HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RAPPORT

Analyse des déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Adopté par le Collège le 2 juillet 2026

Descriptif de la publication

Titre	Analyse des déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Méthode de travail	Analyse de la base de données nationale sur les évènements indésirables graves associés aux soins.
Objectif(s)	Identifier les causes des EIGS en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), en tirer des enseignements et proposer des préconisations afin d'améliorer la gestion des risques en Ehpad.
Cibles concernées	Les professionnels de santé ; les acteurs de la gestion des risques ; les représentants des personnes accompagnées ; la gouvernance et les usagers des Ehpad ; le ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et autres organismes publics de santé.
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Équipe projet	Coordination : Laure Misrahi-Guillaume, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS) ; Nelly Le Guen, cheffe de projet data manager, SEvOQSS ; Candice Legris, adjointe à la cheffe de service ; Dr Laetitia May-Michelangeli, cheffe de service Recherche documentaire : Marina Rennesson, avec l'aide de Laurence Frigère (cheffe du service documentation – veille : Frédérique Pages) Secrétariat : Mohamed Korchi
Conflits d'intérêts	Les experts sollicités pour ce travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les experts ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 2 juillet 2026

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2026 – ISBN :

Sommaire

Analyse des déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes 1

1. Introduction 4

2. Matériel et méthode 5

2.1. Source de données 5

2.2. Stratégie d'interrogation 5

2.3. Sélection des EIGS 5

2.4. Méthode d'analyse 6

2.5. Consultation d'experts 6

3. Résultats 7

3.1. Évolution temporelle du nombre de déclarations d'EIGS en lien avec les Ehpad reçues à la HAS 7

3.2. Caractéristiques des résidents et des circonstances des EIGS 7

3.3. Analyse des causes et des mesures barrières 11

4. Préconisations pour améliorer la sécurité des résidents 18

Table des annexes 28

Références bibliographiques 37

Participants 42

Abréviations et acronymes 43

1. Introduction

Créés juridiquement en 2002[1], les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) accueillent des personnes âgées présentant une dépendance physique ou psychique. Fin 2023, 573 100 personnes étaient hébergées dans 7 400 Ehpad (44,2 % publics, 31,6 % privés à but non lucratif et 24,2 % privés à but lucratif) comportant 609 970 places (1). De façon générale, la fréquentation a baissé de 4,5 % entre 2019 et 2023 dans les structures d'hébergement pour personnes âgées. L'amorce du virage domiciliaire, l'effet encore visible de l'épidémie de Covid-19, ainsi que celui des révélations sur les pratiques de certains établissements sont des pistes d'explication de cette diminution.

Afin d'inscrire les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations et activités qu'ils délivrent, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, complétée par celle du 24 juillet 2019[2] (article 75), a posé un cadre renforcé en matière d'évaluation de la qualité. À ce titre, l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que les ESSMS « évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé (HAS) mentionnée à l'article L. 161-37 du Code de la sécurité sociale ». Cette procédure repose sur un référentiel national et un manuel d'évaluation de la qualité. Elle vise à apprécier le niveau de qualité des accompagnements et des organisations, à identifier les points forts et les axes d'amélioration des ESSMS et à soutenir une dynamique continue de progrès (2, 3). Un rapport d'évaluation est élaboré pour chaque ESSMS évalué et les résultats des évaluations sont rendus publics sur le site Qualiscope.

Le dernier bilan de la HAS sur les évaluations des ESSMS souligne que l'élaboration d'une politique de démarche qualité et gestion des risques reste un point de fragilité (4). Ainsi, parmi les ESSMS liés aux personnes âgées (dont 56 % des Ehpad), la thématique « démarche qualité et gestion des risques » obtient les moins bons résultats (cotation moyenne de 3,14/4). Cela signifie que les compétences transversales requises pour maîtriser cette thématique - coordination des acteurs, structuration du parcours, formalisation documentaire et culture de la qualité et de la sécurité - demeurent encore insuffisamment développées.

Concernant plus particulièrement la gestion des évènements indésirables (dont ceux associés aux soins), il est intéressant de souligner l'écart entre le taux de satisfaction au critère impératif[3] évaluant l'organisation théorique de leur process de recueil et de traitement (73 %) et le taux de satisfaction au critère impératif évaluant la mise en œuvre effective de la déclaration des évènements, de leur analyse et d'actions correctives par les professionnels (49 %). Des améliorations sont donc nécessaires pour que les Ehpad atteignent le niveau attendu en gestion des risques.

Pour les aider, et dans le cadre de la déclaration obligatoire des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS), la HAS a souhaité analyser les déclarations en lien avec les Ehpad, afin d'identifier leurs principales causes et de proposer des mesures d'amélioration. Cela permettra ainsi aux établissements d'orienter leurs axes prioritaires de travail et de nourrir leur programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

[1] Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460

[2] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260

[3] Un critère impératif représente une exigence incontournable et correspond à des exigences impliquant la mise en place d'actions spécifiques dans la continuité immédiate de la visite d'évaluation, si elles ne sont pas satisfaites (2, 4).

2. Matériel et méthode

2.1. Source de données

L'analyse a été réalisée à partir des déclarations reçues à la HAS[4] **entre le 1er mars 2017 et le 11 juin 2025** dans le cadre du dispositif national de déclaration des EIGS. Pour rappel, tous les professionnels de santé et tous les établissements sanitaires et médico-sociaux, dont les Ehpad, ont l'obligation de déclarer les EIGS auxquels ils ont été confrontés.

> **Avertissement aux lecteurs**
>
> Les données concernant les évènements indésirables graves associés à des soins présentées dans ce rapport sont exclusivement issues de l'analyse des déclarations complètes reçues à la HAS dans le cadre de ce dispositif. Elles n'ont pas fait l'objet d'un retraitement sur le fond (incohérence, imprécision…) et les analyses portent donc sur le contenu des déclarations telles qu'elles ont été saisies par les professionnels, même si leur qualité n'est pas toujours optimale[5].
>
> En outre, comme il existe une sous-déclaration importante des EIGS en France[6], ces données ne présentent **pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou des soins** pour caractériser une nature de risques sur un secteur d'activité. Elles éclairent sur les circonstances des accidents déclarés et permettent ainsi d'orienter les actions pour améliorer la sécurité des patients et des résidents.

2.2. Stratégie d'interrogation

Les EIGS en lien avec les Ehpad ont été identifiés dans la base de données grâce à une recherche dans tous les champs texte des mots-clés suivants : « Ehpad » ; « ephad » ; « epahd », « resident » ; « residente » ; « residant », « residante » ; « etablissement hebergement » ; « établissement d'hebergement » ; « etablissement hebergemant » ; « etablissement d'hebergemant » ; « etablissement herbergeant » ; « établissement hebergent » ; « etablissement hebergant » ; « personne agee dependante » ; « personne agee dependente » ; « personne agee » ; « personnes âgées » ; « personnes âgées dependantes » ; « personnes âgées dependentes ».

Cette recherche a permis d'identifier **4 433** déclarations d'EIGS reçues à la HAS entre mars 2017 et juin 2025, dans lesquelles les Ehpad sont potentiellement impliqués.

2.3. Sélection des EIGS

L'ensemble des **4 433** déclarations identifiées a fait l'objet d'une lecture *in extenso.*

[4] Pour plus d'information sur le processus de déclaration et l'analyse des EIGS en France, consulter la page internet de la HAS suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs

[5] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3644107/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-rapport-annuel-2024 (page 8)

[6] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3644107/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-rapport-annuel-2024 (page 11)

Toutes les déclarations dans lesquelles un Ehpad a joué un rôle dans la survenue d'un EIGS ont été incluses, même si l'évènement a eu lieu en dehors de l'Ehpad (exemple : service des urgences d'un établissement de santé).

Ainsi, ont été exclues de l'analyse :

- 1 375 déclarations hors sujet (évènements non graves[7] ou non associés aux soins[8], évènement non en lien avec les Ehpad) ;
- 4 déclarations en doublon ;
- 747 déclarations inexploitables en raison d'un manque de qualité (déclaration globalement très incomplète, analyse des causes profondes très insuffisante…).

Finalement, **2 307** déclarations ont ainsi été retenues pour l'analyse.

2.4. Méthode d'analyse

Les analyses statistiques menées dans ce rapport sont **descriptives**.

L'extraction des EIGS à partir des déclarations enregistrées sur le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables[9] s'est effectuée avec le logiciel SAS Enterprise Guide (version 8.3). L'analyse des variables qualitatives issues de questions fermées a été réalisée avec le logiciel R (version 4.2.0).

L'analyse des données textuelles (variables qualitatives provenant de questions ouvertes), réalisée sur Excel, a d'abord nécessité un travail manuel : les données ont ainsi été préalablement nettoyées, homogénéisées et organisées.

2.5. Consultation d'experts

En plus des relectures internes, notamment par la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (DiQASM) de la HAS, trois experts extérieurs à la HAS ont été sollicités pour donner leur avis sur le fond et la forme d'une version provisoire de ce document (cf. Participants, page 40).

Ils ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Celles-ci sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr et ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les experts ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

[7] Dans le cas particulier des chutes, qui font l'objet de nombreuses déclarations, l'évolution de l'état clinique du résident (notamment des fractures) n'est pas toujours précisée par le déclarant. Il a été considéré, au vu de l'âge des résidents, que le risque de complications était élevé et que l'évènement répondait bien aux critères de gravité d'un EIGS (article R. 1413-67 du Code de la santé publique [CSP]) (5).

[8] Il est à noter que toutes les structures médico-sociales doivent déclarer obligatoirement des évènements indésirables graves (EIG) définis par l'article L. 331-8-1 du CASF : ces EIG concernent tout dysfonctionnement grave au sein d'une structure qui impacte la qualité de prise en charge ou le respect des droits des usagers et qui menace la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accompagnées. **Ils ne sont pas nécessairement associés aux soins (EIGS).** L'arrêté du 28 décembre 2016 précise les 11 catégories d'EIG concernées (6).

[9] https://signalement.social-sante.gouv.fr/

3. Résultats

3.1. Évolution temporelle du nombre de déclarations d'EIGS en lien avec les Ehpad reçues à la HAS

Le nombre de déclarations d'EIGS en lien avec les Ehpad a augmenté progressivement depuis la création du dispositif en mars 2017 : aucune déclaration n'avait été reçue à la HAS en 2017 (même si des déclarations avaient bien été faites sur le portail cette année-là) contre 792 en 2024 (cf. Figure 1).

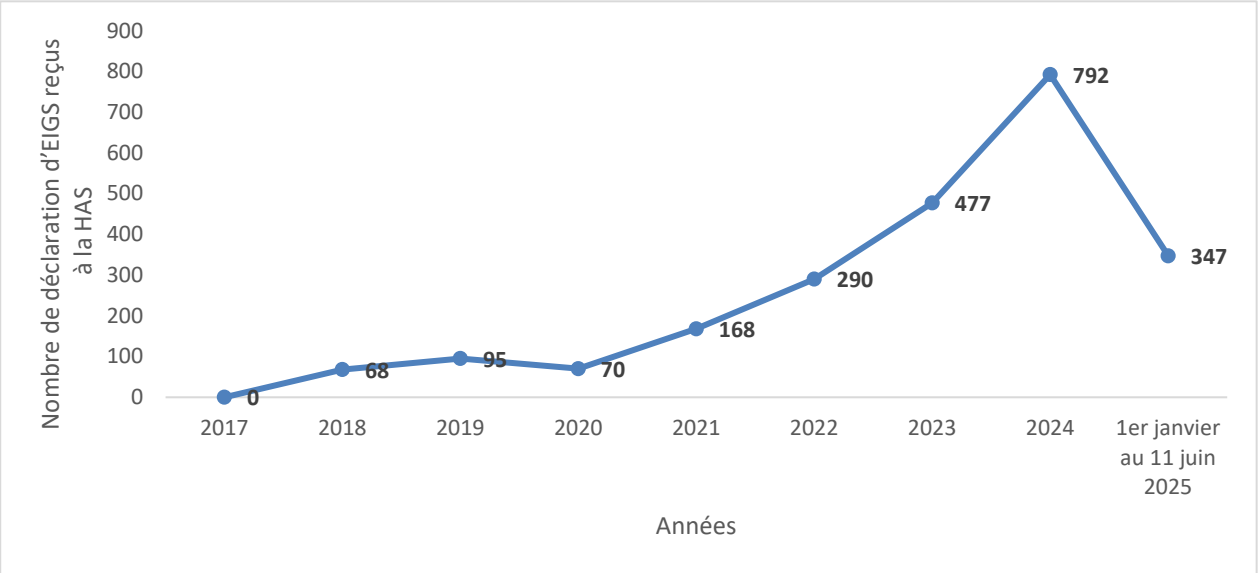

Figure 1. Évolution annuelle des déclarations d'EIGS en lien avec les Ehpad, selon leur date de réception à la HAS (n = 2 307).

Ces déclarations sont réalisées le plus souvent par les représentants des établissements et services médico-sociaux (92,8 % des déclarations ; 2 140/2 307), mais aussi par des établissements sanitaires (11,8 % des déclarations ; 273/2 307) et des professionnels de santé libéraux (3,2 %), sachant que les déclarants pouvaient appartenir à plusieurs de ces catégories (exemples : l'Ehpad est co-déclarant avec un établissement sanitaire concerné par l'EIGS ; le médecin coordonnateur de l'Ehpad déclarant représente la structure, mais exerce aussi en tant que professionnel libéral).

3.2. Caractéristiques des résidents et des circonstances des EIGS

3.2.1. Population concernée

Parmi les 2 307 EIGS en lien avec les Ehpad, 63,5 % concernaient des femmes et 34,7 % des hommes[10] (1,8 % des déclarations ne précisaient pas le sexe).

Les EIGS ont touché principalement des résidents de plus de 80 ans, dont 37,5 % âgés de 80 à 90 ans et 38,5 % âgés de 90 à 100 ans (cf. **Figure** 2).

[10] Ces proportions ne diffèrent pas de celles observées chez les personnes âgées de plus de 60 ans hébergées en Ehpad (1).

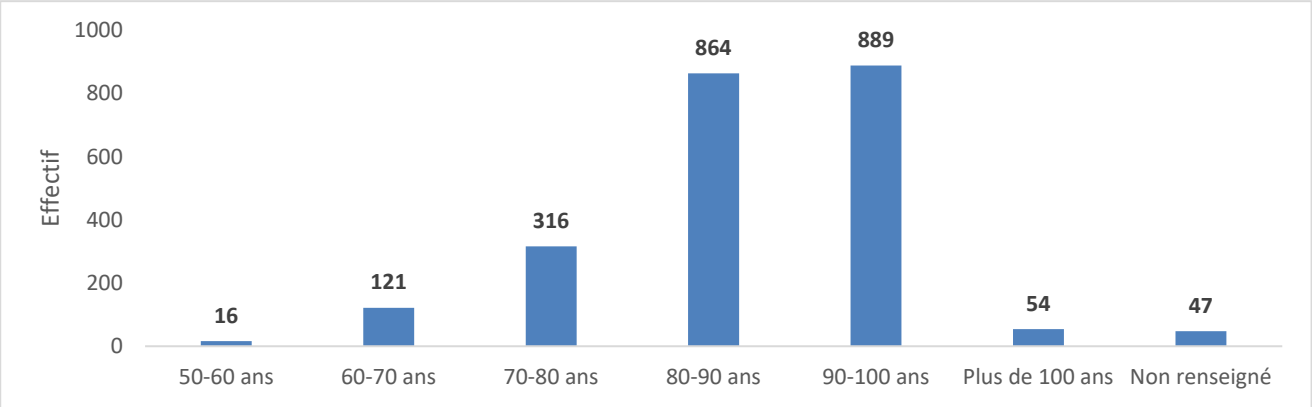

Figure 2. Répartition de l'âge des résidents concernés par les EIGS en lien avec les Ehpad (n = 2 307).

3.2.2. Situations cliniques des résidents avant l'EIGS

La situation clinique des résidents avant la survenue de l'EIGS a été jugée complexe[11] dans 1 298 des 2 237 déclarations pour lesquelles l'information était renseignée (58 %).

Dans plus de la moitié des déclarations (963/1 613 ; 59,7 %), les EIGS sont survenus au cours d'une prise en charge urgente, que l'urgence soit immédiate (n = 661) ou relative (n = 302). La survenue d'EIGS a été plus rare pour les prises en charge non urgentes (510/1 613 ; 31,6 %) ou les urgences différées (140/1 613 ; 8,7 %). Dans 694 déclarations (30,1 %), l'information n'était pas indiquée car non applicable à la situation.

3.2.3. Lieux et moments de survenue des EIGS

Les EIGS déclarés sont toujours survenus au sein des Ehpad, sauf pour 2 évènements qui se sont produits lors d'une sortie avec les résidents.

Lors de la déclaration, il est demandé de préciser si l'EIGS s'est déroulé dans une période durant laquelle les soins et autres accompagnements des résidents sont plus vulnérables (la vigilance est moindre et/ou les effectifs des professionnels incomplets), sachant que plusieurs réponses sont possibles. Sur les 2 307 EIGS analysés, 65,7 % (1 515 /2 307) ont eu lieu pendant au moins une période de vulnérabilité (un même évènement peut se produire au cours de plusieurs types de période de vulnérabilité). Parmi eux, 22,1 % (510/2 307) se sont produits pendant le week-end et 25,7 % (592/2 307) pendant la nuit[12]. On observe également que 6,1 % (141/2 307) des EIGS ont eu lieu pendant le changement d'équipe.

La plupart des EIGS (93,5 %) se sont produits pendant une seule période de vulnérabilité, 5,9 % (137/2 307) pendant 2 périodes de vulnérabilité et 0,6 % (13/2 307) pendant 3 ou 4 périodes de vulnérabilité.

[11] La complexité peut être appréciée en fonction : de l'incertitude diagnostique, de la lourdeur des moyens diagnostiques ou thérapeutiques à mettre en œuvre, du caractère inhabituel de la stratégie thérapeutique (par exemple : nombre élevé d'intervenants de disciplines différentes), de la charge de travail dévolue à la planification de l'acte et à la coordination des intervenants, etc. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/2017_07_25_has_volet_2_declaration_eigs.pdf

[12] Concernant la période de vulnérabilité « nuit », il n'est pas demandé au déclarant de renseigner s'il s'agit du début ou de la fin de la nuit.

3.2.4. Circonstances de l'EIGS

Les déclarations reçues à la HAS ont concerné principalement des chutes (1 113/2 307 ; 48,2 %), des suicides et tentatives de suicide (291/2 307 ; 12,6 %) et des fausses routes (257/2 307 ; 11,1 %). On observe également que 1,9 % des déclarations rapportaient des fugues (n = 44/2 307).

Il est à noter que les déclarations d'EIGS liés à une chute reçues à la HAS ont augmenté progressivement entre 2017 et 2024 : leur nombre est passé de 31 % (12/39) du total des déclarations à 56 % (399/711) (cf. Figure 3). Les chutes ont eu lieu le plus souvent dans la chambre du résident ou dans la salle à manger, mais aussi dans un escalier (n = 69) et, plus rarement, dans le jardin de l'Ehpad ou lors d'une sortie hors de l'Ehpad.

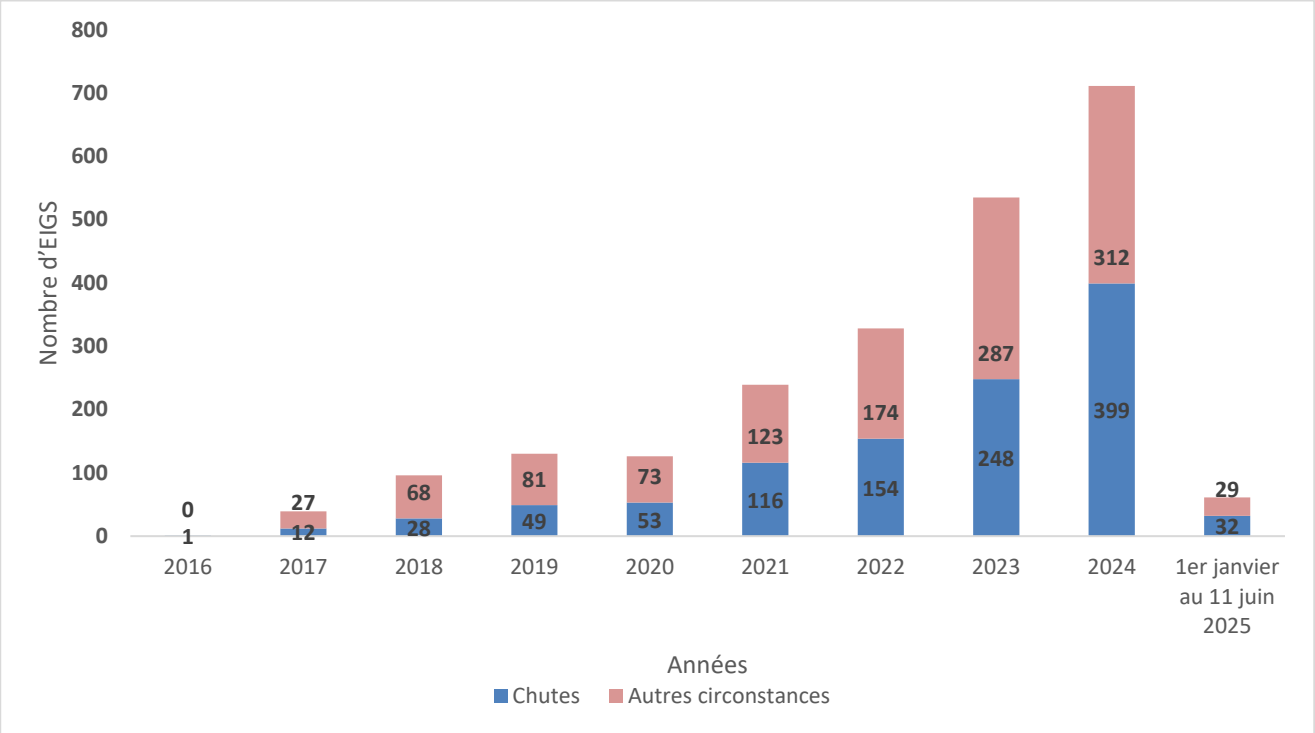

Figure 3. Évolution annuelle des déclarations d'EIGS liés à une chute en Ehpad, selon leur date de réception à la HAS (n = 2 307).

3.2.5. Conséquences pour les résidents

Il est rappelé que, par définition, les conséquences pour le résident d'un EIGS ne peuvent être que « graves », à savoir le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale[13].

Dans cette analyse, les principales conséquences des EIGS ont été le décès dans 45 % des déclarations (1 039/2 307), la mise en jeu du pronostic vital dans 22,7 % des déclarations (522/2 307) et un probable déficit fonctionnel permanent dans 32,3 % des déclarations (746/2 307).

[13] Cf. décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins (article R. 1413-67) (5).

Il est à noter que les probables déficits fonctionnels permanents ont été le plus souvent consécutifs à des chutes (614/746 ; 55,1 %), celles-ci ayant occasionné majoritairement une fracture du col du fémur. Par ailleurs, parmi les EIGS liés à une fausse route ou une fugue, respectivement 84,8 % (218/257) et 54,5 % (24/44) d'entre eux ont conduit au décès du résident. Enfin, concernant les EIGS liés à des suicides et tentatives de suicide (principalement par pendaison, défenestration ou asphyxie), ils ont entraîné un décès dans 68 % des déclarations (198/291), une mise en jeu du pronostic vital dans 24,4 % des déclarations (71/291) et un probable déficit fonctionnel permanent dans 7,6 % des cas (22/291).

Plus précisément, les conséquences physiques des EIGS pouvaient être des fractures, des atteintes vasculaires, des asphyxies, des déshydratations sévères, des brûlures, des intoxications par ingestion de produits ménagers, des contusions, des occlusions intestinales, des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des surinfections de plaies, des escarres de stade 3 ou 4, ainsi que des comas acido-cétosiques et des hypoglycémies sévères.

Dans un cas, il a été déclaré des conséquences psychologiques liées à une violence sexuelle.

3.2.6. Autres conséquences

Dans presque la moitié des cas (48,9 %), les déclarations d'EIGS ont mentionné des conséquences pour les professionnels (1 129/2 307). La plupart du temps, il s'agissait d'un impact psychologique, les professionnels pouvant devenir alors les « secondes victimes[14] » de l'évènement (99 % ; 1 117/1 129). Dans les autres cas, des sanctions[15] envers les professionnels ont été prises. L'existence de conséquences pour les professionnels était plus fréquente lorsque l'EIGS a engendré un décès (68,3 % ; 710/1 039). Des mesures ont été prises pour soutenir les professionnels dans 45,2 % des déclarations où l'information était renseignée (507/1 121).

L'EIGS a entraîné une conséquence pour la structure, principalement juridique, dans 18 % des cas (415/2 307). Dans 4,3 % des déclarations (n = 100), la réponse était « non concerné ».

L'EIGS a eu d'autres conséquences dans 17,7 % des déclarations (410/2 307). Cela pouvait être notamment un impact émotionnel sur la famille ou les autres résidents, le dépôt de plaintes par la famille auprès de l'Ehpad ou la médiatisation de l'EIGS. Dans 3,9 % des déclarations (n = 89), la réponse était « non concerné ».

3.2.7. Caractère évitable des EIGS

Les déclarants ont jugé que les EIGS étaient majoritairement évitables[16] ou probablement évitables (56,7 % ; 1 308/2 307).

[14] Le terme « seconde victime » est employé pour désigner un soignant impliqué et traumatisé par un évènement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale, dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales (7).

[15] Les sanctions étaient des mises à pied conservatoires, des fins de la période d'essai ou des fins de collaboration avec des professionnels intérimaires.

[16] Le caractère évitable d'un évènement peut se définir par le fait qu'il ne se serait pas produit si les actions entreprises avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'évènement. La nature évitable d'un évènement va donc déboucher sur la mise en place d'actions visant à l'empêcher de se reproduire. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/2017_07_25_has_volet_2_declaration_eigs.pdf

Parmi les 1 308 EIGS considérés comme évitables ou probablement évitables, 522 ont entraîné un décès (40 %), 413 un probable déficit fonctionnel permanent (31,5 %) et 373 une mise en jeu du pronostic vital (28,5 %).

3.2.8. Information du résident ou de sa famille

Une information sur le dommage associé aux soins a été délivrée à 29,8 % des résidents (n = 687/2 307), ainsi qu'à 81,5 % des proches (n = 1 880/2 307).

3.3. Analyse des causes et des mesures barrières

Les raisons pour lesquelles un EIGS survient sont multifactorielles. L'analyse de chaque EIGS permet de décrire une cause immédiate[17], des causes profondes[18] et des mesures barrières ayant fonctionné ou pas[19].

3.3.1. Causes immédiates identifiées

Les causes immédiates de l'EIGS ont été indiquées par les déclarants au niveau de la variable dédiée dans 1 958 déclarations sur 2 307 (84,9 %). Elles ont été indiquées au niveau d'autres variables en texte libre dans les 349 autres cas. L'ensemble a été analysé.

Les causes immédiates ont été regroupées en 7 catégories principales (cf. Tableau 1). Une seule cause immédiate a été retenue par EIGS.

Tableau 1. Catégories de causes immédiates des EIGS

Catégorie de causes immédiates	Description des causes immédiates
Erreurs médicamenteuses	La cause immédiate relève du circuit du médicament au sens large (commande, stockage, prescription, préparation, administration, information, surveillance...).
Erreurs liées au matériel ou à la stérilisation	La cause immédiate relève du matériel (dispositifs médicaux, dont les implantables, équipement de protection individuel...) ou de la stérilisation.
Erreurs liées à un acte interventionnel	La cause immédiate relève d'un acte interventionnel, à savoir tout acte technique utilisé pour le diagnostic ou le traitement impliquant une incision, une ponction, une entrée dans une cavité corporelle (sondage urinaire…) ou l'utilisation d'énergie ionisante, électromagnétique ou acoustique, quel que soit le lieu de réalisation (bloc opératoire, salle interventionnelle, chambre du patient...).
Erreurs liées aux actes de soins ou d'accompagnement	La cause immédiate relève d'un défaut concernant l'exécution directe d'un acte de soin (hors acte interventionnel) ou

[17] Les causes immédiates ou « comment cela est-il arrivé ? » : ce sont les causes apparentes, évidentes qui paraissent directement à l'origine de l'EIAS (8).

[18] Les causes profondes ou « pourquoi est-ce arrivé ? » : ce sont des causes plus profondes, liées à des facteurs organisationnels et/ou techniques, identifiées uniquement grâce à une analyse approfondie (8).

[19] Les barrières de sécurité correspondent à tous les moyens humains, techniques ou organisationnels qui permettent d'éviter la survenue d'un EIAS, de le rattraper quand il survient ou d'atténuer la gravité de ses conséquences (8).

	d'accompagnement (soins d'hygiène ou de confort, aide à la prise des repas, promenade...).
Erreurs liées à la transmission de l'information	La cause immédiate relève d'un défaut de transmission de l'information au sens large. Cela concerne tous les supports de l'information, écrite ou orale (dossier du patient « papier », informations présentes dans les systèmes d'information, transmissions orales...).
Erreurs en lien avec la clinique, le diagnostic et la stratégie thérapeutique	La cause immédiate relève d'un défaut dans l'interprétation des données cliniques et des examens complémentaires, dans le diagnostic ou dans la stratégie thérapeutique.
Erreurs liées à l'organisation de la prise en charge	La cause immédiate relève d'un défaut dans l'organisation globale des soins ou de l'accompagnement (la planification, la coordination, les défauts de surveillance, les défauts de protocole/procédures ou leur méconnaissance...).
Erreurs liées aux infrastructures et aux locaux	La cause immédiate évidente relève des infrastructures et des locaux : – des bâtiments et structures (planchers, cloisons, portes…) ; – des installations techniques (chauffage, climatisation, réseaux d'eau, réseaux électriques...) ; – des aménagements spécifiques (chambres des patients ou personnes accompagnées, salles d'opération...) ; – des systèmes de sécurité (alarmes incendie, vidéosurveillance...).

Les causes immédiates les plus fréquemment déclarées étaient les erreurs liées à l'organisation de la prise en charge (n = 1 128), les erreurs en lien avec la clinique, le diagnostic et la stratégie thérapeutique (n = 314), les erreurs liées aux actes de soins ou d'accompagnement (n = 215) et les erreurs médicamenteuses (n = 190) (cf. **Figure** 4).

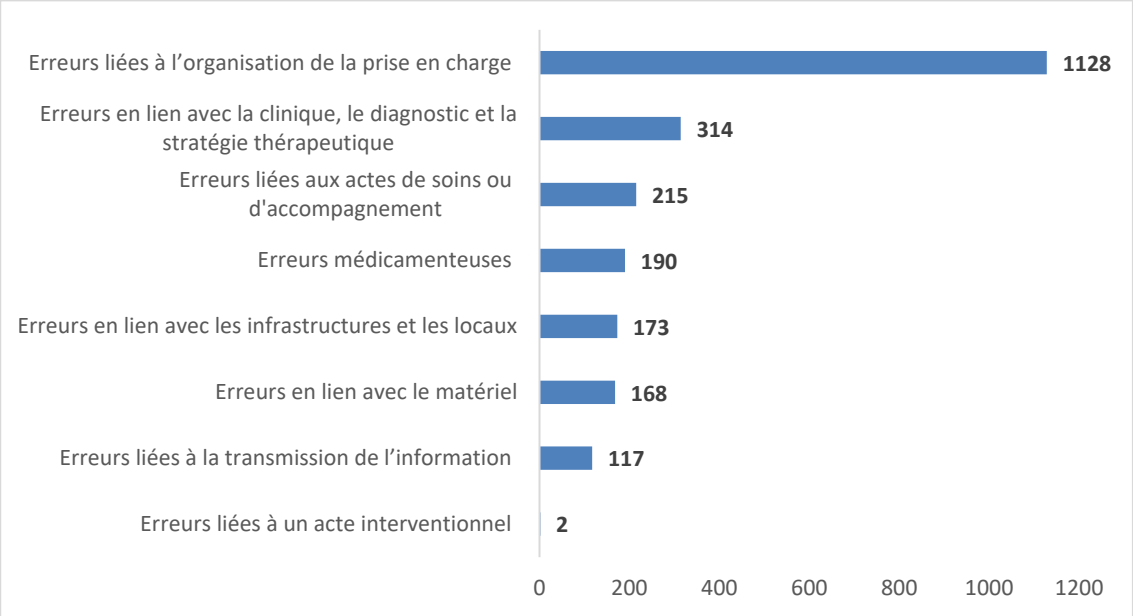

Figure 4. Causes immédiates des EIGS en lien avec les Ehpad (n = 2 307)

Parmi **les erreurs liées à l'organisation de la prise en charge (48,9 % ; 1 128/2 307),** on relève :

- des défauts de surveillance (n = 626) ;
- des retards ou défauts de prise en charge (n = 190), principalement des chutes et des urgences vitales ;
- des défauts de mesures préventives (n = 147). On peut citer notamment un défaut de chaussage adapté, l'absence de contention physique alors que nécessaire et l'absence de prise en charge masso-kinésithérapique ;
- des défauts dans l'organisation globale des soins ou de l'accompagnement (n = 21).

S'agissant **des erreurs en lien avec la clinique, le diagnostic et la stratégie thérapeutique (13,6 % ; 314/2 307),** on retrouve 248 défauts d'évaluation d'un risque et 66 erreurs de diagnostic (diagnostics manqués, retardés, erronés ou non communiqués au résident). Les 248 défauts d'évaluation concernent majoritairement le risque de suicide (n = 105) et de chute (n = 102), mais aussi le risque de fausse route (n = 29), de fugue (n = 4), de déshydratation (n = 4), d'escarre (n = 3) ou de tabagisme pour les patients sous oxygénothérapie (n = 1). Quant aux erreurs de diagnostic, elles portent sur des fractures (n = 19), des AVC (n = 13), des urgences vitales (n = 7), des occlusions intestinales (n = 4), des hématomes sous-duraux (n = 4) et des complications de plaies ou d'escarres (n = 4).

Concernant **les erreurs liées aux actes de soins ou d'accompagnement (9,3 % ; 215/2 307)**, il a été déclaré notamment :

- des défauts de mise en œuvre de procédures ou protocoles liés au transfert fauteuil-lit ou à la mise en place d'une contention (n = 116), à la texture alimentaire (n = 56), à la toilette (n = 20) ou à la mise en place de pansements ou de perfusion (n = 5) (exemple : pose d'un pansement compressif ou d'une perfusion sans prescription médicale) ;
- l'absence de réalisation d'actes de soins (n = 11), comme l'évaluation de la douleur, le suivi d'un diabète ou la mesure des constantes.

Les autres déclarations (n = 7) portent sur des situations variées, comme le non-respect des horaires d'administration d'une préparation colique ou le non-respect de protocoles de soins de bouche.

Quant aux **erreurs médicamenteuses (8,2 % ; 190/2 307)**, il s'agit principalement :

- d'erreurs d'administration ou d'aide à la prise des médicaments[20] (n = 133), principalement d'anticoagulants et de morphiniques (à noter que 3 cas concernent le méthotrexate). Dans environ une erreur sur 2 (n = 59), la vérification de l'identité du résident[21] était défaillante. Dans 3 cas, l'erreur a été causée par une retranscription de la prescription (interdite par la règlementation[22]) par une infirmière diplômée d'État (IDE). Enfin, il y a eu également des défauts

[20] Selon l'article L. 313-26 du Code de l'action sociale et des familles, « lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier ».

[21] Ces erreurs concernent aussi bien par des aides-soignantes (AS) (qui aident à la prise de certains médicaments) que par des IDE. Dans de rares cas, il s'agissait de personnel non habilité (ASH par exemple).

[22] Bien que l'interdiction de retranscription des prescriptions (par du personnel non habilité à prescrire) ne soit mentionnée clairement que dans l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, il est possible d'affirmer qu'elle n'est pas non plus possible dans les établissements et structures médico-sociaux. En effet, la retranscription des prescriptions est assimilable à une prescription. Or, celle-ci relève de la compétence des médecins et de certains autres professionnels de santé, dans les limites fixées par leur champ d'exercice respectif : les chirurgiens-dentistes (art. L. 4141-2 du CSP), les sages-femmes (art. L. 4151-4 du CSP), les masseurs-kinésithérapeutes (art. L. 4321-1 et R. 4322-1 du CSP), les pédicures-podologues (art. L. 4322-1 du CSP), les infirmiers (art. L. 4311-1 du CSP), les infirmiers exerçant en pratique avancée (art. L. 4301-3 du CSP), ainsi que les ergothérapeutes (art. L. 4331-1 et D. 4331-1-1 du CSP).

d'administration d'un médicament prescrit, en raison d'une rupture de stock et de retard ou oubli de commande (n = 3) ;

- d'erreurs de prescription (n = 45). On note des oublis de prescription ou d'arrêt de prescription de médicament, des prescriptions ne tenant pas compte de l'allergie du résident à un médicament, des erreurs de posologie (exemple : méthotrexate prescrit tous les jours au lieu d'une fois par semaine) ou encore des interactions médicamenteuses (exemple : prescription de cotrimoxazole et de méthotrexate) ;
- d'erreurs de délivrance par la pharmacie d'officine ou la pharmacie à usage intérieur (n = 9), dont une liée à une retranscription de la prescription par le pharmacien (interdite par la règlementation).

Les **erreurs en lien avec les infrastructures et les locaux (7,5 % ; 173/2 307)** concernent surtout :

- des défauts de sécurisation des portes donnant accès aux escaliers (n = 55), à l'extérieur (n = 11) ou à la cuisine (n = 2) ;
- des défauts de sécurisation des fenêtres favorisant le passage à l'acte suicidaire (n = 28) ;
- des défauts de sécurisation de l'accès aux chariots de ménage ou aux chariots et placards contenant des médicaments (n = 15) ;
- des défauts d'aménagement de la chambre du résident (n = 10) ;
- des défauts d'éclairage (n = 4) ;
- des sols glissants (n = 4) ;
- des locaux vétustes (n = 2) ;
- des coupures d'électricité ayant entraîné une coupure de l'alimentation en oxygène pour des résidents (n = 2).

Parmi **les erreurs en lien avec le matériel (7,3 % ; 168/2 307)**, les déclarants ont indiqué :

- de mauvaises utilisations de dispositifs de mobilisation (lève-personnes) lors du transfert du résident entre un lit et un fauteuil (n = 70), du matériel de contention (n = 29) ou de l'oxygénothérapie (cuve vide, tubulure non reliée au concentrateur d'oxygène, usage de briquet ou d'allumettes par des résidents tabagiques) (n = 8) ;
- du matériel défectueux, principalement le matériel d'aspiration, les barrières de lit ou encore les fauteuils (n = 21) ;
- l'absence ou la défaillance de mitigeurs de douche occasionnant des brûlures (n = 8) ;
- des limiteurs d'ouverture de fenêtre mal réglés ou absents (n = 7) ;
- du matériel non disponible dans le chariot d'urgence (n = 6) ;
- des erreurs de débit de programmation de pompe à perfusion (n = 5).

Le reste des déclarations (n = 14) concerne du matériel divers (exemples : brûlures causées par une poche de gel antalgique réchauffée au micro-ondes ou une lampe de chevet défectueuse).

Les erreurs liées à la transmission de l'information (5,1 % ; 117/2 307) ont eu lieu :

- entre les professionnels de l'Ehpad (n = 61) ;
- lors du transfert du résident d'un établissement de santé vers l'Ehpad (n = 30) (exemples : absence ou incomplétude du compte-rendu de sortie d'hospitalisation) ou de l'Ehpad vers un établissement de santé (n = 14) (exemple : défaut d'information sur les risques de chute ou de fausse route) ;
- entre un laboratoire d'analyses de biologie médicale ou un cabinet d'imagerie médicale et l'Ehpad (n = 10) ;

- entre le prestataire de restauration et l'Ehpad (n = 2).

Enfin, **les erreurs liées à un acte interventionnel (0,1 % ; 2/2 307)** correspondent à deux gestes traumatiques : l'un, lors d'un sondage urinaire entraînant une hémorragie, et l'autre, lors de la mise en place d'une sonde rectale entraînant une perforation.

3.3.2. Causes profondes identifiées

Un EIGS est toujours le résultat d'une combinaison de causes profondes (ou facteurs contributifs). Cette étude s'appuie sur ces causes, telles que décrites par les déclarants à l'aide de la grille ALARM**,** un outil proposé dans le volet de déclaration des EIGS pour structurer l'analyse de ces causes (9). La grille ALARM du formulaire de déclaration des EIGS (version 2010) comporte 7 grandes catégories, chacune détaillant entre 3 et 8 natures de causes profondes (ou facteurs contributifs), soit un total de 37 causes profondes proposées aux déclarants. Dans chaque catégorie, le déclarant peut identifier une ou plusieurs causes (choix multiples). Le nombre de causes profondes est donc supérieur au nombre d'EIGS déclarés.

Selon les déclarants, les principales catégories de causes profondes des EIGS en lien avec les Ehpad étaient les facteurs liés aux résidents (89,5 % ; 2 064/2 307), aux tâches à accomplir (56,3 % ; 1 298/2 307), à l'équipe (50 % ; 1 153/2 307) et aux professionnels (48,7 % ; 1 123/2 307) (cf. Figure 5).

Les déclarants ont identifié entre 1 et 7 catégories de causes profondes par EIGS (20,1 % des déclarations en comportent une seule, 18,1 % 2 catégories, 16,3 % 3 catégories et 14,3 % 4 catégories). Dans 8 déclarations, aucune cause n'a été indiquée (des plans d'action ayant été mentionnés, ces déclarations ont été cependant incluses dans l'analyse).

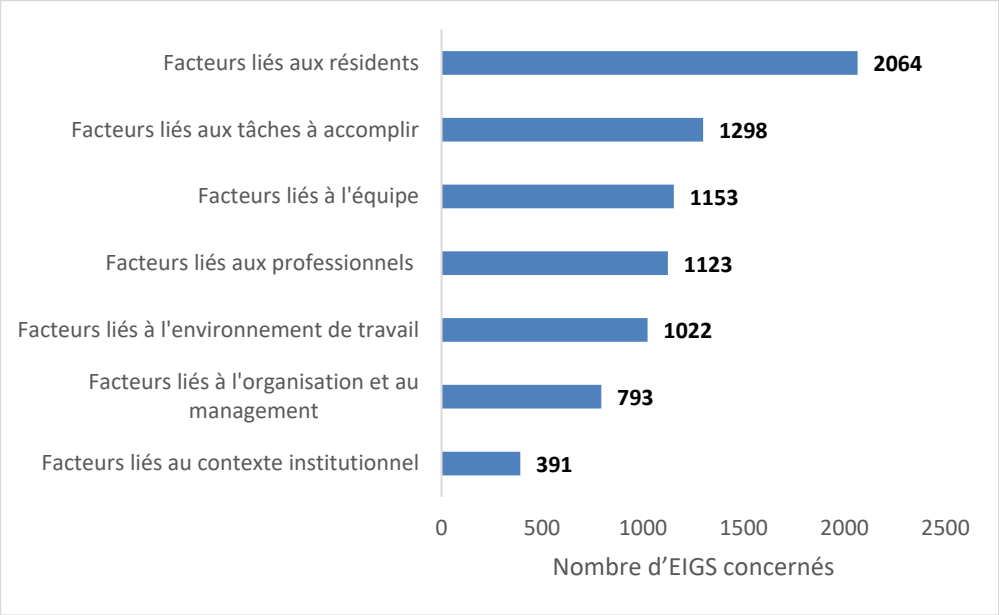

Figure 5. Nombre de déclarations d'EIGS en lien avec les Ehpad par catégorie de causes profondes identifiées (n = 2 307 déclarations, réponses multiples).

Des **facteurs liés aux résidents** sont rapportés dans 89,5 % des déclarations (n = 2 064). Parmi ces facteurs, on retrouve de façon prépondérante l'état de santé du résident (1 656/2 064) et ses

antécédents (1 154/2 064). Ont été cités principalement l'âge avancé de certains résidents, les situations de polymédication, les troubles cognitifs, les troubles psychiatriques, les pathologies cardiovasculaires, ainsi que les antécédents de chute, de fausse route et de suicide.

Des **facteurs liés aux tâches à accomplir** sont mentionnés dans 56,3 % des déclarations (n = 1 298). Il s'agit en particulier de l'absence ou l'incomplétude de procédures et protocoles (811/1 298) et de défauts de planification des tâches.

EIGS n° 1. Deux nouvelles résidentes dînent à la même table dans un Ehpad. Avant d'administrer la clozapine, l'aide-soignante demande à l'une des deux résidentes si elle est bien Mme X. La résidente répond par la positive. À la suite de l'administration de ce médicament, la résidente présente des vomissements et sa conscience est altérée. Le médecin de l'Ehpad décide de la faire hospitaliser.

Il y a eu une erreur de résidente causée, entre autres, par la pathologie neurocognitive de la résidente et l'absence de protocole d'administration des médicaments. De plus, l'aide-soignante revenait de congé et ne connaissait pas ces deux résidentes. Enfin, il n'existait pas d'outils pour s'assurer de l'identité des résidents qui ont des problèmes de communication (trombinoscope, bracelet d'identité…).

Des **facteurs liés à l'équipe** sont cités dans 50 % des déclarations (n = 1 153). Les trois facteurs les plus rapportés étaient la communication entre professionnels (695/1 153), les transmissions et alertes (577/1 153) ainsi que les informations écrites (452/1 153), que cela soit au sein de l'Ehpad ou avec des professionnels extérieurs.

EIGS n° 2. Une alarme incendie se déclenche dans un Ehpad. Un résident est retrouvé brûlé sur la majeure partie de son corps par les professionnels. Fumeur, il a allumé une cigarette dans sa chambre alors qu'il est porteur de lunettes à oxygène (extracteur en fonctionnement).

Parmi les facteurs contributifs de cet EIGS, on relève, entre autres, l'absence de réflexion sur la mise sous oxygène d'un résident tabagique et l'absence d'information du résident sur les risques encourus.

Des **facteurs liés aux professionnels** étaient indiqués dans 48,7 % des déclarations (n = 1 123). Il s'agit surtout des facteurs liés aux qualifications et compétences (532/1 123) et au stress (314/1 123). Le stress serait dû aux difficultés de gestion des urgences vitales et au sous-effectif.

Des **facteurs liés à l'environnement de travail** étaient mentionnés dans 44,3 % des déclarations (n = 1 022), principalement concernant les locaux (319/1 022), les équipements (296/1 022) et les effectifs (283/1 022).

Des **facteurs liés à l'organisation et au management** étaient cités dans 34,4 % des déclarations (n = 793), en particulier les facteurs liés aux ressources humaines (327/793), dont le turn-over, et à la politique de formation (259/793). Le manque de formation est souligné dans plusieurs domaines, comme l'évaluation et la prévention du risque suicidaire, la prévention et la prise en charge des chutes, ainsi que les gestes d'urgence.

EIGS n° 3. Une nuit, un résident d'Ehpad atteint de démence essaye de se lever de son lit, alors qu'il a une contention ventrale et que la barrière de sécurité est relevée. En enjambant la barrière, il chute la tête en avant. Lors d'une tournée, une aide-soignante découvre le résident décédé, toujours en partie maintenu au lit par la contention qui l'a asphyxié.

La pertinence de la contention physique de ce résident n'a pas été réévaluée, notamment en raison de l'absence de procédure de gestion des contentions (incluant surveillance et réévaluation), du manque de politique de formation des professionnels à cette pratique et de difficultés de communication avec le médecin traitant sur ce sujet.

Des **facteurs liés au contexte institutionnel** étaient mentionnés dans 16,9 % des déclarations (n = 391), dont les politiques de santé nationales (85/391) et les systèmes de signalement (77/391). Il a été fait mention de tensions de recrutement du personnel paramédical et médical (médecin coordonnateur, médecin traitant), ainsi que d'un manque de culture de sécurité des soins.

Pour plus d'informations sur l'analyse des causes profondes, se reporter à l'annexe 1.

3.3.3. Mesures barrières identifiées

Une mesure barrière qui a fonctionné [23] a été identifiée dans 53,7 % des déclarations d'EIGS (1 051/1 956 ; 351 réponses non applicables). Il s'agissait principalement de mesures barrières humaines et organisationnelles liées à l'expérience, la vigilance et la compétence du personnel (exemple : réactivité face à une urgence vitale).

Des défaillances dans les mesures barrières, principalement humaines, ont été signalées dans 76 % des déclarations (1 487/1 956 ; 345 réponses non applicables). Cela pouvait être l'absence de contrôle de l'identité du résident ou de double contrôle avant l'administration des médicaments, l'absence de sécurisation des locaux, le défaut de consultation des transmissions, l'absence de traçabilité, l'absence de travail en binôme ou encore le manque de réactivité dans la gestion de l'urgence vitale.

[23] Cette barrière n'a pas empêché l'évènement, puisqu'il y a eu un EIGS, mais elle a pu en atténuer la gravité.

4. Préconisations pour améliorer la sécurité des résidents

L'article R. 1413-73 du Code de la santé publique indique que « la Haute Autorité de santé élabore un bilan annuel des déclarations qu'elle a reçues (...) accompagné de préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients ». Les préconisations du présent rapport seront reprises dans le bilan annuel des déclarations de l'année 2025, à paraître en 2026.

> **Les préconisations listées ci-dessous ne concernent que les causes profondes identifiées au cours de l'analyse des déclarations d'EIGS reçues à la HAS.**

Ainsi, elles ne reprennent pas toutes les recommandations en lien avec les Ehpad déjà citées dans de précédents travaux réalisés ou labellisés par la HAS (2, 3, 10-20). Celles-ci restent cependant complètement valides.

Par ailleurs, les préconisations ne sont pas présentées par ordre d'importance, mais dans un ordre logique facilitant leur lecture et leur compréhension.

Ces préconisations s'adressent aux professionnels de santé, aux acteurs de la gestion des risques, à la gouvernance et aux usagers des Ehpad, aux représentants des personnes accompagnées, aux régulateurs de l'offre de soins et au législateur.

Synthèse. Les risques en lien avec les Ehpad identifiés à partir des déclarations d'EIGS sont principalement organisationnels : formations lacunaires, défaut de formalisation des processus et des tâches, transmissions déficientes aux interfaces avec l'hôpital et, plus généralement, manque de coordination interprofessionnelle. Ils renvoient à des enjeux « socles » de sécurité davantage qu'à des risques d'actes techniques complexes. À la différence des établissements sanitaires, où les EIGS sont plus fréquemment associés à des activités hautement techniques (actes invasifs, dispositifs médicaux complexes, plateaux techniques) et à des organisations de soins plus structurées, les constats en Ehpad traduisent une maturité encore insuffisante de la gestion des risques et un retard de structuration (outillage, procédures, compétences, pilotage) alors même que la gravité des conséquences pour les résidents est élevée.

1. Faire progresser la culture de sécurité des soins et la gestion des risques dans les Ehpad

Près de 17 % des déclarations d'EIGS en lien avec les Ehpad reçues à la HAS étaient inexploitables en raison d'un manque de qualité (déclarations très incomplètes, analyses des causes profondes très insuffisantes…). Par ailleurs, de nombreux déclarants ont soulevé des problèmes en lien avec le signalement des évènements indésirables au sein de leur structure[24], tels que l'absence ou l'insuffisance

[24] Le fait que toutes les structures médico-sociales doivent déclarer obligatoirement des évènements indésirables graves (**EIG)** définis par l'article L. 331-8-1 du CASF concernant tout dysfonctionnement grave au sein d'une structure (impactant la qualité de prise en charge ou le respect des droits des usagers et qui menace la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accompagnées) complexifie le circuit pour les professionnels et peut nuire à la qualité des déclarations des **EIGS** (double déclaration dans certains cas).

de culture de sécurité des soins. Dans une dizaine de cas, il a été aussi signalé des sanctions prises envers les professionnels.

Pour renforcer la culture de sécurité des soins et la déclaration des EIAS[25] en général, il est rappelé que l'engagement de la gouvernance est essentiel. Elle doit accompagner et sensibiliser les professionnels, et établir un climat de confiance favorable. Pour ce faire, les établissements peuvent commencer par mener une enquête de culture de sécurité des soins parmi leurs professionnels afin de disposer d'un diagnostic de la situation et ainsi pouvoir mettre en œuvre des actions correctives (21-24). Il peut s'agir, par exemple, de mettre en place une charte d'incitation à la déclaration incluant une non-sanction du personnel, d'informer les professionnels de l'intérêt de la déclaration ou de simplifier les systèmes de déclaration en interne.

Par ailleurs, il est important de former les professionnels exerçant en Ehpad à la démarche de gestion des risques (3), afin d'améliorer :

- la déclaration des EIAS au sein des Ehpad, encore trop peu faite[26] ;
- la qualité de l'analyse collective des EIAS : en effet, mieux comprendre les méthodes d'analyse des causes profondes et leur finalité permettrait aux professionnels de mieux compléter les déclarations d'EIAS (chronologie précise de l'évènement, causes immédiates et profondes détaillées, pluralité nécessaire des causes profondes identifiées, actions prises réalistes et détaillées) et ainsi d'en tirer des enseignements plus utiles. Par ailleurs, inclure systématiquement dans l'analyse le personnel non permanent impliqué, même s'il n'est plus présent, ainsi que les éventuels professionnels et structures de soins extérieurs à l'Ehpad contribue à améliorer la qualité de l'analyse (26) ;
- la pertinence des déclarations d'EIGS sur le portail national : les professionnels doivent vérifier, avant la déclaration sur le portail, que l'évènement répond bien à la définition règlementaire d'un EIGS (article R. 1413-67 du CSP[27]) (5), en particulier en ce qui concerne la gravité de l'évènement. Afin d'aider les déclarants, des travaux sont actuellement menés par la direction générale de la Santé pour expliciter en détail les termes de cette définition. Cependant, l'objectif premier de la déclaration n'est pas de répondre à des obligations règlementaires (déclaration des EIGS, évaluation des ESSMS, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens…) ou d'éviter les contentieux (plaintes des familles), mais bien d'essayer de prévenir la survenue ou d'atténuer les conséquences des EIGS pour les résidents. Les déclarations d'EIGS réalisées dans un but « comptable » ne sont souvent pas analysées correctement[28] et ne permettent donc pas d'améliorer la sécurité des résidents.

[25] Selon la définition scientifique d'un EIAS, celui-ci doit répondre à plusieurs critères. Il s'agit : d'un évènement défavorable survenant chez un patient ; associé aux actes de soins et d'accompagnement ; qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient ; qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ; qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un évènement inattendu (8).

[26] Selon l'étude française EHPAGE réalisée en 2016-2017 en Ehpad (25), il existe une sous-déclaration importante des EIAS par les professionnels de ces structures. En effet, lors de l'enquête menée pour estimer l'incidence des EIAS, la proportion des EIAS récupérés *a posteriori* par l'enquêteur (donc non déclarés) était de 62,4 %. Selon cette étude, il surviendrait 13,9 EIAS (toutes gravités confondues) pour 100 résidents-semaines et 0,4 EIAS grave pour 100 résidents-semaines (décès, survenue d'une menace vitale, transfert inattendu dans une structure de soins externe, incapacité ou handicap, perte d'autonomie permanente ou prolongée, nécessité d'une surveillance accrue et/ou d'une prise en soins plus lourde, rupture permanente ou prolongée des habitudes de vie, atteinte permanente ou prolongée à l'intégrité psychologique ou sociale). Aucun EIGS au sens de l'article R. 1413-67 du Code de la santé publique (5) n'avait été identifié.

[27] Par exemple, pour les chutes, en particulier lorsque la conséquence immédiate est une fracture, il est nécessaire de bien renseigner l'évolution clinique du résident qui justifierait que l'évènement soit considéré comme grave (mise en jeu du pronostic vital, survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, décès) et donc déclaré en tant qu'EIGS.

[28] En Ehpad, les déclarations d'EIGS « comptables » concernent surtout des chutes, des suicides, des fugues et des fausses routes. Leur analyse est très succincte, voire inexistante, et les causes profondes mises en avant sont principalement celles liées aux résidents.

Enfin, faire progresser la culture de sécurité des soins en Ehpad implique également d'assurer une information adaptée des résidents lorsqu'un dommage associé aux soins survient, cette annonce relevant à la fois d'un devoir moral et éthique, ainsi que d'une obligation légale[29] (27). L'information doit être claire, loyale, appropriée et délivrée dans le cadre d'un entretien individuel au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. Cette information lui est délivrée de préférence dans les 24 heures, sans excéder 15 jours après sa détection ou la demande expresse du patient.

Pour former les professionnels des Ehpad à la gestion des risques, il est possible de recourir aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA QSSP). L'une d'entre elles a conçu un outil d'auto-évaluation s'appuyant sur les chapitres et objectifs du manuel d'évaluation de la HAS, qui permet d'apprécier le niveau de maturité de la structure en gestion des risques et d'identifier des axes d'amélioration (28).

2. Veiller à l'acquisition et au maintien des connaissances et des compétences techniques des professionnels de santé exerçant en Ehpad

Des causes liées aux compétences et aux connaissances des professionnels ont été mentionnées dans environ 1 déclaration d'EIGS sur 4. Ces manquements portent principalement sur l'évaluation et la prévention du risque suicidaire et de fausses routes, la prévention et la prise en charge des chutes, la prise en charge des urgences vitales, l'utilisation des lève-personnes ou encore sur la gestion de la contention physique. Parallèlement, les déclarants ont souligné des défauts dans la politique de formation des professionnels des Ehpad sur les mêmes sujets.

Il revient à la gouvernance de ces structures de s'assurer de la formation initiale et continue des professionnels médicaux et paramédicaux, en particulier pour les nouveaux arrivants. Il s'agit d'ailleurs d'une exigence de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) (critères 3.8.4. « L'ESSMS met au service des accompagnements une équipe de professionnels formés et qualifiés » et 3.8.6. « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, procédures et références spécifiques à leur cadre d'intervention ») (2, 3).

De plus, quel que soit le type de personnel (permanent ou pas), le recrutement doit garantir une adéquation précise entre les qualifications et compétences du personnel et les missions des postes à pourvoir (26). Les conditions de recours aux professionnels non permanents, parfois dans l'urgence pour compléter des plannings d'équipes difficiles à élaborer, ne facilitent pas la recherche de cette adéquation. Certaines pratiques peuvent toutefois y contribuer. Ainsi, il est important d'utiliser des descriptions de poste détaillées clarifiant les savoirs, aptitudes et compétences nécessaires. L'évaluation des savoirs et aptitudes peut être réalisée lors de l'entretien d'embauche (cas des vacataires, par exemple) ou à l'arrivée du personnel dans la structure. Lorsque le personnel non permanent manque de savoirs ou d'aptitudes sur certains aspects de ses missions (exemple : bonne utilisation du lève-personne), la gouvernance et l'encadrement médical ou paramédical doivent s'assurer qu'il ait reçu les formations d'adaptation immédiate à l'emploi adéquates ou qu'il soit supervisé dès sa prise de fonction (compagnonnage/tutorat par un pair expérimenté par exemple).

Par ailleurs, la gouvernance et l'encadrement médical ou paramédical doivent mettre à disposition et faire connaître les procédures indispensables aux professionnels dans leur exercice quotidien (exemples : conduite à tenir en cas de fugue, prise en charge des escarres…).

[29] Article L. 1142-4 du Code de la santé publique

En particulier, il a été constaté que les professionnels des Ehpad rencontraient des difficultés à gérer les urgences vitales (AVC, fausses routes…), par méconnaissance du circuit de l'alerte ou des gestes de premiers secours à mettre en œuvre (manœuvre de Heimlich, par exemple). Ces difficultés sont exacerbées lors de périodes de vulnérabilité (congés du médecin coordonnateur ou du médecin traitant, poste non pourvu, effectif restreint la nuit), qui n'ont pas été prévues dans les procédures et protocoles. Il est essentiel d'assurer au sein de l'établissement un recyclage régulier de la formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) pour tout le personnel de l'Ehpad (29). Par ailleurs, disposer de dotations d'urgence en produits de santé (médicaments et matériel) permet au personnel soignant de stabiliser les résidents en attendant l'arrivée des secours (29). L'ensemble des soignants (IDE, AS…) doit participer à la vérification de la trousse d'urgence vitale et doit avoir une bonne connaissance de son fonctionnement, sous la responsabilité du cadre ou du référent médicaments de l'établissement, selon l'organisation. Enfin, il faut protocoliser les modalités d'alerte en cas d'urgence vitale, qui doivent être connues de tous.

3. Améliorer la sécurité diagnostique des résidents

Les erreurs diagnostiques rapportées dans les EIGS analysés étaient majoritairement des retards de diagnostic. Ces retards étaient souvent liés à un manque de connaissance des symptômes et signes cliniques des maladies ou à une mauvaise évaluation de la gravité de la situation par le personnel paramédical, conduisant à l'absence d'alerte du médecin coordonnateur ou du Samu centre 15.

Les professionnels paramédicaux des Ehpad doivent savoir identifier les situations d'urgence (hyperthermies, suspicions d'AVC, complications des chutes et des plaies cutanées ou encore occlusions intestinales), en recherchant des signes de gravité. Pour ce faire, des guides, accompagnés de fiches pratiques décrivant la conduite à tenir et d'outils, ont été élaborés spécifiquement pour ces structures (30-33).

L'amélioration de la sécurité diagnostique en Ehpad repose également sur d'autres leviers :

- renforcer le repérage précoce des situations à risque (dénutrition, déshydratation, dépression…) par la vigilance aux changements de l'état habituel des résidents (comportement, autonomie, cognition, appétit) (17, 34-36) ;
- associer la famille ou la personne de confiance au repérage des changements d'état du résident (en particulier, pour ceux peu ou pas communicants) ;
- apprendre à structurer le raisonnement clinique, notamment face aux tableaux fréquents et atypiques chez la personne âgée (confusion, chute, altération de l'état général), afin de limiter les biais cognitifs (37) ;
- améliorer la qualité et la continuité de l'information médicale, en s'appuyant sur une connaissance partagée de l'état de référence du résident et des transmissions fiables (37) ;
- développer la coordination interprofessionnelle, en valorisant le croisement des regards entre soignants, médecins et partenaires extérieurs (37) ;
- promouvoir une culture de sécurité diagnostique, intégrée à la démarche qualité, fondée sur l'analyse collective des situations complexes ou à risque (37).

4. Améliorer la transmission des informations lors des transferts entre les Ehpad et les établissements sanitaires

Des problèmes de communication des Ehpad vers les établissements de santé, en général vers les services d'accueil des urgences, ont été mentionnés par les déclarants. Il s'agit souvent de la

transmission d'informations incomplètes (exemple : traitements médicamenteux) (38). Des difficultés similaires sont également observées lors des retours d'hospitalisation, quels que soient les services, avec l'absence ou l'incomplétude de la lettre de liaison à la sortie.

Pour assurer la continuité de la prise en charge des résidents, la coordination interprofessionnelle, que ce soit au sein de l'Ehpad ou avec les structures et professionnels extérieurs, doit être organisée et formalisée (2, 3). La mise en œuvre du décret du 4 septembre 2025 permet de renforcer cette coordination interprofessionnelle en reconnaissant règlementairement le rôle de l'infirmier coordonnateur, en clarifiant l'articulation avec le médecin coordonnateur et en structurant le travail collectif autour du projet de soins, de la prévention et du suivi de l'activité et des prescriptions médicales (39). Le texte soutient cette coordination et la continuité des soins par le recours aux outils numériques en santé et, dans certains cas, à la télécoordination. Par ailleurs, il est possible de désigner un référent hospitalisation au sein de l'équipe, de créer des partenariats avec les hôpitaux de proximité ou encore d'utiliser les dispositifs d'appui à la coordination (40, 41).

En outre, la fréquence des transferts vers les services des urgences des résidents des Ehpad (25 % par an), la fréquence de leurs troubles cognitifs et la complexité des prises en charge rendent nécessaire la généralisation de l'utilisation du dossier de liaison d'urgence (DLU)[30] (38). Celui-ci doit être constitué et actualisé pour tous les résidents de l'Ehpad. Il doit être accessible 24 h/24 pour tous les soignants de l'Ehpad pouvant être amenés à gérer une urgence[31] (40). La mise en place de conventions avec des équipes mobiles de gériatrie permet de faciliter l'admission directe des résidents dans des services d'hospitalisation en évitant leur passage aux urgences.

De leur côté, les établissements doivent remettre au résident une lettre de liaison à la sortie avec les consignes de suivi nécessaires à la continuité de sa prise en charge (42). La lettre de liaison doit être versée dans le dossier médical du résident sur Mon espace santé (DMP) et envoyée au médecin traitant et au médecin adresseur, le cas échéant. Dans tous les cas, l'établissement doit, en amont de la sortie, informer et se coordonner avec l'Ehpad (médecin coordonnateur, cadre…) pour assurer la continuité des traitements et du suivi. Ces échanges devront être tracés dans le dossier du résident. Celui-ci doit être accessible par tous les professionnels en charge du résident avec les habilitations adéquates. La personne de confiance du résident doit être associée à la constitution, la mise à jour et la transmission du dossier du résident, notamment en cas de troubles cognitifs ou de situations complexes.

Enfin, le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux (43, 44), à l'entrée dans l'Ehpad, mais aussi lors d'un retour d'hospitalisation, est également un outil utile afin de sécuriser les phases de transition dans le parcours du résident.

5. Formaliser le circuit de la prise en charge médicamenteuse

En Ehpad, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse présente des spécificités liées à une population très âgée et polypathologique, exposée à la polymédication au long cours, à une organisation reposant sur des prescripteurs libéraux multiples pas toujours disponibles, et sur les médecins coordonnateurs, et à un circuit du médicament moins intégré que dans les établissements sanitaires (absence fréquente de pharmacie à usage intérieur et donc recours à des pharmacies d'officine). De

[30] Le DLU comporte le document de liaison d'urgence et la fiche de liaison d'urgence (document de transfert de l'Ehpad vers le service des urgences (recto) et le document de retour du service des urgences vers l'Ehpad (40).

[31] De manière générale, deux tiers des résidents transférés vers les services des urgences ont des troubles cognitifs aigus ou chroniques. Pourtant, ils sont transférés en service des urgences pour 10 % sans information et pour 90 % avec des informations incomplètes. Les médecins urgentistes considèrent qu'environ 50 % de ces informations manquantes sont très importantes pour la prise en charge des résidents (38).

plus, la surveillance clinique y est moins immédiate, l'accès aux examens complémentaires plus restreint et la traçabilité des prescriptions et des administrations dépend souvent de systèmes d'information hétérogènes ou partiellement interopérables. La sécurisation repose donc sur une coordination interprofessionnelle renforcée et une vigilance accrue lors des transitions médicamenteuses, notamment aux interfaces avec l'hôpital (cf. préconisation 4).

Tout comme dans les analyses portant sur l'ensemble des secteurs de soins (45), les erreurs médicamenteuses en lien avec les Ehpad concernent surtout l'administration et l'aide à la prise des médicaments, suivie de la prescription et rarement la dispensation. Cependant, il faut souligner qu'un tiers de ces erreurs serait lié à un problème d'identitovigilance en Ehpad, contre environ 1 sur 10 si l'on considère l'ensemble des secteurs. Par ailleurs, l'absence ou la méconnaissance des procédures sur la prise en charge médicamenteuse a été souvent signalée parmi les causes systémiques des EIGS, tout comme le manque d'ergonomie des systèmes d'information.

Afin de réduire les erreurs médicamenteuses, une des premières étapes est de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun sur le circuit du médicament (2, 3). Ces informations doivent être écrites, connues et accessibles par tous les professionnels exerçant dans l'Ehpad, mais aussi par les éventuels partenaires extérieurs (officine, médecins traitants…). Chaque étape du circuit du médicament doit ensuite faire l'objet de procédures et protocoles accessibles facilement par tous, dont notamment les bonnes pratiques concernant l'administration et l'aide à la prise des médicaments ou la gestion des médicaments à risque (insulines, méthotrexate…).

Plus particulièrement, l'identitovigilance doit être inscrite dans la stratégie de l'établissement (46). Les règles de base doivent être protocolisées et rappelées aux professionnels (47, 48). L'identité du résident doit être vérifiée avec des questions ouvertes leur demandant leurs nom, prénom et date de naissance. Pour les résidents qui ne peuvent plus ou refusent de communiquer, les professionnels doivent s'appuyer sur une photographie récente ou un bracelet nominatif, après accord de la personne accompagnée, de la famille ou de la personne de confiance.

Concernant les erreurs de prescription, notamment celles associées à la retranscription (strictement interdite par la règlementation pour les professionnels non habilités à prescrire), il convient d'instaurer un support unique de prescription et de favoriser l'utilisation du dossier résident informatisé lorsque celui-ci est disponible (49, 50). Il est également essentiel d'impliquer les professionnels dans le processus de sélection des logiciels d'aide à la prescription, afin de garantir leur adhésion à la prescription informatique et d'ajuster le paramétrage de ces outils aux exigences de la pratique clinique. La formation de l'ensemble des professionnels à leur bonne utilisation est nécessaire.

Enfin, il est à noter que de nombreux outils existent déjà pour aider les Ehpad à sécuriser la prise en charge médicamenteuse, dont des outils d'auto-évaluation, des outils de formation des professionnels de santé ou des outils pratiques (fiches de bonnes pratiques, calculateurs, flyer d'informations et charte destinés aux familles et aux proches, modèle type de convention avec une pharmacie d'officine…) (51-54).

6. Limiter le recours à la contention physique passive et, si elle ne peut être évitée, respecter les bonnes pratiques d'utilisation

La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un

comportement estimé dangereux ou mal adapté (55). Elle comporte des risques[32] et plusieurs EIGS en lien avec cette pratique ont été déclarés à la HAS. Les principaux facteurs contributifs retrouvés sont une méconnaissance des risques de la contention, l'existence de matériel de contention non adapté ou l'absence de procédure.

La contention physique passive ne doit être envisagée qu'en dernier recours après avoir exploré toutes les alternatives. Elle doit être motivée dans le dossier du résident et réalisée sur prescription médicale, réévaluée toutes les 24 heures (3, 55-57). La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire. Elle constitue une restriction de liberté et impose d'informer le résident, sa famille ainsi que la personne de confiance, en recherchant leur consentement. Le matériel utilisé doit répondre à des critères de confort et de sécurité, et une surveillance régulière de l'état du résident est obligatoire (au moins toutes les 24 heures) et tracée. La contention doit être levée aussi souvent que possible.

Afin d'aider les professionnels de santé lors de l'utilisation des dispositifs de contention, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) met à disposition 3 fiches de recommandations pour diminuer les risques liés à la contention au lit, dans un fauteuil ou avec un dispositif de couchage (58).

7. Mettre en œuvre les recommandations existantes sur la prévention des chutes

La moitié des déclarations d'EIGS en lien avec les Ehpad concerne des chutes, ce qui reflète leur fréquence et leur potentielle gravité chez les personnes âgées[33].

Il existe déjà de nombreux travaux sur le sujet de la prévention et la gestion des chutes, dont des plans antichutes national et régionaux (60), des recommandations (10-12, 14, 61-63) et des outils pratiques (64-66). Malgré cela, la morbi-mortalité liée aux chutes chez les personnes âgées continue d'augmenter ces dernières années (59).

Pour réduire le risque de chutes en Ehpad, où la presque totalité des résidents ont plus de 65 ans et présentent des pathologies complexes et de nombreuses comorbidités, une stratégie volontariste et multifactorielle est nécessaire sur le long terme. Elle doit se baser sur les recommandations existantes et porter prioritairement sur :

- l'aménagement du lieu de vie des résidents (en particulier, chambres et salles de bains) qui doit être conçu d'emblée pour limiter le risque de chute au maximum (hauteur variable des lits, espaces libres pour des déplacements avec un appareillage, fauteuil de repos stable et sécurisable, douche sans seuil ou marche, barres d'appui dans les toilettes, sécurisation d'accès aux escaliers…) et permettre une intervention rapide en cas de chute (bouton d'appel facile d'accès…) (61) ;
- la systématisation de l'évaluation du risque de chute, dès l'arrivée du résident en Ehpad, et sa réévaluation régulière (11). Cette information doit être indiquée dans le dossier médical du résident et toujours donner lieu à un plan d'action tracé si le risque est avéré ;

[32] La contention physique passive peut conduire à des blessures en cas d'agitation du résident, à l'apparition ou l'aggravation d'une confusion ou d'une agitation, à un syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, escarres, fausses routes, incontinence sphinctérienne, déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit…), à la perte d'autonomie ou à des décès par asphyxie ou traumatismes (55).

[33] En 2024, 174 824 hospitalisations en lien avec une chute ont été dénombrées chez les personnes âgées de plus de 65 ans, soit un taux standardisé de 1 198 hospitalisations pour 100 000 habitants de plus de 65 ans. En outre, 20 148 personnes âgées de 65 ans et plus sont décédées en lien avec une chute, soit un taux de mortalité standardisé de 138 pour 100 000 habitants âgés de plus de 65 ans (59).

- l'évaluation du bénéfice/risque des traitements susceptibles de provoquer des chutes[34], ou d'entraîner des complications graves en cas de chute, à chaque prescription ou renouvellement de prescription (61) ;
- la généralisation de l'activité physique et si possible sportive (68) ;
- le respect des bonnes pratiques de chaussage des résidents (12) ;
- la disponibilité de dispositifs de mobilisation et de relevage adaptés aux besoins identifiés et auxquels les professionnels de santé auront été formés (localisation, conditions et techniques d'utilisation), y compris les intérimaires (61, 69). Réaliser les mobilisations en binôme dès que possible.

8. Intensifier la prévention du passage à l'acte suicidaire et déployer la postvention

Les EIGS ont concerné des suicides ou tentatives de suicide dans 13 % des déclarations en lien avec les Ehpad. Les facteurs ayant contribué à ces évènements sont principalement le manque de procédures et de compétences des professionnels sur l'évaluation, la prévention et la gestion du risque suicidaire, les défauts de sécurisation de l'environnement, ainsi que des défauts de programmation de la réévaluation de ce risque. Les professionnels ont également exprimé la nécessité d'un accompagnement adapté pour gérer ces situations, tant dans leurs interactions avec les familles et les autres résidents que pour leur propre soutien.

Dans tous les Ehpad, il est nécessaire de mettre en place un plan d'établissement de prévention du suicide, comprenant, entre autres, la formation des professionnels au repérage des troubles de l'humeur et du risque suicidaire et une organisation permettant ce repérage, sa traçabilité, la co-construction du projet d'accompagnement en santé mentale avec le résident et la mobilisation des partenaires ressources (médecin traitant, équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé, famille, personne de confiance…) (2, 3, 70). Ce plan doit également comprendre des actions de sécurisation de l'environnement du résident. Ainsi, si un risque suicidaire est identifié, il faut limiter l'accès aux « lieux élevés » (terrasses, escaliers, balcons, fenêtres) pour prévenir les chutes volontaires, aux moyens de pendaison ou strangulation (objets pouvant servir de lien ; points de fixation) et aux objets dangereux du quotidien (ciseaux, briquets, rasoirs…). Dans tous les cas, il faut sécuriser l'accès aux médicaments, dont les chariots mobiles, et aux produits toxiques, y compris ménagers. Pour accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'identification et l'analyse des risques liés à l'environnement physique (locaux, mobilier, équipements), la DGOS a publié des grilles d'auto-évaluation de la sécurisation de l'environnement de soins (71).

Par ailleurs, dans le cadre de la prévention du suicide, le projet de vie des résidents doit toujours être considéré. Les Ehpad doivent penser à informer les patients sur les droits relatifs à la fin de vie et sur leur possibilité d'être accompagnés pour mourir sans souffrance (3, 72, 73). Ces informations doivent être présentes dans le livret d'accueil, doivent être délivrées à l'oral à chaque résident dans les quelques semaines suivant leur arrivée, et peuvent également être partagées lors de séances d'information communes à destination des résidents et de leurs proches.

Il est à noter que des SRA QSSP ont mis à la disposition des établissements un outil d'aide à l'analyse approfondie des causes d'une conduite suicidaire et un « Kit prévention du risque suicidaire chez les personnes âgées en établissements et services sociaux et médico-sociaux » (74, 75).

[34] Les médicaments concernés sont les psychotropes (benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques), les médicaments cardio-vasculaires (hypotenseurs, diurétiques, digoxine ou antiarythmiques de classe I) et les médicaments hypoglycémiants (sulfamides), ainsi que la polymédication (> 4 médicaments) en général (67).

Enfin, de façon à mieux gérer l'évènement s'il survient, un dispositif de postvention[35] est à prévoir par les Ehpad (72, 77).

9. Mieux gérer les fausses routes

Dans le cadre de cette analyse sur les EIGS en lien avec les Ehpad, une déclaration sur 10 concerne une fausse route[36]. Celles-ci peuvent survenir en raison d'un âge avancé (presbyphagie), de maladies neurologiques (démence, maladie de Parkinson, etc.), de pathologies oto-rhino-laryngologiques (mycoses, cancer…), de troubles du comportement alimentaire, d'interventions chirurgicales, de la radiothérapie ou encore de certains médicaments (neuroleptiques, benzodiazépines, opiacés…). Les EIGS ont été causés par le manque d'évaluation du risque de fausse route chez les résidents, des défauts de mise en œuvre de mesures de prévention (réévaluation du traitement médicamenteux, surveillance des repas, sécurisation de l'accès aux aliments non adaptés…) et le manque de formation des professionnels à la gestion d'une fausse route grave.

Afin de mieux gérer ces risques, il est nécessaire (2, 3, 80) :

- d'évaluer le risque de fausse route dès l'entrée du résident (médicaments, trouble de la vigilance, état bucco-dentaire, hyperphagie boulimique, pathologies neurologiques, musculaires ou oto-rhino-laryngologiques…) et réévaluer ce risque tout au long du séjour ;
- de tracer systématiquement dans le dossier du résident les informations liées aux troubles de la déglutition, aux textures alimentaires prescrites et à la nécessité d'une surveillance particulière et/ou d'une aide pour la prise des repas. Les communiquer à l'ensemble de l'équipe, en particulier aux nouveaux arrivants, et aux proches ;
- de former l'ensemble du personnel et les proches aux bonnes pratiques de prévention des fausses routes (installation, ustensiles adaptés, environnement calme) et à la détection des signes d'alerte (toux, voix mouillée, gêne pour avaler, reflux d'aliments par le nez, amaigrissement…) ;
- de protocoliser la gestion de la texture alimentaire des repas, de la prescription jusqu'à la prise alimentaire par le résident, en incluant la confection des repas, la distribution et la vérification de la concordance entre la prescription et le repas livré. Il est conseillé de s'appuyer sur la standardisation internationale des textures adaptées à la dysphagie (*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*), qui fournit une terminologie universelle permettant de décrire la texture des aliments et l'épaississement des boissons (81). Veiller à ce que la famille et les visiteurs aient bien connaissance des textures alimentaires à respecter ;
- de sécuriser l'accès aux cuisines ou aux repas des autres résidents (surtout pour les résidents atteints d'hyperphagie boulimique ou de troubles cognitifs) ;
- lorsque des médicaments susceptibles d'entraîner des fausses routes (par leurs propriétés pharmacologiques ou leur forme) sont prescrits, d'être particulièrement vigilant et d'adapter la prise en charge du résident. Le cas échéant, veiller à prescrire des médicaments écrasables.

Par ailleurs, la formation de tous les professionnels à la gestion des urgences vitales est impérative (cf. préconisation 2).

[35] La postvention correspond à l'ensemble des mesures d'accompagnement, de soutien et d'intervention pouvant être déployées à la suite d'un suicide afin d'en prévenir les conséquences négatives pour l'ensemble des personnes exposées (famille, professionnels de santé, résidents et tout autre membre de l'établissement) (76).

[36] Selon 2 études, la prévalence de la dysphagie est estimée entre 8 et 15 % des personnes âgées à domicile, et entre 30 et 62 % de celles résidant en institution (78, 79).

Les professionnels peuvent s’appuyer sur un guide pour les aider à réaliser une analyse des causes profondes des fausses routes (82), ainsi que sur une check-list (83).

Table des annexes

Annexe 1. Résultats – Analyse détaillée des causes profondes 29

Annexe 1. Résultats – Analyse détaillée des causes profondes

Causes profondes liées aux résidents

Des facteurs liés aux résidents étaient rapportés dans 89,5 % des déclarations (2 064/2 307). Parmi ces facteurs, on retrouve de façon prépondérante l'état de santé du résident (1 656/2 064) et ses antécédents (1 154/2 064) (plusieurs réponses possibles, cf. **Figure** 6).

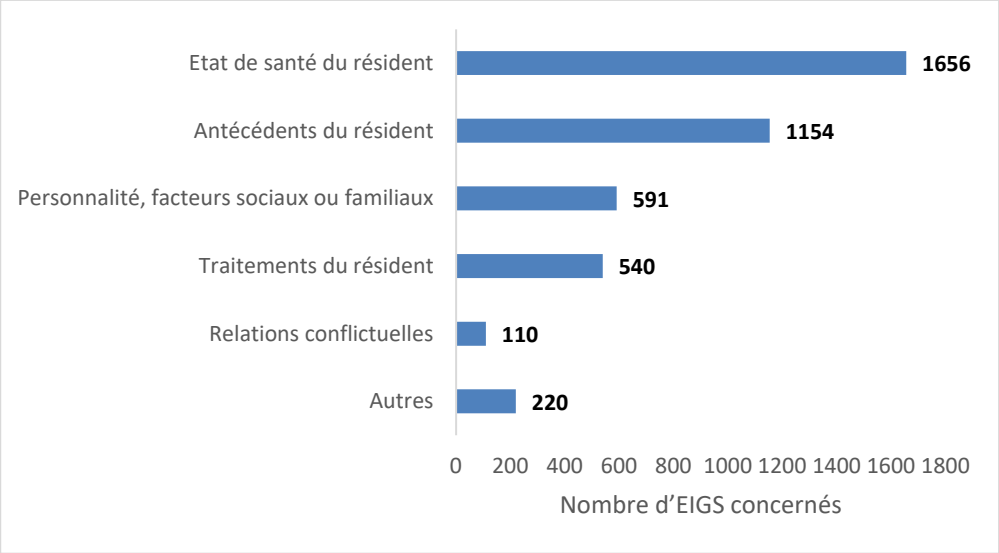

Figure 6. Répartition des causes profondes liées aux résidents des EIGS en lien avec les Ehpad (n = 2 064 déclarations, réponses multiples)

Concernant les causes liées à l'état de santé (n = 1 656), les polypathologies des résidents ont été très souvent mentionnées. Entre autres, il s'agissait de troubles cognitifs type Alzheimer, de dénutrition, d'insuffisance rénale, de pathologies cardio-vasculaires (hypertension, insuffisance cardiaque, diabète), de troubles psychiatriques (dépression, état suicidaire), d'éthylisme, d'ostéoporose, de risques de chute, de troubles de la déglutition ou de pathologies respiratoires.

Les antécédents du résident (n = 1 154) rapportés recouvrent les mêmes problèmes médicaux que ceux en lien avec leur état de santé.

S'agissant des facteurs liés à la personnalité et aux facteurs sociaux ou familiaux du résident (n = 591), on note l'éloignement familial, la perte d'autonomie, l'existence d'un deuil récent (décès du mari ou de la femme du résident, souvent en lien avec le placement en Ehpad) ou d'une barrière linguistique, le souhait de ne pas informer la famille de la gravité d'un état de santé ou encore le placement du résident en Ehpad sans son accord.

Quant aux facteurs liés aux traitements du résident (n = 540), le principal problème identifié est la polymédication avec des anticoagulants, des antidiabétiques (insuline notamment), des psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs), des antiépileptiques, des antiparkinsoniens ou des antiostéoporotiques.

Dans 110 cas, des relations conflictuelles entre les professionnels et les résidents ont été indiquées (opposition aux soins, agressivité, humeur labile).

Causes profondes liées aux tâches à accomplir

Des facteurs liés aux tâches à accomplir étaient mentionnés dans 56,3 % des déclarations (1 298/2 307). Parmi ces facteurs, ce sont principalement les problèmes liés aux procédures et protocoles qui ont été déclarés (811/1 298), mais aussi ceux liés à la programmation, la planification des tâches (360/1 298) (plusieurs réponses possibles, cf. **Figure** 7).

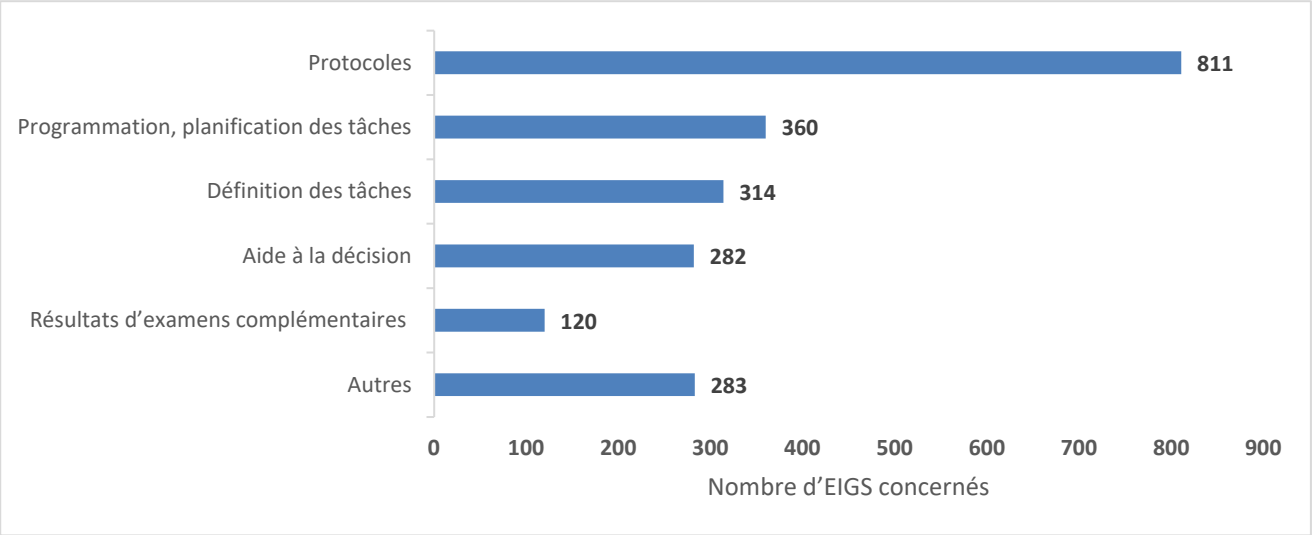

Figure 7. Répartition des causes profondes liées aux tâches à accomplir des EIGS en lien avec les Ehpad (n = 1 298 déclarations, réponses multiples)

Concernant les protocoles et procédures (n = 811), les déclarants rapportent leur absence, leur incomplétude, leur non-actualisation ou leur méconnaissance dans plusieurs domaines, notamment :

- la gestion du risque de chute (repérage des résidents à risque, conduite à tenir en cas de chutes, en particulier pour les résidents sous anticoagulant…), du risque suicidaire (évaluation, prévention, prise en charge et postvention), des troubles de la déglutition (évaluation, prévention et prise en charge des fausses routes ; liste des médicaments écrasables) et du risque de fugue (critères de mise en place des bracelets anti-fugue et de la surveillance, traçabilité de la mise en place de ces méthodes, conduite à tenir en cas de fugue) ;
- la prise en charge médicamenteuse, en particulier concernant la distribution et l'administration des médicaments (dont la gestion de la prise de médicaments par des résidents autonomes et la mise en place de perfusion sous-cutanée) ;
- la contention physique (gestion, fréquence de réévaluation, surveillance…), dont l'utilisation des barrières de lit ;
- la conduite à tenir pour les urgences vitales (dont l'ingestion de produits toxiques) ;
- l'évaluation de la douleur chez les résidents peu communicants ;
- les situations d'hétéro-agressivité répétées ;
- la gestion de l'oxygénothérapie en cas de coupure d'électricité ;
- la prise en charge des escarres et des ulcères de plaie ;
- la gestion de la constipation ;
- l'utilisation des lève-personnes ;
- la conduite à tenir en cas d'homonymie ;
- l'organisation de la sécurité en cas d'incendie.

Il est à noter que certains protocoles étaient existants et connus, mais n'ont pas été respectés par les professionnels (contrôle des accès à l'Ehpad ; administration des médicaments par les IDE et les aides-soignantes ; déclaration, traçabilité et suivi des chutes ; utilisation des lève-personnes en binôme ; vérification de l'identité du résident ; prévention des escarres ; gestion de la contention physique).

S'agissant des facteurs liés à la programmation et à la planification des tâches (n = 360), il a été signalé des difficultés sur le respect ou la mise à jour des plans de soins, ainsi que sur la planification de la réévaluation du risque suicidaire, des bilans de déglutition, du recueil des directives anticipées des résidents ou de l'évaluation de la douleur.

La définition des tâches (n = 314) est parfois jugée trop imprécise par les déclarants. Un exemple est l'absence de précision concernant les responsabilités de chacun lors d'une situation d'urgence vitale ou en cas d'alerte liée à une fugue.

Quant aux facteurs liés aux outils d'aide à la décision (n = 282), les déclarants indiquent qu'il n'y en avait pas pour les guider lors de la prise en charge des urgences vitales ou de l'évaluation de la douleur.

Enfin, concernant les résultats d'examens complémentaires (n = 120), les déclarants mentionnent l'absence de réalisation de certains examens, tels qu'un bilan biologique lors de l'admission des résidents ou le dépistage d'une éventuelle dénutrition, mais aussi l'absence ou la transmission tardive des résultats. On retrouve aussi des retards de lecture des résultats d'examens par les professionnels de santé.

Causes profondes liées à l'équipe

Des facteurs liés à l'équipe étaient cités dans 50 % des déclarations (1 153/2 307). Les trois facteurs les plus rapportés étaient la communication entre professionnels (695/1 153), les transmissions et alertes (577/1 153), ainsi que les informations écrites (452/1 153) (plusieurs réponses possibles, cf. **Figure** 8).

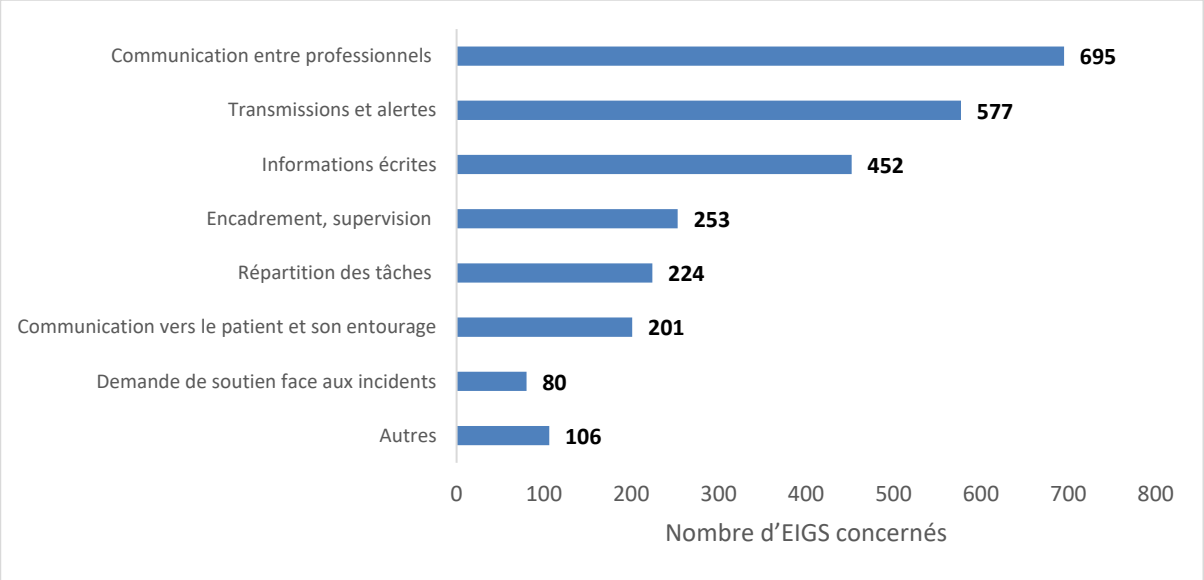

Figure 8. Répartition des causes profondes liées à l'équipe des EIGS en lien avec les Ehpad (n = 1 153 déclarations, réponses multiples)

Les problèmes de communication entre professionnels (n = 695) mentionnés interviennent :

- au sein des équipes paramédicales, entre les équipes de jour et de nuit ou au sein d'un binôme de nuit ;
- entre les IDE et les médecins coordonnateurs ou les médecins traitants ;
- entre l'Ehpad et les pharmacies à usage intérieur ;
- entre les professionnels de l'Ehpad et les ambulanciers, les services des urgences, les centres médico-psychologiques ou les centres de dialyse.

Dans certaines déclarations, il est fait mention d'une absence de temps dédié aux échanges.

Les difficultés liées aux transmissions et alertes (n = 577) concernent principalement des transmissions incomplètes de la part des établissements de santé où ont été hospitalisés les résidents (informations manquantes dans les comptes-rendus ou les lettres de liaison à la sortie). On note également des défauts de transmission d'information des professionnels de l'Ehpad aux médecins coordonnateurs.

Les déclarants relèvent souvent l'absence ou l'incomplétude des informations écrites (n = 452), comme les comptes-rendus, lettres de liaison et prescriptions, ainsi qu'une discordance entre la prescription écrite et celle du dossier informatisé.

L'encadrement est jugé parfois insuffisant, tant au niveau paramédical que médical (n = 253), au regard des pathologies des résidents et des situations complexes à gérer.

Sont rapportés aussi des glissements de tâche, en particulier entre aides-soignants et agents de service hospitalier (ASH), et une mauvaise définition des responsabilités (n = 224). Les glissements de tâche concernent, par exemple, la réalisation de la toilette des résidents ou de la distribution des médicaments par les ASH.

La communication vers le résident et sa famille (n = 201) peut souffrir de retards ou d'absence d'information sur certains évènements graves (chutes, transferts aux urgences, décès du résident…).

Enfin, le manque de soutien des professionnels face aux incidents a été mentionné dans 80 déclarations (exemples : absence d'organisation permettant la verbalisation des émotions et la décharge émotionnelle ; absence de dispositif de postvention pour accompagner les professionnels confrontés au suicide d'un résident ; absence du psychologue).

Causes profondes liées aux professionnels

Des facteurs liés aux professionnels étaient indiqués dans 48,7 % des déclarations (1 123/2 307), dont majoritairement des problèmes de qualifications et de compétences (532/1 123) (plusieurs réponses possibles, cf. **Figure** 9).

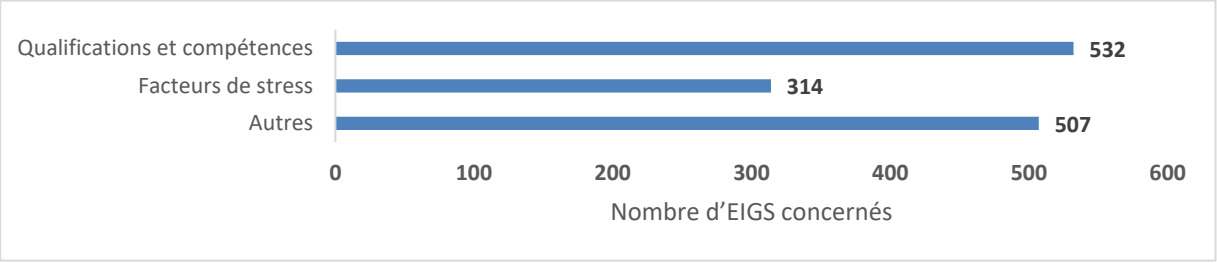

Figure 9. Répartition des causes profondes liées aux professionnels des EIGS en lien avec les Ehpad (n = 1 123 déclarations, réponses multiples)

S'agissant des qualifications et des compétences (n = 532), la difficulté de recruter des aides-soignants diplômés est souvent mise en avant, nécessitant de faire appel à du personnel faisant fonction d'aide-soignant (ASH, bénévoles, auxiliaire de vie, etc.). Un manque de compétences ou un défaut de maintien des compétences des professionnels est signalé pour diverses situations : les transferts des résidents (fauteuil-lit), la gestion des urgences vitales, les spécificités de certains médicaments, les règles d'identitovigilance lors de l'aide à la prise de médicaments par les aides-soignantes, la réalisation de la manœuvre de Heimlich, la détection du risque suicidaire, l'utilisation du dossier résident informatisé ou encore la gestion d'une toxi-infection alimentaire collective.

Les facteurs de stress (n = 314) rapportés sont liés aux situations d'urgence, au sous-effectif, à la longueur des journées de travail, à la méconnaissance de l'organisation de l'Ehpad (nouveaux arrivants), aux rythmes de service des repas exigeant une grande vigilance de la part des soignants, ou à l'agitation et aux exigences des résidents.

Causes profondes liées à l'environnement

Des facteurs liés à l'environnement de travail étaient mentionnés dans 44,3 % des déclarations (1 022/2 307). Les facteurs les plus cités concernaient les locaux (319/1 022), les équipements (296/1 022) et les effectifs (283/1 022) (plusieurs réponses possibles, cf. **Figure** 10).

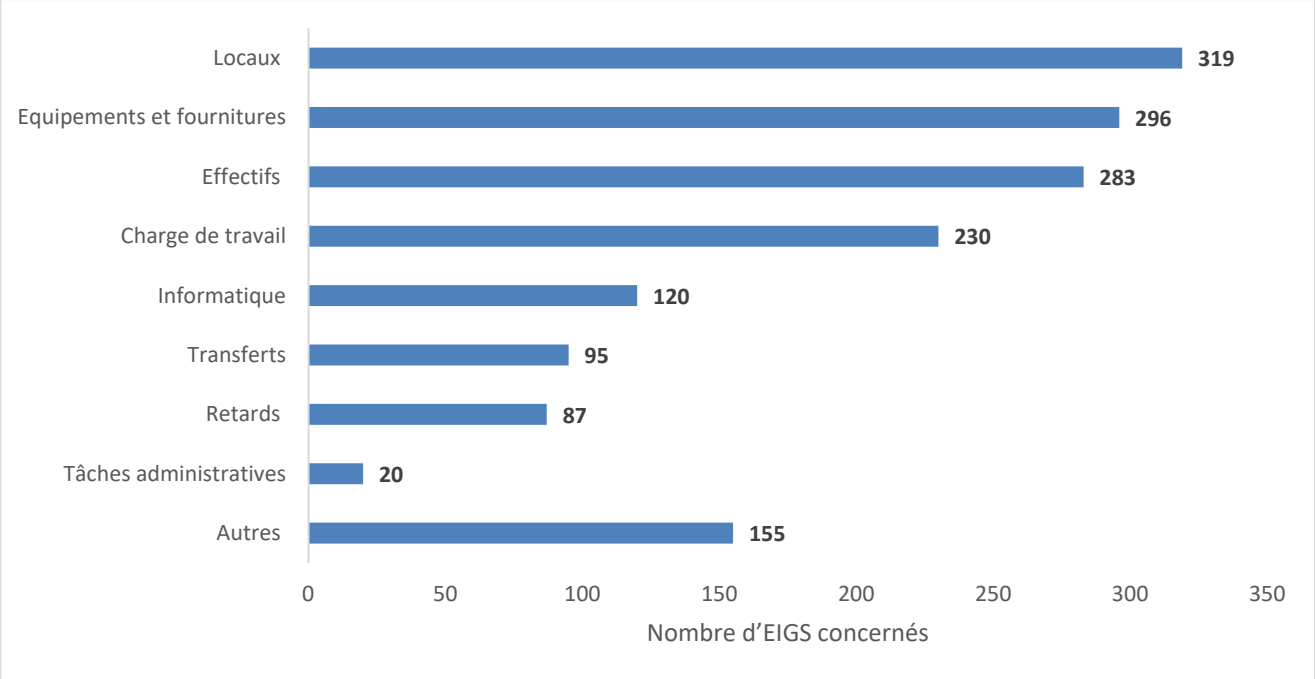

Figure 10. Répartition des causes profondes liées à l'environnement de travail des EIGS en lien avec les Ehpad (n = 1 022 déclarations, réponses multiples)

Lorsque les locaux ont contribué à la survenue de l'EIGS (n = 319), les déclarants ont mentionné l'exiguïté des chambres et salles de bains, entraînant des difficultés d'utilisation des lève-personnes ou d'un lit douche, l'absence de sécurisation des locaux (chariots de soins, locaux de stockage des chariots, locaux vidoirs, escaliers, fenêtres), ainsi que les défauts d'éclairage.

Plusieurs types d'équipements (n = 286) sont impliqués dans la survenue des EIGS déclarés, qu'ils soient absents, défectueux ou inadaptés : le matériel de contention physique, les barrières de lit, le

système de sécurité des lève-malades, les veilleuses dans les couloirs, les appels malades ou encore les aspirateurs à mucosité.

En ce qui concerne les difficultés liées aux effectifs (n = 283), les déclarants signalent que le nombre et/ou les compétences du personnel ne sont pas adaptés (IDE, aides-soignants, ergothérapeutes, orthophonistes, préparateurs en pharmacie, infirmiers de coordination (IDEC), cadres de santé, médecins coordonnateurs, etc.). Ils relèvent également l'absence de temps dédié à la transmission des informations entre les équipes de jour et de nuit, un fort turn-over ou encore la présence d'un seul aide-soignant la nuit, sans soutien d'une équipe pour prendre des décisions.

Sur le plan de la charge de travail (n = 230), il est généralement mis en avant que les effectifs sont insuffisants au regard des tâches à accomplir, tant pour les IDE que pour les aides-soignants. Il est fréquemment fait mention d'un report de tâches vers les IDE en l'absence d'aides-soignants, de la gestion simultanée d'incidents affectant plusieurs résidents (chutes, etc.), d'une surcharge de travail lors d'épidémies de grippe ou durant la crise Covid-19. Un ratio d'encadrement faible est également souligné.

Pour ce qui concerne les difficultés liées au système d'information et à l'informatique (n = 120), les déclarants rapportent un manque d'ergonomie dans le paramétrage et la gestion des prescriptions médicamenteuses du dossier résident informatisé (difficulté à prescrire des médicaments à fréquence hebdomadaire, impossibilité de suspendre un traitement lors d'une hospitalisation du résident…). Des problèmes d'ergonomie sont aussi relevés pour le suivi des informations médicales importantes sur le long terme ou pour le partage des données. S'ajoutent à cela une connexion internet fragile due à l'absence de fibre, des risques de cyberattaques ou encore l'impossibilité d'accéder à distance au dossier informatisé du résident.

Les difficultés liées aux transferts de résidents (n = 95) concernent notamment les retards et erreurs des ambulances privées, l'éloignement du centre hospitalier ou encore l'architecture de l'Ehpad, composé de nombreux étages nécessitant de multiples transferts.

Des retards (n = 87) sont également rapportés dans la prise en charge des situations urgentes, qu'il s'agisse du délai d'intervention des secours ou du temps nécessaire à la prise en compte d'une prescription.

Enfin, pour les tâches administratives (n = 20), sont notamment cités l'absence de procédure d'admission des résidents, l'indécision sur le médecin habilité à signer les certificats de décès ou encore le manque de clarté concernant les personnes à contacter dans le cadre des astreintes.

Causes profondes liées à l'organisation et au management

Des facteurs liés à l'organisation et au management étaient cités dans 34,4 % des déclarations (793/2 307), dont en majorité ceux liés aux ressources humaines (327/793), à la politique de formation (259/793) ou au management de la qualité, de la sécurité, de l'hygiène et de l'environnement (251/793) (plusieurs réponses possibles, cf. **Figure** 11).

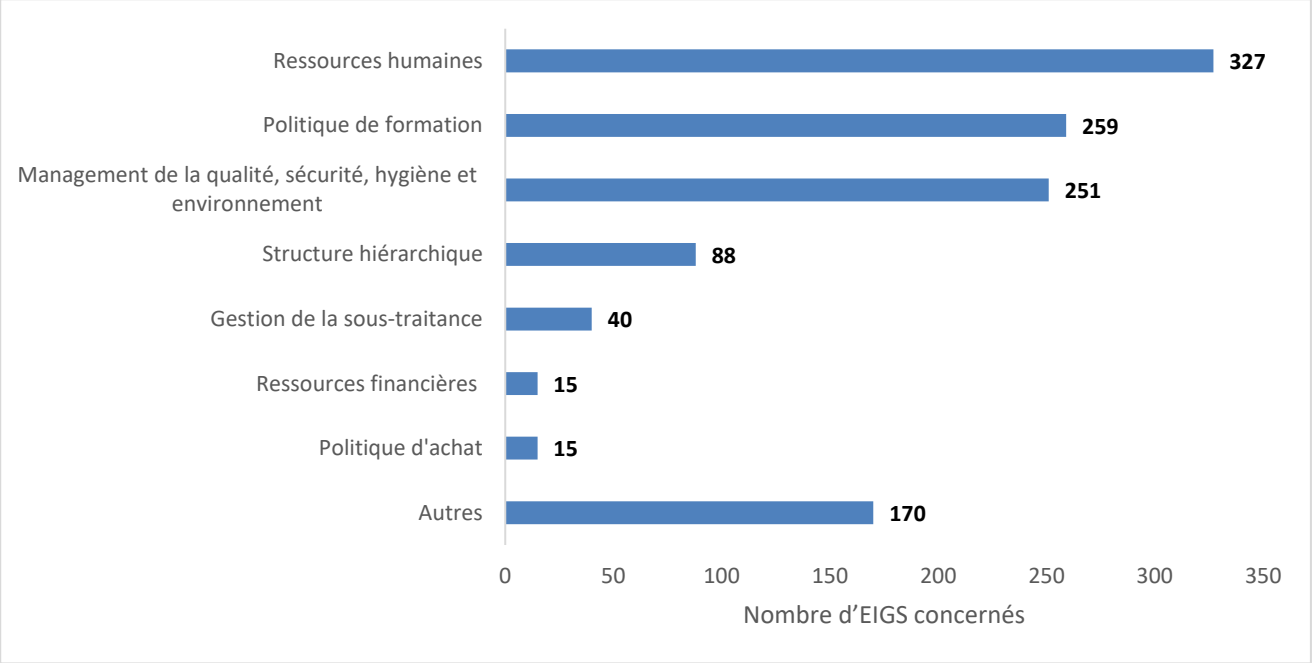

Figure 11. Répartition des causes profondes liées à l'organisation et au management des EIGS en lien avec les Ehpad (n = 793 déclarations, réponses multiples)

Au niveau des ressources humaines (n = 327), les déclarants signalent le turn-over, le recours à du personnel intérimaire sans procédure d'accueil, l'absence de médecin coordonnateur et un manque d'encadrement.

Au sujet des politiques de formation (n = 259), il est surtout souligné un manque de formation sur l'évaluation et la prévention du risque suicidaire, la gestion des chutes, des fausses routes, des gestes d'urgence, l'utilisation des lève-personnes, la contention physique et ses risques, la gestion des cathéters centraux et des fistules, la fin de vie, l'agressivité des résidents et les médicaments à risque.

Concernant la qualité et la gestion des risques (n = 251), les déclarants rapportent un manque de stratégie pour sensibiliser les professionnels à la sécurité des soins, une culture de sécurité insuffisante, l'absence d'une gestion documentaire organisée et une diffusion limitée des nouveaux protocoles, ainsi qu'une connaissance incomplète de la gestion documentaire.

S'agissant des facteurs relatifs à la structure hiérarchique (n = 88), plusieurs difficultés sont rapportées : la méconnaissance des niveaux décisionnels par les équipes, l'absence prolongée d'un cadre de santé ou d'encadrement pendant les nuits, le manque d'IDEC, l'absence d'une astreinte administrative officielle, ainsi que la vacance du poste de médecin coordonnateur.

Quant aux difficultés liées à la sous-traitance (n = 40), les déclarants relèvent une absence de convention avec un prestataire ou une insuffisance de formation par celui-ci. Des insuffisances de la prestation sous-traitée sont également mentionnées (restauration, gardiennage).

Les déclarants soulignent aussi des financements insuffisants (n = 15) pour recruter du personnel, mais aussi pour le remplacer lors des formations.

Enfin, il est relevé une absence de politique d'achat (n = 15) pour certains matériels, comme les hamacs ou les tablettes.

Causes profondes liées au contexte institutionnel

Des facteurs liés au contexte institutionnel étaient mentionnés dans 16,9 % des déclarations (391/2 307) (plusieurs réponses possibles, cf. Figure 12).

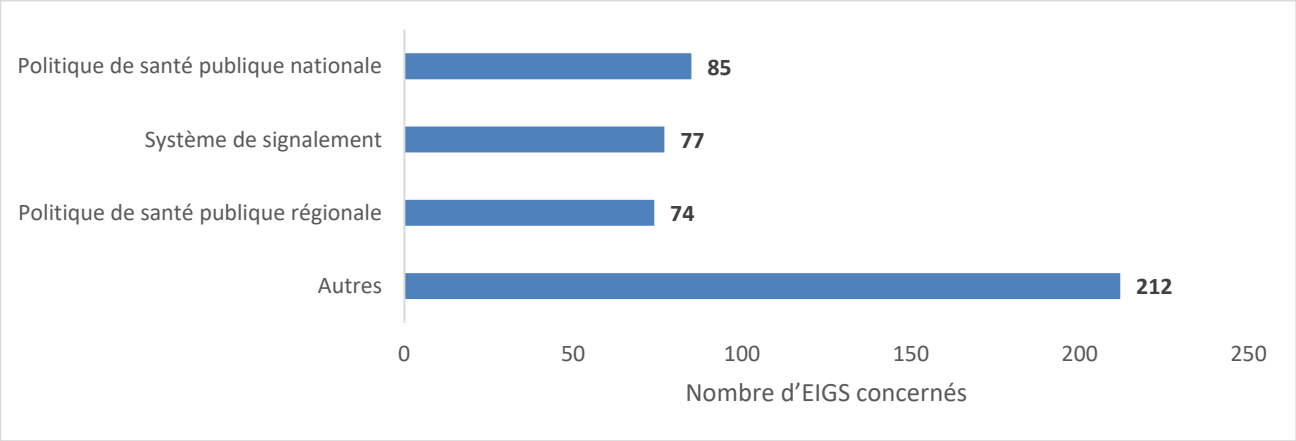

Figure 12. Répartition des causes profondes liées au contexte institutionnel des EIGS en lien avec les Ehpad (n = 391 déclarations, réponses multiples)

S'agissant des politiques de santé publique nationales (n = 85), les tensions de recrutement du personnel paramédical (IDE, aides-soignantes), ainsi que les difficultés à fidéliser ce personnel sont à nouveau mentionnées. Les déclarants soulignent également les difficultés à recruter des médecins coordonnateurs et la pénurie de médecins traitants sur le territoire.

Plusieurs problèmes en lien avec le signalement des évènements indésirables (n = 77) sont soulevés, tels que l'absence ou l'insuffisance de culture de sécurité des soins (exemples : absence de charte d'incitation au signalement des évènements indésirables, analyses des causes profondes absentes ou incomplètes) ou encore l'absence de déploiement d'un logiciel de gestion des risques permettant de déclarer les EIAS.

Enfin, concernant les politiques de santé publique régionales (n = 74), il est fait mention de dotations insuffisantes en personnel et de manque de financement, ainsi que du manque d'IDE, de masseurs-kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes sur le territoire. La pénurie de médecins traitants, contraignant les médecins coordonnateurs à assurer ce rôle et à délaisser le leur, est aussi soulignée. Enfin, il est noté le manque de places dans la filière géronto-psychiatrique, la difficulté d'accès à des psychiatres, surtout en été, et l'absence d'équipe mobile de plaies et cicatrisation.

Références bibliographiques

1. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Blasco J, Farges A, Le Caignec E, Pirus C, Rey M*, et al.* Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Dans: L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées. Perte d'autonomie et handicap: DREES; 2025. p. 64-71.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-09/PAPH%20-%20Fiche%2009%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es_0.pdf

2. Haute Autorité de Santé. Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

3. Haute Autorité de Santé. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Actualisé en juillet 2025. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3323075/fr/manuel-d-evaluation-de-la-qualite-des-essms-v1-1

4. Haute Autorité de Santé. Bilan annuel 2025 du dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3933930/fr/dispositif-d-evaluation-de-la-qualite-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-bilan-annuel-2025

5. 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. Journal officiel 2016;(0276 - 27 novembre 2016).

6. Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales [En ligne] 2022.
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033749053/2022-03-07

7. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care 2009;18(5):325-30.
https://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.032870

8. Haute Autorité de Santé, FORAP. L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) Mode d'emploi. mise à jour mars 2026. Saint-Denis La plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3933963/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-guide

9. Haute Autorité de Santé. Grille ALARM. Article HAS. Mis à jour le 14 avr. 2026 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm

10. Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees

11. Haute Autorité de Santé. Personnes âgées à risque de chute. Prescription d'activité physique. Synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_personnes_agees_a_risque_de_chute.pdf

12. Haute Autorité de Santé, Collège national de pédicure-podologie. Le patient à risque de chutes. Le pied de la personne âgée fiche outil n°3. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3222464/fr/pied-de-la-personne-agee-fiche-outil-n3-le-patient-a-risque-de-chutes

13. Haute Autorité de Santé. Programme Qualité de vie en Ehpad. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad

14. Haute Autorité de Santé. Fiche-repère. Chutes. Volet Ehpad. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3426370/fr/fiche-repere-chutes-volet-ehpad-juillet-2016

15. Haute Autorité de Santé. Fiche-repère. Troubles du comportement et troubles cognitifs. Volet Ehpad. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3426374/fr/fiche-repere-troubles-du-comportement-volet-ehpad-juillet-2016

16. Haute Autorité de Santé. Fiche-repère. Souffrance psychique. Volet Ehpad. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3426373/fr/fiche-repere-souffrance-psychique-volet-ehpad-juilletb-2016

17. Haute Autorité de Santé. Fiche-repère. Mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation. Volet Ehpad. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3426368/fr/fiche-repere-mauvaise-nutrition-denutrition-et-deshydratation-volet-ehapd-juillet-2016

18. Haute Autorité de Santé. Grille de lecture pour repérer les risques de perte d'autonomie ou son aggravation. Volet Ehpad. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3426375/fr/grille-de-lecture-volet-ehpad-juillet-2016

19. Haute Autorité de Santé. Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement. Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social, personnes majeures. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3549291/fr/bientraitance-et-gestion-des-signaux-de-maltraitance-en-etablissement-mise-en-oeuvre-en-milieu-sanitaire-medico-social-et-social-personnes-majeures-guide

20. Haute Autorité de Santé. Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement - Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social - Personnes majeures. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3549291/fr/bientraitance-et-gestion-des-signaux-de-maltraitance-en-etablissement-mise-en-

oeuvre-en-milieu-sanitaire-medico-social-et-social-personnes-majeures-guide

21. FORAP. Ressources pour mener l'enquête culture de sécurité des soins en établissement de santé et en Ehpad [En ligne] 2026. https://www.forap.fr/ressources-pour-mener-l-enquete-culture-de-securite-des-soins-en-etablissements-de-sante

22. FORAP. Mesure de la culture de sécurité en Ehpad : webinaire de présentation des premiers résultats français. Webinaire [En ligne] 2022. https://www.forap.fr/webinaire-sur-la-culture-de-securite-en-ehpad

23. SRA CEPPRAAL. Culture sécurité en Ehpad [En ligne]. Lyon: CEPPRAAL; 2026. https://www.ceppraal-sante.fr/nos-projets/culture-securite-des-soins-en-ehpad/

24. SRA Qualiris. Résultat de l'évaluation « Culture de Sécurité en Ehpad». Réunion de restitution régionale. Orléans: SRA Qualiris Centre Val de Loire; 2022. https://qualiris.esante-centre.fr/sites/qualiris.esante-centre.fr/files/2024-07/Pr%C3%A9sentation%20CS%20EHPAD%20VFORAP.pdf

25. Teigné D, Mouret D, Lucas M, Gaultier A, Moret L, Leclere B, Terrien N. Incidence des événements indésirables associés aux actes de soins et d'accompagnement en Ehpad : projet EHPAGE. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2019;17(3):243-53. https://dx.doi.org/10.1684/pnv.2018.0775

26. Haute Autorité de Santé. Analyse des déclarations de la base nationale des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec le personnel non permanent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3643308/fr/analyse-des-declarations-de-la-base-nationale-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-en-lien-avec-le-personnel-non-permanent

27. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1051870/fr/annonce-dommage-associe-aux-soins-guide

28. Fabre M, Desfontaines S, Morfoisse J. État des lieux de la gestion des risques en établissement social et médico-social : déploiement d'un outil d'auto-évaluation en Occitanie. Risques & Qualité 2025;XXII(4):233-6.

29. Observatoire du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique Centre Val de Loire, Agence régionale de santé Centre Val de Loire. Urgences en Ehpad. Dotations en produits de santé. Recommandations régionales Centre Val de Loire 1ère édition. Tours: OMéDIT Centre Val de Loire; 2025. https://www.omedit-centre.fr/medias/Urgences-en-EHPAD_Dotations-produits-de-sante.pdf

30. Agence régionale de santé Ile-de-France. IDE et aide-soignante en Ehpad - Conduite à tenir en cas d'urgence [En ligne]. Saint-Denis: ARS; 2016. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/ide-et-aide-soignante-en-ehpad-conduite-tenir-en-cas-durgence

31. Groupe Hospitalier Loos Haubourdin. Amélioration des soins d'urgence en Ehpad. Guide des fiches conduites à tenir. Loos: GHLH; 2023. https://ghlh.fr/wp-content/uploads/sites/262/2023/02/Guide-ASSURE-V2-compress%C3%A9.pdf

32. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Urg'ARA. Prise en charge des résidents d'Ehpad en situation d'urgence. Un programme du réseau régional des urgences Auvergne-Rhône-Alpes. Lyon: ARS Auvergne-Rhône Alpes; 2025. https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/52315/download?inline

33. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Urg'ARA. Check-list de transmission. Lyon: ARS Auvergne-Rhône Alpes; 2025. https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/52318/download?inline

34. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Dutheil N, Scheidegger S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. Études et Résultats 2026;(94):1-8.

35. Equipe régionale Vieillissement et maintien de l'Autonomie Centre Val de Loire, Pouteau V. Fiche pratique du téléstaff de février 2023. La déshydratation en Ehpad. Tours: CHRU Tours ; 2024. https://www.chu-tours.fr/vieillissement/wp-content/uploads/sites/11/2024/05/ERVMA-2023-fiche-pratique-la-deshydratation.pdf

36. Equipe régionale Vieillissement et maintien de l'autonomie, Pouteau V. Fiche pratique. La dénutrition définition et prévention. Tours: EVRAM Centre-Val de Loire; 2023. https://www.chu-tours.fr/vieillissement/wp-content/uploads/sites/11/2024/05/ERVMA-2023-fiche-pratique-Denutrition.pdf

37. Haute Autorité de Santé. Les erreurs diagnostiques en médecine. État des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3555664/fr/rapport-les-erreurs-diagnostiques-en-medecine-etat-des-lieux

38. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049210/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad-note-methodologique-et-de-synthese-documentaire

39. Décret n° 2025-897 du 4 septembre 2025 relatif aux missions et conditions d'exercice des infirmiers et médecins coordonnateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Journal officiel 2025;(0207 6 septembre 2025).

40. Haute Autorité de Santé. Dossier de liaison d'urgence (DLU) [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu#ancreDocAss

41. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) [En ligne]. Paris: Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie, et des personnes handicapées; 2023. https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/

42. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf

43. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736442/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante-fevrier-2018

44. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prise en charge médicamenteuse en Ehpad. Fiche-repère. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fr_medicament_vdef_crea.pdf

45. Haute Autorité de Santé. Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3230131/fr/erreurs-associees-aux-produits-de-sante-medicaments-dispositifs-medicaux-produits-sanguins-labiles-declarees-dans-la-base-de-retour-d-experience-nationale-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-document

46. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Kit de déploiement de l'identitovigilance dans une structure médico-sociale comprendre l'identitovigilance. Paris: ANAP; 2022.
https://grives.sante-paca.fr/wp-content/uploads/2022/12/Kit-identitovigilance-MS.pdf

47. Observatoire du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique Bretagne. Situations et médicaments à risque en gériatrie. Erreur d'identité lors de l'administration des médicaments en Ehpad. Quimper: OMéDIT Bretagne; 2024.
https://www.omeditbretagne.fr/wp-content/uploads/2024/07/Situations-a-Risques-Geriatrie-identitovigilance-05072024.pdf

48. Observatoire du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique Centre Val de Loire. L'identitovigilance au sein de l'ehpad je suis aide-soignant(e), je suis infirmier(e). Tours: OMéDIT Centre Val de Loire; 2021.
https://www.omedit-centre.fr/medias/Identitovigilance-EHPAD.pdf

49. Haute Autorité de Santé. Analyse des déclarations des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus lors de la prescription médicamenteuse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3658151/fr/analyse-des-declarations-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-survenus-lors-de-la-prescription-medicamenteuse

50. Haute Autorité de Santé. Flash Sécurité Patient « (Re)transcription des prescriptions médicamenteuses. Copier une prescription, c'est risquer de coller des erreurs». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3887491/fr/flash-securite-patient-re-transcription-des-prescriptions-medicamenteuses-copier-une-prescription-c-est-risquer-de-coller-des-erreurs

51. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Outil diagnostic de la prise en charge médicamenteuse du résident en Ehpad [En ligne]: ANAP; 2025.
https://anap.fr/s/article/pharma-bio-ste-publication-2321

52. Observatoire du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique d'Île-de-France. La prise en charge médicamenteuse en Ehpad. Paris: OMéDIT d'Île-de-France; 2025.
https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/5.-Schema-escargot-EHPAD.pdf

53. Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Le circuit du médicament en Ehpad. Sécuriser le circuit du médicament dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ne disposant pas de Pharmacie à usage intérieur (PUI). Lyon: ARS Auvergne-Rhône-Alpes; 2023.
https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/18322/download?inline

54. Agence régionale de santé Pays de la Loire. MOOC « aide à la prise des médicaments en Ehpad ». Nantes: ARS Pays de la Loire; 2025.
https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/formation-aide-la-prise-des-medicaments-en-ehpad-mooc

55. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Limiter les risques de contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf

56. Paca Corse sécurité qualité. Une contention inadaptée, un danger assuré. Fiche de retour d'expérience. Marseille: PASQUAL; 2025.

57. Structure régional d'appui Grand Est. Fiche Retex N°27 – Chute d'un résident malgré le matériel de contention [En ligne]: SRA Grand Est; 2024.
https://www.sragrandest.org/files/pdf/2024/retex/Fiche%20RETEX%2027%20-%20Contentions%20en%20EHPAD.pdf

58. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Recommandations pour assurer la sécurité des patients nécessitant une contention médicale [En ligne]. Saint-Denis: ANSM; 2021.
https://ansm.sante.fr/actualites/recommandations-pour-assurer-la-securite-des-patients-necessitant-une-contention-medicale

59. Santé publique France. Hospitalisations et mortalité en lien avec une chute chez les personnes de 65 ans et plus en France. Données 2015-2024. Saint Maurice: SPF. Bulletin. Édition nationale; 2026.
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/documents/bulletin-national/hospitalisations-et-mortalite-en-lien-avec-une-chute-chez-les-personnes-de-65-ans-et-plus-en-france.-donnees-2015-2024

60. Plan anti-chutes des personnes âgées. Dossier de presse. Paris: Ministère chargé de l'Autonomie; 2022.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf

61. Haute Autorité de Santé. Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3485904/fr/analyse-des-declarations-de-la-base-de-retour-d-experience-nationale-des-

evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-en-lien-avec-une-chute-de-patients-novembre-2021

62. Agence régionale de santé Ile de France. Plan antichute personne-âgées Saint-Denis: ARS Ile de France; 2022. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/108492/download?inline

63. Agence régionale de santé Normandie. Plan régional antichute des personnes âgées [En ligne]. Caen: ARS Normandie; 2025. https://www.normandie.ars.sante.fr/plan-regional-antichute-des-personnes-agees-5

64. Agence régionale de santé Ile de France. MOOC chute : éviter les chutes graves chez les personnes âgées [En ligne]. Saint-Denis: ARS Ile de France; 2025. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves-chez-les-personnes-agees

65. Vinzent K, Chastragnat P, Mourey M, Brika M. Des résidents experts du relevé du sol, formateurs des soignants Rev Gériatr 2023;48.

66. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Panorama des solutions numériques de prévention et détection des chutes des personnes âgées [En ligne]. Paris: ANAP; 2025. https://www.anap.fr/s/article/panorama-solutions-numeriques-prevention-detection-chutes-personnes-agees

67. Agence régionale de santé Normandie, Observatoire du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique Normandie. Qualité de la prise en charge médicamenteuse en Ehpad. Caen: OMéDIT Normandie; 2022. https://www.omedit-normandie.fr/media-files/34296/livret-ehpad_2022-2-.pdf

68. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Renforcer l'activité physique et sportive en ESSMS [En ligne]. Paris: ANAP; 2025. https://www.anap.fr/s/article/R%C3%A9f%C3%A9rent-activit%C3%A9-sportive-et-physique-en-ESSMS

69. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Utilisation des lève-personnes : Les bons gestes pour améliorer la sécurité des patients [En ligne]. Saint-Denis: ANSM; 2021. https://ansm.sante.fr/actualites/utilisation-des-leve-personnes-les-bons-gestes-pour-ameliorer-la-securite-des-patients

70. AP-HP Centre universitaire Paris Cité, Centre Ressource Régional de Psychiatrie du sujet âgé d'Île-de-France, Limosin F, Hanon C, Moré I. Equipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé : Référentiel régional d'organisation. Paris: AP-HP ; CRRPSA; 2022. https://api.crrpsa.fr/storage/uploads/2023/01/18/63c8047227a54Referentiel-EMPSA-2022-.pdf

71. Prévenir le risque suicidaire en établissement. Grille d'auto-évaluation de la sécurisation de l'environnement de soins [En ligne]. Paris: Ministère de la santé des familles de l'autonomie et des personnes handicapées; 2026. 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/prevenir-le-risque-suicidaire-en-etablissement

72. Haute Autorité de Santé. Les suicides et tentatives de suicide de patients. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3363377/fr/rapport-les-suicides-et-tentatives-de-suicide-de-patients

73. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Accompagner la fin de vie des personnes agées en Ehpad. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2853323/fr/recommandations-de-bonne-pratique-accompagner-la-fin-de-vie-des-personnes-agees-en-ehpad

74. Chas H, Stachowiak M-J, Bonfait H, Daucourt V, Jollant F. Conduites suicidaires : un questionnement spécifique pour l'analyse approfondie des causes. Risques & qualité en milieu de soins 2024;n° HS01(4):103-6. https://dx.doi.org/10.3917/rqms.hs01.0103

75. Martin O, Bour S, Urbain A-S, Mathieu C. « Prévention du risque suicidaire des personnes âgées ». Risques & qualité en milieu de soins 2023;Vol. XIX(3):175-6. https://dx.doi.org/10.3917/rqms.103.0175

76. Cuvillier B, Villeval P, Jakowleff A, Leaune É, Chalancon B, Durif-Bruckert C, *et al.* Expériences de professionnels de santé ayant bénéficié d'un programme de postvention collective à la suite du suicide d'un patient. Risques & qualité en milieu de soins 2025;XXII(2):79-84. https://dx.doi.org/10.3917/rqms.402.0079

77. Haute Autorité de Santé. Flash sécurité patient – « Suicide. Mieux vaut prévenir que mourir ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3363432/fr/flash-securite-patient-suicide-mieux-vaut-prevenir-que-mourir

78. Puisieux F, D'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaings-Pelet S, Crestani B, *et al.* Troubles de la deglutition du sujet age et pneumopathies en 14 questions/reponses. Rev Mal Respir 2009;26(6):587-605. https://dx.doi.org/10.1016/s0761-8425(09)74690-x

79. Desport JC, Villemonteix C, Fraysse JL, Fayemendy P, Jésus P, Douzon V, *et al.* Importance des fausses routes respiratoires chez 50 résidents testés aléatoirement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Nutr Clin Métabol 2020;34(1):52-3. https://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2020.02.357

80. Haute Autorité de Santé. Flash Sécurité Patient. Fausses routes. Lorsqu'une petite boulette devient un très gros pépin. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3860155/fr/flash-securite-patient-fausses-routes-lorsqu-une-petite-boulette-devient-un-tres-gros-pepin

81. Andrews E, Brin-Henry F, Girod-Roux M, Monty V, Ruglio V, Tessier MJ. Diagramme et descriptions détaillées de l'IDDSI 2.0 / 2019.Terminologie française harmonisée : International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI); 2022. https://www.iddsi.org/images/Publications-Resources/DetailedDefnTestMethods/FrenchHarmonised/V2DetailedDefnHFrenchJuly2022.PDF

82. STARAQS. Guide d'analyse d'un Evénement Indésirable Grave associé aux Soins en lien avec une Fausse Route Paris: STARAQS Blog; 2021. https://www.staraqs.com/_files/ugd/c4476e_2c3873a61fec43dc9e2ec2bbfc0ca6bd.pdf

83. Paca Corse sécurité qualité. Check list fausses routes. Les questions à se poser en cas de fausse route ou de risque de fausse route. Marseille: PASQUAL; 2022 https://pasqual.sante-paca.fr/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.10_CL-Fausse-route-Tryptique.pdf

.

Participants

Trois experts extérieurs à la HAS ont été sollicités pour donner leur avis sur le fond et la forme d'une version provisoire du document.

Il s'agit de :

- Catherine BEAUSON-SIMONET, usagère des systèmes de soins, sociaux ou médico-sociaux (35) ;
- Florence BLED, responsable RSE (responsabilité sociale des entreprises) (85), ex-chargée de mission du dispositif d'accompagnement des Ehpad à QualiREL Santé ;
- Sandrine RIGAUT, directrice d'Ehpad, consultante et formatrice dans les domaines de la bientraitance et de l'éthique de la santé (59).

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ALARM	*Association of Litigation and Risk Management*
ANAP	Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AS	Aide-soignant(e)
ASH	Agent de service hospitalier
DLU	Dossier de liaison d'urgence
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIAS	Évènement indésirable associé aux soins
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
HAS	Haute Autorité de santé
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
IDEC	Infirmier(ère) de coordination
SRA QSSP	Structure régionale d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – juillet 2026 – ISBN :