



Rapport d'analyse CREX

Service(s) concernés : MAS ACAIS

Analyste(s) : CZ - AL

1 Identification de l'évènement

Date de survenue de l'évènement : 26/06/2026		Lieu : MAS	
Date de début de l'analyse : 01/07/2026		Date de fin de l'analyse : 08/09/2026	
Est-ce un EIG ? ☒ Oui ☐ Non		ou Est-ce un presque accident ? ☐ Oui ☒ Non	
Est-il lié aux soins ?		☒ Oui ☐ Non	
Y a-t-il eu un signalement externe ?		☒ Oui ☐ Non	
Si OUI : à quelle(s) autorité(s) compétente(s) ? ARS via Sante.Gouv			
L'utilisateur (ou ses proches) a-t-il été informé ?		☒ Oui ☐ Non	
L'EI est-il tracé dans le dossier de l'utilisateur ?		☒ Oui ☐ Non	

2 Résumé de l'évènement

Le traitement du soir de M., résident épileptique, n'a pas été administré. Le traitement n'a pas été retrouvé à son emplacement habituel et le gobelet retrouvé dans un tiroir contenait des médicaments déblistérés, ne permettant pas d'en vérifier l'identité ni de sécuriser l'administration selon les « 5B ».

Une première crise convulsive est survenue vers 20 h 30, au moment du coucher. Après appel du 15, M. a été pris en charge par les pompiers puis transporté au CHPC. Deux nouvelles crises convulsives sont survenues au cours de la prise en charge, dont une pendant le transport et une au SAU. M. est resté en observation au CHPC durant la nuit.

L'analyse ne permet pas d'affirmer que la non-administration du traitement est la cause directe des crises. Elle met toutefois en évidence un lien plausible entre la rupture du traitement prescrit et la déstabilisation de l'état de santé de M.

3 Synthèse de l'accompagnement

M. est âgé de 47 ans et vit à la MAS depuis 1997. Il présente une épilepsie connue nécessitant une vigilance particulière et la connaissance des conduites à tenir en cas de crise.

4 Chronologie des faits

AVANT :

- 19h10 : AS1 demande à remplaçante si cette dernière a administré le traitement à M.
- Remplaçante n'a pas administré le traitement, ne l'ayant pas trouvé à l'emplacement habituel (cuisine)
- AS1 vérifie dans la cuisine : le traitement est absent
- AS1 contacte le CDS d'astreinte pour connaître la marche à suivre, M. étant épileptique
- CAT de l'astreinte lors de l'appel téléphonique avec AS1 :
 - o Vérifier si le gobelet de médicament n'était pas resté sur le chariot → non

- Vérifier dans le tiroir au nom du résident → Présence du gobelet comprenant des médicaments déblistérés, et donc sans vérification possible des 5B
- Ne pas administrer les traitements, accentuer la vigilance et contacter le 15 en cas de crise
- Fin du repas : AS1 change la protection de M. et l'aide au coucher

PENDANT :

- 20h30 : AS1 est dans la chambre d'une autre résidente lorsqu'elle entend un grand « boum »
- AS1 se rend immédiatement dans la chambre de M. qui était au sol et convulsait → la crise a duré environ 3 minutes
- AS1 tente de contacter le 15 mais le téléphone ne fonctionne pas
- AS1 demande à la stagiaire d'aller chercher le second téléphone
- AS1 positionne M. en PLS lorsque la crise diminuait
- AS1 contacte le 15 et répond au 15 :
 - Etat de conscience de M. : oui
 - Durée de la crise : 3 minutes
- Le 15 déclenche les pompiers qui arrivent rapidement sur place
- Les pompiers relèvent les constantes de M. et questionnent AS1 sur son état de santé
- Les pompiers contactent le 15
- Le 15 demande aux pompiers de transporter M. jusqu'au CHPC.
- Ils demandent également à AS1 d'accompagner M. au SAU, au vu de sa pathologie

APRES :

- AS1 contacte l'astreinte pour l'informer de son départ avec son propre véhicule pour accompagner M. au SAU
- L'astreinte recommande à AS1 de rédiger l'EI. Cette dernière ne le fait pas immédiatement, les pompiers étant près au départ. La transmission a été faite à l'oral auprès de SDN1
- 21h45 : Départ des pompiers, suivis de AS1
- Arrêt du camion de pompier, à proximité de l'avenue de Paris
- Un pompier descend de l'avant du véhicule pour monter précipitamment à l'arrière du camion
- AS1 attend dans sa voiture
- Les pompiers redémarrent et se rendent au SAU
- Une fois sur place, les pompiers expliquent à AS1 que M. a fait une 2^{ème} crise d'épilepsie, d'une durée d'1 minute environ
- M. est installé dans un brancard. Ses poignets sont contentionnés, au vue de son agitation ++ et du risque de chute
- M. et AS1 sont placés en zone d'attente
- Une IDE les rejoint 30 minutes après pour réaliser une prise de sang à M.
- 23h00 : 3^{ème} crise convulsive de M. de courte durée
- AS1 prévient l'IDE
- L'IDE arrive avec une seringue, mais n'administre pas le liquide, la crise de M. ayant cessée
- AS1 est informée que M. reste en observation au CHPC pour la nuit
- 23h27 : AS1 repart du CHPC pour rejoindre son domicile. AS1 prévient le SDN, mais ne contacte pas l'astreinte, par oubli

5 Problème de soin identifié

Le problème de soins retenu est le suivant :

Non-administration d'un traitement prescrit à un résident épileptique, dans un contexte de médicament non retrouvé puis retrouvé déblisté et non identifiable, suivie de la survenue de plusieurs crises convulsives nécessitant une prise en charge urgente et une hospitalisation.

La décision de ne pas administrer un médicament dont l'identité ne pouvait pas être vérifiée était adaptée et sécuritaire. Le dysfonctionnement porte principalement sur l'organisation préalable du circuit du médicament et sur l'absence de sécurisation de la situation.

6 Analyse ALARM des facteurs contributifs

FACTEURS LIES AU RESIDENT

- Épilepsie connue nécessitant une vigilance particulière.
- Risque de crise en cas d'interruption ou de non-administration du traitement.
- Vulnérabilité liée à la situation de handicap et à la dépendance à l'accompagnement professionnel.
- Agitation importante lors de la prise en charge au SAU, avec risque de chute.
- Nécessité de disposer rapidement d'informations fiables sur la pathologie, les traitements et la conduite à tenir.

FACTEURS LIES AUX TACHES A ACCOMPLIR

- Traitement du soir préparé à l'avance par les IDE, avant leur départ.
- Médicaments déblistés et placés dans un gobelet avec une compote.
- Préparation réalisée à l'infirmerie et non au moment de l'administration devant le résident.
- Absence de vérification possible de l'identité du médicament au moment de la distribution.
- Absence de possibilité de contrôler les « 5B » : bon résident, bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment.
- Rangement du traitement au-dessus du micro-ondes et non dans un chariot ou un coffre fermé à clé.
- Traitement retrouvé dans un tiroir, sans identification possible.
- Traitement de M. administré par les professionnels éducatifs au moment du repas en raison de la somnolence provoquée par celui-ci, soit environ 1 heure avant la préparation par les IDE
- Changement récent dans l'organisation des tâches infirmières et dans le circuit d'administration du traitement.
- Protocoles disponibles mais non consultés par l'AS1 au moment de la crise.
- Modalités d'accompagnement à l'hôpital non suffisamment définies.

FACTEURS LIES AUX PROFESSIONNELS

- Équipe composée d'une titulaire, d'une remplaçante et d'une stagiaire.
- Niveau de connaissance hétérogène des remplaçantes concernant les résidents, les traitements et les conduites à tenir.
- Méconnaissance du DUI et d'IMAGO par certaines professionnelles remplaçantes.
- Méconnaissance possible des protocoles malgré la remise du livret d'accueil.
- Absence de participation d'une remplaçante lors de la gestion de la crise.

- Bonne application par l'AS1 des mesures essentielles : chronométrage de la crise, surveillance, appel des secours et mise en PLS.
- Formation au protocole connue comme acquise par l'AS1.
- Aide active et adaptée de la stagiaire lors de la gestion de la situation.
- Charge mentale et stress majorés par l'absence de téléphone fonctionnel et l'urgence de la situation.
- L'AS1 a pris son véhicule personnel pour suivre les pompiers et accompagner M. au SAU.

Les éléments recueillis montrent surtout une insuffisance d'intégration, de formalisation et de supervision dans un contexte de recours fréquent aux remplacements.

FACTEURS LIES A L'EQUIPE

- Présence simultanée de remplaçantes et d'une stagiaire.
- Transmission orale réalisée auprès du SDN, mais absence de transmission écrite immédiate par l'AS1 en raison du départ imminent des pompiers.
- Absence de contact de l'astreinte par l'AS1 au départ du CHPC, par oubli.
- Communication et coordination perfectibles entre l'unité, l'astreinte, le SDN, les pompiers et le SAU.
- Flou concernant le professionnel chargé d'accompagner le résident à l'hôpital.
- Interrogation sur la nécessité pour l'astreinte de rappeler l'AS1 après la gestion de crise afin de la soutenir et de limiter son stress provoqué par la gestion de crise.
- Report de charge sur les professionnelles investies lorsque les remplaçantes ne maîtrisent pas les outils ou les conduites à tenir.

FACTEURS LIES A L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

- Traitement conservé dans un lieu inadapté et insuffisamment sécurisé.
- Emplacement habituel du traitement non clairement identifié ou non respecté.
- Difficulté à localiser les documents nécessaires lors de l'arrivée des secours.
- Une collègue d'une autre unité a dû fournir les documents.
- Les dossiers papier n'étaient pas facilement accessibles ou leur emplacement n'était pas connu.
- Les traitements de base du résident ont été présentés aux pompiers depuis l'ordinateur, faute de retrouver les dossiers papier.
- Téléphones fonctionnant de manière aléatoire, environ une fois sur deux.
- Aucun dispositif immédiatement fiable pour appeler les secours depuis la chambre.
- Organisation du travail en soirée avec absence d'IDE sur place, conformément aux planning

FACTEURS LIES AU SYSTEME D'INFORMATION ET A LA TECHNOLOGIE

- Méconnaissance du DUI par plusieurs professionnelles remplaçantes.
- Accès insuffisamment maîtrisé aux informations essentielles sur les résidents.
- Emplacement des informations et documents non homogène entre les supports.
- Présence du DLU physique dans l'unité, dans l'infirmerie et sur le DUI, mais accessibilité et appropriation insuffisantes.
- Téléphone utilisé pour l'appel au 15 défaillant.
- Difficulté à présenter rapidement aux secours un dossier complet et fiable.

FACTEURS LIES A L'ORGANISATION

- Changement récent d'organisation concernant la préparation et l'administration du traitement.
- Préparation anticipée considérée comme une précaution pour éviter qu'un résident saisisse un flacon, alors qu'elle compromet la sécurité de l'administration.
- Accueil des remplaçants reposant principalement sur la remise d'un livret, dont la lecture n'est pas systématiquement vérifiée.
- Absence de traçabilité formalisée de la présentation des protocoles et des outils.
- Affichage de l'épilepsie envisagé comme une information utile, mais soumis aux exigences de confidentialité et de protection des données.
- Organisation de l'accompagnement aux urgences non formalisée.
- Fréquence importante des situations avec remplaçantes sans titulaire.

FACTEURS LIES AU CONTEXTE INSTITUTIONNEL

- Recours fréquent à des professionnels remplaçants.
- Difficultés structurelles de recrutement ou de remplacement entraînant une instabilité des équipes.
- Nécessité de renforcer la politique institutionnelle d'intégration, de formation et d'habilitation des remplaçants.
- Nécessité d'harmoniser les règles institutionnelles relatives au circuit du médicament dans les unités sans présence infirmière.
- Nécessité d'assurer un suivi institutionnel des équipements de communication utilisés en urgence.
- Nécessité d'intégrer les actions correctives au Plan d'Amélioration Continue de la Qualité de l'ACAIS.

7 L'EI aurait-il pu être empêché ? les barrières mises en œuvre

Barrière	Fonctionnement constaté	Analyse
Identification de la non-administration	Fonctionnelle	L'AS1 a questionné la remplaçante à 19h10
Recherche du traitement	Partiellement fonctionnelle	Le traitement a été recherché dans la cuisine, sur le chariot puis dans le tiroir
Vérification de l'identité du médicament	Défaillante en amont	Les médicaments avaient été déblistérés et n'étaient plus identifiables
Décision de ne pas administrer un traitement non identifiable	Fonctionnelle	Décision conforme à la sécurité médicamenteuse
Connaissance de la pathologie épileptique	Fonctionnelle pour l'AS1	La vigilance a été renforcée
Accès au protocole d'épilepsie	Insuffisant	Le protocole n'a pas été recherché dans le DLU au moment de l'évènement
Appel des secours	Partiellement fonctionnelle	Premier téléphone défaillant, second téléphone utilisé ensuite
Gestion immédiate de la crise	Fonctionnelle	Durée mesurée, surveillance et mise en PLS
Aide de proximité	Fonctionnelle	La stagiaire a recherché le second téléphone et participé à la gestion
Transmission aux secours	Fonctionnelle mais perfectible	Les informations principales ont été transmises
Accès aux documents du résident	Insuffisant	Les dossiers papier n'étaient pas facilement retrouvés
Accompagnement au SAU	Fonctionnelle mais non formalisée	L'AS1 a accompagné M. avec son véhicule personnel
Transmission au retour et à l'astreinte	Partielle	Transmission au SDN, mais absence de contact de l'astreinte au départ du CHPC

8 Les causes immédiates et les causes profondes

CAUSES IMMEDIATES

- Rupture de la sécurisation du circuit du médicament
- Traitement du soir non administré.
- Traitement non retrouvé à son emplacement habituel.
- Gobelet retrouvé avec des médicaments déblistérés et non identifiables.
- Survenue d'une crise convulsive au moment du coucher.
- Dysfonctionnement du premier téléphone utilisé pour appeler le 15.

CAUSES PROFONDES OU FACTEURS CONTRIBUTIFS

- Circuit du médicament non sécurisé et non conforme aux exigences de vérification au moment de l'administration.
- Préparation anticipée des traitements dans des aliments.
- Rangement inadapté des traitements.
- Formation et intégration insuffisantes des remplaçantes.
- Accès hétérogène aux protocoles, au DUI et aux dossiers.
- Absence de formalisation de l'accompagnement aux urgences.
- Défaillance récurrente des téléphones.
- Organisation reposant fréquemment sur des équipes sans titulaire.
- Coordination et transmissions perfectibles entre les différents intervenants.

9 L'évènement aurait-il pu être évité ?

La survenue d'une crise convulsive ne pouvait pas être considérée comme totalement évitable, compte tenu de l'épilepsie connue de M. et de l'existence possible de crises malgré le traitement.

En revanche, **la situation à risque et ses conséquences pouvaient probablement être réduites** par :

- une préparation et une administration conformes du traitement
- une identification fiable du médicament
- un rangement sécurisé et standardisé
- une meilleure information des remplaçantes
- un accès immédiat aux protocoles et au dossier du résident
- un téléphone fonctionnel disponible dans l'unité

L'analyse ALARM met en évidence une succession de facteurs contributifs concernant principalement le circuit du médicament, la présence de professionnels remplaçants, l'accès aux informations, la coordination de l'équipe et la fiabilité des téléphones d'urgence.

L'évènement ne doit en aucun cas être analysé comme la conséquence d'une faute individuelle isolée.

10 Enseignements tirés

- La non-administration d'un médicament non identifiable était une décision prudente et adaptée
- Le circuit du médicament doit être réinterrogé pour tous les traitements préparés et administrés
- La préparation anticipée des médicaments déblistérés dans un aliment ne permet pas de garantir la sécurité de l'administration.

- La connaissance d'une pathologie à risque ne suffit pas si les protocoles ne sont pas accessibles et maîtrisés.
- La remise d'un livret d'accueil ne garantit pas l'appropriation des procédures.
- La présence de remplaçants doit être intégrée dans l'analyse des risques organisationnels.
- Les téléphones utilisés pour les urgences doivent faire l'objet d'un contrôle régulier.
- Les modalités d'accompagnement aux urgences doivent être écrites, connues et partagées.
- Les documents essentiels doivent être accessibles immédiatement aux professionnels et aux secours.
- Les actions doivent être suivies et évaluées après leur mise en œuvre.

11 Plan d'actions correctives validé en CREX

Actions correctives	Objectifs	Pilotes	Priorité (1, 2, 3)
Réviser le circuit du médicament	– Sécuriser la préparation, le stockage, la transmission et l'administration	DSQ Dir adjoint PA	1
Modifier l'organisation pour permettre de ne pas réaliser les préparations des traitements en avance	– Garantir l'identification du médicament et assurer les 5B	DSQ Dir adjoint PA	1
Formaliser la CAT en cas de traitement absent ou non identifiable	– Éviter une administration incertaine et organiser l'alerte	DSQ Dir adjoint PA	1
Renforcer l'accueil des remplaçants	– Vérifier la connaissance des résidents à risques, les protocoles et le DUI	CDS	2
Vérifier, réparer ou remplacer les téléphones	– Garantir l'appel immédiat au 15	DST	1
Formaliser l'organisation des accompagnements à l'hôpital	– Clarifier qui accompagne, avec quel véhicule et quelles transmissions	CODIR PA	3
Réaliser des audits	– Assurer la pérennisation de la sécurisation du circuit du médicament	DSQ	3

Ce plan d'action, validé en séance, sera inscrit au Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) de l'ACAIS.

12 Échanges en séance et conclusion



Rapport d'analyse CREX