

## Volet 1 : Déclaration

Attention : la déclaration est à effectuer obligatoirement sur le portail de signalement [signalement.sante.gouv.fr](http://signalement.sante.gouv.fr)

Les champs \* sont obligatoires



### Informations sur le déclarant

<b>Catégorie déclarant* :</b>	<input type="checkbox"/> Administrations <input type="checkbox"/> Associations <input type="checkbox"/> Éducation nationale <input type="checkbox"/> Établissement scolaire, d'enseignement et de garde d'enfants <input type="checkbox"/> Établissements de santé <input type="checkbox"/> Établissements médico-sociaux <input type="checkbox"/> Professionnel de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services de secours (SDIS, CODIS, Sécurité civile) <input type="checkbox"/> Autres
<b>Vous déclarez en qualité de ? *</b>	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé médical <input type="checkbox"/> Professionnel de santé paramédical <input type="checkbox"/> Représentant de la structure dans laquelle a été constaté l'évènement <input type="checkbox"/> Autre profession
<b>Veillez préciser votre catégorie professionnelle* :</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Aide-soignant <input type="checkbox"/> Autre
<b>Nom* :</b>	
<b>Prénom* :</b>	
<b>Téléphone* :</b>	
<b>Adresse électronique* :</b>	
<b>Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice* :</b>	



### Informations sur le patient / résident exposé à l'EIGS

<b>Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l'évènement ?* :</b>	_
<b>Sexe :</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Âge (tranche) :</b>	
<b>En cas de grossesse, veuillez préciser quand est survenu l'EIGS en semaines d'aménorrhée (SA) :</b>	



## Circonstances de l'évènement

Date de constat non connue	<input type="checkbox"/>
Date de constat de l'évènement* :	. . / . . / . . . .
Lieu de constat de l'évènement* :	
Le lieu du constat est-il différent du lieu de survenue de l'évènement* ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Région de survenue* :	<input type="checkbox"/> Auvergne-Rhône-Alpes <input type="checkbox"/> Guyane <input type="checkbox"/> Bretagne <input type="checkbox"/> La Réunion <input type="checkbox"/> Bourgogne-Franche-Comté <input type="checkbox"/> Martinique <input type="checkbox"/> Centre-Val de Loire <input type="checkbox"/> Mayotte <input type="checkbox"/> Corse <input type="checkbox"/> Normandie <input type="checkbox"/> Grand Est <input type="checkbox"/> Nouvelle Aquitaine <input type="checkbox"/> Guadeloupe <input type="checkbox"/> Occitanie <input type="checkbox"/> Hauts-de-France <input type="checkbox"/> Pays de la Loire <input type="checkbox"/> Île-de-France <input type="checkbox"/> Provence-Alpes-Côte d'Azur
Qu'avez-vous constaté* ? :	<i>Décrire de façon détaillée les faits qui sont survenus de façon chronologique en mettant en évidence les acteurs, les lieux, les matériels, les informations, les pratiques impliqués.</i>
Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée* ? :	<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Probable déficit fonctionnel permanent
Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient avant la survenue de l'EIGS ? :	
Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ? :	
Quelles sont vos premières hypothèses de causes de survenue de cet évènement ? :	



## Les autres conséquences constatées au moment de la déclaration

<p>A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour le personnel* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné Si oui, précisez* :
<p>A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour la structure* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné Si oui, précisez* :
<p>A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu d'autres conséquences* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné Si oui, précisez* :



## Mesures immédiates prises pour le patient / résident

<p>Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient/résident* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si « oui », veuillez indiquer si les mesures prises concernent* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Les soins <input type="checkbox"/> L'organisation <input type="checkbox"/> Les matériels <input type="checkbox"/> Autres mesures
<p>Détaillez les mesures prises* ? :</p>	
<p>Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/résident* ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas



## Mesures immédiates pour les proches

Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée aux proches* ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Sans objet
---	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------



## Autres mesures

Y-a-t-il déjà eu une réunion entre l'équipe soignante concernée et l'équipe de direction* ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans objet
Y-a-t-il déjà eu des mesures prises pour le soutien du personnel* ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans objet
Une information a-t-elle été communiquée* ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Si oui, à qui* ? :		
	<input type="checkbox"/> à d'autres agences sanitaires		
	<input type="checkbox"/> à d'autres administrations		
	<input type="checkbox"/> à l'autorité de police		
	<input type="checkbox"/> à l'autorité judiciaire		
Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé* ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En cours



## Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS* ? :	
Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaire à l'analyse approfondie de cet évènement* ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS* ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Fin de la première partie

## Récapitulatif de votre signalement

Merci de vérifier les éléments de votre signalement avant de l'envoyer.

**Important : noter la référence de la déclaration**

## Volet 2 : Analyse des causes

**Attention : la déclaration est à effectuer obligatoirement sur le portail de signalement  
3 mois au plus tard après la première partie**  
[signalement.sante.gouv.fr](http://signalement.sante.gouv.fr)

**Les champs \* sont obligatoires**

Quel est le numéro de référence du premier volet de déclaration* ?	<b>N° Référence du volet 1*</b> :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	--



### Informations sur le déclarant

<b>Catégorie déclarant*</b> :	<input type="checkbox"/> Administrations <input type="checkbox"/> Associations <input type="checkbox"/> Éducation nationale <input type="checkbox"/> Établissement scolaire, d'enseignement et de garde d'enfants <input type="checkbox"/> Établissements de santé <input type="checkbox"/> Établissements médico-sociaux <input type="checkbox"/> Professionnel de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services de secours (SDIS, CODIS, Sécurité civile) <input type="checkbox"/> Autres
<b>Vous déclarez en qualité de ? *</b>	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé médical <input type="checkbox"/> Professionnel de santé paramédical <input type="checkbox"/> Représentant de la structure dans laquelle a été constaté l'évènement <input type="checkbox"/> Autre profession
<b>Veillez préciser votre catégorie professionnelle*</b> :	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Aide-soignant <input type="checkbox"/> Autre
<b>Nom*</b> :	
<b>Prénom*</b> :	
<b>Téléphone*</b> :	
<b>Adresse électronique*</b> :	
<b>Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice*</b> :	



## Lieu de survenue de l'événement

<b>Région de survenue* :</b>	<input type="checkbox"/> Auvergne-Rhône-Alpes <input type="checkbox"/> Guyane <input type="checkbox"/> Bretagne <input type="checkbox"/> La Réunion <input type="checkbox"/> Bourgogne-Franche-Comté <input type="checkbox"/> Martinique <input type="checkbox"/> Centre-Val de Loire <input type="checkbox"/> Mayotte <input type="checkbox"/> Corse <input type="checkbox"/> Normandie <input type="checkbox"/> Grand Est <input type="checkbox"/> Nouvelle Aquitaine <input type="checkbox"/> Guadeloupe <input type="checkbox"/> Occitanie <input type="checkbox"/> Hauts-de-France <input type="checkbox"/> Pays de la Loire <input type="checkbox"/> Île-de-France <input type="checkbox"/> Provence-Alpes-Côte d'Azur
<b>Lieu de survenue*</b>	<input type="checkbox"/> ES public <input type="checkbox"/> ES privé <input type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> ESMS pour personne âgées <input type="checkbox"/> ESMS pour adultes handicapés <input type="checkbox"/> ESMS pour enfants handicapés <input type="checkbox"/> En ville (cabinet de ville, centre de soins, MSP) <input type="checkbox"/> Domicile du patient <input type="checkbox"/> Autre Si autre, veuillez préciser : _____
<b>Activité concernée en établissement de santé ou structure de soins de ville concernée*</b>	<input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> SLD <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Cancérologie <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Plateau technique interventionnel <input type="checkbox"/> Cabinet de ville <input type="checkbox"/> Centre de soins <input type="checkbox"/> Maison de santé <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

## Informations sur la prise en charge

Quel est le diagnostic principal de prise en charge avant l'EIGS ? (associé aux soins délivrés)	<i>Si possible, merci de préciser le code CIM10.</i>
<b>Avant la survenue de l'EIGS, quelle était la complexité de la situation clinique<sup>1</sup> du patient ?*</b>	<i>Niveau de complexité de la prise en charge du patient avant la survenue de l'événement. 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.)</i> <input type="checkbox"/> Très complexe <input type="checkbox"/> Plutôt complexe <input type="checkbox"/> Non complexe <input type="checkbox"/> Plutôt non complexe <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Quel était le but de l'acte de soins ?	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Esthétique <input type="checkbox"/> Non concerné
<b>La prise en charge était-elle programmée ?*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

<sup>1</sup> Niveau de complexité de la prise en charge du patient avant la survenue de l'événement. 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.)

<b>Quel était le degré d'urgence de la prise en charge<sup>2</sup> avant la survenue de l'événement ?*</b>	<i>Définir l'urgence de l'acte avant la survenue de l'événement selon les degrés suivants : Non urgent, Urgence relative : acte pouvant être reporté de quelques jours, Urgence différée : acte pouvant être reporté de quelques heures, Urgence immédiate : acte devant être réalisé sans délai.</i> <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Urgence relative <input type="checkbox"/> Urgence différée <input type="checkbox"/> Urgence immédiate <input type="checkbox"/> Non concerné
Renseignez le code CCAM de l'acte médical réalisé :	
<b>Précisez, le cas échéant, si une technique innovante a-t-elle été utilisée ?* (pratique, matériel, clinique, informatique, etc.)</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné Si oui, précisez :
<b>Précisez durant quelles périodes particulières l'évènement s'est déroulé ?*</b>	<input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Jour férié <input type="checkbox"/> Week-end <input type="checkbox"/> Heure de changement d'équipe <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre



### Les causes immédiates et les causes profondes (facteurs favorisants)

<b>Avez-vous identifié une ou des causes immédiates à l'événement ?*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser lesquelles* :
--	---

<sup>2</sup> Définir l'urgence de l'acte avant la survenue de l'événement selon les degrés suivants : Non urgent ; Urgence relative : acte pouvant être reporté de quelques jours ; Urgence différée : acte pouvant être reporté de quelques heures ; Urgence immédiate : acte devant être réalisé sans délai.)

<p><b>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés au patient / résident ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Antécédents</li> <li><input type="checkbox"/> Etat de santé (pathologies, co-morbidités)</li> <li><input type="checkbox"/> Traitements</li> <li><input type="checkbox"/> Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux</li> <li><input type="checkbox"/> Relations conflictuelles</li> <li><input type="checkbox"/> Autres</li> </ul> </li> <li>- Explicitez votre choix* :</li> </ul>
<p><b>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés aux tâches à accomplir ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</li> <li><input type="checkbox"/> Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)</li> <li><input type="checkbox"/> Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)</li> <li><input type="checkbox"/> Définition des tâches</li> <li><input type="checkbox"/> Programmation, planification</li> <li><input type="checkbox"/> Autres</li> </ul> </li> <li>- Explicitez votre choix* :</li> </ul>
<p><b>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés aux professionnels ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Qualifications, compétences</li> <li><input type="checkbox"/> Facteurs de stress physique ou psychologique</li> <li><input type="checkbox"/> Autres</li> </ul> </li> <li>- Explicitez votre choix* :</li> </ul>

<p><b>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'équipe ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Communication entre professionnels</li> <li><input type="checkbox"/> Communication vers le patient et ses proches</li> <li><input type="checkbox"/> Informations écrites (dossier patient, ...)</li> <li><input type="checkbox"/> Transmissions et alertes</li> <li><input type="checkbox"/> Répartition des tâches</li> <li><input type="checkbox"/> Encadrement, supervision</li> <li><input type="checkbox"/> Demandes de soutien ou comportements face aux incidents</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> </li> <li>- Explicitez votre choix* :</li> </ul>
<p><b>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'environnement de travail ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Administration</li> <li><input type="checkbox"/> Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites</li> <li><input type="checkbox"/> Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)</li> <li><input type="checkbox"/> Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)</li> <li><input type="checkbox"/> Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)</li> <li><input type="checkbox"/> Charge de travail, temps de travail</li> <li><input type="checkbox"/> Retards, délais</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> </li> <li>- Explicitez votre choix* :</li> </ul>

<p><b>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'organisation et au management ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)</li> <li><input type="checkbox"/> Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant</li> <li><input type="checkbox"/> Politique de formation continue</li> <li><input type="checkbox"/> Gestion de la sous-traitance</li> <li><input type="checkbox"/> Politique d'achat</li> <li><input type="checkbox"/> Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement</li> <li><input type="checkbox"/> Ressources financières</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> </li> <li>- Explicitez votre choix* :</li> </ul>
<p><b>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés au contexte institutionnel ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Politique de santé publique nationale</li> <li><input type="checkbox"/> Politique de santé publique régionale</li> <li><input type="checkbox"/> Systèmes de signalement</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> </li> <li>- Explicitez votre choix* :</li> </ul>



### Éléments de sécurité ou « barrières »

<p><b>Avez-vous identifié des mesures "barrières" qui ont fonctionné (en limitant la gravité de l'évènement) ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui, précisez lesquelles*</p> <p>Veillez nous décrire toutes les informations utiles à l'analyse de l'évènement :</p>
<p><b>Avez-vous identifié des mesures "barrières" qui n'ont pas fonctionné et qui auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter ses conséquences ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui, précisez lesquelles*</p> <p>Veillez nous décrire toutes les informations utiles à l'analyse de l'évènement :</p>

<b>Comment qualifieriez-vous le caractère évitable<sup>3</sup> de cet événement ?*</b>	<input type="checkbox"/> Inévitable	<input type="checkbox"/> Probablement inévitable
	<input type="checkbox"/> Évitable	<input type="checkbox"/> Probablement évitable



### Mesures prises et envisagées (plan d'actions)

<b>Des actions ont-elles été mises en œuvre ou vont-elles être mises en œuvre ?*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez lesquelles et leurs échéances* :
Un suivi des actions est-il prévu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez comment* :
<b>Des mesures d'accompagnement du patient et/ou de ses proches ont-elles été mises en place ?*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentez votre réponse* :



### Réalisation de l'analyse

<b>L'analyse a-t-elle été réalisée collectivement ?*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser avec qui (fonctions)* :
--	---

<sup>3</sup> Le caractère évitable d'un événement 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'événement. La nature évitable d'un événement va donc déboucher sur la mise en place d'actions visant à l'empêcher de se reproduire.

<p><b>Avec quelle méthode/organisation a été réalisée l'analyse approfondie de l'EIGS ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> RMM   <input type="checkbox"/> CREX   <input type="checkbox"/> REMED   <input type="checkbox"/> ALARM</p> <p><input type="checkbox"/> Groupes de pairs</p> <p><input type="checkbox"/> Autre → précisez* :</p>
<p><b>Avez-vous bénéficié de l'appui d'une expertise ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, laquelle* :</p> <p><input type="checkbox"/> SRA   <input type="checkbox"/> OMEDIT   <input type="checkbox"/> ARLIN   <input type="checkbox"/> CCLIN</p> <p><input type="checkbox"/> Structure gestion des risques de mon établissement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre → précisez :</p>

## Fin de la deuxième partie

### **Récapitulatif de votre signalement**

Merci de vérifier les éléments de votre signalement avant de l'envoyer.