

Toute personne qui participe au RETEX ou qui a accès à ce document ne doit pas communiquer les informations dont il (elle) a pu avoir connaissance lors de cette analyse. Seule la communication institutionnelle choisie permet d'informer d'autres personnes.

Compte rendu Retour d'Expérience (RETEX) Base grille REMED

Date de survenue de l'EI :

30 novembre 2021

Numéro de la FEI :

MED-21-0011

Résumé de l'évènement :

Le patient a reçu une partie de son traitement en double, une première administration par sa compagne (également hospitalisée) une seconde administration par l'IDE

Date du débriefing :

02 décembre 2021 avec l'IDE qui a réalisé l'administration

Délai en jours entre l'EI et le débriefing :

2 jours

Date d'analyse de l'EI :

17 décembre 2021

Délai en jours entre l'EI et le REX :

17 jours

Service concerné par l'EI :


Court séjour gériatrique 1^{er} étage

Support d'analyse élaboré sur la base des recommandations de bonnes pratiques de la HAS :
« L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) - Mode d'emploi ».

Septembre 2021.

1.1. Rappel des règles pour les REX

Avant tout CREX la charte d'incitation au signalement des EI est rappelée



CHARTRE

Incitation au signalement des évènements indésirables

La sécurité de nos activités doit être notre préoccupation première et permanente

E	<p>ENSEMBLE</p> <p>La gestion des risques notamment en lien avec les évènements indésirables ne peut fonctionner qu'avec une adhésion collective au dispositif. Tout professionnel peut être impliqué ou concerné par le signalement d'un évènement indésirable.</p>
N	<p>NON SANCTION</p> <p>Pour améliorer le signalement, la direction s'engage à ne pas sanctionner les professionnels de santé qui signalent un évènement indésirable dans lequel ils sont impliqués ou qu'ils ont constaté. Ce principe de non-sanction ne s'applique pas en cas de manquement délibéré aux règles de sécurité.</p>
S	<p>SOLUTIONS</p> <p>Les actions d'amélioration sont identifiées collectivement en concertation avec les agents et les patients impliqués dans les évènements. L'objectif n'est pas de trouver des responsabilités, mais d'analyser les causes des évènements et de dégager des recommandations pour éviter la réitération de l'évènement.</p>
E	<p>EMPATHIE</p> <p>En cas d'EIAS (évènement indésirable associé aux soins) l'établissement assure la promotion d'une attitude respectueuse à l'égard des patients et de leurs proches, par un comportement transparent et empathique et à l'égard des personnels par un accompagnement professionnel et si besoin, un soutien psychologique.</p>
M	<p>MANAGEMENT</p> <p>Les équipes d'encadrement assurent la promotion du signalement des évènements indésirables et incitent le personnel à signaler, en le guidant autant que de besoin dans l'utilisation du logiciel de signalement. Ils s'engagent à faciliter la participation du personnel au CREX (comités de retour d'expérience).</p>
B	<p>BESOINS</p> <p>Les besoins en formation du personnel sont identifiés pour favoriser la bonne utilisation de l'outil de signalement. Une vigilance est portée sur les nouveaux arrivants.</p>
L	<p>LIBERTE D'EXPRESSION</p> <p>Les agents impliqués dans un évènement doivent pouvoir s'exprimer librement sur les éventuelles difficultés qu'ils ont rencontrées qu'elles soient d'ordre relationnel, matériel, organisationnel...</p>
E	<p>EXPERTISE</p> <p>L'analyse collective des évènements indésirables doit être réalisée en collaboration avec les personnes qui disposent d'expertise dans le domaine en matière d'écoute, d'utilisation des outils et de recherche des causes. L'évaluation des actions menées fait partie intégrante du dispositif.</p>

Régine DELPLANGUE
Directrice

Carole CUINGNET
Présidente de la CME

Nicoleta MARDARE
Coordinatrice des
risques associés aux soins

Elina GEROME
DIRHAM

Nathalie VESINET
Coordinatrice des soins

IT-IPE-035 V3 - Charte FEI - 2021-12

1.2. Copie de la FEI

Récit de l'évènement	
Description de l'erreur, comment a t-elle été détectée, quelles sont les conséquences?	<p>Monsieur a été hospitalisé cet après-midi ch111 avec sa conjointe ch 114. J'ai distribué mes traitements comme d'habitude. Arrivée à la chambre de M., (Madame est présente ds la chambre de M.), je leur dit que je repasse après pour leur donner leurs traitements. Je termine le tour de dispensation et vais préparer leurs plaquettes respectives. Je retourne dans la chambre de M. où ils sont présents tous les deux. Madame s'approche de mon chariot avec l'ordinateur où j'ai posé les deux plaquettes identifiées au nom de chacun. Nous parlons ensemble. Je lui explique les traitements que le dr lui as prescrit et la rassure. Je lui donne son traitement. Je l'informe que je vais donner le traitement de son mari à son mari. Pareil, je la rassure en lui disant que c'est le même qu'au domicile. Elle part dans sa chambre le prendre. Je m'approche de Monsieur et l'aide à prendre le sien. Madame revient en me demandant si je lui ai donné son TTT, je lui réponds que oui. Elle m'informe qu'elle a donné le traitement de son mari au moment du souper!! Je quitte la chambre et vais appeler le Médecin de garde pour la conduite à tenir. J'ai ensuite rassuré les patients en disant que l'on surveillerait la TA de M. cette nuit. Madame m'a certifié ne plus avoir de TTT en sa possession et avoir vidé les cp qui restaient dans le pilulier dans les wc... MdG prévenue cf MdS</p>
Moment de détection de l'erreur médicamenteuse par rapport à l'administration	après administration
Nom du médicament impliqué	xarelto lercandipine pantoprazole
Surdosage ou Sousdosage	Non applicable
Conséquences directes	Mr a reçu deux fois le TTT (en partie, casodex en commande et le calcidose l'épouse n'en avait pas)
Action mise en oeuvre	surveillance TA cette nuit, PM orale d'un smecta pr M., lui ai donné. ECG fait et vu MdG venue centre anti poison avisé par le MdG

1.3. Description de la gestion immédiate de l'EI

- Alerte du médecin du service pour conduite à tenir
- Appel du centre antipoison par le médecin du service
- Surveillance du patient

1.4. Personnes présentes pour la préparation du RETEX

Date : **2 décembre 2021**

Nom	Prénom	Fonction
XX		IDE
XX		Responsable qualité

1.5. Description des faits

Quand	Qui ?	Quelle action ?	Comment ?
14h		Arrivée prévue des deux patients dans le service (patient et sa compagne). → Les deux patients sont en retard (pas de précision sur le motif du retard)	
16h15		Arrivée des deux patients, prise en charge par l'IDE 1 Monsieur chambre 111, Madame chambre 114) Réalisation de la synthèse clinique d'entrée par l'IDE 1. La patiente a avec elle beaucoup d'argent liquide ainsi que son carnet de chèques. L'IDE doit insister pour pouvoir placer au coffre le portefeuille. L'IDE 1 demande au patient et à sa compagne s'ils ont avec eux les médicaments de leurs traitements personnels. La compagne répond que non. L'IDE 2 arrive pendant l'entrée des patients, c'est elle qui gère les constantes et l'électrocardiogramme du patient.	
16h50		Fin de la phase d'accueil (enregistrement de la synthèse clinique d'entrée) La compagne du patient le rejoint dans la chambre et « raconte sa vie » de façon très précise. Elle ne montre pas de signes de troubles cognitifs.	
17h15		L'IDE 1 réalise l'inventaire d'entrée du patient et de la patiente sur du déclaratif. La patiente range seule sa valise	
18h30		L'IDE 2 commence le tour des médicaments par la petite aile (les patients sont dans la grande aile) L'IDE 2 ne peut pas administrer le traitement, car l'examen médical et la prescription des médicaments ne sont pas finalisés	
18h46		Le médecin rencontre le patient et valide l'anamnèse et le traitement. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motif d'hospitalisation du patient (âge : 88 ans) : Hospitalisation programmée à la demande du médecin traitant pour aggravation de la perte d'autonomie et syndrome confusionnel ▪ Motif d'hospitalisation de la patiente (âge : 86 ans) : Hospitalisation programmée à la demande du médecin traitant pour souffrance psychologique. La patiente verbalise le choix d'en finir 	
18h45		La compagne de monsieur lui administre les médicaments qu'elle a ramenés du domicile	
18h49		Prescription du traitement par le médecin (il manque 1 traitement dans notre dotation : CASODEX)	
19h00		Distribution des repas	
19h20		L'IDE 2 fini le tour de dispensation puis retourne ensuite préparer les plaquettes des deux patients	
19h53		Préparation du traitement de monsieur et de madame par l'IDE 2 La patiente rejoint l'IDE dans le couloir. L'IDE explique à la patiente (qui est venue voir son compagnon) les traitements prescrits par le médecin pour elle-même et pour le patient (qui sont identique à ceux du domicile). L'IDE la rassure sur le fait que ce sont les mêmes qu'à la maison. Madame retourne dans sa chambre prendre son traitement pour avoir un verre d'eau. L'IDE 2 administre le traitement à monsieur (PANTOPRAZOLE (20mg) – LERCANDIPINE (10mg) – XARELTO(15mg))	
19h58		La compagne du patient vient voir l'IDE 2 pour lui demander si elle a administré le traitement de monsieur et elle explique qu'elle lui a donné son traitement pendant le repas (avec le pilulier qu'elle a ramené du domicile).	

20h00	L'IDE 2 alerte aussitôt le médecin de garde pour savoir la conduite à tenir, elle rassure la patiente (compagne de monsieur) qui est très stressée de ce qui vient de se passer
Horaire non précis	La patiente retourne dans sa chambre et elle vide les médicaments qui lui restaient dans le pilulier dans les WC à l'insu de l'IDE sans vérification par l'IDE de ce qui a été jeté (déclaration de la patiente).
Horaire non précis	Le médecin de garde appelle le centre antipoison principalement par rapport au XARELTO. Le centre antipoison conseille de donner du SMECTA au patient pour limiter l'absorption du traitement.
21h28	Administration du SMECTA par l'IDE (pas de prescription dans le DPI)
nuit	Surveillance du patient, réalisation d'un électrocardiogramme. Tracé identique à celui de l'entrée.
6h41	Transmission de l'IDE de nuit qui indique que le patient a bien dormi

Informations complémentaires :

- Au domicile le traitement est préparé par une IDE pour le patient.
- Dans le courrier du médecin traitant, la liste des traitements était bien indiquée
- Les médicaments ont été jetés dans les toilettes par la patiente (pas de possibilité de vérifier ce qui a été réellement donné)

1.6. Information / association du patient

Le patient a-t-il est informé de l'EI :

Oui Non NA (l'EI ne concerne pas un patient)

Le patient n'est pas en capacité et en état de comprendre l'information. Par contre sa compagne a été informée puisque c'est elle qui a prévenu.

Le patient a-t-il été rencontré dans le cadre de la préparation du CREX ?

Oui Non NA (l'EI ne concerne pas un patient)

Si non pourquoi ? Le patient n'est pas en capacité de comprendre, sa compagne qui lui a administré le traitement était très angoissée, le choix a été fait de ne pas lui générer de stress supplémentaire.

Le patient a-t-il participé au CREX ?

Oui Non NA (l'EI ne concerne pas un patient)

Si non pourquoi ? : Cf ci-dessus.

1.7. Personnes présentes pour l'analyse

Date : 17 décembre 2021

Nom	Prénom	Fonction
xx		Cadre de santé
xx		IDE 1
xx		IDE 2
xx		Pharmacien, Pdte CME
xx		Médecin CGDRAS
xx		Responsable qualité

1.8. Identification des causes immédiates / facteurs favorisants

- Arrivée tardive qui n'a pas permis de faire l'entrée dans de bonnes conditions.
- Patient ayant des troubles cognitifs qui font qu'il n'a pas dit qu'il avait déjà pris son traitement.
- Épuisement de la compagne qui n'a pas pensé à dire qu'elle avait déjà donné le traitement.

1.9. Analyse des causes profondes (grille REMED)

Facteurs liés aux produits de santé		
Facteurs liés aux médicaments - propriétés - aspects galéniques - gamme - conditionnement - étiquetage et dénominations - information - conditions d'emploi	Propriétés intrinsèques pharmacologiques du médicament, effets indésirables	Non concerné
	Propriétés médicament modifiées par l'usage (périmé, détérioré, conservé dans de mauvaises conditions, etc.)	
	Excipient: toxicité, incompatibilité, choix non approprié	
	Forme galénique inadaptée, similitude de formes galéniques (comprimés, gélules, liquides incolores, formes LP et non LP etc.)	
	Gamme prêtant à confusion	
	Absence de conditionnement unitaire, conditionnement inadapté, etc.	
	Similitude de conditionnement avec un même produit de dosage différent, avec un produit différent ; symbole, couleur, logo déroutants	
	Dénominations similaires (noms commerciaux ou dénominations communes confondus par homophonie, homographie)	
	Lisibilité insuffisante des mentions de l'étiquetage (rédaction surchargée, trop petite, sens de lecture, etc.)	
	Étiquetage erroné	
	Mentions de l'étiquetage difficiles à comprendre ou interpréter (absentes, incomplètes, confuses, ambiguës, etc.)	
	Défaut d'informations du résumé des caractéristiques du produit, de la notice, du mode d'emploi (absente, incomplète, inexacte, confuse, etc.)	
	Absence de tableau de correspondance entre les doses à administrer, les volumes, les débits	
Non-respect du RCP (mésusage), de l'AMM (hors AMM), etc.		
Facteurs liés au dispositif médical associé - propriétés intrinsèques - conditionnement - étiquetage et dénominations - information - conditions d'emploi	Défaut de conception, de précision, etc.	Non concerné
	Défaillance du dispositif au cours de l'utilisation	
	Défaut de présentation du conditionnement ou de l'étiquetage	
	Lisibilité insuffisante des mentions de l'étiquetage (absentes, incomplètes, confuses, ambiguës, etc.)	
	Défaut d'information du mode d'emploi (information absente, incomplète, inexacte, confuse, etc.)	
	Utilisation inappropriée, inadaptée, absente	
	Erreur de manipulation, de programmation, etc.	
Facteurs liés au Patient		
Pathologie et co-morbidités - situation clinique somatique ou psychique - facteurs de risque - problèmes de soins	Antécédents médicaux, co-morbidités lourdes et/ou complexes (démence, perte d'autonomie, ...)	Démence du patient, épuisement de la patiente. Etat cognitif faussement rassurant.
	Handicaps (troubles mentaux, de la mémoire, démence, capacités cognitives altérées, handicap visuel, auditif, psychomoteur, etc.)	
	Addictions, drogues	
	Situation clinique complexe, grave, aigue	
	Situation clinique méconnue ou non identifiée (insuffisance rénale, hépatique, etc.)	
	Situation clinique faussement rassurante	
	Exposition au risque de traitements multiples (polyopathologies, etc.)	
	Exposition au risque de "never event" (médicaments à haut risque, etc.)	
	Problèmes de voie d'administration (déglutition impossible, sonde, abord difficile, etc.)	
Environnement social et familial	Habitudes de vie, métier particulier	Non concerné
	Environnement familial, entourage particulier	

	Patient isolé, sans relais pour obtention des informations ou accès aux soins Modalité particulière d'hospitalisation (en particulier contraintes : détenu, absence de consentement,...)	
Personnalité et comportement	Comportement passif, indifférent, inattentif Difficulté de compliance aux soins, absence de coopération, rétention volontaire d'informations Comportement agressif, impatient, méfiant, d'opposition, angoissé, distrayant, bavard Influence des professionnels de santé (pour induire un diagnostic, une délivrance, un soin ou y échapper)	Patient qui n'a rien dit lorsque l'IDE lui a administré la traitement alors qu'il l'avait déjà pris auparavant. Compagne avec manque d'attention lorsque l'IDE a expliqué qu'elle allait donner le traitement au patient
Expression et communication, aptitude aux soins	Difficultés de compréhension ou d'expression orale : expression en langue étrangère, absence de traducteur, etc. Difficultés de compréhension ou d'expression orale : problème de vision, d'audition, niveau d'instruction, etc. Omission dans le signalement des antécédents, du traitement (oubli, distraction, dissimulation) Défaut de mémorisation du traitement et des éléments de suivi clinique Schéma posologique complexe non signalé par le patient Connaissance insuffisante de son traitement ou de sa pathologie	Le patient ne sait pas le traitement qu'il prend il est préparé à domicile par une IDE
Facteurs liés au Professionnel de Santé		
Qualification, compétences, aptitudes techniques	Défaut de connaissance technique ou théorique notamment sur les produits de santé (savoir) Défaut de qualification - inadéquation des connaissances (savoir-faire) Sous-estimation des facteurs de risques Défaut de dextérité, d'entraînement, d'expérience, d'adaptation Défaut de raisonnement, d'interprétation, de paramétrage Erreur de calcul : relative à la dose, à la concentration, au débit, liée aux unités, etc. Erreur de lecture : du médicament, de la prescription, de l'avis pharmaceutique, du protocole, des consignes, du dispositif médical, de la commande, etc. Erreur de manipulation informatique : saisie, copie/coller, sélection dans une liste, écrasement de fichier, etc.	Le personnel a été faussement rassuré sur le peu de contact avec la patiente qui était perturbée par l'hospitalisation
Etat physique ou psychologique	Stress / situation d'urgence Défaut d'attention, distraction (oubli, gestuelle erronée) Surmenage professionnel Fatigue, manque de sommeil Disposition physique inadéquate (maladie) Disposition mentale inadéquate (troubles psychologiques, préoccupation, soucis personnels, etc.)	Non concerné
Capacités relationnelles, motivation, adaptations	Manque de motivation Réserve excessive ou peur du jugement dans la recherche d'aide Conception socio-culturelle dominante Excès de confiance en soi ou dans les autres professionnels Insuffisance ou défaut de qualités relationnelles avec le patient et/ou l'entourage et/ou la famille Insuffisance ou défaut de qualités relationnelles avec les collègues, l'équipe	Non concerné
Pratiques et Procédures opérationnelles		
Pratiques générales	Défaillance dans le respect de la réglementation Défaillance dans le respect des bonnes pratiques Défaillance dans le respect des règles déontologiques ou éthiques	Non concerné

	Défaillance dans l'identification du patient	
	Défaillance dans le respect de l'AMM, des règles applicables aux produits de santé, etc...	
	Défaillance dans le respect des caractéristiques du produit de santé (interactions, posologie, etc...)	
	Consignes confuses, ambiguës	
	Manque d'informations cruciales, difficulté d'accès ou d'utilisation d'outils d'aide à la décision	
	Défaillance dans les transmissions quelles qu'elles soient : omission, retard, traitement incomplet, etc.	
Protocoles et procédures	Existence de supports de prescription ou d'administration multiples	Non concerné
	Existence de transcriptions (oral vers écrit) ou de retranscriptions (écrit vers écrit)	
	Protocole ou procédure absent, indisponible	
	Protocole ou procédure non actualisé	
	Protocole ou procédure non adapté, incompréhensible, antagoniste d'un autre protocole	
	Protocole ou procédure mal diffusé ou insuffisamment connu	
	Protocole ou procédure non suivi ou refusé	
Pratiques logistiques des produits de santé	Disponibilité des produits de santé : détention excessive, inappropriée, etc.	Tous les produits n'étaient pas disponibles, mais cela a eu un impact positif, car cela a limité la double administration
	Indisponibilité des produits de santé : achat non adapté, dotation non définie, problème d'approvisionnement, etc....	
	Détérioration des produits de santé liée à un incident, aux conditions de détention, etc.	
	Rédaction du bon de commande incomplète ou erronée	
	Omission ou retard dans la transmission du bon de commande	
	Délais d'obtention des produits de santé non satisfaisants, inappropriés	
	Échantillons : gestion, mise à disposition, conditions d'utilisation inappropriées	
Pratiques liées à la prescription - anamnèse et examen clinique - décision thérapeutique - expression et communication - suivi thérapeutique	Anamnèse ou examen clinique incomplet, défaillant	Non concerné
	Prise en compte défaillante des caractéristiques du patient (âge, poids, antécédents, traitements, etc...)	
	Défaillance dans le respect des recommandations de pratiques cliniques relatives aux indications du médicament	
	Absence de prise en compte des avis pharmaceutiques	
	Défaut d'identification des prescripteurs (absence, erreur, etc.)	
	Défaut dans la rédaction de la prescription : prescription illisible, contradictoire, incomplète, non explicite, etc.	
	Erreur ou anomalie concernant abréviation, virgule, zéro, unités, etc.	
	Prescription informatisée avec erreur de sélection d'un item : produit, dose, voie, etc.	
	Prescription complexe difficile à interpréter	
	Suivi clinique défaillant avec prescripteurs multiples ou absence de référent, etc.	
Pratiques liées à la dispensation - anamnèse et historique médicamenteux - analyse pharmaceutique - préparation - délivrance - suivi des dotations	Défaut d'accès aux données cliniques pertinentes	Non concerné
	Absence ou erreur dans l'analyse pharmaceutique des prescriptions	
	Transmission manquante ou tardive de l'avis pharmaceutique	
	Absence ou retard de préparation galénique des médicaments	
	Erreur de substance active, erreur de calcul ou de mesure dans la quantité de substance active,...	
	Erreur d'étiquetage d'une préparation galénique	

	<p>Erreur de conditionnement ou de reconditionnement des médicaments commercialisés</p> <p>Absence de délivrance nominative des médicaments ou du DM implantable</p> <p>Substitution ou remplacement de présentation ou de gamme de produits sans information</p> <p>Absence ou défaillance du contrôle avant délivrance pharmaceutique</p> <p>Omission, retard ou erreur de délivrance</p> <p>Omission, retard ou erreur de produits de santé demandés en urgence</p> <p>Non-respect de la chaîne du froid et des conditions de conservation</p> <p>Omission ou défaillance de vérification des dotations ou des chariots d'urgence</p>	
<p>Pratiques liées à l'administration/implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> - collecte du médicament dans le stock - préparation des piluliers - réalisation - enregistrement et compte rendu 	<p>Erreur dans l'interprétation de la prescription, décalage entre prescription et administration</p> <p>Erreur de rangement / détention dans la dotation, le chariot d'urgence, le réfrigérateur</p> <p>Erreur de sélection du produit de santé</p> <p>Erreur de préparation extemporanée du médicament : préparation à l'avance, solvant inadéquat, volume inadéquat, etc.</p> <p>Défaut d'étiquetage de la dose préparée</p> <p>Contrôle préalable à l'administration absent ou erroné</p> <p>Administration ou implantation omise, retardée ou erronée</p> <p>Décalage ou inadéquation entre prescription et administration</p> <p>Enregistrement de la traçabilité manquant, tardif ou erroné</p> <p>Plans d'administration non effectués, indisponibles</p> <p>Retour d'information défaillant au médecin ou pharmacien des doses non administrées (omission, erreur, retard, etc.)</p>	<p>Validation et administration tardive du traitement</p>
<p>Pratiques liées au suivi clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi thérapeutique - suivi biologique - examens complémentaires 	<p>Absence de suivi thérapeutique</p> <p>Suivi thérapeutique inadapté</p> <p>Omission, défaut ou retard dans la réalisation des examens complémentaires</p> <p>Délais de transmission des résultats inadéquats à l'état du patient</p> <p>Absence ou retard dans la prise en compte des résultats cliniques, biologiques</p> <p>Défaut ou désaccord dans l'interprétation des résultats liés au suivi thérapeutique</p> <p>Données d'interprétation nécessaires indisponibles : défaut d'avis spécialisé</p> <p>Défaut d'information du patient sur ses résultats</p>	<p>Non concerné</p>
<p>Pratiques liées aux transitions</p>	<p>Absence ou erreur de gestion des traitements personnels</p> <p>Absence ou erreur dans la reconduction des traitements personnels à l'admission (conciliation des traitements)</p> <p>Absence de continuité des soins par l'absence de délivrance de 24h/48h de traitement lors d'un transfert ou à la sortie</p> <p>Absence ou erreur dans la reconduction des traitements personnels lors du transfert ou à la sortie (conciliation des traitements)</p>	<p>La question a été posée à la compagne sur la présence ou non de médicaments. La réponse était fausse.</p> <p>Le doute reste sur la compréhension de la question par la patiente.</p>
<p>Pratiques liées à l'éducation thérapeutique</p>	<p>Incompatibilité du plan de soins à la vie du patient ou à son autonomie</p> <p>Défaut d'information (concernant médicament, indications, moment de prise, posologie, effets indésirables, surveillance, risque lié à l'automédication, etc.)</p> <p>Défaut d'information sur les risques</p>	<p>Non concerné</p>

	Défaut d'information sur quoi faire en cas d'oubli	
Équipe		
Communication au sein de l'équipe	Défaut de communication orale dans l'équipe	Non concerné
	Défaut de communication écrite dans l'équipe (absence, incomplétude, qualité insuffisante des informations écrites)	
	Divergence dans les écrits	
	Absence ou illisibilité des informations tracées	
	Fonctionnement peu propice à la transmission d'informations	
	Absence de concertation et/ou de temps de coordination	
Dynamique et interactions	Défaut de coopération dans l'équipe	Non concerné
	Collaboration insuffisante, de type passive	
	Mauvaise cohésion, conflits, intimidation	
	Mode de fonctionnement individualiste	
	Manque de soutien entre pairs	
	Manque de soutien entre différents professionnels	
	Difficultés dans la mobilisation des compétences requises	
	Difficultés dans la recherche d'avis spécialisés	
	Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations	
	Ambiance de travail difficile, conflictuelle, délétère	
	Défaut d'adaptation à une situation imprévue	
	Faible propension des juniors ou des seniors à solliciter de l'aide	
	Indisponibilité ou manque de réactivité des seniors (réponse à une demande de soutien)	
	Encadrement et supervision	
Défaut d'encadrement		
Environnement de travail		
Charges et conditions de travail	Mauvaises conditions de travail (bruit, interruptions, lieu de passage, température, luminosité, ...)	Non concerné
	Temps ou horaires de travail particuliers	
	Charge de travail ou délais imposés	
Locaux et mobiliers	Locaux inadaptés (conception, fonctionnalités, accessibilité, marche en avant, ergonomie, espace...)	Non concerné
	Circuits problématiques	
	Problème de température, humidité, fluides : eau, air ...	
	Mobiliers inadaptés (nature, agencement, implantation...)	
Fournitures et équipements	Défaillance des approvisionnements en fournitures ou équipements	Non concerné
	Fournitures ou équipements insuffisants, indisponibles ou inadaptés	
	Fonctionnalités insuffisantes des équipements (ergonomie, conception, sécurité, normalisation)	
	Fournitures ou équipements mal utilisés, complexes, défaut de formation, absence de notice d'utilisation	
	Changement récent d'équipement, formation incomplète ou imprécise	
	Fournitures ou équipements défectueux	
	Défaillance dans le transport ou le brancardage (indisponibilité, retard, défaut de compétence, ...)	
Informatique - architecture - conception - fonctionnalités	Absence de dossier patient partagé	Non concerné
	Complexité du système d'information, du logiciel, logiciels multiples	
	Insuffisance ou obsolescence du parc informatique ou du réseau	

<ul style="list-style-type: none"> - ergonomie - fiabilité et mise à jour 	<ul style="list-style-type: none"> Logiciel non adapté à la prescription de médicaments particuliers comme les fluides médicaux, les stupéfiants... Défaut d'alerte du logiciel Problème dans le paramétrage Informatisation inadaptée ou insuffisante du système documentaire Bases de données incorrectes, incomplètes, non explicites, non accessibles, non actualisées (livret du médicament, livret des équivalences...) Outils d'aide à la décision incomplets, non explicites, non actualisés, absents Défaut de gestion des accès informatiques, de maintenance informatique Panne informatique, absence de solution dégradée Dysfonctionnement ou bug informatique, interfaces inadéquates ou absentes Télécommunications défaillantes Mésusage du logiciel 	
<p>Hygiène et maintenance</p>	<ul style="list-style-type: none"> Changement récent de l'environnement (travaux, déménagement,...) Hygiène insuffisante ou défaillance du nettoyage Non-respect des règles d'hygiène et de sécurité lors des transports Défaut de maintenance ou d'entretien des locaux Défaut de maintenance ou d'entretien des matériels et équipements Absence d'équipement de secours, de solution dégradée, de dépannage d'urgence Défaut de stérilisation 	<p>Non concerné</p>
Organisation et Management		
<p>Attribution des responsabilités</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organigramme ou sociogramme absent, méconnu ou imprécis Description des postes absente ou insuffisante Définition inadéquate des responsabilités et/ou des fonctions dans l'équipe Attribution inadéquate des responsabilités avec glissement de tâche Affectation à des tâches inhabituelles, délégation inappropriée des missions ou des responsabilités Degré d'autonomie insuffisant ou limitation trop restrictive de la prise de décision des acteurs de terrain 	<p>Non concerné</p>
<p>Gestion des compétences et des effectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> Définition insuffisante ou inadéquate des compétences requises Effectifs inappropriés en nombre Composition inadéquate de l'équipe médicale ou soignante ou pharmaceutique: combinaison des compétences et/ou des effectifs, adéquation profil/poste Gestion inadaptée de l'absentéisme Indisponibilité de personnel apte de haut niveau Absence d'intérêt du travail demandé 	<p>Non concerné</p>
<p>Formation continue et apprentissage</p>	<ul style="list-style-type: none"> Absence de vérification des diplômes et compétences Absence de politique d'intégration des nouveaux arrivants Mise en situation professionnelle sans accompagnement Formation ou accompagnement insuffisants du personnel intérimaire Formation ou entraînement du personnel insuffisant Absence de veille professionnelle (recommandations de pratique clinique) 	<p>Non concerné</p>
<p>Planification des tâches</p>	<ul style="list-style-type: none"> Soins ne relevant pas du champ d'action du service Définition imprécise des tâches Problème dans la faisabilité des tâches 	<p>Non concerné</p>

	Planification non adaptée des tâches	
	Déséquilibre dans la répartition des tâches de l'équipe	
	Non anticipation ou non définition de solutions dégradées	
	Défaillance dans la programmation des actes en secteur interventionnel (absence, modification,...)	
	Défaut de traçabilité de macro-cible ou d'information cruciale	
Organisation de proximité	Organisation générale du secteur de soins non définie ou imprécise	Non concerné
	Changement récent d'organisation interne	
	Défaut de coordination permettant d'assurer le relais entre les équipes dans le service	
	Défaut de coordination entre services	
	Insuffisance ou défaillance dans les prestations sous traitées	
	Charge de travail excessive ou inadaptée (cumul de gardes, nombre de patients, volume de soins,)	
	Lourdeur ou défaillance du fonctionnement administratif	
	Défaillance dans l'organisation de la permanence des soins (liste des praticiens d'astreinte, accès à la pharmacie, personnel non joignable, tableau des astreintes)	
	Défaillance dans l'organisation de la continuité des soins	
	Absence de l'avis des utilisateurs lors du choix des produits de santé	
Culture Qualité Risques Sécurité	Défaillance dans la gestion d'une crise	Non concerné
	Défaut d'anticipation d'une situation nouvelle ou imprévue	
	Interruption de tâches acceptées-non gérées dans l'organisation des soins	
	Défaillance dans les priorités et les attitudes de sécurité (absence de Go-NoGo en cas de doute, absence de double contrôle...)	
	Déni du risque lié aux erreurs médicamenteuses	
	Comportement passif dans le signalement ou la prise en compte des erreurs médicamenteuses	
	Présence d'une culture punitive, absence de pédagogie de l'erreur	
	Culture de signalement des événements indésirables insuffisante	
	Défaillance dans le retour d'expérience	
	Défaillance dans la gestion documentaire (organisation, accessibilité, mise à jour)	
	Défaillance dans la veille réglementaire	
	Hygiène et sécurité au travail insuffisantes	
Contexte institutionnel		
Contexte réglementaire, économique	Contraintes réglementaires absentes	Non concerné
	Contraintes réglementaires existantes non appliquées ou non applicables	
	Pression de production	
	Ressources budgétaires insuffisantes ou mal évaluées (contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens)	
	Problèmes financiers au sein de l'établissement (déficit, plan de retour à l'équilibre ...)	
	Non prise en compte des priorités de sécurité des patients dans la politique d'achat ou d'approvisionnement en produits de santé	
	Absence de soutien financier des mesures d'amélioration de la sécurité des patients	
Gestion du personnel	Insuffisance dans la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	Non concerné
	Insuffisance dans la gestion prévisionnelle des effectifs	

	Politique de formation continue insuffisante	
	Climat social difficile	
Politique de sécurité des soins	Absence de stratégie/politique de réduction du risque médicamenteux et de sécurité des soins	Non concerné
	Défaillance dans l'ancrage politique de la stratégie de réduction du risque médicamenteux	
	Stratégies contradictoires dans la gestion des risques liés aux soins	
	Absence de compréhension du processus global de prise en charge médicamenteuse des patients	
	Plan d'actions et objectifs mal définis	
	Défaillance dans la gestion du projet de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (coordination, suivi)	
	Communication insuffisante autour de la qualité, la sécurité et l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse des patients	
	Absence de ressources humaines dédiées à la gestion du risque médicamenteux (effectif ou temps de travail dédié et compétences)	
	Absence de ressources techniques adaptées à la gestion du risque médicamenteux (système d'information)	
	Absence d'anticipation des risques liés à la prise en charge médicamenteuse (analyse a priori)	
	Absence de gestion réactive des risques liés à la prise en charge médicamenteuse (RMM, REMED, arbre des causes...)	
Retour d'expérience non partagé		
Liens avec d'autres structures	Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements ou entre ville/établissements de santé	Non concerné
	Coopération entre établissements, PUI (achats, conditionnement, dépannages, etc.)	
	Restructurations territoriales difficiles ou conflictuelles	

1.10. Analyse des barrières de sécurité

Barrière Description	Type	Existence	Efficacité
	<input type="checkbox"/> Prévention Protection : <input type="checkbox"/> Récupération <input type="checkbox"/> Atténuation	<input type="checkbox"/> Existante <input type="checkbox"/> Inexistante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Non
Information dans le livret d'accueil sur la gestion du traitement personnel à l'hôpital	<input type="checkbox"/> Prévention	<input type="checkbox"/> Existante	<input type="checkbox"/> Non (la patiente n'a pas pris connaissance du livret d'accueil et il n' pas été expliqué)
Explications données par l'IDE sur le traitement	<input type="checkbox"/> Prévention	<input type="checkbox"/> Existante	<input type="checkbox"/> Partielle (lié à la pathologie)
Procédure de reprise du traitement personnel	<input type="checkbox"/> Prévention	<input type="checkbox"/> Existante	<input type="checkbox"/> Non
Procédure d'inventaire à l'entrée	<input type="checkbox"/> Prévention	<input type="checkbox"/> Existante	<input type="checkbox"/> Non
Alerte du médecin du médecin suite à l'EI	<input type="checkbox"/> Atténuation	<input type="checkbox"/> Existante	<input type="checkbox"/> Oui
Vigilance pour les patients ayant des troubles cognitifs sur les informations données lors de l'arrivée	<input type="checkbox"/> Prévention	<input type="checkbox"/> Existante	<input type="checkbox"/> Non
Consignes du centre antipoison	<input type="checkbox"/> Atténuation	<input type="checkbox"/> Existante	<input type="checkbox"/> Oui

1.11. Evaluation de l'évitabilité de l'évènement

Cocher la réponse			
Evitable	Probablement évitable	Probablement inévitable	Inévitable
	X		

1.12. Choix de communication retenue

Une communication institutionnelle va-t-elle être mise en place suite au CREX ?

Oui Non

Si oui :

- flash spécial dédié à l'EI
- flash spécial annuel
- autre (décrire)
- information par le cadre/responsable de son personnel :

Si non pourquoi :

Modalités de diffusion : mail aux CDS et médecins – affiches dans les unités – information CME et CSIRMT.

1.13. Soutien psychologique

Un soutien psychologique a-t-il été proposé à l'agent (ou aux agents) concerné(s) par l'EI ?

- Oui
- Non
- EI ne nécessitant pas la mise en place de soutien psychologique (il n'y a pas eu de conséquences pour le patient)

Un soutien psychologique a-t-il été proposé au patient / proche concerné par l'EI ?

- Oui
- Non (il n'y a pas eu de suite)
- EI ne nécessitant pas la mise en place de soutien psychologique

1.14. Actions identifiées pour éviter que l'évènement ne se reproduise

Actions	Pilote	Échéance	Remarques
Systématiser un inventaire détaillé chez les personnes âgées avec des troubles psychiques et cognitifs et formaliser l'organisation	Coordinatrice des soins	1 ^{er} semestre 2022	
Ajouter sur la synthèse clinique d'entrée une information sur la reprise du traitement (en critère bloquant)	IDE référente DPI	1 ^{er} semestre 2022	Indiquer : Oui – pas de traitement personnel – Traitement laissé au patient avec accord du médecin - autre
Ajouter sur la synthèse clinique d'entrée si l'inventaire a été fait (en critère non bloquant)	IDE référente DPI	1 ^{er} semestre 2022	Indiquer : OUI – NON
Ajouter sur la procédure PG-PHA-001 de récupérer le pilulier si une situation identique se reproduisait malgré les actions mises en place	Pharmacienne	1 ^{er} semestre 2022	
Indiquer le numéro de téléphone du centre antipoison sur le listing et sur la procédure PG-PHA-001	Pharmacienne	1 ^{er} semestre 2022	

1.15. Indicateurs de suivi

Indicateur	Pilote	Échéance de recueil
FEI de même nature	Responsable qualité	En continu