

Retour d'expérience sur l'utilisation d'un scénario régional de la chambre des erreurs par trente établissements de santé

M.-J. d'Alché-Gautier¹, T. Lebas², M.-P. Lecureur¹, M. Pavard¹

1- Réseau bas-normand Santé Qualité, Hérouville-Saint-Clair

2- Service Qualité, centre hospitalier, Lisieux

✉ Dr Marie-José d'Alché-Gautier – Unité d'évaluation médicale – CHU – avenue Côte de Nacre CS 30001 – 14033 Caen cedex 9 – E.mail : dalchegautier-mj@chu-caen.fr

En 2006, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a mis en place une expérience intitulée « la chambre des horreurs » pendant la semaine de la sécurité des patients au Canada [1]. En France, plusieurs établissements de santé [2-4] se sont inspirés de la chambre des horreurs et plusieurs dénominations sont utilisées comme « la chambre des erreurs » ou « le mystère de la chambre des erreurs » [5]. La mise en place de la chambre des erreurs s'effectue le plus souvent dans le cadre la semaine de la sécu-

rité des patients, organisée annuellement depuis novembre 2011 par le ministère de la Santé [6]. Depuis quelques années la Haute Autorité de santé promeut le développement de la simulation en santé dont elle donne la définition suivante : « l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou

Résumé

Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients 2014, un scénario régional de la chambre des erreurs a été construit par un groupe régional pluriprofessionnel sous l'égide du réseau bas-normand Santé Qualité. Ce projet régional de simulation était l'occasion pour les établissements de santé de développer la culture sécurité des soins et de favoriser l'analyse des pratiques en équipe. Le scénario régional comprenait vingt erreurs réparties sur sept thématiques liées à la sécurité des soins : l'identitovigilance, la prise en charge médicamenteuse, le risque infectieux, les accidents d'exposition au sang, la gestion des déchets, le respect de l'environnement du patient et la contention. Trente établissements ont utilisé le scénario régional, dont cinq hors région. Deux mille sept cent cinquante-cinq (2 755) professionnels ont participé à cet atelier de simulation. Ont été analysés 959 bulletins, soit en moyenne 32 bulletins par établissement. Quatorze erreurs en moyenne ont été identifiées, soit 70 % des erreurs attendues. La réunion régionale de retour d'expérience a permis un partage d'informations entre les établissements. Les thématiques liées à l'identitovigilance, à la prescription médicamenteuse et à la contention ont suscité le plus d'actions d'amélioration correspondant aux erreurs les moins détectées. L'implication très forte des professionnels pour ce projet régional ludique et sans risque a conduit les établissements à renouveler l'expérience en 2015 avec un nouveau scénario régional lors de la prochaine semaine de la sécurité des patients.

Mots-clés : Simulation – Retour Expérience – Chambre des Erreurs – Sécurité des Soins – Semaine de la Sécurité des Patients.

Abstract

Feedback on the regional Chamber of Errors scenario in thirty health facilities

As part of the 2014 Patient Safety Week, a regional Chamber of Errors scenario was set up by a multi-professional regional group supported by the Lower Normandy Health Quality Network. This regional simulation project provided an opportunity for healthcare facilities to develop a healthcare safety culture and enabled teams of personnel to analyze practices. The regional scenario included twenty errors in seven themes relating to healthcare safety: patient identity management, medication safety, risk of infection, accidental exposure to blood, waste management, hospital care environment and disputes. Thirty facilities used the regional scenario, five of which were from outside the region. 2,755 healthcare professionals took part in the workshop. 959 reports were analyzed, an average of 32 reports from each facility. On average, fourteen errors were detected, 70% of the total number of errors. The regional meeting allowed the facilities to share feedback on their experience. Themes relating to patient identity management, medication safety and disputes led to the highest number of improvement actions as these were areas with the highest number of undetected errors. Healthcare professionals were so enthusiastic about this regional project, that was instructive as well as without risk that the facilities decided to repeat the project, with a new regional scenario, during the next patient safety week in 2015.

Keywords : Simulation – Feedback – Chamber of Errors – Healthcare Safety – Patient Safety Week.

des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » [7]. La méthode de simulation en santé fait partie des méthodes utilisables dans le cadre du développement professionnel continu [8]. La chambre des erreurs est un outil de simulation reconnu comme étant pédagogique, ludique et attractif [8] pour aborder la gestion des risques sans risque. Elle a pour vocation de développer la culture sécurité des soins auprès des professionnels, d'acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences en matière de gestion des risques et de favoriser l'analyse des pratiques professionnelles en équipe. Dans le cadre des actions régionales à mettre en œuvre durant la quatrième édition de la semaine de la sécurité des patients, le réseau bas-normand Santé Qualité a choisi de développer un projet régional de la chambre des erreurs pour les établissements de santé de la région. Les objectifs sont de :

- bâtir le scénario régional d'une chambre des erreurs et le mettre à disposition des établissements de santé ;
- sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques en matière de sécurité des soins ;
- promouvoir la culture sécurité et le travail en équipe ;
- favoriser le partage d'expériences entre établissements.

Matériel et méthode

La construction du scénario régional

Le réseau bas-normand Santé Qualité a réuni à deux reprises, en juillet et septembre 2014, un groupe de travail pluriprofessionnel comprenant une dizaine de professionnels volontaires des établissements de la région dont des responsables qualité-gestionnaires des risques, des cadres-infirmières diplômées d'État, des pharmaciens et des hygiénistes. L'objectif du groupe est de construire le scénario régional d'une chambre des erreurs. Il s'agit de reconstituer une chambre de patient dans laquelle vingt erreurs sont placées volontairement et sont à identifier par les participants. Ces vingt erreurs se répartissent dans les thématiques suivantes : identitovigilance, prise en charge médicamenteuse, risque infectieux-hygiène des mains, accident d'exposition au sang (AES), gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI), respect et environnement du patient et contention. Un kit d'outils a été élaboré par le groupe de travail pour faciliter la mise en scène de la chambre des erreurs. Il comprend les éléments suivants : le protocole pour la mise en scène du scénario régional, la liste des vingt erreurs par thème et le matériel nécessaire (*Tableau I*), un tableau récapitulant les bonnes pratiques en face de chaque erreur (*Tableau II*), un modèle d'ordonnance, un bulletin de participation et une attestation de participation. Des préconisations méthodologiques sur la mise en œuvre

du projet régional sont consignées dans le protocole en particulier sur :

■ La phase de préparation de l'atelier de simulation de la chambre des erreurs

Il est préconisé de constituer un groupe en interne multiprofessionnel pour préparer l'atelier de simulation et répartir les rôles. La communication à toutes les étapes du projet est également indispensable au sein de l'institution.

■ L'organisation de l'atelier de simulation de la chambre des erreurs

Il est ouvert à tous les professionnels volontaires qui souhaitent participer. L'exercice doit être fait en équipe de deux personnes minimum représentant *a minima* les deux catégories suivantes : infirmière et aide-soignante qui représentent le cœur de la cible de l'atelier. Enfin, les participants qui pénètrent dans la chambre des erreurs ont vingt minutes pour observer et recueillir sur le bulletin les erreurs qu'ils auront identifiées. À la sortie de la chambre des erreurs, le bulletin est remis à l'animateur de la session et une analyse des réponses est effectuée à chaud avec une explication personnalisée en fonction des réponses données. Il est remis à chaque membre de l'équipe le document intitulé « Correction au regard des bonnes pratiques et préconisations » et une attestation de participation à leur nom, selon le modèle régional proposé. Il est bien précisé aux participants de ne pas divulguer les erreurs à identifier.

Phase de saisie des données et analyse des résultats

Les réponses des bulletins sont saisies, sur la plateforme internet sécurisée « Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) *On Line* » mise à disposition par le réseau, par les professionnels animant cette chambre des erreurs ou pour ceux qui n'ont pas accès à la plateforme, une saisie centralisée au réseau est réalisée. Une analyse des réponses s'effectue à deux niveaux : des résultats pour chaque établissement et une synthèse régionale des résultats pour l'ensemble des établissements.

Enquête sur la mise en œuvre du projet dans les établissements

Une enquête sur les conditions de la réalisation de la chambre des erreurs après la semaine sécurité patient a été envoyée aux trente professionnels référents des établissements participants. L'objectif était de connaître, pour chaque étape du déroulement du scénario, les points positifs et les difficultés rencontrées.

Réunion de retour d'expérience

Les établissements ont été invités à une réunion de retour d'expérience organisée par le réseau régional le 29 janvier 2015. À cette occasion, les résultats régio-

Tableau I - Liste des vingt erreurs par thème et du matériel nécessaire.

Code	Erreur à mettre en scène	Matériel nécessaire
Indentivigilance : 3		
1	Nom du patient mal orthographié sur son bracelet : « POMIER » au lieu de « POMMIER »	Bracelet avec inscription « Monsieur Gérard POMIER » au poignet du mannequin Dossier patient identifié
2	Feuille de transmissions non identifiée	Dossier patient Feuilles de transmissions identifiées et classées sauf une
3	Tubes pour prélèvement sanguin vides et pré étiquetés	Chariot de soins Bon prescription examens laboratoire Tubes vides étiquetés Sachet de transport
Prise en charge médicamenteuse : 5		
4	Médicament non identifiable (sans blister) posé sur le plateau	Prescription médicale Médicament sans blister (ex. : lasilix) Plateau
5	Sachet de médicaments posé sur le chevet	Table de chevet Traitement personnel du patient dans un sachet d'officine de ville Ordonnance du médecin traitant
6	Seringue étiquetée au nom du patient, mais absence de renseignement sur le produit	Pousse-seringue Seringue Tubulure
7	Erreur de prescription de posologie de KCl	Prescription de NaCl à 9 % avec 2 g NaCl et 8 g KCl
8	Erreur de soluté : poche de G5 à la place de NaCl	Poche de G5
Risque infectieux - Hygiène des mains : 5		
9	Flacon solution hydroalcoolique vide	Flacon solution hydroalcoolique vide
10	Sac collecteur d'urines laissé au sol	Sac collecteur d'urines Crochet au lit permettant de suspendre le sac
11	Bassin souillé posé sur fauteuil	Bassin souillé Fauteuil
12	Pansement de perfusion décollé	Perfusion en place au bras du patient Pansement transparent
13	Tablier usage unique laissé dans la chambre	Tablier à usage unique
Accident d'exposition au sang : 1		
14	Stylo insuline, sans capuchon, sur le sol	Stylo insuline étiqueté au nom du patient sans capuchon avec date d'ouverture
Gestion des DASRI : 2		
15	Collecteur à objets piquants coupants tranchants rempli au-delà du niveau limite de remplissage	Collecteur à objets piquants coupants tranchants trop plein, ouvert Support à collecteur permettant qu'il ne tombe pas
16	Erreur de tri des déchets : pansements avec DAOM	Poubelle DAOM Un pansement souillé
DAOM : déchets assimilés aux ordures ménagères. DASRI : déchets d'activités de soins à risques infectieux.		
Respect et environnement du patient : 3		
17	Desserts sucrés et biscuits sur le plateau repas d'un patient au régime sans sucre	Prescription d'un régime sans sucre Plateau repas contenant des desserts sucrés et une boîte de biscuits
18	Sonnette éloignée du lit	Sonnette
19	Plateau non accessible (patient dépendant mais qui peut manger seul)	Plateau repas Adaptable éloigné du lit
Contention : 1		
20	Barrières de lits mises : absence de prescription médicale	Lit avec barrières relevées Dossier du patient

Tableau II - Exemple d'erreurs et des bonnes pratiques sur le thème identitovigilance.

Erreur mise en scène		Bonnes pratiques & Préconisation
1	Nom du patient retranscrit avec une erreur sur son bracelet: « POMIER » au lieu de « POMMIER »	Comparer les étiquettes du dossier et celle du bracelet À l'admission dans l'établissement Il est important que l'identité du patient soit vérifiée et validée à partir d'une pièce d'identité officielle Au cours de l'hospitalisation L'identification du patient doit être vérifiée par les professionnels qui interviennent tout au long de sa prise en charge et avant tout soin (administration médicamenteuse, examen, acte opératoire...)
2	Feuille de transmissions non identifiée	Dossier du patient classé et organisé. Toutes les fiches de transmission doivent comporter l'identité du patient (étiquettes)
3	Tubes pour prélèvement sanguins vides et pré étiquetés	Le préleveur réalise l'étiquetage des tubes immédiatement après le prélèvement, en présence du patient qui devra confirmer son identité par une question ouverte (à vérifier sur document s'il est inconscient)

naux ont été présentés puis quatre établissements ont relaté leur expérience sur le terrain en insistant sur l'impact du projet, la participation des professionnels et les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre.

Engagement mutuel du réseau et des établissements

Les conditions pour participer à ce projet prévoyaient un engagement entre le réseau régional d'une part et de l'établissement de l'autre. Ainsi le réseau s'est engagé à réception de l'inscription de l'établissement à :

- envoyer par mail le protocole pour « la mise en scène du scénario régional d'une chambre des erreurs » ainsi que la boîte à outils ;
- mettre à disposition de l'établissement l'outil de saisie internet « EPP On Line » ;
- accompagner, dans la limite de ses compétences et de ses moyens, les établissements dans la mise en œuvre du projet.

Les établissements souhaitant participer au projet régional se sont engagés à :

- utiliser le scénario régional et les outils mis à disposition par le réseau ;
- mettre en œuvre ce scénario régional et les vingt erreurs pendant la semaine de la sécurité des patients 2014 ;
- saisir les résultats obtenus sur la plateforme internet sécurisée « EPP On Line » ;
- partager leur expérience au niveau régional en participant à la réunion de retour d'expérience.

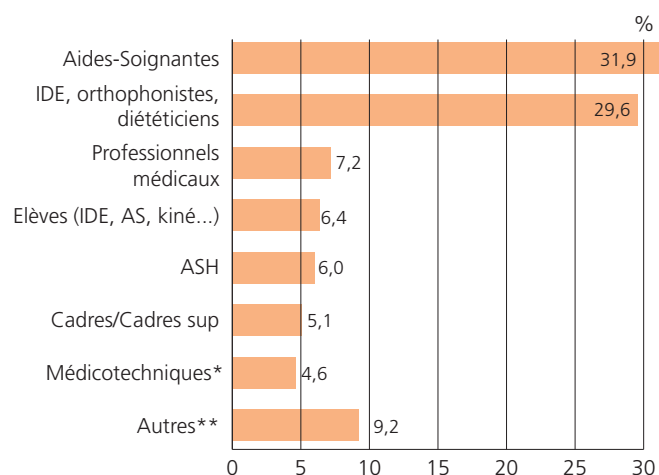
Résultats

Résultats régionaux quantitatifs

Trente établissements ont utilisé le scénario régional proposé par le réseau : vingt-cinq établissements de Basse-Normandie, soit 50 % des établissements sanitaires adhérents au réseau, et cinq établissements hors région. Parmi les 25 établissements de la région, la répartition selon le statut est la suivante : 19 établissements publics (un centre hospitalier universitaire, 14 centres hospitaliers, 4 hôpitaux locaux), 4 établissements privés et 2 établissements de santé privés

d'intérêt collectif. L'analyse des résultats a été faite sur 29 établissements car un établissement n'ayant pas suivi la méthodologie (une seule personne systématiquement présente dans la chambre des erreurs) a été exclu de l'analyse. Le nombre de professionnels participant à la chambre des erreurs s'élève à 2755, soit 2,9 professionnels en moyenne par groupe. Les catégories de professionnels concernés sont détaillées dans la Figure 1. Les aides-soignantes et les infirmières représentent près de 63 % des professionnels participants. Les médecins étaient peu représentés 7,2 %. Neuf cent cinquante-neuf (959) bulletins ont été analysés soit 32 bulletins en moyenne par établissement avec une valeur médiane à 31 [minima 8 - maxi 99]. En moyenne quatorze erreurs ont été retrouvées par bulletin sur les vingt erreurs attendues. Les erreurs le plus souvent retrouvées (Figure 2) sont : le bassin souillé posé sur le fauteuil (97 %), le sac collecteur d'urines laissé au sol (95 %) et la sonnette éloignée du lit (94 %). Les erreurs les moins souvent retrouvées (Figure 3) sont : le pansement de perfusion

Figure 1 - Répartition par catégorie professionnelle des participants.



IDE : infirmière diplômée d'État - AS : aide-soignante - ASH : agent de service hospitalier
*Manipulateurs radio, agents de stérilisation... ** Administratifs, directeurs...

décollé (35 %), l'absence de prescription médicale pour les barrières de lit (32 %) et l'erreur de prescription de posologie de KCL (27 %). La distribution des erreurs en fonction de la thématique est la suivante (Figure 4) : les erreurs liées aux AES et la gestion des DASRI sont le plus souvent retrouvées (respectivement 93 % et 82 %) alors que la contention ou l'identitovigilance sont les erreurs les moins souvent retrouvées (respectivement 32 % et 48 %).

Les résultats régionaux qualitatifs

L'enquête a été adressée aux trente professionnels référents du projet de chaque établissement. Le taux de réponse est de 96,7 %. Tous les répondants ont mis en place le scénario bas-normand à l'aide des outils proposés par le réseau régional. Cette expérience de la chambre des erreurs est globalement satisfaisante pour tous les répondants. Pour 96,5 % des organisateurs en interne, les outils régionaux proposés ont facilité la mise en œuvre de la chambre des erreurs au sein de leur établissement.

■ Concernant la phase de préparation du projet, 89,7 % des établissements participants ont constitué un groupe projet pluriprofessionnel avec au minimum un professionnel de la qualité, un représentant des soins, un pharmacien. Un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène était présent dans un peu plus d'un cas sur deux. 37,9 % des établissements ont testé le projet en amont. 27,6 % des établissements participants ont organisé un concours, avec remise de prix aux vainqueurs. 48,3 % des établissements bas-normands participants ont obtenu un financement de la part de l'agence régionale de santé. Cette somme a permis de financer du matériel de soins, du matériel informatique, du temps en ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du projet mais aussi du matériel nécessaire à l'animation de la chambre des erreurs. 96,5 % des établissements ont communiqué autour de ce projet en amont de sa mise en œuvre. La voie principale utilisée est la note d'information et/ou l'affichage (86 %).

■ Concernant la mise en œuvre du projet, 31 % des établissements ont rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de cet atelier de simulation en particulier dans la mobilisation des professionnels de santé pour venir pendant les horaires d'ouverture de la chambre et pour l'organisation pratique de la chambre des erreurs (disponibilité d'une chambre, trouver un mannequin, le matériel pour le scénario...). La liste des vingt erreurs et les recommandations de bonnes pratiques ont été données aux participants dès leur sortie de la chambre des erreurs pour les trois quarts des établissements. 86,2 % des établissements ont également décidé de faire en plus une communication à distance des résultats aux participants en utilisant différents moyens de communication (courrier à chaque participant, organisation de réunions

Figure 2 - Top 3 des erreurs les plus retrouvées.

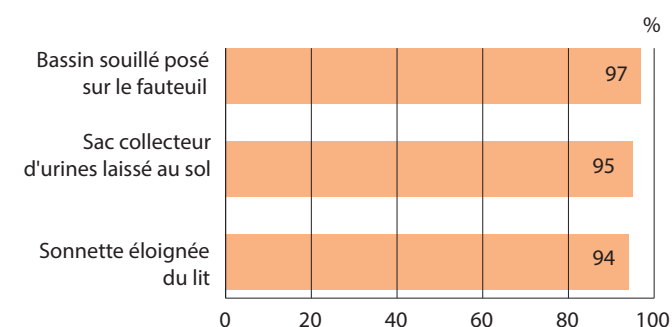


Figure 3 - Top 3 des erreurs les moins retrouvées.

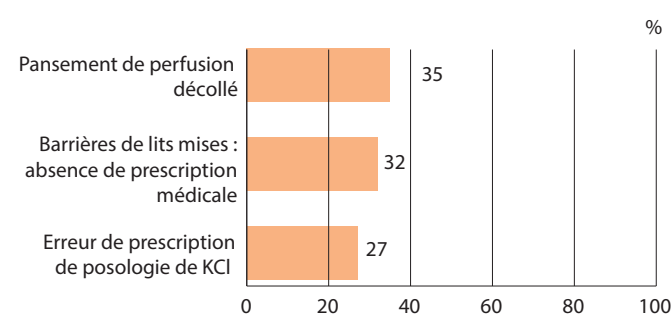
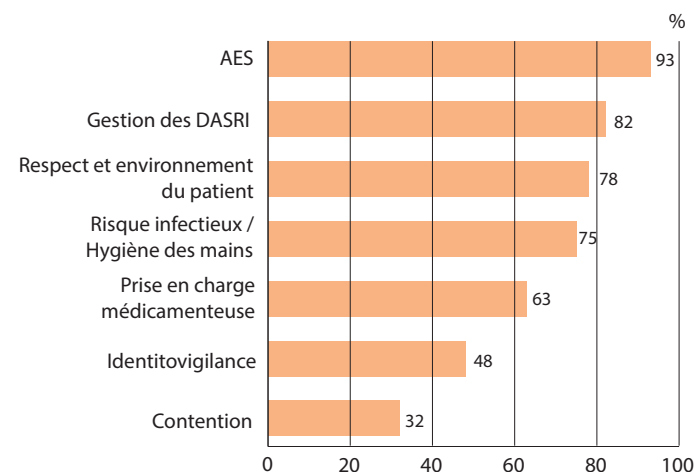


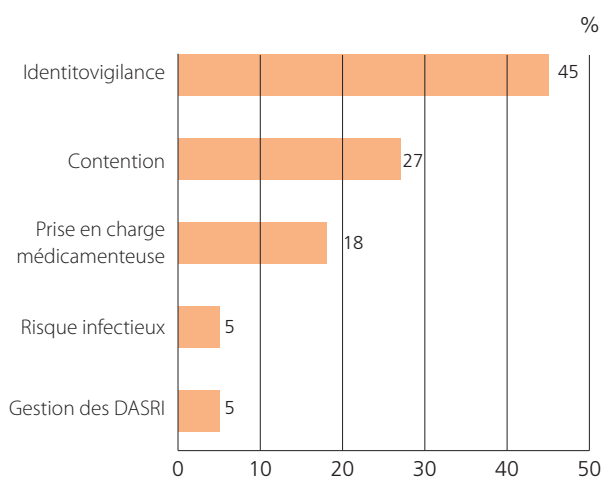
Figure 4 - Répartition des erreurs retrouvées selon la thématique.



AES : accident d'exposition au sang - DASRI : déchets d'activités de soins à risque infectieux.

de services, voie d'affichage...). 93,1 % ont prévu de présenter un bilan au niveau institutionnel dont 96,5 % au cours de réunions des instances et 62,9 % dans le cadre d'une communication écrite en passant par le journal interne. Plus des trois quarts des établissements (75,9 %) ont identifié des actions d'amélioration (Figure 5). Les actions concernant le thème de l'identitovigilance sont les plus nombreuses puis viennent le thème de la contention (27 %) et celui de la prise en charge médicamenteuse (18 %). Plusieurs établissements ont souhaité que soient déve-

Figure 5 - Répartition des actions d'amélioration par thème.



DASRI : déchets d'activités de soins à risque infectieux

loppées des chambres des erreurs plus spécifiques à certains secteurs comme l'hospitalisation à domicile (HAD), le secteur santé mentale, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Discussion

Cette expérience régionale de la chambre des erreurs a permis de mettre en exergue un certain nombre de points positifs dont une forte mobilisation des professionnels autour de ce projet régional, puisque trente établissements ont contractualisé avec le réseau. Deux mille sept cent cinquante-cinq (2 755) professionnels de catégories professionnelles variées ont participé à la chambre des erreurs pendant la semaine sécurité patient. Cette forte mobilisation se retrouve également à la réunion de retour d'expérience organisée le 29 janvier 2015 où plus de 75 professionnels représentant une trentaine d'établissements se sont inscrits. Parmi les établissements présents, une dizaine d'établissements n'avait pas participé à ce scénario régional mais souhaitait bénéficier du retour d'expérience de ceux qui avaient testé le dispositif. Cette réunion a permis aux établissements d'échanger sur leurs expériences, de mettre en avant les points forts de cette méthode d'évaluation des pratiques professionnelles et de dégager également des actions d'amélioration en fonction des résultats de cet atelier. Parmi les points positifs qui sont ressortis de cette expérience, on retrouve :

- La satisfaction générale des professionnels qui ont trouvé l'exercice ludique et pédagogique. Le bouche-à-oreille a bien fonctionné dans les établissements : les premiers participants étant très satisfaits, ils ont fait de la publicité auprès de leurs collègues, ce qui a permis de remplir sans trop de difficulté les plages horaires

proposées. Les principales conditions de réussite de la chambre des erreurs étaient l'implication importante de l'encadrement pour libérer les personnels et la communication interne autour de cette chambre des erreurs qui semblent déterminantes pour le succès de cette démarche. Les établissements qui avaient organisé un concours entre services ou entre pôles ou même un concours étudiant ont constaté une réelle émulation entre les équipes en compétition.

- Un scénario régional clé en main donné aux établissements, ce qui leur a permis de gagner du temps et de se concentrer sur l'organisation en interne de cette chambre des erreurs. Plusieurs établissements soulignent l'importante mobilisation logistique nécessaire pour reconstituer la chambre des erreurs allant parfois jusqu'à l'intervention des plombiers (installation d'un bandeau tête de lit) pour un établissement, des services de transport (acheminement des meubles de soins sur un site excentré), mais surtout du service de restauration (plateau-repas), du biomédical (prêt du pousse-seringue), de la pharmacie (petits matériels) et des écoles paramédicales (prêt mannequin).

- De même, la composition du groupe projet chargé en interne de mettre en œuvre cette chambre des erreurs est déterminante avec une équipe pluriprofessionnelle constituée au minimum d'un médecin (validation des prescriptions pour le scénario du réseau et supervision des observations médicales retranscrites dans le dossier médical), une pharmacienne (coordination petits matériels et médicaments et vérification de l'ordonnance), une infirmière hygiéniste (installation du patient dans le lit, erreurs d'hygiène et correction de toutes les petites incohérences aussi bien dans la construction de la chambre que dans la constitution du dossier de soins), une assistante qualité/gestion des risques (accueil, maître du temps de visite dans la chambre, distribution des fiches de présence, saisie des réponses, etc.).

- La sensibilisation aux bonnes pratiques a été faite « à chaud » à la sortie de la chambre des erreurs pour la plupart des établissements. Les moyens utilisés sont variés et pédagogiques : poster avec photo pour chaque erreur avec la bonne pratique en face, remise de protocoles utilisés en interne ou de rappel sur les principales thématiques concernées.

- Enfin plusieurs établissements ont été sollicités par la presse locale pour décrire leur chambre des erreurs pendant la semaine sécurité patient, ce qui a permis de valoriser les actions de ces établissements.

Parmi les points à améliorer soulignés par les établissements il faut noter :

- Le scénario régional n'a pas été assez loin dans les détails de la reconstitution de la chambre des erreurs. Lorsque les professionnels ont mis en place les différents éléments du scénario comme le matériel et le mannequin, ils ont pu ajouter involontairement des

erreurs. Ces erreurs, les professionnels les ont détectées, alors qu'elles ne figuraient pas dans la liste initiale des vingt erreurs : par exemple une erreur induite par le scénario (patient âgé, victime d'un accident vasculaire cérébral, immobilisé, devenu « à risque » d'escarre) ; un plan de prévention des escarres aurait dû être décrit dans le dossier de soins. Pour ne pas fausser les résultats, les établissements ont mis en place des parades. Ainsi dès l'entrée des professionnels dans la chambre, il est affirmé que certains points, comme le dossier ouvert dans la chambre, ne sont pas des erreurs, mais placés dans la chambre des erreurs pour la simulation.

■ La nécessité de tester systématiquement la chambre des erreurs avant l'ouverture officielle de l'atelier permettant de réajuster des détails qui n'ont pas été vus et qui sont source d'erreurs non voulues.

■ La problématique de l'investissement matériel et logistique de cette chambre des erreurs qui est installée de façon provisoire au sein de l'établissement et qu'il faut démonter lorsque l'exercice est terminé. Pour un établissement qui souhaite inscrire cette action dans la durée, le montage et démontage de la chambre représentent un coût non négligeable. Des pistes sont explorées comme la dématérialisation de la chambre des erreurs en faisant déambuler des avatars sur une plateforme informatique. Ce projet est en cours d'étude dans un établissement par un étudiant dans le cadre d'une thèse.

■ La faible implication des médecins est une constante dans les établissements d'une certaine taille, alors que les petites structures ont eu moins de difficulté à faire participer leur médecin. Une des actions pouvant être attractive pour les médecins serait de permettre aux professionnels de santé, dont les médecins, de valider leur développement professionnel continu en participant à la chambre des erreurs.

Parmi les actions d'amélioration que les établissements ont commencé à mettre en œuvre, un établissement a particulièrement travaillé sur l'erreur d'anomalie de prescription à 8 grammes de KCL associée à une problématique de préparation de la perfusion (G5 à la place du NaCl). Il s'agit d'un *never event*, c'est-à-dire d'un événement indésirable grave qui ne devrait jamais arriver dans un établissement de santé [9]. Cette erreur, comme dans la moyenne régionale, a été peu retrouvée et le comité de retour d'expérience des erreurs médicamenteuses [10] de cet établissement s'est d'ailleurs saisi du faible taux de découverte de cette erreur pour relancer un travail dans l'établissement sur ces erreurs potentielles et graves.

Conclusion

Tous les établissements qui ont mis en place le scénario régional de la chambre des erreurs ont manifesté leur intention de reconduire la chambre des erreurs et ont sollicité le réseau pour pouvoir disposer d'un nou-

veau scénario régional dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients du 23 au 27 novembre 2015. Une demande a également été faite pour adapter le scénario régional à d'autres secteurs comme les Ehpad, les HAD et la santé mentale. Un bilan régional sur les actions réellement menées par les établissements, suite aux résultats de la chambre des erreurs, sera réalisé lors de la journée régionale du réseau le 2 octobre 2015. L'impact de cette méthode de simulation sur l'amélioration de la culture sécurité sur les thématiques abordées sera intéressant à étudier dans le temps avec la reconduite annuelle de la chambre des erreurs.

Remerciements

Aux trente établissements qui ont participé à la chambre des erreurs : CH Angoulême, CH Aunay sur Odon, CH Bayeux, CH Côte Fleurie, CH Coutances, CH de Vauclaire, CH du Cotentin, CH Falaise, CH Flers, CH Lisieux (participation du CH de Pont l'Evêque et du CH de Vimoutiers), CH Mortagne au Perche, CH Mortain, CH Saint Hilaire du Harcouët, CH Saint Lô, CH Vire, CHI Caux Vallée de Seine, CHIC des Andaines, CHU Caen, CLCC Rouen, CMPR Bagnoles de l'Orne, Fondation Miséricorde, HL Belleme, HL Carentan, HL Saint James, HL Villedieu, IDAC Camiers, Korian Brocéliande, Korian William Harvey, Polyclinique de la Manche, Polyclinique du Parc.

Références

- 1- INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. Semaine nationale de la sécurité des patients-idées-« chambre des horreurs ». Accessible à : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/news/cpsw/pages/ideas.aspx>. (Consulté le 13-04-2015).
- 2- LE MONITEUR HOSPITALIER. Chercher l'erreur. Qualité des soins et simulation en santé. Actualités 2013, n° 259. Accessible à : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-monde-hospitalier/article/n-259/cherchez-l-erreur.html> (Consulté le 13-04-2015).
- 3- MUTUELLE D'ASSURANCES DU CORPS DE SANTÉ FRANÇAIS (MACSF). La pause des hospitaliers. L'hôpital de Douarnenez traque les erreurs au quotidien. MACSF, 2014, 66.
- 4- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). « La chambre des erreurs », un outil ludique d'amélioration des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins. Initiatives et développement des pratiques collaboratives. HAS, 2014, 80 p. Accessible à : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1734851/fr/la-chambre-des-erreurs-un-outil-ludique-damelioration-des-pratiques-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins (Consulté le 13-04-2015).
- 5- SOUCHON J, TOULEIMAT M, TEXIER R, et al. Le mystère de la chambre des erreurs. Élémentaire, mon cher soignant ! Paris, XV^{es} JIQHS, 25-26 novembre 2013.
- 6- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Semaine de la sécurité des patients, 24-28 novembre 2014. Accessible à : <http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-2014-ensemble-engageons-nous-pour-des-soins-continus-entre-la-ville-et-l-hopital.html> (Consulté le 13-04-2015).
- 7- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Rapport de mission HAS. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu et de la prévention des risques associés aux soins. HAS, 2012, 110 p.

8- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Développement personnel continu - Simulation en santé. Fiche technique méthode. HAS, 2012, 6 p.

9- CIRCULAIRE DGOS/PF2/2012/72 DU 14 FÉVRIER 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

10- SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHARMACIE CLINIQUE (SFPC). Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés - REMED. Une méthode d'amélioration de la qualité. Version 2008, 80 p.

Conflit potentiel d'intérêts : aucun.

Qualité et sécurité des soins : un enjeu pour la formation



- **Un outil fédérateur** : le Programme national pour la sécurité des patients
- **La place de la formation** à la gestion des risques dans le développement de la culture de sécurité des professionnels de santé
- Formation à la qualité et sécurité des soins : **les besoins et le choix** des méthodes
- Construction d'un **projet pédagogique** en établissement de santé : quelques points de repère
- **La simulation** : un facteur de développement des compétences professionnelles
- Enjeux et perspectives du **e-learning** pour la promotion de la qualité et de la sécurité des soins
- La gestion des risques dans la **formation médicale initiale**
- **Le développement professionnel continu**, un défi pour la qualité et la sécurité des soins
- **Un exemple d'action** de développement professionnel continu aux Hospices civils de Lyon
- La formation à la gestion de la qualité et des risques en **maïeutique**
- Enjeux et perspectives de la **formation initiale infirmière** à la qualité et la gestion des risques : les leçons d'une expérience
- La formation des **directeurs d'hôpitaux** : du rejet initial à l'apprentissage critique
- **L'accompagnement** des établissements et des équipes de soins : le rôle des structures régionales d'appui.
- Pour des **spécialistes** formés à la gestion de la qualité et de la sécurité
- **Master** « Ingénierie pour les systèmes de santé et l'autonomie »
- Le guide-curriculum multiprofessionnel de l'**Organisation mondiale de la santé** pour la sécurité des patients
- Gestion des risques en **médecine de ville** : contexte, perspectives et actions proposées par la Haute Autorité de santé

Sous les signatures de : B. BALLY, P. BAQUÉ, J.-M. BOUSSARD, J. BRAMI, L. BRUNIER, K. DULAC, J. FABRY, P. FRANÇOIS, H. FAVRE, J.-C. GRANRY, F. IMBURCHIA, D. LE BŒUF, A. LEOTSAKOS, L. MAY-MICHELANGELI, P. MICHEL, B. MILLAT, M.-C. MOLL, M. MOULAIRE, J. ORVAIN, P. PARNEIX, M. PERRIN, J. PETIT, F. PRATE, J.-F. QUARANTA, J.-L. QUENON, E. SIMON, P. STACCINI

en vente sur

www.risqual.net