



abrEIGés

2026

Un rapport synthétique annuel
sur les événements indésirables
graves associés aux soins (EIGS)
de 2025



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Sommaire

- 1. Précisions et rappels pour mieux comprendre les EIGS**
- 2. Quelques données sur l'activité déclarative des EIGS 2025**
- 3. Analyse des EIGS, préconisations et outils**
- 4. Quiz sur les abrEiGÉS**



1

Précisions et rappels pour mieux comprendre les EIGS

Précisions sur les données présentées

Ce document court, les « abrEIGÉS », est un rapport synthétique annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

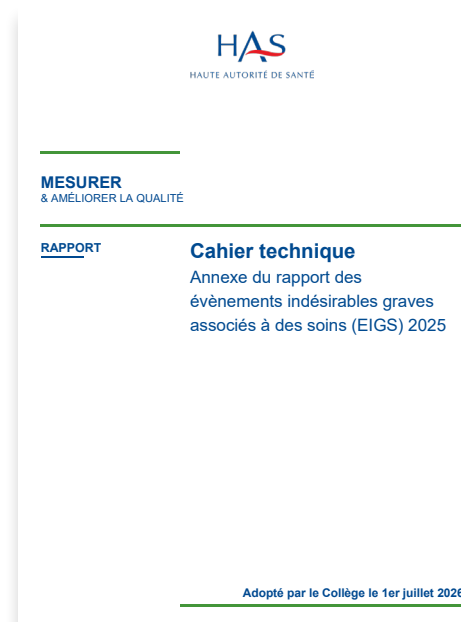
Publié chaque année, il vise à mettre en lumière des données et points saillants afin d'entraîner une prise de conscience, préalable nécessaire à une amélioration des pratiques.

Les données concernant les EIGS présentées dans ce document sont exclusivement issues de l'analyse des déclarations complètes reçues par la HAS dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS.

La qualité de remplissage des déclarations est hétérogène. Ces données déclaratives et non exhaustives ne présentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou à des soins pour caractériser des risques sur un secteur d'activité.

Ces données éclairent sur les circonstances des accidents déclarés et permettent ainsi d'orienter les recherches de préconisations pour améliorer la sécurité du patient.

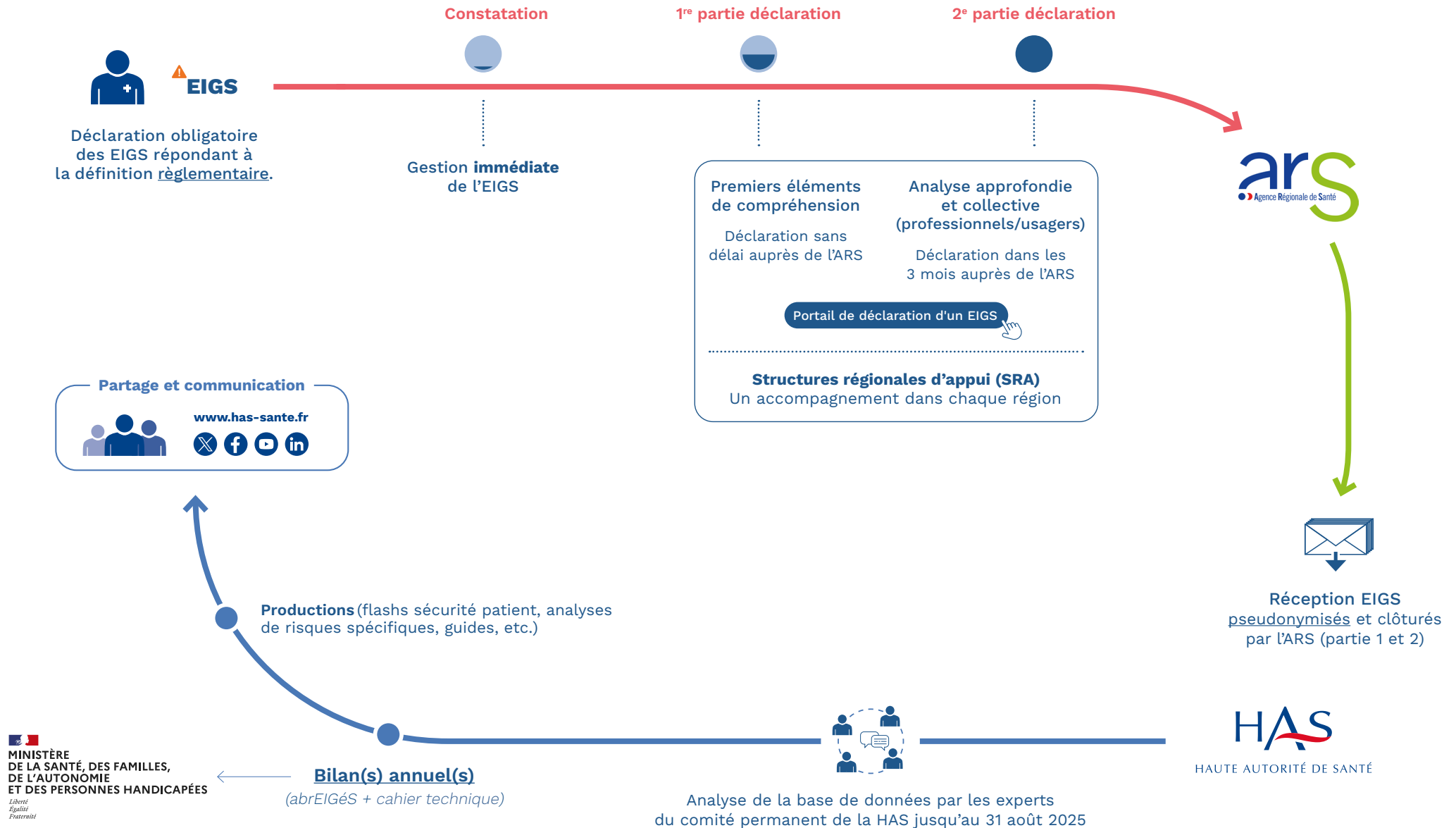
Dans l'ensemble des documents et par souci de simplification, le mot « patient » inclut également les « résidents » ou « usagers » des structures sociales et médico-sociales.



Pour aller plus loin

Le « [cahier technique](#) », un document complémentaire aux abrEIGÉS avec des tableaux statistiques (tris à plat et une sélection de tris croisés).

Rappel du processus de déclaration et d'analyse des EIGS en France



Rappel des définitions réglementaires et scientifiques des EIAS et EIGS

Il peut exister des confusions entre les différentes définitions des EIAS (événements indésirables associés aux soins) et des EIGS (événements indésirables graves associés aux soins), ce qui peut avoir un impact sur leur analyse et leur déclaration.

Il convient ici de faire quelques rappels.



Il existe de nombreuses définitions d'un EIAS et d'un EIGS dans la littérature internationale.



En France, il existe des définitions réglementaires (articles [R. 1413-66](#) pour les EIAS et [R. 1413-67](#) pour les EIGS du Code de la santé publique), qui régissent les obligations de déclaration, ainsi que des définitions scientifiques.



Les définitions scientifiques promues par la HAS sont basées sur celles de l'Organisation mondiale de la santé et couvrent les champs sanitaire et médico-social. Elles sont utilisées dans ses travaux sur la gestion des risques et le retour d'expérience.

Ainsi, les définitions scientifiques utilisées par la HAS sont :

- **un EIAS est un événement défavorable** survenant chez un patient (désigne le bénéficiaire des soins ou de l'accompagnement) :
 - 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 événement inattendu ;
- **un EIGS est un EIAS grave.** En d'autres termes, lorsque les EIAS entraînent des conséquences graves, telles que 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, ils sont alors qualifiés d'EIGS.



Consulter le guide « L'analyse des EIAS. Mode d'emploi »

Mis à jour en 2026 avec une grille ALARM actualisée



2

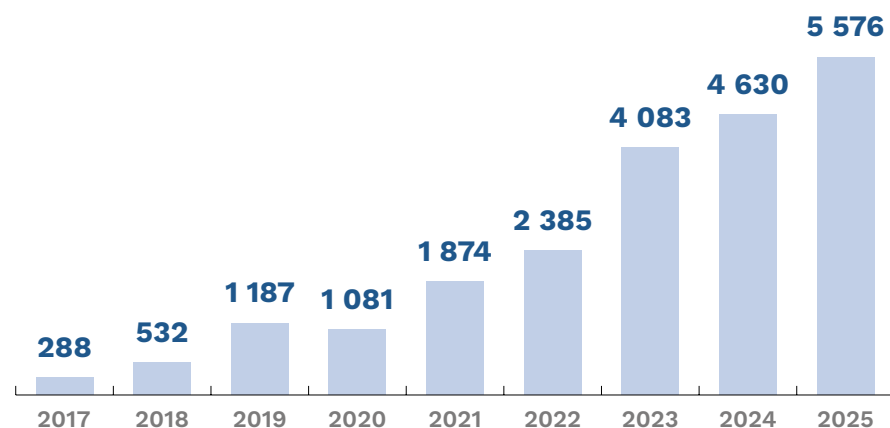
Quelques données sur l'activité déclarative des EIGS 2025

La déclaration des EIGS en deçà des attendus, malgré une augmentation constatée

Le nombre de déclarations reçues à la HAS a augmenté de 20 % entre 2024 et 2025 (figure 1), pour atteindre 5 576 EIGS en 2025.

Cette évolution traduit vraisemblablement une meilleure appropriation du dispositif de déclaration par les professionnels et non une augmentation du nombre d'EIGS survenus en France. Cependant, le volume de déclarations reçues reste très inférieur au niveau attendu, au regard des estimations épidémiologiques disponibles.

Figure 1. Nombre de déclarations d'EIGS reçues à la HAS de 2017 à 2025

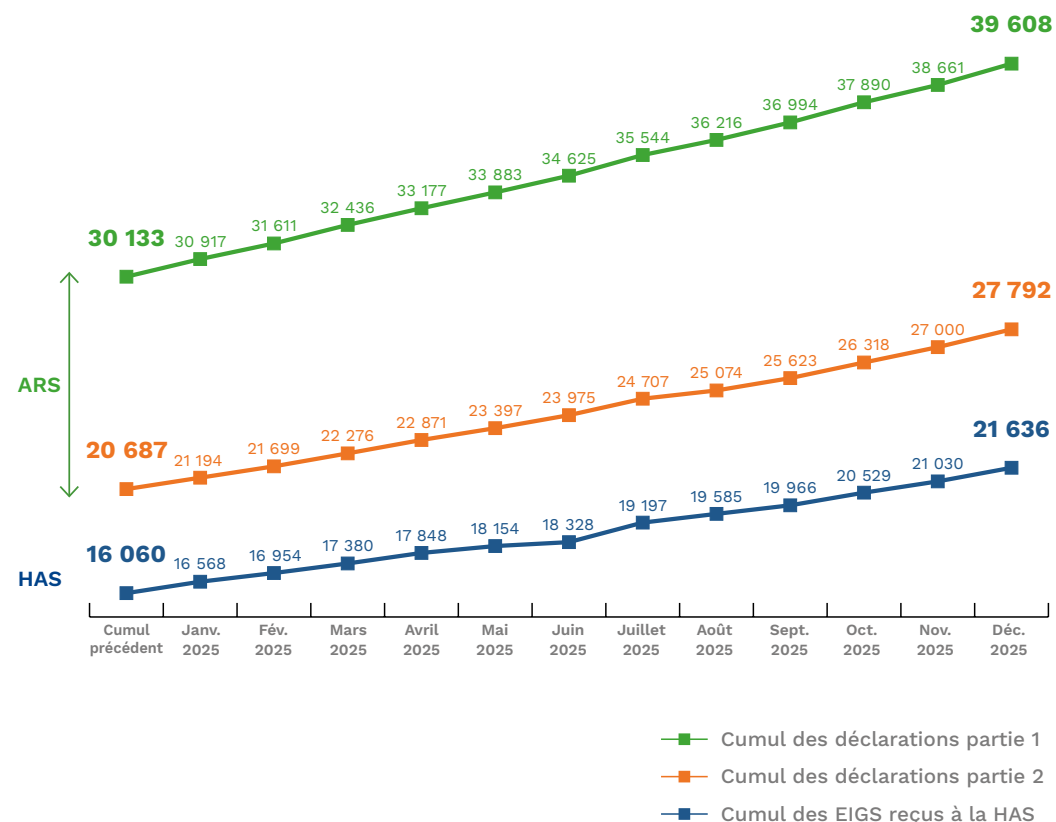


À titre de repère, la dernière étude [ENEIS](#) a estimé qu'il y aurait 4 EIGS par service de 30 lits et par mois au cours d'un séjour hospitalier dans les services de médecine et de chirurgie, soit entre 160 000 et 375 000 EIGS par an. Et, si l'on souhaite parfaire l'estimation du nombre d'EIGS survenant dans notre pays, il faudrait ajouter également ceux survenus dans les autres services (gynécologie-obstétrique par exemple) et établissements de santé (hospitalisation à domicile [HAD], santé mentale, etc.), en ville et dans le médico-social.

Le nombre d'EIGS déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables diffère du nombre d'EIGS reçus par la HAS sur la même période (figure 2).

En effet, quand l'ARS reçoit la déclaration initiale (volet 1 puis volet 2), elle peut considérer que celle-ci ne correspond pas à la définition d'un EIGS et ne pas la transmettre à la HAS. De plus, il existe également un décalage temporel entre le moment de réception de la déclaration dans le portail des signalements et l'arrivée de la déclaration à la HAS (le plus souvent 2 à 3 mois, mais jusqu'à plusieurs années), ce qui explique en partie aussi les écarts observés.

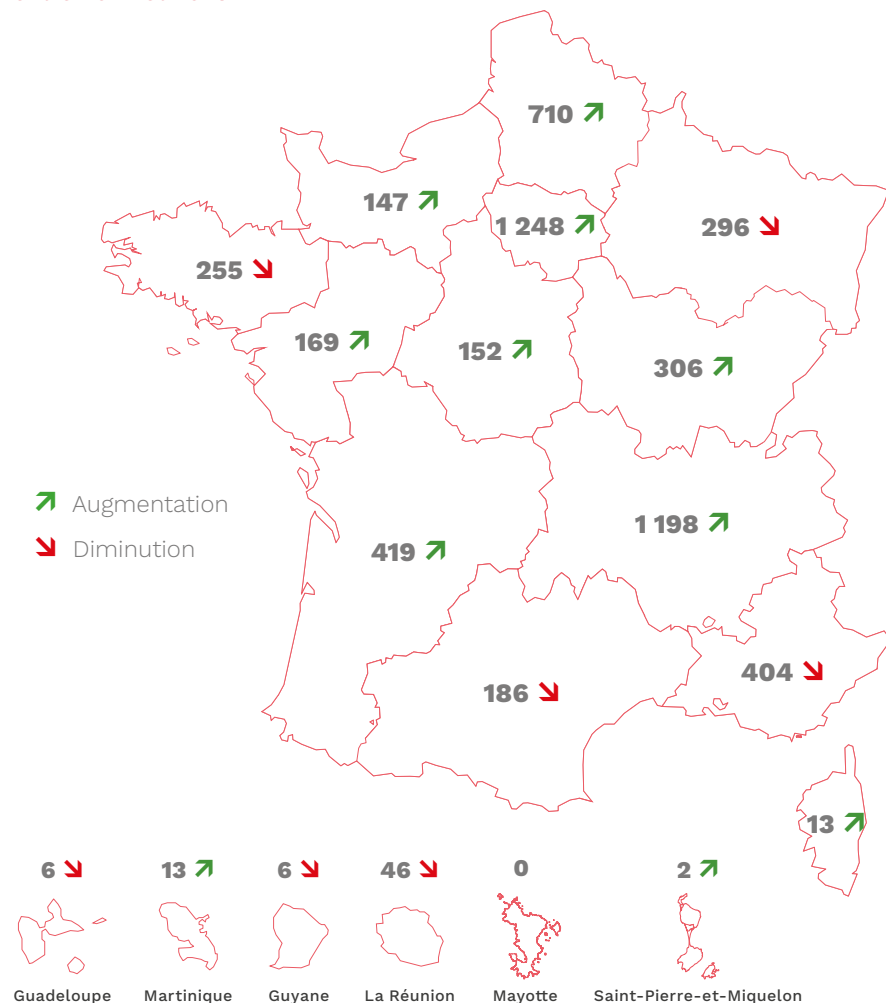
Figure 2. Activité de déclaration des EIGS sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables depuis son ouverture en mars 2017 (n)



Une activité déclarative encore hétérogène et insuffisante en France

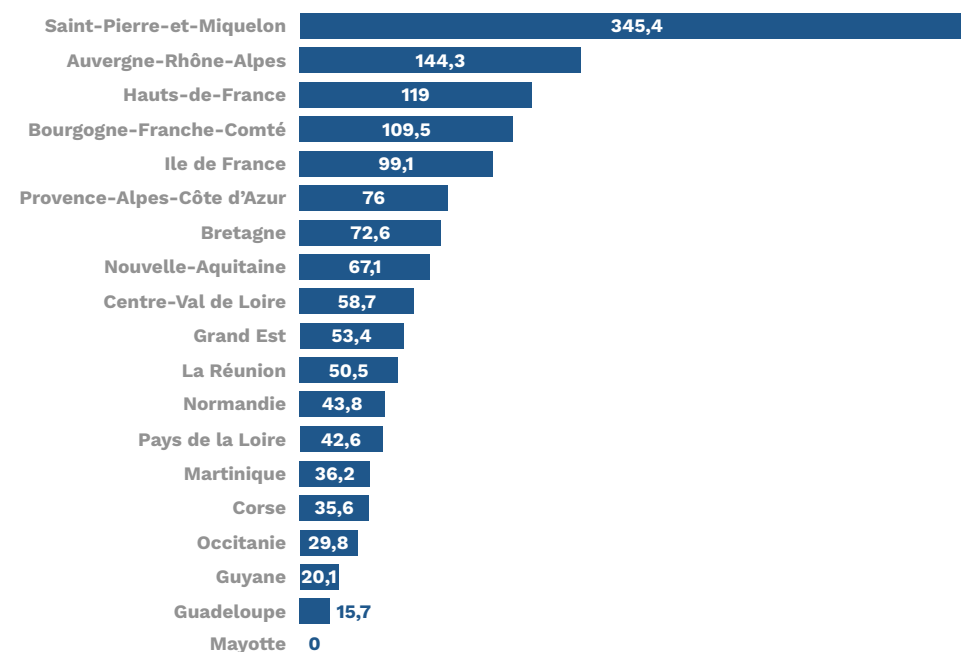
En 2025, des déclarations d'EIGS ont été reçues à la HAS en provenance de l'ensemble des régions et collectivités d'outre-mer concernées par le dispositif national de déclaration des EIGS, à l'exception de Mayotte.

Figure 3. Nombre de déclarations d'EIGS reçues à la HAS par régions et collectivités d'outre-mer concernées par le dispositif en 2025 et évolution entre 2024 et 2025



La comparaison du nombre de déclarations d'EIGS rapporté à la taille de la population dans les régions et collectivités d'outre-mer françaises met en évidence une variabilité persistante de l'activité déclarative (figure 4).

Figure 4. Nombre de déclarations d'EIGS par million d'habitants sur l'année 2025



Important

Il est important de rappeler qu'une région ayant un nombre élevé de déclarations n'est pas une région où il est plus dangereux de se faire soigner. Cela est certainement le reflet d'une culture de sécurité plus avancée.

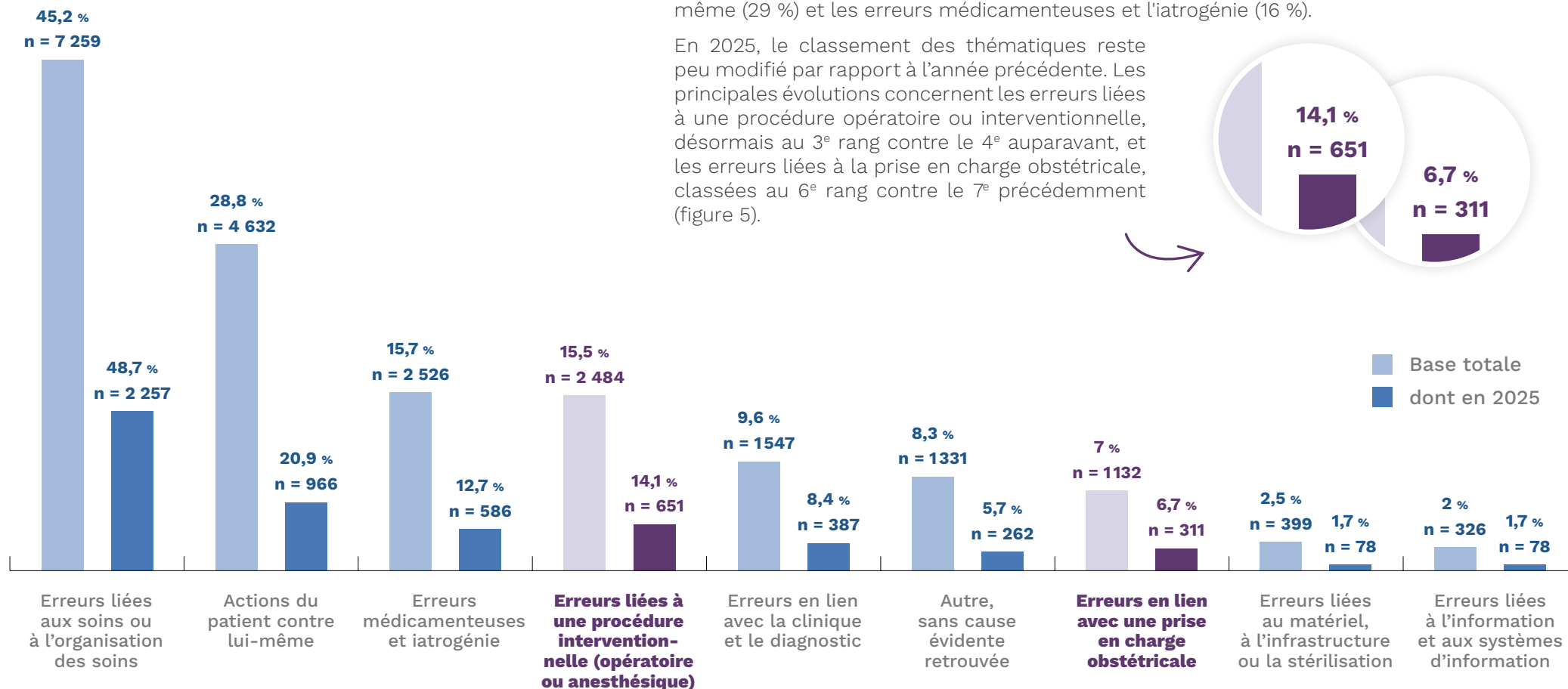
Note : Les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy dépendant toutes deux de l'ARS Guadeloupe, leurs déclarations d'EIGS éventuelles sont intégrées à celles de la Guadeloupe et ne font pas l'objet d'une présentation distincte.

Classement des thématiques : des variations limitées en 2025

La HAS a développé un modèle d'apprentissage supervisé avec traitement automatique du langage pour aider à la classification des EIGS selon 9 thématiques (plus d'informations dans le [bilan annuel 2022](#)).

→ **Objectifs : classification des EIGS « automatique » et plus robuste**

Figure 5. Répartition des EIGS par thématique –
Comparaison entre la période 2017-2025 et 2025 (n, %)



Nombre de déclarations dans la base totale (2017-2025)
21 636

Nombre total de déclarations en 2025
5 576

[Accéder à la visualisation des données sur les EIGS en temps réel](#)



3

Analyse des EIGS, préconisations et outils

Analyse des risques et préconisations sur les EIGS survenus lors de la prescription médicamenteuse – 1/2

La prescription médicamenteuse constitue la première étape du circuit du médicament. À ce titre, elle conditionne la sécurité des étapes suivantes (dispensation, administration, suivi). L'analyse des EIGS liés à la prescription médicamenteuse a permis d'identifier leurs causes les plus fréquentes et d'émettre des préconisations pour limiter leur survenue ou en atténuer les conséquences.

Cette analyse porte sur **213** EIGS reçus à la HAS entre mars 2017 et le 31 décembre 2024.



Principaux résultats

Profil des patients

- 55 % de femmes (117/213).
- Principalement âgés de 60 à 100 ans (157/213 ; 74 %).
- Souvent polypathologiques.

Conséquences des EIGS

- Probable déficit fonctionnel permanent : 9 % (18/213).
- Mise en jeu du pronostic vital : 70 % (150/213).
- Décès : 21 % (45/213).

Évitabilité

Selon les déclarants, les EIGS étaient majoritairement évitables ou probablement évitables (95 % ; 202/213).

Causes immédiates les plus déclarées

Les erreurs de dose (86/213), les erreurs de médicament (59/213) et les erreurs par omission (40/213).

Les médicaments les plus fréquemment impliqués sont :

- ceux du système nerveux (n = 59/213) ;
- ceux du sang et des organes hématopoïétiques (n = 58/213) ;
- les anti-infectieux à usage systémique (n = 33/213).

Causes profondes les plus déclarées

Il s'agit des facteurs liés :

- aux tâches (protocoles inadaptés, aides à la décision défaillantes, non-respect des bonnes pratiques de prescription) (165/213) ;
- à l'équipe (défauts de communication, notamment lors des transmissions) (156/213) ;
- à l'environnement (logiciels peu ergonomiques, manque d'interopérabilité entre systèmes d'information, utilisation inappropriée des logiciels, surcharge de travail) (152/213) ;
- et à l'individu (manque d'expérience, stress) (151/213).



Retrouvez les résultats en détail dans le rapport

Analyse des risques et préconisations sur les EIGS survenus lors de la prescription médicamenteuse – 2/2

Huit préconisations

mettent en avant les risques sur lesquels il est nécessaire de travailler

1

Veiller au respect des règles de bonnes pratiques de prescription, conformément à la réglementation

2

Standardiser et simplifier la prescription pour en faciliter la compréhension par les professionnels et les patients

3

Adapter les principes généraux des règles de bonnes pratiques de prescription aux besoins spécifiques des populations particulières

4

Interdire toute retranscription, conformément à la réglementation

5

Analyser en équipe les erreurs liées à l'informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration) pour mettre en place des actions correctives

6

Sécuriser l'informatisation de la prescription

7

Définir et mettre en œuvre une politique de formation à l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription ainsi que des logiciels métiers associés

8

Associer les professionnels de santé à la sélection et à l'implémentation des logiciels d'aide à la prescription



Retrouvez les préconisations en détail dans le rapport

Analyse des risques et préconisations sur les EIGS en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – 1/2

Le [dernier bilan de la HAS sur les évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux](#) souligne que l'élaboration d'une politique de démarche qualité et gestion des risques reste un point de fragilité. Pour aider les établissements à atteindre le niveau attendu en gestion des risques, une première analyse des EIGS en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) a été menée. Entre autres, elle permettra aux Ehpad d'orienter leurs axes prioritaires de travail et de nourrir leur programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette analyse porte sur **230** EIGS reçus à la HAS entre mars 2017 et juin 2025.

Principaux résultats

Profil des résidents

- 63,5 % de femmes (1 464/2 307).
- Principalement âgés de plus de 80 ans (78,3 %; 1 807/2 307).

Conséquences des EIGS

- Probable déficit fonctionnel permanent : 32,3 % (746/2 307).
- Mise en jeu du pronostic vital : 22,7 % (522/2 307).
- Décès : 45 % (1 039/2 307).

Évitabilité

Selon les déclarants, les EIGS étaient majoritairement évitables ou probablement évitables (56,7 % ; 1 308/2 307).

Causes immédiates les plus déclarées

Les erreurs liées à l'organisation de la prise en charge (1 128/2 307), les erreurs en lien avec la clinique, le diagnostic et la stratégie thérapeutique (314/2 307) et les erreurs liées aux actes de soins ou d'accompagnement (215/2 307).

Causes profondes les plus déclarées

Les facteurs liés aux patients (2 064/2 307), aux tâches à accomplir (1 298/2 307), à l'équipe (1 153/2 307) et aux professionnels (1 123/2 307).



Retrouvez les résultats en détail dans le rapport

Analyse des risques et préconisations sur les EIGS en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – 2/2

Neuf préconisations

mettent en avant les risques sur lesquels il est nécessaire de travailler

1

Faire progresser

la culture de sécurité des soins et la gestion des risques dans les Ehpad

2

Veiller à

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

3

Améliorer

la sécurité diagnostique des résidents

4

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

5

Formaliser

le circuit de la prise en charge médicamenteuse

6

Limiter

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

7

Mettre en œuvre

les recommandations existantes sur la prévention des chutes

8

Intensifier

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

9

Mieux gérer

les fausses routes



Retrouvez les préconisations en détail dans le rapport

Les flashs sécurité patient (FSP) permettent de diffuser auprès des professionnels les enseignements issus des EIGS déclarés dans le cadre du dispositif national de déclaration ou des EIAS de l'accréditation des médecins et des équipes médicales. Dans un format court et opérationnel, ils proposent des préconisations visant à soutenir l'amélioration des pratiques et le renforcement de la sécurité des soins.

D'ailleurs, en 2025, la HAS a renouvelé pour la deuxième année consécutive sa campagne de labellisation de FSP, visant à favoriser la production et le partage des retours d'expérience. Ainsi, en 2026, quatre FSP labellisés sont prévus, dont deux élaborés par des établissements de santé. Les informations relatives aux modalités de candidature à la labellisation ainsi que le guide méthodologique associé sont disponibles sur le [site de la HAS](#).



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Recommander
les bonnes
pratiques**



PLAN DÉCLUTÉ PRÉPARE

Rupture de stock d'un produit de santé

Ne rompez pas le contact !

À cet égard

ont aussi vu arriver

Exemple n°1

Erreur de prise d'un médicament entraînant une hospitalisation ou un réaffectation

Un patient hospitalisé et traité par le médicament "X" développe une infection. On lui remet pour son traitement deux autres médicaments, "Y" et "Z", et on lui prescrit de continuer à prendre le médicament "X". Le patient ne se rend pas compte que le médicament "X" n'est plus dans son traitement et ne le reprend pas. Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté.

Donnée d'exemple : l'insuline.

Le patient diabétique se voit prescrire le médicament "X" (insuline) et on lui prescrit aussi deux autres médicaments "Y" et "Z". Le patient ne se rend pas compte que le médicament "X" n'est plus dans son traitement et ne le reprend pas.

Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté. Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté.

Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté. Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté.

Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté. Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté.

Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté. Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté.

Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté. Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté.

Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté. Le patient est hospitalisé pendant 10 jours et doit être réaffecté.





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommander les bonnes pratiques

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

« Hébergement » en service inadapté

Qu'il s'agisse d'urgence ou de consultation ambulatoire

Julien Haug

C'est peut aussi venir arriver

Ensemble nous

Surveillance individuelle conduisant à la possibilité d'un passage à l'acte suicidaire

Le présent document est un document de travail élaboré par le réseau de l'Association Française des Psychiatres de l'Enfance et de l'Adolescence (AFPEA) et par le réseau de l'Association Française des Psychiatres de l'Adulte (AFPA). Il a pour but de fournir des recommandations pratiques et des conseils de bon sens aux professionnels de la santé mentale. Il ne s'agit pas d'un document officiel de l'HAS.

Préoccupations en matière de sécurité : évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire

La sécurité est une préoccupation majeure pour les professionnels de la santé mentale. Elle implique une évaluation continue du risque de passage à l'acte suicidaire, en tenant compte de l'historique du patient, de son état actuel, de son environnement et de son soutien social.

Évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire : outils et méthodes

Il existe plusieurs outils et méthodes pour évaluer le risque de passage à l'acte suicidaire. Ces outils sont basés sur des questionnaires, des entretiens cliniques et des observations. Ils permettent d'identifier les patients à haut risque et de mettre en place des mesures de surveillance et de soutien adaptées.

Surveillance individuelle : modalités et durée

La surveillance individuelle est une mesure de sécurité qui consiste à suivre de près un patient à haut risque de passage à l'acte suicidaire. Elle peut être mise en place en ambulatoire ou en hospitalisation. La durée de la surveillance dépend de l'évaluation du risque et de l'évolution du patient.

Supports de soins : rôle et importance

Les supports de soins jouent un rôle important dans la prise en charge des patients à haut risque de passage à l'acte suicidaire. Ils peuvent être des professionnels de la santé mentale, des proches ou des bénévoles. Ils ont pour mission de fournir un soutien émotionnel et pratique au patient, et de l'aider à accéder aux soins nécessaires.

[illegible]

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE
SAUVEGARDE DE L'ENFANCE

**Recommander
les bonnes
pratiques**

Labels sécurité enfant

Périodes de vulnérabilité

Pas de vacances! pour la sécurité

Julien Mieg

Ce petit, aussi vite arriver

Enfance et

Développement de surveillance en EHPAD entraîne mal le décès

Les enfants de moins de 18 ans sont très vulnérables et ont besoin d'être surveillés et accompagnés pour éviter les dangers. Mais la surveillance en EHPAD est souvent insuffisante, ce qui peut entraîner des décès. Les professionnels de l'EHPAD doivent donc être formés et sensibilisés à la surveillance des enfants, et les familles doivent être impliquées dans la surveillance de leur enfant.

Recommander

Pratiquer la surveillance en EHPAD, améliorer les conditions de vie

Les professionnels de l'EHPAD doivent être formés et sensibilisés à la surveillance des enfants, et les familles doivent être impliquées dans la surveillance de leur enfant. Les professionnels de l'EHPAD doivent donc être formés et sensibilisés à la surveillance des enfants, et les familles doivent être impliquées dans la surveillance de leur enfant.

Recommander

Pratiquer la surveillance en EHPAD, améliorer les conditions de vie

Les professionnels de l'EHPAD doivent être formés et sensibilisés à la surveillance des enfants, et les familles doivent être impliquées dans la surveillance de leur enfant. Les professionnels de l'EHPAD doivent donc être formés et sensibilisés à la surveillance des enfants, et les familles doivent être impliquées dans la surveillance de leur enfant.

Les professionnels de l'EHPAD doivent être formés et sensibilisés à la surveillance des enfants, et les familles doivent être impliquées dans la surveillance de leur enfant. Les professionnels de l'EHPAD doivent donc être formés et sensibilisés à la surveillance des enfants, et les familles doivent être impliquées dans la surveillance de leur enfant.



**Recommander
les bonnes
pratiques**

Pratiquons l'Anesthésie

Erreur de côté lors d'une anesthésie loco-rotationnelle

A gauche ou à droite ? Jamais sans mon check !

14 mai 2020

Ca peut aussi vous arriver

Entendement 1

Anesthésie de la mauvaise jambe entraînait une hospitalisation

Un anésthésiste a été puni pour avoir commis une erreur de côté lors d'une anesthésie loco-rotationnelle. L'erreur a entraîné une hospitalisation de 10 jours. L'anésthésiste a été puni pour avoir commis une erreur de côté lors d'une anesthésie loco-rotationnelle. L'erreur a entraîné une hospitalisation de 10 jours. L'anésthésiste a été puni pour avoir commis une erreur de côté lors d'une anesthésie loco-rotationnelle. L'erreur a entraîné une hospitalisation de 10 jours.

Qu'est-ce qu'une anesthésie loco-rotationnelle ?

Une anesthésie loco-rotationnelle est une anesthésie qui permet de réaliser une anesthésie loco-rotationnelle. Elle est utilisée pour réaliser une anesthésie loco-rotationnelle. Elle est utilisée pour réaliser une anesthésie loco-rotationnelle. Elle est utilisée pour réaliser une anesthésie loco-rotationnelle.

Comment éviter une erreur de côté lors d'une anesthésie loco-rotationnelle ?

Il est important de vérifier le côté de l'anesthésie avant de commencer l'anesthésie. Il est important de vérifier le côté de l'anesthésie avant de commencer l'anesthésie. Il est important de vérifier le côté de l'anesthésie avant de commencer l'anesthésie. Il est important de vérifier le côté de l'anesthésie avant de commencer l'anesthésie.

Le check avant l'anesthésie loco-rotationnelle

Le check avant l'anesthésie loco-rotationnelle est une étape importante. Il est important de vérifier le côté de l'anesthésie avant de commencer l'anesthésie. Il est important de vérifier le côté de l'anesthésie avant de commencer l'anesthésie. Il est important de vérifier le côté de l'anesthésie avant de commencer l'anesthésie.







Rupture de la rate
après une coloscopie

Un diagnostic à ne pas rater !

Document communiqué par le Dr. J. L. LAFITE

CLASSE ACCREDITÉ PATIENT

Ce peut aussi vous arriver

Présentation :
 Le **traumatisme splénique** lors d'une **coloscopie** entraîne une **hémorragie intrasplénique**.

Le diagnostic :
 Le diagnostic est basé sur les **symptômes** (douleur épigastrique, hématémèse, hématochézie, tachycardie, hypotension) et les **signes** (tumeur palpable, hématome cutané, splénomégalie, hématome sous-cutané). Le diagnostic est confirmé par la **radiologie** (scans, échographie) et la **biologie** (hémogramme, bilan de coagulation). Le **traitement** est basé sur la **gravité** des symptômes et des signes. Les **examens complémentaires** sont la **scintigraphie** (scintiscanning) et la **biopsie**.

Le traitement :
 Le traitement est basé sur la **gravité** des symptômes et des signes. Les **examens complémentaires** sont la **scintigraphie** (scintiscanning) et la **biopsie**.




Neuroleptiques à action prolongée (NAP)

Les NAP, parfois ça dérape

Avec nous

Ca peut aussi vous arriver

En savoir plus

Erreurs de l'administration d'un NAP entraînant une surveillance particulière

Les erreurs les plus fréquentes à éviter en administration sont regroupées l'intégralité d'un virus et/ou d'une thérapie, entraînant une surveillance particulière.

Quel(s) effet(s) ? *Extrêmement rares.*

Quand et comment ? *Après la première administration, les effets indésirables sont observés.*

Prévenir et agir ? *Après la première administration, les effets indésirables sont observés. Les effets indésirables sont observés. Les effets indésirables sont observés. Les effets indésirables sont observés.*

Quel(s) effet(s) ? *Extrêmement rares.*

Quand et comment ? *Après la première administration, les effets indésirables sont observés.*

Prévenir et agir ? *Après la première administration, les effets indésirables sont observés.*

abrEIGÉS | Un rapport synthétique annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2025

L'annonce du dommage associé aux soins : une démarche encore trop peu mise en œuvre

L'[annonce d'un dommage associé aux soins](#) est un moment essentiel dans la relation entre les soignants et le patient. Il s'agit d'un **droit** pour le patient et d'une [obligation légale](#) pour les professionnels de santé. Elle vise à [préserver la confiance](#), à [renforcer la culture de sécurité des soins](#). Cette annonce doit être adaptée à la compréhension et à l'état du patient et peut associer les proches dans le respect du cadre légal et du secret médical.

Il ne s'agit pas d'un échange ponctuel, mais d'un processus continu où l'information est progressivement partagée au fur et à mesure que les faits et les causes de l'EIAS sont établis (figure 6 ci-contre).

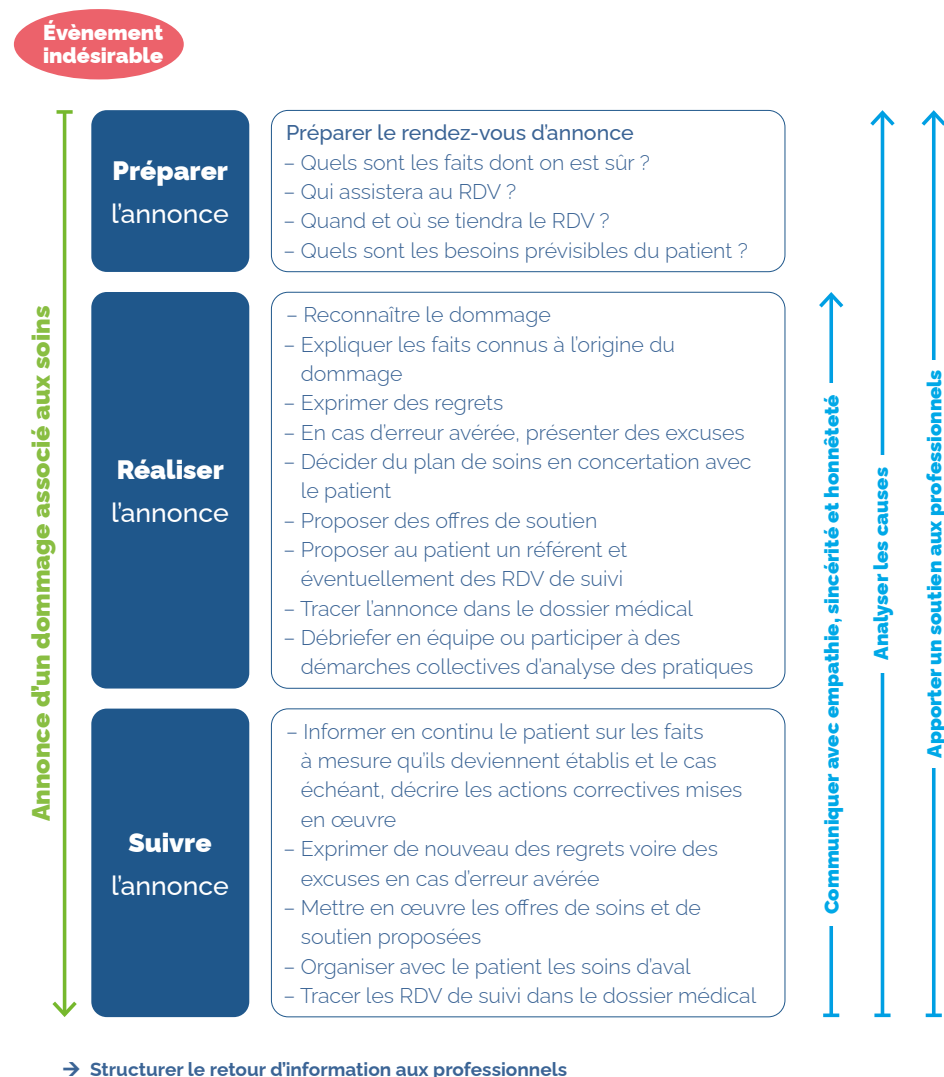
Ainsi, si l'annonce du dommage est menée progressivement et de manière transparente, la déclaration d'un EIGS, lorsqu'elle est transmise au patient ou à ses proches, ne contient pas d'informations nouvelles. Elle reprend simplement, de façon formalisée, les éléments déjà partagés oralement.

Selon les déclarations reçues à la HAS en 2025, seuls **77 %** (4 276/5 576) des EIGS déclarés avaient fait l'objet d'une information au patient et/ou à ses proches.

Ces données soulignent la nécessité de rappeler aux professionnels et aux établissements sanitaires et médico-sociaux que cette démarche doit être systématisée. Les professionnels doivent donc y être formés. Pour ce faire, il est possible de s'appuyer sur le [kit de formation](#) élaboré par la HAS.

Figure 6. Les trois temps de l'annonce

- Inclure l'annonce d'un dommage et autres compétences liées dans son parcours de formation
- En établissement de santé, mettre en œuvre une politique d'annonce d'un dommage



Analyse des EIAS en 2026

Ce qui change

Actualisations du guide d'analyse des EIAS

- **Définitions** : explications des définitions règlementaires et scientifiques des EIAS/EIGS.
- **Qualification** : ajout d'un outil d'aide à la qualification d'un EIAS (dont les EIGS et les événements porteurs de risques).
- **Outils d'analyse approfondie des EIAS** :
 - actualisation de la [grille ALARM](#) avec l'ajout d'un huitième facteur contributif lié aux systèmes d'information et à la technologie ;
 - présentation de l'outil « Les cinq pourquoi » ;
 - citation de l'outil « Orion ».
- **Aspects juridiques** : mise à jour, notamment sur la communicabilité des documents administratifs (déclarations d'EIGS, comptes rendus de revues de mortalité et morbidité, etc.).
- **Données** : introduction de la notion de pseudonymisation des données à caractère personnel.



L'analyse des EIAS :
mode d'emploi

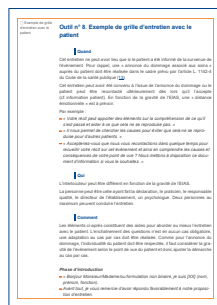
Ce qui ne change pas

Toujours trop peu de recueil du récit du patient

Le patient est acteur de son parcours et il est le seul à en « vivre » toutes les étapes.

Son ressenti et son expérience, ou ceux de ses proches le cas échéant, sont des éléments qu'il est important de recueillir afin d'enrichir le déroulé des faits établis par les professionnels et de compléter l'analyse et les actions d'amélioration à mettre en place.

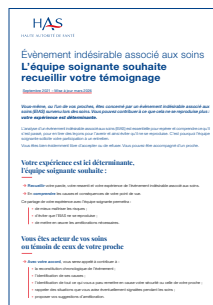
Pour en savoir plus



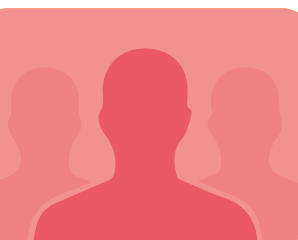
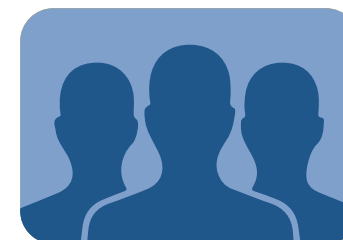
Guide d'entretien patient
(page 54 du guide d'analyse
des EIAS)

Fiche d'information
patient

Et les travaux du [CEPPRAL](#)



Professionnels



Patient/proches

Prioriser l'analyse des EIGS pour renforcer le sens, la qualité et l'impact des déclarations

Malgré une hausse des déclarations d'EIGS, ceux-ci restent largement sous-déclarés (page 8). Cette situation s'explique notamment par une méconnaissance du dispositif, la charge de travail liée aux analyses approfondies et une perception limitée de l'intérêt de la déclaration.

Pour y remédier, la priorisation de l'analyse de certains EIGS selon les risques et les enjeux propres à chaque établissement constitue un levier pragmatique pour renforcer l'utilité du dispositif et le sens donné à la déclaration par les professionnels. **Cette priorisation n'est pas une sélection.** L'ensemble des EIGS identifiés doivent être déclarés au niveau du portail de signalements des événements sanitaires indésirables.

En soutenant cette stratégie, la HAS vise à renforcer la qualité du retour d'expérience, à améliorer la production d'enseignements actionnables et, in fine, la sécurité des soins.

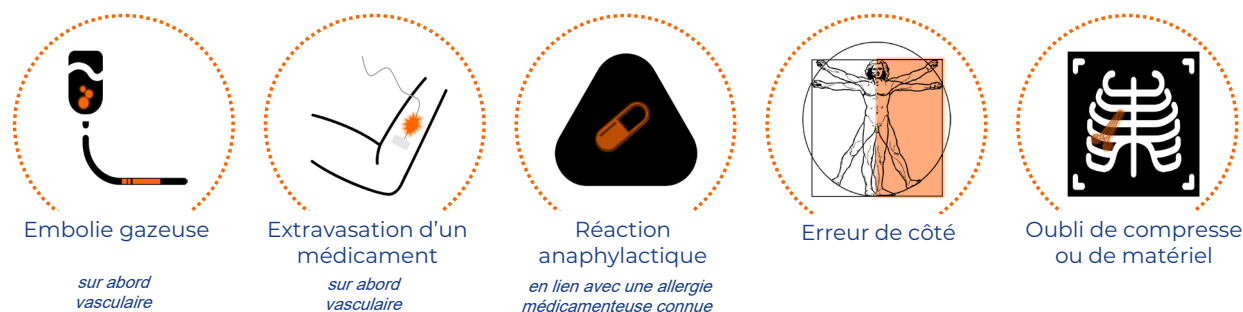
Initiative de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Engagée en 2025 pour une mise en œuvre en 2026, la démarche de l'AP-HP consiste à **prioriser l'analyse interne de certains EIGS à fort potentiel d'amélioration**, caractérisés notamment par leur gravité, leur évitabilité, leur fréquence ou leur mesurabilité, et pour lesquels des barrières de sécurité existent (figure 7). Elle fait suite à plusieurs constats, dont une sous-déclaration persistante des EIGS, liée en partie à la difficulté pour les professionnels à identifier les situations relevant de la définition réglementaire. Cette démarche vise à faciliter l'étape de qualification des EIGS par les professionnels, tout en ciblant des situations à risque jugées prioritaires à l'échelle de l'institution.

La démarche de priorisation mise en place par l'AP-HP repose notamment sur :

- l'exploitation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- un travail collaboratif entre professionnels de santé et acteurs de la gestion des risques, visant à identifier et actualiser les thématiques prioritaires ;
- le déploiement de supports opérationnels pour accompagner les équipes dans la mise en œuvre d'actions de gestion des risques adaptées aux thématiques ciblées (outils pédagogiques, procédures, guides, formations) ;
- et une communication institutionnelle claire auprès de tous les professionnels.

Figure 7. Typologies d'EIGS prioritaires retenues à l'AP-HP pour 2026.



« La sécurité des soins pour les personnes atteintes de pathologies chroniques »

En septembre 2026, la [Journée mondiale de la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé](#) (17 septembre) et la [Semaine sécurité des patients](#) seront consacrées à la sécurité des soins des personnes vivant avec une « maladie non transmissible (MNT) ». En France, en 2023, près de 25 millions de personnes étaient concernées par une pathologie ou un traitement chronique (données de l'[Assurance maladie](#)). La HAS promeut depuis plusieurs années une prise en charge des maladies chroniques centrée sur les parcours de soins, avec un accompagnement du patient à la fois personnalisé et coordonné.

Travaux de la HAS en cohérence avec la thématique de l'OMS

Sécuriser les parcours de soins et prévenir les ruptures

- [Guides sur les indicateurs de qualité des parcours de soins](#).
- [Guides sur les parcours de soins](#) et les actes/prestations pour les affections de longue durée (ALD).
- [Certification des établissements de santé](#) (2025).
- FSP « [Périodes de vulnérabilité](#) » – Pas de vacance(s) pour la sécurité (2025).
- FSP « [Hospitalisation à domicile](#) » – Une organisation huilée pour ne pas avoir une HAD grippée (2024).
- [Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO](#) (2022).

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse

- FSP « [\(Re\)transcription des prescriptions médicamenteuses](#) » – Copier une prescription, c'est risquer de coller des erreurs (2026).
- FSP « [Utilisation des morphiniques](#) » – Opiacé mal utilisé, surdosage assuré (2024).
- FSP « [Neuroleptiques à action prolongée \(NAP\)](#) » – Les NAP parfois ça dérape.
- Guide « [Patient en auto-administration de ses médicaments \(PAAM\)](#) » (2025).
- Guide « [Le risque médicamenteux au domicile](#) » (2019).
- Rapport « [Analyse des EIGS survenus lors de la prescription médicamenteuse](#) » (2025).
- Guide « [Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé](#) » (2017).

Réduire les erreurs diagnostiques

- Rapport « [État des lieux - Les erreurs diagnostiques en médecine](#) » (2024).
- FSP « [Rupture de la rate après une coloscopie](#) » (2025).
- FSP « [Erreurs diagnostiques dans les services des urgences](#) » (2025).

Améliorer l'information et la communication avec le patient

- Guide « [Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique](#) » (2014).
- Brochure et affiche « [Parler avec son pharmacien](#) » (2014).
- Brochure et affiche « [Parler avec son médecin](#) » (2013).
- Brochure et affiche « [Faire dire](#) » (2015).

Associer le patient aux décisions et à l'évaluation des résultats de soins

- Guide « [Patient et professionnels de santé : décider ensemble](#) » (2013).
- Guides d'[utilisation des PROMs en pratique clinique courante](#).



4

Quiz sur les abrElGÉS

Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses ?

*Cliquez sur le bouton « Réponse »**

Le médecin est le seul professionnel habilité à prescrire

Toute prescription orale est interdite, sauf dans les situations urgentes

Chez les résidents d'Ehpad, les EIGS déclarés sont peu causés par des erreurs d'identitovigilance

L'annonce d'un dommage associé aux soins est réalisée lors d'un seul entretien avec le patient et/ou ses proches

Prioriser l'analyse approfondie de certains EIGS permet de mieux orienter les actions d'amélioration de la sécurité des soins.

** Réponses intégrées au pdf. Leur affichage peut varier selon le navigateur utilisé.*

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

