

Apprentissage interactif grâce à une chambre des erreurs

Guide d'utilisation pour les établissements psychiatriques



Impressum

Version : février 2025

Téléchargement gratuit : <https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie/>

Auteurs : Dre Andrea Balmer, Karma Brunner, Dre Alessandra Moscaroli, Dre Annemarie Fridrich

Contribu-trices-teurs : Différent-e-s expert-e-s ont contribué à l'élaboration de ce guide. Nous les en remercions chaleureusement :

- » Carmine Di Nardo, Directeur des soins, des thérapies et du travail social, Psychiatrie St. Gallen
- » Rainer Kiworra, Développement organisationnel, Psychiatrie St.Gallen
- » Rosmarie Sprenger, Experte en soins infirmiers, Psychiatrie St.Gallen
- » Jelena Stjelja, Experte en soins infirmiers, Psychiatrie St.Gallen
- » Katja-Melanie Barandun, Experte fédérale diplômée en prévention des infections, Psychiatrie St.Gallen
- » Olaf Schulenburg, Responsable de la formation, Psychiatrie St.Gallen
- » Ramona Jacob, Éducatrice sociale, Clienia Littenheid AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- » Sabina Hiltbrunner, Pharmacienne spécialisée en pharmacie hospitalière, responsable de la pharmacie hospitalière, PUK Zürich

Nous souhaitons remercier tout particulièrement la Psychiatrie St.Gallen et Clienia Littenheid AG d'avoir participé à la phase pilote de la chambre des erreurs. Leurs expériences sont intégrées au présent guide.

Photo pour la page de couverture : Philip Böni Fotografie, Binzmühlestrasse 210, 8050 Zurich

Enregistrements audio : Forumtheater KonflikTüren, Rosenweg 2, 2556 Brugg

Proposition de citation : Balmer, A; Brunner, K; Moscaroli, A; Fridrich, A. Apprentissage interactif grâce à une chambre des erreurs. Guide d'utilisation pour les établissements psychiatriques, 2025, Fondation Sécurité des Patients Suisse, Zurich.

Contenu

1	Le concept de la chambre des erreurs.....	7
1.1	Contexte.....	7
1.2	La chambre des erreurs pour différents secteurs de soins	9
1.3	Objectifs de la chambre des erreurs	10
1.4	Les principes d'une chambre des erreurs	10
2	Instructions destinées à la mise en place d'une chambre des erreurs.....	12
2.1	Préparation	12
2.2	Réalisation	17
2.3	Debriefing	18
2.4	Court résumé des instructions	21
3	Exemples de cas et descriptions d'unités	23
3.1	Scénario secteur de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	23
3.1.1	Chambre de patient-e-s : Cas Madame Houdon.....	23
3.1.2	Salle commune	31
3.2	Scénario pour le secteur de la psychiatrie aiguë de l'adulte.....	41
3.2.1	Salle de soins / de médicaments : Cas Madame Bernard.....	41
3.2.2	Chambre sécurisée : Cas Monsieur Moreau	56
3.2.3	Salle commune : salle à manger	68
3.3	Scénario secteur de gérontopsychiatrie	79
3.3.1	Chambre de patient-e-s : Cas Monsieur Humbert	79
3.3.2	Salle commune : salle à manger	90
4	Outils destinés à la mise en œuvre à utiliser pour toutes les pièces	100
4.1	Feuille de solution	100
4.2	Instructions pour les participant-e-s.....	101
4.3	Fiche de saisie des erreurs destinée aux participant-e-s	102
4.4	Guide de débriefing	103
	Bibliographie	105

Remarques sur l'utilisation du guide

Le présent guide est spécifiquement consacré au domaine des soins psychiatriques. Il convient de souligner que les chapitres 1, 2 et 4 traitent des principes généraux de mise-en-place conceptuelle d'une chambre des erreurs. Ils s'inspirent largement des guides déjà existants de la chambre des erreurs de la Fondation Sécurité des patients Suisse.

Ce guide, vous fournit divers documents pour la mise en œuvre ainsi que des outils pour la mise-en-place d'une chambre des erreurs.



Les pages présentant le symbole de l'imprimante peuvent être imprimées pour l'entraînement et découpées si nécessaire. Elles comportent du matériel pour la mise en œuvre de la chambre des erreurs. D'autres contenus, comme les indications relatives à la mise en œuvre ou la liste d'erreurs, peuvent aussi être imprimés si nécessaire en tant qu'aides à la préparation et à l'organisation. Pour autant, ces documents additionnels ne doivent pas être remis aux participant·e·s.



À différents endroits, nous mettons en outre à disposition des enregistrements audio à télécharger (identifiés par le symbole audio) qui peuvent être utilisés durant l'entraînement. Un panneau d'information correspondant à placer lors des enregistrements audio se trouve en annexe des cas respectifs.

Liste des abréviations

CAVE	« Attention », avertissement insistant sur un fait précis (du latin)
Cpr.	Comprimé croqué
Cp.	Comprimé
EPS	Syndrome extrapyramidal
ES	Infirmier·ère diplômé·e
Gtt	Gouttes
HES	Haute école spécialisée
I.m.	Intramusculaire
IMC	Indice de masse corporelle
NGASR	Nurses Global Assessment of Suicide Risk; évaluation globale de la tendance suicidaire par le personnel infirmier
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAFA	Placement à des fins d'assistance
P.o.	Par voie orale (per os)
Ret.	Retard
Sc	Sous-cutané
SDU	Unité de dose unique (monodose)
SpO₂	Saturation en oxygène
TA	Tension artérielle
VGL	Ventro-glutéale

1

Le concept de la chambre des erreurs

1 Le concept de la chambre des erreurs

1.1 Contexte

Lors d'un séjour en psychiatrie, les patient-e-s sont exposé-e-s à différents risques tels que de mauvaises manipulations, des processus inadaptés, des documents non exhaustifs ou des erreurs dans le processus de médication. De tels risques et dangers (nommés ci-après *risques*) peuvent provoquer des événements indésirables et des préjudices pour les patient-e-s [1–3]. Ce sont donc des champs d'action importants pour améliorer la sécurité des patient-e-s. Les collaborateurs-trices de la psychiatrie connaissent théoriquement ces risques, mais au quotidien, ils passent souvent inaperçus et aucune mesure n'est prise pour y remédier. Le personnel psychiatrique est conscient, par exemple, des risques encourus lorsqu'il s'agit de l'armoire à médicaments d'une salle de soins n'est pas verrouillée. Il arrive pourtant, dans l'effervescence du quotidien, que ces personnes accomplissent leur travail sans réaliser immédiatement qu'une telle confusion est possible. Cela s'explique par une conscience situationnelle insuffisante. Une conscience situationnelle adéquate 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 situationnelle va remarquer, avant de remettre un médicament, que deux emballages similaires ont de grandes chances d'être confondus, et donc reconnaître le risque que cela représente pour les patient-e-s si quelqu'un venait à prendre le mauvais médicament. Une personne qui le remarque est sensibilisée aux risques possibles en psychiatrie. La prévention au quotidien requiert par conséquent des connaissances sur les risques pour la sécurité des patient-e-s, mais aussi une conscience situationnelle élevée. Cela implique notamment de connaître le rôle et la contribution des différents membres de l'équipe de prise en charge et de la psychiatrie, qui sont appelés à se soutenir mutuellement.

Il est important que les collaborateurs-trices de la psychiatrie développent leur conscience situationnelle pour être en mesure de reconnaître à temps et de prévenir les risques pour les client-e-s. 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 situationnelle [5]. Il s'agit d'une simulation *basse fidélité* (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 patient-e-s. Les collaborateurs-trices 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 étudiant-e-s en médecine et en soins infirmiers ainsi que pour les médecins-assistant-e-s 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 déjà mis au point des guides de mise en œuvre d'une chambre des erreurs dans les hôpitaux, les EMS, ainsi que les cabinets médicaux [9–12]. Plusieurs études scientifiques présentent des conclusions positives sur cet outil. Farnan et al. ont testé la chambre des erreurs auprès d'étudiant-e-s en médecine et de médecins-assistant-e-s débutant leur activité [5]. Entre 6 % et 84 % des étudiant-e-s en médecine ont repéré correctement les erreurs mises en scène. Les médecins-assistant-e-s ont identifié en moyenne 5,1 des 9 erreurs placées. Le taux d'identification variait beaucoup en fonction des dangers : si 70 % des médecins-assistant-e-s

ont détecté le risque de chute du patient souffrant de délire et l'ont installé sur un lit en position haute, seul·e·s 20 % ont noté la sonde vésicale inutile, posée sans indication. Les étudiant·e·s comme les médecins-assistant·e·s 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-assistant·e·s 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]. Seul·e·s 40 % des participant·e·s ont remarqué une erreur de médication (administration d'un médicament non prescrit). Il est intéressant de constater que les médecins-assistant·e·s ayant affirmé pouvoir identifier facilement les risques pour les patient·e·s n'ont pas obtenu un meilleur résultat dans la chambre des erreurs que ceux·celles qui n'étaient pas sûr·e·s d'eux·d'elles. Les retours des participant·e·s étaient positifs. Un mois après l'exercice, 69 % des médecins-assistant·e·s ont déclaré qu'ils·elles étaient plus vigilant·e·s et plus attentif·ves 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 étudiant·e·s en médecine et celles·ceux en soins infirmiers [12]. Les données recueillies font état d'écart 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 participant·e·s 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 grâce à une chambre des erreurs comme méthode d'enseignement destinée à améliorer la conscience situationnelle chez les étudiant·e·s en médecine [7].

En Suisse, la mise en œuvre de la chambre des erreurs a fait l'objet d'une évaluation en 2019 dans 13 hôpitaux [10, 14] et en 2022 dans 7 pharmacies [9]. Les résultats ont montré qu'il s'agit d'une méthode bien acceptée pour développer la capacité des collaborateurs·trices à évaluer la situation et prendre conscience des risques. Les participant·e·s ont jugé la chambre des erreurs comme à recommander (hôpital : 98 % [10,14] ; pharmacies d'officine : 100 % [9]¹), pertinente (hôpital : 96 % [10,14] ; pharmacies d'officine : 100 % [9]¹) et instructive (hôpital : 95 % [10,14] ; pharmacies d'officine : 99 % [9]¹). 95 % (hôpital) [10,14] et 100 %¹ (pharmacies d'officine) [9] ont indiqué avoir profité de l'échange en groupe. En moyenne, 4,7 sur 10 erreurs placées ont été trouvées.

L'entraînement basé sur la simulation s'est avéré être un instrument précieux pour favoriser la compréhension globale également dans le domaine des soins psychiatriques [15]. À cet égard, l'accent est à ce jour principalement mis sur l'entraînement des interactions lors de situations émotionnellement éprouvantes et donc sur le renforcement des compétences relationnelles afin de permettre de répondre aux besoins complexes des personnes atteintes de maladies psychiques [15]. Une chambre des erreurs se concentre en revanche davantage sur des thèmes du quotidien, tels des actes qui ne sont pas réalisés correctement, des risques liés aux processus, aux structures ou à la documentation. Dédié à l'apprentissage par la simulation dans la chambre des erreurs, le manuel *Simulatives Lernen im Room of Horrors* de Karner et Warnecke [16] présente quatre études de cas tirées du contexte de la psychiatrie aiguë. Le recours à la Chambre des erreurs en psychiatrie n'est que peu documenté par ailleurs. Par conséquent, une nouvelle réflexion sur la Chambre des erreurs en psychiatrie constitue un pas important vers l'amélioration de la sécuri-

1 Les options de réponse *Oui* et *Plutôt oui* ont été regroupées.

té des patient-e-s [17,18], la promotion de bonnes pratiques [18], le renforcement du travail interdisciplinaire [19] et la démonstration de l'efficacité de cette méthode d'entraînement [18] dans le setting approprié.

En bref, la chambre des erreurs offre une méthode innovante et facile à intégrer dans le quotidien psy-

chiatric pour améliorer la conscience situationnelle. Appréciée des participant-e-s comme un exercice dynamique et interactif, elle peut être adaptée à différents contextes. Cette approche ludique est un bon moyen de sensibiliser les professionnel-le-s aux risques quotidiens pour la sécurité des patient-e-s.

1.2 La chambre des erreurs pour différents secteurs de soins

La Fondation Sécurité des patients Suisse a adapté le concept de la chambre des erreurs au contexte de la santé suisse, permettant ainsi son application dans différents domaines de soins.

Pour cela, la Fondation a développé plusieurs guides permettant aux institutions de toutes tailles et de tous types de mettre en œuvre la formation par simulation avec peu de moyens techniques de manière autonome. Des guides sont déjà disponibles pour les domaines des hôpitaux, des maisons de retraite et EMS, des cabinets de médecins de famille et de pédiatrie ainsi que des pharmacies d'officine (téléchargement gratuit sur www.patientensicherheit.ch). Les guides contiennent des instructions détaillées pour la préparation, la réalisation et le débriefing d'une chambre des erreurs, ainsi que différents scénarios avec des cas de patient-e-s et du matériel pour la mise en scène. Les organisations peuvent adapter la formation à leurs propres besoins et, par exemple, intégrer leurs propres déclarations CIRS lors de la préparation, tout en mettant en scène des erreurs fréquemment rencontrées.

Grâce au présent guide, des documents concrets existent désormais également pour le domaine de la psychiatrie. La structure de ce guide se rapproche des guides déjà publiés. Il présente toutefois plusieurs nouveautés spécialement développées pour le contexte psychiatrique :

- » En psychiatrie, nombre de risques et d'erreurs résultent d'interactions humaines. Pour permettre une mise en œuvre réaliste de telles interactions dans la chambre des erreurs, des enregistrements audio ont pour la première fois été réalisés et intégrés dans le guide. Ils simulent par exemple des interactions entre patient-e-s lors desquelles des erreurs et des risques pour la sécurité des patient-e-s peuvent être identifiés.
- » En psychiatrie, les salles communes sont des lieux importants ; les patient-e-s y passent du temps et y échangent. Ces pièces recèlent nombreuses sources d'erreurs et de risques pour la sécurité des patient-e-s. Pour la mise en œuvre de telles salles communes, Sécurité des patients Suisse a – pour la première fois – intégré dans ce guide des *descriptions de situation*. Celles-ci simulent de manière réaliste des situations quotidiennes des salles communes et sont fournies avec une liste de potentiels risques et erreurs pouvant être mis en œuvre.

1.3 Objectifs de la chambre des erreurs

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

1.4 Les principes d'une chambre des erreurs

Dans la suite du texte, nous décrivons les bases de l'aménagement et de la mise en œuvre d'une chambre des erreurs en psychiatrie.

Dissimuler les erreurs et les risques en psychiatrie

La simulation peut être réalisée dans toutes les psychiatries puisqu'elle ne nécessite quasiment pas d'équipement spécial. A l'aide des informations et du matériel présentés dans ce guide, une ou plusieurs pièces de la psychiatrie (p.ex. chambre de patient-e-s, salle commune, salle de soins / de médicaments) sont préparées. Les erreurs et risques dissimulés peuvent être identifiés en observant attentivement l'environnement et à l'aide des informations relatives à des patient-e-s fictifs-ves.

Rechercher les erreurs et risques, puis les identifier ensemble

Durant un laps de temps prédéfini, les participant-e-s cherchent, seul-e-s ou en équipes interprofessionnelles, tous les risques et erreurs cachés dans la pièce de la psychiatrie préparée à cet effet. Ils-elles décrivent en quelques mots les résultats de leur observation sur une fiche de saisie des erreurs destinée aux participant-e-s (chapitre 4.3 à la page 102).

Un débriefing est organisé à la fin pour dévoiler les erreurs dissimulées et en discuter.

A la fois événement d'équipe et formation continue

La formation sous forme d'une chambre des erreurs se distingue par son caractère ludique. La chambre des erreurs est perçue comme moins moralisatrice, théorique ou monotone que les formations classiques. C'est donc une approche innovante et attrayante.

La formation grâce à la chambre des erreurs peut être organisée de manière interprofessionnelle et réunir des personnes de tous niveaux hiérarchiques et d'expérience. L'ensemble du personnel peut y participer. Si la recherche d'erreurs est menée en groupe, elle favorise aussi les échanges au sein de l'équipe et la discussion sur des thèmes liés à la sécurité des patient-e-s. La réalisation de la chambre des erreurs est donc également adaptée à un événement d'équipe.

2

Instructions destinées à la mise en place d'une chambre des erreurs

2 Instructions destinées à la mise en place d'une chambre des erreurs

2.1 Préparation

a. Définir le nom de la simulation

Sur le plan international, l'entraînement par simulation est connu sous le nom de *Room of Horrors*. Nom qui a acquis une grande popularité dans le contexte de la santé suisse (alémanique) et internationale. Sa dénomination attire l'attention, éveille l'intérêt pour l'entraînement par simulation et met en avant son caractère ludique. Par endroit, des établissements et des cabinets relèvent que la dénomination *Room of Horrors* est susceptible de déclencher une association d'idées négative et potentiellement avoir un effet dissuasif. En présence de telles craintes, la simulation peut être réalisée sous une autre appellation, p. ex. *Chambre d'action*, *Room of Learning* ou *Chambre d'entraînement de la sécurité des patient·e·s*. En Suisse romande, la *Room of Horrors* est largement connue sous l'appellation *Chambre des erreurs*.

b. Définir la personne responsable

La chambre des erreurs peut être mise en place par une ou plusieurs personnes. Si une seule personne est responsable de la mise en place, il est recommandé que ce soit une personne avec une fonction supplémentaire et / ou un·e professionnel·le de santé expérimenté·e (par exemple, expert·e en soins infirmiers, infirmier·ère clinicien·ne, formateur·trice en soins, chef·fe d'équipe en soins, infirmier·ère diplômé·e avec expérience). Toutes les personnes impliquées sont exclues de la formation en tant que participant·e·s en raison de leurs connaissances préalables sur l'entraînement.

Si vous ne vous chargez pas vous-même de cette tâche, désignez une personne responsable de l'organisation et de la mise en place 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 participant·e·s, puisqu'elle ne pourra pas participer activement à l'identification des erreurs du fait de ses connaissances (cf. page 17, [Personne responsable](#)).

Désignez également une personne chargée d'animer le débriefing. La personne qui anime le débriefing peut être ou non celle qui organise et encadre la formation. Sélectionnez soigneusement cette personne (cf. page 19, [Qui anime le débriefing ?](#)).

c. Sélectionner les erreurs et les risques

Pour aménager une chambre des erreurs en psychiatrie, sélectionnez en premier lieu les erreurs et les risques que vous désirez dissimuler. Il s'agit à la fois d'erreurs réelles (p. ex. un dosage mentionné de manière erronée dans le dossier de patient·e·s) et de risques latents susceptibles d'engendrer une erreur (p. ex. l'armoire à médicaments est ouverte et ainsi accessible aux patient·e·s). Au quotidien, les erreurs et les risques peuvent se produire dans différentes pièces de l'établissement psychiatrique (p. ex. la chambre de patient·e·s ou les salles communes). Il devrait donc en être de même pour la chambre des erreurs.

Les erreurs et les risques sont mis en œuvre sur la base d'exemples de cas et de descriptions d'unités.

Exemples de cas

Ce guide propose quatre exemples de cas – appelés scénarios – qui se déroulent chacun dans une pièce :

Cas Madame Houdon pour une chambre de patient-e-s en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
[Chapitre 3.1.1 à la page 23](#)

Cas Madame Bernard pour une salle de soins ou de médicaments en psychiatrie aiguë de l'adulte
[Chapitre 3.2.1 à la page 41](#)

Cas Monsieur Moreau pour une chambre sécurisée en psychiatrie aiguë de l'adulte
[Chapitre 3.2.2 à la page 56](#)

Cas Monsieur Humbert pour une chambre de patient-e-s en gériopsychiatrie
[Chapitre 3.3.1 à la page 79](#)

Chaque exemple de cas inclut les éléments suivants :

- » Dossier de patient-e-s (informations de base, prescriptions, procédure de soins, etc.)
- » Indications concernant la mise-en-place et le matériel
- » Erreurs dissimulées (liste des erreurs / risques déjà dissimulés dans cet exemple de cas)
- » Matériel (formulaires à imprimer, par ex. résultats de laboratoire)

Des erreurs et des risques supplémentaires existent pour chaque exemple de cas et peuvent être mis en œuvre indépendamment du patient ou de la patiente (p. ex. la sonnette de la chambre de patient-e-s n'est pas branchée). Ces erreurs supplémentaires sont décrites par exemple de cas sur une liste distincte :

Erreurs et risques supplémentaires pour une chambre de patient-e-s en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
[Page 29](#)

Erreurs et risques supplémentaires pour une salle de soins ou de médicaments
[Page 49](#)

Erreurs et risques supplémentaires pour une chambre sécurisée
[Page 64](#)

Erreurs et risques supplémentaires pour une chambre de patient-e-s en gériopsychiatrie
[Page 86](#)

Descriptions d'unité

Dans les salles communes, les erreurs et les risques peuvent être mis en œuvre sur la base des descriptions d'unité. Ce guide propose trois descriptions d'unité :

Description d'unité pour une salle commune en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
[Chapitre 3.1.2 à la page 31](#)

Description d'unité pour une salle à manger en psychiatrie aiguë de l'adulte
[Chapitre 3.2.3 à la page 68](#)

Description d'unité pour une salle à manger en gériopsychiatrie
[Chapitre 3.3.2 à la page 90](#)

Chaque description d'unité inclut les contenus suivants :

- » Description d'unité : description de l'unité et de la situation actuelle
- » Indications relatives à la mise-en-place et au matériel
- » Erreurs dissimulées (listes des erreurs / risques déjà dissimulés dans cette description d'unité)
- » Matériel (modèles à imprimer comme la carte de patient-e-s)

Sélectionner les erreurs et les risques

Sélectionnez un ou plusieurs exemples de cas et / ou descriptions d'unité que vous désirez utiliser pour votre chambre des erreurs. Certaines erreurs et risques peuvent se produire dans plusieurs pièces. Lors de la mise en œuvre en parallèle de plusieurs pièces, veillez à ne pas dissimuler plusieurs fois les mêmes erreurs et risques.

Au total, 10 à 15 erreurs devraient être dissimulées par pièce.

- » **Exemples de cas :** chaque exemple de cas comporte 7 à 12 erreurs et risques. Pour chaque pièce dans laquelle un exemple de cas est préparé, vous pouvez encore choisir deux ou trois erreurs et risques supplémentaires. Ils devraient être dissimulés dans les mêmes pièces que les exemples de cas. Systématiquement attribués à une pièce, ils peuvent toutefois pour partie aussi se dérouler dans un endroit différent (p. ex. un désinfectant vide ou périmé peut se trouver dans n'importe quelle pièce). Les erreurs et les risques supplémentaires enrichissent la pièce et rendent la recherche plus difficile et plus complexe. Plus vous mettez d'exemples de cas en œuvre simultanément, moins d'erreurs supplémentaires s'avèrent nécessaires par pièce.
- » **Description d'unité :** chaque description d'unité comporte entre 14 et 16 erreurs et risques pouvant être utilisés pour la mise en œuvre des pièces. Selon le degré de difficulté souhaité de l'entraînement dans la chambre des erreurs, vous pouvez reprendre la totalité des erreurs et des risques ou opérer une sélection plus réduite.

À l'aide de la classification de l'OMS indiquée, veillez à utiliser des erreurs et des risques de catégories différentes (p. ex. erreurs de médication, risques en lien avec des mesures de contrainte, comportement des patient-e-s). Veillez aussi à bien équilibrer les erreurs simples et les erreurs complexes, respectivement adaptez le niveau à l'expérience/ la conscience de la situation de vos participant-e-s. En complément vous pouvez également mettre en œuvre vos propres idées d'erreurs et de risques tirées de votre quotidien professionnel (notamment des déclarations CIRIS) auxquelles vous souhaitez sensibiliser votre équipe.

Il est possible que certains exemples de cas, descriptions d'unité ou erreurs individuelles ne soient pas – ou difficilement seulement – transposables dans chaque établissement psychiatrique, car les conditions diffèrent (p. ex. les services de psychiatrie ne disposent pas tous de chambres sécurisées ou d'isolement). Dans ce cas, laissez de côté cet exemple de cas / cette description d'unité ou adaptez-le à la situation de votre établissement psychiatrique.

Créer une feuille de solutions

Une fois que vous avez choisi les erreurs et risques à dissimuler dans votre chambre des erreurs, consignez les tous sur une feuille de solutions ([chapitre 4.1 à la page 100](#)). Cette liste vous aidera lors du débriefing, lorsque vous discuterez des erreurs dissimulées avec les participant-e-s. Vous pouvez l'imprimer et la distribuer à la fin du débriefing, si vous le souhaitez. Elle fait aussi office de check-list qui vous servira à réaménager les espaces entre chaque passage (le cas échéant), et à ôter toutes les erreurs dissimulées à l'issue de la formation, de manière à ne rien oublier.

d. Elaborer le matériel et préparer les pièces

Les erreurs et risques sont mis en scène de la manière la plus réaliste possible, à l'aide des informations contenues dans le présent guide. Du matériel est requis à cet effet (p. ex. distributeur de médicaments avec étiquette de patient-e, enregistrements audio des interactions entre patient-e-s). Ce guide vous fournit des supports tels que des dossiers de patient-e-s. Pour faciliter la mise en scène et gagner du temps, imprimez les supports préparés en couleur, sur un seul côté (indiqué par le symbole de l'imprimante ), puis découpez-les. Chaque cas et chaque liste d'erreurs supplémentaires contient toutes les informations sur le matériel supplémentaire nécessaire (tels qu'un tensiomètre) et sur la manière dont vous devez préparer concrètement l'espace.

Le formulaire (annexe 14) relatif au placement à des fins d'assistance (PAFA) a vocation d'exemple. De tels formulaires varient sur le fond et la forme selon les cantons – notamment en raison des législations cantonales. Par conséquent, nous recommandons de recourir pour l'entraînement au formulaire usuel dans chaque organisation ou région. L'authenticité de l'entraînement s'en trouve renforcée.

Les enregistrements audio peuvent être téléchargés sur notre site web et sont identifiés par le symbole . À cet effet, vous devez disposer d'un lecteur (smartphone, tablette, ordinateur portable) placé bien en évidence dans la pièce que les participant-e-s peuvent gérer de manière autonome et qui permet de répéter la lecture si nécessaire. Testez le volume sonore du lecteur avant l'utilisation et adaptez-le si besoin. L'écriteau correspondant (que l'on trouve en annexe des cas respectifs) est placé à côté du lecteur pour indiquer aux participant-e-s dans la pièce qu'à cet endroit ils-elles peuvent activer la lecture de l'enregistrement audio. Veillez à ce que la lecture de l'enregistrement audio soit possible en tout temps (p. ex. absence de verrouillage / d'état de veille sur l'ordinateur portable, alimentation électrique assurée). Les informations et instructions détaillées relatives aux différents enregistrements audio se trouvent sur les listes d'erreurs et de risques respectives.

Deux captures d'écran sont en outre disponibles au téléchargement. Durant la préparation, vous pouvez soit les afficher numériquement sur l'écran d'un ordinateur (portable) ou les imprimer pour les coller sur l'écran d'un appareil (identifié par le symbole ). Si vous optez pour une représentation numérique sur l'écran, assurez-vous que le visuel ne soit pas interrompu (p.ex verrouillage, état de veille, absence d'alimentation électrique).

Toutes les informations concernant le matériel nécessaire ainsi que l'organisation concrète des salles se trouvent dans les exemples de cas / descriptions d'unité.

Les possibilités et les équipements varient en psychiatrie. Notre recommandation : agencez votre chambre des erreurs en fonction de votre environnement psychiatrique, la créativité est ici de mise ! Voici quelques exemples d'adaptations :

- » Pour une mise en œuvre encore plus réaliste, vous pouvez saisir les indications relatives aux exemples de cas et / ou aux descriptions d'unité dans votre système (électronique) de documentation interne (p. ex. KISIM, Phoenix, Cardex).
- » Dans le cadre des exemples de cas, des descriptions d'unité et du matériel, les médicaments sont désignés par les noms commerciaux courants dans la pratique. Dans votre chambre des erreurs, vous pouvez volontiers les adapter au moyen des préparations courantes dans votre établissement.

Lors de la mise en scène, évitez d'ajouter une erreur par inadvertance (p. ex. mettre un médicament dans un distributeur avec une étiquette incorrecte). Une situation de ce type est vite arrivée !

Notre recommandation :

Préparez le plus d'éléments possible environ deux semaines avant la formation. Par exemple, préparez pour chaque pièce une petite boîte contenant tout le matériel nécessaire et une liste de choses à faire. Vous passerez moins de temps à placer le matériel et à terminer vos préparatifs avant le début de la formation (qui peut commencer après la fermeture).



e. Choisir la procédure adaptée

Le cadre de la simulation

Créez le cadre adapté à la réalisation de la chambre des erreurs dans votre psychiatrie. Peut-être souhaitez-vous mettre à profit l'exercice pour organiser une formation continue interne suivie d'un moment convivial ? Ou bien vous terminez une réunion d'équipe par une petite formation dans un seul espace. Les indications horaires suivantes peuvent vous être utiles pour la planification. Si vous travaillez dans une grande psychiatrie où les effectifs sont nombreux et que vous planifiez plusieurs passages pour l'identification des erreurs, l'événement se prolongera bien sûr d'autant.

- » Instructions : env. 5 à 10 minutes ;
- » Recherche d'erreurs par espace : env. 10 à 15 minutes. Si vous aménagez divers espaces, plusieurs groupes pourront chercher des erreurs en parallèle dans les différents lieux ;
- » Débriefing : version standard courte, 15 à 20 min par pièce. Si vous souhaitez approfondir un thème particulier, ou aménager plusieurs pièces, prévoyez plus de temps (cf. guide de débriefing).

Important : la chambre des erreurs doit être aménagée dans des espaces qui ne sont pas utilisés par des patient-e-s à ce moment-là et qui ne sont pas accessibles aux patient-e-s. Il est essentiel de garantir que les patient-e-s ne soient pas exposé-e-s aux erreurs et risques dissimulés, et que le personnel puisse se concentrer pleinement sur la formation. Une fois la formation terminée, il est important de s'assurer que toutes les erreurs et risques soient supprimés.

Exercice individuel ou travail en équipe

La chambre des erreurs peut être utilisée de différentes façons. Il vaut la peine de réfléchir à l'organisation la mieux adaptée à votre psychiatrie. Elle peut être utilisée individuellement ou en équipes formées de plusieurs groupes professionnels (p. ex. psychiatres avec professionnel-le-s de la santé et apprenant-e-s) ou d'un seul groupe professionnel (p. ex. uniquement des professionnel-le-s de la santé). Le choix des différentes variantes dépend de la taille de l'équipe et de l'objectif de la formation. Une réalisation en groupe permet aux participant-e-s d'échanger et d'apprendre les un-e-s des autres. Elle favorise la compréhension mutuelle des tâches et des rôles des autres membres de l'équipe. Certaines erreurs dissimulées appartiennent davantage au cahier des charges des infirmier-ère-s, ou sont plus complexes. Répartir les différentes professions au sein des groupes peut donc être judicieux. Nous recommandons la formation de groupes de 3 à 6 personnes par pièce. Si votre espace est très étroite (taille des pièces, proximité des espaces), évitez les grands groupes, sinon les participant-e-s n'auront pas suffisamment de place, ils ne pourront pas avoir une bonne vue d'ensemble des cas, ou les locaux seront trop bruyants.

Passage simultané ou par étapes

Si vous aménagez deux espaces – ou les trois – vous pourrez former deux ou trois groupes en même temps; chacun commencera sa recherche d'erreur dans une pièce différente. Vous organiserez ensuite des rotations, et débrieferez tout le monde en même temps. Ainsi, 18 personnes au maximum peuvent être formées en même temps. Si vous souhaitez inviter davantage de personnes, espacez votre formation sur plusieurs jours. Cela dit, il est aussi possible d'inviter un seul groupe par formation. Dans ce cas, vous aurez l'occasion d'offrir un accompagnement approfondi et de laisser s'exprimer tout le monde durant le débriefing.

Recherche approfondie ou recherche avec contraintes temporelles

Déterminez un laps de temps à accorder à la recherche d'erreur par pièce / cas. Si vous souhaitez accélérer le rythme de votre formation, limitez la recherche à 10 à 12 minutes par pièce. Chronométrez le tout et annoncez le début et la fin de chaque recherche. Les participant-e-s devront s'arrêter une fois le temps imparti écoulé, mais ils-elles pourront continuer à prendre des notes. Si vous souhaitez donner plus de temps à l'équipe pour qu'elle approfondisse sa recherche et en discute, optez pour une plage temporelle de 15 minutes, par exemple.

2.2 Réalisation

a. 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 participant-e-s y trouvent la même situation de départ correcte ;
- » Elle fournit des consignes aux participant-e-s ;
- » 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.

Si plusieurs groupes recherchent les erreurs dans diverses pièces en même temps, la personne responsable n'est pas à la disposition de tous. Elle passe de groupe en groupe, ou fait appel à une deuxième personne. D'après notre expérience, lorsque les groupes ont reçu des instructions claires et exhaustives, ils posent peu de questions.

b. Instructions pour les participant-e-s

Les instructions visent à expliquer les tâches et les règles du jeu, ainsi que la manière dont les erreurs doivent être documentées. Une fois que vous aurez communiqué vos instructions, faites un petit tour dans les espaces et montrez aux participant-e-s où se déroule le cas, et donc l'action principale. Les participant-e-s s'orienteront ensuite plus rapidement. Expliquez également ce qui se passera une fois la recherche d'erreurs terminée (p. ex. débriefing). Une check-list destinée aux instructions vous est fournie en annexe (instructions pour les participant-e-s : [chapitre 4.2 à la page 101](#)).

Pour encourager la discussion sur les erreurs et les risques, racontez aux participant-e-s comment une erreur vous avait échappé. Vous favoriserez ainsi une culture de sécurité et de communication ouverte.

c. Gestion de plusieurs passages

Il se peut que les participant-e-s modifient la chambre – volontairement ou non – lors de leur passage, par exemple en rectifiant une erreur. Il est donc important que la personne qui a placé les erreurs contrôle les es-

paces et remette en place les risques si plusieurs passages avec différents groupes sont prévus. Votre feuille de solutions vous aidera à maintenir la chambre des erreurs bien en place (feuille de solution : chapitre 4.1 à la page 100).

Une bonne gestion s'avère difficile lorsque la personne responsable se charge seule du bon déroulement de la formation. Demandez à tou-te-s dès le départ de laisser les espaces comme ils-elles les ont trouvés.

d. Désinstallation des erreurs et des risques

Une fois que vous avez terminé la formation, il est absolument essentiel de retirer à nouveau l'ensemble des risques et erreurs pour ne pas mettre en danger involontairement vos patient-e-s. A l'aide de votre liste de solutions, vérifiez à la fin que vous n'avez rien oublié (feuille de solution : chapitre 4.1 à la page 100).

2.3 Debriefing

Les personnes ayant participé à l'exercice doivent impérativement être informées des erreurs et risques qui étaient dissimulés dans la pièce. La Fondation Sécurité des patients Suisse recommande de procéder au moins à un rapide débriefing directement après la visite de la chambre des erreurs. Les débriefings guidés sont efficaces, car ils permettent aux participant-e-s de réfléchir à l'expérience, renforçant ainsi le potentiel d'apprentissage de la formation [20, 21]. Les objectifs du débriefing de la chambre des erreurs sont de résoudre les erreurs et risques mis en place mais aussi de renforcer la prise de conscience des risques potentiels susceptibles de mettre en danger la sécurité des patient-e-s en psychiatrie. Contrairement à un feedback dans lequel les participant-e-s 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 [20]. On s'assure ainsi que la discussion est menée de manière ciblée et efficace. Une proposition concrète pour le déroulement du débriefing se trouve dans le guide de débriefing (guide de débriefing : chapitre 4.4 à la page 103).

a. De quels éléments discute-t-on lors du débriefing ?

Un débriefing standard court (voir la première partie du guide de débriefing) sert à identifier les erreurs et les risques dissimulés. Vous ne pouvez toutefois pas en discuter en profondeur. La deuxième partie du guide de débriefing contient donc des propositions de réalisation plus poussée du débriefing.

Le débriefing a pour objectif premier de transmettre des connaissances aux collaborateur-trice-s et de les sensibiliser. Les erreurs et risques dissimulés sont divulgués lors du débriefing et sont éventuellement complétés par des informations spécifiques sur le sujet. La personne qui l'anime doit donc se familiariser avec les erreurs et les risques de manière factuelle et professionnelle au préalable. Pour renforcer l'effet d'apprentissage, il convient notamment d'évoquer 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.

Il est possible que les participant-e-s identifient des erreurs et risques supplémentaires qui n'ont pas été placés intentionnellement. C'est bon signe ! Cela montre un haut niveau d'attention, sans pour autant constituer une critique envers l'organisation de la simulation ou de la psychiatrie. Accordez aussi de l'espace à ces signalements.

Veillez à expliquer toutes les erreurs. Les apprenant-e-s de première année doivent également comprendre, au moins dans les grandes lignes, ce qui était erroné, pourquoi cette erreur met en danger la sécurité des patient-e-s, et comment il aurait fallu agir correctement.

b. Où le débriefing a-t-il lieu ?

Le débriefing peut se dérouler assis-e-s en cercle. Cette configuration détend l'atmosphère, surtout si la formation a lieu au terme d'une journée de travail. Si vous ne disposez pas d'une pièce séparée, faites le débriefing dans l'espace de vente, par exemple. Si vous avez aménagé plusieurs pièces et si l'espace le permet, faites un débriefing dans chaque espace.

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

Un débriefing standard court (première partie du guide du débriefing) consacré à une pièce en particulier dure entre 15 et 20 minutes. Prévoyez 5 à 10 minutes supplémentaires par pièce. Les valeurs indiquées sont des durées minimales. Vous pourrez identifier les erreurs et les risques, mais pas en discuter en profondeur. Il vaut la peine de prévoir suffisamment de temps pour que les participant-e-s n'aient pas de questions en suspens au terme du débriefing court. Si vous souhaitez mener une discussion approfondie, limitez-vous à une mise en scène dans un ou deux espaces.

Informez les participant-e-s au préalable du cadre temporel, et terminez le débriefing dans les temps. Si vous avez prévu plusieurs débriefings avec différents groupes, réservez suffisamment de temps à l'issue du débriefing pour préparer la pièce pour le groupe suivant. Prévoyez aussi des pauses pour la personne qui anime.

d. 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.

Dans l'idéal, cette personne a de l'expérience dans l'animation de telles discussions. Le débriefing peut toutefois aussi être mené par un-e professionnel-le qui remplit les critères suivants :

- » la personne est appréciée et reconnue par les autres collaborateur·trice·s ;
- » 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 risques identifiés (y compris ceux qui n'étaient pas intentionnels) et en discuter avec les participant-e-s.

Si possible, la personne qui anime la formation reste dans la salle alors que les participant-e-s cherchent les erreurs, elle les observe et les écoute. Il sera ainsi possible d'aborder lors du débriefing des points importants mis en avant pendant la résolution de l'exercice. Faites preuve de discrétion pour ne pas couper court par inadvertance aux discussions spontanées.

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

Attitude constructive et valorisante

L'approche du jugement positif (*good judgement* en anglais) [22] décrit l'attitude de la personne chargée de l'animation vis-à-vis des participant-e-s. Elle part du principe que ces personnes sont compétentes, donnent le meilleur d'elles-mêmes et qu'elles 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 participant-e-s 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 participant-e-s ont pensé dans certaines situations.

Sécurité psychologique

Les participant-e-s doivent se sentir soutenu-e-s, encouragé-e-s et traité-e-s de manière équitable. Ils-elles doivent pouvoir exprimer librement leur option sans être ridiculisé-e-s, critiqué-e-s ou puni-e-s. 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.

Conduite de l'entretien

Pour le débriefing, les règles du jeu peuvent être les suivantes : tout-e-s les participant-e-s doivent avoir la possibilité de prendre la parole ; une seule 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 participant-e-s.

Si vous prévoyez suffisamment de temps pour le débriefing, vous pourrez vous permettre de réserver des moments de silence susceptibles d'encourager les participant-e-s à contribuer à la discussion. Si les participant-e-s se mettent à discuter entre eux-elles, essayez de ne pas les réprimer, mais de leur donner l'espace suffisant pour s'exprimer.

L'expérience a montré qu'il est judicieux d'inviter l'ensemble des participant-e-s à énumérer, chacun-e leur tour, une erreur qui n'avait pas encore été identifiée. Ne commencez pas par la même personne dans chaque pièce. Ainsi, tout le monde pourra s'exprimer.

Outils

L'emploi d'outils peut faciliter la transmission de connaissances, mais aussi prolonger le débriefing. Résumez le débriefing sur un flipchart, si vous le souhaitez. Si vous distribuez une feuille de solutions aux participant-e-s, faites-le plutôt à la fin du débriefing pour qu'ils-elles ne se mettent pas à la lire au lieu de participer aux discussions. Autre idée : amenez le matériel avec vous lorsque vous quittez les pièces aménagées, vous pourrez ainsi montrer brièvement une erreur que seules certaines personnes ont trouvée. Par ailleurs, si vous avez une version imprimée des cas, vous pouvez clarifier les erreurs ajoutées par inadvertance. Peut-être souhaitez-vous apporter, lors du débriefing, des supports visuels, tels qu'une radiographie d'un blister avalé par un-e patient-e ou divers outils de dosage du sirop à base de paracétamol.

Les messages à retenir peuvent être échangés par oral dans les groupes au terme du débriefing. Chaque participant peut aussi noter, sur une carte, un message à retenir personnellement. Ces messages ne seront pas nécessairement évoqués en groupe.

« Et maintenant ? »

Bien que vous ayez prévu suffisamment de temps pour le débriefing, il peut arriver que certaines discussions restent inachevées. Une chambre des erreurs est une belle occasion d'apprentissage au sein de toute l'organisation : vous ou d'autres dirigeant-e-s pourrez traiter certaines thématiques plus tard, en toute tranquillité, chercher des informations détaillées, les transmettre à un-e supérieur-e ou y revenir lors de la prochaine réunion d'équipe. Peut-être que la chambre des erreurs vous incitera à remettre certains processus en question.

2.4 Court résumé des instructions

Ci-dessous une vue d'ensemble des étapes principales de la mise en place :

Organisation de la formation

- » Une ou deux personnes organisent la chambre des erreurs et dirigent son déroulement.
- » Planifiez-la de manière à ce qu'elle se déroule en dehors des heures d'ouverture, par exemple dans le cadre d'une réunion d'équipe.
- » Prévoyez environ 5 à 10 minutes pour les instructions, 10 à 15 minutes pour la recherche d'erreurs par pièce, et au moins 15 à 20 minutes pour un débriefing standard court.
- » Les participant-e-s se rendent dans les pièces individuellement ou en groupes de 3 à 6 personnes.
- » Si vous aménagez 2 ou 3 pièces, 2 ou 3 groupes peuvent se rendre dans les pièces en parallèle, et puis alterner.
- » Invitez l'équipe de la psychiatrie. Ne leur donnez pas trop d'informations.

Préparation de la formation

- » Décidez du (des) cas que vous souhaitez mettre en scène parmi les trois proposés (un par pièce) et choisissez des erreurs et risques supplémentaires, le cas échéant.
- » Procurez-vous le matériel nécessaire (p. ex. des médicaments) à la mise en scène des risques / erreurs. Le guide contient des supports à imprimer.
- » Préparez le débriefing. La feuille de solutions sert d'aide-mémoire ; vous pouvez y inscrire toutes les erreurs et les risques dissimulés.
- » Imprimez une fiche de saisie des erreurs pour chaque participant-e-s. Ils-elles en auront besoin pour la recherche d'erreurs

Déroulement de la formation

- » Aménagez la chambre des erreurs dans votre psychiatrie à l'aide du matériel préparé à cet effet.
- » Mettez des stylos et des fiches de saisie des erreurs, et éventuellement des supports pour écrire, à disposition de chacun-e.
- » Donnez vos instructions à tout le monde au début de la formation en vous aidant de la check-list.
- » Donnez le signal de départ. Les participant-e-s commencent à chercher les erreurs et les risques. Ils-elles consignent les erreurs trouvées dans chaque pièce pendant leur recherche sur la fiche de saisie des erreurs. Une fois le laps de temps imparti écoulé, signalez-leur qu'ils-elles doivent terminer leur recherche.
- » Identifiez toutes les erreurs et les risques lors d'un débriefing. Pour ce faire, utilisez le guide de débriefing et votre feuille de solutions.
- » Au terme de la formation, rangez systématiquement toutes les erreurs et les risques en vous aidant de votre feuille de solutions, pour assurer la sécurité de votre clientèle.

3

Exemples de cas et descriptions d'unités



3 Exemples de cas et descriptions d'unités

3.1 Scénario secteur de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

3.1.1 Chambre de patient-e-s : Cas Madame Houdon

Informations de base

Nom : Houdon **Prénom :** Raffaela **Date de naissance :** 15.04.2009

Attitude de réanimation :

Statut des sorties / statut de séjour : annonce toutes les heures ; pas de sorties

Évaluation de la suicidalité : risque faible **Danger pour autrui :** risque faible

Statut juridique : séjour volontaire **CAVE :** intolérance au lactose ; EPS si prise d'aripiprazol

Diagnostic

F20.0 Schizophrénie paranoïaque

F29 Psychose non organique sans précision

F32.1 Épisode dépressif moyen

Situation actuelle

Expérience psychotique croissante après un changement de médication, incluant délire d'empoisonnement, hallucinations auditives et visuelles ainsi que désorientation.

Rapport psychopathologique

Apparence : Raffaela est soignée, présente une posture légèrement voûtée et évite le contact visuel direct. La mimique est réduite et elle paraît souvent tendue.

Conscience et orientation : Raffaela est éveillée, mais présente une désorientation temporelle et spatiale. Elle peine à se concentrer sur la discussion et paraît distraite par ses hallucinations.

Pensées : les pensées de Raffaela sont marquées par ses hallucinations. Elle croit que l'on veut l'empoisonner. Le raisonnement est imprégné d'idées paranoïaques et de méfiance. Des troubles formels de la pensée, tels que blocages de la pensée ou confusion ne sont pas explicitement décrits.

Affectivité : Raffaela présente une humeur générale dépressive et paraît anxieuse. Elle évoque un niveau de stress élevé lors de situations sociales, ce qui affecte encore davantage sa stabilité affective.

Conscience de la maladie et motivation : Raffaela se montre parfois raisonnable lors de problèmes aigus, en particulier s'agissant d'hallucinations auditives et de problèmes de concentration. Elle reconnaît la nécessité de la médication, mais a des réserves concernant son ajustement actuel.



Suicidalité : Raffaella est crédible quant à sa capacité à tenir ses engagements relatifs à sa suicidalité aiguë. Elle ne peut toutefois garantir qu'elle ne s'enfuirait pas, en particulier lors de situations d'anxiété.

Situation sociale : Raffaella vit avec ses parents et un jeune frère. Elle a interrompu son apprentissage de menuisière, car le stress accroissait ses perceptions auditives.

Marche à suivre

- » Vérification et adaptation de la médication actuelle
- » Prise en charge psychiatrique étroite
- » Soutien psychothérapeutique, gestion du stress et amélioration de l'interaction sociale

Médicaments

Médicaments :	Matin	Midi	Soir	Nuit
Quetiapin Mepha retard cp.200 mg p.o.	0	0	0	1
Quetiapin Mepha retard cp.50 mg p.o.	0	0	0	1
Risperdal cp. 2 mg p.o.	1	0	1	0
Risperdal cp. 1 mg p.o.	1	0	0	0

Médicaments en réserve

Agitation / tension	Psychopax 12.5 mg / ml p.o. 10 gtt max. 2 x / 24 h
En cas d'EPS	Akineton cp. 2 mg p.o. max. 1 x / 24h
Aide à l'endormissement	Ritalin cp. 10 mg p.o. max. 1 x / 24h

Prescription pour les soins

Tension artérielle (mmHg) / Pouls	2 x / jour
Saturation en oxygène (SpO ₂)	1 x / jour
Température (°C)	1 x / jour
Poids (Kg)	1 x / semaine
Alimentation	Libre, intolérance au lactose
Mobilisation	Pas de sorties
Isolement	—



Graphique

Paramètre	Jour 1		Jour 2	
	Entrée	Soir	Matin	Soir
Taille (cm)	172			
Poids (kg)	75			
IMC (kg / m ²)	25.4			
Température (°C)	36.6		36.3	
Tension artérielle (mmHg)	125 / 77	122 / 73	128 / 70	
Pouls	73	68	75	
Saturation oxygène (SpO ₂)	98 %		97 %	

Diagnostics infirmiers

	Diagnostic	Facteurs de risque / facteurs favorisants	Objectif	Mesures
1	Absence de compréhension de la maladie	La patiente ne reconnaît pas encore ses symptômes comme faisant partie d'une maladie	La patiente présente une compréhension améliorée de sa pathologie et de ses symptômes	Périodes en chambre pour la protéger contre les stimuli Tenue d'un journal des symptômes Réflexion quotidienne et éducation à la gestion des symptômes Éducation aux techniques de gestion du stress
2	Gestion familiale inopérante en lien avec une compréhension insuffisante de la maladie	Les parents ne peuvent pas accepter le diagnostic	La patiente et ses parents connaissent le tableau clinique	Inclusion des proches dans le traitement Psychoéducation de la patiente et des parents Participation à une thérapie de groupe
3	Gestion de la thérapie inopérante	Absence de conscience de la maladie	La patiente prend régulièrement ses médicaments	Surveillance de la prise de médicaments Établissement de la relation et de la confiance Transfert de connaissances sur les médicaments et la gestion des effets secondaires



Déroulement des soins

Date	Heure	Sujet	Déroulement des soins
Jour 1	13h30	Entrée	Entrée accompagnée par son père sur base volontaire. Elle semble cognitivement et mentalement flexible, se montre désorientée par rapport au temps, orientée par ailleurs. Lors de la thérapie ambulatoire, les médicaments ont été modifiés en raison d'une prise de poids et de valeurs rénales anormales : remplacement de l'olanzapine par la quétiapine. Les hallucinations auditives se sont multipliées. Raffaella se montre désorientée dans la routine quotidienne et fait état de la peur que sa nourriture puisse avoir été empoisonnée.
Jour 1	15h30	Entretien thérapeutique	Raffaella rapporte vouloir reprendre son apprentissage de menuisière. On a évoqué avec elle la recherche de dialogue avec le maître d'apprentissage pour montrer à ce dernier qu'elle réussira très certainement l'apprentissage.
Jour 2	02h00	Médication en réserve	Raffaella semble très agitée Elle rapporte des problèmes gastriques et croit que son repas du soir a été empoisonné. En accord avec le médecin de nuit, de l'Abilify lui a été prescrit en réserve et administré.
Jour 2	09h00	Déroulement équipe du matin	Raffaella rapporte avoir mal dormi et avoir été empoisonnée. Elle aurait eu des crampes dans tout le corps et aurait tremblé. Elle irait mieux maintenant.
Jour 2	10h00	Éducation	Parlé de gestion de symptômes avec Raffaella. Elle manifeste de l'intérêt pour se former à des techniques de relaxation, comme des exercices respiratoires. Discuté en outre de l'importance de la prise régulière de médicaments. Raffaella évoque alors craindre qu'il lui arrive quelque chose si elle doit prendre des médicaments.
Jour 2	18h00	Déroulement équipe du soir	Raffaella fait une promenade. Elle revient en compagnie d'un membre personnel infirmier qui l'a trouvée désorientée sur l'aire de la clinique. Raffaella semble tendue. Elle est réorientée et instruite en exercices respiratoires.
Jour 3	08h00	Déroulement équipe du matin	Raffaella évoque avoir eu des douleurs abdominales s'apparentant à des crampes, car quelqu'un a empoisonné sa nourriture. Elle dit avoir dû se rendre aux toilettes, avoir souffert de diarrhée, aller mieux maintenant.
Jour 3	14h00	Déroulement équipe du matin	Raffaella peut rentrer chez elle le weekend pour 24 heures pour une épreuve de tolérance. Les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent pas venir la chercher. Ils autorisent sa rentrée à la maison en transports publics. Ils la ramèneront dimanche.

Indications pour la mise en place et le matériel

Lieu : la chambre des erreurs se déroule dans une unité de la clinique psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent, dans une chambre de patient-e-s

Préparation du matériel (à l'avance) :

- Exemples de cas psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans la chambre de patient-e-s (imprimer le formulaire en annexe, éventuellement autant d'exemplaires que de membres du groupe participant ; les feuilles restent dans la pièce)
- Produit laitier (vide)
- Ordinateur portable
- Télécharger l'illustration d'un jeu vidéo et éventuellement l'imprimer (annexe 2)
- Imprimer les instructions et le guide de débriefing (à l'att. de l'animatrice ou de l'animateur)
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Préparation de la pièce (juste avant la réalisation) :

- Déposer l'exemple de cas pour la chambre de patient-e-s devant la pièce
- Placer le produit laitier sur la table (de nuit)
- Placer l'ordinateur portable sur la table et afficher numériquement l'image du jeu vidéo ou coller l'image imprimée sur l'écran
-
-
-
-
-
-
-

Erreurs et risques dissimulés

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
1.	Médication : médicament erroné	Prescription de Ritaline pour l'endormissement au lieu de Relaxan p. ex. Risque d'erreur de traitement	Identification de l'erreur sous <i>Médicaments en réserve</i> dans le dossier de patient-e-s.
2.	Médication : prescription, contreindication	Le médecin de nuit prescrit de l'Abilify malgré une allergie à l'Aripiprazol. Les symptômes ne sont pas identifiés, car la patiente souffre de délires d'empoisonnement. Risque de méconnaissance d'une réaction allergique.	Identification de l'erreur sous <i>CAVE</i> et sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s.
3.	Nutrition : mauvaise alimentation	Un produit laitier se trouve dans la chambre de la patiente malgré une intolérance au lactose. Durant la nuit, elle se plaint de maux de ventre, mais les associe à un empoisonnement (délires). Risque de méconnaissance d'une réaction indésirable au lactose.	Identification de l'erreur sous <i>CAVE</i> et sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s. Un produit laitier vide (p. ex. Ovo-Drink) se trouve sur la table (de nuit) dans la chambre de la patiente.
4.	Déroulement du quotidien : procédure non suivie malgré l'indication	Bien que <i>Pas de sortie</i> soit prescrit, la patiente quitte l'unité. Risque : absence de protection contre les stimuli et favorisation de la confusion mentale.	Identification de l'erreur dans les <i>Informations de base</i> ainsi que sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s.
5.	Procédures de soins : intervention réalisée de manière inadéquate	Malgré la prescription de protection contre les stimuli, la patiente joue aux jeux vidéo. Risque : sollicitation excessive / hyperstimulation.	Placer l'ordinateur portable dans la chambre de la patiente. Afficher un jeu vidéo sur l'écran (sous forme imprimée ou numérique) (annexe 2)
6.	Procédures de soins : traitement / psychoéducation inadéquats	On a dit à Raffaella de montrer au maître d'apprentissage qu'elle réussira l'apprentissage. Risque d'exigence trop élevée / objectif trop élevé	Identification de l'erreur sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s.
7.	Procédures de soins : traitement inadéquat	La patiente est amenée à débiter sa première sortie d'essai seule en transports publics. Risque qu'elle soit dépassée, d'autant que le personnel infirmier l'a récemment retrouvée confuse sur l'aire de la clinique et l'a réaccompagnée.	Identification de l'erreur sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s.

Erreurs et risques supplémentaires

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
a.	Documentation : prescriptions incomplètes	L'attitude de réanimation n'est pas prescrite.	Absence de mention de l'attitude de réanimation dans le dossier de patient-e-s
b.	Déroulement du quotidien : réalisation inadéquate de la remise des médicaments.	Des médicaments sont cachés dans la chambre. Risque de traitement médicamenteux inadéquat ainsi que d'abus de médicaments.	Placer de faux médicaments (p.ex, des tic tac) dans un mouchoir sous l'oreiller ou le matelas.
c.	Médication : administration à la fausse patiente	L'huile essentielle dans un godet à médicaments est administrée à la fausse patiente. Risque de potentielle contre-indication.	Un gobelet à médicaments contenant un tampon imbibé d'huile essentielle est placé dans la chambre de la patiente et étiqueté avec un nom erroné (p. ex. Raffaella Müller).
d.	Procédures de soins : intervention réalisée de manière inadéquate	Réalisation d'heures en chambre dans le cadre de la protection contre les stimuli. Néanmoins un très fort bruit de travaux provenant de l'extérieur est audible toute la journée. Risque d'excès de stimuli.	Placer près de la fenêtre un enregistrement audio (annexe 1) de bruit de travaux.
e.	Déroulement du quotidien : réalisé de manière inadéquate	La patiente ne peut pas se manifester par la sonnette en cas de besoin.	La sonnette est hors de portée ou n'est pas branchée.
f.	Comportement de la patiente : autodestructeur / suicidaire	Un couteau de poche dissimulé est un risque pour la patiente et pour autrui.	Placer / cacher un couteau de poche dans la penderie ou le sac de la patiente.
g.	Déroulement du quotidien : contrôle d'accès réalisé de manière inadéquate	Le couteau de poche n'a pas été trouvé lors de l'entrée. L'absence de contrôle suffisant est donc probable. Risque pour la patiente et pour autrui	Voir erreur f.

Matériel

Annexe 1 : Enregistrement audio, bruit de travaux

L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie/>

Pour la mise en œuvre, vous devez disposer d'un lecteur (smartphone, tablette, ordinateur portable) permettant de diffuser l'enregistrement audio en boucle pendant toute la durée de l'entraînement. Veuillez noter que cet enregistrement spécifique ne doit pas être géré par les participant-e-s. Il doit donc être installé plutôt discrètement.

Annexe 2 : Écran, jeu vidéo

L'image pour l'écran d'ordinateur est téléchargeable :

<https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie>

Vous pouvez afficher numériquement l'image sur l'écran de l'ordinateur (portable) ou l'imprimer et la coller sur l'écran d'un appareil.



3.1.2 Salle commune

Description générale de l'unité

Nous nous trouvons actuellement dans une unité fermée de soins psychiatriques aigus pour enfants et adolescents. L'unité compte 10 à maximum 15 lits, avec des chambres à un ou deux lits. Elle dispose en outre d'une chambre sécurisée pour un setting fermé doté d'une possibilité de surveillance.

Nombre de patient-e-s, sexe, âge	Huit patient-e-s stationnaires (six féminines et deux masculins). La tranche d'âge se situe entre 13 et 17 ans.
Diagnostics	Parmi ces huit patient-e-s » deux souffrent d'anorexie, » quatre de troubles de la personnalité du type borderline, » une d'une psychose paranoïaque avec des hallucinations auditives et visuelles et la peur de se faire empoisonner, » une d'abus de substances psychoactives, actuellement en sevrage physique avec soutien médicamenteux. Quatre des huit patient-e-s sont suicidaires.
Composition de l'équipe de jour	L'équipe de jour compte aujourd'hui : » une responsable de groupe, éducatrice sociale HES » un infirmier HES » une cheffe de clinique (rapport et bureau) » une médecin-assistante (rapport et bureau) » une thérapeute (rapport et bureau)

Situation actuelle :

Vous vous trouvez actuellement dans la salle commune de l'unité. Cette pièce offre aux patient-e-s un lieu où passer le temps et dispose à cet effet notamment d'endroits où s'asseoir et d'opportunités de jouer (table de billard, étagères avec des jeux). Il est environ 13 heures 30, et cinq patient-e-s se trouvent dans la pièce avec la responsable de groupe.

Évènements

- » La responsable de groupe est dans la salle commune et se charge de la prise en charge individuelle d'un patient avec abus de substances psychoactives.
- » Quatre patient-e-s jouent à un jeu de société.
- » La veille, le mur de la salle commune a été peinturluré de symboles liés à la drogue. Le service de maintenance est en train de racler le papier peint barbouillé.
- » Deux patientes sont dans leurs chambres.
- » Une patiente suit le programme de la journée.

Indications pour la mise en place et le matériel

Lieu : la chambre des erreurs se déroule dans la salle commune d'une unité de soins psychiatriques aigus pour enfants et adolescents.

Préparation du matériel (à l'avance) :

- Description d'unité de l'unité de soins psychiatriques aigus pour enfants et adolescents, dans la salle commune (imprimer le formulaire en annexe, éventuellement autant d'exemplaires que de membres du groupe participant ; les feuilles restent dans la pièce)
- Enregistrements audio (annexes 3 et 4). Un lecteur (tablette, smartphone) par enregistrement
- Cartes de patient-e-s A, B, C, D, E (annexe 5)
- Planning hebdomadaire (annexe 6)
- Feuille A4 avec les symboles peinturlurés liés à la drogue (annexe 7)
- Trousse à outils / outils (service de maintenance)
- Jeu de société (p. ex. carte de jass, UNO, Hâte-te-toi lentement)
- Faux médicaments ou fausses drogues (p. ex. épices vertes dans un sachet en plastique)
- Chariot de nettoyage ou produits de nettoyage
- Cendrier et cendres
- Télévision et / ou radio
- Coupe avec des noix
- Imprimer les instructions et le guide de débriefing (à l'att. de l'animatrice ou de l'animateur)
-
-
-
-

Préparation de la pièce (juste avant la réalisation) :

- Imprimer la description de l'unité et la déposer bien en vue dans la salle commune
- Afficher au mur la feuille A4 avec les symboles liés à la drogue
- Poser les outils près du mur peinturluré
- Préparer le jeu de société pour quatre patient-e-s à la table. Placer les cartes de patient-e-s B, C, D & E en tant que joueur-euse-s. Placer l'enregistrement audio 3 à côté
- Cacher les faux médicaments ou les fausses drogues (p. ex. dans le pot de fleurs)

- Afficher le planning hebdomadaire bien en vue sur le mur
- Placer le chariot / les produits de nettoyage dans la pièce
- Placer à proximité les cendres dans la poubelle et le cendrier
- Mettre le son de la télévision / radio à un niveau élevé
- Placer la coupe avec les noix
- Placer l'enregistrement audio 4 et la carte de patient-e-s A à l'endroit où est menée la discussion individuelle avec la responsable de groupe
-
-
-
-

Erreurs et risques dissimulés

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
1.	Comportement des patient·e·s : vandalisme	Le mur de la salle commune est peinturluré de symboles liés à la drogue qui pourraient être des déclencheurs pour le patient A souffrant d'abus de substances psychoactives (craving).	Afficher au mur les symboles liés à la drogue (annexe 7)
2.	Comportement des patient·e·s : autodestructeur / suicidaire	Les outils du service de maintenance sont accessibles à l'ensemble des patient·e·s. Risque de comportement autodestructeur et / ou suicidaire.	Les outils / la trousse à outils se trouvent au pied du mur peinturluré de symboles liés à la drogue.
3.	Comportement des patient·e·s : agressif	L'enregistrement audio indique qu'un patient perd lors du jeu de société. S'ensuit une altercation verbale. Risque d'escalade de la violence.	Préparer un jeu de société à une table avec des joueur·euse·s : cartes de patient·e·s B, C, D, E (annexe 5). L'enregistrement audio se trouve à côté (annexe 3).
4.	Comportement du personnel : inapproprié	La responsable de groupe est au téléphone et fait en même temps la prise en charge individuelle du patient A. Risque d'une prise en charge individuelle inadéquate (p. ex. non-identification du déclencheur).	Placer l'enregistrement audio (annexe 4) sur la table avec la carte de patient·e·s A (annexe 5).
5.	Comportement du personnel : violation de la protection des données	La responsable de groupe répond au téléphone dans la salle commune et communique des informations sur une patiente absente. Risque de violation de la protection des données.	Mettre en œuvre avec enregistrement audio (annexe 4).
6.	Gestion des ressources : disponibilité / adéquation du personnel	Le patient B ne peut aller aux toilettes immédiatement en l'absence de personnel masculin présent.	Mettre en œuvre avec enregistrement audio (annexe 4).
7.	Procédures de soins : traitement / intervention inadéquats	Les activités de mercredi et vendredi pourraient être des déclencheurs pour le patient B souffrant d'une psychose.	Afficher le plan hebdomadaire (annexe 6) au mur de la salle commune.

8.	Comportement de patient-e-s : déroulement négatif du traitement	La patiente D souffrant d'anorexie mentale va à toutes les activités, sauf celles ayant trait à la nourriture. Risque d'influence négative sur le déroulement du traitement.	Placer la carte de patient-e-s D (annexe 5) près du jeu de société.
9.	Comportement de patient-e-s : autodes-structeur	La patiente C souffrant d'anorexie mentale va particulièrement souvent aux toilettes. Risque de vomissement du repas.	Placer la carte de patient-e-s C (annexe 5) près du jeu de société.
10.	Accident de patient-e-s : empoisonnement par des substances chimiques ou autres	Le chariot de nettoyage ou les produits de nettoyage chimiques sont accessibles à tout le monde dans la salle commune. Risque d'empoisonnement par des substances chimiques ou autres.	Le chariot de nettoyage est dans la salle commune où des produits de nettoyage se trouvent p. ex. sur le plan de travail de la cuisine ou dans le placard de la cuisine.
11.	Comportement de patient-e-s : abus de médicaments / de drogues	Les drogues ou médicaments cachés sont un risque (A) de non-respect de l'abstinence en cours de sevrage, (B) de déficience physique et psychique due à la consommation, (C) de déclenchement des autres patient-e-s par la présence de drogue et de médicaments.	Cacher (p. ex. dans un pot de fleurs ou entre les coussins d'un canapé) de fausses drogues ou de faux médicaments (p. ex. épices vertes dans un sachet en plastique).
12.	Objets : élimination inadaptée	Les cendres ont été éliminées avec les déchets courants. Risque d'incendie.	Verser des cendres dans la poubelle. Éventuellement placer un cendrier vide à côté.
13.	Déroulement du quotidien : inadéquat	Des stimuli trop bruyants peuvent être des déclencheurs pour les patient-e-s.	Régler le son de la télévision ou de la radio à un niveau élevé.
14.	Alimentation : prise en compte des personnes allergiques	Les noix placées dans la salle commune sont un danger pour la patiente E qui souffre d'une allergie aux noix.	Indiquer une allergie sur la carte de patient-e-s E (annexe 5). Placer la coupe avec les noix sur la table.



Matériel

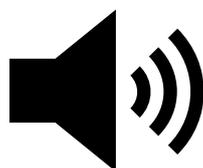
Annexe 3 : Enregistrement audio, jeu de société

L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientsicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie>

Annexe 4 : Enregistrement audio, prise en charge individuelle et de l'entretien téléphonique de la responsable de groupe

L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientsicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie>

Le panneau d'information suivant peut être placé à côté du lecteur à titre d'indication :



**Enregistrement
audio disponible –
veuillez écouter.**



Annexe 5 : Cartes de patient-e-s A, B, C, D, E

Patient A

Nom : Meyer, Claude

Date de naissance : 13.06.2008

Sortie / séjour : Uniquement sous surveillance

Diagnostics : F19.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et d'autres substances psychoactives.

Comportement : Forte pression de la dépendance et fort craving

Allergies : Avocats

Participation aux activités hebdomadaires : Mercredi : cinéma en 3D
Vendredi : *Dîner criminel* à l'unité

Patient B

Nom : Keller, Olivier

Date de naissance : 27.12.2010

Sortie / séjour : Uniquement sous surveillance

Diagnostics : F20.0 : Psychose paranoïaque avec hallucinations auditives et visuelles ; peur d'empoisonnement

Comportement : Adapté

Allergies : Aucune allergie connue

Participation aux activités hebdomadaires : Vendredi : *Dîner criminel* à l'unité



Patiente C

Nom : Hess, Gisele
Date de naissance : 01.04.2007
Sortie / séjour : Uniquement sous surveillance
Diagnostics : F50.0 : Anorexie mentale
Comportement : Quitte régulièrement la salle commune pour aller aux toilettes
Allergies : Aucune allergie connue
Participation aux activités hebdomadaires : Lundi : poterie

Patiente D

Nom : van Beek, Anouk
Date de naissance : 22.11.2011
Sortie / séjour : Uniquement sous surveillance
Diagnostics : F50.0 : Anorexie mentale
Comportement : Adapté
Allergies : Aucune allergie connue
Participation aux activités hebdomadaires : Lundi : poterie
Mardi : tournoi de football
Mercredi : cinéma en 3D

Patiente E

Nom : Becker, Sophie
Date de naissance : 05.08.2012
Sortie / séjour : Uniquement sous surveillance
Diagnostics : F60.31 : Personnalité émotionnellement labile, type borderline
Comportement : Adapté
Allergies : Noix
Participation aux activités hebdomadaires : Jeudi : cuisiner ensemble

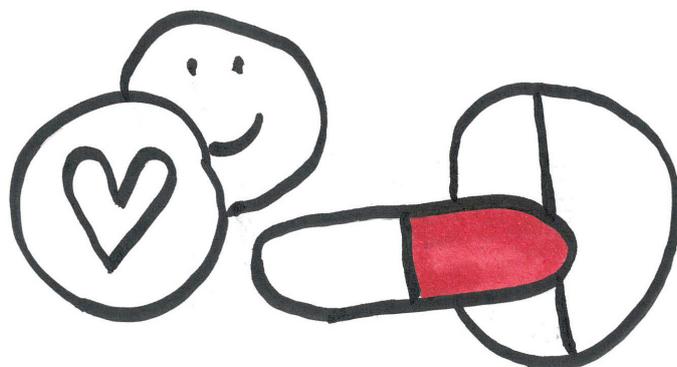
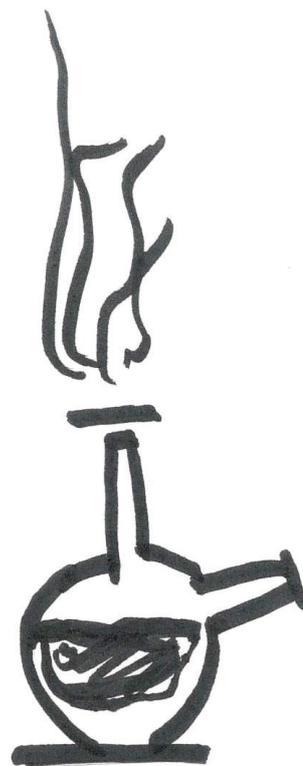
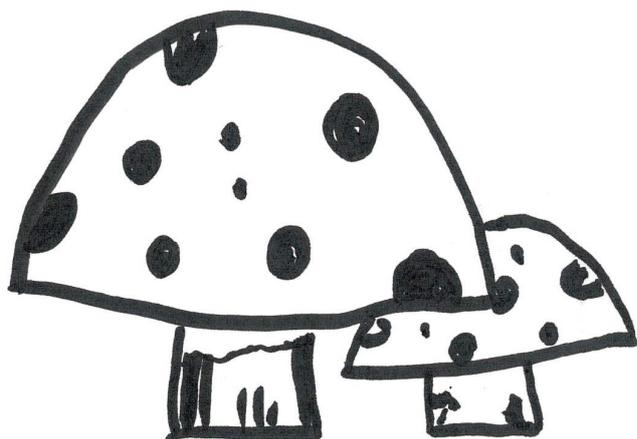
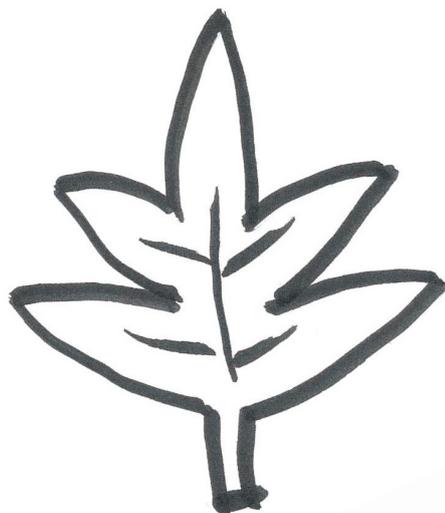


Annexe 6 : Planning hebdomadaire des activités quotidiennes

	Activités hebdomadaires
Lundi	Poterie
Mardi	Tournoi de football
Mercredi	Visite cinéma en 3D
Jeudi	Cuisiner le repas du soir ensemble
Vendredi	Dîner criminel à l'unité : <i>Qui résout le cas ?</i>



Annexe 7 : Symboles liés à la drogue (peinturlurages sur les murs)





3.2 Scénario pour le secteur de la psychiatrie aiguë de l'adulte

3.2.1 Salle de soins / de médicaments : Cas Madame Bernard

Informations de base

Nom : Bernard **Prénom :** Nina **Date de naissance :** 13.04.1990

Attitude de réanimation :

Statut des sorties / statut de séjour : accompagnée sur l'aire de la clinique

Évaluation de la suicidalité : risque faible **Danger pour autrui :** risque faible

Statut juridique : séjour volontaire **CAVE :** aucun connu

Diagnostic

F13.3 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotique, syndrome de sevrage

F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

R12 Pyrosis

F11.2, F14.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés / cocaïne, syndrome de dépendance

Z51.83 Traitement de substitution aux opiacés

Situation actuelle

Madame B. vient à la clinique de son plein gré, accompagnée de sa mère, pour un sevrage. Entrée directe depuis l'hôpital où elle était hospitalisée pour une blessure au couteau à l'abdomen. Deux semaines avant, sa compagne l'avait blessée au ventre avec un couteau. Madame B. rapporte que depuis six mois sa consommation est croissante (cocaïne, cannabis, Xanax, amphétamines, MDMA et LSD ainsi qu'alcool). Elle dit avoir parfois des pensées suicidaires, mais ne pas avoir de plan de suicide concret.

Rapport psychopathologique

Apparence : apparence légèrement négligée

Comportement : disposée à communiquer, mais somnolente dans le cadre des relations humaines. Entièrement au fait de toutes les qualités. Pas d'obsessions. Humeur subjectivement dépressive et objectivement moyennement déprimée. Consciente de sa maladie. Se distancie actuellement clairement des pensées suicidaires. Pensée formelle ordonnée.

Impulsivité : ralentissement psychomoteur moyen

Situation sociale : Madame B. habite avec sa partenaire, mais ne peut plus l'envisager après l'attaque au couteau. Elles se disputaient souvent depuis toujours. Disputes qui dégénèrent régulièrement, car toutes deux sont impulsives. La patiente était en traitement psychiatrique stationnaire il y a deux ans. À l'époque pour un sevrage d'héroïne. Elle ne consommerait plus d'héroïne depuis qu'elle reçoit de la méthadone. Madame B. a un avocat depuis un an et demi. Une procédure est en cours contre elle pour suspicion de trafic de stupéfiants. Depuis sa majorité, Madame B. a une relation difficile avec ses parents et sa sœur cadette.



Marche à suivre

- » Vérifier et éventuellement adapter / débiter la thérapie médicamenteuse de sevrage de produits stupéfiants
- » Rechercher une solution appropriée pour la suite

Médicaments

Médicaments fixes :	Matin	Midi	Soir	Nuit
Pantoprazol cp. 20 mg p.o.	0	0	1	0
Mirtazapin cp. 15 mg p.o.	0	0	0	1
Methadone cp. 5 mg p.o.	3	0	0	0
Elvanse cps 40 mg p.o.	1	0	0	0
Psychopax gtt 12.5 mg / ml p.o.	15	15	15	0

Médicaments en réserve

Réserve sevrage d'opiacés	Methadone cp. 5 mg p.o. max. 3 x / 24 h
Réserve craving	Psychopax 12.5 mg / ml p.o. 15 ggt max. 3x / 24 h
Agitation (sevrage)	Quetiapine cp. 25 mg p.o. max. 2x / 24h
1. Réserve douleurs	Dafalgan cp. 500 mg p.o. max. 4x / 24 h
2. Réserve douleurs	Minalgin cp. 500 mg p.o. max. 4 x / 24 h
Aigreurs et reflux	Alucol cpr. croquer p.o. 2 cpr. croquer max. 3 x / 24 h
Sécheresse oculaire	Oculac SDU ggt Opht prn. 1 ggt dans l'œil, max. 10 x / 24h

Prescription pour les soins

Tension artérielle (mmHg) / Pouls	1 x / jour
Saturation en oxygène (SpO ₂)	1 x / jour
Température (°C)	1 x / jour
Poids (kg)	1 x / semaine
Alimentation	libre
Mobilisation	Sortie accompagnée
Évaluation sevrage	4 x / jour
Isolement	–



Graphique

Paramètres	Jour 1		Jour 2	
	Entrée	Soir	Matin	Midi
Taille (cm)	163			
Poids (kg)	72			
IMC (kg / m ²)	24			
Température (°C)	36.4		36.2	
Tension artérielle (mmHg)	125 / 73		124 / 74	
Pouls	65		68	
Saturation oxygène (SpO ₂)	98 %		97 %	

Évaluation du sevrage	Jour 1	Jour 2
01h00		23 points
08h00		19 points
12h00		
17h00	17 points	
21h00	11 points	



Diagnostiques infirmiers

	Diagnostic	Facteurs de risque / facteurs favorisants	Objectif	Mesures
1	Risque de comportement dangereux pour autrui et pour soi	Affection primaire Faible contrôle des impulsions	Ne présente aucun comportement dangereux pour autrui. Ne présente aucun comportement d'auto-mutilation	Observer le comportement Établir une relation grâce à des interactions régulières Élaborer ensemble une structure du quotidien incluant des horaires fixes pour des activités
2	Abus de substances	Affection primaire	Madame B. ne consomme pas de substances psychoactives et présente des progrès dans la cure de sevrage.	Monitorer le sevrage et contrôler régulièrement la consommation de substances Éduquer et développer des stratégies de gestion des symptômes de sevrage
3	Risque d'isolement social	Affection primaire	Madame B. établit des contacts sociaux et relate des interactions sociales positives.	Participation à des thérapies de groupe Soutien à la reconstruction et à l'entretien de relations familiales et sociales

Déroulement des soins

Date	Heure	Thème	Déroulement des soins
Jour 1	17h30	Entrée	Accompagnée de sa mère, Madame B. entre en clinique directement depuis l'hôpital. Elle dit aller au vu des circonstances, et est accompagnée en chambre. Sa mère l'aide à ranger ses affaires – inspectées et contrôlées auparavant par le personnel soignant. L'atmosphère semble un peu tendue entre la mère et la fille.
	20h30	Déroulement service du soir	Madame B. a pris son repas du soir à la salle à manger. Elle donnait l'impression d'être en retrait et parlait peu avec les autres patient-e-s. S'est rendue directement dans sa chambre après le repas.
	01h00	Déroulement service de nuit	Madame B. dit ressentir une forte agitation intérieure, et aurait un fort besoin de consommer. Elle paraît tendue et tremble légèrement. Administration de Psychopax 15 gtt de la réserve. Madame B. veut se distraire sur son smartphone.
Jour 2	02h00	Déroulement service de nuit	Madame B. semble dormir.
	07h30	Déroulement service du matin	Madame B. rapporte se sentir tendue et veut aller chercher ses médicaments encore avant le petit-déjeuner.

Indications pour la mise en place et le matériel

Lieu : la chambre des erreurs se déroule dans une salle de soins / de médicaments d'une unité de soins psychiatriques aigus pour adultes.

Préparation du matériel (à l'avance) :

- Exemples de cas : unité de soins psychiatriques aigus pour adultes, salle de soins / de médicaments (imprimer le formulaire en annexe, éventuellement autant d'exemplaires que de membres du groupe participant, les feuilles restent dans la pièce, si nécessaire, adapter l'évaluation du sevrage selon les directives internes)
- Imprimer l'évaluation NGSAR (annexe 13) et la joindre au dossier de patient-e-s
- Préparer correctement le distributeur de médicaments étiqueté pour Madame Bernard avec les médicaments tels que prescrits, à l'exception de la Mirtazapin cp. 15 mg
- Préparer correctement (p. ex. eau) le godet à médicaments pour Madame Bernard, y compris le Psychopax 15 mg
- Enregistrement audio (annexe 9), un lecteur / tablette / smartphone par enregistrement audio
- Préparer un distributeur de médicaments étiqueté *Monsieur U. Meier* et contenant des médicaments préparés
- Étiqueter un stupéfiant de la liste A+ avec une date de péremption dépassée (p. ex. étiquette autocollante)
- Récipient à méthadone (avec faux médicament, p. ex. un tic tac) correctement étiqueté
- Imprimer les instructions et le guide de débriefing (à l'att. de l'animatrice ou de l'animateur)
-
-
-
-

Préparation de la pièce (juste avant la réalisation) :

- Déposer l'exemple de cas, unité de psychiatrie aiguë pour adultes, salle de soins / de médicaments, devant la pièce, y compris l'évaluation NGSAR
- Afficher l'image de la caméra de surveillance de la chambre de sécurité / d'isolement numériquement sur l'ordinateur ou coller son impression sur un écran
- Placer le distributeur de médicaments préparé pour Madame Bernard près de la distribution de médicaments
- Placer le godet à médicaments contenant le Psychopax près du distributeur de médicaments de Madame Bernard
- Placer l'enregistrement audio (annexe 9) à proximité la distribution de médicaments

- Placer le stupéfiant de la liste A+, y compris date de péremption dépassée, dans la pharmacie de l'unité
- Placer le distributeur de médicaments pour Monsieur U. Meier à proximité de la distribution de médicaments
- Placer le récipient à méthadone étiqueté
-
-
-
-

Erreurs et risques dissimulés

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
1.	Processus de soins : diagnostic	Réalisation incorrecte de l'évaluation de la suicidalité (NGSAR). Malgré une évaluation subjective d'un <i>risque élevé</i> , le risque de suicide est évalué dans l'ensemble comme <i>risque faible</i> .	Imprimer l'évaluation NGSAR (annexe 13) et la joindre au dossier de patient-e-s.
2.	Documentation : prescriptions incomplètes	L'attitude de réanimation n'est pas prescrite	Identification de l'erreur sous <i>Informations de base</i> dans le dossier de patient-e-s.
3.	Infection nosocomiale : infection de la plaie	La patiente a une blessure due à un coup de couteau à l'abdomen qui n'est toutefois pas documentée dans le dossier de patient-e-s et pour laquelle aucune prescription n'a été faite. Risque d'infection de la plaie et de traitement inadéquat.	Identification possible de la blessure sous <i>Situation actuelle</i> dans le dossier de patient-e-s. Mais ni documentation de la plaie, ni traitement ou prescriptions n'apparaissent.
4.	Médication : erreur lors de la préparation, dosage	Au lieu de 15 gouttes de Psychopax (= 5 mg), 15 mg de Psychopax (= 45 gouttes) ont été préparés pour Madame Bernard. Risque de surdosage et d'effets secondaires.	Placer un godet à médicaments avec le Psychopax préparé près des médicaments préparés.
5.	Médication : remise aux patient-e-s	L'enregistrement audio indique une remise de méthadone sans identification correcte de patient-e-s. Risques A) de confusion de patient-e-s, B) de toxicomanie.	Placer l'enregistrement (annexe 9) près de la distribution de médicaments.
6.	Médication : remise aux patient-e-s	L'enregistrement audio indique une remise de méthadone sans identification correcte de patient-e-s. Risques A) de confusion de patient-e-s, B) de toxicomanie.	Placer l'enregistrement (annexe 9) près de la distribution de médicaments.
7.	Comportement de patient-e-s : abus de médicaments / drogues	Les médicaments préparés pour Monsieur U. Meier se trouvent près de la distribution de médicaments. Risque de prise / vol de médicaments par des patient-e-s.	Un distributeur de médicaments pour Monsieur U. Meier est placé à proximité de la distribution de médicaments.

8.	Médication : stockage incorrect	Un stupéfiant de la liste A+ n'est pas stocké dans une armoire à stupéfiants, mais avec d'autres médicaments. Risque de violation de la loi sur les stupéfiants.	Un stupéfiant de la liste A+ se trouve dans l'armoire à pharmacie (p. ex. M-RETARD Zentiva 30 mg).
9.	Médication : contrôle inadéquat, date de péremption	Un stupéfiant de la liste A+ présente une date de péremption dépassée. Risque A) de violation de la loi sur les stupéfiants, B) d'effet modifié du médicament.	Un stupéfiant de la liste A+ se trouve dans l'armoire à pharmacie.
10.	Médication : omission de médication	Le distributeur préparé ne correspond pas à la prescription. Risque A) de non-réalisation d'une prescription, B) d'effets négatifs sur le déroulement du traitement.	Identification de l'erreur sous <i>Médication</i> dans le dossier de patiente-e-s et dans le distributeur de médicaments de Madame Bernard (le comprimé de Mirtazapin 15 mg manque).
11.	Médication : prise du médicament au mauvais moment	Idéalement, le Pantoprazol devrait être pris 30 à 60 minutes avant le repas. S'il est pris pendant le repas, le médicament pourrait agir plus lentement.	Identification de l'erreur sous <i>Médication</i> dans le dossier de patiente-e-s. Aucune mention dans la prescription.

Erreurs et risques supplémentaires

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
a.	Infrastructure : inadaptée	De mauvaises conditions lumineuses peuvent engendrer des erreurs, p. ex. lors de la préparation des médicaments.	Réduire la luminosité : p. ex. dévisser l'ampoule ou la couvrir, tamiser la lumière ou l'éteindre partiellement, fermer les volets.
b.	Infrastructure : inadaptée	L'enregistrement sonore indique un fond sonore bruyant (bruit de travaux). Risque de stimuli excessifs et de distraction.	Préparation par enregistrement audio (annexe 1).
c.	Organisation / déroulement du quotidien : inadéquat	Les règles strictes de l'unité sont un déclencheur potentiel d'un renforcement des symptômes.	Afficher les règles de l'unité (annexe 11) de manière bien visible pour les patient-e-s (p. ex. sur la porte de l'unité).
d.	Organisation / déroulement du quotidien : indisponible	Le message d'absence régulièrement utilisé se trouve dans la salle de soins. Il ne mentionne pas le retour du personnel. Risque p. ex. lors de crises, car les patient-e-s n'ont pas d'interlocuteur / personne de contact.	Placer le message d'absence (annexe 12) dans la salle de soins.
e.	Documentation : protection des données	Le tableau d'affichage / la salle de soins comporte des données de patient-e-s sensibles. Risque de violation de la protection des données.	Mises-en-œuvre possibles : (A) noter les diagnostics de patient-e-s sur le tableau d'affichage de l'unité, (B) placer un placement à des fins d'assistance (annexe 14) bien en évidence dans la salle de soins.
f.	Procédures de soins : réalisation inadéquate de la surveillance	La vidéosurveillance de la chambre sécurisée est activée en permanence et sans raison. Risque de violation de la sphère privée. Note : peut uniquement être mis en œuvre que dans les unités dotées de vidéosurveillance.	Afficher une image de vidéosurveillance de la chambre sécurisée (annexe 10) numériquement sur un ordinateur (portable) ou l'imprimer et la coller sur l'écran. En fonction de l'infrastructure, le personnel assure par différents moyens que l'image reste active, notamment en plaçant un objet (p. ex. agrafeuse) sur l'ordinateur portable ou en laissant la clé fichée dans la serrure de la caméra.

g.	Infrastructure : inadaptée	L'armoire à médicaments / stupéfiants n'est pas fermée à clé. Risque (A) de non-respect de la loi sur les médicaments, B) d'abus de médicaments.	L'armoire à médicaments / stupéfiants dans la salle de soins n'est pas fermée à clé / est entrouverte.
h.	Comportement de patient-e-s : mise en danger de soi / d'autrui / suicidaire	Du matériel dangereux est accessible aux patient-e-s. Risque de mise en danger de soi des personnes présentes, respectivement d'autrui par celles-ci.	Du matériel de prises de sang (p. ex. aiguilles pour ponction, produit désinfectant, garrot, récipient pour produits piquants) sont à proximité de la distribution de médicaments.
i.	Médication : élimination inadéquate	Les médicaments sont éliminés dans la poubelle générale. Risque A) de non-respect de la loi sur les médicaments, B) d'abus de médicaments.	Placer des médicaments dans des blisters / des emballages de médicaments pleins dans la poubelle générale de salle de soins / de médicaments.
j.	Gestion des ressources : charge du personnel	L'enregistrement audio indique que le personnel qualifié accomplit plusieurs tâches en parallèle. Risque de diminution de la capacité de concentration.	Mettre en œuvre au moyen de l'enregistrement audio (annexe 9).
k.	Infrastructure : réfrigérateur défectueux	La température du réfrigérateur est trop élevée. Risque A) de non-respect de la loi sur les médicaments, B) de modification des effets des médicaments. Note : ne peut être mis en scène que si le journal des températures est généralement déposé dans la salle de soins / de médicaments.	Des températures trop élevées pour les derniers jours sont inscrites dans un journal vide et sans mesures visibles.



Matériel

Annexe 1 : Enregistrement audio, bruit de travaux

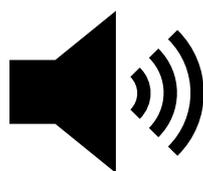
L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie>

Pour la mise en œuvre, vous devez disposer d'un lecteur (smartphone, tablette, ordinateur portable) permettant de diffuser l'enregistrement audio en boucle pendant toute la durée de l'entraînement. Veuillez noter que cet enregistrement spécifique ne doit pas être géré par les participant-e-s. Il doit donc être installé plutôt discrètement.

Annexe 9 : Enregistrement audio, salle de soins / de médicaments

L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie>

Le panneau d'information suivant peut être placé à côté du lecteur à titre d'indication :



**Enregistrement
audio disponible –
veuillez écouter.**

Annexe 10 : Écran, vidéosurveillance de la chambre sécurisée

L'image pour l'écran d'ordinateur est téléchargeable :
<https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie>

Vous pouvez afficher numériquement l'image sur l'écran d'un ordinateur (portable) ou l'imprimer et la coller sur l'écran d'un appareil.



Règles de l'unité :

1. Nourriture interdite dans la chambre
2. Téléphone portable interdit dans l'unité
3. Les rendez-vous doivent être respectés, sinon sortie possible
4. Le café ne peut être consommé qu'aux heures des repas
5. Maximum 10 cigarettes par jour



**Nous sommes
en pause,
merci de ne
pas déranger.**



Annexe 13 : NGASR Assessment

NGASR (Nurse Global Assessment of Suicide Risk)

Évaluation globale de la tendance suicidaire par le personnel infirmier

Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) (Cutcliffe / Barker 2004)

		Date : jour 1	
N°	Critères	Points si applicables	Points
1	Présence / influence de désespoir	3	0
2	Évènements marquants récents source de stress (p. ex. : perte d'emploi, soucis financiers, procédures juridiques en cours)	1	0
3	Indication évidente d'hallucinations auditives ou de délires de persécution	1	0
4	Indication évidente de dépression, perte d'intérêt et / ou perte de plaisir.	3	0
5	Indication évidente d'un retrait de la vie sociale	1	1
6	Expression d'intentions suicidaires	1	0
7	Indication évidente de l'existence d'un plan suicidaire	3	0
8	Antécédents familiaux de problèmes psychiques sérieux ou de suicide	1	0
9	Perte récente d'une personne proche ; rupture d'une relation	3	0
10	Présence d'un trouble psychotique	1	0
11	Veuvage	1	0
12	Tentatives de suicide antérieures	3	0
13	Mauvaises conditions socio-économiques (p. ex.: habitat précaire, chômage, pauvreté)	1	0
14	Abus d'alcool ou d'autres substances	1	1
15	Présence d'une maladie terminale (préfinale, en phase terminale)	1	0
16	Plusieurs hospitalisations psychiatriques au cours des dernières années, nouvelle hospitalisation peu après la sortie de l'hôpital	1	1
	Total	max. 26	3
	Niveaux de risque : 4 points ou moins = niveau 1 = risque faible 5 à 8 points = niveau 2 = risque modéré 9 à 11 points = niveau 3 = risque élevé 12 points et plus = niveau 4 = risque très élevé		NIVEAU 1
Évaluation subjective de l'actuel risque de suicide :			
Quelle est votre évaluation subjective, émotionnelle et intuitive du risque de suicide (marquer par x).			
Points	1 = risque faible 2 = risque modéré 3 = risque élevé 4 = risque très élevé		NIVEAU 3
Évaluation interdisciplinaire du risque suicidaire actuel : En cas d'évaluation objective et / ou subjective entre 3 et 4 → s'adjoindre un médecin			
	Infirmière diplômée A. Müller Médecin assistante B. Durrer		Niveau de risque : NIVEAU 1



Annexe 14 : Placement à des fins d'assistance (PAFA)

Département de la santé

Service du médecin cantonal

Placement à des fins d'assistance (PAFA) par la/le médecin autorisé

Art. 217 ss Loi concernant la protection de l'enfant et de l'adulte (LPEA RSF 212.5.1) (FR)

Nom Muster Prénom Paul Date de naissance 17.04.1990

Adresse Musterstrasse 86, 2738 Musterhausen

est par la présente placé dans l'institution appropriée suivante (nom et adresse de l'institution) :

Clinique psychiatrique

*une institution est appropriée lorsqu'elle dispose des capacités organisationnelles et personnelles permettant de fournir à la personne placée l'assistance personnelle nécessaire qu'elle requiert essentiellement (p.ex. clinique psychiatrique, hôpital, EMS).

Cette personne présente (indiquer obligatoirement au moins une des trois possibilités) :

un trouble psychique une déficience mentale un grave état d'abandon

Autre réponse obligatoire requise : mise en danger de soi mise en danger d'autrui
 sans-abri charge pour l'entourage

Réponse obligatoire aux deux questions :

Le traitement et la prise en charge ne peuvent être réalisés autrement que par un PAFA (proportionnalité)
 L'institution précitée dispose de la capacité et des compétences nécessaires au traitement et à la prise en charge

Constat :

Le patient a déjà suivi plusieurs traitements psychiatriques, dit n'avoir plus pris de médicaments depuis des jours, car il n'en avait plus, et dormir actuellement dans la rue. Selon l'anamnèse de tiers, il semble très tendu, réagit agressivement aux questions, apparaît négligé et désorienté.

Décision de placement : Motif et but du placement

Patient présentant des troubles psychiatriques visiblement graves avec mise en danger aiguë de sa propre santé et présentant une capacité de discernement pouvant être mise en doute.

Lieu et date de l'examen médical personnel : Musterstadt, 26.06.2024

Décision :

Nom Prénom Paul Muster est placé pour la durée de la nécessité médicale, mais au plus pour six semaines, dans l'institution précitée. La décision doit être exécutée immédiatement. Le Canton supporte les frais du médecin autorisé et le transport par la police.

Nom/adresse médecin pratiquant l'examen :

Dr méd. T. Mustermann

Lieu, date : Musterstadt, 26.06.2024
T. Mustermann

Musterdorfstrasse 23

8763 Musterstadt

Signature :

Dans la mesure du possible, la personne concernée doit être entendue au sujet du PAFA prévu. À cette occasion, elle doit être informée de manière compréhensible des motifs du placement dans une institution et au sujet de l'institution dans laquelle son placement est prévu. Elle doit bénéficier de l'occasion de prendre position à ce sujet.

Un exemplaire est remis à la personne concernée ; un exemplaire supplémentaire est présenté à l'institution lors de l'admission de la personne concernée. Dans la mesure du possible, le médecin autorisé informe par écrit une personne désignée par la personne concernée du placement et de la possibilité de recourir devant le tribunal.

Voies de recours : la présente décision peut faire l'objet d'un recours écrit dans les 10 jours suivant sa notification auprès de la commission de recours administratif.



3.2.2 Chambre sécurisée : Cas Monsieur Moreau

Informations de base

Nom : Moreau **Prénom :** Tristan **Date de naissance :** 26.05.1998

Attitude de réanimation : oui

Statut de sortie / statut de séjour : pas de sortie ; séjour à l'unité : uniquement en secteur fermé ; accès à la chambre : uniquement deux personnes formées

Évaluation de la suicidalité : risque faible **Danger pour autrui :** risque faible

Statut juridique : PAFA administratif, six semaines depuis la date d'émission **CAVE :** aucun connu

Diagnostics

- F72.1 Retard mental grave avec troubles du comportement avérés ; retard de développement psychomoteur avec problèmes comportementaux
- F84 Autisme infantile
- F25 Trouble schizoaffectif, trouble affectif épisodique avec troubles de la perception, symptômes de fausse reconnaissance
- G40.8 Épilepsies
- Z 73 Difficultés liées à la maîtrise de sa vie ; intelligence inférieure à la moyenne allant jusqu'à un handicap mental léger ; handicap social sérieux et constant dans la plupart des domaines
- J06.9 Infection aiguë des voies respiratoires supérieures sans précision

Situation actuelle

Le patient perd une nouvelle fois sa place dans un groupe d'habitation à la suite d'un comportement agressif répété. Les parents sont dépassés ; c'est pourquoi il ne peut pas vivre chez eux.

Rapport psychopathologique

Apparence : Monsieur M. est soigné et habillé de manière adéquate. Il ne présente ni signe physique particulier ni blessure.

Comportement : parfaitement orienté sur la personne, le lieu, la situation et le temps. Présente un comportement manquant de distance et des problèmes de comportement avérés. Manifestation de tendances agressives envers autrui et soi-même lorsque les besoins ne sont pas satisfaits rapidement. Selon les parents, il se comporte alors en mordant, boxant, pinçant et en retenant d'autres personnes ainsi qu'en se tapant la tête contre le mur et en déféquant par terre.

Attention et concentration : attention et concentration limitées. Réagit rapidement par l'agression à une communication incompréhensible pour lui.

Expression spontanée : langage préscolaire, phrases très simples et courtes. Majoritairement compréhensible, mais élocution indistincte.

Compréhension : compréhension des phrases de niveau préscolaire, réagit agressivement aux phrases ambiguës ou trop complexes.



Affectivité : maîtrise limitée de l'impulsivité, réactions agressives en cas de frustration et de non-réalisation de souhaits.

Besoin d'activité : besoin incessant d'activité très développé qui se manifeste par un fort besoin d'être actif et en mouvement.

Situation sociale : le patient est sous curatelle, touche une rente complète. Il a achevé l'école primaire obligatoire en petite classe. Le patient a déjà été logé dans différents groupes d'habitation, mais en a été à plusieurs reprises exclu en raison de son comportement. Ses parents sont dépassés et épuisés et ne peuvent donc pas l'accueillir en permanence chez eux. Ils viennent de temps en temps lui rendre visite, l'emmènent parfois pour un weekend à la maison ou en vacances.

Marche à suivre

- » Vérifier, et le cas échéant adapter, la thérapie médicamenteuse
- » Rechercher une solution appropriée pour la suite

Médicaments

Médicaments fixes :	Matin	Midi	Soir	Nuit
Olanzapine Mepha comprimés oro 10 mg p.o.	0	0	0	1
Depakine chrono cp.300 mg p.o.	2	0	2	0
Clopixol cp.10 mg p.o.	1	2	2	0
Akineton Ret. cp. 4 mg p.o.	1	0	0	0
Teinture de valériane gtt p.o.	10	10	20	0

Médicaments en réserve

1. Réserve agitation / tension	Psychopax 12.5 mg / ml 5 gtt p.o. max. 2 x / 24h
2. Réserve agitation / tension	Clopixol cp. 10 mg p.o. max. 4 x / 24h
En cas de syndrome extrapyramidal	Akineton cp. 2 mg p.o. max. 3 x / 24h
Psychose aiguë	Clopixol Acutard 50 mg / ml i.m. max. 1 x / 24h
Psychose aiguë	Haldol sol Inj 5 mg / ml i.m. max. 1 x / 24h



Prescription pour les soins

Tension artérielle (mmHg) / pouls	1 x / jour
Saturation oxygène (SpO ₂)	1 x / jour
Température (°C)	1 x / jour
Poids (kg)	1 x lors de l'admission
Alimentation	Libre
Mobilisation	Chambre sécurisée ; 5 points de fixation
Isolement	Contrôle une fois par heure, contrôle visuel

Graphique

Paramètre	Jour 1		Jour 2	
	Entrée	Soir	Matin	Midi
Taille (cm)	169			
Poids (kg)	67			
IMC (kg / m ²)	23,5			
Température (°C)	37.9			
Tension artérielle (mmHg)	128 / 74		132 / 76	
Pouls	93		98	
Saturation oxygène (SpO ₂)	93 %		92 %	



Diagnostiques infirmiers

	Diagnostic	Facteurs de risque / facteurs favorisants	Objectif	Mesures
1	Risque de comportement dangereux pour autrui et pour soi	Isolement social, trouble du contrôle des impulsions	Ne présente pas de comportement dangereux pour autrui Ne présente pas de comportement dangereux pour soi	Établissement de la relation par des interactions régulières Désescalade verbale Formation aux techniques favorisant le contrôle des impulsions
2	Interaction sociale restreinte	Isolement, affections primaires	Fait l'expérience d'interactions sociales positives Participe à des activités sociales	Communication adaptée Inclusion du réseau social Planification d'activités sociales Expression d'un feedback positif
3	Manque d'autonomie	Affections primaires	Réalise les soins corporels selon ses propres ressources avec de l'aide	Soutien visant la promotion des compétences lors des soins corporels Surveillance de la prise de liquide et de nourriture

Processus de soins

Date	Heure	Thème	Processus de soins
Jour 1	17h30	Entrée	Monsieur M. entre en compagnie d'un ambulancier, semble très agité. Exprime la volonté de sortir et de ne pas être là, se débat sans cesse. L'ambulancier et deux membres du personnel soignant l'accompagnent dans la chambre sécurisée. Une discussion a été menée.
	18h30	Déroulement service du soir	Monsieur M. semble plus calme, prend oralement la médication. Repas du soir amené et contrôle des signes vitaux réalisé.
	20h00	Déroulement service du soir	Repas du soir emporté. Monsieur M. dit qu'il s'ennuie et qu'il aimerait quitter la chambre et aller courir. Brève discussion menée et explications pourquoi il est actuellement en chambre sécurisée.
Jour 2	02h00	Déroulement service de nuit	Monsieur M. semble endormi.
	08h00	Déroulement service du matin	Monsieur M. est réveillé. Il semble un peu tendu, transpire légèrement. Il rapporte avoir mal dormi et aimerait bien sortir de la chambre. Signes vitaux mesurés et petit déjeuner apporté. Discuté avec lui pour lui dire qu'il doit pour l'instant encore rester dans la chambre. Refuse la prise de médicaments.



11h30	Déroulement service du matin	Monsieur M. semble de plus en plus agité. Toque de manière répétée contre la porte et crie qu'il veut sortir. Continue à refuser la prise de médicaments, semble transpirer de plus en plus et tente de pincer le personnel soignant au bras.
13h00	Visite	Entretien de la médecin-chef avec Monsieur M. qui refuse encore la prise de médicaments. Il réagit avec irritation au fait de pas pouvoir aller dehors, se débat et crie qu'il veut sortir maintenant et courir.
14h00	Mesure de contrainte	Monsieur M. semble très tendu, tape sa tête contre le mur de façon répétée, ne réagit pas aux tentatives verbales de désescalade. Informé la médecin-chef et tenté de parler avec Monsieur M. qui ne réagit toutefois pas aux sollicitations verbales. Il se tape fortement la tête contre le mur de manière répétée. Au vu du risque aigu de mise en danger de soi, la médecin-chef prescrit une médication forcée. Administration de Clopixol Acutard 50 mg / ml 1 ampoule par VGL dans le muscle fessier par cinq soignants avec recours à une fixation contrôlée par technique au sol.
14h40	Mesure de contrainte	Monsieur M. crie, se tape à nouveau la tête contre le mur, ne réagit toujours pas aux sollicitations verbales. Médecin-chef prescrit une fixation à 5 points en présence d'un risque aigu de mise en danger de soi persistant après l'échec des tentatives de désescalade et des mesures médicamenteuses.

Indications pour la mise en place et le matériel

Lieu : la chambre des erreurs se déroule dans une unité de psychiatrie aiguë pour adultes dans la chambre sécurisée.

Préparation du matériel (à l'avance) :

- Exemples de cas : unité de psychiatrie aiguë pour adultes – chambre sécurisée (imprimer le formulaire en annexe, éventuellement autant d'exemplaires que de membres du groupe participant, les feuilles restent dans la pièce)
- Mannequin (y compris vêtements)
- Lit psychiatrique avec système de fixation
- Maquillage rouge / bleuâtre (p. ex. fard à paupières), tampons
- Protocole des contrôles (visuels) de la chambre sécurisée (annexe 16)
- Enregistrement audio (annexe 15), lecteur / tablette / smartphone
- Tableau, seringue 3 ml, aiguille pour injection VGL, tampons stériles, désinfectant pour la peau, ampoule vide de Clopixol 200 mg / ml Dépôt
- Verre d'eau
- Imprimer les instructions et le guide de débriefing (à l'att. de l'animatrice ou de l'animateur
-
-
-

Préparation de la pièce (juste avant la réalisation) :

- Déposer l'exemple de cas devant la chambre sécurisée
- Déposer / afficher le protocole des contrôles (visuels) de la chambre sécurisée
- Placer l'enregistrement audio 15 dans la chambre sécurisée
- Préparer les poignets du mannequin avec le maquillage rouge et les tampons
- Placer le mannequin dans le lit psychiatrique et l'attacher selon le système de fixations à cinq points
- Couper l'eau si possible
- Placer devant la chambre le plateau avec tout le matériel d'injection (ouvrir le tampon et l'humidifier avec du désinfectant pour la peau, assembler l'aiguille hypodermique et la seringue et aspirer un peu d'eau, puis la vider à nouveau) y compris l'ampoule de Clopixol vide.
-
-
-

Erreurs et risques dissimulés

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
1.	Médication : erreur de prescription	Prescription de Psychopax en gtt au lieu de mg. Risque de sous-dosage médicamenteux.	Identification de l'erreur sous <i>Médication en réserve</i> dans le dossier de patient-e-s.
2.	Procédures de soins : mise en œuvre inadéquate	La mesure de fixation aux poignets est trop forte et occasionne des blessures aux poignets / une cyanose des mains.	Représenter le patient par un mannequin. Coucher celui-ci sur le dos et l'immobiliser sur le lit par une fixation à 5 points. Colorer les poignets en rouge.
3.	Documentation : absence d'indication sur la prise alimentaire	La documentation n'indique pas si le patient a bu ni dans quelle mesure il a mangé. Risque de déshydratation, la malnutrition peut influencer négativement la situation exacerbée.	Identification de l'erreur sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s et dans le protocole des contrôles (visuels) (annexe 16). Pas de boisson ni de gobelet dans la chambre. Couper le robinet de la chambre (s'il y en a un).
4.	Procédures de soins : mise en œuvre inadéquate	Le contrôle visuel est prescrit une fois par heure ; lors d'une immobilisation, le standard est généralement de toutes les 15 minutes. Risque de mise en danger du patient, en particulier après une médication forcée et une immobilisation.	Identification de l'erreur sous <i>Prescription pour les soins</i> dans le dossier de patient-e-s et dans le Protocole des contrôles (visuels) (annexe 16).
5.	Organisation : répartition des tâches inadéquate	Une personne en première année de formation d'ASSC entre seule dans la chambre sécurisée pour administrer des médicaments au patient immobilisé. Risque que la collaboratrice non formée soit dépassée.	Placer l'enregistrement audio (annexe 15) permettant d'entendre que l'ASSC en formation entre dans la pièce.
6.	Comportement du personnel : communication inappropriée	Le lecteur permet d'entendre que l'ASSC en formation communique de manière inappropriée avec le patient. Risque que le patient soit dépassé dans une situation de crise.	Enregistrement audio (annexe 15) permettant d'entendre que la personne en formation d'ASSC explique la médication en langage compliqué.

7.	Médication : administration du mauvais médicament	Injection par erreur de Clopixon Dépôt 200 mg / ml au lieu du Clopixon Acutard 50 mg / ml prescrit. Risque de traitement inadéquat en présence d'un risque aigu de mise en danger de soi.	Identification de l'erreur sous <i>Médicaments en réserve</i> dans le dossier de patient-e-s et sur le tableau de médicaments placé où se trouve une ampoule vide de Clopixon Depot 200 mg / ml.
8.	Procédure de soins : traitement inadéquat	Monsieur M. a un besoin incessant d'activité connu et l'exprime à plusieurs reprises ; il n'a pas de possibilité de s'occuper. Risque de favorisation d'une évolution / gestion négative de la maladie.	Identification de l'erreur sous <i>Rapport psychopathologique</i> et <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s et le protocole de contrôle (visuel) (Annexe 16).
9.	Procédure de soins : traitement inadéquat	Situation de plus en plus tendue ; absence de mesures de désescalade, fixation à 5 points, absence de vérification de l'indication, documentation insuffisante en particulier concernant le contrôle / l'évaluation d'une éventuelle blessure consécutive à la tête et de ses conséquences. Risque de traitement inadéquat.	Identification de l'erreur sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s.
10.	Procédure de soins : absence de prescription malgré indication	Absence de médication en réserve pour le diagnostic d'épilepsie. Risque d'un traitement inadéquat lors d'une situation d'urgence.	Identification de l'erreur sous <i>Diagnostic</i> et <i>Médicaments en réserve</i> dans le dossier de patient-e-s.
11.	Procédures de soins : traitement inadéquat	Le patient a une infection des voies respiratoires et divers symptômes (subfébrile, saturation en oxygène anormale, pouls légèrement tachycardique, transpiration). Prescription insuffisante de contrôles des signes vitaux, absence de contrôle du processus / d'intervention en présence d'une température subfébrile au premier jour. Risque de traitement inadéquat, impact négatif sur l'état général.	Identification de l'erreur sous <i>Diagnostic</i> , <i>Graphique</i> et <i>Médicaments en réserve</i> dans le dossier de patient-e-s.
12.	Médication : prescription à risque	Des gouttes de valériane ont été prescrites au patient. Cette teinture contient de l'alcool, il pourrait donc être préférable de la remplacer par des comprimés. La teneur en alcool pourrait avoir des effets négatifs sur l'état de santé et être ainsi identifiée comme un risque potentiel.	Identification de l'erreur sous <i>Médicaments</i> du dossier patient et à l'aide de l'enregistrement audio (annexe 15).

Erreurs et risques supplémentaires

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
a.	Comportement de patient·e·s : autodestructeur / suicidaire	Les couverts présents dans la chambre sécurisée peuvent être utilisés par le patient à des fins de comportement de mise en danger d'autrui / de soi.	Des couverts (en plastique ou normaux selon les directives internes) se trouvent sur la table / le lit / le sol de la chambre sécurisée.
b.	Déroulement du quotidien : réalisé de manière inadéquate	Le patient ne peut se manifester par la sonnette en cas de besoin.	La sonnette n'est pas correctement installée (p. ex. débranchée ou hors de portée).

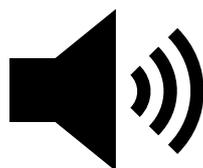


Matériel

Annexe 15 : Enregistrement audio, scène dans la chambre sécurisée

L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie/>

Le panneau d'information suivant peut être placé à côté du lecteur à titre d'indication :



**Enregistrement
audio disponible –
veuillez écouter.**



Annexe 16 : Protocole des contrôles (visuels) de la chambre sécurisée

Données du patient

Nom : Moreau **Prénom :** Tristan **Date de naissance :** 26.05.1998

Intervalle de contrôle : 1 x par heure

Date	Documentation	Visa
Jour 1, 17h30	Monsieur M. a été accompagné à la chambre sécurisée par 2 membres du personnel soignant et 1 ambulancier.	M.M.
Jour 1, 18h30	Ai accédé à la chambre sécurisée avec 2 membres du personnel soignant, Monsieur M. semble plus calme, médicaments administrés p.o.	M.M.
Jour 1, 19h30	Monsieur M. toque à la porte, dit vouloir sortir pour courir. Lui ai expliqué que cela n'était pas possible pour le moment. Il semble tendu, tape une fois fortement du poing contre la fenêtre et s'assied ensuite sur le lit.	M.M.
Jour 1, 20h35	Monsieur M. dit s'ennuyer et n'avoir rien à faire, semble un peu tendu. Le soignant lui dit de se détendre un peu et de se reposer.	M.M.
Jour 1, 21h30	Ai accédé à la chambre sécurisée avec 2 membres du personnel soignant. Monsieur M. est assis sur le lit et refuse de faire sa toilette du soir. Il dit qu'il s'ennuie beaucoup et demande s'il peut avoir un jeu. Lui ai expliqué que c'était impossible, sur quoi il crie et frappe de la main en direction des soignants. Il a pris sa médication pour la nuit.	M.M.
Jour 1, 22h30	Monsieur M. semble endormi, respiration calme et régulière.	M.M.
Jour 1, 23h30	Monsieur M. semble endormi, respiration calme et régulière.	P.G.
Jour 2, 00h30	Monsieur M. est réveillé, a ouvert les yeux et se retourne dans le lit, respiration calme.	P.G.
Jour 2, 01h10	Monsieur M. toque à la porte et demande à sortir pour se promener. Il semble transpirer légèrement. Lui ai expliqué qu'il devait pour le moment rester dans la chambre. Il crie vouloir sortir immédiatement.	P.G.
Jour 2, 02h30	Monsieur M. semble dormir. Il est couché tranquillement sur le lit, respiration régulière.	P.G.
Jour 2, 03h30	Monsieur M. semble endormi	P.G.
Jour 2, 04h30	Monsieur M. semble endormi	P.G.
Jour 2, 05h30	Monsieur M. semble endormi	P.G.
Jour 2, 06h30	Monsieur M. semble endormi	P.G.
Jour 2, 7h40	Monsieur M. est réveillé et tape de la main sur le lit. Il dit qu'il n'a pas passé une bonne nuit, qu'il s'ennuie, que personne ne l'écoute et qu'il veut enfin sortir. Il ne peut plus rester assis sans bouger.	U.L.



Jour 2, 08h00	Ai accédé à la chambre sécurisée avec deux personnels soignants et apporté le petit déjeuner. Monsieur M. semble tendu, répète sans arrêt qu'il s'ennuie et qu'il veut sortir et aller courir. Lui ai expliqué que les paramètres vitaux allaient maintenant être mesurés et que la suite de la procédure allait être discutée lors de la visite. Monsieur M. refuse la prise de médicaments et ne peut être convaincu au cours de la discussion.	U.L.
Jour 2, 09h30	Monsieur M. semble agité, toque à la porte et appelle.	U.L.
Jour 2, 10h30	Monsieur M. semble agité, toque à la porte et appelle.	U.L.
Jour 2, 11h30	Ai accédé à la chambre sécurisée avec deux personnels soignants, débarrassé le repas. Mené une discussion concernant la prise de médicaments. Monsieur M. la rejette toujours. Agressif verbalement et crie.	U.L.
Jour 2, 13h00	Visite, voir processus de soins	U.L.
Jour 2, 13h45	Monsieur M. crie et se tape la tête contre le mur de manière répétée.	U.L.
Jour 2, 14h00	Médication forcée, voir processus de soins.	U.L.
Jour 2, 14h20	Monsieur M. crie et continue de se taper fortement la tête contre mur. Ne réagit pas à la communication verbale.	U.L.
Jour 2, 14h40	Mesure de contrainte, voir processus de soins.	U.L.
Jour 2, 15h30	Couché sur le lit, Monsieur M. crie toutes les deux minutes, semble un peu plus calme.	U.L.
Jour 2, 15h50	Tentative d'administrer p.o. la médication à prendre. Monsieur M. la refuse. Semble agité.	L.K.



3.2.3 Salle commune : salle à manger

Description générale de l'unité

Nous sommes actuellement dans une unité de psychiatrie aiguë pour adultes. L'unité dispose de 20 à 25 lits au maximum, avec des chambres à un ou deux lits. En outre, trois chambres sécurisées sont à disposition pour un setting fermé doté d'une possibilité de surveillance.

L'unité est gérée de manière ouverte et, dans les rares cas où cela n'est pas possible, de manière fermée.

Nombre de patient-e-s, sexe, âge	23 patient-e-s stationnaires (six femmes et 17 hommes). La tranche d'âge se situe entre 20 et 60 ans.
Diagnostics	Parmi ces patient-e-s » neuf souffrent de troubles affectifs, » sept de trouble psychiques du comportement dus à des substances psychotropes, » trois de schizophrénie et de troubles délirants, » quatre de troubles de la personnalité ou du comportement. Une tentative de suicide a eu lieu au cours des dernières semaines.
Composition de l'équipe de jour	L'équipe de jour se compose aujourd'hui de : » quatre infirmier-ère-s HES » un-e assistant-e en soins et santé communautaire » un-e assistant-e en soins et santé communautaire en formation

Situation actuelle

Vous vous trouvez actuellement dans la salle à manger de l'unité. Il est mercredi, environ 12 heures, et 16 patient-e-s sont attendus à la salle à manger pour le repas de midi. Une assistante en soins et santé communautaire en première année de formation encadre le repas de midi, car l'infirmière diplômée HES doit remettre un médicament en réserve.

Le menu hebdomadaire est affiché au mur de la salle à manger.

Évènements

- » Quatre patient-e-s jouent à un jeu de société à l'écart de la table.
- » Trois patient-e-s mangent dans leur chambre.
- » Deux patient-e-s mangent plus tard.
- » Sept patient-e-s sont attablés et consomment leur repas de midi.
- » Les patient-e-s suivants sont dans la salle à manger, mais ont refusé le repas / n'avaient pas faim : Madame A. Hering, Monsieur G. Vogel, Monsieur L. Lang, Madame F. Reber.

Indications pour la mise en place et le matériel

Lieu : la chambre des erreurs se déroule dans une unité de psychiatrie aiguë pour adultes dans la salle à manger.

Préparation du matériel (à l'avance) :

- Description de l'unité de psychiatrie aiguë pour adultes, salle commune (imprimer le formulaire en annexe, éventuellement autant d'exemplaires que de membres du groupe participant, les feuilles restent dans la pièce)
- Imprimer la note du service technique (annexe 19). (En absence de bouton d'urgence, l'erreur peut être laissée de côté)
- Imprimer le menu (annexe 20)
- Imprimer et découper la carte de repas (annexe 21)
- imprimer et découper les cartes de patient·e·s A, B, C, D, E, F, G, H (annexe 18)
- 6 à 7 x assiette, couteau, fourchette, cuillère, verre
- Jeu de société (p. ex. carte de Jass ou Hâte-te-toi lentement)
- Enregistrements audio (annexes 3 et 17). Un lecteur / tablette / smartphone par enregistrement audio
- Bouteille d'alcool ou faux THC (p. ex. épices vertes dans un sachet en plastique)
- Chariot de nettoyage ou produits de nettoyage chimiques
- Décoration florale (étoile de Noël, cyclamen ou amaryllis)
- Imprimer les instructions et le guide de débriefing (à l'att. de l'animatrice ou de l'animateur)
-
-
-
-

Préparation de la pièce (juste avant la réalisation) :

- Déposer la description de l'unité dans la salle à manger
- Table dressée pour 6 à 7 personnes. Répartir les cartes de patient·e·s A, B, C, D, E, F, G, H sur les assiettes. Veiller à placer les cartes de patient·e·s A et B soit vis-à-vis, soit côte à côte. L'enregistrement audio 17 est posé près de la carte de patient·e·s D.
- Placer un ustensile de cuisine dangereux (p. ex. un couteau) dans la salle à manger (p. ex. plan de travail)
- Dans un coin de la salle à manger ou sur le côté de la table, mettre en œuvre un jeu de société pour 2 à 4 personnes (p. ex. cartes de Jass). Placer l'enregistrement audio 3 à côté.
- Cacher une bouteille d'alcool ou du faux THC dans la salle à manger (p. ex. dans le pot de fleurs, le placard de cuisine)

- Remplir la note du service technique et la coller par-dessus le bouton d'urgence
- Placer le chariot de nettoyage / produits de nettoyage chimiques dans l'espace cuisine / repas
- Déposer de manière bien visible le menu dans la salle à manger
- Placer de manière bien visible la carte de repas dans la poubelle
- Placer la décoration florale dans la salle à manger
-
-
-
-

Erreurs et risques dissimulés

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
1.	Comportement de patient-e-s : autodestructeur / suicidaire	Couverts, verres et / ou ustensiles de cuisine sont accessibles pour l'ensemble des patient-e-s. Risque de comportement de mise en danger de soi et / ou d'autrui, et / ou de tentatives de suicide.	Dresser la table avec des couverts et des verres. Placer un couteau de cuisine – p. ex. sur le plan de travail de la cuisine ou dans le chariot de repas.
2.	Comportement de patient-e-s : agressivité	Un enregistrement audio indique qu'un patient est en train de perdre au jeu de société. S'ensuit une altercation verbale. Risque d'escalade de la violence.	Installer un jeu de société sur une table avec des joueurs-euse-s : cartes de patient-e-s B, C, D, E (annexe 18). L'enregistrement audio se trouve à côté (annexe 3).
3.	Comportement de patient-e-s : abus de médicaments / de drogue	THC et / ou alcool dissimulés sont un risque : (A) de non-respect de l'abstinence en cours de sevrage, (B) de déficience physique et psychique due à la consommation, (C) de déclenchement des autres patient-e-s par la présence de THC et d'alcool dans l'unité.	Cacher une bouteille d'alcool ou du faux THC (p. ex. épices vertes dans un sachet en plastique) dans la salle à manger, p. ex. dans un pot de fleurs ou dans les placards de la cuisine.
4.	Comportement de patient-e-s : abus de médicaments / de drogue	Le patient A ayant un problème de dépendance (sortie accompagnée uniquement) est assis à la table à côté du Patient B ayant un problème de dépendance (sortie non-accompagnée). Risque d'incitation mutuelle à consommer.	Placer les cartes de patient-e-s A et B (annexe 18) côte à côte ou face à face à table.
5.	Comportement de patient-e-s : compulsif, autodestructeur	La patiente F, atteinte de schizophrénie chronique, consomme 1 litre d'eau en 15 min. Risque d'hyperhydratation hypotonique.	Placer la carte de patient-e-s F (annexe 18) à la table
6.	Comportement : violation de la protection des données	La carte de repas d'un patient se trouve dans la poubelle. Risque de violation de la protection des données.	Placer la carte de repas (annexe 21) bien en vue dans la poubelle générale de la salle à manger.
7.	Infrastructure : système d'urgence défectueux	Bouton d'urgence de la salle à manger hors-service. Risque de mise en danger lors de situations d'urgence.	Coller la note du service technique / concierge (annexe 19) sur le bouton d'urgence.

8.	Infrastructure : décoration dangereuse	La décoration florale est un risque potentiel de consommation. La consommation d'une étoile de Noël p. ex. peut induire des troubles gastrointestinaux.	Placer les fleurs dans la pièce.
9.	Médicament : effet médicamenteux indésirable	30 min. avant le repas de midi, un-e patient-e s'injecte du Novorapid et ne mange pas ensuite. Risque hypoglycémie.	Identification de l'erreur sous <i>Situation actuelle</i> dans la description de l'unité et sur la carte de patient-e H (annexe 18).
10.	Médicament : effet médicamenteux indésirable	Le patient D s'étrangle plusieurs fois en mangeant et tousse. Le patient prend les médicaments Kepra et Urbanyl. Risque d'effet médicamenteux indésirable de troubles de la déglutition. Les médicaments d'action centrale comme notamment les antiépileptiques, anticholinergiques, antidépresseurs et sédatifs peuvent déclencher une dysphagie, respectivement renforcer des troubles de la déglutition.	Placer l'enregistrement audio à côté de la carte de patient-e-s D (annexe 17) avec la mention prise de Kepra et Urbanyl.
11.	Accidents de patient-e-s : empoisonnement par des substances chimiques ou autres.	Le chariot de nettoyage ou des produits de nettoyage chimiques sont accessibles à tout le monde dans la salle commune. Risque d'empoisonnement par des substances chimiques ou autres.	Le chariot de nettoyage se trouve dans la salle commune ou différents produits de nettoyage sont p. ex. sur le plan de travail de la cuisine ou dans le placard de la cuisine.
12.	Gestion des ressources : disponibilité / adéquation du personnel	Une personne en première année de formation d'ASSC surveille seule le repas de midi. Elle n'est pas qualifiée en cas d'urgence, d'escalade de violence.	Identification de l'erreur sous <i>Situation actuelle</i> dans la description de l'unité.
13.	Alimentation : mauvaise alimentation	La patiente C est allergique aux tomates. Le plat du jour avec viande comporte des spaghettis à la tomate. Risque de réaction allergique.	À la table, placer la carte de patient-e-s C (annexe 18) sur une assiette. Afficher le menu hebdomadaire (annexe 20) dans la salle à manger.
14.	Déroutement du quotidien : risque de confusion entre patient-e-s	Deux patient-e-s ont presque le même nom : Stucki, Simon et Stucki, Simone. Risque de confusion de patient-e-s.	Placer les cartes de patient-e-s B et C à la table dressée.



Matériel

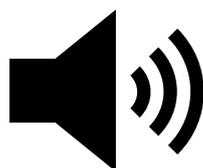
Annexe 3 : Enregistrement audio, jeu de société

L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie/>

Annexe 17 : Enregistrement audio, situation de patient-e-s repas

L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie/>

Le panneau d'information suivant peut être placé à côté du lecteur à titre d'indication :



**Enregistrement
audio disponible –
veuillez écouter.**



Annexe 18 : Cartes de patient-e-s A, B, C, D, E, F, G, H

Patient A

Nom : Probst, Alfonso
Date de naissance : 04.04.1950
Sortie / séjour : Uniquement sous surveillance
Diagnostics : F11.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, thérapie par méthadone
Médicaments de midi : Paracetamol 500 mg, Lorazepam 1 mg
Comportement : Fort craving
Menu / allergies : Viande / pas d'allergies

Patient B

Nom : Stucki, Simon
Date de naissance : 07.08.1989
Sortie / séjour : Non-accompagné
Diagnostics : F12.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. Psychothérapie exclusivement pour le moment
Médicaments de midi : –
Comportement : Discret
Menu / allergies : Végétarien / pas d'allergies



Patiente C

Nom : Stucki, Simone
Date de naissance : 12.11.1979
Sortie / séjour : Non-accompagnée
Diagnostics : F32.2 : Épisode dépressif sévère, tentative de suicide (il y a quinze jours),
thérapie par Venlafaxine
Médicaments de midi : –
Comportement : Baisse de la motivation et de l'attention
Menu / allergies : Viande / tomates

Patient D

Nom : Da Silva, Albert
Date de naissance : 06.08.1970
Sortie / séjour : Non-accompagné
Diagnostics : Épilepsie, F32.1 : Épisode dépressif moyen, sous traitée avec
Lévetiracétam et Clobazam
Médicaments de midi : –
Comportement : Baisse de la motivation
Menu / allergies : Viande / pas d'allergie

Patiente E

Nom : Abbasi, Maya
Date de naissance : 05.10.1987
Sortie / séjour : Non-accompagnée
Diagnostics : F31.0 : Trouble affectif bipolaire thérapie avec du Lithium
Médicaments de midi : –
Comportement : Maniaque, automutilation
Menu / allergies : Viande / pas d'allergies



Patiente F

Nom : Moser, Heidi
Date de naissance : 18.03.1983
Sortie / séjour : Accompagnée
Diagnostics : F20.0 : Schizophrénie chronique, thérapie par Quétiapine
Médicaments de midi : Temesta 1 mg
Comportement : A consommé un litre d'eau en 15 min.
Menu / allergies : Viande / allergique aux poires

Patient G

Nom : Gerber, Jonas
Date de naissance : 26.07.1990
Sortie / séjour : Non-accompagné
Diagnostics : F60.31 : Type borderline, Aripiprazole contre les accès de colère
Médicaments de midi : –
Comportement : Trouble du contrôle des impulsions, automutilation
Menu / allergies : Viande / aucune allergie

Patiente H

Nom : Hering, Anna
Date de naissance : 14.03.1973
Sortie / séjour : Non-accompagnée
Diagnostics : F32.2 : Épisode dépressif sévère, diabète sucré type 1, thérapie par Fluoxétine, substitution d'insuline
Médicaments de midi : Injection de Novorapid s.c. à 11h30
Comportement : Souffre de maux de tête et ne prend le repas de midi que plus tard.
Menu / allergies : Viande / aucune



L'interrupteur d'urgence ne fonctionne pas

**(Le service de maintenance a
été informé le _____)**



Annexe 20 : Menu

MENU HEBDOMADAIRE		
	Menu viande	Menu végétarien 
Lundi	Boulettes de viande avec sauce à rôtir, purée de pommes de terre et petits pois aux carottes	Tarte aux asperges à la crème aigre et petits pois-carottes.
Mardi	Blanc de poulet grillé, risotto à l'ail des ours et choufleur	Risotto à l'ail des ours, choufleur et copeaux de parmesan
Mercredi	Piccata de longe de porc, spaghetti à la tomate et courgettes	Piccata d'endives, spaghetti à la tomate et courgettes
Judi	Émincé de dinde au curry rouge, riz au jasmin et légumes cuits au wok	Pois chiches au curry rouge, riz au jasmin et légumes cuits au wok
Vendredi	Filet d'omble accompagné de pommes de terre à l'eau et sauce au safran	Gratin dauphinois et ratatouille
Samedi	Lasagnes au four	Lasagnes aux légumes
Dimanche	Osso buco et sa gremolata avec riz au safran et courgettes aux herbes	Cordon-bleu à la courgette et au fromage, choucroute à la crème et tomate grillée

Annexe 21: Carte de repas

Unité de soins psychiatriques aigus pour adultes	Repas de midi
Nom: Vogel, Günter	900000000480
Alimentation normale	
A	1 Piccata d'endives, spaghettis à la tomate et courgettes



3.3 Scénario secteur de gériopsychiatrie

3.3.1 Chambre de patient-e-s : Cas Monsieur Humbert

Informations de base

Nom : Humbert **Prénom :** Thomas **Date de naissance :** 26.09.1962

Attitude de réanimation :

Statut des sorties / statut de séjour : accompagné / proches

Évaluation de la suicidalité : risque faible **Danger pour autrui :** risque faible

Statut juridique : séjour volontaire **CAVE :** aucun connu

Diagnostics

- F10.4 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage
- F03.9G V Présomption de début de démence
- K74.2 Fibrose hépatique sans précisions
- F91 Trouble des conduites
- F20.0 Schizophrénie paranoïde
- I11 Cardiopathie hypertensive
- N40.1 Hyperplasie bénigne de la prostate avec symptômes des voies urinaires inférieures, porteur permanent d'une sonde
- E11 Diabète sucré de type 2
- D50.9 Anémie par carence en fer, sans précision

Situation actuelle

Entrée due à un état de négligence, le patient a été recueilli en ville par la police, couvert d'urine et d'excréments. Désorienté, il a perdu la notion du temps et de la situation. Monsieur H. dit avoir perdu 6 kilos durant les trois derniers mois et l'avoir remarqué parce que son pantalon était trop grand. Dernière hospitalisation en mars 2024.

Rapport psychopathologique

Apparence : négligée. Les habits sont sales et dégagent une forte odeur. Ses cheveux sont gras, il n'est pas rasé et a de la saleté sous ses ongles.

Conscience et orientation : lors de l'examen, Monsieur H. présente des troubles de la conscience au sens d'une obnubilation et est désorienté par rapport au temps et à la situation. Délires paranoïdes, hallucinations auditives et visuelles ne peuvent être définitivement exclues.

Pensées : les troubles de l'attention et de la mémoire suivants ont pu être établis : concentration, capacité intellectuelle, mémoire et compréhension. Pensée formelle anormale : ralentissement, complexité et persévération.



Affectivité : affectivité perturbée, humeur dépressive, intérieurement agité et sentiments d'insuffisance. Re-trait social et négligence de l'hygiène corporelle, diminution de l'activité.

Conscience de la maladie et motivation : absence de conscience de la maladie

Situation sociale : Monsieur H. est divorcé et n'a aucun contact avec ses deux enfants. Il est sans travail et touche une rente complète. Il habite dans un appartement d'une pièce et demie près de la gare. L'appartement est dans un état d'abandon. Jusqu'il y a quelques semaines, Monsieur H. se rendait deux fois par semaine en clinique psychiatrique de jour.

Marche à suivre

- » Stabiliser l'état général, y compris sevrage de l'alcool
- » Rechercher une solution appropriée pour la suite

Médicaments

Médicaments fixes :	Matin	Midi	Soir	Nuit
Alfuzosine 10 mg Retard cp. p.o.	1	0	0	0
Clopin Eco cp. 100 mg p.o.	0	0	1	0
Becozym forte Drag p.o.	1	0	0	0
Vitamine B1 Streuli cp. 300 mg p.o.	1	0	0	0
Metformine cp. 1000 mg p.o.	1	1	1	0
Pantoprazole cp. 20 mg p.o., 7h00	1	0	0	0
Perindopril – Amlodipine cp.10 mg / 10 mg p.o., 07h00	1	0	0	0
Resource Drink Protein unité p.o. 200 ml	1	0	1	0

Médicaments en réserve

Sevrage / Agitation	Temesta 2.5 mg p.o. cp. orodisp max. 4 x / 24h
Idées délirantes	Haldol gtt 2 mg / ml p.o., 10 gtt max. 3 x / 24h

Prescription pour les soins

Tension artérielle (mmHg) / pouls	1 x / jour
Glycémie	1 x / jour
Température (°C)	1 x / jour
Poids (kg)	1 x / semaine
Alimentation	Alimentation adaptée pour diabétique
Mobilisation	Utilise un déambulateur
Sonde	Remplacer 1 x / mois à l'hôpital



Graphique

Paramètre	Jour 5		Jour 6	
	Entrée	Soir	Matin	Midi
Taille (cm)				
Poids (kg)	53			
IMC (kg / m ²)				
Température (°C)	36.8		36.4	
Tension artérielle (mmHg)	168 / 92		158 / 95	
Pouls	94	93	94	
Selles		Oui		Oui
Glycémie (mml / l)		11.8		
Sonde à demeure (ml)		1200		jusqu'ici 3500

Diagnostics infirmiers

	Diagnostic	Facteurs de risque / facteurs favorisants	Objectif	Mesures
1	Processus de pensées modifié	Abus d'alcool de longue date, trouble mental	Monsieur H. présente des modifications de son mode de vie. Monsieur H. reconnaît l'influence de l'alcool sur sa capacité de réflexion	Élaborer une structure du quotidien avec Monsieur H. Alcool : abstinence totale Éducation à la gestion des symptômes de sevrage
2	Déficit d'autonomie en matière de soins corporels	Maladie psychique	Monsieur H. prend soin de son corps et de son apparence selon ses ressources	Convenir d'un moment le matin pour les soins corporels Soutenir Monsieur H. lors des soins corporels par des instructions verbales. Accompagner les mouvements si nécessaire.
3	Malnutrition	Importante perte de poids involontaire, IMC 15.8	Stabilisation du poids ; prise de poids durant le séjour	Commander des collations Motiver Monsieur H. à manger Tenir un protocole des repas



Processus de soins

Date	Heure	Thème	Processus de soins
Jour 5	09h00	Soins corporels	Monsieur H. dit avoir passé une nuit moyenne. A réalisé les soins corporels avec de l'aide ; Monsieur H. ne voulait laver que le visage et les parties intimes.
	13h00	Déroulement routine équipe du matin	Monsieur H. semble calme et séjourne principalement dans la chambre. Urine normale, 650ml vidés.
	18h25	Comportement	Monsieur H. passe la soirée en soins aigus ; il était la plupart du temps dans la chambre. Se manifeste si nécessaire. Facile à gérer.
Jour 6	06h15	Déroulement routine équipe de nuit	Monsieur H. était encore réveillé lors de la première ronde. il dit n'avoir besoin de rien. Il a reçu encore du Temesta 2.5 mg durant la nuit, car il était assez agité et se rendait de manière répétée dans d'autres chambres.
	08h00	Soins corporels	Monsieur H. refuse les soins corporels et veut les réaliser plus tard. Vidé la poche d'urine (1000 ml). Apporté une plus grande bouteille d'eau à sa demande. Monsieur H. dit à l'ASSC en formation qu'elle est très jolie et qu'il aimerait l'épouser.
	10h00	Comportement	L'ASSC en formation change les draps. Le patient semble tendu et déambule sans arrêt dans la chambre. Médicament de réserve administré. Monsieur H. dit n'avoir besoin de rien d'autre.
	15h30	Comportement	Durant l'après-midi, Monsieur H. était collant et désorienté. Il voulait en permanence aller dans la chambre d'un autre patient. Plus tard, Monsieur H. a reçu la visite de sa mère. Il semble beaucoup plus calme après la visite. Le patient dit avoir des nausées et n'avoir pas pris son repas de midi pour cette raison. Poche d'urine vidée (1550 ml).
	17h30	Comportement	Monsieur H. aimerait prendre son repas du soir dans la chambre. L'ASSC en formation lui apporte son repas dans la chambre et à sa demande deux grandes bouteilles d'eau. Le patient est désorienté, dit vouloir l'épouser et passe sa main sur son bras.
	19h00	Soins corporels	Monsieur H. dit vouloir réaliser sa toilette du soir plus tard, car il est encore réveillé. Poche à urine vidée (950 ml).

Indications pour la mise en place et le matériel

Lieu : la chambre des erreurs se déroule dans une chambre de patient-e-s d'une unité de gériopsychiatrie.

Préparation du matériel (à l'avance) :

- Exemples de cas : gériopsychiatrie dans la chambre de patient-e-s (imprimer le formulaire en annexe, éventuellement autant d'exemplaires que de membres du groupe participant ; les pages restent dans la pièce)
- Annoter le godet à médicaments et le couvercle avec *Monsieur Humbert*, contenu 5 ml de liquide (p. ex. de l'eau)
- Imprimer le protocole de repas (annexe 22)
- Imprimer les résultats de laboratoire (annexe 23)
- Poche à urine, liquide pour urine artificielle (p. ex. camomille), support pour la sonde
- Imprimer les instructions et le guide du débriefing (à l'att. de l'animatrice ou de l'animateur)
-
-
-
-
-
-
-

Préparation de la pièce (juste avant la réalisation) :

- Ajouter les résultats de laboratoire au dossier de patient-e-s
- Ajouter le protocole de repas au dossier de patient-e-s
- Placer l'exemple de cas dans la chambre de patient-e-s
- Placer le godet à médicaments, y-compris le couvercle annoté et le contenu, sur la table de nuit
- Placer la sonde vésicale au-dessus du niveau de la vessie
-
-
-
-
-

Erreurs et risques dissimulés

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
1.	Médication : dosage erroné	Administration d'Haldol gtt 10 ml au lieu des 10 mg prescrits. Risque de surdosage d'un médicament.	Identification de l'erreur sous <i>Médicaments en réserve</i> dans le dossier de patient-e-s ainsi que grâce au godet à médicaments placé sur la table de nuit.
2.	Procédure de soins : non-réalisée malgré l'indication	Le patient souffrant de diabète sucré se plaint de nausées, sensation de soif plus élevée et polyurie. Glycémie élevée le 5 ^e jour, aucune mesure ou suivi. Aucune mesure de glycémie documentée le 6 ^e jour. Risque de crise d'hyperglycémie avec complications potentielles.	Identification de l'erreur sous <i>Procédure de soins</i> (symptômes) et <i>Graphique</i> (absence de valeurs de glycémie) dans le dossier de patient-e-s
3.	Médication : contre-indication	Le patient souffre de délirium par suite d'abus d'alcool et d'une cirrhose. Malgré tout, prescription de Metformine. Risque d'acidose lactique.	Identification de l'erreur sous <i>Diagnostics</i> et sous <i>Médicaments</i> dans le dossier de patient-e-s.
4.	Procédure de soins : absence d'analyse de laboratoire	Le patient a une prescription de Clopin. Même après une situation stable de plus de 12 mois, un contrôle de laboratoire est nécessaire au moins une fois par mois. Risque d'agranulocytose.	Identification de l'erreur sous <i>Médicaments</i> et sous <i>Résultats de laboratoire</i> (annexe 23) dans le dossier de patient-e-s
5.	Comportement du patient : absence de distanciation	Le patient répète à plusieurs reprises à l'ASSC qu'il aimerait l'épouser et lui touche le bras. Risque d'absence de distanciation et de dépassement des limites vis-à-vis du personnel.	Identification de l'erreur sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s.
6.	Organisation : répartition inadéquate des tâches	L'ASSC en formation se retrouve en situation d'absence de distanciation. Risque de mise en danger d'une personne non formée.	Identification de l'erreur sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s.
7.	Procédure de soins : poche de la sonde vésicale placée inadéquatement	La poche de la sonde vésicale est placée au-dessus du niveau de la vessie. Risque A) de reflux urinaire et B) d'infection des voies urinaires.	Fixer une sonde vésicale remplie de fausse urine (p. ex. de la camomille) au-dessus du niveau de la vessie, p. ex. à une chaise ou un déambulateur.

8.	Procédure de soins : traitement inadéquat	Les analyses de laboratoire indiquent une infection des voies urinaires. Aucune mesure n'a été prise. Risque d'absence de traitement adéquat.	Identification de l'erreur sous <i>Résultats de laboratoire</i> (annexe 23) dans le dossier de patient-e-s
9.	Documentation : indication erronée dans le protocole des repas	Patient dit n'avoir pas pris son repas de midi à cause de nausées. Une portion complète est documentée dans le protocole des repas. Risque de traitement inadéquat de la malnutrition.	Identification de l'erreur sous <i>Processus de soins</i> dans le dossier de patient-e-s et dans le protocole des repas (annexe 22).
10.	Documentation : évaluation manquante	Le patient a été hospitalisé, entre autres, en raison d'un sevrage alcoolique. Cependant, aucune évaluation du sevrage alcoolique n'est présente dans la documentation. Il n'est pas clair si la médication de réserve pour le sevrage est suffisante ou si une médication fixe serait indiquée. Risque de traitement inadapté.	Identification de l'erreur sous <i>Médicaments</i> dans le dossier patient-e-s.

Erreurs et risques supplémentaires

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
a.	Accidents de patient-e-s : risque de chutes	Freins du déambulateur dans la chambre non-bloqués.	Ne pas verrouiller le déambulateur
b.	Documentation : prescriptions incomplètes	Attitude de réanimation non-prescrite.	Identification de l'erreur sous <i>Informations de base</i> dans le dossier de patient-e-s
c.	Comportement de patient-e : abus de médicaments / drogue.	Le patient, souffrant de délirium par suite d'abus d'alcool et d'une cirrhose, a de l'alcool dans la chambre. Risque de non-respect de l'abstinence d'alcool et de déroulement inadéquat du traitement.	Cacher une bouteille d'alcool / une flasque vide dans la chambre de patient-e-s.
d.	Déroulement du quotidien : contrôle à l'entrée réalisé inadéquatement	Lors de l'entrée, l'alcool n'a pas été trouvé. On peut donc supposer que le contrôle était insuffisant.	Cacher une bouteille d'alcool / une flasque vide dans la chambre de patient-e-s.
e.	Déroulement du quotidien : réalisation inadéquate	Le patient ne peut s'annoncer par la sonnette en cas de nécessité.	Ne pas installer la sonnette correctement (p. ex. ne pas brancher la prise).
f.	Comportement de patient-e-s : état de négligence	Une protection usagée dans la chambre de patient-e-s indique un risque de négligence.	Placer une protection salie (p. ex. à la craie brune) dans la chambre / salle de bain.
g.	Alimentation : alimentation inadéquate	Des emballages vides de chocolat / Läckkerli se trouvent dans la poubelle d'un patient atteint de diabète sucré. Risque d'hyperglycémie.	Plusieurs emballages vides de chocolat / Läckkerli peuvent être découverts dans la poubelle de la chambre de patient-e-s.
h.	Alimentation : alimentation inadéquate	Un emballage vide de Läckkerli se trouve dans la poubelle d'un patient souffrant d'abus d'alcool. Risque de consommation cachée / involontaire d'alcool (Kirsch).	Placer un emballage vide de Läckkerli dans la poubelle de chambre de patient-e-s.



Matériel

Annexe 22 : Protocole des repas

Données de patient-e-s

Nom : Humbert

Prénom : Thomas

Date de naissance : 26.09.1962

Date	Repas	(Presque) rien	Peu	La moitié	Presque tout	Tout	Visa
Jour 5	Petit-déjeuner						
	Repas midi						
	Repas soir			X			L.O.
	Autre						
Jour 6	Petit-déjeuner			X			A.G.
	Repas midi					X	A.G.
	Repas soir				X		L.O.
	Autre						
	Petit-déjeuner						
	Repas midi						
	Repas soir						
	Autre						
	Petit-déjeuner						
	Repas midi						
	Repas soir						
	Autre						



Annexe 23 : Résultats de laboratoire

Pat. : Humbert Thomas			Né le : 26.09.1962, M						
Cas-N° : 27344									
Rapport cumulatif									
Numéro d'ordre		10072412			10072424				
Date de prélèvement		15.03.2024			Jour 2				
Heure de prélèvement		07:00			06:11				
Date		15 mars			Jour 2				
Heure		14:27		13:01					
D3 Archives									
* résultat externe *					[d3]				
		Valeurs de référence		Unité					
Hématologie									
Leucocytes [ZLM]	4.0-10.0	G / l	5.0						
Érythrocytes [ZLM]	4.6-6.4	T / l	3.7↓	4.4↓					
Hémoglobine [ZLM]	140-180	g / l	126↓	136↓					
Hématocrites [ZLM]	0.40-0.54	l / l	0.37↓	0.40					
MCV [ZLM]	80-95	fl	101↑	92					
MCH [ZLM]	27-31	pg	34↑	31					
MCHC [ZLM]	310-360	g / l	338	339					
Thrombocytes [ZLM]	150-300	G / l	106↓	217					
Neutrophile % [ZLM]	25.0-78.0	%	81.3↑						
Éosinophile [ZLM]	<8.0	%	0.0						
Basophile [ZLM]	<2.0	%	0.9						
Lymphocytes [ZLM]	20.0-52.0	%	5.8↓						
Monocytes [ZLM]	2.0-12.0	%	12.0						
Chimie									
TSH [ZLM]	0.25-4.00	mIU / l	9.33↑	1.38					
Sodium [ZLM]	136-145	mmol / l	140						
Potassium [ZLM]	3.5-5.1	mmol / l	3.5						
Calcium total [ZLM]	2.00-2.60	mmol / l	2.13	2.48					
Albumine [ZLM]	34-48	g / l	34.5	43.7					
Glucose [ZLM]	3.9-5.6	mmol / l	8.2↑						
Créatinine [ZLM]	<115	μmol / l	72						
GFR(CKD-EPI)	>60	ml/min/1.73m ²	>90						



GGT [ZLM]	<65	U/l	269↑	103↑					
ALAT (GPT) [ZLM]	<55	U/l	73↑						
Créatinine kinase [ZLM]	<170	U/l	92	78					
CRP sérum [ZLM]	<8	mg/l	40↑	9↑					

Status urinaire

Collecte d'urine [ZLM]			MSU						
Poids spécifique [ZLM]	1.010-1.030	kg/l	1.020						
pH [ZLM]	5-8		7.6						
Leucocytes pro ul [ZLM]			pos.						
Nitrite [ZLM]			pos.						
Protéine g/l [ZLM]			pos.						
Glucose g/l [ZLM]			(+)						
Corps cétoniques [ZLM]			(-)						
Urobilinogène mg/dl [ZLM]			3+						
Bilirubine i.U. [ZLM]			nég.						
Hémoglobine Ery/ul [ZLM]			nég.						

Drogues

Opiacés [ZLM]			nég.						
cocaïne [ZLM]			nég.						
Cannabis [ZLM]			nég.						
[ZLM] Benzodiazépines			pos.*						
Amphétamine [ZLM]			nég.						
Créatinine [ZLM]	>10	mg/dl	135						



3.3.2 Salle commune : salle à manger

Description générale de l'unité

Nous nous trouvons actuellement dans une unité de gérontopsychiatrie. L'unité dispose de 25 lits au maximum, avec des chambres à un ou deux lits. L'unité est gérée de manière fermée.

Nombre de patient-e-s, sexe, âge	22 patient-e-s stationnaires (treize femmes et neuf hommes). La tranche d'âge se situe entre 59 et 87 ans.
Diagnostics	Parmi ces 22 patient-e-s » deux souffrent de troubles mentaux et du comportement liés aux sédatifs et hypnotiques ou à l'alcool : syndrome de dépendance, » cinq de schizophrénie paranoïde, schizophrénie catatonique, troubles schizo-affectifs, » quatre d'un épisode dépressif lourd, symptômes psychotiques, » deux d'un trouble dépressif récurrent, » deux d'un trouble affectif organique de l'humeur, » trois d'un trouble affectif bipolaire, » deux d'une personnalité émotionnellement labile : type impulsif, » deux de démence de la maladie d'Alzheimer.
Composition de l'équipe de jour	Pour aujourd'hui, l'équipe de jour se compose comme suit : » un-e chef-fe d'unité suppléant-e soins infirmiers HES » deux infirmier-ère-s diplômés HES » deux assistant-e-s en soins et santé communautaire » une assistante en soins et santé communautaire en formation

Situation actuelle

Vous vous trouvez actuellement dans la salle à manger de l'unité. Il est environ 10h30, après le petit-déjeuner, et six patient-e-s se trouvent encore dans la pièce. Une assistante en soins et santé communautaires en formation encadre la pièce.

Évènements

- » Quatre patient-e-s sont assis à table et déjeunent encore.
- » Un patient lit le journal à la table du petit-déjeuner.
- » Une patiente a terminé son petit-déjeuner et boit encore son café.
- » Une assistante en soins et santé communautaires en formation débarrasse la table du petit-déjeuner et nettoie une place qui s'est libérée à table.
- » Un ergothérapeute en formation arrive et souhaite venir chercher la patiente qui termine de boire son café. Celle-ci a été informée à l'avance ce matin que la thérapie débiterait à 10h30 (comme tous les jours). Malgré cela, elle s'y oppose, prétexte des maux de dos et dit qu'elle ne peut pas travailler. Elle devient agressive verbalement et une altercation avec une autre patiente s'ensuit.

Indications pour la mise en place et le matériel

Lieu : la chambre des erreurs se déroule dans la salle à manger d'une unité de gériopsychiatrie.

Préparation du matériel (à l'avance) :

- Description de l'unité : gériopsychiatrie, dans la salle à manger (imprimer le formulaire en annexe, éventuellement autant d'exemplaires que de membres du groupe participant, les feuilles restent dans la pièce)
- Imprimer la note du service technique (annexe 26)
- Imprimer la carte de repas (annexe 27)
- Imprimer les cartes de patient-e-s A, B, C, D, E, F (annexe 25)
- Préparer le déambulateur
- Préparer 6 à 7 x assiette, couteau, fourchette, cuillère, verre, couteau à pain, etc.
- Préparer un journal
- Télécharger l'enregistrement audio (annexe 24), préparer lecteur / tablette / smartphone
- Préparer la bouteille d'alcool ou les faux médicaments (p. ex. des tic tac)
- Préparer le chariot de nettoyage ou les produits de nettoyage chimiques
- Préparer la poche de la sonde vésicale, le liquide pour la fausse urine (p. ex. de la camomille), préparer le support pour la fixation au déambulateur
- Préparer du yaourt à la fraise
- Préparer la décoration florale (étoile de Noël, cyclamen ou amaryllis)
- Préparer le verre d'eau
- Étiqueter le plateau de médicaments et les 6 distributeurs de médicaments selon les noms des cartes de patients et les remplir avec les différents médicaments. Préparer du Movicol pour Monsieur Mehmet Yilmaz
- Imprimer les instructions et le guide de débriefing (à l'att. de l'animatrice ou de l'animateur)
-
-
-

Préparation de la pièce (juste avant la réalisation) :

- Déposer la description de l'unité dans la salle à manger
- Dresser la table pour 6 personnes avec assiette, couteau, fourchette, cuillère, verre, etc., répartir les cartes de patient-e-s A, B, C, D, E, F sur les assiettes dressées ; il importe de faire en sorte que la carte de patient-e A soit placée au bord de la table, à côté du déambulateur qui n'a pas été bloqué.

- Remplir la note du service technique et la coller par-dessus le bouton d'urgence
- Placer de manière bien visible la carte de repas dans la poubelle
- Placer un ustensile de cuisine dangereux (p. ex. couteau à pain) dans la salle à manger (p. ex. sur le plan de travail)
- Placer l'enregistrement sonore à côté des cartes de patientes D et B
- Verser de l'eau sur le sol et renverser le verre à côté
- Cacher la bouteille d'alcool ou le médicament dans la salle à manger (p. ex. dans le pot de fleurs, le placard de la cuisine)
- Suspendre la poche de la sonde vésicale remplie au déambulateur (au-dessus du niveau de la vessie)
- Placer le chariot de nettoyage ou les produits de nettoyage chimiques dans l'espace cuisine / repas
- Placer le plateau de médicaments avec les distributeurs de médicaments à la portée de tout le monde sur la table à manger.
- Placer la décoration florale dans la salle à manger
-
-
-

Erreurs et risques dissimulés

	Type d'erreur / de risque selon classification de l'OMS	Description	Mise en œuvre
1.	Déroutement du quotidien : risque de comportement auto-destructeur / suicidaire / dangereux pour autrui	Couverts, verres et / ou ustensiles de cuisines sont accessibles à l'ensemble des patient-e-s. Risque de comportement autodestructeur, suicidaire, dangereux pour autrui.	Dresser la table avec des couverts et des verres. Placer également un couteau à pain, p. ex. sur le plan de travail de la cuisine.
2.	Accidents de patient-e-s : risque de chutes	Un déambulateur non bloqué se trouve à côté de la table de la salle à manger. Risque de chutes.	Placer un déambulateur non-verrouillé à côté de la table de la salle à manger.
3.	Accidents de patient-e-s : risque de chutes	La boisson renversée a mouillé le sol. Risque de chutes.	Renverser un verre au sol avec du liquide autour.
4.	Comportement de patient-e-s : abus de médicaments / drogue	Des drogues ou des médicaments cachés sont un risque (A) de non-respect de l'abstinence en cours de sevrage, (B) de déficience physique et psychique due à la consommation, (C) de déclenchement des autres patient-e-s par la présence d'alcool dans l'unité.	Cacher une bouteille d'alcool / un médicament dans la salle à manger, p. ex. dans un pot de fleurs ou dans les placards de la cuisine.
5.	Comportement : violation de la protection des données	La carte de repas d'un patient se trouve dans la poubelle. Risque de violation de la protection des données.	Placer la carte de repas (annexe 27) bien en vue dans la poubelle générale de la salle à manger.
6.	Accidents de patient-e-s : empoisonnement par des substances chimiques ou autres	Le chariot de nettoyage ou des produits de nettoyage chimiques sont accessibles à tout le monde dans la salle à manger. Risque d'empoisonnement par des substances chimiques ou autres.	Placer le chariot de nettoyage au bord de la salle à manger ou différents produits de nettoyage sur le plan de travail de la cuisine ou dans le placard de la cuisine p. ex.
7.	Gestion des ressources : adéquation du personnel	L'enregistrement audio indique qu'un ergothérapeute en formation souhaite venir chercher une patiente pour une session de thérapie. La patiente refuse la thérapie et est agressive verbalement. Risque que le personnel non formé soit dépassé.	Placer l'enregistrement audio (annexe 24) à côté de la carte de patient D (annexe 25).

8.	Comportement de patient-e-s : agression	L'enregistrement audio indique une altercation verbale entre deux patientes. Risque d'escalade de violence.	Placer l'enregistrement audio (annexe 24) sur la table.
9.	Gestion des ressources : disponibilité / adéquation du personnel	Une ASSC en formation surveille seule le petit déjeuner dans la salle à manger. Risque de réaction inadéquate en cas de situation d'urgence, escalade de violence.	Identification de l'erreur sous <i>Situation actuelle</i> dans le descriptif de l'unité.
10.	Infrastructure : système de secours défectueux	Bouton d'urgence de la salle à manger hors-service. Risque de mise en danger lors de situations d'urgence.	Coller la note du service technique / concierge (annexe 26) sur le bouton d'urgence.
11.	Procédure de soins : placement inadéquat de la poche de la sonde vésicale	Une poche de sonde vésicale est placée au-dessus du niveau de la vessie. Risque A) de reflux urinaire et B) d'infection des voies urinaires.	Accrocher une poche de sonde vésicale remplie d'urine artificielle (p. ex. camomille) au déambulateur au-dessus du niveau de la vessie.
12.	Alimentation : mauvaise alimentation	Malgré une allergie aux fraises connue, un yaourt aux fraises est servi à la patiente B.	Placer la carte de patient-e-s B (annexe 25) et un yaourt à la fraise sur la table dressée.
13.	Déroulement du quotidien : risque de confusion de patient-e-s	Deux patient-e-s ont la même année de naissance et le même nom de famille. Risque de confusion de patient-e-s.	Placer les cartes de patient-e-s B et C (annexe 25) sur la table dressée.
14.	Médication : contre-indication	Du Movicol est préparé pour le Patient E. en raison d'une constipation. Risque de médication inadéquate en raison d'une faible prise de liquide.	Placer la carte de patient-e-s E (annexe 25) sur la table dressée. Placer le Movicol dans le distributeur de médicaments correspondant sur la table.
15.	Comportement du personnel : gestion inadéquate des médicaments	Le plateau de médicaments est <i>brièvement</i> laissé sans surveillance dans la salle à manger. Risque A) de prise, confusion ou vol du médicament par des patient-e-s, B) de violation de la protection des données.	Placer le tableau de médicaments avec six distributeurs de médicaments de manière accessible à tout le monde sur la table.
16.	Infrastructure : décoration dangereuse	La décoration florale est un risque potentiel de consommation. Consommer une étoile de Noël p. ex. peut induire des symptômes gastriques et intestinaux.	Placer les fleurs dans la pièce.

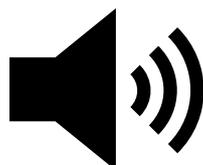


Matériel

Annexe 24 : Enregistrement audio, ergothérapie

L'enregistrement audio est téléchargeable : <https://patientensicherheit.ch/fr/chambre-des-erreurs-psychiatrie/>

Le panneau d'information suivant peut être placé à côté du lecteur à titre d'indication :



**Enregistrement
audio disponible –
veuillez écouter.**



Annexe 25 : Cartes de patient-e s A, B, C, D, E, F

Patiente A

Nom : Tanner, Rosalie
Date de naissance : 23.06.1952
Sortie / séjour : Uniquement accompagnée
Diagnostic : F33.1 : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sonde urinaire chronique
Comportement : Adapté
Menu / allergies: Viande

Patiente B

Nom : Perez, Henriette
Date de naissance : 17.11.1943
Sortie / séjour : Aucune sortie
Diagnostic : F20.0 : Schizophrénie paranoïde
Comportement : Adapté
Menu / allergies: Viande / allergique à fraises

Patiente C

Nom : Perez, Rosa
Date de naissance : 04.02.1943
Sortie / séjour : Uniquement accompagnée
Diagnostic : F00 : Démence de la maladie d'Alzheimer
Comportement : Fluctuant
Menu / allergies: Végétarien



Patiente D

Nom : Rousseau, Camille
Date de naissance : 01.05.1964
Sortie / séjour : Aucune sortie
Diagnostic : F60.30 : Personnalité émotionnellement labile : type impulsif
Comportement : Fluctuant
Menu / allergies: Viande

Patient E

Nom : Yilmaz, Mehmet
Date de naissance : 26.07.1956
Sortie / séjour : Uniquement accompagné
Diagnostic : F33.1 : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
Comportement : Boit très peu, adapté
Menu / allergies: Viande / allergique à kiwis

Patient F

Nom : Russo, Giuseppe
Date de naissance : 31.05.1959
Sortie / séjour : Aucune sortie
Diagnostic : F20.0 : Schizophrénie paranoïde
Comportement : Adapté
Menu / allergies: Végétarien



Annexe 26 : Écriteau de panne

L'interrupteur d'urgence ne fonctionne pas

(Le service de maintenance a
été informé le _____)

Annexe 27: Carte de repas

Unité de soins psychiatriques aigus pour adultes Nom: Vogel, Günter	Repas de midi 900000000480
Alimentation normale	
A	1 Piccata d'endives, spaghettis à la tomate et courgettes

4

**Outils destinés
à la mise en œuvre
à utiliser pour
toutes les pièces**

4.2 Instructions pour les participant-e-s

Check-list pour la personne responsable. Les informations suivantes doivent être communiquées aux participant-e-s avant la recherche d'erreurs dans la chambre des erreurs (*informations en italique, le cas échéant*) :

Instructions générales au début de la formation (5 à 10 minutes)	
Quel est le but de la formation ?	<ul style="list-style-type: none"> » Chaque jour, des erreurs sont commises ou évitées de justesse dans le système de santé, et les patient-e-s sont exposé-e-s à divers risques. C'est aussi le cas dans les psychiatries. Pour servir nos patient-e-s avec la plus grande sécurité possible, nous devons éviter autant que possible ces risques et erreurs, ou les détecter à temps. » La chambre des erreurs est une simulation lors de laquelle les professionnel-le-s de la santé sont rendu-e-s attentif-ive-s aux erreurs et aux risques pour la sécurité des patient-e-s. La capacité d'observation en contexte réel est exercée, et la conscience des risques concrets pour la sécurité s'en trouve aiguisée.
Où se trouve la chambre des erreurs ?	<ul style="list-style-type: none"> » Imaginez qu'il y ait un fonctionnement quotidien sur une station de psychiatrie, et que plusieurs choses viennent de se passer en même temps. C'est comme si on appuyait sur <i>pause</i>. » La chambre des erreurs se joue dans les espaces suivants de notre psychiatrie : ... Dans ces pièces sont cachés des erreurs et des risques réels.
Quelle est votre tâche ?	<ul style="list-style-type: none"> » Vous cherchez toutes les erreurs et les risques pour la sécurité des patient-e-s. La plupart des erreurs sont liées à un <i>cas principal</i> exhaustif et fictif, tandis que d'autres risques se trouvent à proximité. » La chambre des erreurs est une formation ludique, ce n'est pas un examen. » Vous avez ... minutes <i>par pièce</i> pour trouver les erreurs. » <i>Puis vous passerez à la pièce suivante. Je vous avertirai quand vous devrez changer de pièce.</i> » Vous entrez dans la pièce en groupe. Libre à vous de former un groupe, si vous le souhaitez, et de décider de son organisation.
Matériel et documentation	<ul style="list-style-type: none"> » Pour chercher les erreurs, chacun-e d'entre vous reçoit : fiche de saisie des erreurs, stylo et éventuellement support pour écrire. » Chacun-e d'entre vous note les erreurs trouvées sur sa fiche de saisie individuelle et anonyme. Chaque pièce a sa fiche séparée.
<i>S'il y a plusieurs groupes ou plusieurs tours</i>	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Ne corrigez aucune erreur. Ne touchez rien, ou remettez tout en place pour que la pièce soit comme vous l'avez trouvée.</i> » <i>Les collègues qui entreront dans la pièce après vous doivent être le moins influencé-e-s possible. Ne leur dites pas quelles erreurs y sont cachées.</i>
Débriefing	<ul style="list-style-type: none"> » Nous nous retrouverons à ... (heure, lieu) pour débriefing. Nous vous dirons quels étaient les erreurs et risques cachés, et nous en discuterons.
Courte orientation dans chaque pièce (1 minute par pièce) (elle sert à orienter rapidement les participant-e-s, pour qu'ils-elles aient plus de temps à accorder à la recherche des erreurs)	
Où se passe le cas principal ?	<ul style="list-style-type: none"> » Dans cette zone (la montrer) se passe le cas principal. Il est décrit dans le descriptif (montrer la fiche).
Où les éléments sont-ils mis en scène dans la pièce ?	<ul style="list-style-type: none"> » D'autres éléments se trouvent aussi dans cette zone (la montrer). Les autres zones ne font pas partie de la formation.

4.4 Guide de débriefing

Partie 1 : débriefing standard

De manière générale, accordez suffisamment de temps aux participant-e-s pour réfléchir (supporter le silence)

Entrée en matière Objectif : briser la glace, demander une brève auto-évaluation de la part des participant-e-s 2 minutes	Animation : lancez un premier échange, par exemple avec la question d'entrée en matière suivante : » Comment cela s'est-il passé pour vous dans la chambre des erreurs – avez-vous pu trouver facilement les erreurs et risques dissimulés ?
Identification des erreurs Objectif : identifier toutes les erreurs 5 à 10 minutes par pièce	Animation : identifiez avec les participant-e-s les risques/erreurs qui étaient dissimulés dans la pièce. Complétez en expliquant pourquoi il s'agit d'une erreur ou d'un risque. » Quels risques / erreurs avez-vous trouvés dans la pièce ? Dévoilez ensuite le reste des risques / erreurs. Vous pouvez ensuite discuter des questions suivantes, par exemple : » Quels risques / erreurs ont été identifiés par beaucoup de monde / tout le monde ? » Quelles sont les erreurs que vous n'aviez <i>pas</i> identifiées ?
Evaluation Objectif : comprendre le point de vue des participant-e-s 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 patient-e-s ? Les participant-e-s n'ont-ils-elles pas du tout cherché à l'endroit correspondant ? Questions possibles pour la discussion : » Etes-vous surpris-e-s des risques / erreurs qui n'ont pas été trouvés ? Pourquoi êtes-vous surpris-e-s ? » A votre avis, pourquoi ces risques / erreurs n'ont-ils pas été identifiés ?
Conclusion Objectif : formuler un message à retenir pour le quotidien 3 minutes	Animation : faites réfléchir vos participant-e-s aux liens entre ce qu'ils-elles ont vécu et leur pratique quotidienne. » Que reprenez-vous pour votre pratique quotidienne de la recherche d'erreurs dans la chambre des erreurs (citez un point) ?

Partie 2 : extension facultative pour les débriefings plus détaillés

<p>Approfondissement option 1</p> <p>Objectif : renforcer la prise de conscience des erreurs et risques possibles au quotidien</p>	<p>Animation : lancez une discussion sur la signification des erreurs et des risques, par exemple en posant les questions suivantes :</p> <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 ?» Ces risques / erreurs sont-ils particulièrement fréquents au quotidien ?» Sont-ils particulièrement dangereux pour les patient-e-s ?» Quels autres risques ou erreurs auriez-vous intégrés ?
<p>Approfondissement option 2</p> <p>Objectif : classifier le potentiel de risque et réfléchir à son propre comportement dans une situation comparable</p>	<p>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 participant-e-s, ou en évoquant un risque considéré comme particulièrement important au quotidien. Questions possibles :</p> <ul style="list-style-type: none">» Quelles sont les conséquences possibles pour les patient-e-s si le risque / l'erreur n'est pas identifié ?» Que ferions-nous si une situation similaire survenait dans la pratique ?» Quelles sont les mesures qui pourraient permettre de prévenir le risque / l'erreur ?
<p>Approfondissement option 3</p> <p>Objectif : renforcer la capacité à évaluer la situation</p>	<p>Animation : lancez un échange sur la manière dont on peut identifier où les erreurs et risques pour la sécurité des patient-e-s sont dissimulés.</p> <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 ?

Bibliographie

- 1 James KL, Barlow D, McCartney R, *et al.* Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2009;17:9–30. doi: 10.1211 / ijpp / 17.1.0004
- 2 Knudsen P, Herborg H, Mortensen AR, *et al.* Preventing medication errors in community pharmacy: frequency and seriousness of medication errors. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:291–6. doi: 10.1136 / qshc.2006.018770
- 3 Adie K, Fois RA, McLachlan AJ, *et al.* The nature, severity and causes of medication incidents from an Australian community pharmacy incident reporting system: The QUMwatch study. *Br J Clin Pharmacol*. 2021;87:4809–22. doi: 10.1111 / bcp.14924
- 4 Schulz CM, Endsley MR, Kochs EF, *et al.* Situation Awareness in Anesthesia. *Anesthesiology*. 2013;118:729–42. doi: 10.1097 / ALN.0b013e318280a40f
- 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. doi: 10.1136 / bmjqs-2015-004621
- 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. doi: 10.12788 / jhm.2761
- 7 Gregory A, Hogg G, Ker J. Innovative teaching in situational awareness. *Clin Teach*. 2015;12:331–5. doi: 10.1111 / tct.12310
- 8 Käppeli A. Patientensicherheit – Lustvoll lernen im «Raum des Horrors». *Competence*. 2018;1–2.
- 9 Lea Brühwiler, Katrin Gehring. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Offizinapotheken. Zürich 2022.
- 10 Zimmermann C, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Spitäler. Zürich 2019.
- 11 Gehring K, Niederhauser A, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Hausarzt- und Kinderarztpraxen. Zürich 2021.
- 12 Niederhauser A, Gehring K, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Alters- und Pflegeheime. Zürich 2021.
- 13 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. doi: 10.1513 / AnnalsATS.201610-7730C
- 14 Zimmermann C, Fridrich A, Schwappach DLB. Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors. *J Patient Saf*. 2021;17:e1026–33. doi: 10.1097 / PTS.0000000000000806

- 15 Piot M-A, Dechartres A, Attoe C, *et al.* Effectiveness of simulation in psychiatry for nursing students, nurses and nurse practitioners: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2022;78:332–47. doi: 10.1111 / jan.14986
- 16 Susanne Karner, Francesca Warnecke. *Simultatives Lernen im Room of Horrors.* Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH 2023.
- 17 Younes N, Delaunay AL, Roger M, *et al.* Evaluating the effectiveness of a single-day simulation-based program in psychiatry for medical students: a controlled study. *BMC Med Educ.* 2021;21:348. doi: 10.1186 / s12909-021-02708-6
- 18 Saunders A, Vega MO, Ianelli H, *et al.* Evaluating the impact of simulation-based mental health training on self-efficacy: a retrospective data analysis. *International Journal of Healthcare Simulation.* 2021;1: 3–10. doi: 10.54531 / XRRK9799
- 19 Marcussen M, Nørgaard B, Borgnakke K, *et al.* Improved patient-reported outcomes after interprofessional training in mental health: a nonrandomized intervention study. *BMC Psychiatry.* 2020;20:236. doi: 10.1186 / s12888-020-02616-x
- 20 Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, *et al.* More Than One Way to Debrief. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare.* 2016;11:209–17. doi: 10.1097 / SIH.0000000000000148
- 21 Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare.* 2007;2:115–25. doi: 10.1097 / SIH.0b013e3180315539
- 22 Rudolph JW, Simon R, Rivard P, *et al.* Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin.* 2007;25:361–76. doi: 10.1016 / j.anclin.2007.03.007