

## 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)

la fiche présente toutes les informations qui seront demandées lors de la déclaration qui sera faite  
électroniquement en ligne

<b>Quel est le numéro de référence du premier volet de déclaration* ?</b>	<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 libéral <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>	

**Les champs \* sont obligatoires**



## 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 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"/> Diagnostique <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
<b>Quel était le degré d'urgence de la prise en charge avant la survenue de l'événement ?*</b>	<i>Définir l'urgence de l'acte <u>avant la survenue de l'évènement</u> 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'évènement ?*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser lesquelles* :
<b>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés au patient / résident ?*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, <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>
<p><b>Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet évènement ?*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Inévitable <input type="checkbox"/> Probablement inévitable</p> <p><input type="checkbox"/> Évitable <input type="checkbox"/> Probablement évitable</p> <p>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.</p>



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

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



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

## Fin de la deuxième partie

### Récapitulatif de votre signalement

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