



HAL
open science

Approche pragmatiste des retours d'expérience : Six études de cas d'événements indésirables en Ehpad

Alain Antoine, Jacky Koehl

► **To cite this version:**

Alain Antoine, Jacky Koehl. Approche pragmatiste des retours d'expérience : Six études de cas d'événements indésirables en Ehpad. 2025. hal-04885125

HAL Id: hal-04885125

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04885125v1>

Preprint submitted on 14 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Approche pragmatiste des retours d'expérience : Six études de cas
d'événements indésirables en Ehpad.**

Alain Antoine et Jacky Koehl

Laboratoire CEREFIGE

Université de Lorraine

Résumé

Dans les entreprises à hauts risques la gestion des accidents ou des incidents passe par des procédures de retour d'expérience formalisées pour éviter leurs répétitions et « tirer les leçons » de ces événements. À cela s'ajoutent les discussions informelles des opérateurs qui font face à de petits aléas.

Dans le monde des soins, au début des années 2000, la notion d'événements indésirables graves (EIG) s'est développée avec des exigences juridiques et réglementaires, aussi bien dans les établissements de santé (ES) que dans les établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ESSMS).

Aujourd'hui les référentiels de certification pour les établissements de santé (2022) et d'évaluation pour les ESSMS (2023) fixent des critères impératifs en matière d'événements indésirables (EI). Ils sont évalués par les experts visiteurs. Les évaluations internes s'inscrivent dans la logique de l'amélioration continue de la qualité des soins (ES) et des établissements (ESSMS).

Dans les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Dépendantes (Ehpad) de nombreux éléments font obstacle aux signalements de ces événements et à leur prise en charge effective dans la durée. Ce constat, inspiré par l'approche pragmatiste, nous a amené à développer un travail d'investigation auprès de six établissements selon une démarche de recherche-action participante.

L'utilisation attentive de Notebook, un outil d'IA Générative, permet de produire des verbatims extraits des enregistrements d'une douzaine d'entretiens de longue durée. Ils font apparaître des expérimentations originales dans certains de ces établissements et ils montrent l'importance du management capacitant avec la notion de «Teaming ; Faire-équipe » mise en pratique.

Le contexte socio-politique actuel qui met en avant la désinstitutionnalisation ouvre de nouvelles perspectives pour les Ehpad et pour les retours d'expériences associés aux risques des activités inter-institutionnelles.

Abstract

In high-risk companies, the management of accidents and incidents involves formalized feedback procedures to avoid their repetition and "learn from" these events. To this can be added the informal discussions of operators dealing with minor hazards.

In the world of healthcare, in the early 2000s, the notion of serious adverse events (SAEs) developed with legal and regulatory requirements, both in healthcare establishments (ES) and in social and medical social establishments and services (ESSMS).

Today, the certification manuals for healthcare establishments (2022) and the assessment manual for social and medical services (2023) set out mandatory criteria

for undesirable events (AEs). Internal assessments are part of the process of continuous improvement in the quality of care (ES) and facilities (ESSMS).

In Etablissement d'hébergement pour personnes dépendantes (Ehpad), there are a number of obstacles to reporting such events, and to dealing with them effectively over the long term. This observation, inspired by the pragmatist approach, led us to carry out an investigation in six establishments, using a participatory action-research approach.

Careful use of Notebook, a Generative AI tool, enabled us to produce verbatims extracted from recordings of a dozen long-term interviews. They reveal original experiments in some of these establishments, and show the importance of empowering management with the notion of "Teaming" put into practice.

The current socio-political context, with its emphasis on deinstitutionalization, opens up new prospects for Ehpads and for feedback on the risks associated with inter-institutional activities.

Sommaire

INTRODUCTION	6
Première partie : Evénements indésirables et perturbations dans l'activité en Ehpad.....	9
1.1 Cadrage théorique et temporel	9
1.2 Différents types de signalement observés dans les Ehpad.....	11
1.2.1 Perturbations mineures.	11
1.2.2 Dans un EHPAD les chutes sont fréquentes.	11
1.2.3 Cadre de pensée.	12
1.2.4 Les problèmes techniques.....	12
1.2.5 Les sorties inopinées.....	12
1.2.6 L'enregistrement.....	12
1.2.7 Evénements indésirables pendant le parcours de soin.	13
1.2.8 Simple perturbation ou événement indésirable pour le résident ?	13
1.3 Freins et obstacles aux déclarations des événements indésirables.....	14
1.3.1 Difficultés liées au nouveau manuel d'évaluation de la qualité des établissements	14
1.3.2 Freins et obstacles liés aux spécificités des établissements.	15
Partie 2. Retours d'expérience et plans d'action	16
2.1. Du modèle rationnel de l'action... ..	16
2.2 ... à l'approche processuelle fondée sur l'expérimentation	18
Partie 3 : Améliorer l'efficacité des retours d'expérience avec le management des espaces de discussion et des processus de l'enquête.....	19
3.1 Gérer les EIAS : des ressources théoriques mobilisables limitées	19
3.2 Les espaces de discussion : des expérimentations originales.	20
3.2.1. Analyse des pratiques Etablissement 1	20
3.2.2 Comité de Direction et Gestion des Risques GDR. Etablissement 1	20
3.2.3 Le CVS ouvert. Etablissement 6.....	20
3.2.4 Le CVS et la cohabitation entre résidents. Etablissement 5	21
3.2.5 Le pilulier. Etablissement 6	21
.....	21
3.2.6 Communauté de processus : accepter le risque. Etablissement 5.	22

Partie 4 Design de la recherche et méthodologie : chemin faisant.....	22
4.1 Une recherche fondée sur des études de cas.....	22
4.2 Une recherche action participante.....	23
Partie 5 Discussion	24
5.1 Espaces de discussions et « Faire-équipe »	24
5.2 Processus discursifs dialogiques	25
5.3 Notebook et l'IA Générative.	26
Conclusion : Pour des REX vivants avec leur valuation dans le contexte de la désinstitutionnalisation.	26
Bibliographie.....	28
Annexes.....	37

INTRODUCTION

Dans la vie des organisations, et dans celle de leurs relations inter-organisationnelles, il peut arriver que le déroulement d'une activité soit perturbé. Si cette perturbation produit des effets négatifs et inattendus une nouvelle situation de gestion apparaît (Journé & Raulet-Croset, 2008) Elle requiert un management spécifique pour éviter les conséquences dommageables et leur répétition à l'avenir. C'est ce qu'exprime le sens commun en déclarant « il faut tirer les leçons de l'expérience ».

Les retours d'expérience (REX) avec la réponse aux questions « que s'est-il passé ? » et « comment changer le déroulement de l'activité ? » sont à la fois des questions techniques mais aussi managériales (Mortureux, 2004) (IRSN, 2011) (Casse, 2015).

Les perturbations inattendues, intra ou inter-organisationnelles, peuvent être de différentes natures selon le contexte et la gravité : accident, incident, dysfonctionnement, non-conformité, anomalie, défaut, presque accident...

Les retours d'expérience se sont développés dans le monde industriel (Lannoy & Proccaccia, 1994) et dans les entreprises à haut risque : Aviation (Godé, 2011) (Jean-Pierre Henry, 2019) Centrale Nucléaire (Lannoy, 2022) ou de Transport (Casse & Caroly, 2017).

Les retours d'expérience se sont également développés dans les établissements de santé (ES) (Michel & Quenon, 2005) et plus récemment dans le monde médico-social (ESMS) (Teigné et al., 2019). Progressivement la notion d'événement indésirable s'est installée dans le monde médical, paramédical et dans leur organisation avec les Comités de Retours d'Expérience (CREX) (François et al., 2018).

En janvier 2022 Victor Castanet publie le résultat de ces investigations : « Les fossoyeurs » (Castanet, 2022) qui devait provoquer une onde de choc politique (*Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux*) et citoyenne (Défenseur des Droits, 3 juillet 2024). Les ARS ont alors diligenté dans l'urgence un grand nombre d'opérations de contrôle dans les Ehpad

Dans ce contexte, la Haute Autorité de Santé publie un référentiel : évaluation de la qualité des établissements et service sociaux et médico-sociaux (mars 2022). Sa formulation (sémantique) et sa structuration (trois chapitres) est très proche du référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins (octobre 2021). Dans chacun de ces référentiels les événements indésirables font l'objet de critères impératifs.

Ce référentiel d'évaluation doit s'appliquer à tous les Ehpad dans un délai de deux ans (2023 et 2024) , y compris ceux qui ont été évalués dans un passé récent sur la

base d'un autre référentiel et réalisé par un évaluateur non accrédité. Cette évaluation externe doit être renouvelée tous les 5 ans.

Si les notions d'événements indésirables (EI) et de comité de retour d'expérience (CREX) sont largement mises en pratique dans les établissements de santé il n'en va pas de même dans les Ehpad publics, associatifs ou privés. C'est dans ce contexte nous avons été en contact à plusieurs reprises avec six établissements de la région Grand-Est.

Ces contacts ont pour objet d'apprendre des pratiques sur le terrain lors de discussions avec la Direction des établissements mais aussi dans des comités de la vie sociale (CVS) et lors de discussions informelles. Les réunions formelles (direction, comité de pilotage, CVS) ont fait l'objet d'enregistrements et de transcriptions ainsi que de prises de notes brutes. Chaque établissement nous a reçu à plusieurs reprises depuis juillet 2021. La liste des documents utilisés dans le cadre des entretiens figure dans l'annexe n°1.

Actuellement (juin 2024) aucun n'a souhaité arrêter ce travail de recherche. Il se poursuit également avec des services hospitaliers pour documenter les parcours de soins des résidents-patients d'un Ehpad et d'un Etablissement de Santé.(Bricard et al., 2020) (Clément & Bonvalet, 2021). Le parcours n'est pas unidirectionnel : le patient peut retrouver son hébergement médicalisé après une hospitalisation.

Notre travail n'est ni un travail d'investigation journalistique ni un travail de cabinet de consultant : c'est un travail de recherche action participante. Son ambition, avec les professionnels des établissements, est d'améliorer, dans la durée, l'efficacité des retours d'expérience suite à des événements indésirables associés aux soins ou plus généralement suite à des perturbations dans le déroulement habituel d'une activité.

Ce travail de longue durée implique la progression de la relation de confiance (Cusin & Goujon-Belghit, 2022). Cette construction suppose un haut niveau de confidentialité : les Ehpad vivent dans un environnement concurrentiel avec des risques juridiques et médiatiques et dans un contexte qui promeut la désinstitutionnalisation (Chauvin, 2023) (ANAP Agence Nationale de la performance sanitaire et médico-sociale, 2023) (Vie Publique, 2024). Dans ce contexte nous désignerons chaque établissement par un chiffre. Un établissement, caractérisé par l'unicité de sa direction, peut comporter plusieurs entités situées dans des lieux géographiques différents ou même de nature différente comme par exemple une unité de soins de longue durée (USLD).

Notre ambition s'appuie sur notre expérience en matière d'études de cas de recherche ou à visé pédagogique et sur un travail en amont, en particulier dans le programme Renouveau du Management Hospitalier et Adaptabilité des Organisations (ReMHAO) (Nobre & Husson, 2022).

Dans une première partie nous étudierons les événements indésirables et les perturbations dans le déroulement d'une activité ainsi que les obstacles à leurs déclarations en interne ou à l'extérieur de l'établissement. Dans une seconde partie

nous interrogerons l'efficacité des retours d'expérience et des plans d'action. Dans une troisième partie nous montrerons l'importance du processus de l'enquête, au sens de l'approche pragmatiste (Lorino, 2018) (Lorino, 2016) (Dourgnon et al., 2024) avec la prise en compte des espaces de discussion formels et informels. Dans la quatrième partie, nous reviendrons sur le design de la recherche et de la méthodologie qui se construit chemin faisant. (Panjeta, 2022) avant de présenter la discussion et la conclusion.

Première partie : Evénements indésirables et perturbations dans l'activité en Ehpad

Dans la vie d'un Ehpad, établissement pour l'hébergement de personnes âgées dépendantes, le déroulement d'une activité (toilette, repas, dispensation de médicaments, animation, transfert ou retour d'un résident avec un hôpital...) peut être perturbé. Si cette perturbation produit des effets inattendus avec des conséquences dommageables pour un résident ou un membre du personnel de l'établissement, il convient de reconsidérer le déroulement de cette activité à la fois dans l'urgence pour diminuer les conséquences négatives et également dans la période longue pour éviter la répétition de ce type de perturbation.

C'est cette manière de voir l'Ehpad qui nous amène à adopter une approche pragmatiste avec sa dimension processuelle. Ici, l'affirmation selon laquelle le changement est permanent prend toute son importance, elle place la notion d'activité, largement développée par l'Ecole d'Engeström en Finlande (Engeström 1987) avec sa dimension temporelle, au centre de l'observation. Dans un premier temps nous présentons un cadrage théorique et temporel.

1.1 Cadrage théorique et temporel

Au début des années 2000, dans le domaine de la santé et dans le domaine médico-social la notion d'événement indésirable grave (EIG) apparaît lentement. Une première enquête nationale sur les événements indésirables graves associés au soin (ENEIS) a été réalisée en 2004 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut de veille sanitaire créé en 1998 (InVS). En 2016 l'institut est devenu agence nationale de santé publique, appelé maintenant Santé Publique France. Une seconde enquête a été conduite en 2009 (ENEIS 2) publiée en 2011.

La survenue d'EIG est définie comme un événement ayant une nature négative pour le patient avec un caractère certain de gravité, risque vital, incapacité, qui ont un lien avec les soins de prévention, de diagnostic, de thérapeutiques ou de réhabilitation.

Sommairement, ces deux études montrent que la moitié des EIG détectés à l'hôpital ont une origine extérieure à l'établissement hospitalier. Dans ce cas, elles tendent à montrer que plus d'un tiers des EIG étaient évitables et que les patients âgés et fragiles sont les plus exposés à ces EIG. Ils ne concernent pas seulement les établissements de santé !

Un portail de signalement des événements indésirables (PSIG) a été ouvert en mars 2017 sur le site du ministère de la santé. Il est ouvert aux particuliers, aux professionnels de santé et aux autres professionnels. Un premier rapport paraît en juin 2018 au moment de la crise ouverte par le Levothyrox. Le système d'information

des réclamations (SIREC) sur la qualité d'un soin ou d'une prise en charge d'un établissement est mis en place. Les Agences Régionales de Santé prennent en charge ces déclarations, EI ou réclamations, qui doivent être orientées soit sur le PSIG soit sur le SIREC.

Actuellement, début des années 2020, il convient de séparer deux aspects : l'EIGS et l'EIAS. L'EIGS est défini par le code de santé publique. C'est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent (Code de santé publique, article R 1413-67, issu de la loi du décret du 25 novembre 2016. L'EIAS est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne ayant des conséquences potentiellement préjudiciables (Code de la santé publique, article R 1413-66-1, issu du décret du 6 décembre 2019).

Pour les Ehpad l'appréciation de la gravité d'un événement indésirable EIGS, encore parfois appelé EIG, a une conséquence pratique immédiate : ces événements doivent être déclarés à la direction générale de l'Agence régionale de santé (ARS) (article R 1413-69) et au moyen de formulaire spécifique (article R 1413 7-70 du code de santé publique). Cette déclaration, ou son absence, engage la responsabilité du chef ou de la cheffe de l'établissement. Les procédures de déclaration dans un hôpital et dans un Ehpad sont identiques. (Cf. Annexe 2)

Les EIAS ne sont pas soumis à cette procédure, cependant les Agences régionales de santé (ARS), les structures régionales d'appui (SRA) et les délégations départementales de l'ARS encouragent leur signalement. De plus pour les établissements et services sociaux et médicosociaux s'ajoutent l'obligation d'informer les autorités qui délivrent les autorisations d'exercer de tout dysfonctionnement grave qui affecte la prise en charge des usagers ou qui menace leur santé (Article du code de l'action sociale et des familles L 331-8-1 issu de la loi du 28 décembre 2015)

La HAS avec la fédération des SRA (FOREP) publie annuellement un retour d'expérience national des EIGS. Il est décliné par Grande Région pour être diffusé localement. La qualification de ces rapports annuels de « retour d'expérience » est une invitation à tirer des leçons. Ainsi le bilan 2023 relatif à l'année 2022 comporte 2385 déclarations d'EIGS. Il souligne la faiblesse de l'analyse des causes profondes de la survenue de ces événements. (Collet 2023).

En juin 2022 La HAS a publié un guide d'analyse des EIAS dans les établissements médico sociaux (ESMS). Cette analyse vise à voir les causes immédiates et les causes profondes de toute nature ayant conduit à l'événement et à repérer les barrières de prévention, de récupération, et d'atténuation des effets qui étaient manquants ou qui ont cédé. Le plan d'action doit prévenir la reproduction ou favoriser la détection et la récupération des événements analogues futurs et de même nature. A la demande de l'établissement, la SRA peut apporter son conseil et éventuellement se déplacer in-situ.

Ce cadrage théorique et temporel nous permet de lire les signalements observés dans six établissements de la région Grand-Est.

1.2 Différents types de signalement observés dans les Ehpad

Notre base de données est construite à partir des enregistrements, réalisés à plusieurs reprises et à des moments différents dans dix entités différentes, soit 6 établissements, pendant la période 2022 -2024.

1.2.1 Perturbations mineures.

Une résidente d'une unité de vie protégée a perdu un objet personnel. Son placard n'était pas fermé avec un cadenas et l'objet a disparu. Pour éviter que cela ne se reproduise, l'établissement a installé un placard verrouillable dans la salle de soins et a demandé au personnel de ranger tous les objets de valeur des résidents dans le placard tous les soirs. La perte de cet objet personnel a mis en évidence l'importance de suivre les procédures et de corriger les dysfonctionnements.

Cette petite perturbation montre un point de vue partagé par des responsables administratifs et plus encore par des qualitatifs : pour corriger les dysfonctionnements il faut suivre les procédures. Cela devient un **allant de soi**. Le plan d'action a été rapidement mis en place. Quelle est son efficacité dans la durée ?

1.2.2 Dans un EHPAD les chutes sont fréquentes.

Etablissement 4

[Les chutes] c'est peut-être ce qu'on retrouve le plus, dans nos événements indésirables signalés en interne, mais je mettrai cela dans la rubrique « autre » du logiciel parce que si on va dans la rubrique « chute » alors là, pour le logiciel, l'événement indésirable grave de la chute c'est qu'il faut qu'il y ait une intervention médicale, une hospitalisation et dans la déclaration que soit signalé un traumatisme ou quelque chose. Il y a plein de chutes qui ne passent pas en événements indésirables.

Les chutes de résidents sont signalées en interne mais le logiciel impose des contraintes dans la définition de la notion d'événements indésirables et il incite à enregistrer la chute dans la rubrique autre. Nous constatons un écart entre la vie professionnelle de tous les jours et les exigences du référentiel. Il s'agit-là d'un problème de management que l'on rencontre dans d'autres contextes (Casse, 2015) et (Casse & Caroly, 2017).

De plus, une chute considérée comme un événement indésirable grave (EIG ou EIGS) (hospitalisation, traumatisme...) fera l'objet d'une déclaration à l'ARS par la Direction.

Une plainte pourrait être envisagée par le résident ou ses proches, avec des conséquences juridiques et assurantielles. La déclaration faite à l'ARS sera

examinée par sa Commission Régionale Spécifique pour les EI (CRASEI) qui envisagera les suites à donner.

Pour notre étude, nous écartons ce cas de figure qui implique un niveau de confidentialité dans l'échange des informations qui serait incompatible avec notre objectif d'étude de l'efficacité des retours d'expérience.

1.2.3 Cadre de pensée.

Dans un établissement la perception de la gravité de l'événement indésirable peut être liée au métier. Ainsi une erreur dans l'administration d'un médicament peut être jugée grave par un soignant mais jugée sans gravité par le médecin coordinateur ou le médecin de ville. La survenue de ce type d'événement peut être l'occasion de discussions apprenantes par le croisement des différents points de vue.

1.2.4 Les problèmes techniques

Les problèmes techniques et matériels peuvent également être vus de plusieurs manières. La simple panne de l'ascenseur sera jugée grave par des soignants si la réparation ne peut être effectuée rapidement. Ceci impacte les communications informelles au sein des équipes et augmente la pénibilité du travail. La Direction de l'établissement est soumise aux contraintes de son fournisseur. La signification du signal -la panne-, est plurielle.

Il en va de même dans l'organisation d'une salle à manger. Comment concilier l'espace disponible et l'aménagement convivial pour les résidents avec la nécessité de pouvoir intervenir rapidement en cas de « fausse route » d'un résident avec un risque d'étouffement ? Ici les points de vue sont d'abord formulés de manière contradictoire et il revient alors au management de permettre l'expression de ces contradictions et ainsi de faire apparaître des solutions novatrices après plusieurs expérimentations.

1.2.5 Les sorties inopinées

Dans un Ehpad, les sorties inopinées sont des événements indésirables qui peuvent être graves si le résident fuyard est victime d'un accident. On peut le voir comme le résultat d'un défaut de vigilance de l'établissement ou comme une tentative pour le résident de sortir d'un isolement trop fortement ressenti. Le nombre de tentatives de suicides enregistrés dans les retours d'expérience annuels de la Haute autorité de santé et de la fédération des SRA (FOREP) rappelle un problème d'importance majeure, celui de l'isolement. Comment les soignants peuvent-ils prendre en compte les signes avant-coureurs ?

1.2.6 L'enregistrement

Les événements indésirables peuvent être signalés de différentes manières et enregistrés sur un logiciel spécifique (NetSoins, Téranga, Synaé, BlueKanGo...). L'utilisation de ces logiciels a pour effet de caractériser les types d'événements indésirables et de limiter les possibilités dans l'investigation.

1.2.7 Evénements indésirables pendant le parcours de soin.

Lors d'un transfert d'une résidente du lit dans un fauteuil elle a fait une chute nécessitant une hospitalisation d'urgence. Aucune ambulance du SAMU n'était disponible.

Ehpad 1

j'ai fait vérifier l'autocom les appels de sortie pour vérifier si l'infirmière avait appelé les secours. J'ai fait une demande au Samu et j'ai conseillé à la famille de faire aussi une demande vu la gravité. Le SAMU a répondu que le dimanche il n'y avait que deux ambulances sur tout le département et les deux étaient sorties.

Comment signaler cet événement indésirable grave (traumatisme) et organiser le retour d'expérience qui concerne deux entités ?

Ehpad 6

Je reviens sur le résident qui vous arrive directement de l'hôpital et qui est un peu perdu quand il est ici. Et encore plus probablement si l'hôpital avait besoin de lits et vous le renvoie un peu rapidement.

Dans le cas d'espèce ce retour s'est avéré problématique car l'ordonnance de l'hôpital prescrivait des médicaments non disponibles à l'Ehpad ni dans son circuit pharmaceutique habituel.

Etablissement 5

Maintenant, ils sont opérés, ils reviennent directement. Alors le seul souci c'est qu'il y a très peu de kinés qui acceptent d'intervenir à l'extérieur de leur cabinet parce qu'ils ont déjà tellement de travail en cabinet. Donc nous on a quand même des kinés, mais avoir des séances quotidiennes pour une personne qui devrait avoir une rééducation quotidienne c'est quand même assez compliqué.

Dans ce cas comment anticiper le risque d'un éventuel retour à l'hôpital dans un état aggravé suite à l'absence de soins adaptés au sein de l'établissement ?

1.2.8 Simple perturbation ou événement indésirable pour le résident ?

La perte de linge de l'Ehpad ou du vêtement d'un résident n'est pas une chose exceptionnelle. Si la perte de linge peut être vue comme le résultat d'une perturbation dans le déroulement de l'activité lingerie de l'établissement, il n'en va pas de même pour le résident qui, ayant quitté son domicile, se retrouve dans une chambre avec très peu d'effets personnels. La gestion de ce type d'événement ne peut pas se réaliser sans prendre en compte cet affect. Nous montrerons qu'il requiert un management spécifique.

Nous retrouvons cette dimension affective pour les soignants qui doivent faire face au décès d'un résident.

On a pénurie de médecins. SOS médecin ne vient pas constater le décès. Le Samu ne vient pas constater le décès. On est obligé de demander au voisin d'un résident qui est médecin de venir constater le décès.

L'écoute d'un psychologue formé à la gériatrie et initié à la médecine palliative est certainement utile pour maintenir un haut niveau de la qualité de vie au travail (QVT).

Avant d'étudier l'efficacité des retours d'expérience il nous faut contextualiser les signalements des événements indésirables et des perturbations dans les activités.

1.3 Freins et obstacles aux déclarations des événements indésirables

1.3.1 Difficultés liées au nouveau manuel d'évaluation de la qualité des établissements

Selon le référentiel de 2022 l'établissement organise le recueil et le traitement des événements indésirables, il communique sur leur traitement auprès des parties prenantes. Les professionnels déclarent et analysent en équipe les événements indésirables et mettent en place des actions correctives. Ces trois critères sont impératifs.

Les déclarations sont le fait des seuls professionnels de l'établissement selon des modalités qui peuvent encourager ou décourager les différentes catégories de personnel.

Les perturbations dans le circuit du médicament font l'objet de critères spécifiques (3.6.2). Les questions de maltraitance apparaissent dans les critères 3.11.1 et 3.11.2.

Les événements faisant l'objet de plaintes et de réclamation sont l'objet des critères 3.12.1 et 3.12.2. Il est certainement pertinent de séparer ces derniers événements de ceux qui sont considérés par l'établissement comme étant des événements indésirables. Dans ce cas le circuit de l'information doit être maîtrisé pour éviter de perturber l'instruction juridique et pour ne pas enclencher une pression médiatique négative dans un environnement concurrentiel. Nous les avons écartés de notre champ de recherche.

Les critères relatifs au circuit du médicament et aux questions de maltraitance ne sont pas considérés comme des événements indésirables par le référentiel. C'est certainement une source de difficulté pour interpréter un signalement et le transcrire dans Synaé. Dans ce cas il est probable que Synaé suggère une transcription. L'outil Synaé est un artefact performatif.

Le critère 3.13.4 précise que les professionnels sont régulièrement sensibilisés et formés à la gestion des événements indésirables. Ce critère n'est pas impératif et effectivement on peut imaginer que les collectifs de travail multi-professionnels qui

ont acquis un niveau élevé de connaissances expérientielles, véhiculées par de multiples récits, leur permettent de signaler ces événements de différente nature.

1.3.2 Freins et obstacles liés aux spécificités des établissements.

La formulation « les professionnels déclarent et analysent en équipe les événements indésirables » masque une difficulté réelle : comment faire équipe ?

Au niveau national le nombre de postes vacants dans les Ehpad est connu. La région Grand-Est a lancé une campagne publicitaire de recrutement des aides-soignants avec financement partiel de la formation (juin 2024).

Les établissements utilisent des services d'intérim, qui ont un coût élevé, et avec des personnes qui n'ont pas l'expérience des pratiques de cet établissement et de ses circuits d'information. Le risque de perturbation des activités augmente si la notion de travail en équipe est vide de sens.

Les personnels indisponibles (maladie, épuisement lié à des situations vécues d'impuissance...) sont également en nombre non négligeable, ce qui peut entraîner un glissement de fonction. L'AES (Accompagnant Educatif et Social), ex AMP Aide Médico-Psychologique ou AVS (Auxiliaire de la Vie Sociale) n'est pas un personnel soignant mais il se voit attribué des tâches de soignant. Les aides-soignants ne sont pas infirmiers mais ils sont amenés à intervenir dans le circuit du médicament. Le glissement de fonction est une réalité. Dans ce contexte, la force des identités professionnelles non coopératives nuit au travail en équipe pour déclarer et analyser des événements indésirables.

La force des identités professionnelles qui soude ses membres en écartant les personnes qui ne sont « pas du métier » est largement sous-estimée. Que des aides-soignants partagent une même salle de repos que des infirmières a pu paraître inconcevable, ou que l'agent technique signale la dégradation de l'état de santé d'un résident, rencontré dans un couloir, ne va pas de soi. La qualité des relations interprofessionnelles est une ressource pour le travail en équipe. Pour être exploitées ces ressources demandent un management spécifique.

La culture de la faute individuelle reste bien ancrée aussi bien au niveau des différentes catégories de personnel qu' au niveau des familles, voire des aidants ou des bénévoles.

Il est certain que dans les Ehpad certaines personnes rencontrent des difficultés neurologiques qui limitent leur capacité à s'exprimer. Parfois certains résidents se trouvent soumis à une forme d'emprise qui retient leur expression orale (Chateauraynaud,2015).

La formation et la sensibilisation à la gestion des événements indésirables (critère 3.13.4) suppose une didactique non magistrale. Il existe des tentatives avec l'utilisation de jeux de rôle ou de ressources numériques.

Etablissement 4

Donc, du coup, on va mettre en place un jeu de rôle en fait avec l'équipe pluridisciplinaire, Elles vont faire un Escape Game. On va partir d'une situation concrète et ce sera à l'équipe de trouver entre elles la solution.

Si un événement indésirable s'est produit, c'est qu'une personne a commis une faute en ne respectant pas une procédure, une consigne...est une croyance spontanée. Elle est d'autant plus ancrée dans l'établissement que la recherche des causes profondes est peu développée. Le dernier bilan ENEIS 2023 pour l'année 2022 rappelle ce point : les fiches de signalement (V 2) sont souvent incomplètes.

Identifier des causes profondes c'est rechercher des éléments de contexte en permettant l'expression de points de vue différents, voire contradictoires. Dans certains cas mettre en place une équipe pluriprofessionnelle, qui se construira progressivement, ou pas, pour prendre en charge un retour d'expérience peut réduire la force du sentiment de culpabilité et la culture de la faute.

Partie 2. Retours d'expérience et plans d'action

Les retours d'expérience sont au cœur du dispositif de gestion des événements indésirables dans les EHPAD. Ces retours se proposent d'apprendre à partir de « ce qui s'est passé » « et de « ce qui se passe » dans la perspective de dégager des plans d'action de transformation. Toutefois, comme en témoigne la définition proposée par Casse et Caroly (2017), « Le REX est à la fois un dispositif et un processus, portant ainsi l'ambivalence de tout dispositif organisationnel, qui structure les pratiques et est structuré par elles (Caroly, 2010) » les REX recouvrent une très grande diversité de pratiques, diversité qui se reproduit dans les EHPAD.

2.1. Du modèle rationnel de l'action...

Une première approche du retour d'expérience reprend le modèle rationnel de l'action. Schématiquement, elle s'organise autour de la séquence : description-analyse-solution : narration de l'événement indésirable, analyse des causes et mise en place des plans d'action afin d'éviter la reproduction de l'événement indésirable. Cette première approche -que l'on peut qualifier de « procédurale » s'appuie sur des méthodes (par exemple la méthode ORION) et des outils.

La méthode ORION est généralement présentée autour de 6 séquences abordées successivement et chronologiquement.

1. Collecter les données ;
2. Reconstituer la chronologie de l'événement ;

3. Identifier les écarts à la norme ;
4. Identifier les facteurs contributifs ;
5. Proposer des actions correctives ;
6. Evaluer l'efficacité des actions correctives.

Etablissement n°4

La directrice de l'établissement présente la méthode de traitement d'un événement indésirable :

« On a rempli une fiche d'événement indésirable, on a travaillé sur les causes de l'événement, on a mis en place un plan d'action et on a clôturé la fiche ».

La mise en œuvre opérationnelle de ces méthodes met en exergue plusieurs points critiques parmi lesquels :

Le REX est souvent assimilé voire réduit à l'analyse d'événements (accidents, incidents) qui sont généralement définis à l'avance. Lors de l'occurrence d'un de ces événements, le processus REX est engagé. Ce REX peut être qualifié de réactif. Le terme réactif est utilisé pour prévenir la récurrence d'un événement identique ou similaire afin « de ne pas répéter les mêmes erreurs ».

La narration joue un rôle crucial dans le REX en permettant de donner du sens aux événements, de partager les expériences, d'engager les acteurs et de favoriser l'apprentissage. La narration est essentielle pour comprendre la dynamique des situations de crise et donner du sens aux événements. Elle permet de dépasser le simple recueil d'informations factuelles et de saisir les perceptions, les motivations et les raisonnements des acteurs impliqués. En créant une "histoire commune", la narration facilite l'analyse et la compréhension collective de l'événement

L'analyse des causes ne doit pas se limiter aux causes immédiates et visibles, mais rechercher les causes profondes, souvent multiples et imbriquées, qui ont mené à l'événement. Différents outils d'analyse sont utilisés à cet effet, comme l'arbre des causes, le diagramme de causes et effets (Ishikawa), la méthode des "5 pourquoi ? ", etc.

L'analyse des causes doit englober non seulement les aspects techniques, mais aussi les facteurs humains (erreurs, comportements, facteurs individuels et collectifs) et organisationnels (culture, communication, management, etc.). Il est important de comprendre comment ces différents facteurs interagissent et contribuent à l'apparition de l'événement rendant l'utilisation des outils ci-dessus problématique.

L'analyse des causes ne doit pas se limiter à constater et expliquer les écarts. Elle doit déboucher sur des plans d'action pour améliorer les processus, les pratiques et l'organisation. L'objectif est de transformer l'organisation en une "organisation apprenante" qui tire les leçons de ses erreurs et s'améliore continuellement. Pour autant la clôture de la fiche n'arrête pas pour autant les investigations montrant ainsi les limites du raisonnement linéaire de cette approche.

2.2 ... à l'approche processuelle fondée sur l'expérimentation

L'approche processuelle des retours d'expérience (REX) considère le REX comme un processus structuré et itératif, plutôt que comme 'un simple événement ponctuel.

L'approche processuelle intègre et enrichit la démarche procédurale (Chaskiel, 2099). Elle offre un cadre d'analyse permettant d'appréhender les organisations de manière dynamique, en se concentrant sur les activités concrètes et les interactions qui les composent, plutôt que sur des structures statiques ou des ressources isolées.

La formalisation des pratiques de retour d'expérience au sein des organisations afin de faire émerger des processus d'apprentissages organisationnels constitutifs d'une organisation apprenante s'organise autour de deux processus : les processus opérationnels et les processus managériaux.

Etablissement n°5

Confronté à des problèmes de perte de linge, avec la dimension affective pour les résidents, la directrice de cet établissement constate que la perte de linge est un problème récurrent dans les EHPAD, source de frustration pour les résidents et leurs familles. Il s'agit d'un sujet fréquemment abordé lors des Conseils de la Vie Sociale (CVS) dans la mesure où les résidents sont attachés à leur linge, et sa perte est source d'angoisse. A partir d'une analyse de l'activité de la blanchisserie, l'EHPAD a engagé une expérimentation consistant à externaliser le traitement du linge hôtelier pour réserver la blanchisserie de l'établissement au seul traitement du linge des résidents permettant un suivi très fin (fichier excel) du linge perdu ou trouvé communiqué aux personnels des étages.

Pour qu'un retour d'expérience (REX) soit efficace et bénéfique pour une organisation, plusieurs facteurs clés doivent être réunis parmi lesquels :

1. Engagement et soutien de la direction ;
2. Mise en place d'une culture de l'apprentissage au sein de l'organisation ;
3. Formalisation et intégration du REX aux processus organisationnels. Le REX ne doit pas être une action ponctuelle mais un processus structuré, intégré aux processus organisationnels et cependant faisant place aux discussions informelles ;
4. Prise en compte du facteur humain et des affects (Defusing). Un REX ne se limite pas à l'analyse des aspects techniques. Il est essentiel de prendre en compte le facteur humain et de comprendre les décisions et les actions des individus dans leur contexte ;
5. Diffusion et partage des enseignements.

Un REX n'est efficace que si ses conclusions sont intégrées aux pratiques. Il est crucial de capitaliser sur les expériences et de les transformer en connaissances partagées pour éviter de reproduire les erreurs du passé.

En conclusion, un REX efficace repose sur une combinaison de facteurs organisationnels, humains et méthodologiques. En créant un environnement propice à l'apprentissage, en formalisant le processus et en partageant les enseignements, les organisations peuvent transformer leurs expériences en opportunités d'amélioration continue des activités.

Partie 3 : Améliorer l'efficacité des retours d'expérience avec le management des espaces de discussion et des processus de l'enquête.

Les événements indésirables sont de différentes natures, de différentes gravités et d'occurrences variables. La gestion des risques qui associe indice de gravité et occurrence est particulièrement complexe car elle associe l'approche systémique, la causalité n'est pas principalement linéaire au contraire l'approche pragmatiste fait du processus de l'enquête une inscription dans durée sans réel commencement ni conclusion finale.

Dans les Ehpad les ressources théoriques mobilisables pour la gestion des EIAS sont limitées (paragraphe 3.1). Cependant lors de notre recherche nous avons pu observer des expérimentations originales en matière d'espaces de discussion (paragraphe 3.2) Dans un troisième paragraphe nous présenterons le problème particulier du parcours de soins qui met en relation des Ehpad et des hôpitaux où d'autres entités dans le contexte qu'il est convenu d'appeler désinstitutionalisation.

3.1 Gérer les EIAS : des ressources théoriques mobilisables limitées

Notre étude relative au retour d'expérience laisse sur le côté les EIG ou EIGS et les EIAS qui mettent en jeu les plaintes et réclamations éventuellement source de contentieux.

Le nouveau manuel de la qualité des établissements qui accompagne le référentiel utilisé dans les Ehpad est particulièrement sommaire : « Les professionnels de l'établissement analyse en équipe les événements indésirables et mette en place les actions correctives ». La consultation des documents par les évaluateurs de l'organisme accrédité porte sur « les comptes-rendus de réunions, les retours d'expérience, les plans d'action » Manuel d'évaluation page 156.

Les Ehpad peuvent également disposer d'un guide méthodologique : analyse des EIAS (mode d'emploi 2021) et d'une aide à l'analyse en établissements sanitaires et médico-sociaux de 2022.

L'identification des causes profondes est effectuée à l'aide de la grille ALARM devenue ALARMe qui liste un ensemble de 7 facteurs contributifs. Après un examen des barrières de sécurité (prévention, récupération, atténuation) un plan d'action est proposé compte tenu de deux causes profondes identifiées. Il est assorti d'un échancier. L'objectif est de s'assurer que les enseignements sont tirés.

Ces ressources théoriques directes ne disent pas comment des enseignements ont pu être tirés et comment les professionnels analysent, en équipe, les événements indésirables. Cependant une ressource théorique indirecte aborde ces questions du « comment faire » pour analyser en équipe et ainsi partager et diffuser les enseignements.

Selon un document de 2017 de la Haute autorité de santé de l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT) et du réseau de plusieurs ARACT dont celle du Grand-Est : « Les entreprises utilisent de plus en plus les espaces de discussion pour mieux régler les processus de travail et ainsi faire face aux contraintes de leur environnement. Le changement est la règle et il faut s'adapter en permanence. Dans ce contexte la parole de toutes et tous revêt une importance primordiale. En effet l'innovation surgit souvent au plus près des réalités de terrain. Les établissements de santé n'échappent pas à la règle »(p.2)

Ce document se situe donc dans une logique clairement processuelle qui fait du changement un mouvement permanent. Il n'est plus considéré comme un moment entre deux états stables. Il convient alors de regarder l'organisation et les activités comme des êtres vivants. Cette formulation métaphorique est une invitation à changer le regard sur les entités.

3.2 Les espaces de discussion : des expérimentations originales.

3.2.1. Analyse des pratiques Etablissement 1

A ce sujet, donc suite à cet événement quand même gravissime, il y a un groupe d'analyse de pratique qui vient d'être mis en place. J'en suis la pilote avec un ergothérapeute ; c'est un groupe inter-site.

La chute grave d'une résidente lors d'un transfert a été documentée. Dans cet établissement qui n'a jamais connu de signalement de presque accidents il a été mis en place un groupe d'analyse des pratiques avec un ergothérapeute.

3.2.2 Comité de Direction et Gestion des Risques GDR. Etablissement 1

Le Comité de direction (CoDir) est transformé en GDR deux fois par an en incluant le médecin de ville et un pharmacien actifs dans l'établissement. C'est une occasion de faire le point sur les événements clôturés et les événements en cours de traitement. Il s'agit donc d'une forme de CREX. Comme lui, il ne permet pas un véritable retour aux parties prenantes concernées par tel ou tel événement. Cet établissement est original en ce sens que les Comités de Retours d'EXpériences ne sont pas un critère du manuel d'évaluation.

3.2.3 Le CVS ouvert. Etablissement 6

Le Conseil de la vie sociale est ouvert aux familles, aux personnels de l'établissement, aux partenaires extérieurs dont des médecins. Ce mode de fonctionnement participatif et inclusif permet une amélioration continue de la qualité

des soins car les réunions de ce Conseil sont préparées en amont dans des ateliers et les comptes rendus sont largement diffusés. Cette manière de fonctionner inspirée par la philosophie Humanitude est originale en ce qu'elle encourage les déclarations d'événements indésirables. En effet il n'est pas rare dans nos investigations de rencontrer le problème de l'absence de retour suite à un signalement.

3.2.4 Le CVS et la cohabitation entre résidents. Etablissement 5

La cohabitation, notamment, avec des résidents qui sont autonomes d'un point de vue cognitif et ceux qui sont un peu perdus est parfois difficile. Ça, on l'aborde à chaque fois, parce que les résidents qui sont cérébralement actifs, ne comprennent parfois pas pourquoi ces personnes qui commencent à être un petit peu perdues sont maintenues dans les services classiques. Parce que ça les gêne, parce que ça les projette eux-mêmes sur une image négative

Le fonctionnement du CVS permet la prise en compte de deux points de vue antagonistes dans la durée « on l'aborde à chaque fois » Il n'y a pas de solutions miracles mais des hypothèses alternatives qu'il faut expérimenter. Il ne s'agit donc pas de négociations mais d'un espace de discussion que l'on peut qualifier de pragmatiste.

3.2.5 Le pilulier. Etablissement 6

Le pilulier de médicaments préparés par une infirmière peut être remis à un aide-soignant ou à un remplaçant. Pour réduire les erreurs de dispensation il est envisagé de mettre, en plus des noms et prénoms, la photo du résident sur le pilulier.

Ce projet ne fait pas l'unanimité des résidents et de leur famille. Ils font valoir le droit à l'image. La photo est à mettre en relation avec la construction de l'identité de la personne vulnérable. De plus, l'établissement peut craindre une cotation négative d'évaluation externe. Nous voyons ici une limite au système de cotation des critères du manuel qualité.

Là encore il n'existe pas de solution toute faite. Des expérimentations peuvent se poursuivre avec l'objectif de réduire la probabilité des erreurs de dispensation.

Un autre type d'erreur peut se produire lorsqu'un médicament a été placé dans le pilulier réservé un autre résident. L'erreur peut se produire en situation de rupture de tâche de l'infirmière. Il a été envisagé le port d'un gilet de couleur par l'infirmière pendant la préparation du pilulier. Cette pratique reste à approfondir. En effet il est difficile de prévoir les éventuelles ruptures de tâches en contexte. Seuls les professionnels peuvent mesurer le degré de l'urgence qui amène la rupture de tâche de l'infirmière.

3.2.6 Communauté de processus : accepter le risque. Etablissement 5.

L'établissement et le résident avec sa famille peuvent organiser un processus lui permettant de quitter l'Ehpad momentanément et ainsi lui permettre de retrouver une vie sociale à l'extérieur. C'est certainement un moyen efficace pour lutter contre les tentatives suicidaires. Dans notre cas le résident a pris ses médicaments avec sa famille puis une seconde dose à son retour à l'Ehpad. La question n'est pas de savoir qui a commis une faute mais comment il est possible d'apprendre de cet événement indésirable et ainsi améliorer ce processus de sortie temporaire. Le retour d'expérience est bien une question de management de la communauté d'objectif.

Partie 4 Design de la recherche et méthodologie : chemin faisant.

La recherche menée dans cette étude a consisté à expérimenter avec les directions des établissements la mise en œuvre du traitement des événements indésirables dans la perspective avec ces établissements d'améliorer les pratiques et d'identifier les particularités et les généralités pour les situer dans le champ théorique des retours d'expérience.

Cette recherche s'inscrit dans une logique d'études de cas (perspective idiographique) postulant l'hypothèse que l'analyse des situations de travail spécifiques et situées permette de dégager des principes plus généraux.

La recherche à partir d'études de cas conduit à raisonner à partir de singularités dont les croisements et les confrontations déboucheront sur des interprétations. (Passeron et Revel) et s'inscrit dans le courant des enquêtes de terrain (Gilbert et Raulet-Croset, 2023).

4.1 Une recherche fondée sur des études de cas

Les études de cas ont été élaborées à partir d'entretiens avec six EHPAD de la région Grand-Est dans des cadres formels (comités de direction, comités de pilotage, conseil de la vie sociale) et informels. Au total, c'est une vingtaine d'entretiens représentant plus de 22 heures d'enregistrement et constituant un corpus de retranscription de 190 416 mots.

Cas pédagogique - Cas de recherche

Si les modes de production des cas pédagogiques et des cas de recherche sont très semblables, les finalités de ces deux types de cas sont très différentes. Un cas pédagogique a pour objectif de rendre compte d'une situation de gestion pour susciter des apprentissages chez les apprenants.

R. Mucchielli (1969) définit la méthode des cas [pédagogique] ainsi :

« La méthode des cas consiste à faire étudier par un groupe ou par un étudiant, au cours d'une séance ou d'une succession de séances des situations à problèmes concrètes, présentées avec leurs détails réels et de provoquer, à partir de chaque analyse de cas, une prise de conscience exacte et ajustée de la situation, puis une conceptualisation « expérientielle » et enfin une recherche des solutions efficaces. »

Le cas pédagogique se distingue de l'exercice [pédagogique] en ce sens que ce dernier appelle la recherche de LA solution. Le cas pédagogique permet d'envisager plusieurs réponses exprimant des points de vue différents et appelant une discussion.

H. Dumez (2023) rappelle la définition du cas de recherche proposée par Yin.

« (a) un phénomène contemporain, dans son contexte de la vie réelle, particulièrement quand (b) les frontières entre ce phénomène et son contexte ne sont pas clairement évidentes »

Les cas ont été documentés à partir de documents (référentiels, fiches d'événements, projet d'établissement, portail de signalement...voir Annexe n°1) et d'entretiens de groupe non directif réalisés auprès d'établissements divers par leur statut (Privé, associatif, public) par leur taille et leur localisation (urbain, péri-urbain ou rural). Les entretiens regroupaient outre les deux chercheurs, le directeur de l'établissement, responsable qualité, du personnel médical (médecin coordonnateur, médecin de ville), personnel para-médical (psychologue, kinésithérapeute) personnel soignant (infirmières, aide-soignant), et autres personnels (responsable d'animation, AES, agent technique).

4.2 Une recherche action participante

Cette recherche s'organise autour d'une triple perspective : Décrire, Interpréter et Transformer dans le cadre d'interactions permanentes avec les acteurs de terrains.

La phase de description repose sur les entretiens. Ces entretiens ont été retranscrits à partir de NOOTA et vérifiés manuellement. Ces retranscriptions font l'objet d'une exploitation manuelle et d'une exploitation via l'utilisation de l'IA Notebook (Moscarola, Galan). La finalité de cette exploitation des entretiens est de construire des lectures interprétatives, c'est-à-dire de donner des significations aux situations de gestion caractérisées par une grande complexité, auxquelles sont confrontés les acteurs de terrain. C'est par le dialogue entre chercheurs et professionnels que s'élabore une compréhension de ces situations.

La phase d'interprétation participe d'une double démarche : l'analyse d'un cas, puis une confrontation des différents cas étudiés (démarche de triangulation) dans le cadre d'une approche de cas multiples. C'est à travers une démarche abductive confrontant les caractéristiques des cas singuliers entre eux et avec les apports

théoriques que de nouvelles hypothèses émergent et font l'objet de tests et de discussion entre les acteurs.

La phase de transformation s'appuie sur la production d'artefacts (annexe 3 et annexe 4) (Antoine et Koehl 2009) dans le cadre d'une démarche « effet miroir ». La méthode de l'effet-miroir consiste à faire réagir les acteurs à partir d'une représentation de leur expression consignée dans les enregistrements (Krief et Zardet 2013).

Partie 5 Discussion

5.1 Espaces de discussions et « Faire-équipe »

Les espaces de discussion sont devenus un objet de recherche dans le domaine des sciences de gestion et du management depuis un peu plus d'une dizaine d'années. Le livre « Teaming » (Edmondson, 2012) – dont nous traduisons son titre par la formulation « Faire-équipe » - peut être considéré comme un point de départ pour étudier l'équipe « en train de se faire ». Cette formulation pose implicitement la question du comment Faire-équipe ?

Cette formulation est différente de la notion de « travail d'équipe » qui suggère l'existence d'un groupe d'individus avec des actions coordonnées par le responsable de l'équipe ou le chef de projet.

La notion de « travail en équipe » est plus inclusive que la notion de travail d'équipe mais elle ne souligne pas les difficultés bien réelles que sont les connaissances tacites métier, les barrières de connaissances et les cadres de pensée professionnels. (Tsoukas, 2003) (Duguid, 2005) (Collins, 2010) (Miton & DeDeo, 2022), (Wannenmacher & Antoine, 2014)

En d'autres termes la notion de travail en équipe s'apparente à un vœux pieu si les obstacles et les difficultés dans les pratiques professionnelles concrètes de terrain ne sont pas prises en compte (Edmondson & Harvey, 2018). Plusieurs travaux s'inscrivent dans cette perspective.

Ceux de Mathieu Detchessahar et Benoît Journée (Detchessahar, 2011) (Detchessahar & Journée, 2007) ont montré l'importance des espaces de discussions. Ils montrent que généralement les espaces formellement organisés ne réunissent pas les acteurs aux contacts de l'activité (Detchessahar et al., 2017).

Dans un service de soins de suite et de réadaptation étudié dans le cadre d'une recherche intervention, Damien Collard propose de gérer les espaces de discussion sur le travail, en particulier en cas d'événements indésirables ou de situations particulièrement complexes à gérer et à très forte charge émotionnelle (Collard, 2019).

Paula Critofalo et ses collègues étudient dans le domaine de la santé le programme PACTE (programme d'amélioration continue du travail en équipe) de la HAS : « Les

résultats montrent qu'au-delà de l'enthousiasme initial Faire équipe s'avère laborieux » (Cristofalo et al., 2019).

Une étude ethnographique étudie la qualité des dossiers d'anesthésie dans le cadre de la mise en œuvre d'indicateurs qualité pour la transparence et la qualité de l'organisation des soins. Cette étude ouvre une perspective intéressante pour nos investigations dans les Ehpad avec leur référentiel qualité des établissements.

« Ce qui compte ce n'est pas le résultat du classement des organisations de soin de santé ni la métrologie des indicateurs qualité mais la mise en œuvre efficace des indicateurs qualité. Cette mise en œuvre nécessite une activité managériale souvent invisible. Ces gestionnaires cliniques agissent comme des médiateurs inestimables en traduisant la politique publique dans la pratique locale, construisant le consensus au sein de l'équipe et en faisant apparaître la qualité du dossier d'anesthésie comme un signal du travail bien fait »... Ce qui compte ce n'est pas le résultat mais la manière de l'obtenir ce qui suppose une activité managériale spécifique ...et souvent invisible (Waelli et al., 2016).

Dans un contexte différent l'article consacré à la capacité des collectifs de travail transverses à faire face aux imprévus montre les confrontations des représentations selon les métiers. Les retours d'expérience sont organisés de manière formelle en cas d'événements majeurs ou graves. La gestion de la sécurité sur le terrain passe par des discussions informelles permanentes entre les opérateurs. Cet article met en lumière les confrontations des représentations selon les métiers : managers et opérateurs. Ici la construction du consensus n'est pas le résultat d'une négociation entre points de vue différents mais la réalisation de simulations organisationnelles qui permettent la construction de l'expérience des collectifs inter-métiers et inter-organisationnels (Casse & Caroly, 2017).

L'expérimentation est une clé pour la construction d'un objectif en vue suffisamment partagé pour que l'activité puisse continuer son déroulement.

Les discussions formelles et informelles sur la dispensation des médicaments (pilulier avec photo, gilet anti-ruptures de tâches), sur l'organisation de la salle à manger conviviale sans risque grave en cas de « fausse route », sur les sorties hebdomadaires en famille d'un résident avec des risques acceptés ou sur la transformation des services de la lingerie au bénéfice du bien-être des résidents et de la qualité de vie au travail permettent de formuler l'hypothèse selon laquelle un management spécifique que nous qualifions de capacitant est nécessaire.

5.2 Processus discursifs dialogiques

Les entretiens qui se déroulent en face à face et in-situ sont des processus discursifs dialogiques c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas seulement d'échanges d'informations entre deux ou plusieurs locuteurs (interviewés et intervieweurs). Les questions et les réponses sont formulées en tenant compte de la personne à laquelle elle s'adresse et de ce qui est imaginé de ses attentes (Vernant, 2021).

5.3 Notebook et l'IA Générative.

Dans nos investigations sur les événements indésirables et sur les perturbations dans les activités nos données brutes résultent de la transcription des entretiens. L'exploitation de ces données avec l'aide de Notebook suppose une attention toute particulière suite à une requête ou prompt. En effet Notebook peut aller chercher des « mots » dans la masse de ses enregistrements extérieurs à nos Ehpad. Ainsi par exemple la formule « résistance aux changements » est apparue alors qu'elle n'a jamais été utilisée car elle nous semble non pertinente dès lors que notre approche processuelle considère que le changement est permanent.

Il arrive que Notebook « dise » : « Informations supplémentaires : Aucune information provenant de l'extérieur des sources fournies n'a été utilisée dans cette réponse » Cette alerte est certainement utile pour renforcer la vigilance du chercheur mais il est clair également qu'évoquer « aucune information provenant de l'extérieur... » est un abus en ce sens que Notebook ne « dit » rien, il accumule des « lettres » que les probabilités rassemblent. Notebook est incapable de transmettre une information.

Conclusion : Pour des REX vivants avec leur valuation dans le contexte de la désinstitutionnalisation.

L'efficacité d'un retour d'expérience suivi d'un plan d'action et d'actions correctives peut être évaluée directement dans la durée. C'est ce que suggère l'approche pragmatiste avec la notion de valuation (Lorino, 2018) (Mourey, 2018) (Arnoud & Falzon, 2014) Pour évaluer l'efficacité du port d'un gilet de couleur par l'infirmière qui prépare le pilulier, ce qui vise à réduire les risques de rupture de tâches, il convient de permettre l'expression de toutes les parties prenantes avec des espaces de discussion formels et informels (transmissions lors du changement d'équipe, GDR, Codir, CVS, pauses en salles dédiées....).

Les points de vue métier sont différents voire contradictoires mais l'objectif en vue est partagé : réduire les ruptures de tâches et les erreurs de dispensation des médicaments. A l'issue de ces échanges discursifs, de nouvelles hypothèses pourront être formulées et expérimentées. La communauté d'enquête, à géométrie variable, ne s'arrête pas avec la clôture du formulaire de déclarations des événements indésirables (FSEI). Ainsi l'enquête devient apprenante et elle permet de Faire-équipe.

Il est à craindre que le référentiel d'évaluation de la qualité de l'établissement et ses critères impératifs en matière d'événements indésirables ne produisent pas les effets escomptés car ce qu'il est convenu d'appeler le « personnel » dans ce document recouvre en fait une réalité plurielle : la direction, les médecins coordinateur et de ville, les soignants que sont les infirmières et les aides-soignants, les personnels paramédicaux, les Accompagnants Educatif et Social (AES), les agents techniques...

Il revient aux sciences du management de proposer aux équipes de direction une stratégie de l'évaluation. Tous les événements indésirables, toutes les perturbations dans le déroulement d'une activité ne peuvent pas faire l'objet d'un retour d'expérience structuré. Il faut choisir des priorités et affecter des ressources. Pour ce faire il est possible de prendre en compte la notion de criticité qui combine la gravité du risque et une évaluation de la probabilité de sa réalisation. Faut-il se concentrer sur un risque grave avec une très faible probabilité ou adopter la stratégie inverse : répétition fréquente du risque peu grave ?

Un rapport de la cour des comptes suggère de mieux gérer les Ehpad dans les territoires et de renforcer la prise en charge médicale au sein de ces derniers (Cour des Comptes, 2022). Cette prise en charge par des soignants ne peut devenir effective sans un important effort de formation au centre duquel pourrait se trouver une Unité de Soins Palliatifs (USP). Nous avons montré l'importance des connaissances expérientielles tacites (Miton & DeDeo, 2022).

La loi du 8 avril 2024 « Bien vieillir grand-âge et autonomie » demande aux Ehpad publics autonomes de coopérer dans le cadre de Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS) et de produire des indicateurs relatifs à l'activité et au fonctionnement de l' Ehpad avec la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (9 avril 2024. (ANAP Agence Nationale de la performance sanitaire et médico-sociale, 2023).

La loi santé de 2016 a créé les GHT Groupements Hospitaliers de Territoires pour développer la coopération autour d'un projet médical partagé. Une nouvelle voie de recherche pour les Ehpad vient donc de s'ouvrir : quelles leçons tirer de retours d'expérience de ces groupements hospitaliers pour les Ehpad ? Comment Faire-équipe ? (Teaming) Déjà quelques balises ouvrent la voie (Waelli et al., 2016).

Bibliographie.

ANAP Agence Nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. (2023).

Renforcer le GCSMS pour accélérer l'évolution de l'offre d'EHPAD publique.

<https://www.anap.fr/s/article/renforcer-GCSMS-pour-accelerer-l-evolution-de-l-offre-EHPAD-publique>

Arnoud, J., & Falzon, P. (2014). Favoriser l'émergence d'un collectif transverse par la co-analyse constructive des pratiques. *Le travail humain*, 77(2), 127- 153.

<https://doi.org/10.3917/th.772.0127>

Bricard, D., Or, Z., & Penneau, A. (2020). *Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés, Paerpa : Rapport final*. IRDES.

Casse, C. (2015). *Concevoir un dispositif de retour d'expérience intégrant l'activité réflexive collective : Un enjeu de sécurité dans les tunnels routiers* [Thesis, Grenoble Alpes]. <http://www.theses.fr/2015GREAH024>

Casse, C., & Caroly, S. (2017). Enrichir le retour d'expérience par les espaces de débat : L'exemple d'une recherche-intervention chez un exploitant de tunnels routiers. *Le travail humain*, Vol. 80(3), 259- 284.

Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs*. <https://www.fayard.fr/documents-temoignages/les-fossoyeurs-9782213716558>

Chauvin, C. N. F. de V. S. (2023, décembre 13). Rapport Chauvin : « Vers un modèle français des soins d'accompagnement ». *Parlons Fin de Vie*. <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/le-modele-francais-des-soins-daccompagnement/>

Clément, C., & Bonvalet, C. (2021). Reconfigurations des logiques résidentielles et désinstitutionnalisation des parcours de vie. *Retraite et société*, 86(2), 47- 69.
<https://doi.org/10.3917/rs1.086.0048>

Collins, H. (2010). *Tacit and Explicit Knowledge*. University of Chicago Press.

Cour des Comptes. (2022, février 28). *Prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad | vie-publique.fr*. <https://www.vie-publique.fr/rapport/284118-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad>

Cristofalo, P., Petit dit Dariel, O., & Minvielle, É. (2019). La fabrique du travail en équipe dans les établissements de santé. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 3(3), 259- 282. <https://doi.org/10.3917/jges.193.0259>

Cusin, J., & Goujon-Belghit, A. (2022). Managing Medical Errors in a University Hospital : How to Handle the Internal Learning–External Protection Paradox? *M@n@gement*, 15- 32. <https://doi.org/10.37725/mgmt.v25.4558>

Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles—Légifrance. (s. d.). Consulté 11 novembre 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696651#:~:text=Dans%20les%20r%C3%A9sum%C3%A9s-,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%202022%2D734%20du%2028%20avril%202022%20portant,action%20sociale%20et%20des%20familles>

Detchessahar, M. (2011). Management et santé. *Revue française de gestion*, 214(5), 65- 68.

- Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A., & Journé, B. (2017). Entre cacophonie et silence organisationnel, concevoir le dialogue sur le travail. Le cas de projets de maintenance dans une industrie à risque. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 130(4), 33- 45. <https://doi.org/10.3917/geco1.130.0033>
- Detchessahar, M., & Journé, B. (2007). Une approche narrative des outils de gestion. *Revue française de gestion*, 174(5), 77- 92. <https://doi.org/10.3166/rfg.174.77-92>
- Dourgnon, A., Antoine, A., Albaladejo, P., & Vinet, F. (2024). An Intelligent Chatbot Based on Hybrid Approach Implementing Technical Knowledge to Support Maintenance and Training Activities at Electricity of France (EDF). In E. Mercier-Laurent, G. Kayakutlu, M. L. Owoc, A. Wahid, & K. Mason (Éds.), *Artificial Intelligence for Knowledge Management, Energy and Sustainability* (Vol. 693, p. 27- 37). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-61069-1_3
- Duguid, P. (2005). "The Art of Knowing" : Social and Tacit Dimensions of Knowledge and the Limits of the Community of Practice. *Information Society*, 21(2), 109- 118.
- Edmondson, A. C. (2012). *Teaming : How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy* (1st edition). Jossey-Bass.
- Edmondson, A. C., & Harvey, J.-F. (2018). Cross-boundary teaming for innovation : Integrating research on teams and knowledge in organizations. *Human Resource Management Review*, 28(4), 347- 360. <https://doi.org/10.1016/j.hrmmr.2017.03.002>
- François, P., Lecoanet, A., Caporossi, A., Dols, A.-M., Seigneurin, A., & Boussat, B. (2018). Experience feedback committees : A way of implementing a root cause

- analysis practice in hospital medical departments. *PloS One*, 13(7), e0201067.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201067>
- Godé, C. (2011). Construire le sens par le retour d'expérience : Le cas de l'Equipe de Voltige de l'Armée de l'air. *Management Avenir*, n° 41(1), 416- 434.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Les Editions de Minuit.
- HAS Haute Autorité de Santé. (s. d.). *L'effet tunnel en santé : Comment faire pour en voir le bout ?* Haute Autorité de Santé. Consulté 23 août 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3444356/fr/l-effet-tunnel-en-sante-comment-faire-pour-en-voir-le-bout
- IRSN. (2011). *Les Facteurs Organisationnels et Humains de la gestion des risques : Idées reçues, idées déçues*.
https://www.irsn.fr/FR/expertise/rapports_expertise/surete/Pages/Facteurs-Organisationnels-Humains-gestion-des-risques.aspx#.XjWvalhCdE4
- Jean-Pierre Henry (Réalisateur). (2019, novembre 25). *Rebonds d'intelligence*. [Enregistrement vidéo]. https://www.youtube.com/watch?v=Uhr4FVCJY_4
- Journé, B., & Raulet-Croset, N. (2008). Le concept de situation : Contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude. *M@n@gement*, 11(1), 27- 55.
- Lannoy, A. (2022). *La fiabilité des centrales nucléaires. Méthodes, données et applications—André Lannoy*. ISTE éditions. <https://www.decitre.fr/livres/la-fiabilite-des-centrales-nucleaires-9781784059002.html>
- Lannoy, A., & Proccaccia, H. (1994). *Méthodes avancées d'analyse des bases de données du retour d'expérience industriel*. (Eyrolles).
<https://www.decitre.fr/livres/methodes-avancees-d-analyse-des-bases-de-donnees-du-retour-d-experience-industriel-9782212016413.html>

- LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (1), 2024-317 (2024).
- Lorino, P. (2016). L'apport de la pensée pragmatiste à l'approche processuelle. In *Théories des organisations. Nouveaux tournants*. (Economica).
- Lorino, P. (2018). *Pragmatisme et Etude des Organisations*. Economica.
- Lorino, P., Mourey, D., & Schmidt, G. (2017). Goffman's theory of frames and situated meaning-making in performance reviews. The case of a category management approach in the French retail sector. *Accounting, Organizations and Society*, 58, 32- 49. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2017.03.004>
- Michel, P., & Quenon, J.-L. (2005). *Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : Premiers résultats d'une étude nationale*.
- Miton, H., & DeDeo, S. (2022). The cultural transmission of tacit knowledge. *Journal of The Royal Society Interface*, 19(195), 20220238. <https://doi.org/10.1098/rsif.2022.0238>
- Mortureux, Y. (2004). *Le retour d'expérience en questions*. Techniques de l'Ingénieur. <https://www.techniques-ingenieur.fr/base-documentaire/environnement-securite-th5/management-de-la-securite-42154210/le-retour-d-experience-en-questions-se1040/>
- Mourey, D. (2018). Coordination et coopération des *supply chains* : Un processus dialogique, créatif et résistible qui s'accomplit chemin faisant. *Revue Française de Gestion*, 44(277), 125- 141. <https://doi.org/10.3166/rfg.2019.00295>

- Nobre, T., & Husson, J. (2022). *Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19 : Du volontarisme managérial individuel à la dynamique organisationnelle collective*. EMS GEODIF.
- Panjeta, A. (2022). *Expérimenter la qualité à l'université : De la conformité aux normes techniques au potentiel des surprises bureaucratiques*. Editions L'Harmattan.
- Teigné, D., Mouret, D., Lucas, M., Gaultier, A., Moret, L., Leclère, B., & Terrien, N. (2019). Incidence des événements indésirables associés aux actes de soins et d'accompagnement en Ehpad : Projet EHPAGE. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 17(3), 243- 253.
<https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0775>
- Tsoukas, H. (2003). Do We Really Understand Tacit Knowledge? In *Handbook of organizational learning and knowledge*. Blackwell Publishers.
- Vernant, D. (2021). *Dire pour faire : De la pragmatique à la praxéologie*. UGA Éditions.
- Vie Publique. (s. d.). Loi du 8 avril 2024 Bien vieillir grand âge et autonomie Ehpad | vie-publique.fr. 9 avril 2024. Consulté 3 juillet 2024, à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad>
- Waelli, M., Gomez, M.-L., Sicotte, C., Zicari, A., Bonnefond, J.-Y., Lorino, P., & Minvielle, E. (2016). Keys to successful implementation of a French national quality indicator in health care organizations : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 553. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1794-7>
- Wannenmacher, D., & Antoine, A. (2014). Management of innovative collaborative projects : Moments of tension and the Peer-Mediation Process—a case-study

approach. *Knowledge Management Research & Practice*, 14(1).

<https://doi.org/10.1057/kmrp.2014.34>

Annexe : Références bibliographiques associées à la méthodologie

Allard-Poesi, Florence, et Véronique Perret. « La Recherche-Action », s. d.

Antoine, A., & Koehl, J. (2009). Les concepts réflexifs d'artefacts et d'objets frontières. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XV(37), 295. <https://doi.org/10.3917/riips.037.0295>

Cappelletti, Laurent, et Samia Khenniche. « 01. Coproduire la performance socialement responsable des collectivités territoriales : résultats émergents d'une recherche-intervention au sein d'une mairie ». *Politiques & management public* 1-2, n° 1-2 (2017): 19-41. <https://doi.org/10.3166/pmp.34.2017.0002>.

Hammouch, Najoua, Mehdi Nouri, Laurent Cappelletti, et Abdellatif Marghich. « La recherche intervention: du terrain à la production de la connaissance » 2 (s. d.).

Leplat, Jacques. « 6. De l'étude de cas à l'analyse de l'activité ». In *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*, 179-226. Le Travail humain. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2008. <https://www.cairn.info/reperes-pour-l-analyse-de-l-activite-en-ergonomie--9782130568391-p-179.htm>.

Lorino, Philippe. *Pragmatism and Organization Studies*. 2018 Oxford University Press.

Passeron, Jean-Claude, et Jacques Revel. « Penser par cas. Reasonner à partir de singularités ». In *Penser par cas*, 9-44. Enquête. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2005. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.19921>.

Perez, Yves André. « La pratique de la recherche-intervention dans les organisations : retour sur les modes de production des connaissances gestionnaires à partir du terrain ». *Humanisme et Entreprise* 288, n° 3 (2008): 101-13. <https://doi.org/10.3917/hume.288.0101>.

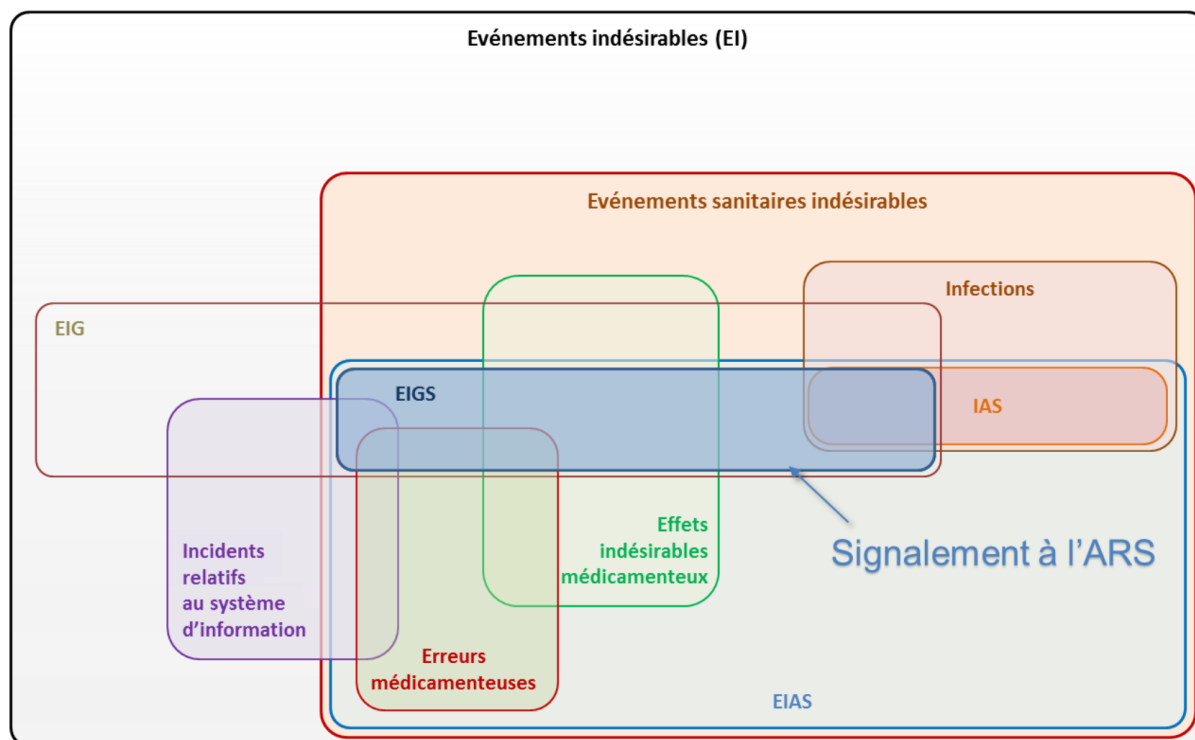
Thievenaz, Joris. *Enquêter et apprendre au travail. Approcher l'expérience avec John Dewey*. Hors collection. Dijon: Éditions Raison et Passions, 2019. <https://www.cairn.info/enqueter-et-apprendre-au-travail--9782917645567.htm>.

Annexes

Annexe n°1 Liste des documents utilisés dans le cadre des entretiens

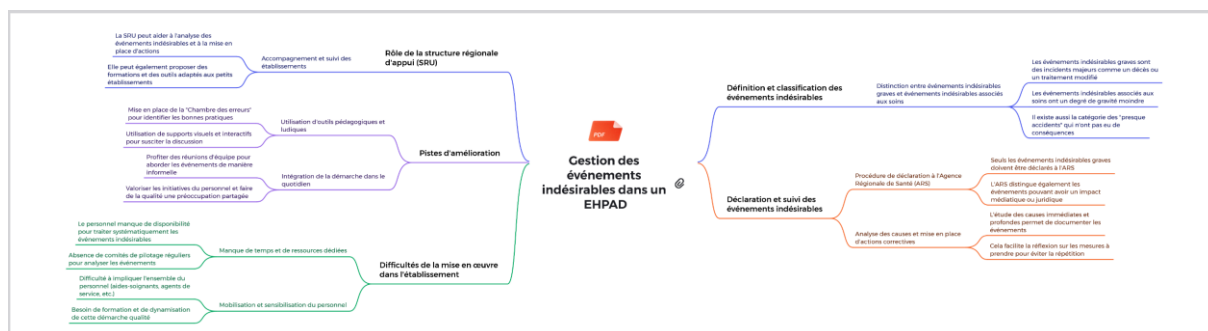
- Transmissions écrites et orales : Les transmissions sont un élément essentiel de la communication entre les équipes soignantes. Elles peuvent être écrites ou orales.
- Fiches de signalement d'événements indésirables (FSEI) : Ces fiches sont utilisées pour signaler tout événement indésirable survenu dans l'établissement. Elles peuvent être anonymes ou non.
- NetSoin : C'est un logiciel de soins utilisé dans certains établissements. Il permet notamment de saisir des informations sur les patients, de gérer les transmissions ciblées et de déclarer des événements indésirables.
- Rapports d'évaluation : Ces rapports sont produits suite aux évaluations externes des établissements. Ils peuvent donner lieu à des commentaires de la part de l'établissement avant d'être rendus publics.
- Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) : Ce document recense les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés de l'établissement.
- Synaé : Il s'agit d'un outil utilisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour les évaluations externes des établissements. Il permet de produire des rapports d'évaluation.
- AGEVAL : Un logiciel utilisé dans certains établissements pour la gestion des déclarations d'événements indésirables et la réalisation d'enquêtes.
- Boîtes à idées : Certains établissements mettent en place des boîtes à idées pour recueillir les suggestions des résidents et des personnels de l'établissement
- Méthodologie Orion, méthodologies ALARM et ALARMe et BlueKanGo Il s'agit d'aides méthodologique d'analyse des causes profondes des événements indésirables.
- Dossier de liaison d'urgence : Ce dossier est un document légal obligatoire qui est transmis lorsqu'un résident est envoyé aux urgences.

Annexe n°2 : Les différents types d'événements indésirable

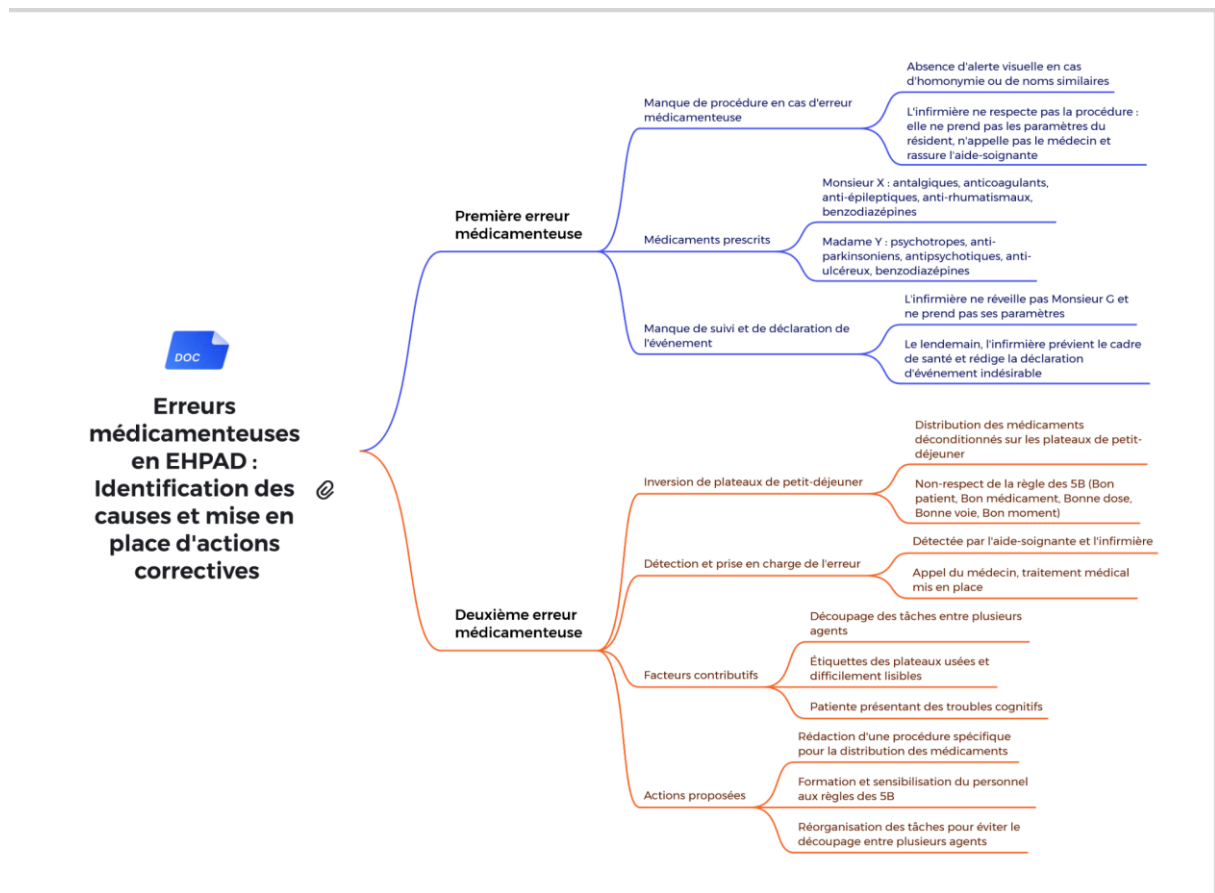


D'après « Comprendre Signaler Gérer un événement sanitaire indésirable » ARS Nouvelle Aquitaine. https://www.rreva-na.fr/sites/default/files/public/2019-01/Comprendre-signaler-g%C3%A9rer_un_ESI_v2.pdf

Annexe n°3 : Carte heuristique représentant la gestion des événements indésirables dans un EHPAD



Annexe n°4 : Carte heuristique représentant la gestion d'une erreur dans la dispensation d'un médicament au sein d'un EHPAD



Annexe n°5 : liste des entretiens

Date	N° enregistrement	Durée	Reference
28/04/2022	2	00:59:45	Etablissement 2
31/03/2023	22	01:22:25	Etablissement 4
11/04/2023	24	01:16:40	Etablissement 1
21/06/2023	26	01:33:41	Etablissement 4
28/07/2023	28	02:39:12	ARS
24/10/2023	31	01:12:34	Etablissement 3
10/11/2023	35	01:16:00	Etablissement 4
28/02/2024	23	01:07:23	Etablissement 4
29/02/2024	27	01:42:56	Etablissement 1
06/03/2024	33	01:29:27	Etablissement 6
11/04/2024	42	0:38:53	CHU
19/04/2024	44	01:41:22	Etablissement 6
04/06/2024	46	01:21:04	Etablissement 5
07/06/2024	47	01:05:37	CHU
11/06/2024	Notes écrites	00:00:00	Etablissement 6
12/06/2024	49	01:39:48	Etablissement 5
26/06/2024	30	01:01:06	Etablissement 5
15/10/2024	56	01:17:05	Etablissement 1
16/10/2024	Notes écrites	00:00:00	Etablissement 4
18/10/2024	Notes écrites	00:00:00	Etablissement 5
13/11/2024	59	01:54:35	Etablissement 6
26/11/2024	12	01:59:43	Etablissement 6

Annexe n°6 Liste des sigles

Liste des sigles

AES	Accompagnant Educatif et Social
ANACT	l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail
ANAP	Agence Nationale de la performance sanitaire et médico-sociale
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Auxiliaire de la Vie Sociale
CD ou CODIR	Comité de direction
CRASEI	Commission Régionale Spécifique pour les EI
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CVS	Comité de Vie Sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Ehpad	Etablissement d'Hebergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIAS	Événement Indésirable Grave Associé aux Soins
EIG	Événement Indésirable Grave
EIGS	Événement Indésirable Grave associé aux Soins
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evenements Indésirables liés aux Soins
ES	Etablissement de santé
ESMS	Etablissement Sociaux et Médico-sociaux
ESSMS	Etablissement et Services Sociaux et Médico-sociaux
GDR	Comité de Direction et Gestion des Risques
HAS	Haute Autorité de Santé
InVS	l'Institut de veille sanitaire
PSIG	portail de signalement des événements indésirables
REX	Retour d'EXpérience
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SIREC	système d'information des réclamations
SRA	structures régionales d'appui
USLD	Unité de Soins de Longue Durée