

Ce que l'on attend des déclarations EIAS

Cher, Chère, collègue,

Que vous soyez nouveau dans le processus d'accréditation ou un adhérent confirmé, nous vous soumettons ces quelques réflexions et vous proposons les conseils suivants pour la rédaction de vos déclarations d'EIAS.

I : Considérations générales

La démarche d'accréditation a pour but évident l'amélioration des pratiques professionnelles et, à travers elle, la réduction drastique des accidents médicaux ou, de façon plus générale, la prévention des fameux événements indésirables associés aux soins (EIAS). C'est un système gagnant-gagnant : le patient pour sa santé, le médecin pour sa tranquillité de conscience et la préservation de sa mise en cause sur le plan juridique.

La démarche d'accréditation a souffert au début d'un manque de crédibilité : on demandait aux adhérents de rapporter des événements porteurs de risque (EPR). Le biais était énorme : il fallait décrire un événement porteur de risque, mais dont l'issue avait été obligatoirement favorable grâce à des barrières variées. Il ne pouvait y avoir ni décès ni séquelle grave.

L'EIAS permet la description réelle de ce qui s'est passé : le déclarant peut faire état de toutes les situations y compris celles ayant eu des conséquences désastreuses. La seule personne à laquelle il transmettra l'information sera l'expert, qui est tenu à un devoir de réserve absolu. Ensuite la déclaration sera anonymisée.

L'énorme avantage de cette nouvelle façon de procéder est de pouvoir décortiquer les processus qui aboutissent à l'EIAS, ce qui constitue une mine de renseignements dans la compréhension des dysfonctionnements. Cela permet également, selon les cas, d'analyser les actions qui ont permis l'atténuation des conséquences. Le résultat final est, rappelons-le, une réduction très significative des accidents médicaux.

Rien de plus désagréable pour un déclarant que de se voir refuser un EIAS ou être contraint de fournir moult documents ou explications. C'est désagréable pour l'expert et cela peut être très démotivant pour l'adhérent. Nous vous proposons donc les quelques conseils suivants.

II : Conseils et suggestions aux déclarants

- 1) La déclaration ne doit pas être la description d'une complication liée à une pathologie ou à une technique, réalisée dans le respect des règles de l'art. Un stent coincé dans une artère ou une rupture artérielle sur dilatation survenues malgré l'application stricte des règles de l'art sont des aléas thérapeutiques, mais ne constituent pas un EIAS entendu en termes de gestion du risque. **Éviter les abréviations excessives.**
- 2) Éviter à tout prix le « syndrome de Zorro », qui consiste à décrire une situation d'EIAS concernant un autre praticien. Vous intervenez dans un second temps à sa demande ou non et, tel Zorro, vous rétablissez la situation...
- 3) La pire erreur est de se laisser aller à une délation. Les conflits graves entre professionnels de santé doivent se régler au niveau de la CME, de l'administration voire le CNOM. On doit malgré tout faire état d'un défaut de communication ou de coopération avec les autres professionnels de santé, sans désignation nominale, quand cela constitue l'élément primordial de l'EIAS.

- 4) Il faut donc impérativement décrire un événement qui concerne votre activité sachant que celle-ci englobe toute votre équipe : cela va de votre secrétaire, du brancardier au médecin anesthésiste avec qui vous formez un tandem indissociable.
- 5) Il est important de bien décrire le ou les dysfonctionnements qui ont abouti à l'EIAS.

Les 4 étapes suivantes sont également très importantes :

- pensez à relever toutes les circonstances où la vigilance peut se relâcher : congés, garde de week-end, remplaçant, charge de travail etc.
- Tenter de décrire les barrières qui ont fonctionné : la question paraît déroutante, car bien souvent elle n'a pas eu lieu ! Mais il est des cas où le professionnalisme d'un membre de l'équipe donne l'alerte en temps opportun et prévient l'événement indésirable ou en limite les conséquences. Ce type de renseignement est précieux.
- les barrières qui n'ont pas fonctionné : comment le mur supposé de la prévention s'est transformé en « passoire » ? Il y a pratiquement toujours une cause pour expliquer l'inconcevable. Dans un domaine qui n'est pas le nôtre, un exemple glaçant est celui du bus scolaire qui franchit le passage à niveau au moment même où arrive le train.
- s'évertuer à chercher les causes profondes : il y en a toujours et souvent en plusieurs strates ajoutées ou intriquées.

- 6) Peu importe si votre EIAS vous paraît banal, pourvu qu'il soit bien décrit. Point n'est besoin de rapporter « une histoire de chasse » a fortiori si vous en êtes le héros... Les histoires banales, surtout si elles se répètent attirent l'attention des experts sur le dysfonctionnement systémique, d'une organisation ou d'une technique : le changement d'équipe en est un bel exemple. Une défaillance répétée d'un DMI aussi.
- 7) La grille ALARM (en annexe) n'est autre que le tableau synoptique de votre déclaration : sa lecture rapide permet de voir si l'on n'a rien oublié. Mais de façon raccourcie, nous vous proposons avant l'envoi d'une déclaration d'EIAS de cocher mentalement la mini-grille suivante :

Grille express de contrôle d'un EIAS	
<input type="radio"/>	La déclaration n'est pas un aléa thérapeutique
<input type="radio"/>	Il y a eu un dysfonctionnement dans le déroulement de la pratique
<input type="radio"/>	Cela concerne ma pratique personnelle ou un membre de l'équipe
<input type="radio"/>	Si j'interviens pour une complication survenue chez un collègue, je décris un EIAS éventuel lié à notre pratique commune
<input type="radio"/>	Les facteurs favorisants, les barrières et les causes profondes ont été minutieusement examinées
<input type="radio"/>	Les cas discutés en RMM et les mesures prises au titre de la prévention sont signalés, le cas échéant décrits

Pour aller plus loin : [Texte de P. Chevalier sur la grille ALARM](#)

v2	GRILLE ALARM
Facteurs contributifs par catégorie	
1. Facteurs liés au patient	
1.1	Antécédents
1.2	Etat de santé (pathologies, co-morbidités)
1.3	Traitements
1.4	Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux
1.5	Relations conflictuelles
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	
2.1	Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)
2.2	Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)
2.3	Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)
2.4	Définition des tâches
2.5	Programmation, planification
3. Facteurs liés à l'individu (soignant)	
3.1	Qualifications, compétences
3.2	Facteurs de stress physique ou psychologique
4. Facteurs liés à l'équipe	
4.1	Communication entre professionnels
4.2	Communication vers le patient et son entourage
4.3	Informations écrites (dossier patient, etc.)
4.4	Transmissions et alertes
4.5	Répartition des tâches
4.6	Encadrement, supervision
4.7	Demande de soutien ou comportement face aux incidents
5. Facteurs liés à l'environnement de travail	
5.1	Administration
5.2	Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)
5.3	Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites
5.4	Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)
5.5	Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)
5.6	Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)
5.7	Charge de travail, temps de travail
5.8	Retards, délais
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	
6.1	Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)
6.2	Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant
6.3	Politique de formation continue
6.4	Gestion de la sous-traitance
6.5	Politique d'achat
6.6	Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement
6.7	Ressources financières
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	
7.1	Politique de santé publique nationale
7.2	Politique de santé publique régionale
7.3	Systemes de signalement

[Grille ALARM du site de l'HAS téléchargeable en PDF](#)