

## ANNEXE 1

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'**intérêt général et de qualité statistique** sans avoir de caractère obligatoire.  
Label n° 2009X706SA du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2009.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CCECQA.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du CCECQA.

*étiquette patient*

Trois premières lettres du nom :

Trois premières lettres du  
prénom :

IPP ou N° d'hospitalisation :

*rappel au médecin confirmateur*

**feuillet détachable à détruire avant l'envoi du dossier au  
CCECQA**

# FICHE DE DETECTION D'UN ÉVÉNEMENT INDESIRABLE GRAVE (EIG)

## INSTRUCTIONS

- N'inscrire les données nominatives que sur le feuillet détachable (à détruire avant l'envoi du dossier au CCECQA). Ce feuillet permet aux enquêteurs de faire le lien entre les différents questionnaires.
- Pour l'ensemble des critères, se référer aux définitions citées dans le guide de remplissage.
- Pour l'ensemble des critères de détection, répondre par « OUI » ou par « NON » au moyen d'une croix dans la case correspondante des tableaux situés en page 2, 3 et 4.
- Écrire la réponse lisiblement au stylo bleu ou noir (en rouge pour les corrections ou suppressions).

N° du patient :

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

## Identification

1. N° d'identification de l'enquêteur infirmier :

□ □

2. Unité de soins :

□ □ □ □

## Dates du recueil (jj/mm)

3. Passage n°1 :

□ □ / □ □

4. Passage n°2 :

□ □ / □ □

5. Passage n°3 :

□ □ / □ □

## Patient

6. Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

□ □ / □ □ / □ □ □ □

7. Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

□

8. Date d'admission dans l'unité (jj/mm/aa) :

□ □ / □ □ / □ □

9. Date de sortie de l'unité (jj/mm/aa) :

□ □ / □ □ / □ □

10. Mode de sortie :

1. Domicile ou maison de retraite

2. Décès

3. Transfert dans une autre unité de l'établissement :

précisez : .....

□

4. Transfert dans une unité d'un autre établissement :

11. Sources d'information consultées (réponse multiple) :

• Médecin

1. Oui 2. Non

□

- Cadre infirmier 1. Oui 2. Non
  - Infirmier 1. Oui 2. Non
  - Dossier patient consulté avec l'équipe 1. Oui 2. Non
  - Autre professionnel 1. Oui 2. Non
- si **autre professionnel**, précisez : .....

## 12. Passage n°1 de l'enquêteur : critères de détection

N°	critères	Détection		réservé codage
		Oui (1)	No	
Événement survenu avant l'hospitalisation				
1	Hospitalisation non prévue, dont le motif est lié aux conséquences négatives d'une prise en charge médicale (ou d'un événement de soins) durant les 12 derniers jours de grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Événement survenu pendant l'hospitalisation au cours de la période d'enquête				
2	Atteinte physique non désirée survenue au cours de l'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Événement lié à un médicament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Infection identifiée pendant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ablation, lésion ou réparation non prévue d'un organe ou d'un tissu au cours ou consécutif à une procédure invasive, chirurgicale ou non, ou lors d'un accouchement par voie basse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Passage ou retour non prévu au bloc opératoire au cours de l'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Intervention chirurgicale « à ciel ouvert » non prévue après une procédure fermée ou laparoscopique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tout accident aigu mettant en jeu le pronostic vital à court terme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Survenue d'un déficit neurologique ou d'un trouble cognitif non présent à l'admission.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Complication néonatale liée à la grossesse, au travail, à l'accouchement ou au suivi post-accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Autres complications présentées par le patient (ex : infarctus du myocarde, thrombose veineuse profonde, AVC, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Insatisfaction du patient ou de sa famille en rapport avec les soins reçus, documentée dans le dossier du patient ou par un dépôt de réclamation ou de plainte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Transfert non prévu dans un service de soins intensifs ou de réanimation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14	Transfert non prévu dans un autre établissement de santé de court séjour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Décès inattendu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Douleur ou impact psychologique ou social documentés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Autre événement indésirable lié aux soins et non pris en compte par les critères précédents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 14. Passage n°2 de l'enquêteur : critères de détection pour les événements non présents au passage n°1

N°	critères	Détection		réservé codage
		Oui (1)	No	

##### Événement survenu avant l'hospitalisation

1	Hospitalisation non prévue, dont le motif est lié aux conséquences négatives d'une prise en charge médicale (ou d'un acte de soins ou d'un examen) dans les 72 jours précédents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--	--------------------------	--------------------------	--

##### Événement survenu pendant l'hospitalisation au cours de la période d'enquête

2	Atteinte physique non désirée survenue au cours de l'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Événement lié à un médicament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Infection identifiée pendant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Ablation, lésion ou réparation non prévue d'un organe ou d'un tissu au cours ou consécutif à une procédure invasive, chirurgicale ou non, ou lors d'un accouchement par voie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Passage ou retour non prévu au bloc opératoire au cours de l'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Intervention chirurgicale « à ciel ouvert » non prévue après une procédure fermée ou laparoscopique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Tout accident aigu mettant en jeu le pronostic vital à court terme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Survenue d'un déficit neurologique ou d'un trouble cognitif non présent à l'admission.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Complication néonatale liée à la grossesse, au travail, à l'accouchement ou au suivi post-accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Autres complications présentées par le patient (ex : infarctus du myocarde, thrombose veineuse profonde, AVC,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Insatisfaction du patient ou de sa famille en rapport avec les soins reçus, documentée dans le dossier du patient ou par un dépôt de réclamation ou de plainte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13	Transfert non prévu dans un service de soins intensifs ou de réanimation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14	Transfert non prévu dans un autre établissement de santé de court séjour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15	Décès inattendu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16	Douleur ou impact psychologique ou social documentés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17	Autre événement indésirable lié aux soins et non pris en compte par les critères précédents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### 15. Passage n°3 de l'enquêteur : critères de détection pour les événements non présents au passage n°2

N°	critères	Détection		réservé codage
		Oui (1)	No	

#### Événement survenu avant l'hospitalisation

1	Hospitalisation non prévue, dont le motif est lié aux conséquences négatives d'une prise en charge médicale (ou d'une charge de prise en charge) dans les 12 derniers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------

#### Événement survenu pendant l'hospitalisation au cours de la période d'enquête

2	Atteinte physique non désirée survenue au cours de l'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	Événement lié à un médicament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	Infection identifiée pendant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	Ablation, lésion ou réparation non prévue d'un organe ou d'un tissu au cours ou consécutif à une procédure invasive, chirurgicale ou non, ou lors d'un accouchement par voie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	Passage ou retour non prévu au bloc opératoire au cours de l'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	Intervention chirurgicale « à ciel ouvert » non prévue après une procédure fermée ou laparoscopique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	Tout accident aigu mettant en jeu le pronostic vital à court terme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	Survenue d'un déficit neurologique ou d'un trouble cognitif non présent à l'admission.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10	Complication néonatale liée à la grossesse, au travail, à l'accouchement ou au suivi post-accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11	Autres complications présentées par le patient (ex : infarctus du myocarde, thrombose veineuse profonde, AVC,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

12	Insatisfaction du patient ou de sa famille en rapport avec les soins reçus, documentée dans le dossier du patient ou par un dépôt de réclamation ou de plainte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13	Transfert non prévu dans un service de soins intensifs ou de réanimation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14	Transfert non prévu dans un autre établissement de santé de court séjour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15	Décès inattendu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16	Douleur ou impact psychologique ou social documentés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17	Autre événement indésirable lié aux soins et non pris en compte par les critères précédents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Chiffres susceptibles de variation à la 1

## Description des événements détectés par les critères

16. Nombre total de critères retrouvés :	<input type="text"/>
17. Nombre d'événements détectés :	<input type="text"/>

## Résumé clinique des événements détectés par les critères

Passage n°1	
Passage n°2	
Passage n°3	
18. Patient sorti du service pendant la période d'observation ? 1. Oui    2. Non	<input type="text"/>

*Chiffres susceptibles de variation à la marge*

**IMPORTANT :**

si **OUI** à la question 18, noter la **date** et le **mode de sortie** aux questions

**ANNEXE 2**

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'**intérêt général et de qualité statistique** sans avoir de caractère obligatoire.

Label n° 2009X706SA du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2009.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CCECQA.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du CCECQA.

*étiquette patient*

Trois premières lettres du  
nom :

Trois premières lettres du  
prénom :

IPP ou N° d'hospitalisation :



*rappel au médecin confirmateur*

**feuillet détachable à détruire avant l'envoi du dossier au  
CCECQA**

*Chiffres susceptibles de variation à la marge*

# FICHE DE CONFIRMATION D'UN ÉVÉNEMENT INDESIRABLE GRAVE LIE AUX SOINS (EIG)

## INSTRUCTIONS

- Consulter la fiche de détection du patient.
- Remplir une fiche de confirmation pour chaque événement détecté par l'enquêteur infirmier, même si vous concluez qu'il n'y a pas eu d'événement.
- N'inscrire le nom, le prénom, l'IPP ou le n° d'hospitalisation du patient que sur le feuillet détachable.
- Détruire le feuillet détachable à la sortie du service après avoir vérifié la concordance des questionnaires de détection et de confirmation.
- Entourer les réponses appropriées lisiblement au stylo bleu ou noir (rouge pour les corrections ou suppressions) et réserver le codage pour une phase ultérieure.

## Identification

19. N° du patient :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20. N° de l'événement analysé : (pour le même patient : si un seul EIG alors n° 1/1, si deux EIG alors n° 1/2 ou	<input type="text"/> sur <input type="text"/>
21. N° d'identification du médecin enquêteur :	<input type="text"/> <input type="text"/>
22. Date du recueil (jj/mm) :	<input type="text"/> / <input type="text"/>

<b>23. Sources d'information consultées (réponse multiple) :</b>		
• Médecin	1. Oui    2. Non	<input type="checkbox"/>
• Cadre infirmier	1. Oui    2. Non	<input type="checkbox"/>
• Infirmier	1. Oui    2. Non	<input type="checkbox"/>
• Dossier patient consulté avec l'équipe	1. Oui    2. Non	<input type="checkbox"/>
• Autre professionnel	1. Oui    2. Non	<input type="checkbox"/>
si autre professionnel, précisez : .....		

## SURVENUE et GRAVITE d'un EVENEMENT INDESIRABLE

24. Le patient a-t-il présenté un événement indésirable ?

1. Oui 2. Non

→ si **NON** à la question 6, alors **FIN du recueil**

25. Un des motifs d'hospitalisation dans cette unité est-il la survenue de l'événement étudié ?

1. Oui 2. Non

si **Oui**, quelle est la durée réelle ou estimée de l'hospitalisation causée par cet événement : .....

26. L'événement étudié est-il survenu ou a-t-il été identifié pendant la période d'enquête ?

1. Oui 2. Non

→ si **NON** aux questions 7 et 8, alors **FIN du recueil**

*ATTENTION, cette situation est rencontrée **UNIQUEMENT** si l'événement*

27. L'événement :

a. Est-il associé à la survenue d'un décès ?

1. Oui 2. Non

→ S'il n'est pas associé à un décès :

b. A-t-il mis en jeu le pronostic vital (avant ou pendant

1. Oui 2. Non

si **Oui**, précisez : .....

c. A-t-il entraîné (ou est-il susceptible d'entraîner) une incapacité au moment de la

1. Oui 2. Non

si **Oui**, précisez : .....

d. A-t-il entraîné (ou est-il susceptible d'entraîner) une prolongation du séjour

1. Oui 2. Non

si **Oui**, précisez le nombre de jours : .....

→ si **NON** aux questions 7 et 9 (a, b, c et d), alors **FIN du recueil**

Chiffres susceptibles de variation à la marge

## LIEN avec les SOINS

L'ensemble des questions ci-dessous vise à apprécier le degré d'association entre l'événement clinique étudié et la réalisation des soins. Aucune de ces questions ne permet de conclure sur le caractère évitable de l'événement étudié.

Répondre aux questions suivantes avant de porter un jugement sur l'existence d'un lien entre l'événement clinique et les soins.

10.1 Pouvait-on s'attendre à cet événement étant donné la maladie ou de l'état de santé du patient ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

10.2 Y a-t-il des éléments indiquant ou suggérant que la prise en charge (ou son absence) a provoqué l'événement ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

10.3 Y a-t-il des arguments chronologiques qui suggèrent que l'événement est lié à la prise en charge (ou à l'absence de prise en charge) ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

10.4 Y a-t-il une autre explication plausible que la prise en charge (ou l'absence de prise en charge) comme cause de l'événement ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

10.5 Chez ce patient, cet événement aurait-il pu survenir en l'absence de cette prise en charge ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

10.6 Pour ce patient, l'événement a-t-il été identifié comme un événement indésirable lié aux soins par l'équipe médicale durant l'hospitalisation ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

a. Si Oui, une action contre la cause de cet événement a-t-elle été entreprise par l'équipe médicale ?

1. Oui 2. Non 3. Non applicable

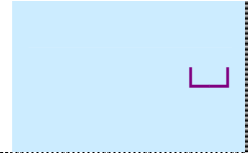
b. Si Oui, cette action a-t-elle eu des effets sur l'événement ?

1. Oui 2. Possiblement 3. Trop tôt pour en juger

4. Non 5. Ne sait pas 6. Non applicable

10.7 Est-il généralement reconnu que ce type de prise en charge (ou d'absence de prise en charge) peut être la cause de ce type d'événement ?

1. Large reconnaissance de la communauté scientifique
2. Reconnaissance par certains spécialistes uniquement
3. Pas de reconnaissance



Chiffres susceptibles de variation à la marge

11. Après prise en considération de vos réponses aux questions précédentes, quel degré de confiance accordez-vous au lien entre l'événement et la prise en charge ?

Degré de confiance du caractère lié aux soins de cet événement

1. **Exclu** (avec certitude ou avec quasi-certitude).
2. **Très peu probable** (il y a surtout des arguments en défaveur, mais il reste une possibilité pour que ce soit lié aux soins).
3. **Peu probable** (plus d'arguments en défaveur qu'en faveur).
4. **Assez probable** (plus d'arguments en faveur qu'en défaveur).
5. **Très probable** (il y a surtout des arguments en faveur, mais il

→ Si l'événement a été considéré comme **indésirable, grave et lié aux soins** avec un **degré de confiance > 3**, alors poursuivre le recueil en complétant la **fiche d'analyse du caractère évitable d'un EIG**.

Chiffres susceptibles de variation à l'an

ANNEXE 3  
FICHE D'ANALYSE DU CARACTERE EVITABLE  
D'UN ÉVÉNEMENT INDESIRABLE GRAVE (EIG)

N° d'identification du médecin enquêteur :

□□

Date du recueil (jj/mm/aa) :

□□ / □□ / □□

INSTRUCTIONS

- Consulter les fiches de détection et de confirmation du caractère indésirable de l'événement.
- Remplir la fiche de correspondance et noter le numéro aléatoire attribué au patient.
- Cette fiche ne doit être remplie que si l'événement a été considéré comme **indésirable, grave et lié aux soins** avec un **degré de confiance > 3**.
- Ni le nom, ni le prénom, ni l'IPP, ni le n° d'hospitalisation du patient **ne doivent être inscrits** sur cette fiche.
- **Entourer les réponses appropriées** lisiblement au stylo bleu ou noir (rouge pour les corrections ou suppressions) et réserver le codage pour une phase ultérieure.

*cf. table de correspondance*

28. N° aléatoire du patient :

□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---

29. N° de l'événement analysé :

(pour le même patient : si un seul EIG alors n° 1/1, si deux EIG alors n° 1/2)

□ sur □

30. Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

□

31. Age (années) :

□□□



32. Type d'établissement : 1. CHU 2. CH 3. PSPH 4. Clinique	<input type="checkbox"/>
33. Discipline de l'unité : 1. Médecine 2. Chirurgie	<input type="checkbox"/>
34. Date d'admission dans l'unité (jj/mm/aa) :	___ / ___ / ___
35. Date de sortie de l'unité (jj/mm/aa) : (ou date au moment de l'analyse du cas si patient encore hospitalisé dans	___ / ___ / ___
36. Date d'identification de l'événement (jj/mm/aa) :	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Ne sait pas
37. Date de survenue de l'événement (jj/mm/aa) : (si différente de celle de son identification)	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Ne sait pas

38. Nature de l'EIG : .....	___
39. Nature de la prise en charge associée à l'événement : ..... .....	___

## RESUME CLINIQUE

### 1. Le patient :

- ATCD
- Facteurs de risque
- Diagnostic d'entrée
- Diagnostic de sortie

### 2. La prise en charge à l'origine de l'événement :

- Nature des soins (pour les médicaments, préciser dose, périodicité, etc.)
- Les acteurs

### 3. L'événement :

- Sa nature (si examens paracliniques, préciser les résultats)
- Ses mécanismes
- Sa cause initiale

#### 4. Les conséquences de l'événement :

- Traitement
- Evolution

Chiffres susceptibles de varier

## LIEU de SURVENUE de l'EIG

**40. L'EIG est-il survenu dans l'établissement ?**

1. Oui 2. Non



si **NON** (EIG survenu en dehors de l'établissement)

**13.1** Où est survenu l'événement ?

1. Domicile du patient sans HAD ni SSAD
2. Domicile du patient avec HAD ou SSAD
3. Etablissement de santé public ou PSPH
4. Etablissement de santé privé
5. Maison de retraite
6. Cabinet médical

si **autre**, précisez : .....



si **OUI** (EIG survenu dans l'établissement)

**13.2** L'événement est-il survenu dans l'unité ?

1. Oui 2. Non



**13.2.a** Si **Non**, dans quelle unité est-il survenu ? (préciser la discipline)



**13.2.b** Indiquer la localisation précise de survenue de l'EIG :

1. Bloc opératoire
2. Salle de surveillance post-interventionnelle
3. Unité de réanimation, de soins intensifs
4. Salle de cathétérisme, d'endoscopie, d'exploration fonctionnelle, dialyse
5. Unité de consultation, de pansement
6. Unité ou salle de kinésithérapie
7. Chambre du patient
8. Salle de travail (maternité)
9. Service de radiologie
10. Service des urgences

si **autre**, précisez : .....



## CAUSE IMMEDIATE et FACTEURS CONTRIBUTIFS de l'EIG

**41. L'EIG est-il lié principalement à une prise en charge de :**

1. Prévention      3. Thérapeutique      5. Rééducation –  
2. Diagnostic      4. Surveillance      réadaptation

└

**42. Quelle est la principale cause de l'EIG ?**

1. Erreur dans le choix de la prise en charge  
2. Retard dans sa mise en œuvre  
3. Erreur dans sa réalisation  
4. Aléa

└

si **autre**, précisez : .....

**43. L'EIG est-il lié à une procédure ?**

1. Oui    2. Non

Si **Oui**, choisissez une des modalités suivantes :

1. Intervention chirurgicale  
2. Anesthésie  
3. Acte de radiologie interventionnelle  
4. Acte de radiologie conventionnelle avec injection de produit de contraste  
5. Endoscopie  
6. Biopsie avec ou sans exérèse (en dehors d'une endoscopie)  
7. Ponction  
8. Pose de cathéter, injection ou perfusion  
9. Sonde urinaire  
10. Sonde gastrique

└└

si **autre**, précisez : .....

**44. L'EIG est-il lié directement à un produit de santé ?**

1. Oui    2. Non

Si **Oui**, précisez lequel :

1. Médicament ou médicament dérivé du sang  
2. Produit sanguin labile  
3. Dispositif médical implantable (prothèse, implant, etc.)  
4. Autre dispositif médical (laser, perfuseur, bistouri électrique, etc.)

└

└

si **autre**, précisez : .....

**45. Quels sont les facteurs liés au patient ayant favorisé l'EIG ?**

- |   |                              |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|
| • Fragilité du patient lui-même (terrain, | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • Comportement du patient                 | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • Entourage du patient                    | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • Autre                                   | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
- si **autre**, précisez : .....

**46. Quels sont les autres facteurs ayant facilité la survenue de l'EIG ?**

- |  |                              |                          |
|--|------------------------------|--------------------------|
| • Y a-t-il eu une défaillance humaine à l'origine de l'événement ?   | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • Une meilleure supervision des collaborateurs aurait-elle été nécessaire ?  | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • L'organisation et la réalisation des tâches et des activités, et les responsabilités étaient-elles clairement          | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son              | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement,         | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation          | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou la gestion des | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> |
| • Si <b>autre</b> , précisez : .....   |                              | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                              |                          |
| .....  |                              |                          |

## CARACTERE EVITABLE de l'EIG

Répondre aux questions suivantes avant de porter une appréciation sur le caractère évitable de l'EIG. Ces questions se rapportent à la période précédant la survenue de l'EIG.

19.1 Quelle était la gravité de la situation clinique du patient (maladie, état général, etc.) ?

1. Importante                      3. Plutôt faible  
2. Plutôt importante            4. Faible



19.2 Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient (comorbidités, allergies, etc.) ?

1. Très complexe                3. Plutôt non complexe  
2. Plutôt complexe              4. Non complexe



19.3 Quel était le degré d'urgence dans la prise en charge du patient avant la survenue de l'EIG ?

1. Très urgent                    3. Plutôt non urgent  
2. Plutôt urgent                 4. Non urgent



19.4 La prise en charge (soins ou absence de soins) à l'origine de l'EIG, était-elle indiquée ?

1. Consensus large de la communauté scientifique  
2. Consensus modéré de la communauté scientifique  
3. Absence de consensus  
4. Absence d'indication ou contre-indication



19.5 Quel était le degré de déviation de cette prise en charge (soins ou absence de soins) par rapport à la pratique attendue ?

1. Nul                                3. Modéré                                5. Ne sait pas  
2. Faible                             4. Important



19.6 Quel était le bénéfice potentiel, pour ce patient, de cette prise en charge (soins ou absence de soins) au moment de leur réalisation ?

1. Élevé                              3. Faible  
2. Modéré                          4. Absent



19.7 Quel était le risque potentiel de survenue d'événement indésirable grave, au moment de cette prise en charge (soins ou absence de soins) ?

1. Quasiment absent            3. Modéré  
2. Faible                            4. Élevé



19.8 La plupart des médecins ou professionnels de santé, dans un contexte identique, auraient-ils pris en charge le patient de la même manière ?

1. Certainement                 3. Probablement pas  
2. Probablement                4. Certainement pas



**47. Après prise en considération de vos réponses aux questions précédentes, quel degré de confiance accordez-vous à l'évitabilité de l'EIG ?**

**Degré de confiance du caractère évitable de l'événement :**

1. Caractère évitable **exclu** (certitude ou quasi-certitude).
2. Caractère évitable **très peu probable** (il y a surtout des arguments en défaveur, mais il reste une possibilité pour que ce soit évitable).
3. Caractère évitable **peu probable** (plus d'arguments en défaveur qu'en faveur).
4. Caractère évitable **assez probable** (plus d'arguments en faveur

**Décrivez brièvement la manière dont l'EI était évitable** (stratégies ou actions qui auraient permis de l'éviter. etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**48. Sources d'information consultées** (réponse multiple) :

- |  |        |        |                          |
|--|--------|--------|--------------------------|
| • Médecin                                | 1. Oui | 2. Non | <input type="checkbox"/> |
| • Cadre infirmier                        | 1. Oui | 2. Non | <input type="checkbox"/> |
| • Infirmier                              | 1. Oui | 2. Non | <input type="checkbox"/> |
| • Dossier patient consulté avec l'équipe | 1. Oui | 2. Non | <input type="checkbox"/> |
| • Autre professionnel                    | 1. Oui | 2. Non | <input type="checkbox"/> |

si autre professionnel, précisez : .....