



Chambre des erreurs : identifier les risques, assurer la sécurité

Une « chambre des erreurs » est un espace de formation dans lequel les collaboratrices et collaborateurs d'une maison de retraite ou d'un EMS prennent part à des simulations qui les sensibilisent à la sécurité des patients. Une personne chargée de l'exercice dissimule dans une pièce préparée à cet effet des erreurs et risques pour les résidentes et résidents rencontrés dans la pratique quotidienne. Les professionnelles et professionnels essaient, individuellement ou en équipes (interprofessionnelles) de 3 à 6 personnes, de découvrir les erreurs et de détecter les risques. De cette façon, les collaboratrices et collaborateurs sont sensibilisés à la sécurité des patients de manière pratique et accessible à tous, développent une attention aux éléments de l'environnement (situational awareness) et apprennent aussi au contact des autres membres du groupe.

Ce guide d'utilisation contient des informations scientifiques de base ainsi que des scénarios et supports pour la mise en œuvre concrète d'une chambre des erreurs dans une maison de retraite ou un EMS. Le manuel s'appuie sur le guide élaboré en 2019 par Sécurité des patients Suisse pour les hôpitaux [1].

Téléchargement gratuit sous www.securitedespatients.ch

Auteurs et auteurs : Andrea Niederhauser, Dre Katrin Gehring, Prof. Dr David Schwappach, Fondation Sécurité des patients Suisse

Contributeurs et contributrices : différents experts et expertes ont contribué à l'élaboration des supports. Nous les en remercions chaleureusement :

- Sonja Baumann, collaboratrice scientifique, Université de Bâle
- Karin Büscher, responsable de la prise en charge et des soins, EMS Alterszentrum Limmat, ville de Zurich
- Silvia Bühler, directrice de l'EMS Alterszentrum Rebwies, ville de Zurich
- Andrea Christen, département prise en charge et des soins, EMS de la ville de Zurich
- Dre Lea Brühwiler, collaboratrice scientifique, Fondation Sécurité des patients Suisse
- Dre méd. Simone Fischer, responsable du programme, Fondation Sécurité des patients Suisse
- Marianne Geiser, directrice adjointe des soins, Steinhof Luzern
- Anita Imhof, responsable de programme, Fondation Sécurité des patients Suisse
- Alfons Url, infirmier diplômé, expert en soins intensifs, co-responsable du service de réanimation, Hirslanden SA, Klinik Hirslanden Zurich
- PD Dre méd. Elisabeth Van Gessel, ancienne directrice du Centre interprofessionnel de simulation, Université de Genève
- Ramona Wismer, gestionnaire qualité junior, Hirslanden SA, Klinik Hirslanden Zurich

Nous tenons à remercier tout particulièrement Mme Büscher, Mme Bühler et Mme Christen des EMS de la ville de Zurich pour la préparation d'une première version des scénarios.

Six établissements ont participé à la phase pilote avec les deux scénarios. Les expériences des phases pilotes sont intégrées au manuel. Nous tenons à remercier chaleureusement les établissements pilotes pour leur participation.

Financement : nos sincères remerciements à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour le financement du projet.

Page de couverture : Lucid, Büro für kollektive Neugierde, 8003 Zurich

Proposition de citation : Niederhauser, A ; Gehring, K ; Schwappach, D : Apprentissage interactif grâce à une chambre des erreurs. Guide d'utilisation pour les maisons de retraite et EMS, 2021, Fondation pour la sécurité des patients Suisse, Zurich.



Sommaire

1.	Contexte	3
2.	Objectifs	5
3.	Les principes d'une chambre des erreurs	6
3.1.	Dissimuler les erreurs et les risques.....	6
3.2.	Rechercher les erreurs, puis les identifier	6
3.3.	A la fois événement d'équipe et formation continue.....	6
4.	Mise en place d'une chambre des erreurs	7
4.1.	Préparation	7
4.2.	Réalisation.....	10
4.3.	Débriefing	11
5.	Scénario I : petit-déjeuner dans la salle à manger	14
5.1.	Modèle de l'exemple de cas	14
5.2.	Liste des erreurs	17
5.3.	Liste de matériel à préparer.....	19
5.4.	Instructions pour les participants et participantes	20
6.	Scénario II : chambre d'une résidente	21
6.1.	Modèle de l'exemple de cas	21
6.2.	Liste des erreurs	27
6.3.	Liste de matériel à préparer.....	29
6.4.	Instructions pour les participants et participantes	30
7.	Matériel	31
7.1.	Modèle de liste des erreurs / feuille de solutions.....	32
7.2.	Modèle de fiche de saisie des erreurs.....	33
7.3.	Guide de débriefing	34
8.	Bibliographie	36



1. Contexte

Les résidentes et résidents de maisons de retraite et EMS sont exposés à différents dangers, comme un environnement spatial et matériel précaire, une absence ou une mauvaise exécution de procédures de soins ou mesures médicales, une documentation incomplète ou encore le non-respect de règles d'hygiène. Ces risques peuvent occasionner des préjudices et des événements indésirables. Ils représentent un problème majeur pour la sécurité des patients [2, 3]. Les collaboratrices et collaborateurs connaissent ces risques en théorie, mais au quotidien, il arrive souvent que ceux-ci passent inaperçus et que les mesures correctives ne soient pas appliquées. Par exemple, tous les infirmiers et infirmières savent que les freins desserrés sur le mobilier peuvent augmenter le risque de chute. Pourtant, il arrive que des soignants et soignantes s'occupent d'un résident ou d'une résidente sans remarquer ce problème. Ce défaut s'explique par une conscience insuffisante de la situation. Une conscience adéquate de la situation englobe la perception des objets présents dans l'environnement, la compréhension de leur impact et une anticipation correcte de la manière dont les objets et l'environnement vont évoluer [4]. Une personne ayant une bonne conscience de la situation va remarquer le frein du meuble non enclenché et reconnaître le risque pour le résident ou la résidente. En d'autres termes, elle est sensibilisée aux risques potentiels liés aux soins de longue durée. La prévention au quotidien requiert par conséquent des connaissances sur les risques pour la sécurité des patients, mais aussi une conscience situationnelle élevée. Cela implique notamment de connaître le rôle et la contribution des différents membres de l'équipe, qui sont appelés à se soutenir mutuellement.

Il est important que les collaboratrices et collaborateurs développent leur capacité à évaluer la situation pour être en mesure de reconnaître à temps et de prévenir les risques pour les résidentes et résidents. La « chambre des erreurs » (connue en anglais sous l'appellation « room of horrors ») offre une approche innovante, efficace, facilement accessible et peu coûteuse pour entraîner la conscience de la situation [5]. Il s'agit d'une simulation « low-fidelity » (réalisée avec un équipement technique « simple ») permettant d'entraîner en situation la capacité d'observation, l'esprit critique et la perception des risques auxquels sont exposés les patientes et patients. Les collaboratrices et collaborateurs exercent leur aptitude à repérer les risques aigus. Contrairement aux formations théoriques, cette méthode permet une confrontation directe avec des dangers concrets dans le quotidien clinique. La chambre des erreurs est aujourd'hui un outil très répandu dans les pays anglo-saxons. Plusieurs hôpitaux l'utilisent régulièrement pour les étudiantes et étudiants en médecine et en soins infirmiers ainsi que pour les médecins-assistants et médecins-assistantes à leur entrée en fonction [6, 7]. Des expériences positives ont également été recueillies en Suisse [8]. Afin d'encourager la diffusion du concept en Suisse, la Fondation Sécurité des patients a mis au point en 2019 six scénarios pour une chambre des erreurs à l'hôpital ainsi qu'un manuel de mise en œuvre [1].



Plusieurs études scientifiques présentent des conclusions positives sur cet outil. Farnan et al. ont testé la chambre des erreurs auprès d'étudiants et étudiantes en médecine et de médecins-assistants et médecins-assistantes débutant leur activité [5]. Entre 6 % et 84 % des erreurs mises en scène ont été repérés correctement par les étudiants en médecine. Les médecins-assistants et médecins-assistantes ont identifié en moyenne 5,1 des 9 erreurs placées. Le taux d'identification variait beaucoup en fonction des erreurs : si 70 % des médecins-assistantes et médecins-assistants ont détecté le risque de chute du patient souffrant de délire et installé sur un lit en position haute, seuls 20 % d'entre eux ont noté la sonde vésicale inutile, posée sans indication. Les étudiantes et étudiants comme les médecins-assistants et médecins-assistantes ont donné une appréciation favorable de cet entraînement. Dans le cadre d'une autre étude, les erreurs placées dans la chambre ont été complétées par des mesures considérées comme inutiles (selon l'initiative « choosing wisely »). La chambre présentait 8 erreurs, qui ont été identifiées correctement par les médecins-assistants et médecins-assistantes dans 66 % des cas en moyenne. Par contre, le taux de détection des 4 mesures superflues comportant des risques pour le patient, par exemple une transfusion sanguine inutile, n'était que de 19 % [6]. Seuls 40 % des participants et participantes ont remarqué une erreur de médication (administration d'un médicament non prescrit). Il est intéressant de constater que les médecins-assistants et médecins-assistantes ayant affirmé pouvoir identifier facilement les risques pour les patientes et patients n'ont pas obtenu un meilleur résultat dans la chambre des erreurs que ceux qui n'étaient pas sûrs d'eux. Les retours des participants et participantes étaient positifs. Un mois après l'exercice, 69 % des médecins-assistantes et médecins-assistants ont déclaré qu'ils étaient plus vigilants et plus attentifs aux risques suite à cette simulation. Une autre enquête, axée spécifiquement sur la prise en charge en soins intensifs, s'est intéressée aux différences de score dans la chambre des erreurs entre les étudiantes et étudiants en médecine et ceux en soins infirmiers [9]. Les données recueillies font état d'écarts importants entre les deux groupes professionnels quant aux risques qu'ils sont capables d'identifier avec plus ou moins de facilité. L'étude a en outre montré que les équipes pluriprofessionnelles repéraient davantage d'erreurs que les personnes effectuant l'exercice seules. Pourtant, même lorsque l'entraînement était réalisé en équipe, de nombreux risques spécifiques n'ont pas été détectés, notamment une pression trop élevée dans la ventilation artificielle du patient et l'absence de prévention des escarres de décubitus. Les participants et participantes ont souligné que cette simulation leur avait permis de mieux comprendre et apprécier le rôle, la contribution et l'expertise de l'autre groupe professionnel et de valoriser les avantages du travail en équipe. En Grande-Bretagne, des expériences positives ont également été enregistrées avec la chambre des erreurs comme méthode d'enseignement destinée à améliorer la conscience situationnelle chez les étudiantes et étudiants en médecine [7].

En Suisse, la mise en œuvre de la chambre des erreurs a fait l'objet d'une évaluation dans 13 hôpitaux à l'automne 2019 [10]. Les résultats ont montré qu'il s'agit d'une méthode bien acceptée pour développer la



capacité des collaboratrices et collaborateurs à évaluer la situation et prendre conscience des risques. Les participants et participantes ont jugé la chambre des erreurs comme à recommander (98 %), pertinente (96 %) et instructive (95 %). 95 % des personnes ont dit avoir profité de l'échange en groupe. En moyenne, 4,7 erreurs sur 10 erreurs placées ont été trouvées.

Plusieurs variantes de la chambre des erreurs ont par ailleurs été testées. Au Canada, l'idée a été reprise dans un hôpital pédiatrique, où cet outil a été utilisé par des équipes pluriprofessionnelles [11]. Daupin et al. ont pour leur part expérimenté une application particulièrement innovante dans le contexte de la sécurité de la médication [12]. Dans une salle combinant chambre de patient et salle de préparation des médicaments, ils ont placé 30 erreurs, dont 24 liées à la médication. Exemples : une prescription de morphine sans indication de la voie d'administration, la conservation de denrées alimentaires dans le réfrigérateur à médicaments, la préparation dans une seringue d'un médicament liquide pour usage oral, etc. Près de 68 % des erreurs ont été identifiées correctement par les participants et participantes (n=230 membres du personnel soignant, du corps médical et du personnel pharmaceutique). A noter que l'expérience professionnelle n'avait pas d'impact sur le score obtenu dans la chambre des erreurs. Le taux de satisfaction des participantes et participants était très élevé et la grande majorité d'entre eux (96 %) ont déclaré qu'ils seraient prêts à rééditer l'expérience. A la quasi-unanimité (98 %), ils ont jugé cette forme d'entraînement efficace.

En bref, la chambre des erreurs offre une méthode innovante et facile à intégrer dans le quotidien hospitalier en vue d'améliorer la conscience de la situation. Appréciée des participants comme un exercice dynamique et interactif, elle peut être adaptée au contexte et se décline en plusieurs variantes. Cette approche ludique est un bon moyen de sensibiliser les professionnelles et professionnels aux risques quotidiens pour la sécurité des patients.

2. Objectifs

- Sensibiliser aux risques concrets pour la sécurité des patients
- Favoriser l'esprit critique, la capacité d'observation et la perception des risques situationnels pour les patients
- Promouvoir la collaboration (interprofessionnelle et interdisciplinaire) par la résolution commune d'une tâche permettant aux participantes et participants d'apprendre les uns des autres et de mieux appréhender les activités, les tâches et les rôles de chacun
- Permettre de réaliser qu'il est possible de renforcer la sécurité en EMS



3. Les principes d'une chambre des erreurs

Les principaux éléments d'une chambre des erreurs en maison de retraite et EMS sont présentés ci-après.

3.1. Dissimuler les erreurs et les risques

Une pièce prévue pour la formation est reconstituée de façon aussi réaliste que possible en fonction du scénario choisi. Un mannequin, un dossier fictif de soins et quelques objets comme un lit ou un déambulateur sont par exemple requis pour ce faire. Dans le même temps, différents risques et erreurs mettant en danger la sécurité des patients sont dissimulés. On peut retrouver par exemple une prescription pour un antibiotique malgré la mention d'une allergie, un chariot de nettoyage laissé dans la chambre d'une résidente atteinte de démence ou une sonnette débranchée. Les erreurs et dangers dissimulés peuvent être identifiés en observant attentivement l'environnement et en lien avec des informations relatives à des résidentes et résidents fictifs.

Les erreurs et dangers décrits dans le manuel concernent des risques typiques et fréquents pour la sécurité des patients (p. ex. erreur liée à la médication, risque d'infection ou de chute). Il est aussi possible de prendre en compte des problèmes spécifiques que vous rencontrez dans votre quotidien et auxquels vous souhaitez sensibiliser votre équipe.

3.2. Rechercher les erreurs, puis les identifier

Les participantes et participants à la formation ont pour mission de trouver dans le temps imparti (p. ex. 20 min), seuls ou en équipe, l'ensemble des erreurs et dangers pour la résidente mis en scène dans la chambre. Les erreurs et risques identifiés sont documentés sur une fiche de saisie correspondante, avant d'être divulgués.

3.3. A la fois événement d'équipe et formation continue

La chambre des erreurs peut être réalisée dans toutes les maisons de retraite et EMS puisqu'elle ne nécessite quasiment pas d'équipement spécial. De plus, cet outil permet une approche interprofessionnelle, indépendante du niveau hiérarchique et de l'expérience professionnelle : l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices peuvent participer. L'identification des erreurs peut être menée de manière individuelle ou en groupe. Si l'exercice est mené en groupe, il favorise aussi les échanges au sein de l'équipe et la discussion sur des thèmes liés à la sécurité des patients. La formation sous la forme d'une chambre des erreurs se distingue par son caractère ludique. Elle permet ainsi une prise de conscience des risques pour les résidentes et résidents selon une approche positive, perçue comme moins moralisatrice que les formations ou les campagnes de sensibilisation classiques par exemple.



4. Mise en place d'une chambre des erreurs

Dans ce chapitre, vous trouverez différents points à observer lors de la mise en place d'une chambre des erreurs.

4.1. Préparation

4.1.1. Définir la personne responsable

Désignez une personne responsable de l'aménagement et de la réalisation de la chambre des erreurs. Pour des raisons évidentes, c'est cette dernière qui encadrera la chambre des erreurs et qui donnera des instructions aux participantes et participants puisqu'elle ne pourra pas participer activement à l'identification des erreurs du fait de ses connaissances (cf. chapitre 4.2). Désignez également une personne chargée d'animer le débriefing (cf. chapitre 4.3). Il peut s'agir de la même personne.

4.1.2. Choisir le scénario

Deux scénarios différents sont proposés pour la préparation d'une chambre des erreurs dans une maison de retraite ou un EMS :

- scénario de la salle à manger (chapitre 5)
- scénario de la chambre de résidente (chapitre 6)

Chaque scénario contient les supports suivants :

- modèle des exemples de cas ;
- liste des erreurs ;
- liste du matériel pour préparer la pièce et les erreurs ;
- instructions pour les participants et participantes

Onze erreurs et risques pour la sécurité des patients sont intégrés dans les deux scénarios. L'erreur numéro 11 relève du domaine de compétence des médecins. Cette erreur peut donc être mise de côté si aucun médecin ne participe à la formation. Bien entendu, vous avez également la possibilité d'adapter les scénarios et intégrer des erreurs supplémentaires qui sont pertinentes pour votre institution mais qui ne sont pas décrites dans le scénario. Nous recommandons de dissimuler au total 10 à 15 erreurs dans la pièce et de les sélectionner de façon à ce qu'elles correspondent aux spécificités de votre organisation. Le système interne de déclaration des erreurs ou une discussion avec les responsables de département peuvent vous servir d'inspiration pour définir d'autres risques ou sources d'erreurs.



Une fois que vous avez déterminé les erreurs et dangers que vous souhaitez placer dans votre chambre des erreurs, vous devez en dresser une liste exhaustive. Vous trouverez un modèle dans les supports du chapitre 7.1. Cette liste des erreurs peut servir de feuille de solutions à remettre aux participantes et participants à l'issue de la visite ou être utilisée lors du débriefing pour passer en revue les erreurs dissimulées.

Même en cas de préparation soignée, il est possible que les participantes et participants identifient des erreurs et dangers supplémentaires qui n'ont pas été placés intentionnellement. C'est bon signe ! Cela témoigne d'une bonne évaluation de la situation sans pour autant constituer une critique envers l'organisation de la simulation.

4.1.3. Préparer la chambre et le matériel

Pour la chambre des erreurs, vous avez besoin d'une pièce adaptée pouvant être agencée comme une chambre de résident ou une salle à manger. Les erreurs et risques ne doivent pas être dissimulés dans une pièce utilisée par les résidentes et résidents pour ne pas transformer les erreurs en réel danger ! C'est la raison pour laquelle nous déconseillons de reproduire le scénario de la salle à manger dans la vraie pièce dédiée aux repas mais d'utiliser pour ce faire une autre pièce avec une table à manger dressée.

La pièce est reconstituée selon la liste du matériel et la liste des erreurs pour le scénario choisi. Les possibilités et les équipements varient en fonction des établissements. L'inventivité est de mise ! Agencez la salle en fonction de votre établissement et de vos possibilités. Si l'établissement ne dispose pas de mannequin pour la simulation, il est tout à fait possible d'en créer un dans du carton. On peut utiliser de la tisane de camomille pour remplir la poche urinaire et une escarre du siège sur le mannequin peut être représentée par un tissu coloré en rouge et maintenu en place à l'aide d'un film transparent.

Hormis la salle préparée, un dossier de soins est requis pour la patiente fictive. Pour gagner du temps, vous pouvez reproduire les exemples préparés du scénario et les remettre aux participantes et participants. Pour une reproduction la plus réaliste possible, vous pouvez aussi mettre en page les documents de façon à ce qu'ils correspondent à la documentation de votre établissement, par exemple en créant une « résidente test » dans le dossier électronique. Nous pouvons vous envoyer sur demande un modèle Word à partir duquel vous pouvez copier facilement les textes. Il peut aussi s'avérer nécessaire de remplacer les médicaments des exemples de cas par les préparations que vous utilisez habituellement.



Exemple illustré d'une chambre des erreurs avec le scénario de la salle à manger

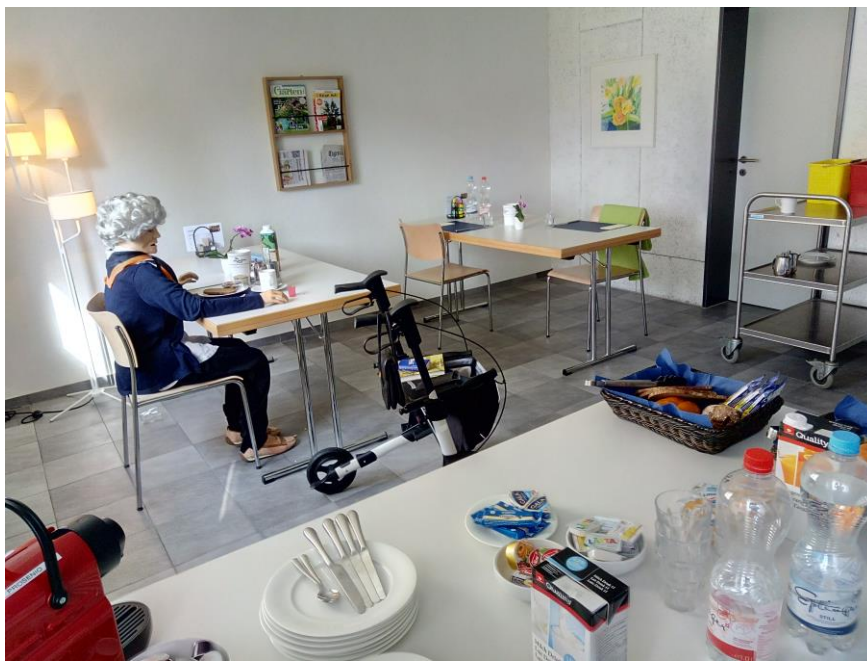


Photo : Bethesda Alterszentren AG, Prosenio et Rosenau

4.1.4. Choix de la procédure adaptée

La chambre des erreurs peut être utilisée de différentes façons. Il vaut la peine de réfléchir à l'organisation la mieux adaptée.

Heures d'ouverture

Définissez tout d'abord si la visite de la chambre des erreurs doit être encadrée ou non. Une visite *encadrée* signifie que la chambre est ouverte à des heures spécifiques et qu'une personne est présente pour fournir des instructions aux participantes et participants et donner des explications sur les erreurs et dangers dissimulés à l'issue de la visite. L'avantage de cette variante est que les participantes et participants ont la possibilité de s'adresser à la personne responsable en cas de question et qu'on sait qui a visité la pièce et quand. Une visite *non encadrée* signifie que la chambre est ouverte 24h/24 pendant plusieurs jours ou semaines et qu'elle est donc librement accessible à toutes les personnes intéressées par la formation. Dans ce cas, il faut prévoir des instructions indiquant aux participantes et participants ce qu'ils doivent faire. Les participantes et participants doivent aussi savoir où ils peuvent recevoir la résolution des erreurs dissimulées à l'issue de la visite. Cette pièce doit par ailleurs être contrôlée régulièrement pour s'assurer que tous les participants et participantes retrouvent la même situation initiale. Avantage : les personnes intéressées peuvent venir quand elles ont une plage horaire libre.



Exercice individuel ou travail en équipe

La chambre des erreurs peut être utilisée individuellement ou par des équipes. Selon l'option choisie, il est nécessaire de prévoir une planification du personnel. Il est plus facile d'organiser la visite dans un cadre individuel. Toutefois, l'exercice en équipe permet d'échanger et d'apprendre les uns des autres. Les scénarios s'adressent en premier lieu aux personnes prodiguant directement des soins aux résidentes et résidents. Bien entendu, d'autres groupes professionnels comme le nettoyage, l'hôtellerie ou le corps médical peuvent aussi participer à la chambre des erreurs. Selon la composition du groupe, il peut être important de fournir davantage d'informations de contexte lors de la résolution des erreurs.

4.2. Réalisation

4.2.1. Personne responsable

Une personne est responsable de la chambre des erreurs et est investie des missions suivantes :

- dans le cas où plusieurs passages sont prévus, elle s'occupe des salles pour s'assurer que les participants et participantes y trouvent la même situation de départ correcte ;
- elle fournit des consignes aux participants et participantes ;
- elle n'a pas de rôle actif pendant l'identification des erreurs. En cas d'incertitude pendant la procédure, elle peut fournir des informations, mais elle n'est pas disponible pour donner des pistes ou répondre à des questions de contenus. De manière générale, elle reste discrètement en arrière-plan.

4.2.2. Tâche des participantes et participants

Les participantes et participants reçoivent des consignes sur ce qu'ils doivent faire ainsi que toutes les informations sur la résidente fictive avant leur entrée dans la pièce. Ces consignes peuvent être communiquées par écrit ou par oral par la personne responsable. Vous trouverez dans les scénarios un modèle d'instructions pour les participantes et participants (chapitres 5.4 et 6.4).

Les participantes et participants ont pour mission de trouver dans le temps imparti (p. ex. 15 ou 20 min) tous les risques et erreurs mis en scène dans la chambre. Ils les documentent sur la fiche de saisie des erreurs (cf. modèle au chapitre 7.2). Ce document est soit conservé par les participantes et participants, soit remis à la personne responsable du projet à des fins d'évaluation. Il devrait en tous les cas rester anonyme.

Il est important de préciser aux participantes et participants de ne rien corriger dans la pièce et de ne pas communiquer la solution aux personnes qui n'ont pas encore vu la pièce.



Pour l'identification des erreurs, une fiche de saisie des erreurs, un stylo et éventuellement un support pour blocs doivent être remis à chaque participant et participante.

4.2.3. Contrôle de la pièce

Il se peut que les participantes et participants modifient la chambre – volontairement ou non – lors de leur passage, par exemple en rectifiant une erreur. Il est donc important qu'une personne contrôle régulièrement l'installation et reconstitue les erreurs si nécessaire.

4.3. Débriefing

Les collaboratrices et collaborateurs ayant participé à l'exercice doivent impérativement être informés des erreurs et risques dissimulés dans la pièce. Plusieurs options sont envisageables. Selon l'organisation choisie, il est possible de proposer un feedback ou un débriefing. Une fiche de résultats peut aussi être remise, ou une séance de clôture peut être organisée en commun avec la divulgation des risques et erreurs à l'ensemble des participants et participantes.

La Fondation Sécurité des patients recommande de procéder à un rapide débriefing directement après la visite de la chambre des erreurs. Les débriefings guidés sont efficaces car ils permettent aux participants et participantes de réfléchir à l'expérience, renforçant ainsi le potentiel d'apprentissage de la formation [13, 14]. Les objectifs du débriefing de la chambre des erreurs sont de résoudre les erreurs et dangers mis en place mais aussi de renforcer la prise de conscience des risques potentiels susceptibles de mettre en danger la sécurité des résidentes et résidents. Contrairement à un feedback dans lequel les participants et participantes reçoivent juste des informations sur les erreurs dissimulées, un débriefing revêt la forme d'une discussion ou d'un dialogue. Néanmoins, le débriefing n'est pas une discussion ouverte puisqu'il suit une structure claire [13]. On s'assure ainsi que la discussion est menée de manière ciblée et efficace. Vous trouverez une proposition concrète pour le déroulement du débriefing dans les supports au chapitre 7.3 (partie 1).

4.3.1. Combien de temps le débriefing dure-t-il ?

Nous recommandons de prévoir 15 à 20 min pour le débriefing. Le guide inclut des propositions pour développer le débriefing si plus de temps est disponible (partie 2). Informez les participantes et participants au préalable du cadre temporel et terminez le débriefing dans les temps. Si vous avez prévu plusieurs passages avec différents groupes, réservez suffisamment de temps à l'issue du débriefing pour préparer la pièce pour le groupe suivant. Intégrez aussi des pauses pour la personne qui anime.



4.3.2. Qui anime le débriefing ?

La personne qui anime le débriefing peut être ou non celle qui met en place et accompagne le déroulement de la chambre des erreurs. En cas de nombre élevé de participants et participantes et si la mise en place de la salle est plus longue, il peut être pertinent de répartir les tâches entre deux personnes (ou plus).

Dans l'idéal, la personne a de l'expérience dans l'animation de telles discussions. Le débriefing peut toutefois aussi être mené par une professionnelle ou un professionnel qui remplit les critères suivants :

- la personne est appréciée et reconnue par les autres collaboratrices et collaborateurs ;
- elle est intéressée par la tâche et apprécie de l'accomplir ;
- elle est en mesure de communiquer un feedback constructif et valorisant ;
- elle est en mesure de créer une atmosphère de dialogue marquée par la confiance ;
- elle dispose de suffisamment de connaissances spécialisées pour catégoriser les erreurs et dangers identifiés (y compris ceux qui n'étaient pas intentionnels) et en discuter avec les participants et participantes.

Nous recommandons à la personne chargée d'animer le débriefing de rester dans la pièce pendant l'identification des erreurs pour observer le déroulement. Il sera ainsi possible d'aborder lors du débriefing des points importants mis en avant pendant la résolution de l'exercice. La personne fournit éventuellement des instructions, répond aux questions sur la procédure et reste disponible pour les questions qui ne sont pas liées au contenu. Elle n'a toutefois pas de rôle actif pendant l'identification des erreurs.

4.3.3. A quels points faut-il prêter attention lors du débriefing ?

Identification des erreurs

Le débriefing a pour objectif premier de transmettre des connaissances aux collaboratrices et collaborateurs et de les sensibiliser. Les erreurs et dangers dissimulés sont divulgués lors du débriefing et sont éventuellement complétés par des informations spécifiques sur le sujet. Pour renforcer l'effet d'apprentissage, il convient notamment d'évoquer lors du débriefing les erreurs qui n'ont pas été trouvées (ou rarement) ainsi que les raisons possibles à cela. Le débriefing doit donner lieu à une discussion sur les actions et raisonnements nécessaires pour identifier certains types d'erreurs. Il peut alors être possible de se pencher sur des thèmes ou zones de risques spécifiques si le temps le permet. Il peut arriver que des questions de contenu ou des thèmes généraux apparaissent lors du débriefing ; ils peuvent alors être traités à l'issue de la réalisation de la chambre des erreurs.



Attitude constructive et valorisante

L'approche du « *good judgement* » [15] décrit l'attitude de la personne chargée de l'animation vis-à-vis des participants et participantes. Elle part du principe que les participantes et participants sont compétents, qu'ils donnent le meilleur d'eux-mêmes et qu'ils souhaitent apprendre (« *good* »). Lors de la résolution de l'exercice, la personne qui anime indique clairement ce qui était correct ou non en prenant position (« *judgement* »). En menant la discussion, elle se montre toutefois intéressée par le point de vue des participants et participantes et souhaite comprendre leurs actions et leur raisonnement, par exemple en demandant pourquoi certaines erreurs ont pu être identifiées rapidement, pourquoi d'autres ne l'ont été que plus rarement voire pas du tout, ou encore ce que les participants et participantes ont pensé dans certaines situations.

Sécurité psychologique

Les participantes et participants doivent se sentir soutenus, encouragés et traités de manière équitable. Ils doivent pouvoir exprimer librement leur option sans être ridiculisés, critiqués ou punis. Ce sentiment de sécurité peut être favorisé par la définition de règles du jeu et par une culture du dialogue ouverte et marquée par la confiance.

Définition des règles du jeu

Pour le débriefing, les règles du jeu peuvent être les suivantes : tous les participants et participantes doivent avoir la possibilité de prendre la parole ; seule une personne parle à la fois ; aucun reproche, insulte ou incrimination ne sera toléré. Le « principe Las Vegas » constitue une autre règle importante : tout ce qui se passe dans la pièce et qui y est évoqué est traité de manière confidentielle et ne sera pas communiqué en dehors du groupe, que ce soit par la personne qui anime ou par les participants et participantes.



5. Scénario I : petit-déjeuner dans la salle à manger

5.1. Modèle de l'exemple de cas

Informations de base

Nom, prénom, date de naissance : Mme Dupont, Charlotte, 07.07.1931

Attitude de réanimation : non

Diagnostics

Maladie de Parkinson (2014)

Ostéoporose (2001)

Déficience auditive (1999)

Cachexie

- Indice de masse corporel : 16,4 kg/m²
(Taille : 158 cm, poids : 41 kg)

Intolérance au lactose (1982)

Allergies : pénicilline

Affections actuelles

Mme Dupont se plaint depuis la veille de douleurs pelviennes et de mictions plus fréquentes. Elle a également remarqué un changement d'odeur de ses urines. Depuis la veille, elle semble apathique. Elle ne se rend plus d'elle-même dans la salle à manger pour les repas, on doit venir la chercher. Après la prise d'un laxatif hier, elle a eu la diarrhée. Une analyse d'urine indique une infection urinaire. Mme Dupont se déplace de façon autonome grâce à un déambulateur.

Environnement social

Mme Dupont réside depuis deux ans dans l'EMS. Son apparence soignée est importante à ses yeux ; elle a rendez-vous chaque semaine en ville chez son coiffeur et sa pédicure. Mme Dupont accorde beaucoup d'importance à une alimentation saine. Elle présente depuis des années une intolérance au lactose et évite toute nourriture contenant du lactose. Les grandes portions et les plats mal présentés lui posent problème. Sa fille et son gendre vivent en Finlande et elle a un petit-fils en Nouvelle-Zélande. En raison de sa déficience auditive, elle ne participe guère aux activités de l'EMS. Elle s'occupe d'elle-même de manière autonome, seule la gestion des médicaments est assurée par le personnel.



Médicaments

Médicaments fixes	Matin	Midi	Soir	Nuit
Lévodopa 50 mg/Bensérazide 12.5 mg gélules (1 heure avant le repas)	1	1	1	1
Calcium avec vitamine D3 1000 mg/800 UI cp. à croquer	1	0	0	0
Boisson hypercalorique à la pêche entre les repas	100	0	100	0
Co-amoxicilline cp. pelliculés 1000 mg	1	0	0	1

Médicaments en réserve	
Douleur / fièvre :	Paracétamol cp. 500 g jusqu'à 4x1 / 24h
Delirium :	en cas d'échec des traitements non pharmacologiques : Halopéridol gouttes 2 mg/ml jusqu'à 4x10 gouttes/24h

Prescription pour les soins

Volume de boissons	Volume de boissons \geq 1000 ml / jour
Poids	Tous les 14 jours

Diagnostiques infirmiers

	Diagnostic	Caractéristiques	Facteurs favorisant s	Objectif	Interventions	Evaluation
1	Gestion inefficace de la santé	Difficultés avec le traitement prescrit Se montre dépassée par la gestion des médicaments et le suivi autonome du poids	Déficiência auditive	Etat de santé stable	<ul style="list-style-type: none">– Remise des médicaments prescrits 4 x/jour– Préparation et contrôle des médicaments 1 x/semaine, contrôle supplémentaire des médicaments avant la remise– Commande et stockage des médicaments par le personnel infirmier	1 x/mois le lundi



2	Malnutrition/ dénutrition	Poids insuffisant Ne peut manger que de petites portions Perte d'appétit avec les grandes portions ou les présentations non appétissantes	Voisins de table qui en mettent partout en mangeant	Mainteni r un poids stable Eviter la malnutriti on	<ul style="list-style-type: none">– Commander de petites portions de repas– Bien dresser les plats– Boisson hypercalorique 2 x/jour entre les repas– Contrôle du poids un mercredi sur deux avant le repas de midi (avec les pantoufles). Si besoin, pesée plus fréquente et clarifier la cause	1 x/mois le lundi
---	------------------------------	---	---	--	--	----------------------

Processus de soins

Date	Heure	Sujet	Processus de soins
Il y a deux jours	11 h 30	Alimentation/cognition	La résidente oublie de se préparer pour le repas de midi et un membre du personnel infirmier doit venir la chercher.
Il y a deux jours	19 h	Etat général	La résidente raconte que ses mictions sont plus fréquentes et que l'odeur de ses urines a changé. Le personnel infirmier lui recommande de boire suffisamment et lui apporte une tisane pour la vessie.
Hier	10 h 05	Etat général	Le personnel de service rapporte que la résidente ne les salue pas et qu'elle utilise sa boisson pour arroser les fleurs. Dans l'échange avec le personnel infirmier, la résidente apparaît comme apathique et désorientée. Elle continue à se plaindre de l'odeur étrange de ses urines. Un Combur-Test est pratiqué, l'urine est fortement concentrée.
Hier	11 h	Visite / médecin	Le personnel infirmier informe le médecin de famille et lui fait part de sa suspicion d'infection urinaire. Le médecin de famille met en place un traitement par antibiotiques. Il demande au personnel infirmier de lui donner des nouvelles par téléphone le jour suivant.
Aujourd'hui	8 h 30	Etat général	La résidente reste désorientée au niveau spatial et temporel ; elle a bénéficié exceptionnellement de l'aide d'une infirmière pour les soins du matin et s'est ensuite fait accompagner dans la salle à manger.



5.2. Liste des erreurs

	Liste des erreurs / risques selon l'OMS ¹	Description	Préparation
1	Médication/prescription : mauvaise médication	De la co-amoxicilline est prescrite malgré l'allergie à la pénicilline.	Dossier patient avec la prescription correspondante
2	Médication/administration : risque d'omission de dose	La résidente fait tomber ses médicaments sans s'en rendre compte. La prise de médicaments n'est pas surveillée malgré le fait que la résidente semble apathique.	Placer 2-3 comprimés sur la résidente ou sur le sol, sous la table.
3	Médication/remise : mauvais patient/mauvaise médication	Un pilulier portant un autre nom se trouve sur la table.	Placer un pilulier portant un autre nom sur la table
4	Accident de patient : risque de chute	Le déambulateur se trouve près de la table avec les roues non bloquées ou n'est pas accessible.	Placer le déambulateur hors de portée, roues non bloquées
5	Accident de patient : risque de chute	Le sol est mouillé à cause de la boisson renversée.	Placer le verre au sol avec une flaque de liquide
6	Procédures de soins/diagnostic/évaluation : non mis à jour	Le changement de comportement (apathie et désorientation) n'est pas identifié comme le signe d'une confusion aiguë en présence de facteurs de risque existants comme l'infection ou la déshydratation. Risque de confusion aiguë. Diagnostic de soins non mis à jour ; le changement d'état n'est pas rapporté.	Dossier patient avec informations manquantes
7	Procédures de soins/interventions de soins : non réalisées malgré l'indication	Le volume de boissons n'est pas surveillé ni documenté (pas de protocole concernant le volume de boissons).	Pas de protocole concernant le volume de boissons
8	Documentation : informations incomplètes	Aucun laxatif n'est prescrit, y compris en réserve. Le rapport de soins ne précise pas pourquoi un laxatif a été donné à la résidente.	Dossier patient avec informations manquantes

¹ https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf



9	Alimentation/remise : mauvaise alimentation	La résidence a un yoghourt au lait entier devant elle alors qu'elle est intolérante au lactose.	Yoghourt au lait entier sur la table
10	Alimentation/remise : produit périmé	La date limite de conservation du lait sans lactose est nettement dépassée.	Bouteille de lait sans lactose avec date limite de conservation dépassée d'une semaine
11	Médication/prescription : mauvaise médication	La co-amoxicilline n'est pas le premier choix en cas d'infection urinaire.	Dossier patient avec la prescription correspondante



5.3. Liste de matériel à préparer

Matériel pour l'équipement de la chambre	Remarques
• Table dressée pour un petit-déjeuner	
• Quatre chaises	
• Mannequin (femme) assis et habillé	
• Pilulier avec le mauvais nom	
• 2 à 3 comprimés supplémentaires sur le mannequin ou par terre	
• Yoghourt au lait entier	
• Bouteille de lait sans lactose avec date limite de conservation dépassée d'une semaine	
• Table faisant officie de buffet avec confiture ou autres aliments	
• Déambulateur	
• Verre et liquide par terre	
• Dossier patient avec toutes les informations correspondantes	
•	
•	
•	
•	
•	
Matériel pour réaliser l'exercice	
• Instructions pour les participants et participantes	
• Formulaires imprimés de saisie des erreurs	
• Supports pour blocs et stylos	
• Feuille de solution pour le débriefing	
•	
•	
•	
•	
•	



5.4. Instructions pour les participants et participantes

Veillez entrer dans la chambre et vous imaginer que la table se trouve dans la salle à manger. La table est dressée pour Mme Dupont. Lisez la documentation et regardez si vous constatez des sources de danger et des erreurs dans la pièce et dans le dossier. Faites également attention aux risques et erreurs possibles qui ne font pas partie de votre domaine de responsabilité professionnelle. Documentez tous les risques et erreurs que vous trouvez dans cette « salle à manger » et dans le dossier de soins de Mme Dupont sur la feuille « Fiche de saisie des erreurs ». Vous disposez de 15-20 minutes. Veillez laisser la chambre des erreurs telle que vous l'avez trouvée (ne corrigez pas les erreurs).

Dans le débriefing, les erreurs dissimulées seront dévoilées. Veillez garder les solutions pour vous afin que vos collègues puissent également profiter de la « chambre des erreurs ». Merci !

Si vous avez des questions, des doutes ou des suggestions, veuillez contacter la personne responsable.

Nous vous souhaitons beaucoup de succès !



6. Scénario II : chambre d'une résidente

6.1. Modèle de l'exemple de cas

Informations de base

Nom, prénom, date de naissance : Mme D'Angelo, Camilla, 04.03.1929

Attitude de réanimation : non

Diagnostics

Antécédents de décompensation cardiaque (il y a quatre semaines), DD : maladie coronarienne, fibrillation auriculaire paroxystique non valvulaire

Maladie coronarienne (2002)

Fibrillation auriculaire paroxystique non valvulaire (2002)

Diabète de type 2 (2000), insulinodépendant

Hypertension artérielle (1993)

Gonarthrose au genou gauche (2001)

Développement d'une démence (2017)

Allergies : aucune connue

Affections actuelles

Il y a deux semaines, Mme D'Angelo est revenue à l'EMS après une hospitalisation de deux semaines. Pendant son hospitalisation, une décompensation cardiaque a été traitée et son diabète a été mieux stabilisé. Une sonde vésicale a été posée à l'hôpital. Elle a été laissée lors du transfert. Depuis que Mme D'Angelo est de retour, elle manque d'énergie et passe beaucoup de temps au lit. Son état général s'est encore dégradé. Après son retour, elle était désorientée et avait besoin de nettement plus d'assistance qu'avant son hospitalisation. Elle commence toutefois à aller mieux. Son taux de glycémie est encore très fluctuant et reste parfois trop élevé.

Status clinique

Rougeur au sacrum

Environnement social

Mme D'Angelo réside depuis trois ans dans l'EMS. Elle est sans enfants et veuve. Ouverte et amicale, elle a noué de nombreuses amitiés avec les autres résidentes et résidents et participe activement aux événements proposés par l'EMS. Elle quitte rarement l'établissement et n'a que peu de contacts avec l'extérieur. Lorsque ses douleurs sont contrôlées, Mme D'Angelo se déplace de façon autonome avec un déambulateur. Elle a besoin d'un soutien général et continu pour les activités de la vie quotidienne.



Médicaments

Médicaments fixes	Matin	Midi	Soir	Nuit
Lisinopril cp. 5 mg	1	0	0	0
Bisoprolol cp. 5 mg	½	0	0	0
Préparation de potassium cp. 10 mmol	1	0	0	0
Pantoprazole cp. 20 mg	1	0	0	0
Rivaroxaban cp. 20 mg	1	0	0	0
Torasémide cp. 10 mg	1	0	0	0
Insuline lispro 100 U/ml, stylo sous-cutané selon schéma d'injection	x	x	x	
Insuline détémir 100 U/ml, stylo sous-cutané	0	0	32 U	0
Ibuprofène cp. 400 mg	1	1	1	0

Médicaments en réserve	
Agitation	Seroquel 25 mg max. ½ cp. 4 x/jour
Diarrhée	Lopéramide gélules 2 mg 2x1/ 24 h
Douleur / fièvre	Paracétamol cp. 500 mg 4x1 / 24h
Saturation en oxygène (sO ₂) < 90 %	Oxygène O ₂ par sonde nasale jusqu'à 2 l/min

Prescription pour les soins

Tension artérielle / pouls	1 x/jour
Poids	1 x/jour
Alimentation	Régime pour diabétiques
Contrôle de la glycémie	3 x/jour

Graphique

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
Tension artérielle (mmHg)	140/80	135/80	130/75	130/80
Pouls	80	84	88	80
Poids (kg)	65.3	65.1	64.5	64.0



Schéma d'injection

Lispro	5 – 7.9 mmol/L	8 – 9.9 mmol/L	10 – 11.9 mmol/L	12 – 13.9 mmol/L	14 – 15.9 mmol/L	16 – 17.9 mmol/L	>18 mmol/L
Matin	-	6 U	7 U	8 U	9 U	10 U	11 U
Midi	-	6 U	7 U	8 U	9 U	10 U	11 U
Soir	-	6 U	7 U	8 U	9 U	10 U	11 U

Date	Matin		Midi		Soir	
	Glycémie mmol/l	Insuline U s/c	Glycémie mmol/l	Insuline U s/c	Glycémie mmol/l	Insuline U s/c
Jour 1	13.3	8	11.2	7	14.3	9
Jour 2	11.5	7	12.8	8	18.7	11
Jour 3	10.9	7	14.1	9	19.3	11
Jour 4	7.8	6				



Diagnostics infirmiers

	Diagnostic	Caractéristiques	Facteurs favorisants	Objectif	Interventions	Evaluation
1	Déficit de soins personnels - Soins corporels - Habillement - Utilisation des toilettes	Incapacité à se laver et à se sécher le corps Incapacité à enfiler/retirer différents vêtements Incapacité à s'asseoir sur les toilettes/se relever des toilettes	Faiblesse Détérioration cognitive	Se sent soignée et soutenue en faisant appel aux ressources	<ul style="list-style-type: none">– Soutien pour les soins corporels quotidiens et le brossage des dents– Soutien pour la douche, y compris le lavage des cheveux 1x/semaine– Contrôle des ongles le jour de la douche et coupe si nécessaire– Faire le lit le matin. Changement des draps s'ils sont souillés et au moins toutes les 2 semaines le jour de la douche– Soutien pour le choix des vêtements et l'habillement. Contrôle de la propreté des vêtements	1 x/mois le lundi
2	Risque de chute	Ne parvient pas à se relever seule depuis la position assise. Est trop faible, retombe toujours assise	Détérioration cognitive Fatigue Mobilisation réduite Antécédents de chute	Absence de blessures liées à une chute	<ul style="list-style-type: none">– Accompagnement aux toilettes avec le déambulateur (heures : 7 h 30, 11 h, 13 h, 17 h 30, 21 h)– Soutien par accompagnement physique ou verbal lors du transfert dans le fauteuil/le lit 2-4 x/jour– Chaussures fermées avec semelles antidérapantes ; poser complètement les pieds au sol– Déambulateur pour tout déplacement– Vérification que tout est à portée lors de tout changement d'endroit (p. ex. boisson, de quoi s'occuper, mouchoirs)– Tapis détecteur de chute placé au pied du lit comme mesure de prévention des chutes, en accord avec la résidente	1 x mois le lundi



3	Gestion inefficace de la santé	Difficultés avec le traitement prescrit. Se montre dépassée par la gestion des médicaments et le suivi autonome des autres traitements	Détérioration cognitive Mobilisation physique limitée	Etat de santé stable	<ul style="list-style-type: none">– Remise des médicaments prescrits 4 x/jour dans la main et contrôle de la prise– Préparation et contrôle des médicaments 1 x/semaine, contrôle supplémentaire des médicaments avant la remise– Commande et stockage des médicaments par le personnel infirmier– Mesure de la glycémie avant tous les repas– Injection d'insuline conformément à la prescription et le schéma d'injection 3 x/jour.– Evaluation de la douleur : au début du service et à chaque mobilisation, s'enquérir de l'intensité des douleurs (légères, moyennes, fortes, très fortes) et proposer des médicaments de réserve si nécessaire– Mesure de la tension artérielle 1 x/jour, le matin avant le lever– Contrôle du poids 1 x/jour, au lever avant le petit-déjeuner (en pyjama avec chaussures de sport)	1 x/mois le lundi
4	Diminution de la capacité de mémorisation	Demande très souvent où elle doit se rendre ou ce qu'elle doit faire	Changement de lieu de l'EMS à l'hôpital et inversement Etat général affaibli	Amélioration de la mémoire et de l'orientation	<ul style="list-style-type: none">– Donner des repères en termes de temps, de personne et de lieu pour chaque contact– Donner des repères dans la chambre dans le champ visuel (calendrier, horloge)– Toujours la même routine quotidienne, tenir compte des habitudes, donner des informations sur les prochaines activités en quittant la chambre	1 x/mois le lundi



Processus de soins

Date	Heure	Sujet	Processus de soins
Jour 1	11 h	Documentation des soins Soins corporels	La soignante s'est entièrement chargée des soins corporels au lavabo de la salle de bains car la résidente se sent faible. Toilette intime également effectuée par la soignante, rougeur de la taille d'1 franc au niveau du siège qui ne disparaît pas à la pression.
Jour 2	21 h	Documentation des soins Habillage/déshabillage	Pyjama enfilé par la soignante car la résidente se sent faible. Rougeur au niveau du siège toujours présente, ne disparaît pas à la pression.
Jour 3	15 h 30	Documentation des soins Alimentation	La résidente souhaite un Coca-Cola. Elle estime que cela lui redonnerait de l'énergie. Un verre est apporté dans la chambre.

6.2. Liste des erreurs

	Liste des erreurs / risques selon l'OMS ²	Description	Préparation
1	Procédures de soins/interventions de soins : non réalisées malgré l'indication	Pilulier sur la table de nuit. Mais d'après la planification des soins infirmiers, la résidente doit prendre ses médicaments sous surveillance.	Pilulier avec comprimés, dossier patient avec la planification des soins infirmiers correspondante
2	Procédures de soins/interventions de soins : non réalisées/mal réalisées malgré l'indication	Les repères (calendrier, horloge) sont mal réglés et ne sont pas placés dans le champ visuel.	Planification correspondante des soins infirmiers dans le dossier patient, calendrier avec mauvaise date, horloge non placée dans le champ visuel
3	Procédures de soins/interventions de soins : non réalisées malgré l'indication	Saisie de l'évaluation de la douleur manquante.	Informations manquantes dans le dossier patient
4	Infection nosocomiale : risque général d'infection	Flacon de produit de désinfection des mains vide dans la pièce, risque d'infection et d'empoisonnement.	Flacon de produit de désinfection des mains vide
5	Procédures de soins/diagnostic/évaluation : non mis à jour	Malgré une rougeur du coccyx, aucune intervention infirmière n'est mise en œuvre, risque d'escarre.	Colorer les fesses du mannequin en rouge (par exemple à l'aquarelle) ou coller une compresse rouge sur les fesses du mannequin
6	Procédure de soins/interventions : indication non évaluée	L'indication pour la sonde vésicale n'est pas évaluée, risque d'infection urinaire associée à une sonde vésicale.	Informations manquantes dans le dossier patient Sonde vésicale Liquide pour simuler la diurèse, par exemple tisane de camomille Eventuellement support pour fixer l'uriflac au lit
7	Accident de patient : risque de chute	Tapis détecteur de chute non branché.	Installer le tapis détecteur de chute mais ne pas le brancher
8	Accident de patient : risque d'empoisonnement	Un chariot de nettoyage se trouve dans la chambre, la résidente confuse pourrait prendre le produit de nettoyage pour un aliment.	Placer un chariot de nettoyage avec des produits nettoyants dans la pièce

² https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

9	Médication/administration : surtraitement	De l'insuline est injectée alors que cela n'était pas nécessaire selon le schéma d'injection.	Dossier patient avec les informations correspondantes
10	Alimentation/remise : mauvais régime	Du Coca-Cola se trouve sur la table de nuit alors que la résidente présente un taux de glycémie très élevé et qu'elle ne devrait boire que des boissons non sucrées d'après la planification des soins infirmiers.	Dossier patient avec les informations correspondantes sur la glycémie élevée et le diabète
11	Médication/prescription : mauvaise médication	Ibuprofène : prescription d'un médicament potentiellement inapproprié chez les sujets âgés (MPI). Comme les risques dépassent le bénéfice attendu, ce médicament doit être évité dans la mesure du possible ou être remplacé par une alternative plus sûre.	Dossier patient avec la prescription correspondante

6.3. Liste de matériel à préparer

Liste de matériel à préparer pour l'équipement de la chambre	Remarques
• Lit	
• Mannequin en pyjama	
• Table à manger	
• Chariot de nettoyage avec des produits nettoyeurs	
• Tapis détecteur de chute	
• Flacon de produit de désinfection des mains vide	
• Couleur rouge (aquarelle) comme simulation de décubitus ou compresse teinte en rouge et feuille transparente	
• Pilulier (correctement étiqueté)	
• Calendrier	
• Horloge	
• Coca-Cola	
• Sonde vésicale avec uriflac avec urine simulée (p. ex. tisane de camomille)	
• Dossier patient avec toutes les informations correspondantes	
•	
•	
•	
•	
•	
Matériel pour réaliser l'exercice	
• Instructions pour les participants et participantes	
• Modèles imprimés de saisie des erreurs/évaluation	
• Supports pour blocs et stylos	
• Feuille de solution pour le débriefing	
•	
•	
•	
•	
•	

6.4. Instructions pour les participants et participantes

Rentrez dans la chambre de Mme D'Angelo. Lisez la documentation et regardez si vous constatez des sources de danger et des erreurs dans la pièce et dans le dossier. Faites également attention aux risques et erreurs possibles qui ne font pas partie de votre domaine de responsabilité professionnelle.

Documentez tous les risques et erreurs que vous trouvez dans la chambre et dans le dossier de soins de Mme D'Angelo sur la feuille « Fiche de saisie des erreurs ». Vous disposez de 15-20 minutes. Veuillez laisser la chambre des erreurs telle que vous l'avez trouvée (ne corrigez pas les erreurs).

Dans le débriefing, les erreurs dissimulées seront dévoilées. Veuillez garder les solutions pour vous afin que vos collègues puissent également profiter de la « chambre des erreurs ». Merci !

Si vous avez des questions, des doutes ou des suggestions, veuillez contacter la personne responsable.

Nous vous souhaitons beaucoup de succès !

7. Matériel

7.1. Modèle de liste des erreurs / feuille de solutions

Erreur ou risque	Description du danger
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

7.3. Guide de débriefing

Partie 1 : débriefing à l'issue de la recherche des erreurs

Introduction Objectif : briser la glace, demander une brève auto-évaluation de la part des participants et participantes 2 minutes	Animation : lancez un premier échange, par exemple avec la question d'entrée en matière suivante : <ul style="list-style-type: none">– Comment cela s'est-il passé pour vous dans la chambre des erreurs– avez-vous pu trouver facilement les erreurs et dangers dissimulés ?
Identification des erreurs Objectif : identifier toutes les erreurs 5-10 minutes	Animation : dévoilez les risques/dangers qui étaient dissimulés dans la pièce. En guise de support visuel, vous pouvez remettre une feuille de solution ou présenter la liste des erreurs sur un flipchart. Vous pouvez ensuite discuter des questions suivantes, par exemple : <ul style="list-style-type: none">– Quels sont les risques et erreurs que vous avez trouvés ?– Avez-vous trouvé d'<i>autres</i> erreurs (non intentionnelles) ?– Quelles sont les erreurs que vous n'avez <i>pas</i> identifiées ?
Evaluation Objectif : comprendre le point de vue des participants et participantes 5 minutes	Animation : posez des questions pour comprendre pourquoi certains risques et erreurs ont été trouvés et d'autres non. Existe-t-il des incertitudes, p. ex. pourquoi est-ce une erreur ? Ou dans quelle mesure cela constitue-t-il un risque pour la sécurité des résidentes et résidents ? Les participantes et participants n'ont-ils pas du tout cherché à l'endroit correspondant ? Questions possibles pour la discussion : <ul style="list-style-type: none">– Etes-vous surpris des erreurs/risques qui n'ont pas été trouvés ? Pourquoi ?– A votre avis, pourquoi ces erreurs/risques n'ont-ils pas été identifiés ?
Conclusion Objectif : formuler un message à retenir pour le quotidien 3 minutes	Animation : la conclusion peut être donnée à l'oral dans le groupe. Chaque participante et participant peut aussi noter un message à retenir personnel sur une carte (mais ces dernières ne seront plus évoquées en groupe). <ul style="list-style-type: none">– Que reprenez-vous pour votre pratique quotidienne de la recherche d'erreurs dans la chambre des erreurs (citez un point) ?

De manière générale, accordez suffisamment de temps aux participants et participantes pour réfléchir (supporter le silence)

Partie 2 : extension facultative pour les formations d'équipe plus détaillées

Approfondissement option 1 Objectif : renforcer la prise de conscience des erreurs et risques possibles au quotidien	Animation : lancez une discussion sur la signification des erreurs et des risques, par exemple en posant les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none">– Quels sont les risques et les erreurs particulièrement importants pour vous ?– Pourquoi sont-ils si significatifs de votre point de vue ?<ul style="list-style-type: none">– Ces risques/erreurs sont-ils particulièrement fréquents au quotidien ?– Mettent-ils particulièrement en danger les résidentes et résidents ?– Quels autres risques ou erreurs auriez-vous intégrés ?
Approfondissement option 2 Objectif : classifier le potentiel de risque et réfléchir à son propre comportement dans une situation comparable	Animation : sélectionnez un thème ou un domaine de risques et discutez-en de manière approfondie avec votre équipe, p. ex. en abordant l'erreur qui a été identifiée le plus rarement par les participants et participantes, ou en évoquant un risque considéré comme particulièrement important au quotidien. Questions possibles : <ul style="list-style-type: none">– Quelles sont les conséquences possibles pour le résident ou la résidente si l'erreur/le risque n'est pas identifié ?– Que ferions-nous si une situation similaire survenait dans la pratique ?– Quelles sont les mesures qui pourraient permettre de prévenir l'erreur/le risque ?
Approfondissement option 3 Objectif : renforcer la capacité à évaluer la situation	Animation : lancez un échange sur la manière dont on peut identifier où les dangers et risques pour la sécurité des patients sont dissimulés. <ul style="list-style-type: none">– Comment avez-vous procédé pour l'identification des erreurs ? A quoi avez-vous particulièrement prêté attention (p. ex. mauvaise exécution, mesure inutile, oubli, etc.) ?– Qu'est-ce qui vous a fait dire qu'il s'agissait d'une erreur ou d'un risque ?– Avez-vous échangé avec vos collègues lors de la recherche des erreurs ? Avez-vous profité de leur point de vue ?– Que faudrait-il faire de manière générale pour pouvoir identifier les erreurs et les risques dans une pièce ?

8. Bibliographie

- 1 Zimmermann C, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual. 2019.
- 2 Andersson Å, Frank C, Willman AML, *et al.* Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *J Clin Nurs* 2018;**27**:e354–62.
- 3 OECD. The Economics of Patient Safety part III: Long-Term Care. 2020.
- 4 Schulz CM, Endsley MR, Kochs EF, *et al.* Situation Awareness in Anesthesia: Concept and Research. *Anesthesiology* 2013;**118**:729–42.
- 5 Farnan JM, Gaffney S, Poston JT, *et al.* Patient safety room of horrors: a novel method to assess medical students and entering residents' ability to identify hazards of hospitalisation. *BMJ Qual Saf* 2016;**25**:153–8.
- 6 Wiest K, Farnan J, Byrne E, *et al.* Use of simulation to assess incoming interns' recognition of opportunities to choose wisely. *J Hosp Med* 2017;**12**:493–7.
- 7 Gregory A, Hogg G, Ker J. Innovative teaching in situational awareness. *Clin Teach* 2015;**12**:331–5.
- 8 Käppeli A. Patientensicherheit – Lustvoll lernen im «Raum des Horrors». *Competence* 2018;**1–2**.
- 9 Clay AS, Chudgar SM, Turner KM, *et al.* How prepared are medical and nursing students to identify common hazards in the intensive care unit? *Ann Am Thorac Soc* 2017;**14**:543–9.
- 10 Zimmermann C, Fridrich A, Schwappach DLB. Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors. *J Patient Saf* 2020;Published ahead of print.
- 11 Korah N, Zavalkoff S, Dubrovsky AS. Crib of Horrors: One Hospital's Approach to Promoting a Culture of Safety. *Pediatrics* 2015;**136**:4–5.
- 12 Daupin J, Atkinson S, Bédard P, *et al.* Medication errors room: a simulation to assess the medical, nursing and pharmacy staffs' ability to identify errors related to the medication-use system. *J Eval Clin Pract* 2016;**22**:907–16.
- 13 Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, *et al.* More Than One Way to Debrief. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* 2016;**11**:209–17.
- 14 Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* 2007;**2**:115–25.
- 15 Rudolph JW, Simon R, Rivard P, *et al.* Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin* 2007;**25**:361–76.