

# La chambre des erreurs : un moyen ludique de promouvoir la sécurité des soins à l'hôpital

## Introduction

Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients, une chambre des erreurs a été organisée pour la première fois en 2015. Ce projet, porté par le gestionnaire des risques associés aux soins, la responsable de la formation et la responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, a été validé par toutes les instances. La participation à ce dispositif est un objectif institutionnel inscrit dans tous les contrats de pôle.

### Objectifs :

- Sensibiliser tous les acteurs de soins aux situations à risque d'erreurs médicamenteuses
- Réactualiser les compétences en matière de sécurité des soins

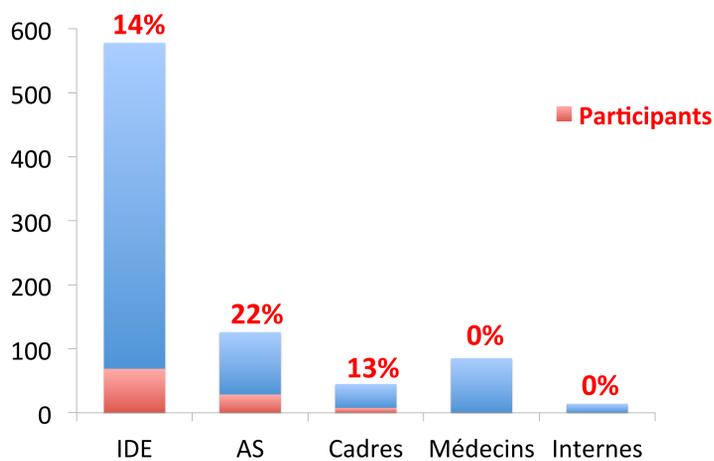


## Matériel et Méthodes

- Organisation pluri-professionnelle : 2 infirmiers, un gestionnaire des risques, 6 préparateurs en pharmacie, 2 pharmaciens
- Reconstitution d'une chambre de patient et d'une salle de soins
- Déroulement pendant 3 jours
- Visite de 30 min, par groupe de < 10 personnes
- 16 erreurs réelles, observées ou déclarées sur les fiches d'événements indésirables
- 2 domaines de risques : prise en charge médicamenteuse et identitovigilance
- Chaque « enquêteur » remplit un bulletin anonyme sur lequel il note les erreurs détectées, sa profession et son unité
- Débriefing en fin de visite pour permettre aux participants d'échanger leurs impressions avec l'équipe organisatrice

## Résultats

106 participants



Proportion de participants par catégorie professionnelle



Les participants ont décelé des erreurs non intentionnelles. La restitution des résultats a été faite dans chaque unité à l'aide d'un diaporama rappelant pour chaque erreur les bonnes pratiques professionnelles.

Erreur	Domaine	% détectées
Traitement personnel laissé à disposition dans la chambre du patient	Environnement du patient	96 %
Patient fumeur sous O2	Environnement du patient	93 %
Erreur de rangement dans l'armoire de dotation	Administration	57 %
Discordance entre l'identité du patient et celle sur l'ordonnance	Identitovigilance	54 %
Neuroleptique à action prolongée prescrit informatiquement à une date différente de celle sur le carnet de suivi des injections	Prescription	45 %
Médicaments périmés dans le tiroir patient	Administration	41 %
Flacon de solution buvable sans date d'ouverture	Administration	38 %
Médicament non écrasable prescrit pour une administration par sonde de nutrition entérale	Prescription	38 %
Ordonnance papier imprimée non signée par un médecin et le prescripteur n'est pas un médecin	Prescription	38 %
Pipettes des flacons de solution buvable mélangées dans un gobelet	Administration	28 %
Collyre sans date d'ouverture, sans étiquette patient, non prescrit	Administration	26 %
Ordonnance papier imprimée plus ancienne que la prescription informatique	Prescription	25 %
Gobelet pour les gouttes avec étiquette portant le nom du patient sans le prénom	Identitovigilance	23 %
Comprimés non identifiables (absence n° de lot et DLU) dans l'armoire de dotation	Administration	13 %
Forme galénique prescrite non adaptée	Prescription	3 %
Prescription d'un médicament en systématique alors qu'il est noté en commentaire « si anxiété »	Prescription	0 %

## Discussion

Cette démarche de sensibilisation courte et ludique à l'erreur médicamenteuse a suscité une forte adhésion de la part de l'ensemble des participants, tant pour les organisateurs que pour les « enquêteurs ».

Deux infirmiers supplémentaires ont fait part de leur souhait de rejoindre l'équipe organisatrice.

L'expérience sera réitérée en 2016 en diversifiant les domaines de risques et en mettant en œuvre une communication mieux ciblée vers les médecins.