selon le statut des acteurs.

La question 27 explore la **perception globale des professionnels** quant au niveau de sécurité offert aux personnes accompagnées dans leur établissement. Cette analyse vise à approfondir le ressenti des acteurs de terrain sur un aspect central de la qualité des soins et de l'accompagnement, en lien direct avec la culture de la sécurité institutionnelle.

GRAPHIQUE 5 : A QUEL NIVEAU SITUEZ-VOUS LA SECURITE DES PERSONNES ACCOMPAGNEES DANS VOTRE ETABLISSEMENT ?



Les résultats montrent que **63 %** des répondants estiment que le **niveau de sécurité** est **"très bon"** ou **"excellent"**, tandis que 29 % le jugent "acceptable", et **8 %** seulement le considèrent comme **"insuffisant"**.

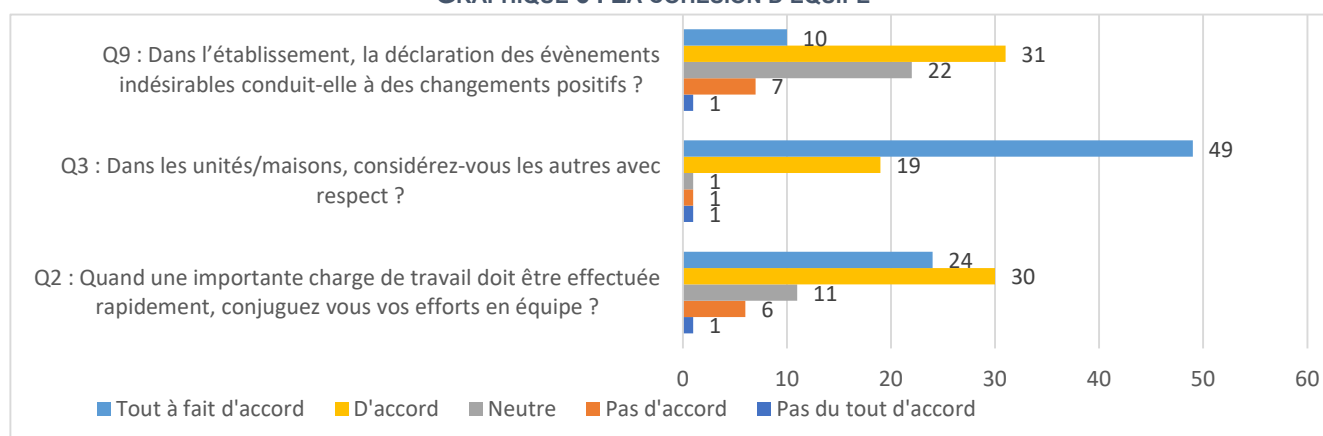
Cette répartition traduit une confiance majoritaire dans les pratiques de prévention et d'accompagnement, mais également une perception différenciée selon les contextes de travail. L'existence d'un tiers de répondants qui ne qualifient la sécurité que d'"acceptable", voire d'"insuffisante", mérite une attention particulière. Elle peut traduire :

- Des disparités entre les établissements,
- Une exposition à des situations de risque non maîtrisées,
- Un sentiment d'impuissance face à certaines contraintes structurelles (manque de personnel, procédures lourdes, outils peu adaptés...).

Cette perception globale doit également être mise en lien avec d'autres réponses du questionnaire. Par exemple, la faible participation aux RETEX/CREX (Q28) et le manque de formation spécifique (Q21) peuvent expliquer pourquoi certains professionnels ne perçoivent pas clairement les effets des démarches de sécurité sur leur quotidien. En l'absence de retour d'expérience formalisé, de valorisation des actions ou de communication sur les progrès réalisés, la sécurité peut apparaître comme un objectif flou ou abstrait, même si des efforts sont faits.

2. La cohésion d'équipe

GRAPHIQUE 6 : LA COHESION D'EQUIPE



Les résultats montrent une **forte cohésion d'équipe** et un **respect mutuel** très marqué parmi les professionnels. Cela crée un environnement propice à la collaboration et à la gestion de la sécurité avec les résultats (Q2 et Q3).

Malgré ce **climat positif**, la perception de l'efficacité des démarches de déclaration d'événements indésirables est plus nuancée. Moins de 40 des répondants perçoivent un impact positif concret, tandis qu'une majorité reste neutre (Q9).

Cette dissociation suggère que, même dans un contexte d'équipe solidaire et respectueuse, la culture de l'amélioration continue via la déclaration d'événements indésirables n'est pas pleinement intégrée. Il existe donc un potentiel d'amélioration, notamment en renforçant la visibilité des changements issus des déclarations et en valorisant davantage ce processus.

C. Freins identifiés à la déclaration

1. Facteurs culturels (culture du blâme, banalisation)

Q6. Avez-vous l'impression que vos erreurs peuvent vous être reprochées ?

Sur les 71 répondants :

- **42 %** se disent **d'accord ou tout à fait d'accord** avec cette affirmation,
- **32 %** restent neutres,
- Seuls **7 %** **sont en désaccord** ou en fort désaccord.

Une proportion significative des **professionnels** craint d'être personnellement **tenu responsable** en cas d'erreur. Cette perception alimente un **climat de blâme** qui dissuade le signalement.

Le fait que près d'un tiers des répondants se positionne de manière « neutre » peut également traduire une ambivalence ou une incertitude, liée à l'absence de cadre clair sur les conséquences d'une déclaration.

Q7. Avez-vous l'inquiétude que vos erreurs pourraient être notées dans les dossiers administratifs du professionnel ?

- **32 %** des répondants expriment une **crainte explicite** (d'accord ou tout à fait d'accord),
- 35 % se déclarent neutres,
- **32 %** sont **en désaccord** avec cette idée.

Ici encore, la peur d'une traçabilité administrative de l'erreur est présente chez un tiers des répondants. Elle peut être liée à un **manque d'information** sur la confidentialité des déclarations. Cette **inquiétude** constitue un **frein important**, car elle dissuade de déclarer par crainte d'impact professionnel ou disciplinaire.

24. Lorsqu'un événement indésirable est signalé, avez-vous l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème ?

Ce sentiment est renforcé par les résultats de la question 24, selon laquelle **46.5%** « de temps en temps/la plupart du temps/ toujours) des répondants ont l'impression que le professionnel est **pointé du doigt**, seuls **22,5 %** affirment que cela **n'arrive jamais**. Autrement dit, une majorité des professionnels ont le sentiment que la faute est souvent portée sur l'auteur de l'acte plutôt que sur les causes organisationnelles. Cela reflète une culture de signalement encore fragile, dans laquelle la déclaration reste chargée de suspicion ou de jugement.

L'analyse des réponses aux questions Q6, Q7 et Q24 du questionnaire met en évidence des **freins culturels majeurs** à la déclaration des événements indésirables. Ainsi, **42 % des répondants** estiment que leurs erreurs peuvent leur être reprochées (Q6), tandis que **32 %** expriment une **crainte explicite** de voir ces erreurs mentionnées dans les dossiers administratifs (Q7). Ces résultats traduisent une **culture du blâme persistante**, où l'erreur est encore largement perçue comme une faute individuelle plutôt qu'un indicateur de défaillance du système.

Par ailleurs, une proportion importante de réponses « neutres » (près d'un tiers pour chaque question) suggère une ambivalence ou une méconnaissance des règles encadrant le processus de signalement, en particulier sur le plan de la confidentialité et des suites administratives possibles. Ce flou alimente la réticence à déclarer et participe à une forme de banalisation passive des événements indésirables.

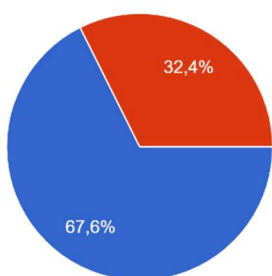
Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer une culture juste, centrée sur l'analyse des causes systémiques plutôt que sur la recherche de coupables. Cela implique notamment de clarifier la finalité du signalement auprès des équipes, de former les encadrants à une gestion non punitive des erreurs, et d'instaurer un climat de confiance favorisant l'expression des difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne.

2. Contraintes pratiques (manque de temps, complexité des procédures)

Q12. Trouvez-vous le temps pour déclarer les événements indésirables sur Imago ?

Parmi les répondants, **21 professionnels** déclarent être **d'accord** avec l'affirmation, ce qui signifie qu'ils trouvent **le temps pour déclarer**. Cela représente environ 30 % du total. Ce résultat laisse entendre que **70 %** des répondants ne trouvent pas toujours ou **pas du tout le temps** nécessaire, ce qui constitue un frein organisationnel majeur. Cette contrainte est également évoquée dans les commentaires libres, où la déclaration est parfois perçue comme un acte chronophage ajouté à une charge de travail déjà dense.

GRAPHIQUE 7 : TEMOIN D'UN EVENEMENT INDESIRABLE



● Oui
● Non

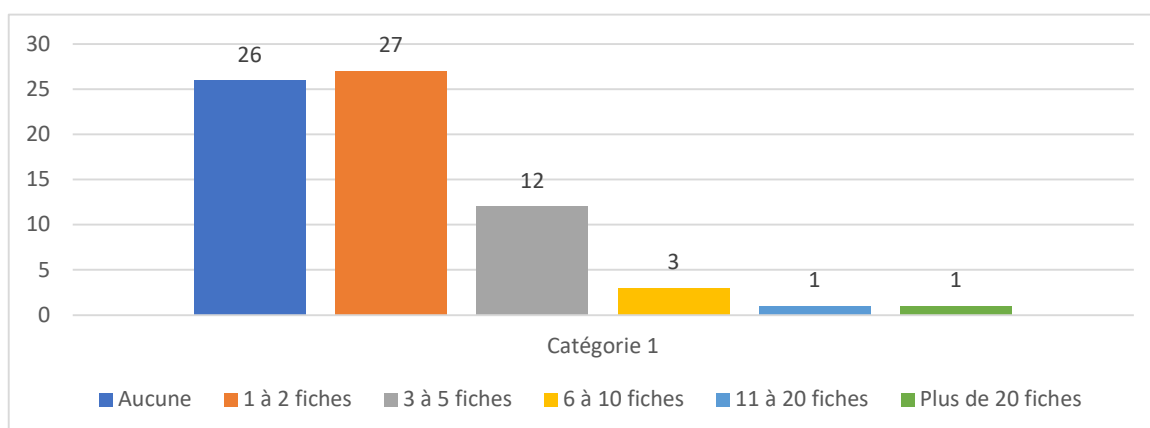
Les données nous montrent que 67.6% (n : 48) répondants sont témoin d'un événement indésirable contre 32.4% (n : 23). La formulation de la question, suivie d'une demande de justification en cas de non-déclaration, montre une volonté d'évaluer l'écart entre perception et action.

Les réponses qualitatives font apparaître les raisons suivantes en cas de non-déclaration :

- Manque de temps,
- Doute sur la nécessité de déclarer,
- Complexité du formulaire,
- Absence de retour suite aux déclarations précédentes.

Cela reflète un cercle vicieux : si la déclaration est perçue comme inefficace ou sans impact, elle est délaissée, ce qui limite les possibilités de retour d'expérience.

Q26. Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ?



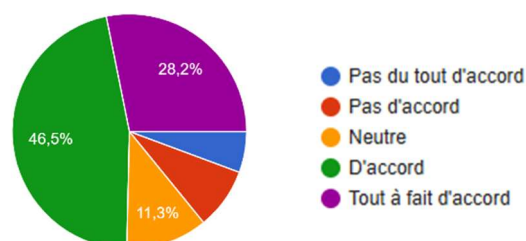
Cela signifie que plus d'un tiers (**37,1 %**) n'ont transmis **aucune déclaration** sur une période d'un an. Ce taux est significatif et témoigne d'un niveau de **sous-déclaration important**, surtout au regard du nombre probable d'événements indésirables réels dans les établissements.

Les contraintes pratiques principalement le manque de temps, la complexité perçue des outils, et la faible fréquence déclarative réelle constituent des obstacles concrets à la déclaration spontanée. Même lorsqu'un événement est observé, il est souvent jugé secondaire, mal défini ou trop coûteux à déclarer en temps et en effort. Ces résultats renforcent la nécessité de simplifier les procédures, d'intégrer la déclaration dans les routines, et de revaloriser cette pratique dans les politiques qualité.

3. Communication du système de déclaration

Q10. Discutez-vous en équipe des événements indésirables ?

- 46.5% (**n :33**) des répondants déclarent être **d'accord**, soit une majorité,
- 8 répondants se positionnent comme neutres.



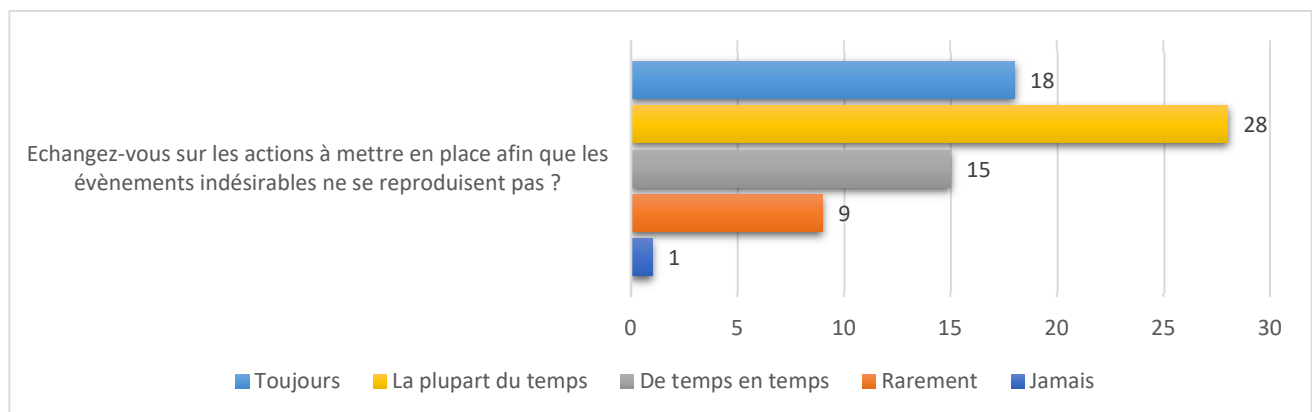
En interprétation ; la **discussion** des événements indésirables semble **relativement installée** dans certaines équipes, ce qui est encourageant. Cependant, l'absence de réponse « très d'accord » et la proportion de neutres révèlent une variabilité entre les établissements, possiblement liée à l'implication des encadrants ou au climat d'équipe.

Q17. Etes-vous informé des événements indésirables qui se produisent dans votre service ? (Retour réunion, RETEX, mail...).

- **25** répondants indiquent être informés « **la plupart du temps** »,
- **18** seulement « **de temps en temps** », et **12** "rarement".

Il existe une communication ponctuelle sur les événements, mais elle reste inconstante. Une partie des professionnels ne reçoit pas systématiquement les retours d'incidents, ce qui limite la diffusion de la culture de sécurité à l'échelle collective.

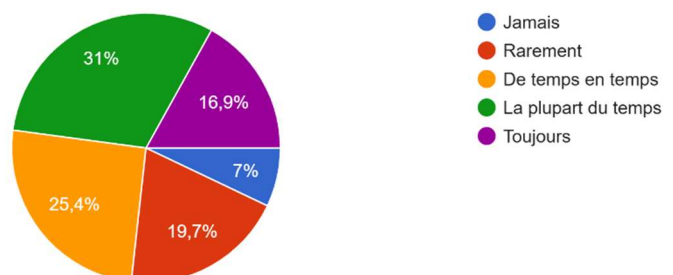
Q18. Echangez-vous sur les actions à mettre en place afin que les événements indésirables ne se reproduisent pas.



Les réponses à la question 18, nous montrent que les échanges autour **des actions correctives** semblent mieux **installés** que le signalement lui-même, ce qui reflète une **volonté d'amélioration** sur le terrain. Cela montre que les équipes s'approprient les enjeux de prévention une fois les événements connus.

Q19. Avez-vous un retour d'informations sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement indésirable.

- 31% (n :22) répondants déclarent recevoir un retour « la plupart du temps »,
- Mais 18 seulement de temps en temps, et 14 « rarement », 5 « jamais ».



Ce point est crucial. Le manque de retour affaiblit la motivation à déclarer. Sans visibilité sur les suites données aux signalements, les professionnels peuvent percevoir la déclaration comme un effort inutilement consenti.

Q20. Pouvez-vous vous exprimer librement si vous constatez une situation mettant à mal l'accompagnement des personnes ?

- **86%** (n : 61) répondants affirment pouvoir **s'exprimer** « toujours » et « la plupart du temps »
- **6** professionnels **seulement** « **de temps en temps** » et 4 répondants « rarement ».

Les **résultats sont positifs** et indiquent un climat globalement ouvert, même s'il n'est pas unanime. Cette capacité à verbaliser les difficultés est une condition de base pour détecter les signaux faibles et instaurer un climat de sécurité partagée.

Les résultats des questions Q10, Q17, Q18, Q19 et Q20 révèlent une **dynamique de communication** autour des événements indésirables en développement, mais encore marquée par des fragilités.

Une majorité des professionnels interrogés déclarent discuter en équipe des événements indésirables (Q10) et échanger régulièrement sur les actions à mettre en place pour éviter leur récurrence (Q18), ce qui témoigne d'une volonté de progresser collectivement. De même, la possibilité de s'exprimer librement en cas de situation mettant en danger l'accompagnement des personnes (Q20) est reconnue par plus de la moitié des répondants, traduisant un climat relativement ouvert.

Toutefois, la régularité de la transmission d'informations sur les événements survenus (Q17), tout comme le retour systématique après déclaration (Q19), apparaissent comme des points faibles. Plus de 40 % des professionnels indiquent ne recevoir ces informations que de manière occasionnelle, voire jamais. Cette absence de boucle de rétroaction constitue un frein reconnu à l'engagement dans le processus déclaratif.

En effet, un système sans retour visible peut être perçu comme inefficace ou frustrant, décourageant ainsi les professionnels à signaler de futurs incidents.

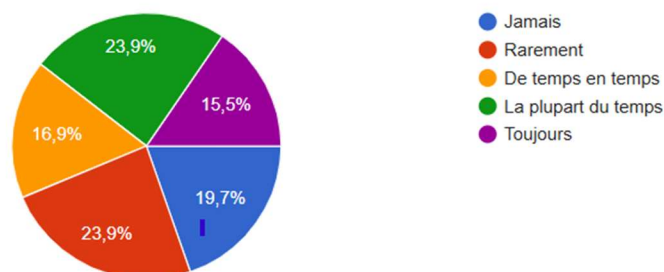
Ces éléments confirment que si la communication horizontale (entre pairs) semble bien ancrée, la communication verticale (depuis la direction ou les instances de gestion des risques) reste inconstante. Or, pour renforcer la culture de sécurité, il est indispensable que chaque déclaration soit suivie d'un retour formalisé, même succinct, permettant aux professionnels et aux équipes de comprendre les mesures mises en place.

D. Stratégies pour optimiser la déclaration et développer une culture de transparence

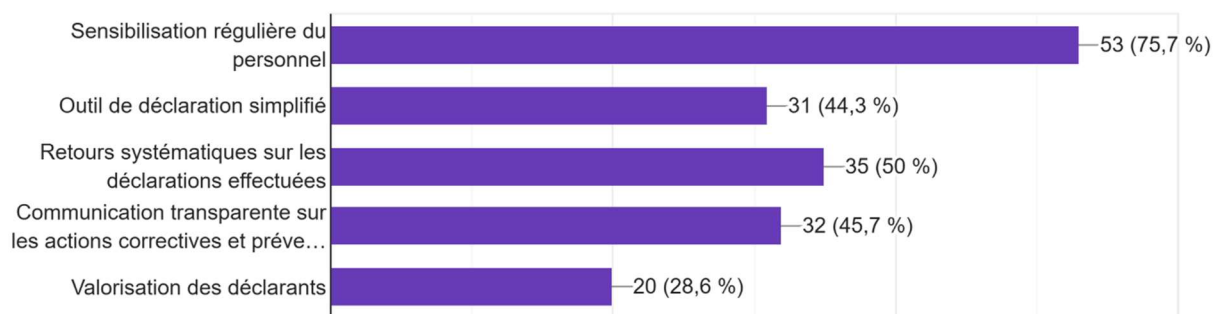
1. Formation et sensibilisation

Q21. Avez-vous déjà reçu une sensibilisation sur les événements indésirables ?

Près de la moitié des répondants n'ont reçu **qu'une sensibilisation rare ou inexistante**, tandis qu'une autre **moitié** bénéficie d'une **sensibilisation plus régulière**. Ce constat souligne la nécessité d'améliorer et d'harmoniser les actions de sensibilisation pour garantir une meilleure prévention des événements indésirables



Q29. Parmi les propositions suivantes, lesquelles vous semblent les plus pertinentes pour améliorer la déclaration des événements indésirables ? (Plusieurs réponses possibles)



La sensibilisation régulière du personnel est largement considérée comme la mesure la plus pertinente, suivie par la mise en place de retours systématiques et d'une communication transparente.

2. Processus et outils de signalement

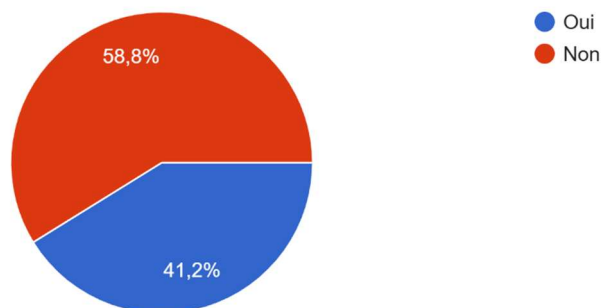
Q8. Le fonctionnement et les procédures sont-ils efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs ?

Parmi les 71 répondants, **44 %** (n :31) considèrent que les **procédures sont efficaces**. Cela montre une reconnaissance partielle des dispositifs en place, mais aussi une réserve implicite de la part d'une majorité, qui pourrait traduire une expérience mitigée ou un manque de retours tangibles sur leur efficacité.

Q28. Participez-vous à des analyses d'événements indésirables type RETEX, CREX, réunion d'équipe... ?

Selon les résultats du graphique transmis :

- **41,2 %** des répondants déclarent participer à des **analyses d'événements**,
- Tandis que **58,8 % n'y participent pas**.



Cette donnée illustre une **absence de systématisation** des temps de retour d'expérience dans les établissements. Moins de la moitié des professionnels prennent part à l'analyse collective des événements, ce qui prive l'équipe d'une opportunité de capitaliser sur les erreurs pour améliorer les pratiques.

Ces résultats mettent en lumière une culture déclarative encore fragile. Les outils et procédures sont globalement jugés pertinents, mais leur mise en œuvre reste inégale, notamment en ce qui concerne la participation aux démarches d'analyse collective.

3. Leadership et engagement de la direction

Q13. Ma direction exprime sa satisfaction quand elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité avec les personnes accompagnées.

- **65 %** des professionnels sont **d'accord ou tout à fait d'accord** (n : 26 + 20),
- **23.9%** (n : 17) restent **neutres**,
- **11 %** (n : 8) sont **pas d'accord ou pas du tout d'accord**.

Cela reflète une **reconnaissance partielle du soutien de la direction**. Toutefois, le fait qu'un professionnel sur dix perçoive un manque de reconnaissance est un signal d'alerte dans une dynamique de motivation à la déclaration.

Q14. Ma direction tient compte des propositions validées lors de réunions de services, comité...pour améliorer la sécurité des personnes accompagnées

- **68 %** de réponses **positives** (28 + 20),
- Une part non négligeable (**20 répondants neutres**) traduit une incertitude sur la prise en compte réelle des retours terrain.

Ce résultat montre **une perception assez favorable** de l'écoute managériale, mais qui mériterait d'être confirmée par plus de retours concrets, notamment via les actions menées après les réunions.

Q15. La sécurité de l'accompagnement des personnes accompagnées est-elle une des premières priorités pour votre direction ?

- Un chiffre fort de **52 %** des répondants (n : 37) sont « **tout à fait d'accord** »,
- Contre n : **13 professionnels** se disent **neutres** ou en **désaccord**, traduisant une attente encore insatisfaite pour une partie des professionnels.

La sécurité semble être clairement identifiée comme **une priorité stratégique**, mais cela ne se traduit pas toujours de manière lisible ou partagée au quotidien.

Q16. Ma direction instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des personnes accompagnées.

- **49 professionnels** sur 71 répondent positivement (26 + 23),
- Mais **27 %** (19) restent neutres ou en désaccord.

Un quart des professionnels ne perçoivent pas clairement de lien entre la direction et le climat de sécurité, ce qui peut fragiliser la confiance dans le dispositif global de gestion des risques.

Q23. Il existe au sein de l'établissement un climat de confiance qui favorise la déclaration des événements indésirables.

La question Q23 apporte un éclairage complémentaire important :

- **37,1 %** des professionnels estiment qu'il existe toujours **un climat de confiance** favorisant la déclaration des événements indésirables,
- **34,3 %** disent que cela existe la plupart du temps,
- **22,9 %** ne le ressentent que de temps en temps,
- **5,7 %** (jamais + rarement) expriment un **sentiment de défiance persistante**.

Ces résultats traduisent **un niveau de confiance globalement bon**, mais pas homogène entre les établissements ou les professionnels. La confiance dans le système déclaratif (pilier de la culture de sécurité) ne peut s'épanouir que si la direction incarne une politique de non-sanction, valorise les déclarants et communique clairement sur les suites données aux signalements. Les managers interrogés (n = 12) déclarent, dans leurs réponses :

- Ils mettent en place des actions correctives suite aux incidents (Q9),
- Ils organisent des analyses collectives (RETEX, CREX – Q8),
- Ils affirment que la sensibilisation des équipes est régulièrement assurée (Q10).

Ce contraste entre le **discours managérial affirmé** et la **perception nuancée des professionnels** met en évidence un **décalage de communication** ou de visibilité. Il est possible que certaines actions soient menées, mais insuffisamment relayées ou valorisées auprès des équipes, ce qui limite leur impact sur la culture de sécurité.

VII. Discussion (synthèse des résultats de l'enquête terrain et confrontation avec la littérature)

Les résultats de l'enquête de terrain mettent en évidence plusieurs freins majeurs à la déclaration des événements indésirables (EI), ainsi que des leviers potentiels pour y remédier, en accord avec la littérature existante. La lecture croisée des questionnaires professionnels (n = 71) et managers (n = 12) révèle en effet une forte convergence quant à ces obstacles et pistes d'amélioration, ce qui permet d'évaluer l'hypothèse de départ. Ces constats ont été enrichis par les observations réalisées lors de mon stage en établissement médico-social, qui ont permis de compléter l'analyse des questionnaires par une approche qualitative du terrain.

A. Synthèse des résultats principaux

1. Les freins/causes identifiés

L'étude de Wulff et al souligne qu'il existe de nombreux obstacles à la déclaration des événements indésirables dans le système de santé. Ces barrières sont souvent liées à la culture de sécurité et à la peur des répercussions (63).

1) Peur des sanctions et culture du blâme.

Un obstacle primordial ressorti de l'enquête est la crainte des répercussions en cas de signalement d'un incident. Les professionnels hésitent à déclarer les EI par peur d'être sanctionnés ou accusés, ce qui traduit une culture du blâme encore présente. Ce frein est bien documenté dans la littérature : une culture punitive décourage la transparence et l'apprentissage collectif des erreurs (Amalberti & Bami, 2016)(64).

Dans cet ouvrage, les auteurs expliquent notamment que :

- Une **culture punitive**, centrée sur la sanction individuelle, engendre **peur** et **sous-déclaration**.
- À l'inverse, une **culture juste**, qui distingue erreur humaine et comportement fautif, **favorise l'apprentissage collectif** à partir des incidents.

Un climat où « les professionnels sont stigmatisés, punis » après la moindre erreur n'est pas propice au signalement. Cela reflète les principes exposés dans le rapport du Professeur Bertrand Millat intitulé *Généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales de spécialités à risques*, publié en octobre 2022.(65) La peur d'être tenu pour fautif constitue ainsi un frein puissant à la déclaration des événements indésirables. Dans ce rapport, le Pr Millat insiste sur la nécessité de développer une « culture de l'erreur apprenante » et de former les professionnels de santé aux méthodes de prévention des erreurs évitables.

En France, malgré l'instauration d'un système réglementaire de déclaration des événements graves, la crainte de la sanction reste fréquemment évoquée comme un obstacle majeur, et ce facteur est documenté à l'international comme un frein important au volontariat de déclaration (HAS, 2019)(23). Les résultats d'enquête confirment donc qu'instaurer un véritable climat de confiance demeure un défi : tant que les professionnels ne se sentiront pas protégés et soutenus, ils seront peu enclins à signaler les incidents par peur des répercussions. Ceci souligne l'importance, discutée plus loin, d'engager l'encadrement à renoncer à la sanction au profit du retour d'expérience constructif.

2) Manque de temps et de formation du personnel.

Le second frein majeur identifié est l'absence de temps disponible et de formation adéquate pour déclarer les incidents. De nombreux soignants indiquent que la charge de travail élevée et le manque de connaissance du système de signalement les empêchent de remplir des déclarations. Ce constat fait écho aux données de Bénet et al. (2013)(66). Dans cette étude, menée auprès de 415 soignants, les auteurs ont identifié que 39 % des soignants citent une charge de travail trop lourde comme cause de non-déclaration, et surtout que 82 % manquent de connaissance sur le système de déclaration en place. Autrement dit, une grande partie des professionnels n'ont pas été formés aux procédures de signalement, ce qui rejoint le ressenti de notre échantillon. Sans formation continue pour rappeler les objectifs et les bénéfices de la déclaration des EI, les professionnels risquent de sous-déclarer par manque de sensibilisation et de compétences sur ce sujet.

3) Charge administrative perçue comme excessive.

Le caractère chronophage et formel du processus de déclaration constitue un autre frein significatif. Les professionnels interrogés estiment souvent que déclarer un EI représente une tâche administrative lourde qui s'ajoute à un quotidien déjà bien rempli. Cette perception d'une paperasserie supplémentaire décourage la démarche de signalement. Dans le secteur médico-social en particulier, la déclaration des incidents a été critiquée comme « s'ajoutant à des formalités administratives déjà très nombreuses » (Chassat-Philippe, 2017)(67). Nos répondants confirment ce sentiment en évoquant la complexité ou la longueur des formulaires de signalement actuels. Lors de mon stage, plusieurs professionnels ont exprimé, au cours des séances de sensibilisation à la déclaration, des freins liés à la complexité perçue du formulaire : ils le jugent trop long à remplir, et certains me confient ne pas savoir précisément "ce qu'il faut mettre dans les cases" du formulaire de déclaration. Lorsque le processus n'est pas simple et intégré au flux de travail, il est vu comme contraignant et tend à être évité par manque de temps ou par lassitude vis-à-vis des tâches administratives.

2. Les leviers possibles

1) Mise en place d'outils de déclaration simples et accessibles.

Un autre levier crucial identifié concerne l'amélioration des outils et procédures de signalement. Par ailleurs, la simplification de l'outil de déclaration est un axe d'amélioration cité par près de la moitié des répondants à la question 29 (44,3 %). Cela rejoint les travaux de Runciman et al. (2009)(68), les auteurs insistent sur la nécessité d'un langage commun, d'un cadre simple et d'interfaces de signalement conviviales pour favoriser la participation des professionnels. Pour surmonter le frein de la lourdeur administrative, les participants suggèrent de simplifier et de dématérialiser le processus. Par exemple, la mise en place de formulaires de déclaration en ligne, clairs et rapidement exploitables, ou d'une application numérique accessible à tous, pourrait grandement faciliter le travail de déclaration au quotidien. La littérature et les initiatives institutionnelles abondent en ce sens : les autorités sanitaires ont développé un portail national de signalement destiné à unifier et alléger la démarche de déclaration des EIG grave(69). En rendant l'outil plus convivial et intégré (par exemple via un portail unique ou des fiches simplifiées), on réduit la résistance des utilisateurs et on augmente le taux de déclaration.

Nos résultats suggèrent donc qu'un dispositif technique adapté, facile d'utilisation, non redondant et peu chronophage, serait un levier important pour améliorer la participation des professionnels. Lors de mon stage de deuxième année au sein du service qualité d'une association du secteur médico-social, ma mission consistait notamment à sensibiliser les professionnels aux événements indésirables et à les accompagner dans l'utilisation du logiciel de déclaration Imago (mise en place en avril 2024). Les retours recueillis auprès des équipes ont été globalement positifs : ils ont jugé l'outil simple d'utilisation et ont particulièrement apprécié le système de déroulés des réponses pour chaque catégorie, qui rend la saisie plus intuitive et rapide.

2) Implication des familles dans le processus de signalement.

De manière plus innovante, l'enquête fait ressortir la participation des usagers et de leurs familles comme un levier potentiel. Impliquer les proches dans la remontée d'informations sur les incidents pourrait compléter le regard des professionnels et encourager une culture plus transparente. Dans une interview publiée par France Assos Santé en novembre 2022, le Pr Millat souligne « *l'importance d'associer les personnes victimes ou leur famille à la déclaration des événements indésirables graves [...] pour améliorer la sécurité de tous* » (Millat, 2022). En pratique, cela pourrait passer par une invitation faite aux patients et à leurs proches à signaler tout événement indésirable dont ils seraient témoins, via des questionnaires de satisfaction, des boîtes à suggestions sécurisées, ou le portail public de signalement déjà ouvert aux personnes accompagnées. L'implication des familles renforce la culture de sécurité partagée : elle dédramatise la déclaration (vue non comme une dénonciation mais comme une coopération pour la qualité des soins) et peut pousser les professionnels à davantage déclarer en sachant que les familles eux-mêmes sont sensibilisés à cette démarche. Au sein d'un établissement de l'association, j'ai eu l'opportunité de participer au comité Bientraitance, dont l'ordre du jour peut inclure l'analyse d'un retour d'expérience (RETEX). Ce comité, tout comme certains groupes de travail, intègre la participation de familles. Lors de la dernière analyse d'un événement indésirable ; (une erreur d'aide à la prise médicamenteuse entre deux personnes accompagnées) les familles ont exprimé leur satisfaction de pouvoir comprendre l'organisation et les protocoles de distribution mis en place, ce qui a renforcé leur sentiment de sécurité.

L'implication des familles dans le processus de signalement, loin de se limiter à un simple rôle consultatif, contribue à instaurer un climat de confiance, à améliorer la transparence, et à renforcer la sécurité perçue autour de l'accompagnement.

Leur participation active aux comités ou groupes de travail permet non seulement de mieux comprendre les attentes des usagers, mais aussi de coconstruire des réponses adaptées aux événements indésirables.

3) Leadership engagé dans la promotion d'une culture de sécurité.

Ce levier transversal qui ressort fortement est le rôle du management et du leadership dans l'instauration d'un climat propice au signalement. Autrement dit, l'engagement visible des dirigeants en faveur d'une culture de sécurité non punitive est perçu comme essentiel pour lever les freins psychosociaux. Les managers interrogés dans notre enquête soulignent qu'il revient aux cadres de proximité et à la direction d'encourager les déclarations, de valoriser les attitudes transparentes et de protéger les déclarants plutôt que de les blâmer.

La littérature sur la sécurité des soins confirme qu'un leadership "juste" est un facteur clé : lorsque l'encadrement promeut activement une approche constructive de l'erreur (analyse systémique, absence de sanction injustifiée, retour d'expérience positif), les professionnels se sentent en confiance pour déclarer. Amalberti, R., & Bami, J. (2010). *La sécurité du patient en médecine générale*, dans cet ouvrage, les auteurs discutent de la nécessité de développer une culture de sécurité basée sur une approche systémique des erreurs, l'absence de sanctions injustifiées et la mise en place de retours d'expérience positifs. Ils mettent en avant le rôle crucial du leadership dans l'établissement d'un environnement où les professionnels se sentent en confiance pour déclarer les événements indésirables, favorisant ainsi l'apprentissage collectif et l'amélioration continue des pratiques. Springer À l'inverse, sans soutien du sommet, les initiatives de terrain peinent à s'ancrer. Des mesures concrètes, telles que la diffusion d'une charte de non-sanction des déclarations ou la communication régulière de messages forts sur l'importance du signalement, ont été préconisées pour instaurer cette confiance (42). Lors de mon stage dans un établissement de l'association, j'ai pu observer une évolution organisationnelle marquée par le passage d'un management directif à une gouvernance plus participative. Cette dynamique a favorisé une plus grande autonomie des équipes, renforcé le sens accordé au travail quotidien et contribué à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). Ce changement s'est également traduit par une communication plus ouverte entre la direction et les professionnels, ainsi que par une collaboration élargie, notamment à travers la participation conjointe à des groupes de travail réunissant familles et professionnels.

Dans ce contexte, les professionnels ont été davantage impliqués dans l'analyse des événements indésirables, ce qui s'est accompagné d'une augmentation du nombre de déclarations et d'une réduction des événements graves, en lien avec la mise en place d'actions correctives ciblées.

Les résultats convergent ainsi vers l'idée qu'une amélioration durable du taux de déclaration passe par un changement de culture organisationnelle, impulsé et soutenu par le leadership à tous les niveaux.

4) Sensibilisation et formation continue du personnel.

Le levier le plus consensuel ayant émergé de l'étude est sans conteste le renforcement de la formation des professionnels à l'identification et à la déclaration des événements indésirables (EI). Les résultats du questionnaire montrent que la sensibilisation régulière du personnel apparaît comme la mesure la plus pertinente pour améliorer la déclaration des événements indésirables (75,7 % des répondants). Cette dynamique est partagée tant par les professionnels de terrain que par les encadrants. Les questionnaires montrent que, quel que soit le statut, les répondants s'accordent à dire qu'une meilleure sensibilisation aux enjeux de la sécurité et à la notion d'erreur "apprenante" inciterait davantage à signaler les incidents.

Ce constat soutient directement notre hypothèse de départ, selon laquelle « *si les professionnels sont mieux formés à l'identification et à la déclaration des événements indésirables, alors le taux de déclaration augmentera* ». En effet, un personnel bien informé des procédures, conscient des objectifs du système et rassuré quant à l'absence de sanction injustifiée est plus enclin à déclarer. Cela suppose un environnement où la déclaration n'est pas vécue comme un acte isolé ou risqué, mais comme un réflexe intégré au quotidien professionnel. Lors des sensibilisations menées dans l'ensemble des établissements de l'association, les professionnels ont exprimé des retours très positifs : le support utilisé a été jugé moderne, clair, facile à comprendre, et adapté à leur réalité de terrain. L'explication du processus de déclaration a permis de lever plusieurs incompréhensions. Comme l'a exprimé un participant : « *Je n'avais pas compris qu'il fallait déclarer ces situations !* »

La littérature abonde dans ce sens. Thomas Bénet et les autres auteurs (2013)(66) rappellent que 82 % des professionnels interrogés dans leur étude manquent de connaissances sur le système de déclaration en place, et que la formation continue constitue un levier prioritaire pour améliorer la situation.

Ils concluent que « le renforcement du système de déclaration doit se faire par la formation continue et l'information aux soignants », soulignant ainsi qu'un effort pédagogique permanent est indispensable. D'autres travaux, comme ceux de Vincent (2010) ou Amalberti & Bami (2016), insistent également sur l'importance d'un apprentissage progressif, adossé à des cas concrets et à des retours d'expérience pour favoriser la compréhension des causes systémiques des erreurs.

En outre, la régularité des formations permet de maintenir une vigilance collective sur les risques. En répétant les principes d'une démarche de sécurité, en redonnant du sens à la déclaration comme outil d'amélioration, elle évite que les professionnels ne perçoivent le signalement comme une contrainte isolée. Cela est d'autant plus important que notre étude a montré que le manque de formation est perçu comme l'un des premiers freins à la déclaration (cf. Q21 et Q22).

Enfin, sur un plan organisationnel, inscrire la formation à la déclaration dans un plan de développement des compétences ou dans l'évaluation des pratiques professionnelles valorise l'engagement des équipes et renforce la place du signalement dans la routine soignante.

3. Validation de l'hypothèse

La convergence des données de terrain et des apports de la littérature permet, de valider l'hypothèse initiale. En effet, il ressort que mieux former les professionnels à identifier et déclarer les EI est un levier déterminant pour accroître le nombre de signalements. Autrement dit, lorsque le professionnel est correctement formé et sensibilisé, le taux de déclaration a toutes les chances d'augmenter. Néanmoins, les résultats montrent aussi que la formation, à elle seule, ne suffit pas si elle n'est pas accompagnée d'autres changements structurels. La formation continue apparaît comme une condition nécessaire mais non suffisante : pour qu'elle produise pleinement l'effet escompté sur les taux de déclaration, il faut simultanément lever la peur du blâme, simplifier la procédure et engager le management dans une démarche de culture positive. C'est pourquoi il est indispensable d'inscrire ce levier de formation dans une stratégie plus globale de gestion des risques.

La section suivante aborde justement les implications pratiques de ces résultats et propose des actions concrètes pour opérer cette formation continue dans le lieu de l'enquête.

B. Proposition d'un plan d'action

1. Intégrer une formation à la déclaration dans le parcours d'accueil des nouveaux professionnels

L'intégration d'un module spécifique sur les événements indésirables dans le parcours d'intégration permet d'installer, dès l'arrivée, une culture commune de la sécurité. Il ne s'agit pas seulement d'informer, mais de transmettre une posture : l'idée que déclarer un incident est un acte professionnel positif, au service de la qualité et de la bientraitance.

Exemple concret : Création d'un module e-learning de 30 minutes sur les types d'événements indésirables, les étapes de déclaration via le logiciel Imago, et les principes de la culture "juste". Ce module est obligatoire dans le premier mois après l'embauche et validé par un quiz.

2. Organiser des sessions de sensibilisation régulières à l'échelle des services

Les résultats du questionnaire ont montré que les professionnels expriment un manque de formation concrète et accessible. Des ateliers réguliers par service (au moins une fois par an) permettent d'actualiser les connaissances, de répondre aux questions pratiques, et d'aborder des exemples concrets issus de la vie de l'établissement.

Exemple concret : Un atelier interactif d'1h, organisé par le référent qualité ou la responsable qualité, comprenant :

- une courte présentation des objectifs du signalement,
- l'étude d'un cas réel (anonymisé),
- une démonstration en direct de la saisie d'une fiche sur Imago.

Ces moments favorisent les échanges entre pairs, renforcent l'esprit d'équipe et dédramatisent la déclaration.

3. Mettre à disposition des supports pratiques adaptés aux contraintes du terrain

Dans un contexte de charge de travail importante, les professionnels ont peu de temps pour consulter des procédures longues. Il est donc nécessaire de mettre à disposition des outils synthétiques, visuels et facilement accessibles.

Exemples concrets :

- Une fiche “mémo-déclaration” plastifiée affichée dans chaque salle de soin ou bureau, avec les étapes clés de la déclaration et les contacts utiles.
- Un QR code sur les badges professionnels ou les bureaux, redirigeant vers un tutoriel vidéo ou une fiche d’aide rapide pour déclarer sur Imago.
- Une “fiche réflexe” glissée dans le livret d’accueil des nouveaux salariés.

4. Intégrer la formation à la déclaration dans le plan de développement des compétences

Pour inscrire durablement cette dynamique, la formation à la sécurité et au signalement doit figurer explicitement dans le plan annuel de formation de l’établissement, et être associée à une évaluation des pratiques professionnelles.

Exemple concret : Prévoir une demi-journée de formation annuelle interprofessionnelle sur la gestion des risques et le signalement, inscrite dans le plan de formation. À l’issue, un questionnaire peut être proposé pour évaluer l’évolution des représentations et des pratiques.

5. Introduire la déclaration dans les entretiens professionnels

Afin d’ancrer la démarche de déclaration des événements indésirables dans le cadre formel de l’évaluation professionnelle est d’en faire un indicateur de qualité du travail et un levier de reconnaissance.

Modalités de mise en œuvre :

- Inclure un item relatif à la participation à la gestion des risques dans la trame des entretiens annuels (ex. : “Participe à la sécurité des accompagnements par le signalement des événements indésirables”).
- Valoriser l’implication dans les démarches qualité : déclarations, participation aux RETEX, suggestions d’amélioration, etc.
- Utiliser ces entretiens pour identifier les besoins de formation ou les freins rencontrés par les professionnels dans l’utilisation du système de signalement.

Exemples concrets :

- Dans l’entretien annuel, le manager peut poser une question comme : *« Avez-vous été amené(e) à signaler un événement indésirable cette année ? Qu’est-ce qui vous a facilité ou freiné dans cette démarche ? »*
- L’entretien peut aussi permettre de proposer un objectif de progrès individuel ou d’équipe, par exemple : *“Participer à un atelier de sensibilisation à la déclaration d’EI d’ici la fin du 1er semestre”.*

En annexe n°, un tableau récapitulatif du plan d’action pour renforcer la formation et la sensibilisation à la déclaration des événements indésirables. Il détaille les objectifs, modalités, outils et indicateurs de suivi associés à chaque action.

Enfin, former n’est pas seulement transmettre un savoir, c’est construire une culture partagée. En rendant la formation régulière, accessible et concrète, l’établissement crée les conditions pour que la déclaration ne soit plus perçue comme une contrainte administrative, mais comme un outil professionnel au service de la sécurité, de la qualité et de la bientraitance.

C. Limites de l'étude et perspectives de recherche future

1. Limites de l'étude

1) Biais de représentativité

L'étude peut être limitée par un échantillon restreint d'établissements médico-sociaux, ne reflétant pas nécessairement la diversité du secteur.

Les résultats pourraient varier selon les types d'établissements (foyers d'accueil, MAS, IME, etc.) et les populations accueillies (enfants et adultes)

2) Facteurs contextuels

Les contraintes spécifiques du secteur médico-social, telles que le manque de personnel ou les restrictions budgétaires, peuvent influencer la mise en œuvre des recommandations.

La culture organisationnelle propre à chaque établissement peut impacter différemment la déclaration des événements indésirables.

3) Perspectives de recherche future

- Évaluation à long terme

Mener des études pour mesurer l'impact des stratégies mises en place sur le taux de déclaration des événements indésirables sur plusieurs années.

Analyser l'évolution de la culture de sécurité dans les établissements médico-sociaux au fil du temps.

- Comparaison intersectorielle

Réaliser des études comparatives entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire pour identifier les bonnes pratiques transférables.

- Analyse des facteurs humains

Approfondir la compréhension des facteurs organisationnels influençant la décision de déclarer ou non un événement indésirable.

Étudier l'impact de la formation et de la sensibilisation sur les comportements de déclaration à long terme.

- Implication des familles

Étudier l'impact de leur implication sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements médico-sociaux.

Ces perspectives de recherche permettraient d'approfondir la compréhension des mécanismes de sous-déclaration et d'affiner les stratégies pour promouvoir une culture de sécurité robuste dans le secteur médico-social. En combinant des approches quantitatives et qualitatives, les futures études pourraient fournir des connaissances précieuses pour améliorer continuellement la qualité des soins et la sécurité des usagers dans ces établissements.

VIII. Conclusion

Ce mémoire part d'un constat simple : Une erreur non déclarée est une erreur qui risque de se répéter. Or, dans les établissements médico-sociaux, les événements indésirables restent encore trop souvent tus, banalisés ou tus par peur.

Mon hypothèse selon laquelle *former les professionnels à identifier et déclarer les événements indésirables augmente le taux de déclaration* trouve ici tout son sens. Les résultats de l'enquête sont clairs : le manque de formation et de sensibilisation est perçu comme l'un des freins majeurs à la sous déclaration. Mais les professionnels expriment aussi leur volonté d'être mieux accompagnés, mieux outillés, et surtout reconnus dans cette démarche.

La littérature le confirme : la sécurité ne se décrète pas, elle se construit, avec un leadership juste, des outils accessibles, un climat de confiance, et une formation continue. Ce n'est qu'en réunissant ces conditions que la déclaration pourra devenir un acte réflexe, intégré dans la culture quotidienne du soin, et non une contrainte ou une crainte.

Les propositions formulées dans ce travail ; formation ciblée, retours d'expérience réguliers, outils simplifiés, reconnaissance des déclarants visent un objectif concret : faire évoluer les représentations, les pratiques et la culture organisationnelle. Ce changement n'est pas théorique. Il est déjà à l'œuvre dans certains établissements qui s'engagent pleinement dans cette dynamique.

Car au fond, déclarer un événement indésirable, ce n'est pas dénoncer une erreur : c'est choisir de protéger, d'apprendre, et d'évoluer. C'est faire le choix d'un accompagnement plus sûr, plus juste, plus humain.

IX. Bibliographie

1. Uranga B. Développer la culture du signalement. *Les Analyses de Focus Qualité*, n° 3, novembre 2017. ;
2. Caserio-Schönemann C, Fournet N, Ille D. *Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire (InVS) ; janvier 2012. P97. Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé.
3. Jourdain S. Ageval. 2023 [cité 18 mars 2025]. Événements Indésirables Associés aux Soins : les définir, les déclarer et les analyser. Disponible sur: <https://www.ageval.fr/blog/les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias/>
4. Rapport-annuel-eigs_HAS [cité 19 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs_vd.pdf
5. Santé AFA. Tous impliqués pour signaler les événements indésirables associés aux soins. France Assos Santé. 2022 [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2022/11/18/tous-impliques-pour-signaler-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins/>
6. Événements indésirables : savoir les qualifier au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux. 2024 [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/evenements-indesirables-savoir-les-qualifier-au-sein-des-etablissements-sanitaires-et-medico>
7. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi Guide méthodologique. 2021 [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.forap.fr/lanalyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-mode-demploi-guide-methodologique>
8. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 mars 2025]. Déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs
9. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 24 mai 2025]. Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3231881/fr/les-erreurs-associees-aux-produits-de-sante-declarees-dans-la-base-eigs
10. Prév'Ehpad : infections associées aux soins et traitements antibiotiques en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, résultats nationaux 2016 [Internet]. [cité 24 mai 2025]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/prev-ehpad-infections-associees-aux-soins-et-traitements-antibiotiques-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes-resultat?utm_source=chatgpt.com
11. Prev'Chutes - La Valériane. [cité 24 mai 2025]. Disponible sur: https://www.lavalieriane.fr/solutions/prevchutes?utm_source=chatgpt.com
12. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine.
13. web_rbpp_coordination.pdf [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf
14. Agence Anti-Chute : CDC_AAC_2023_Programme_Antichute_NA_V3.

15. Dominique HG, Claire P, COLLECTIF, Isabelle D, Juliette P, François P. Les fugues en EHPAD. L'étude EVADE : Etude sur la survenue de fugues auprès de 6 649 patients Agés institutionnalisés dans le nord de la France. REVUE DE GERIATRIE. 2013;(9 vol 38):663-6.
16. paolajuet. Violence en EHPAD, un tabou ? Comprendre et agir pour mieux accompagner [Internet]. FHF Bretagne. 2019 [cité 1 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.fhf-bretagne.fr/violence-en-ehpad-un-tabou-comprendre-et-agir-pour-mieux-accompagner/>
17. Contrôle des EHPAD franciliens : un plan massif au service de la prise en charge des personnes âgées [Internet]. 2025 [cité 1 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/contrôle-des-ehpad-franciliens-un-plan-massif-au-service-de-la-prise-en-charge-des-personnes-agees>
18. Les événements indésirables associés aux soins - EIAS | Santé.fr [Internet]. 2012 [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias>
19. PR - Signalement des EI.docx.
20. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002.
21. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction no DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. 3 avr 2017;
22. Article L331-8 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 28 avr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036514201
23. Retour d'expérience sur les EI graves associées à des soins - Rapport HAS.
24. Les établissements de santé - édition 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2019>
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS): rapport annuel 2023. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3539434/en/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-rapport-annuel-2023
26. Le Média Social [Internet]. 2024 [cité 19 mars 2025]. Évènements indésirables : les déclarations ont augmenté de 71 %. Disponible sur: https://www.lemediasocial.fr/fdb77977b_1c9c_4494_b32d_78ac82523100
27. Haute Autorité de Santé 2023. Haute Autorité de Santé. [cité 1 mai 2025]. Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS): rapport annuel 2023. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3539434/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-rapport-annuel-2023
28. Evaluation des établissements et services médico-sociaux (ESMS) [Internet]. 2025 [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/evaluation-des-etablissements-et-services-medico-sociaux-esms>
29. anesm_rapport_activite_2016.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/anesm_rapport_activite_2016.pdf

30. Qu'est-ce que la culture de sécurité ? | Icsi [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.icsi-eu.org/mag/culture-securite-definition>
31. Qu'est-ce que la culture de sécurité des soins dans les établissements hospitaliers ? [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: <https://crh.cgos.info/informations/qu-est-ce-que-la-culture-de-securite-des-soins-dans-les-etablissements-hospitaliers>
32. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Culture de sécurité des soins : comprendre et mesurer. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1497866/fr/culture-de-securite-des-soins-comprendre-et-mesurer
33. la_culture_de_securite.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/la_culture_de_securite.pdf?utm_source=chatgpt.com
34. Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-25559-0>
35. Singer SJ. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and Safety in Health Care*. 1 avr 2003;12(2):112-8.
36. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante
37. Reason J. Human error: models and management. 18 mars 2000 [cité 3 mai 2025]; Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768.full>
38. Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>
39. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante
40. Larouzée J, Guarnieri F, Besnard D. Le modèle de l'erreur humaine de James Reason.
41. FAITS ET CHIFFRES Santé et sécurité au travail IRNS 2020.
42. Fiche8_Charte de non punition.
43. Jourdain S. Ageval. 2024 [cité 28 nov 2024]. Comité de Retour d'Expérience (CREX) : 6 étapes incontournables. Disponible sur: <https://www.ageval.fr/blog/comite-retour-experience-essms/>
44. DGOS_Michel.C, DGOS_Marie.R, DGOS_Michel.C, DGOS_Marie.R. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 6 mai 2025]. Feuille de route de la sécurité des patients et des résidents 2023-2025. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/feuille-de-route-de-la-securite-des-patients-et-des-residents-2023-2025>
45. Ageval [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Formation Gestion des Évènements Indésirables. Disponible sur: <https://www.ageval.fr/formations/formation-gestion-des-evenements-indesirables/>

46. Déclaration des événements indésirables [Internet]. OMéDIT PACA-Corse. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.omeditpacacorse.fr/declaration-des-evenements-indesirables/>
47. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients - Légifrance [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479591>
48. Accueil - Portail de signalement des événements sanitaires indésirables [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>
49. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS).
50. INSTRUCTION N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en oeuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients - Légifrance [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41873>
51. analyse_des_eias_essentiel.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/analyse_des_eias_essentiel.pdf
52. 5 outils d'analyse des événements indésirables [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.qualineo.io/post/5-outils-analyse-ei>
53. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Grille ALARM. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm
54. Méthode des 5 M : comment l'utiliser pour l'analyse des événements indésirables ? [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.qualineo.io/post/methode-5-m-analyse-evenements-indesirables>
55. 5 outils d'analyse des événements indésirables [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.qualineo.io/post/5-outils-analyse-ei>
56. Méthode QQQQCP : définir les causes profondes des EI [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.qualineo.io/post/methode-qqqqcp-evenements-indesirables>
57. Comité de Retour d'Expérience (CREX) : 13 conseils pour l'organiser en ESSMS [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.qualineo.io/post/comite-retour-experience-crex-essms>
58. Jourdain S. Comité de Retour d'Expérience (CREX) : 6 étapes incontournables [Internet]. Ageval. 2024 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ageval.fr/blog/comite-retour-experience-essms/>
59. Presentation-Webinaire_declaration-EIGS-08-09-2023.
60. Front Matter. In: Patient Safety [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cité 25 mai 2025]. p. i-xiii. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781444323856.fmatter>
61. Établissements de santé : Comment bien suivre ses Événements Indésirables ? [Internet]. 2024 [cité 25 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.blog-qhse.com/etablissements-de-sante-comment-bien-suivre-ses-evenements-indesirables>
62. DGOS_Michel.C, DGOS_Marie.R, DGOS_Michel.C, DGOS_Marie.R. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 25 mai 2025]. Feuille de route de la sécurité des patients et des résidents 2023-2025. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et->

maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/feuille-de-route-de-la-securite-des-patients-et-des-residents-2023-2025

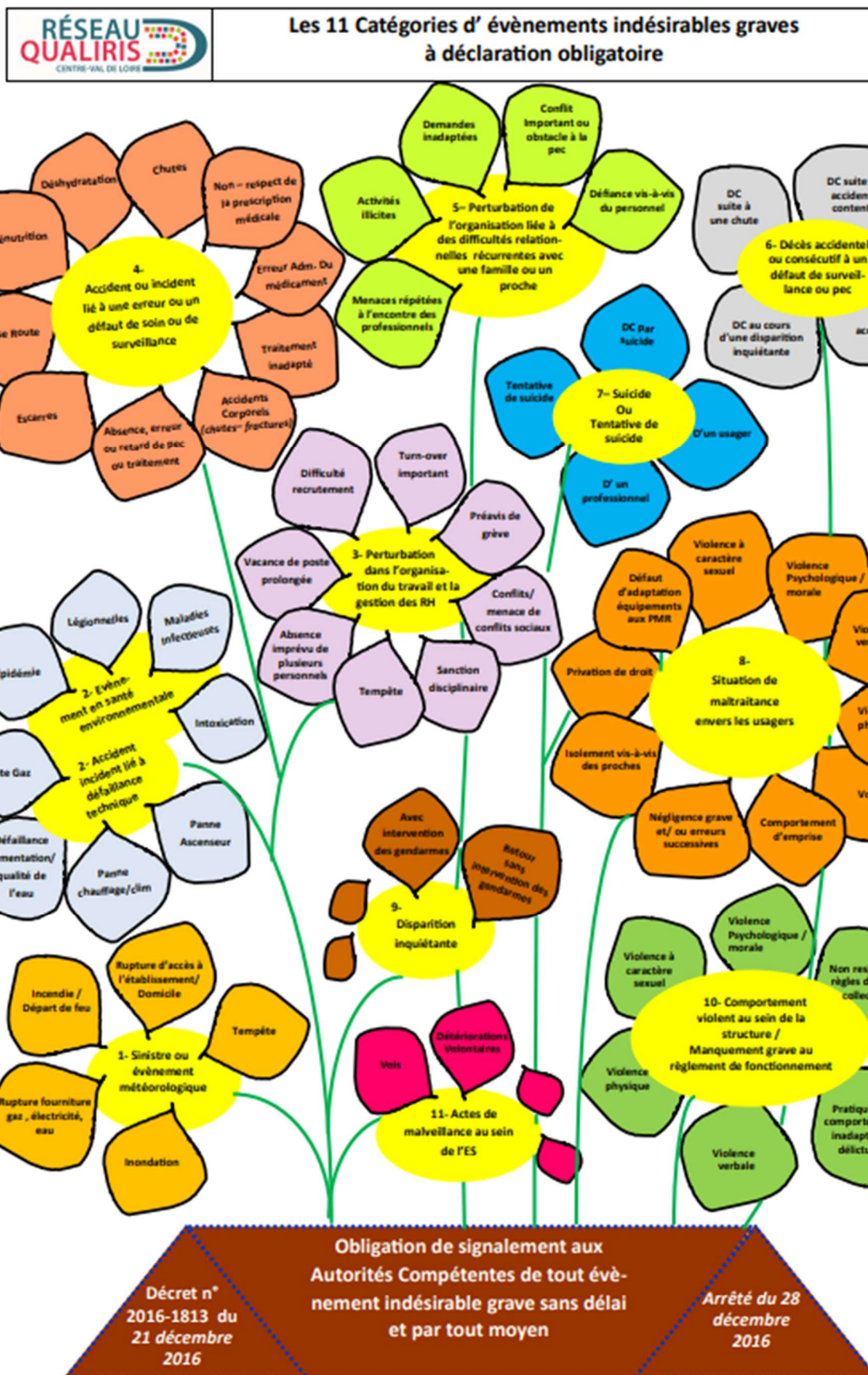
63. Cerrone V, Aliberti SM, Prendin A, Ilardi B, Funk RHW, Andretta V, et al. How Patient Safety Culture Influences Adverse Event Reporting and Use of the Incident Reporting Tool: A Systematic Review [Internet]. Public Health and Healthcare; 2023 [cité 31 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.preprints.org/manuscript/202307.2011/v1>
64. Amalberti R, Ceretti A, Michel P, Gibert S, Collomp R, Pibarot M, et al. Mieux connaître et réduire les risques.
65. Rapport du pr millat sur la generalisation de l accreditation des medecins et des equipes _medicales_de_specialites_a_risques.
66. SPF. Les freins à la déclaration des événements indésirables liés aux soins : une étude transversale au groupement hospitalier Édouard Herriot, CHU de Lyon [Internet]. [cité 12 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/auvergne-rhones-alpes/les-freins-a-la-declaration-des-evenements-indesirables-lies-aux-soins-une-etude-transversale-au-groupement-hospitalier-edouard-herriot-chu-de-lyon>
67. Vigilance sanitaire : La « culture de la déclaration » des évènements indésirables s'impose au médico-social - Veille juridique - Directions.fr [Internet]. [cité 3 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.directions.fr/Veille-juridique/dernieres-infos/fonctionnement-structure/2017/3/La--culture-de-la-declaration--des-evenements-indesirables-s-impose-au-medico-social-2049388W/>
68. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. févr 2009;21(1):18-26.
69. Accueil - Portail de signalement des événements sanitaires indésirables [Internet]. [cité 3 juin 2025]. Disponible sur: <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

X. Annexes

Annexe n°1 : Affiche des 11 catégories des évènements indésirables....	1
Annexe n° 2 : Procédure de gestion des évènements indésirables.....	2
Annexe n°3 : Procédure EIG.....	6
Annexe n°4 : Formulaire déclaration ARS.....	8
Annexe n°5 : Trame d'un rapport de CREX.....	14
Annexe n°6 : Questionnaire pour les professionnels.....	17
Annexe n°7 : Questionnaire pour les managers.....	29
Annexe n°8 : Mail d'envoi auprès des managers pour diffusion.....	31
Annexe n°9 : Résultats du questionnaire des professionnels.....	33
Annexe n°10 : Résultats du questionnaire des managers.....	36

ANNEXES

ANNEXE N°1 : AFFICHE DES 11 CATEGORIES DES EVENEMENTS INDESIRABLES



ANNEXE N°2 : PROCEDURE DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

	PROCÉDURE SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES	Date : 12/12/2024
		Codification : /
		Document interne
		Urgence : Non
		Page 1 / 7

Procédure ASSOCIATIVE		
1. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION	2	DESTINATAIRES Diffusion générale Membres du CODIRE
2. RESPONSABILITÉS	2	
3. DÉFINITIONS	2	
4. TEXTES DE RÉFÉRENCE	2	
5. CONTENU	3	
5.1 PROCÉDURE À SUIVRE	3	
5.2 COMPLÉMENTS	4	
6. ANNEXES	4	MODE DE DIFFUSION Mailing CODIRE

	Rédaction	Engagement	Validation
Nom	FLAMENT Louise	CODIRE	Frédéric PILON
Fonction	Responsable Qualité et Développement		Directeur Général
Date	13/12/2024	07/02/2025	
Signature			

Etat	Date	Version en vigueur
Création	12/12/2024	V1
Date de la prochaine révision prévue le :		2026

	PROCÉDURE SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES		Date : 12/12/2024
			Codification : /
			Document interne
			Urgence : Non
			Page 2 / 7

1. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

Objet : La présente procédure décrit le processus de signalement, de gestion et de suivi des événements indésirables afin de garantir la sécurité des biens, des personnes et la conformité aux réglementations en vigueur.

Domaine d'application : Cette procédure s'applique à l'ensemble du personnel et concerne tout événement susceptible de porter atteinte à la qualité des services, à la santé ou à la sécurité.

2. RESPONSABILITÉS

La Direction Générale est garante de l'application de la procédure.

La mise en place de cette procédure est sous la responsabilité de chaque Directeur / Directrice.

Le service Qualité assure la mise en conformité de cette présente procédure.

Toute professionnel observant un événement indésirable grave ou susceptible d'impact pour une personne accompagnée doit le signaler.

3. DÉFINITIONS

Événement indésirable (EI) : Accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables pour les personnes accompagnées, les professionnels, les familles ou les biens matériels.

Événement indésirable grave (EIG) : Accident, incident ou dysfonctionnement avec des conséquences réversibles ou non sur les personnes accompagnées, pouvant être à l'origine d'un décès, mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation d'une hospitalisation, d'une incapacité ou encore d'un handicap. Ces événements relèvent d'une obligation de déclaration externe.

Signalement : Action de déclarer un événement indésirable selon la présente procédure.

4. TEXTES DE RÉFÉRENCE

[Décret n° 2016-1006 du 25 novembre 2016](#) relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés au soins et aux structures régionales d'appui, à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

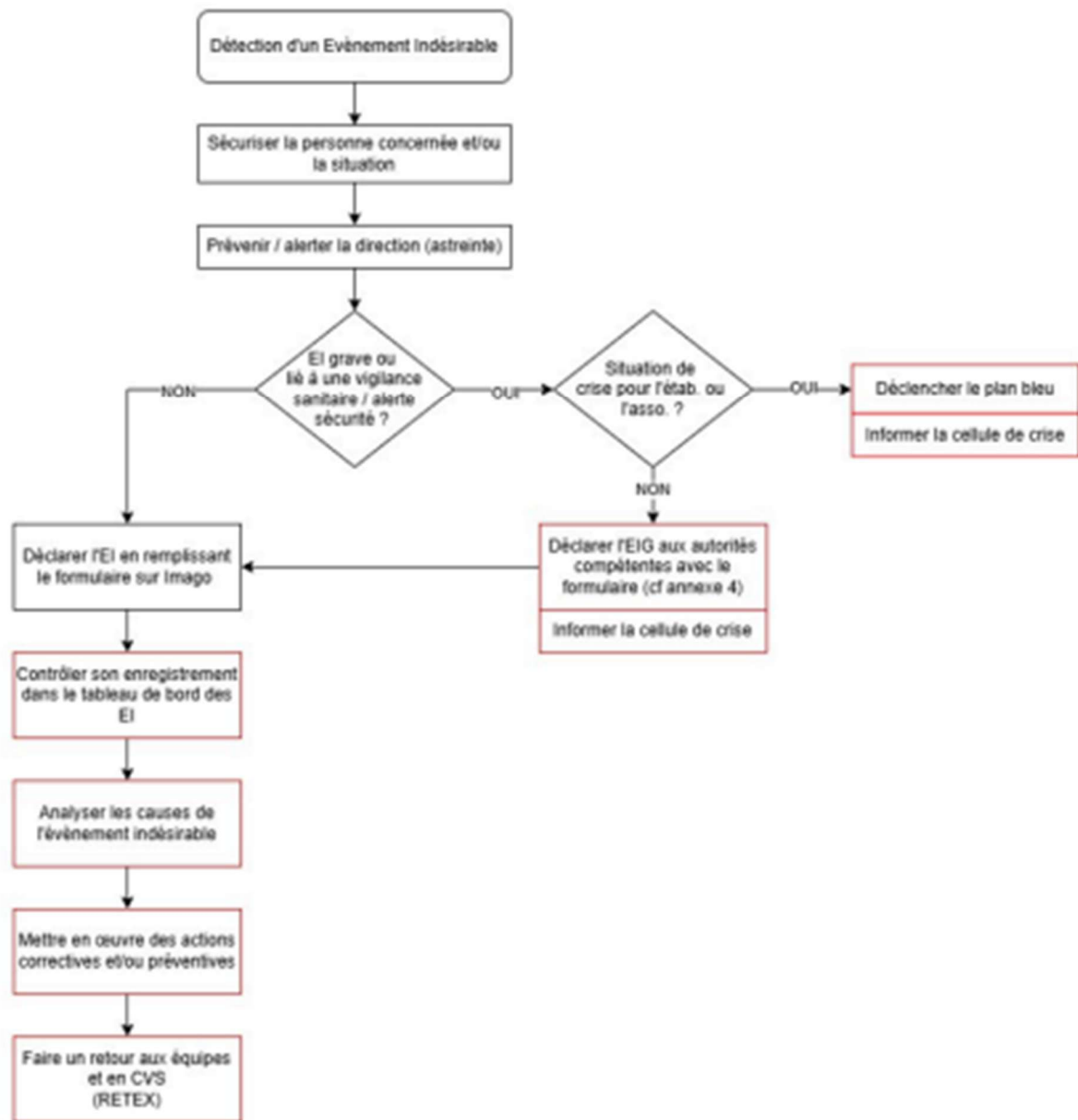
[Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016](#) et [Arrêté du 28 décembre 2016](#) relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

[Arrêté du 27 février 2017](#) fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pour lesquels la déclaration ou le signalement peut s'effectuer au moyen du portail de signalement des événements sanitaires indésirables

[Arrêté du 30 octobre 2017](#) relatif aux modalités de signalement et de traitement des incidents graves de sécurité des systèmes d'information

5. CONTENU

5.1 PROCÉDURE À SUIVRE



Légende :

Personne ayant constaté les faits

Direction

5.2 COMPLÉMENTS

Que ne faut-il pas déclarer : Ne pas déclarer d'EI pour "régler des comptes". Ces signalements ne seront pas traités.

Les différents items du signalement interne sur Imago concernent :

- la date de l'évènement
- L'heure de l'évènement
- Le type d'évènement (**cf Annexe 2**).
- Le lieu de l'évènement : à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement
- Les auteurs présumés : sélectionner le nom de la personne accompagnée ou ne rien sélectionner s'il n'y a pas d'auteur
- les victimes présumées : sélectionner le nom de la personne accompagnée
- les témoins
- Complément : Les faits sont-ils avérés ou relatés ?
 - **Fait avéré :** La personne qui déclare est la même personne que celle ayant constaté les faits.
 - **Fait relaté :** La personne qui déclare n'est pas la même personne que celle ayant constaté les faits. La personne vient donc retransmettre les faits, tels qu'ils lui ont exposés.
- Document : vous pouvez ajouter un document, une photo.
- Une partie texte libre pour expliquer la situation constatée ou relatée.
- Les actions immédiates.

En Annexe 1, vous retrouverez le Mode opératoire/tutoriel pour déclarer un évènement indésirable sur Imago. Ce tutoriel est également disponible depuis l'aide en ligne du DUI Imago.

Lorsqu'un évènement indésirable grave survient, la direction le déclare au point focal de l'ARS HDF : ars-hdf-signal@ars.sante.fr

6. ANNEXES

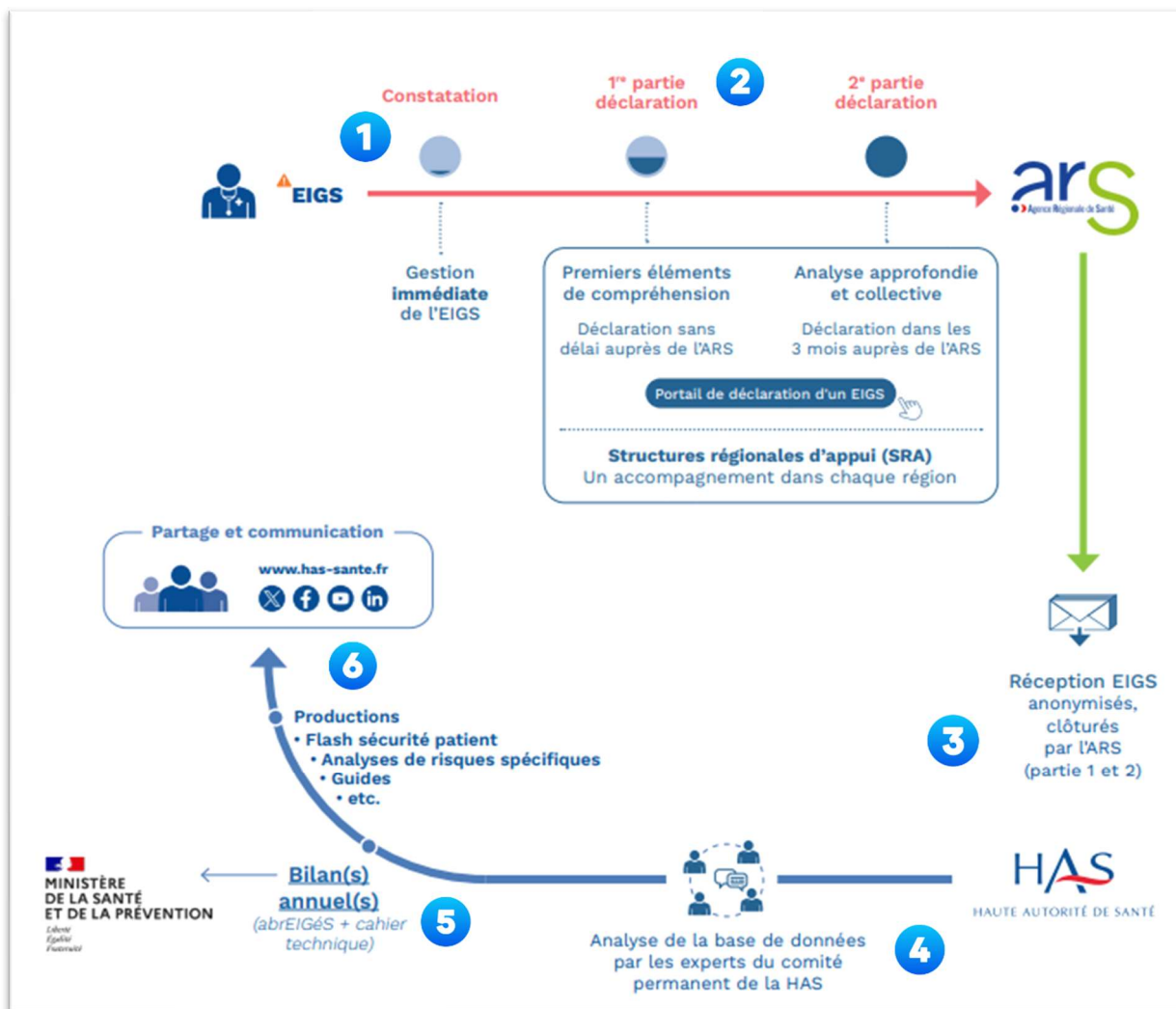
Annexe 1 : Mode opératoire de déclaration des évènements indésirables dans Imago DU

Annexe 2 : Le petit mémo pour les équipes sur les types de d'évènements indésirables

Annexe 3 : Le petit mémo pour les directions sur les évènements indésirables graves à déclarer

Annexe 4 : Formulaire de remontée des informations relatives aux évènements menaçant la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes accueillies.

ANNEXE N°3 : PROCEDURE DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES



1 Constatation

Tout professionnel peut repérer un événement indésirable : chute, erreur médicamenteuse, violence, fugue, dysfonctionnement organisationnel...

2 Déclaration

Le signalement est transmis au référent qualité ou gestion des risques, ou directement à la direction selon les procédures internes. Le signalement à l'ARS via le portail prévu à cet effet (<https://signalement.social-sante.gouv.fr>) ou par l'envoi par mail du formulaire (annexe n°1) est obligatoire. (Décret n°2016-1606).(47)

Le Volet 1 constitue la déclaration rapide de l'événement à l'ARS. Il doit être rempli dans les 15 jours. (48) Ce signalement vise à :

- Informer sans délai les autorités sanitaires d'un risque grave ou inattendu ;
- Décrire factuellement l'événement (date, lieu, type d'incident, dommages constatés) ;
- Permettre à l'ARS d'évaluer si des mesures urgentes doivent être mises en œuvre ou si une inspection est nécessaire.

Le Volet 2 est à transmettre dans un délai de 3 mois après le Volet 1. Il repose sur une analyse approfondie de l'événement, menée par l'établissement.(48)

Il comprend :

- Une reconstitution précise des faits ;
- L'identification des causes immédiates et profondes (méthode ALARM, arbre des causes, etc.) ;
- La formulation de propositions d'actions correctives ou préventives ;
- Une analyse systémique, dans une perspective de non-sanction et d'apprentissage collectif.(49)

3 Transmission des EIGS clôturés à la HAS

Une fois les volets 1 et 2 d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) reçus, analysés et clôturés par l'Agence Régionale de Santé (ARS), un processus de transmission anonymisée à la HAS est engagé. Ce transfert est encadré par la circulaire DGS/DGOS/DGCS de 2017.(50)

4 Comité permanent d'analyse des EIGS de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Une étape fondamentale dans la transformation des signalements individuels en savoirs collectifs utiles pour la sécurité des soins. Créé par la HAS en application du décret n°2016-1606(47), ce comité permanent d'analyse des EIGS est composé d'experts pluridisciplinaires : médecins, pharmaciens, soignants, gestionnaires de risques, représentants d'usagers. Ce comité est chargé de l'analyse qualitative des EIGS clôturés et anonymisés transmis par les ARS.

5 Bilan(s) annuel(s)

La Haute Autorité de Santé (HAS) publie chaque année un bilan des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), structuré en deux documents complémentaires :

1.abrEIGéS⁸ : une synthèse des principaux enseignements de l'année.

2.Cahier technique : un recueil détaillé de données statistiques sur les EIGS déclarés.

6 Productions

- Élaborer des fiches de REX diffusées à tous les professionnels ;
- Mettre à jour les recommandations de bonnes pratiques ;
- Alimenter les programmes de formation continue en gestion des risques ;
- Fédérer les établissements autour d'une culture commune de l'erreur analysée.

⁸ Cf. : Glossaire

ANNEXE N°4 : FORMULAIRE DE DECLARATION ARS



**Formulaire de remontée des informations relatives
aux événements menaçant la santé, la sécurité ou
le bien-être des personnes accueillies**

Réf : Décret ° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales & arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

Le présent formulaire est destiné à faciliter les échanges d'information entre l'ARS et chaque établissement de la région. Il doit être transmis à l'adresse suivante : ars-hdf-signal@ars.sante.fr

Etablissement, service, lieu de vie, lieu d'accueil
Date et heure de la déclaration :
Nom de la structure :
Nom de l'organisme gestionnaire :
Adresse de la structure :
Téléphone n° :
Courriel :
Fax n° :
Nom et qualité du déclarant :
Autorité(s) administrative(s) informée(s) :
☐ ARS ☐ Préfet ☐ DDCS-PP ☐ Président du conseil départemental

Nature des faits :

Les exemples cités dans les catégories ci-après ne constituent pas une liste exhaustive, mais ont vocation à aider la structure à identifier les dysfonctionnements et les événements qui relèvent de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.

1. Sinistre ou événement météorologique <i>(par exemple : inondation, tempête, incendie, rupture de fourniture d'électricité, d'eau...)</i>	
2. Accident ou incident lié à une défaillance technique <i>(par exemple : pannes prolongées d'électricité, de chauffage, d'ascenseur...)</i> et événement en santé environnementale	

<i>(par exemple : épidémie, intoxication ; légionnelles ; maladies infectieuses...)</i>	
3. Perturbation dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines <i>(par exemple : vacance de poste prolongée, notamment d'encadrement, difficulté de recrutement, absence imprévue de plusieurs personnels, turn over du personnel, grève..., mettant en difficulté l'effectivité de la prise en charge ou la sécurité des personnes accueillies)</i>	
4. Accident ou incident lié à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance <i>(par exemple : erreur dans la distribution de médicament, traitement inadapté, retard dans la prise en charge ou le traitement apporté...)</i>	
5. Perturbation de l'organisation ou du fonctionnement liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec une famille ou des proches ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure <i>(par exemple : conflit important sur la prise en charge d'une personne, menaces répétées, demandes inadaptées, défiance à l'encontre du personnel, activités illicites...)</i>	
6. Décès accidentel ou consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne <i>(par exemple : suite à une chute, un accident de contention...)</i>	
7. Suicide ou tentative de suicide	
8. Situation de maltraitance envers les usagers <i>(par exemple : violence physique, psychologique ou morale, agression sexuelle, négligence grave, privation de droit, vol, comportement d'emprise, isolement vis-à-vis des proches, défaut d'adaptation des équipements nécessaires aux personnes à mobilité réduite...)</i>	

9. Disparition inquiétante <i>(disparition entraînant la mobilisation des services de police ou de gendarmerie pour rechercher la personne)</i>	
10. Comportement violent de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel, au sein de la structure, <i>(par exemple : agressivité, menaces, violence physique, agression sexuelle...)</i> ainsi que manquement grave au règlement de fonctionnement <i>(par exemple : non-respect des règles de vie en collectivité, pratiques ou comportements inadaptés ou délictueux...)</i>	
11. Actes de malveillance au sein de la structure <i>(par exemple : détérioration volontaire de locaux, d'équipement ou de matériel, vol...)</i>	

Circonstances et déroulement des faits :

Préciser notamment la date et l'heure des faits et de leur constatation

Nombre de personnes victimes ou exposées

--

Conséquences constatées au moment de la transmission de l'information

Pour la ou les personnes prises en charge <i>(par exemple : décès, hospitalisation, blessure, aggravation de l'état de santé, changement de comportement ou d'humeur...)</i>	
Pour les personnels <i>(par exemple : empêchement de venir sur le lieu de travail, arrêt maladie, réquisition...)</i>	
Pour l'organisation et le fonctionnement de la structure <i>(par exemple : difficulté d'approvisionnement, difficulté d'accès à la structure ou sur le lieu de prise en charge de la personne, nécessité de déplacer des résidents, suspension d'activité...)</i>	

Demande d'intervention des secours

Pompiers, SAMU, police, gendarmerie...

☐ Oui (préciser) : ☐ Non

Mesures immédiates prises par la structure

Pour protéger, accompagner ou soutenir les personnes victimes ou exposées	
Pour assurer la continuité de la prise en charge,	

le cas échéant	
A l'égard des autres personnes prises en charge ou du personnel, le cas échéant <i>(par exemple : information à l'ensemble des usagers, soutien psychologique...)</i>	

Information des personnes concernées, des familles et des proches

Sous réserve de l'accord de la personne concernée selon la nature des faits

--

Dispositions prises ou envisagées par la structure

Concernant les usagers ou les résidents <i>(par exemple : adaptation des soins ou de la prise en charge, révision du projet de soins, soutien, transfert, fin de prise en charge...)</i>	
Concernant le personnel <i>(par exemple : formation, sensibilisation, soutien, mesure conservatoire, mesure disciplinaire...)</i>	
Concernant l'organisation du travail <i>(par exemple : révision du planning, des procédures...)</i>	
Concernant la structure <i>(par exemple : aménagement ou réparation des locaux ou équipements, information ou communication interne et/ou externe, demande d'aide ou d'appui, notamment à l'autorité administrative, activation d'une cellule de crise, activation d'un plan...)</i>	

Suites administratives ou judiciaires

Indiquer les coordonnées des structures saisies et la date

Enquête de police ou de gendarmerie	
Dépôt de plainte	
Signalement au procureur de la République	

Evolutions prévisibles ou difficultés attendues

--

Répercussions médiatiques

Le dysfonctionnement ou l'événement mentionnés à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles peut-il avoir un impact médiatique ?	☐ Oui ☐ Non
Les médias sont-ils déjà informés de ces faits ?	☐ Oui ☐ Non
Communication effectuée ou prévue ?	☐ Oui
Si oui, préciser :	☐ Non

ANNEXE N°5 : TRAME D'UN RAPPORT DE CREX

TRAME COMITÉ DE RETOUR D'EXPÉRIENCE (CREX)

Date du CREX :

Etablissement/service concerné :

Membres du CREX		
Fonctions	Nom et Prénom	Présent (oui/non)

1. IDENTIFICATION DE L'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

Date de l'événement :

Etablissement/service concerné :

Résumé de l'événement :

Conséquences de l'événement :

2. CHRONOLOGIE DES FAITS

Avant, pendant, après :

3. IDENTIFICATION DES ÉCARTS

Procédures, défaillances techniques, facteurs humains, environnement,...

ÉCARTS IDENTIFIÉS	CAUSES IDENTIFIÉES

4. PLAN D' ACTIONS

ACTIONS D'AMÉLIORATION	RESPONSABLE DE L'ACTION	ÉTAT D'AVANCEMENT (non initiée, en cours, réalisée)

Date du rapport :

Signature du pilote du CREX :

Questionnaire professionnels

B *I* U  

Ce questionnaire vise à mieux comprendre les raisons pour lesquelles les événements indésirables (EI) sont parfois sous-déclarés dans le secteur médico-social.

Vos réponses, anonymes et confidentielles, contribueront à améliorer les pratiques et à renforcer la sécurité des personnes accompagnées. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse ; la réponse neutre ne signifie pas que vous ignorez la question, mais plutôt que votre opinion est équilibrée ou indécise sur ce sujet.

Elles me serviront pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

PROFIL DU REPONDANT

Description (facultative)

Quel âge avez vous ? *

- ☐ Inférieur à 35 ans
- ☐ Entre 36 et 45 ans
- ☐ Entre 46 et 55 ans
- ☐ Entre 56 et 65 ans

Quel est votre sexe ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de l'établissement ?

- ☐ Moins d'un an
 - ☐ 1 à 5 ans
 - ☐ 6 à 10 ans
 - ☐ 11 à 20 ans
 - ☐ Plus de 20 ans
-

A quelle catégorie professionnelle appartenez vous ?

- ☐ Direction
 - ☐ Administratif
 - ☐ Educatif
 - ☐ Médical/Paramédical
 - ☐ Service technique et d'entretien
-

1. Savez-vous qu'est-ce qu'un évènement indésirable ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
-

VOTRE ETABLISSEMENT

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes

2. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, conjuguez vous vos efforts en équipe ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

3. Dans les unités/maisons, considérez-vous les autres avec respect ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

4. Menez-vous des actions afin d'améliorer la sécurité des personnes accompagnées ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

5. Après avoir mis en place des actions d'amélioration pour la sécurité des personnes accompagnées, évaluez-vous leur efficacité ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

6. Avez-vous l'impression que vos erreurs peuvent vous être reprochées ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

7. Avez-vous l'inquiétude que vos erreurs pourraient être notées dans les dossiers administratifs du professionnel ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

8. Le fonctionnement et les procédures sont-ils efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

9. Dans l'établissement, la déclaration des événements indésirables conduit-elle à des changements positifs ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

10. Discutez-vous en équipe des événements indésirables ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

11. Les informations transmises et échangées lors des transmissions sont-elles efficaces pour assurer la sécurité des personnes accompagnées ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

12. Trouvez-vous le temps pour déclarer les événements indésirables sur Imago ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

VOTRE DIRECTION (Directeur/Chef de service)

Description (facultative)

13. Ma direction exprime sa satisfaction quand elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité avec les personnes accompagnées. *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

14. Ma direction tient compte des propositions validées lors de réunions de services, comité...pour améliorer la sécurité des personnes accompagnées. *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

15. La sécurité de l'accompagnement des personnes accompagnées est-elle une des premières priorités pour votre direction ? *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

16. Ma direction instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des personnes accompagnées. *

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Neutre
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

COMMUNICATION

Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent-elles dans votre établissement ?

17. Etes-vous informé des événements indésirables qui se produisent dans votre service ? *
(retour réunion, RETEX, mail...).

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ De temps en temps
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Toujours

18. Echangez-vous sur les actions à mettre en place afin que les événements indésirables ne se reproduisent pas. *

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ De temps en temps
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Toujours

19. Avez-vous un retour d'informations sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement indésirable. *

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ De temps en temps
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Toujours

20. Pouvez-vous vous exprimer librement si vous constatez une situation mettant à mal l'accompagnement des personnes ? *

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ De temps en temps
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Toujours

21. Avez-vous déjà reçu une sensibilisation sur les événements indésirables ? *

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ De temps en temps
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Toujours

SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Description (facultative)

22. Savez-vous comment déclarer un événement indésirable dans votre établissement ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

23. Il existe au sein de l'établissement un climat de confiance qui favorise la déclaration des événements indésirables. *

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ De temps en temps
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Toujours

24. Lorsqu'un événement indésirable est signalé, avez-vous l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème ? *

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ De temps en temps
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Toujours

25. Avez-vous déjà été témoin d'un événement indésirable ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

25. Si oui, l'avez vous déclaré ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

25. Si non, pour quelle (s) raison (s) ?

- ☐ Je crains des sanctions si je déclare un évènement indésirable
- ☐ Je manque de temps pour effectuer une déclaration
- ☐ La procédure de déclaration est trop complexe.
- ☐ Je ne sais pas quels événements doivent être déclarés.
- ☐ Je pense que déclarer ne changera rien.
- ☐ Je préfère gérer le problème en interne sans le signaler.
- ☐ Autre...

26. Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des évènements indésirables avez-vous remplies et transmises ? *

- ☐ Aucune
- ☐ 1 à 2 fiches
- ☐ 3 à 5 fiches
- ☐ 6 à 10 fiches
- ☐ 11 à 20 fiches
- ☐ Plus de 20 fiches

27. Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des personnes accompagnées dans votre établissement ? *

- ☐ Défaillant
- ☐ Faible
- ☐ Acceptable
- ☐ Très bon
- ☐ Excellent

28. Participez vous à des analyses d'évènements indésirables type RETEX, CREX, réunion d'équipe... ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

29. Parmi les propositions suivantes, lesquelles vous semblent les plus pertinentes pour améliorer la déclaration des événements indésirables ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Sensibilisation régulière du personnel
- ☐ Outil de déclaration simplifié
- ☐ Retours systématiques sur les déclarations effectuées
- ☐ Communication transparente sur les actions correctives et préventives mises en place
- ☐ Valorisation des déclarants
- ☐ Autre...

ANNEXE N°7 : QUESTIONNAIRE POUR LES MANAGERS

Questionnaire manager

B *I* U ↺ ✕

Ce questionnaire vise à mieux comprendre les raisons pour lesquelles les événements indésirables (EI) sont parfois sous déclarés dans le secteur médico-social.

Vos réponses sont anonymes et confidentielles, contribueront à améliorer les pratiques et à renforcer la sécurité des personnes accompagnées.

L'analyse me servira pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude (Master II : ingénierie de la santé).

1. Quel âge avez-vous ? *

- ☐ Inférieur à 35 ans
- ☐ Entre 36 et 45 ans
- ☐ Entre 46 et 55 ans
- ☐ Entre 56 et 65 ans

2. Quel est votre sexe ? *

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

3. Depuis combien de temps travaillez vous au sein de l'établissement ? *

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 5 ans
- ☐ 6 à 10 ans
- ☐ 11 à 20 ans
- ☐ Plus de 20 ans

4. Connaissiez vous la procédure de signalement des Evènements Indésirables ? *

- ☐ OUI
- ☐ Non

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de signalement des évènements indésirables graves avez vous déclarés ? *

- ☐ Aucune
- ☐ 1 à 2 signalements
- ☐ 3 à 5 signalements
- ☐ 6 à 10 signalements
- ☐ 11 à 20 signalements
- ☐ Plus de 20 signalements

6. L'ESSMS communique t-il sur le traitement des évènements indésirables auprès des parties prenantes ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ ARS
- ☐ Département
- ☐ Direction générale
- ☐ Professionnels
- ☐ Représentant du personnel
- ☐ CVS

7. Les professionnels de votre établissement déclarent ils les évènements indésirables sur le logiciel Imago ? *

- ☐ OUI
- ☐ NON

8. Organisez vous des analyses en équipe sur les évènements indésirables ? *

- ☐ OUI
- ☐ NON

Si oui, comment ?

- ☐ Réunions d'équipes
- ☐ Sensibilisation
- ☐ Communication par mail
- ☐ COPIL/comité retour d'expérience
- ☐ Autre...

9. Mettez vous en place des actions correctives suite à ces analyses ? *

- ☐ OUI
- ☐ NON

10. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et formés aux signalements des événements indésirables ? *

- ☐ OUI
- ☐ NON

ANNEXE N°8 : MAIL D'ENVOI POUR DIFFUSION

Le mar. 12 mars 2025 à 18:43, Emilie DELVILLE <emilie.delville@-----fr> a écrit :

Mesdames, Messieurs les Directeurs,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de recherche portant sur la problématique suivante : Comment lutter contre la sous-déclaration des événements indésirables ?

L'objectif est de comprendre les freins à la déclaration des événements indésirables dans le secteur médico-social.

Afin de mener à bien cette étude, j'aurais besoin de votre précieuse contribution en répondant à un court questionnaire en ligne pour les managers et de partager le lien à vos collaborateurs accompagné du texte explicatif.



Lien manager (à destination des directeurs et des chefs de service) : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf_5vOLLNBTHtHGxaUhfMi4BmxHAFswdLUDsZooTtwQIm-xQ/viewform?usp=header

Texte explicatif :

Bonjour,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de recherche portant sur la problématique suivante : Comment lutter contre la sous-déclaration des événements indésirables ?

L'objectif est de comprendre les freins à la déclaration des événements indésirables dans le secteur médico-social.

Vos réponses seront d'une grande valeur pour enrichir mon travail de recherche et approfondir la compréhension de la sous-déclaration des événements indésirables.

Le questionnaire ne prendra que 5 minutes de votre temps et vos réponses resteront bien entendu strictement anonymes.

Vous pouvez accéder au questionnaire via le lien suivant :

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSddDOn6-Vk7xarrWEcz5-PplfaN24v9C-LYSgYHNW1AdE7Qw/viewform?usp=header>

Si vous avez des questions ou besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter.

En vous remerciant par avance pour votre collaboration,

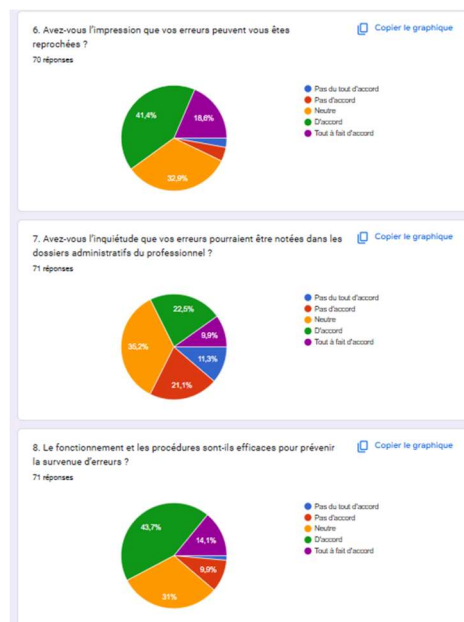
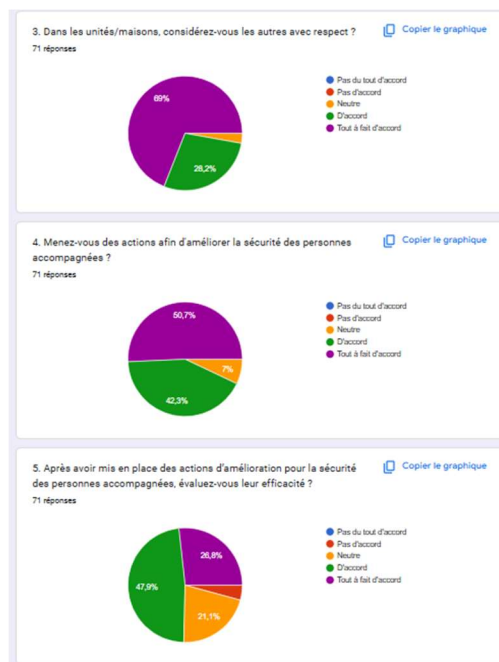
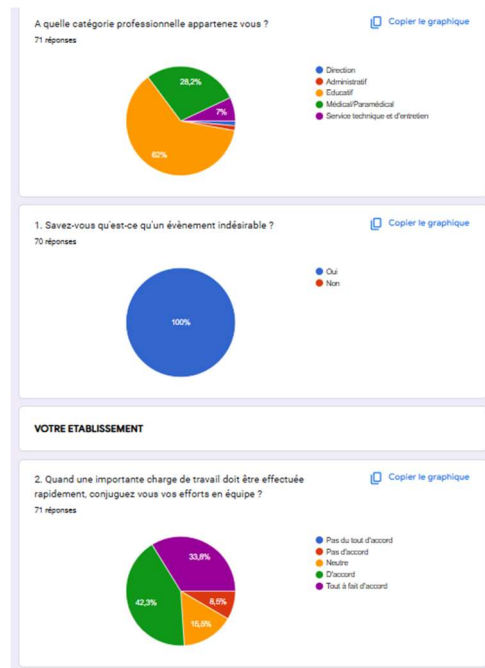
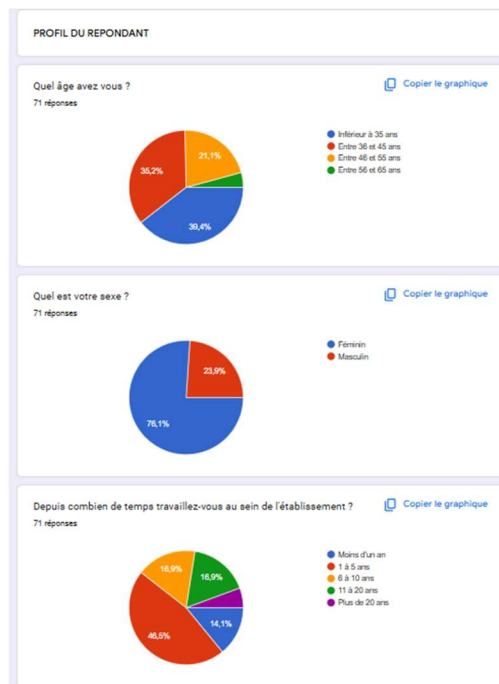
Cordialement

--

Madame Emilie Delville

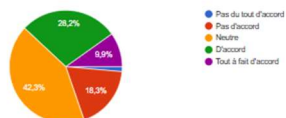
Infirmière

ANNEXE N°9 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DES PROFESSIONNELS



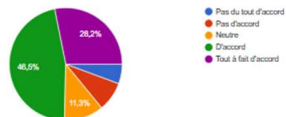
9. Dans l'établissement, la déclaration des événements indésirables conduit-elle à des changements positifs ? [Copier le graphique](#)

71 réponses



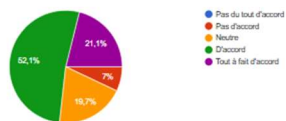
10. Discutez-vous en équipe des événements indésirables ? [Copier le graphique](#)

71 réponses



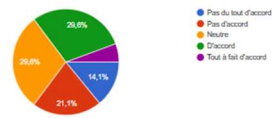
11. Les informations transmises et échangées lors des transmissions sont-elles efficaces pour assurer la sécurité des personnes accompagnées ? [Copier le graphique](#)

71 réponses



12. Trouvez-vous le temps pour déclarer les événements indésirables sur Imago ? [Copier le graphique](#)

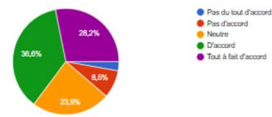
71 réponses



VOTRE DIRECTION (Directeur/Chef de service)

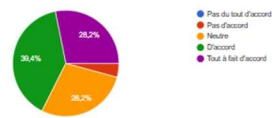
13. Ma direction exprime sa satisfaction quand elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité avec les personnes accompagnées. [Copier le graphique](#)

71 réponses



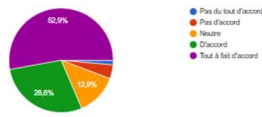
14. Ma direction tient compte des propositions validées lors de réunions de services, comité...pour améliorer la sécurité des personnes accompagnées. [Copier le graphique](#)

71 réponses



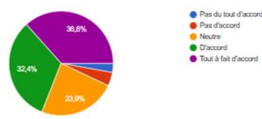
15. La sécurité de l'accompagnement des personnes accompagnées est-elle une des premières priorités pour votre direction ? [Copier le graphique](#)

70 réponses



16. Ma direction instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des personnes accompagnées. [Copier le graphique](#)

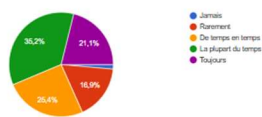
71 réponses



COMMUNICATION

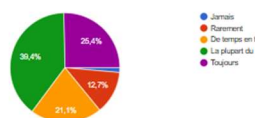
17. Etes-vous informé des événements indésirables qui se produisent dans votre service ? (retour réunion, RETEX, mail...). [Copier le graphique](#)

71 réponses



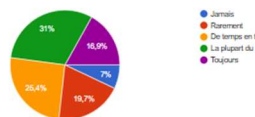
18. Echangez-vous sur les actions à mettre en place afin que les événements indésirables ne se reproduisent pas. [Copier le graphique](#)

71 réponses



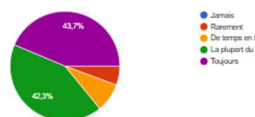
19. Avez-vous un retour d'informations sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement indésirable. [Copier le graphique](#)

71 réponses



20. Pouvez-vous vous exprimer librement si vous constatez une situation mettant à mal l'accompagnement des personnes ? [Copier le graphique](#)

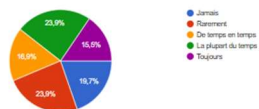
71 réponses



21. Avez-vous déjà reçu une sensibilisation sur les événements indésirables ?

[Copier le graphique](#)

71 réponses



SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

22. Savez-vous comment déclarer un événement indésirable dans votre établissement ?

[Copier le graphique](#)

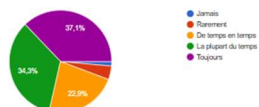
70 réponses



23. Il existe au sein de l'établissement un climat de confiance qui favorise la déclaration des événements indésirables.

[Copier le graphique](#)

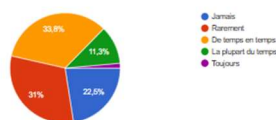
70 réponses



24. Lorsqu'un événement indésirable est signalé, avez-vous l'impression que c'est le professionnel qui est pointé du doigt et non le problème ?

[Copier le graphique](#)

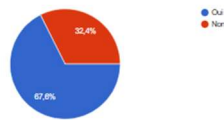
71 réponses



25. Avez-vous déjà été témoin d'un événement indésirable ?

[Copier le graphique](#)

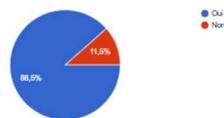
71 réponses



25. Si oui, l'avez-vous déclaré ?

[Copier le graphique](#)

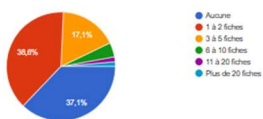
52 réponses



26. Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ?

[Copier le graphique](#)

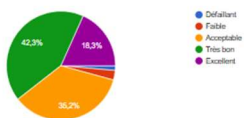
70 réponses



27. Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des personnes accompagnées dans votre établissement ?

[Copier le graphique](#)

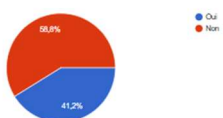
71 réponses



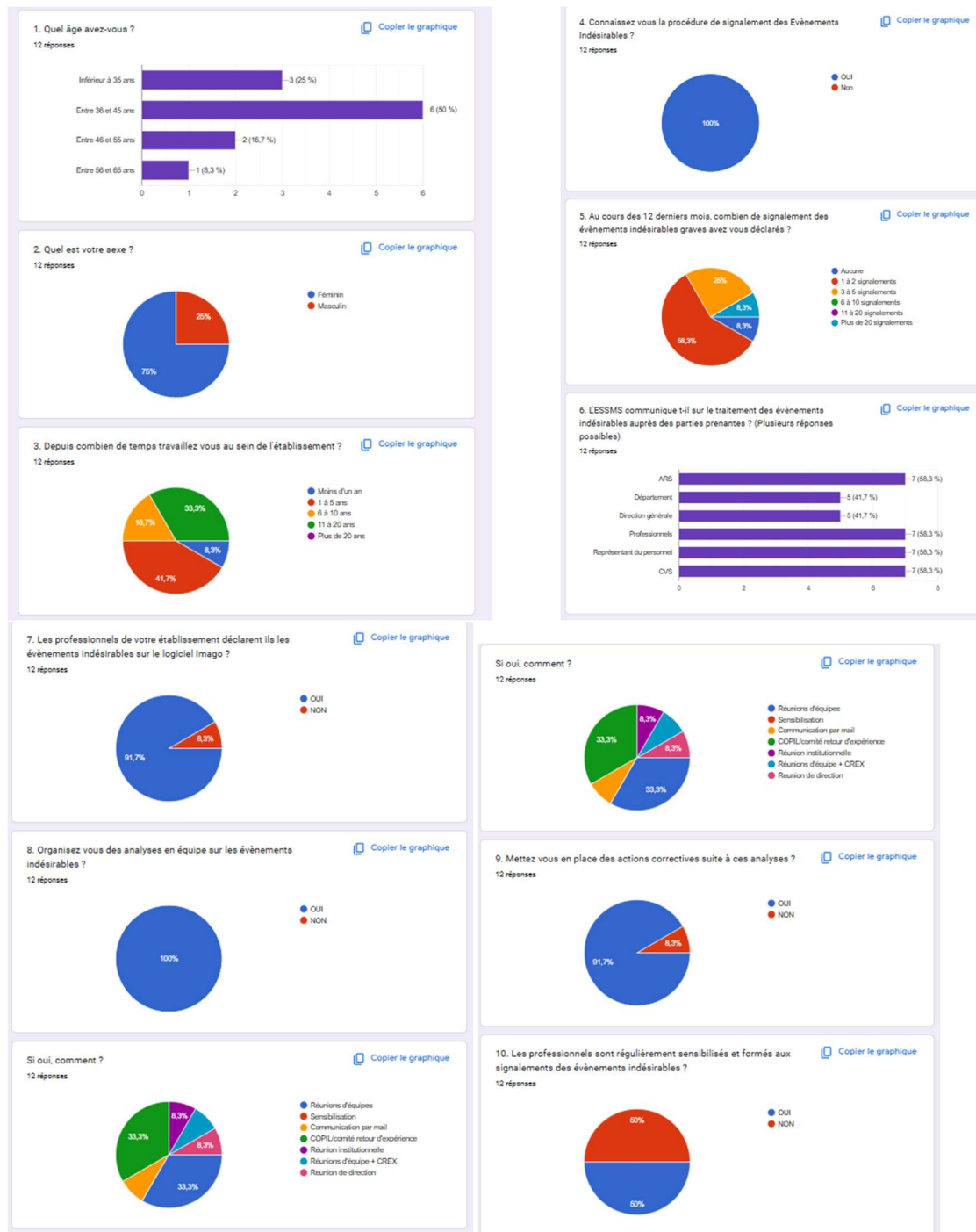
28. Participez-vous à des analyses d'événements indésirables type RETEX, CREX, réunion d'équipe... ?

[Copier le graphique](#)

68 réponses



ANNEXE N°10 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DES MANAGERS



Abstract

Auteure : DELORY Emilie

Soutenance : Juillet 2025

Titre du mémoire : Vers une culture de transparence : optimiser la déclaration des événements indésirables.

Title : Towards a Culture of Transparency : Optimize the Declaration of Adverse Events

Mots-clés : culture de transparence, déclaration, sous déclaration, événements indésirables

Key words : culture of transparency, declaration, little declaration, adverse events

Contexte :

Pour améliorer le nombre de déclarations d'événements indésirables, il serait important de connaître les causes du manque de transparence. Il est important de noter que le formulaire de signalement n'a pas pour objectif de pointer une erreur, mais d'analyser les causes de l'événement pour améliorer la sécurité des soins.

Méthode :

Cette étude quantitative monocentrique est un questionnaire destiné à mesurer les raisons de peu de déclaration d'événements indésirables auprès des professionnels de santé.

Résultats :

Cette enquête révèle les freins et les leviers de la sous-déclaration des événements indésirables et s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue des pratiques.

Discussion et conclusion :

Il est crucial de renforcer la formation et l'information des professionnels sur le système de déclaration. D'assurer un retour systématique sur les actions entreprises suite à l'analyse d'un signalement. De continuer à promouvoir une culture de sécurité non punitive dans les établissements médico-social.

Background :

To improve the number of declaration of adverse events, it would be important to know the causes of the lack of transparency. It also matters to note that the report form is not intended to point error, but to analyse the causes of the event to improve the safety of care.

Method :

This quantitative single center study is a questionnaire meant to measure the reasons to so few declarations of adverse events towards care professionals.

Results :

The survey reveals the barriers and drivers of the underreporting declarations of adverse events and is part of a continuous improvement approach to practices.

Discussion and conclusion :

It is crucial to accentuate the formation and information of professionals on the declaration system, to ensure systematic feedback on the actions taken following the analysis of a report and to keep promoting a not punitive safety culture in medical and social establishments in which the healthcare will have course coordinator an indispensable role.

Directeur de mémoire : Me Bihanic Marie