

QUESTIONNAIRE de REVUE d'une ERREUR MEDICAMENTEUSE (REMEDI)

Pour mieux raconter l'histoire et identifier les causes et facteurs contributifs, les actions d'amélioration ...

Quels facteurs liés aux produits de santé ou données d'entrée ?

La survenue est-elle liée à un ou des médicament(s) ? Dénomination, propriétés, formulation, excipient, galénique, forme pédiatrique, présentation, conditionnement, étiquetage, information, notice ?

La survenue est-elle liée au dispositif médical associé ? Propriétés, présentation, conditionnement, étiquetage, information, notice, utilisation ?

Quels facteurs liés au patient ?

La complexité de la situation clinique, somatique ou psychique a-t-elle favorisé l'évènement ?

Ses facteurs familiaux, sociaux ont-elles favorisé l'évènement ?

Sa personnalité, sa coopération ou son comportement ont-ils favorisé l'évènement ?

Y a-t-il eu défaut de compréhension, de mémorisation du traitement ?

Y a-t-il eu oubli, erreur d'inattention ou de raisonnement de la part du patient ?

Quels facteurs liés aux professionnels de santé ?

Y a-t-il eu défaillance humaine à l'origine de l'évènement indésirable, et notamment :

Les personnes savaient-elles ce qu'elles avaient à faire ?

Connaissaient-elles le médicament ou le dispositif médical à utiliser ?

Y a-t-il eu erreur d'attention, de raisonnement, de lecture, d'interprétation, de calcul, de saisie informatique ?

Les personnes étaient-elles dans un état psychologique ou physique particulier ?

Y a-t-il eu insuffisance ou défaut de qualités relationnelles avec le patient et/ou l'entourage et/ou la famille ?

Quels facteurs liés à l'équipe ?

La communication entre professionnels de santé est-elle en cause ? Communications écrites ou orales ?

Y a-t-il eu un problème dans la transmission des informations ?

Y a-t-il eu un problème dans la collaboration au sein de l'équipe ?

L'ambiance de travail au sein de l'équipe était-elle bonne ?

Y a-t-il eu mauvaises interactions entre les personnes ?

Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?

Quels facteurs liés à l'environnement de travail ou aux équipements ?

Les conditions de travail son-elles en cause ? La charge de travail, les temps et horaires ou les délais imposés ?

Les locaux, espaces physiques, surfaces et circuits étaient-ils appropriés à la bonne réalisation des tâches ?

L'eau, l'air, la température, l'ambiance lumineuse ou sonore était-elle adaptée ?

L'agencement des stocks a-t-il favorisé l'évènement ?

Les mobiliers et leur disposition étaient-ils appropriés à la bonne réalisation des tâches ?

Les équipements, notices, fournitures, documentation, assistance technique associées étaient-ils appropriés ? (adéquation, complexité, degré d'automatisation, maintenance...) *Exemple: pompes et PSE.*

Le système d'information, son architecture, sa conception, ses fonctionnalités, son ergonomie sont-ils en cause ?

La fiabilité du système d'information et/ou des procédures dégradées est-elle en cause ? Sa maintenance ?

Le parc informatique ou le réseau informatique sont-ils en cause ?

Les télécommunications ont-elles été défaillantes ?

L'accès aux bases de données et leur qualité (adéquation, mise à jour) étaient-ils assurés ?

(ex: dossier-patient, données sur les médicaments, ouvrages de référence...)

Y a-t-il eu un problème lié aux déplacements ou transports ?

Y a-t-il eu un problème lié à l'hygiène ou à la maintenance

Quels facteurs liés aux pratiques et procédures opérationnelles ?

Les pratiques générales de l'équipe sont-elles en cause ?

Y a-t-il eu interruption de tâche ? Perturbations ?

Les consignes étaient-elles suffisamment claires ?

Les informations utiles étaient-elles disponibles, pertinentes ?

(ex: information clinique sur le patient, âge, poids, grossesse, antécédents, résultats de laboratoire...)

Y a-t-il eu défaut d'outils d'aide à la décision ?

Les procédures/protocoles/bonnes pratiques étaient-ils disponibles, adaptés, à jour, connus, expliqués, utilisés ?

Les supports de prescription-enregistrement étaient-ils disponibles, adaptés, connus, utilisés ?

La survenue est-elle liée à la disponibilité du produit ? À la logistique d'approvisionnement ?

(défaillance, délai de livraison, produit périmé, abîmé, retiré...)

Y a-t-il eu une déviation dans les procédures de soins, par rapport aux règles applicables aux produits de santé ?
RCP, recommandations de bon usage

Y a-t-il eu une déviation dans les procédures de soins, par rapport à la pratique attendue ? réglementation, bonnes pratiques...

Les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire? Certains contrôles de sécurité ont-ils été négligés?

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

Y a-t-il eu un problème d'identitovigilance vis-à-vis du patient ?

Quels facteurs liés à l'organisation ? Liés au management ?

L'attribution des responsabilités était-elle clairement définie ?

La planification, la définition, la lisibilité des tâches étaient-elles suffisantes ?

La composition des équipes était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en effectifs et compétences ?

La politique de formation et d'adaptation aux postes était-elle adaptée ?

La coordination au sein du service ou avec d'autres services était-elle suffisante ?

La gestion des situations nouvelles, imprévues était-elle organisée ?

Les priorités de sécurité ont-elles été laissées de côté dans l'organisation des soins ?

Quels facteurs liés au contexte institutionnel ?

La réglementation ou son absence a-t-elle eu une influence sur l'événement ?

Le contexte économique, la pression de production, les problèmes de financement ont-ils eu une influence sur l'événement ?

Y a-t-il eu un contexte social particulier ?

Y a-t-il eu défaut dans la gestion des ressources humaines ?

Y a-t-il eu défaut dans le respect et le suivi des politiques et programmes qualité - sécurité ?

Dans la prise en compte des priorités ou des résultats des évaluations ?

Y a-t-il eu insuffisance de moyen dédiée à la gestion du risque médicamenteux ?

Y a-t-il eu défaut dans la culture de sécurité ? culture de signalement, apprentissage par l'erreur, partage de retour d'expérience

Y a-t-il eu un problème de coordination avec d'autres organisations ou établissements ?
