



HAL
open science

Mise en place d'une chambre des erreurs spécifique à la périnatalité: recherche action auprès des étudiants en maïeutique de Nancy en mars 2021

Lilou Decker-Willer

► To cite this version:

Lilou Decker-Willer. Mise en place d'une chambre des erreurs spécifique à la périnatalité: recherche action auprès des étudiants en maïeutique de Nancy en mars 2021. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04320306

HAL Id: hal-04320306

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04320306v1>

Submitted on 4 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERES DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

DECKER--WILLER Lilou

MISE EN PLACE D'UNE CHAMBRE DES ERREURS SPECIFIQUE A LA PERINATALITE

*Recherche action auprès des étudiants en maïeutique
de Nancy en mars 2021*

Soutenu en 2022

Directeur de mémoire : Mme LIZON Julie

Pharmacien hygiéniste – Praticien hospitalier



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

DECKER--WILLER Lilou

MISE EN PLACE D'UNE CHAMBRE DES ERREURS SPECIFIQUE A LA PERINATALITE

*Recherche action auprès des étudiants en maïeutique
de Nancy en mars 2021*

Soutenu en 2022

Directeur de mémoire : Mme LIZON Julie

Pharmacien hygiéniste – Praticien hospitalier

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Dr Lizon pour son accompagnement, ses précieux conseils et son investissement et Dr Florentin qui m'a permis d'avancer dans mon travail en l'absence de Dr Lizon.

Je tiens à remercier Mme Bogusz pour son aide à la mise en place de la chambre des erreurs, ainsi que Mme Ambroise et Mme Avercenc pour le temps qu'elles ont consacré à l'organisation de ce travail.

Je remercie toutes les personnes ayant permis le bon déroulement de l'atelier, notamment les membres de l'EOHH, et Mme Onzatti ainsi que le CPias Grand Est de nous avoir fait confiance en nous prêtant du matériel.

Merci à l'équipe pédagogique qui a fait évoluer ce travail et à tous les étudiants qui se sont prêtés au jeu en participant à la chambre des erreurs.

Je tiens à remercier particulièrement Marie pour son aide précieuse et son soutien ainsi que Mariam pour sa disponibilité et sa bienveillance.

Je tiens également remercier du fond du cœur mes amies Sarah, Marie, Myriam, Hortense et Claire pour leur amitié, leur soutien et les moments inoubliables que nous avons pu partager pendant nos études.

Enfin, je remercie ma sœur, et ma mère et Roméo qui m'ont soutenu, m'ont encouragé et ont su faire preuve d'une grande compréhension pendant mes années études.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION	6
1. CONTEXTE	6
2. CHAMBRE DES ERREURS EN PERINATALITE.....	9
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE	9
MATERIEL ET METHODE	10
1. TYPE D'ETUDE	10
2. POPULATION ETUDIEE	10
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	11
RESULTATS	18
1. ECHANTILLON ETUDIE	18
2. RESULTATS CONCERNANT LES ERREURS DETECTEES.....	18
3. RESULTATS CONCERNANT L'OUTIL	22
DISCUSSION.....	24
1. DISCUSSION SUR LES ERREURS.....	24
2. DISCUSSION DE LA METHODE	28
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	35
TABLE DES MATIERES.....	37
ANNEXES	39

LISTE DES ABREVIATIONS

CDE : Chambre Des Erreurs

CHRUN : Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

CPias : Centre d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés

DPC : Développement Professionnel Continu

DUM : Département Universitaire de Maïeutique

EIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins

EIGS : Evènement Indésirable Grave associé aux Soins

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins

EOHH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

HAS : Haute Autorité de Santé

PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients

SHA : Solution Hydroalcoolique

SF : Sage-Femme

SSP : Semaine de la Sécurité des Patients

INTRODUCTION

1. CONTEXTE

1.1. LES EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS

La sécurité du patient et la gestion des risques constituent un enjeu majeur de santé publique. Depuis plus de vingt ans et à travers le monde, de nombreuses études s'intéressent aux Evénements Indésirables Associés aux Soins (EIAS). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) un EIAS est un :

Événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie (1).

En France, les deux Enquêtes Nationales sur les Evénements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) en 2004 puis en 2009, ont étudié la survenue d'Événement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS). Selon le ministère des affaires sociales et de la santé, un EIGS est un :

Événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale (2).

Les enquêtes ont chiffré la survenue des EIGS : dans une unité de 30 lits, un EIGS surviendrait tous les cinq jours (3).

De 2013 à 2017, le ministère chargé de la santé s'est associé à la HAS pour déployer le Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP). Ce programme vise à utiliser la prévention afin d'anticiper les risques, de les éviter dans la mesure du possible et, s'ils surviennent, d'en atténuer les conséquences. Le PNSP a pour objectif de contribuer à la réduction des risques en développant une culture de sécurité via l'organisation d'un retour d'information sur les événements indésirables afin de contribuer à leur compréhension.

Parmi les objectifs du PNSP, nous pouvons trouver l'objectif général : « renforcer la place de la sécurité des soins dans la formation des professionnels ».

De plus, parmi les objectifs opérationnels correspondants à cet objectif principal, il est spécifié « faire de la simulation en santé sous ses différentes formes une méthode prioritaire, en formation initiale et continue pour faire progresser la sécurité » (4).

1.2. LA SIMULATION EN SANTE

La définition de la simulation en santé validée par la HAS est :

L'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels (5). [Traduction proposée par la HAS (6)]

Depuis quelques années, la simulation en santé est utilisée comme moyen pour diminuer l'importance du facteur humain dans les erreurs médicales. Cependant, l'apprentissage par la simulation existe depuis des siècles et dans de nombreux domaines. Au XVIII^e siècle, Madame Du Coudray, sage-femme, utilisait déjà une panoplie de mannequins pour enseigner les manœuvres obstétricales. En vingt-cinq ans, elle a ainsi formé plus de 4 000 sages-femmes à travers la France (7).

La simulation semble être une méthode de choix pour certains apprentissages comme les manœuvres obstétricales. En effet, il semble plus simple d'expliquer ces manœuvres en les montrant sur des mannequins et en faisant pratiquer la personne qui les apprend, qu'en les expliquant par les mots. Cependant, ce constat ne prouve pas que la simulation est une méthode d'apprentissage efficace en dehors de ce cas précis.

Dans les années 1980, un philosophe américain, David Kolb, a travaillé sur l'apprentissage et ses modes. Selon lui, l'apprentissage est plus efficace et plus puissant lorsqu'il est fondé sur l'expérience personnelle et surtout s'il est suivi d'une réflexion sur cette expérience. De cette idée est né un cycle d'apprentissage en quatre étapes, appelé cycle de Kolb (Figure 1). La première étape est l'expérience concrète qui désigne le moment où la personne vit une expérience. Elle est suivie par l'observation réflexive qui correspond au temps où l'individu prend du recul et partage son retour d'expérience. Lors de la conceptualisation abstraite, le propos est généralisé et le savoir qui s'appliquera aux différentes situations est dégagé. Lors de la dernière étape, l'expérimentation active, l'expérimentateur met en application le savoir acquis dans les phases précédentes à l'occasion de nouvelles expériences concrètes (8).

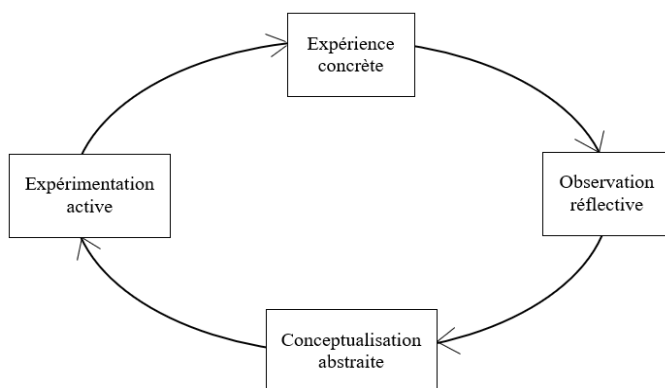


Figure 1 : Cycle de Kolb

Le cycle de Kolb permet de comprendre pourquoi l'apprentissage par la simulation constitue une méthode d'apprentissage efficace et par conséquent l'intérêt de l'utilisation de la simulation en santé.

Concernant la gestion des risques, la HAS distingue trois types d'approches d'utilisation de la simulation en santé : les méthodes de gestion des risques dites *a priori*, celles dites *a posteriori* et celle ciblée sur la communication avec le patient. Dans l'approche *a priori*, la simulation est utilisée de façon préventive : soit pour former les professionnels en diminuant leur risque d'erreurs potentielles, soit pour identifier le risque d'erreurs des situations simulées. L'approche *a posteriori* utilise le retour d'expérience : le participant apprend de ses erreurs, comme dans une Chambre Des Erreurs (CDE) (9).

1.2.1. La chambre des erreurs

La CDE est définie par la HAS comme un « outil ludique d'amélioration des pratiques, de la qualité et de de la sécurité des soins » (10).

De façon concrète, il s'agit d'un espace de soins reconstitué dans lequel des EIAS ont été volontairement introduits. Les participants ont pour objectif de trouver un maximum de ces erreurs dans un temps imparti.

Le concept de CDE a vu le jour pour la première fois en 2006 au Canada lors de la deuxième édition de la « patient safety week » sous le nom de « chambre des horreurs ». En France, la première CDE a été développée en 2011 par un centre mutualiste de rééducation et de réadaptation fonctionnelle en Bretagne dans le cadre de la Semaine de la Sécurité des Patients (SSP) (10).

2. CHAMBRE DES ERREURS EN PERINATALITE

En 2017, une CDE a été mise en place pour les étudiants des écoles hospitalières du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (CHRUN). Cependant, les étudiants sages-femmes n'ont pas pu y participer faute de disponibilité. Les étudiants ayant participé à cet événement étaient globalement très satisfaits (de 83 à 96% selon la formation suivie par les étudiants) et 100% souhaitaient renouveler l'expérience. Par ailleurs, les étudiants ayant participé pouvaient apporter des suggestions. Parmi les 80 suggestions recueillies, la création de CDE adaptées à chaque spécialité a été retrouvée 28 fois (11). Il semblait intéressant de proposer cet outil aux étudiants en maïeutique, en l'adaptant au secteur spécifique de la périnatalité.

En 2020, le projet de créer une CDE spécifique à la périnatalité a été porté par une étudiante sage-femme en cinquième année en collaboration avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) du CHRUN. Cependant, les conditions sanitaires liées au COVID-19 n'ont pas permis de mettre en œuvre la CDE avec le public. L'étudiante avait écrit le scénario, détaillé les erreurs, communiqué sur l'événement, préparé les questionnaires, listé le matériel nécessaire et s'était renseignée sur les possibilités d'emprunt du matériel.

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

C'est dans ce contexte que nous avons repris le projet de CDE spécifique à la périnatalité en collaborant à notre tour avec l'EOHH du CHRUN.

L'objectif principal était d'évaluer la réussite des étudiants en maïeutique de Nancy selon leur année d'étude à travers une chambre des erreurs spécifique à la périnatalité. Le premier objectif secondaire était d'analyser les types d'erreurs identifiés en fonction de l'année d'étude. Le second objectif secondaire était d'évaluer la satisfaction des participants.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Nous avons suivi les étapes de la démarche Recherche-Action. Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue de la littérature nous permettant de nous familiariser avec les EIAS, la simulation en santé et plus précisément le concept de CDE.

Pour sensibiliser les étudiants en maïeutique aux risques associés aux soins, nous disposions déjà d'une « boîte à outils » pour mettre en place une CDE spécifique à la périnatalité. Nous avons effectué la mise en place de la CDE ainsi qu'un test en conditions réelles par un professionnel de l'EOHH. Après validation par les professionnels, nous avons mis en place et animé l'événement : des étudiants en maïeutique de Nancy sont venus participer à la CDE

Par la suite, nous avons évalué la réussite des étudiants en maïeutique de Nancy en se basant sur le nombre d'erreurs qu'ils ont détecté dans la CDE.

Nous avons également analysé les types d'erreurs les plus détectées selon l'année d'étude des participants. Pour ce faire, nous avons calculé, pour chaque type d'erreur et pour chaque année d'étude, la moyenne des participants qui ont détecté le type d'erreur donné.

De plus, nous avons évalué la satisfaction des participants par l'analyse de leurs réponses aux 10 questions constituant notre enquête de satisfaction.

2. POPULATION ETUDIEE

Notre population cible était les étudiants en maïeutique de Nancy ayant déjà réalisé au moins un stage en milieu hospitalier. Nous avons exclu les étudiants qui n'avaient jamais réalisé de stage en hôpital parce que la chambre des erreurs n'était pas adaptée à leurs connaissances. Le nombre minimum de participants était fixé à trente personnes afin d'avoir un échantillon de taille suffisante pour permettre l'évaluation de l'impact de la CDE sur les pratiques et connaissances des participants.

3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE

3.1. ORGANISATION EN AMONT DE L'ATELIER

Dans un premier temps nous avons effectué une revue de la littérature afin de nous familiariser avec la simulation en santé et plus spécifiquement les chambres des erreurs. Dans un second temps, nous nous sommes réunies avec deux sages-femmes enseignantes et deux étudiantes sages-femmes. L'une des étudiantes avait créé la boîte à outils utilisée pour la création de la CDE, l'autre avait pour rôle initial l'évaluation de l'impact de la CDE sur les pratiques et connaissances des participants. L'objectif de cette réunion était de définir un calendrier prévisionnel et les principales modalités logistiques pour mettre en place la CDE. De plus, pendant cette réunion, il a été décidé que l'étudiante qui devait évaluer l'impact de la CDE sur les pratiques et connaissances des participants, œuvrerait également à la mise en place de la CDE. En effet, le temps dont nous disposions pour préparer l'atelier était trop restreint pour une seule personne.

3.1.1. La boîte à outils

La boîte à outils utilisée pour réaliser la CDE comportait huit fiches. Parmi ces documents, quatre étaient à utiliser pour la préparation de la CDE et les quatre autres à utiliser lors de l'atelier.

Pour la préparation de la CDE, nous avions : le calendrier de mise en place de la CDE, le scénario et l'aide à sa mise en place, le listing du matériel et le tableau des erreurs et argumentaire.

Le « calendrier de mise en place de la CDE » (Annexe 1) décrivait les tâches à accomplir en amont de la mise en place de la CDE et la temporalité dans laquelle elles devaient être terminées.

La fiche « scénario et aide à sa mise en place » (Annexe 2) contenait le cas clinique et son contexte ainsi que la liste des erreurs. De plus, elle détaillait précisément chaque zone de la CDE en énumérant tous les éléments qu'elle devait contenir et en spécifiant si ceux-ci constituaient des erreurs ou non.

La fiche « listing du matériel » (Annexe 3) répertoriait de façon exhaustive le matériel nécessaire à la mise en place du scénario.

Le « tableau des erreurs et argumentaire » (Annexe 4) répertoriait les énoncés des erreurs avec leur thème, leur traduction visuelle dans la scène, le risque qu'elle génère et des commentaires concernant les recommandations en vigueur en lien avec l'erreur simulée.

Le kit comportait également quatre fiches à utiliser lors de l'atelier : le briefing des animateurs avec le déroulé de l'atelier, le recueil des erreurs, le diaporama de restitution et le questionnaire de satisfaction.

La fiche « briefing des animateurs » (Annexe 5) décrivait les missions des animateurs dans les différentes étapes de la CDE (l'accueil des participants, le briefing et les consignes, l'entrée et la sortie de la CDE, la restitution des erreurs, le temps d'échange et le remplissage du questionnaire de satisfaction). Elle donnait aussi la durée à respecter pour chaque étape ainsi qu'un exemple de répartition des missions et des tâches annexes (aération, désinfection des salles et réinstallation du matériel) entre deux animateurs.

La fiche « recueil des erreurs » (Annexe 6) était à distribuer aux participants. Elle rappelait le scénario de la CDE et leur permettait de noter les erreurs au fur et à mesure qu'ils les trouvaient en spécifiant la zone dans laquelle elles se situaient.

Le « diaporama de restitution » (Annexe 7) répertoriait les douze erreurs du scénario. Pour chaque erreur, il figurait : le titre, le type d'erreur, le risque engendré, les recommandations de bonne pratique. Ce diaporama a été complété par des photos de la traduction visuelle de l'erreur dans la CDE.

Le « questionnaire de satisfaction » (Annexe 8) était à faire remplir aux participants, juste après l'étape de restitution des erreurs, afin de recueillir leur avis sur une multitude de critères concernant l'atelier dans ses différentes étapes.

3.1.2. Lieu et dates

Les locaux du Département Universitaire de Maïeutique (DUM) étaient en cours de déménagement. Par conséquent, les étudiants en maïeutique de Nancy avaient des enseignements sur deux sites distincts : la maternité de Nancy et la faculté de médecine. Nous nous étions alors demandé sur lequel de ces deux sites mettre en place la CDE. La faculté de médecine nous permettait d'avoir de nombreux éléments essentiels à la mise en place de la CDE déjà sur place. Cependant, la participation à la CDE se faisant sur la base du volontariat, l'objectif était que ce soit le moins contraignant possible pour les étudiants afin d'avoir un maximum de participants. Les étudiants alternaient des périodes de stage et de cours. Les cours avaient encore majoritairement lieu à la maternité et les stages étaient, pour certains à la maternité de Nancy, pour d'autres dans des cabinets libéraux ou dans d'autres centres hospitaliers. De plus, le déménagement étant récent, les étudiants habitant à proximité de la maternité étaient plus nombreux que les étudiants habitant à proximité de la faculté de médecine. Prenant en compte l'ensemble de ces éléments, nous avons décidé de mettre

en place la CDE sur le site de la maternité.

Toujours dans le but d'avoir le plus de participants possible, nous devions trouver des dates qui permettaient la participation du plus grand nombre. Cependant, l'atelier devait avoir lieu rapidement afin de disposer de suffisamment de temps pour analyser les données par la suite. Les conditions sanitaires nous obligeaient à prendre maximum quatre participants par créneau, de plus nous ne pouvions pas proposer de créneaux en fin de journée parce que le couvre-feu était encore en vigueur. Il fallait alors étaler l'atelier sur plusieurs jours. En prenant en compte nos emplois du temps et ceux de chaque promotion, nous en étions arrivées à fixer trois dates pendant le mois de mars 2021 : le jeudi 4, le vendredi 5 et le lundi 8. Pour chaque jour, il y avait trois créneaux le matin entre 9h et 12h30 et deux créneaux l'après-midi entre 13h30 et 16h. Cependant, nous avons réservé le premier créneau du jeudi et le dernier créneau du lundi pour l'installation et la désinstallation de la CDE.

3.1.3. Communication sur l'événement et inscriptions

Une fois que nous avons fixé les dates et le lieu, nous devions communiquer sur la CDE afin de trouver des participants. Pour se faire, nous avons contacté individuellement chaque étudiant en maïeutique de Nancy en leur expliquant rapidement en quoi consistait une chambre des erreurs, ainsi que les dates et le lieu. De plus, les étudiants disposaient d'un lien permettant de s'inscrire directement en ligne en choisissant leur créneau. De notre côté, nous avons fait un tableau répertoriant chaque étudiant, sa promotion, s'il avait répondu à notre message, s'il s'était intéressé par la CDE et s'il s'était inscrit. Un grand nombre d'étudiant était intéressé mais n'avait pas encore leur emploi du temps alors ce tableau nous permettait de savoir quelles personnes relancer par la suite.

3.1.4. Matériel

Tout le matériel nécessaire à la mise en place de la CDE était écrit dans la fiche « listing du matériel ». Pour réunir tous ces éléments, nous avons contacté plusieurs personnes et leurs avons demandé s'il leur était possible de nous prêter du matériel. De nombreux éléments avaient été prêtés par le DUM. Le matériel médical avait majoritairement été prêté par la sage-femme coordinatrice du secteur anténatal et postnatal de la maternité du CHRUN. Nous avons sollicité le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIas) Grand Est pour leur emprunter un mannequin et il avait répondu positivement à notre requête. L'EOHH nous avait fourni les affiches présentes dans les chambres des patients et la charte des droits des patients. Le reste du matériel avait

été prêté ou fabriqué par nos soins : sonnette, étiquette d'identification patient, badge professionnel, feuille de transmission de la sage-femme (Annexe 9).

3.1.5. Test de la chambre

Le test de la CDE avait eu lieu le 24 février 2021. Les personnes ayant participé à cet essai étaient : une sage-femme enseignante, un praticien hospitalier de l'EOHH ainsi que son assistante. Le test nous avait permis de nous entraîner à l'animation en conditions réelles et de réajuster des détails de la scène.

3.2. ORGANISATION DE L'ÉVÉNEMENT

La CDE ayant eu lieu pendant la période Covid-19, nous avons effectué un circuit à sens unique pour que les différents groupes ne se croisent pas. De plus, nous nous étions organisées afin de respecter les règles sanitaires : port du masque obligatoire (fourni par nos soins si oublié), désinfection des mains à chaque changement de salle, groupes de quatre personnes maximum, temps entre chaque groupe pour la désinfection du matériel, aération des salles, distance minimum d'un mètre entre chaque chaise, un stylo offert par participant...

3.2.1. Briefing

Cette première étape d'une durée de dix minutes et ayant lieu dans la salle de briefing, permettait d'expliquer aux participants le but de la CDE, les règles à respecter et le temps dont ils disposaient pour trouver un maximum d'erreurs. Nous leur distribuions la feuille « recueil des erreurs » (Annexe 6) et leur expliquions comment noter les erreurs qu'ils trouvaient dans le tableau. De plus, nous informions les participants que nous ne leur donnions pas le nombre d'erreurs volontairement et que le nombre de lignes du tableau ne correspondait pas forcément au nombre d'erreurs à trouver. Par ailleurs, nous précisions que les erreurs faisaient appel à différentes thématiques en leur donnant des exemples : identitévigilance, risque infectieux, bientraitance, etc. (9).

3.2.2. Visite de la chambre

La visite de la CDE durait quinze minutes. Le chronomètre était déclenché à l'entrée dans la salle où la CDE était installée. La participation était individuelle même si nous accueillions jusqu'à quatre participants par créneaux. Nous demandions aux participants de respecter le silence afin de ne pas s'influencer les uns les autres. Au moins une animatrice restait avec le groupe afin de veiller à ce que la participation soit individuelle et de prendre des notes sur les différents comportements.

3.2.3. Restitution des erreurs à détecter

Directement après la visite de la CDE, le groupe de participants était invité à nous suivre dans la troisième salle pour la présentation du diaporama de restitution des douze erreurs. Dans cette pièce, des membres de l'EOHH étaient présents afin d'apporter des précisions si nécessaire. Un temps de 15 minutes était consacré à cette restitution.

Une animatrice présentait le diaporama pendant que les participants s'auto-corrigeaient sur leur feuille « recueil des erreurs ». Ils devaient valider les erreurs qu'ils avaient retrouvées en inscrivant à côté de celle-ci le numéro de l'erreur correspondant dans la case prévue à cet effet. Cependant, nous avons expressément demandé aux participants de ne pas corriger les potentielles erreurs qu'ils auraient détectées mais qui n'étaient pas présentées dans le diaporama lors de la restitution, ni d'ajouter les erreurs qu'ils n'avaient pas trouvées.

3.2.4. Temps d'échange

À la fin du diaporama, nous avons invité les participants à partager leur vécu de l'expérience. Avec leur accord, l'audio de ce temps d'échange était enregistré afin de nous permettre d'exploiter le contenu de ces discussions *a posteriori*. Nous avons pris cette décision pour interagir avec le groupe de façon plus naturelle, sans devoir faire de pauses pour prendre des notes et sans prendre le risque de manquer des informations. Dix minutes étaient prévues pour ce temps d'échange.

Afin de dynamiser ce moment, trois questions étaient systématiquement formulées par les animatrices : « Dans la scène observée, qu'est-ce qui vous a le plus interpellé ? » ; « Comment avez-vous vécu cette expérience ? » et « Que tirez-vous de cette expérience ? ».

3.2.5. Questionnaire de satisfaction

A la fin du temps d'échange, nous demandions aux participants de remplir le questionnaire de satisfaction (Annexe 8) qui se trouvait au dos du « recueil des erreurs » (Annexe 6). Le questionnaire comportait onze questions et abordait plusieurs points.

Le recueil des erreurs ainsi que le questionnaire de satisfaction étaient anonymes. Nous demandions seulement aux étudiants d'écrire leur année d'étude afin que nous puissions analyser les données par année d'étude par la suite.

3.3. EVALUATION DE LA CHAMBRE DES ERREURS ET DE LA REUSSITE DES ETUDIANTS

3.3.1. Réussite des étudiants

La fiche « recueil des erreurs » a permis d'évaluer la réussite des étudiants. En effet, elle nous donne accès aux nombre et types d'erreurs, mais aussi aux potentielles erreurs supplémentaires non-prévues dans le scénario, trouvées par chaque étudiant.

3.3.2. Evaluation de la CDE

Les questionnaires de satisfaction ainsi que les enregistrements audios des moments d'échange ont permis d'évaluer la CDE. Par le biais des questionnaires de satisfaction, les participants devaient évaluer la qualité et de la durée des différentes étapes (visite, restitution, discussion) ainsi que le niveau d'exigence des événements indésirables à retrouver.

Par ailleurs, nous avons recueilli l'avis des participants sur les bénéfices de la CDE en leur demandant d'évaluer la pertinence de l'atelier pour sensibiliser aux risques associés aux soins et s'ils pensaient avoir acquis des connaissances utiles pour l'exercice de leur future profession. Les questions portaient aussi sur l'appréciation globale, le désir de réitérer l'expérience et de l'intégrer dans la formation. Par ailleurs, nous cherchions à savoir si la CDE avait répondu aux attentes des participants et nous leur demandions à travers une question ouverte s'ils avaient des suggestions pour l'amélioration de la CDE.

Dans le but de pouvoir chercher un lien entre les erreurs détectées et la satisfaction des étudiants, le recueil des erreurs et le questionnaire de satisfaction étaient sur un document recto-verso.

3.3.3. Méthodes informatiques

Pour l'exploitation de nos résultats nous avons utilisé deux logiciels : « Epi info 7 » et « Excel Microsoft ». Dans un premier temps nous avons saisi nos données sur Epi info 7 et nous avons exploité nos premiers résultats. Le logiciel ne permettait pas certains croisements de données complexes. Cependant, il offrait la possibilité d'extraire les données saisies sous forme d'un tableur Excel ce qui nous a permis de terminer l'exploitation des résultats sur Excel.

De plus, le site biostaTGV a été utilisé pour effectuer les tests statistiques. Nous avons réalisé des tests de Wilcoxon-Mann Whitney pour comparer le nombre d'erreurs trouvées par chaque promotion avec ceux de chacune des autres promotions.

Par ailleurs, nous avons comparé le nombre d'erreurs trouvées selon le niveau de difficulté perçu avec un test de Wilcoxon-Mann Whitney.

Nous avons également utilisé des tests de Khi-deux afin de comparer, pour certaines erreurs, la réussite notre population avec celle d'une population constituée d'étudiants d'autres filières.

Pour chaque test statistique, le risque α a été placé à : $\alpha = 0,05$.

RESULTATS

1. ECHANTILLON ETUDIE

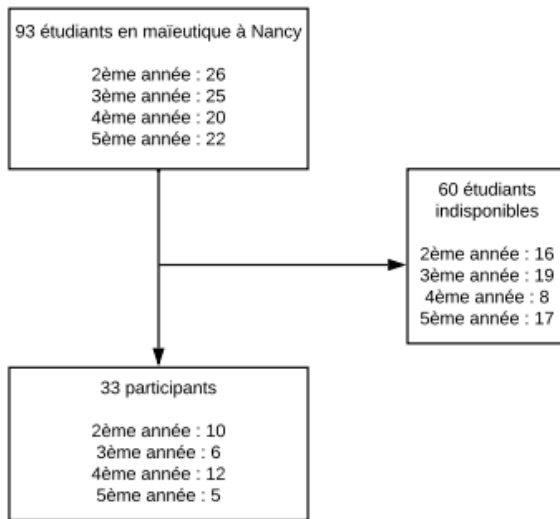


Figure 2 : Diagramme de flux d'inclusion des participants

La répartition des stages ayant changée, tous les étudiants de deuxième année avaient commencé leur année scolaire avec un stage infirmier. Par conséquent, tous les étudiants de la population cible avaient déjà effectué un stage en hôpital. L'échantillon étudié correspondait alors à 35,5% de la population cible comme présenté dans la Figure 2.

2. RESULTATS CONCERNANT LES ERREURS DETECTEES

2.1. LES ERREURS DETECTEES PREVUES AU SCENARIO

En moyenne, les étudiants en maïeutique ont détecté 7,6 erreurs ($\sigma = 1,6$) sur les 12 erreurs prévues au scénario, soit 63% de détection des erreurs. Selon les années de formation, le nombre d'erreurs détectées par les étudiants a différé. L'ensemble des résultats sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1: Moyennes des erreurs détectées par année de formation

	Effectif	Moyenne erreurs détectées (écart-type)
Population totale	33	7,6 (1,6)
2^{ème} année	10	6,7 (1,9)
3^{ème} année	6	6,5 (0,8)
4^{ème} année	12	8,6 (1,2)
5^{ème} année	5	8,6 (0,5)

Les promotions suivantes étaient statistiquement différentes lors de la comparaison des moyennes des erreurs détectées :

- Le groupe des participants de deuxième année était différent de deux groupes : celui des participants de quatrième année ($p = 0,01$), ainsi que celui des participants de cinquième année ($p = 0,02$).
- Le groupe des participants de troisième année était lui aussi différent de ces deux groupes : celui constitué par les étudiants de quatrième année ($p = 0,04.10^{-1}$) et de celui constitué par les étudiants de cinquième année ($p = 0,01$).

Les groupes ne montrant pas de différence statistique concernant le nombre d'erreurs trouvées étaient les suivants :

- Le groupe des participants de deuxième année et celui des participants de troisième année ($p = 0,42$).
- Le groupe constitué des participants de quatrième année et celui constitué par les participants de cinquième année ($p = 0,96$).

2.1.1. Perception du niveau d'exigence et erreurs détectées

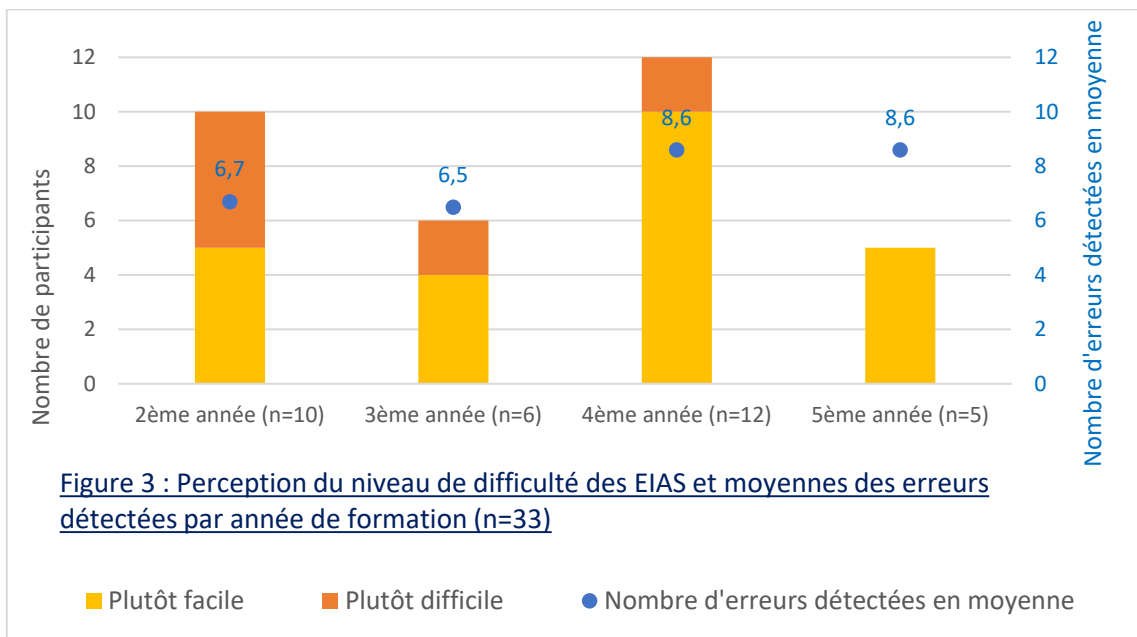
La perception du niveau d'exigence des EIAS mis en scène variait selon les années de formation. Aucun participant n'a estimé le niveau de difficulté des erreurs à détecter comme « trop difficile » et ni comme « trop facile ». Les participants ayant qualifié le niveau de difficulté comme « plutôt facile » ont trouvé un nombre d'erreurs significativement différent des participants ayant qualifié le niveau de difficulté comme « plutôt difficile ». L'ensemble de ces résultats sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Comparaison des moyennes des erreurs détectées parmi les populations ayant trouvé la détection des EIAS comme plutôt facile et plutôt difficile (n=33)

	Effectif	Moyenne erreurs détectées (écart-type)	p-value
Niveau « plutôt facile »	24	8,1 (1,3)	p = 0,02*
Niveau « plutôt difficile »	9	6,4 (1,9)	

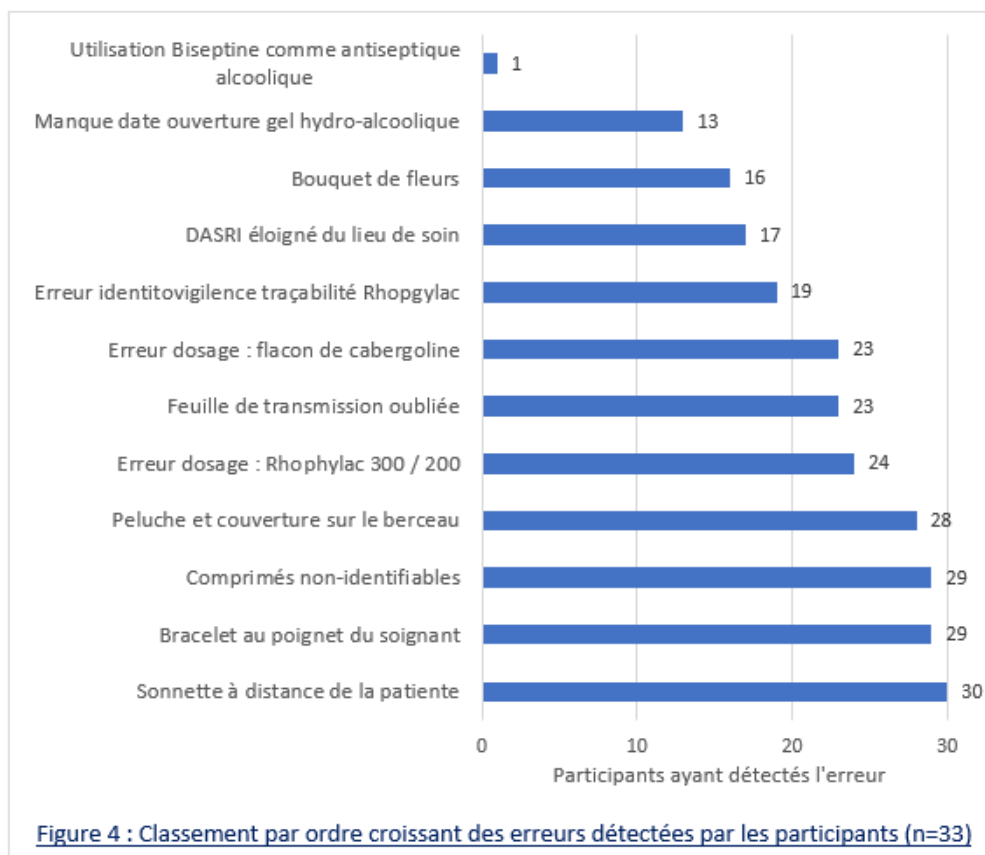
Légende : p-value : Degrés de signification, * : Différence statistiquement significative

Par ailleurs, nous pouvons observer que le niveau de difficulté n'a pas été perçu de la même façon selon l'année d'étude (Figure 3). Les participants ayant jugé le niveau de difficulté comme « plutôt difficile » représentaient les proportions suivantes : la moitié des participants de deuxième année, un tiers de ceux de troisième année, un sixième de ceux de quatrième année, et aucun participant de cinquième année.



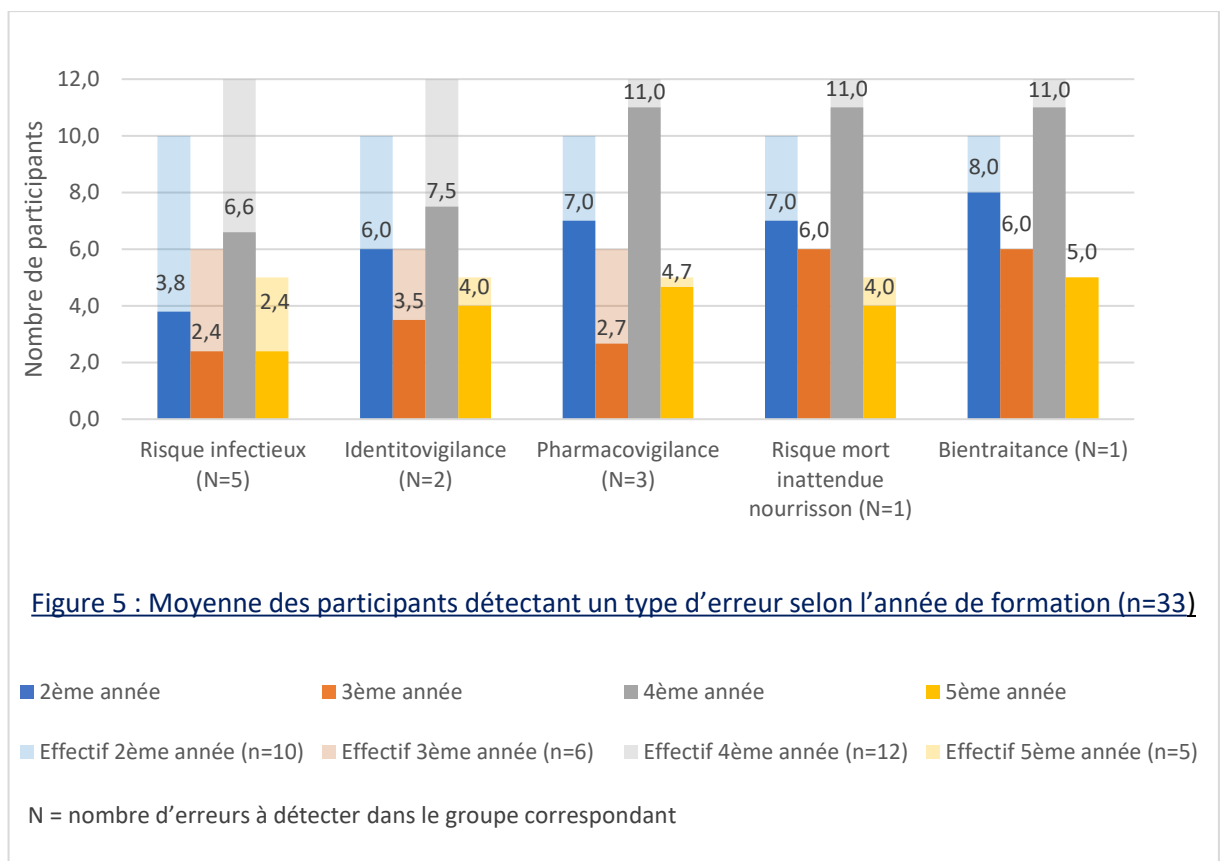
2.1.2. Différence de détection entre les différentes erreurs

Il existe une grande disparité de détection entre les différentes erreurs du scénario (Figure 4). L'erreur la plus trouvée l'a été par 30 étudiants sur 33 (soit 94%) et l'erreur la moins trouvée l'a été par 1 étudiant sur 33 (soit 3%). Par ailleurs, toutes les erreurs ont été détectées par au moins un étudiant de chaque promotion, à l'exception de l'erreur la moins trouvée (Annexe 10).



Comme l'illustre la figure 4, l'erreur la plus détectée porte sur la bientraitance ce qui correspond au type d'erreur le plus trouvé (Annexe 4). A contrario, le risque infectieux était le type d'erreur le moins détecté par les participants. De plus, toutes les erreurs qui ont été détectées par moins de la moitié des participants sont du type risque infectieux (Annexe 11).

Il faut tout de même nuancer cette généralisation. En effet, pour les étudiants de quatrième année, il n'y a pas un seul type d'erreurs plus détecté que les autres. Pour cette année d'étude, les thèmes les plus détectés ont été ex aequo : la bientraitance, la pharmacovigilance et la mort inattendue du nourrisson (Figure 5).



2.2. LES ERREURS DETECTEES NON-PREVUES AU SCENARIO

Au total, 26 erreurs différentes non-prévues au scénario (Annexe 12) ont été détectées par les participants. Parmi ces 26 erreurs, six ont été détectées par plus d'un participant.

Trois de ces 26 erreurs pourraient constituer des EIAS alors qu'ils n'étaient pas prévus dans le scénario. Ces trois erreurs sont : la patiente n'avait pas d'oreiller, la poubelle était éloignée du lieu de change du bébé, et il n'y avait pas de feuille de consentement patient pour l'injection de Rhophylac®.

Parmi les autres erreurs détectées par les participants, deux erreurs étaient dues à l'absence de prise en compte des consignes données lors du briefing. D'une part, le lit débranché car il n'y avait pas de prise disponible à proximité du lit. D'autre part, le conditionnement du Rhophylac® ouvert avant l'administration : dans la scène, la sage-femme allait immédiatement administrer le médicament.

Par ailleurs, les participants ont identifié des erreurs qui n'étaient pas prévues au scénario et qui n'étaient pas dues à l'absence de prise en compte des consignes.

Par exemple, trois participants ont signalé qu'il manquait de la Biseptine® pour le soin du cordon.

Sur la Biseptine qui était sur le chariot de soin, la date d'ouverture était écrite à la main « 14/11/20 ». Onze participants ont pensé que cette date était la date de péremption et ont signalé la Biseptine® comme étant périmée (12).

Trois personnes ont reporté que les biberons étaient périmés. La date de péremption n'était pas dépassée : ces participants ont confondu la date de péremption avec le numéro de lot.

Deux participants ont écrit que la boîte de gants posée sur le chariot de soin dans la chambre constituait une erreur. Cependant, cela ne constitue pas un risque infectieux si le chariot de soin est désinfecté.

Concernant l'injection de Rhophylac® : trois personnes ont signalé le fait que la sage-femme ait un garrot pour réaliser l'injection était une erreur. De plus, deux éléments de la feuille de traçabilité du Rhophylac® ont été relevés comme des erreurs. La première étant que la partie « délivrance » était remplie alors que le médicament n'était pas encore administré et la deuxième que la partie « administration » n'était pas remplie.

Par ailleurs, une personne a signalé le fait que le collecteur de Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés (DASRI) soit dans la chambre de la patiente comme une erreur. Aussi, un autre participant a relevé le fait que le collecteur de DASRI soit provisoirement fermé comme une erreur.

3. RESULTATS CONCERNANT L'OUTIL

De façon générale, la CDE a été très appréciée par les participants : les 33 participants avaient répondu « oui totalement » à la question : « Avez-vous apprécié participer à la CDE ? ». De

plus, tous les étudiants ayant participé ont considéré que l'atelier a totalement répondu à leurs attentes.

Par ailleurs, l'entièreté des participants a exprimé que la CDE est un outil pédagogique adapté pour sensibiliser aux risques associés aux soins. Ils souhaiteraient unanimement intégrer ce type d'outil à la formation générale et renouveler l'expérience avec un autre scénario.

A propos de l'atelier, tous les participants ont répondu être « très satisfait » : de l'organisation, de l'animation, du scénario, de la restitution et du temps d'échange. La durée de la discussion et celle de la restitution ont été jugées comme adaptée par la totalité des participants. En revanche, la durée de la visite de la CDE a été jugée trop courte par un participant, les 32 autres ont jugé cette durée adaptée.

Vingt-neuf participants ont choisi la proposition « oui totalement » et quatre participants ont choisi « en grande partie » pour répondre à la question « Pensez-vous avoir acquis des connaissances utiles pour l'exercice de votre profession ? ». Les étudiants ayant répondu « en grande partie » étaient un étudiant de cinquième année et trois étudiants de quatrième année.

Les participants ont fait des suggestions d'amélioration de la CDE. Deux personnes ont écrit qu'elles auraient souhaité plus d'informations sur les différents types d'erreurs lors du briefing. Un participant a notifié désirer « une ou deux erreurs vraiment difficiles ». Le désir de refaire l'atelier dans d'autres secteurs de périnatalité et de l'intégrer à la formation a été exprimé par trois étudiants.

Lors des temps d'échange, les éléments qui sont majoritairement ressortis sur le vécu de l'expérience étaient : la sensation d'avoir acquis de nouvelles connaissances, la découverte d'une nouvelle façon d'apprendre grâce à un outil ludique, le désir de réitérer régulièrement l'expérience en diversifiant les scénarii, l'abolition de fausses croyances et la volonté de corriger certaines habitudes de travail.

DISCUSSION

1. DISCUSSION SUR LES ERREURS

1.1. DISCUSSION DES RESULTATS DES ERREURS DETECTEES PREVUES AU SCENARIO

Les résultats portant sur le nombre d'erreurs détectées prévues au scénario permettent de mettre en évidence une différence entre les étudiants du premier cycle (deuxième et troisième année) et ceux du deuxième cycle (quatrième et cinquième année). Les étudiants du deuxième cycle ont en moyenne trouvé plus d'erreurs que les étudiants du premier cycle. Ces résultats sont cohérents parce qu'au fil des années, les étudiants acquièrent de plus en plus de connaissances dans les divers thèmes abordés dans la CDE. En revanche, il n'y a pas de différence entre les participants de quatrième année et de cinquième année, ni entre ceux de deuxième année et ceux de troisième année alors qu'il serait attendu que chaque année de formation trouve en moyenne plus d'erreurs que l'année de formation précédente. Ces résultats peuvent s'expliquer par les effectifs réduits des participants de cinquième année (n=5) et de troisième année (n=6).

Par ailleurs, le niveau d'exigence est jugé comme « plutôt difficile » par une proportion d'étudiants de plus en plus réduite au fil des années d'études ce qui est en adéquation avec le fait que les étudiants aient de plus en plus de connaissances qui leur permettent de se sentir moins en difficulté.

En moyenne, tous les types d'erreurs sont identifiés par la majorité des participants à l'exception de celles portant sur le risque infectieux. Cependant, la détection du risque infectieux dépend de son origine : le bracelet porté par la soignante a été détecté comme une erreur par 29 participants. A contrario, lorsque le risque infectieux provient de l'environnement (comme les fleurs coupées) ou de l'utilisation du matériel (collecteur DASRI à distance du lieu de soin, utilisation de la Bisepetine® à la place d'un antiseptique alcoolique et absence de date d'ouverture sur la Solution HydroAlcoolique (SHA)) la détection baisse drastiquement.

Les cours théoriques à propos du risque infectieux sont dispensés en deuxième année, notamment au premier semestre. D'une part, trois heures de cours magistraux non-obligatoire sont dispensés par un médecin de santé publique hygiéniste et portent sur les thèmes suivants : infections nosocomiales, précautions standards et complémentaire, et environnement : air, eau et surface. Trois heures de cours magistraux dispensés par un praticien hospitalier microbiologiste environnemental et

hygiène hospitalière portent sur la définition des infections nosocomiales, l'hygiène hospitalière, le bionettoyage et quelques micro-organismes d'intérêt. D'autre part, deux heures de cours magistraux sur les antiseptiques, les désinfectants et les accidents d'exposition au sang sont dispensés par une sage-femme hygiéniste. De plus, un cours de deux heures sur les moyens de stérilisation est donné par un praticien hospitalier pharmacien du CHRUN. Certains intervenants ont changé en 2020 mais ils exercent les mêmes professions que les précédents.

Il serait intéressant d'agrémenter ces cours magistraux avec des exemples concrets. Par exemple, avec un travail dirigé où serait présenté des situations concrètes et les étudiants devraient choisir le bon antiseptique ou la bonne façon d'éliminer des déchets d'activité de soins à risques infectieux, ou encore montrer des photos de situations et les étudiants cherchent les erreurs (par exemple une photo de chambre d'hôpital avec des fleurs coupées dans un vase...). De plus, ces cours sont très concentrés dans le cursus. Il est en effet important d'acquérir les bases le plus tôt possible dans le cursus mais les étudiants partent ensuite sur le terrain et nous pouvons faire l'hypothèse qu'au fil des stages ils retiennent davantage ce qu'ils voient faire en pratique que ce qu'ils ont appris au premier semestre de la deuxième année. Pour illustrer le propos, la Biseptine® est présente dans les services de maternité pour les soins du cordon, cependant elle est souvent utilisée par les professionnels pour des soins qui nécessitent un antiseptique alcoolique. Il serait alors peut-être intéressant qu'un travail dirigé sur le risque infectieux ait lieu en fin de deuxième année ou en troisième année afin de faire un rappel à distance des cours magistraux.

Par ailleurs, nous pouvons supposer que la bientraitance est globalement le thème le plus trouvé parce que cela fait appel au savoir-être et non au savoir-faire. De ce fait, la bientraitance envers les patientes renvoie une image positive de l'étudiant : en tant qu'étudiant nous avons le droit de ne pas tout savoir ou de ne pas réussir à réaliser des actes techniques mais ne pas faire attention au confort des patientes reflète davantage notre personne que nos connaissances. De plus, les sujets tels que les violences gynécologiques sont d'actualité et il existe une réelle volonté d'améliorer la situation.

Certaines des erreurs mise en scène dans notre CDE avaient déjà été mises en place lors de la CDE qui avait eu lieu en 2017 pour les étudiants des écoles hospitalières du CHRUN. Les 131 étudiants ayant participé à cette CDE étaient en formation pour les diplômes suivants : infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat, infirmier diplômé d'Etat, infirmier puériculteur diplômé d'Etat, aide-soignant, et manipulateur électroradiologie.

Le fait que les mêmes erreurs aient été utilisées dans les deux CDE permet de comparer les résultats des étudiants sage-femme avec ceux des autres étudiants. Les quatre erreurs mises en place

dans les deux CDE sont les suivantes : le bracelet au poignet du soignant, les comprimés non-identifiables, le collecteur DASRI éloigné du lieu de soin et l'absence de date sur la SHA. Les pourcentages de détection selon la filière des étudiants pour les erreurs communes aux deux CDE sont détaillés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Comparaison des pourcentages de détection selon la filière des étudiants concernant les erreurs communes aux deux chambres des erreurs

	Effectif des étudiants en maïeutique ayant détecté l'erreur (n=33) (%)	Effectif des étudiants des autres filières ayant détecté l'erreur (n=131) (%)	p-value
Bracelet au poignet du soignant	29 (88)	56 (43)	p=0,03.10 ⁻⁴ *
Comprimés non-identifiables	29 (88)	83 (63)	p=0,07.10 ⁻¹ *
Collecteur DASRI éloigné du lieu de soin	17 (52)	72 (55)	p=0,7
Absence de date d'ouverture sur la SHA	13 (39)	89 (68)	p=0,03.10 ⁻¹ *

DASRI : déchets d'activité de soins à risque infectieux et assimilés ; SHA : solution hydroalcoolique, p-value : Degré de signification, * : Différence statistiquement significative

Pour le collecteur DASRI éloigné du lieu de soin, les proportions d'étudiants ayant trouvé l'erreur sont similaires pour les étudiants en maïeutique et les étudiants des autres filières.

A propos du bracelet au poignet du soignant, les étudiants en maïeutique ont une meilleure proportion de détection que les étudiants des autres filières. Cela peut s'expliquer par le fait que dans la formation en maïeutique nous avons deux interventions appuyant ce point précis : le premier travail pratique de la formation portant sur le lavage des mains et une intervention pendant laquelle nous avons pu observer l'efficacité de notre désinfection des mains grâce à une lampe ultra-violet et un gel hydroalcoolique fluorescent.

Pour ce qui est des comprimés non identifiables, nous pouvons supposer que les étudiants sage-femme ont davantage trouvé l'erreur parce que les professionnels insistent sur ce point lors des stages en postnatal à Nancy : dans ce secteur, les médicaments sont donnés aux patientes dans des boîtes spécifiques. De plus, une étiquette comprenant toutes les informations sur le médicament est collée au dos de chaque comprimé afin de respecter les bonnes pratiques. En stage, nous participons dès la deuxième année à la préparation des médicaments. Nous pouvons penser que le fait que les étudiants voient les recommandations de bonne pratique respectées lors de leurs stages permet de leur donner les bons réflexes.

Concernant l'absence de date sur la SHA, les étudiants sage-femme ont moins trouvé l'erreur que les étudiants des autres filières. En pratique en stage nous voyons rarement les sages-femmes changer les flacons de SHA. Cela est en général fait lorsque les patientes quittent leur chambre et que la désinfection complète est faite. Celle-ci est majoritairement effectuée par les agents des services hospitaliers, les aides-soignants, et les auxiliaires de puériculture.

Cependant, nous devons nuancer les différences de résultats mises en avant ici compte tenu du petit effectif des étudiants en maïeutique.

1.2. DISCUSSION DES RESULTATS DES ERREURS DETECTEES NON-PREVUES AU SCENARIO

Certaines erreurs détectées non-prévues au scénario auraient pu être évitées et constituent des points d'amélioration de la CDE.

Il n'existe pas de recommandation concernant l'obligation de mettre un oreiller à disposition des patients hospitalisés. Cependant, les établissements de santé doivent garantir la qualité de l'accueil des patients (13). De plus, il est des missions du soignant d'améliorer le confort du patient : « l'oreiller doit être protégé et si le patient est la plupart du temps dans son lit, il faut profiter dès qu'il en sort pour le refaire, retendre les draps et retaper l'oreiller » (14).

Nous n'avons pas trouvé de recommandation précises sur la distance entre la poubelle et la table à langer, même si la poubelle fait partie du matériel qui doit être à disposition lors du change du nouveau-né (15). En effet, l'élimination rapide des déchets liés au change évite de contaminer l'environnement de la table à langer. Il est préférable que la poubelle soit à proximité ou à défaut un intermédiaire pour poser les déchets (par exemple un haricot) avant de pouvoir les éliminer dans la poubelle.

À propos du manque de matériel pour soin du cordon, notamment la Biseptine®, le soin peut également être réalisé à l'eau et au savon comme nous le voyons de plus en plus faire en pratique comme au CHRUN, ou encore avec de l'argile (16).

Concernant l'absence de feuille dédiée au recueil de consentement pour l'injection d'immunoglobulines anti-D, il est obligatoire de recueillir le consentement de la patiente à l'écrit ou à l'oral (17). Cependant la feuille pourrait ne pas être dans la chambre de la patiente. Afin d'éclaircir la situation, nous aurions pu dire aux participants lors des consignes du briefing que le consentement de la patiente avait été recueilli en amont ou l'ajouter directement au scénario.

Deux erreurs détectées non-prévues au scénario portent sur les dates de péremption : la confusion entre le numéro de lot des biberons et leur date de péremption ainsi qu'entre date d'ouverture de la Biseptine® inscrite à la main et sa date de péremption. Si ces confusions sont également faites dans les services, elles peuvent avoir pour conséquence une augmentation des dépenses causée par cette surconsommation ainsi que l'augmentation des déchets.

Certaines erreurs détectées non-prévues au scénario sont la conséquence d'un manque de connaissance. Trois participants ont signalé le fait que la sage-femme ait un garrot comme une erreur. Cependant, le Rhophylac® peut s'injecter en intra-musculaire ou en intra-veineux, ce qui nécessite l'utilisation d'un garrot (18).

Par ailleurs, la feuille de traçabilité du Rhophylac® a aussi été la source d'erreur non-prévues au scénario. La partie « délivrance » était volontairement remplie parce qu'elle doit être complétée lors de la délivrance du médicament par la pharmacie et la partie « administration » était volontairement vide parce qu'elle doit être remplie juste après l'administration du Rhophylac®.

Deux erreurs non-prévues au scénario concernaient le manque de connaissance sur l'utilisation du collecteur DASRI. En effet, même le collecteur DASRI doit être à proximité du lieu de soin (<50cm) et, même si cela est rarement réalisé en pratique, entre deux utilisations du dispositif il faut laisser le couvercle en position de fermeture temporaire (19). Ces deux mesures participent à la prévention du risque d'accident d'exposition au sang.

2. DISCUSSION DE LA METHODE

2.1. POINTS FORTS DE LA METHODE

Malgré la situation sanitaire, nous avons réussi à avoir des étudiants de toutes les années d'études ce qui permet une certaine représentativité des étudiants en maïeutique. Malheureusement, nous avons eu seulement cinq participants de cinquième année. En effet, ces étudiants sont en stage pré-professionnel de janvier à juin et ils sont nombreux à ne pas le faire dans la région. De plus, nous avons eu seulement six étudiants de troisième année qui eux aussi étaient en stage au moment de l'atelier. L'ensemble des étudiants en maïeutique de Nancy avaient été contactés avant que les dates de la CDE soit fixée et tous étaient volontaires pour participer. Les participants à la CDE ont été sélectionnés par la suite selon leurs disponibilités. Ce procédé a permis de réduire le biais de sélection, bien qu'il ne permette pas de l'éviter complètement.

La CDE a été mise en place sur un seul site et a toujours été animée par le même duo d'animateurs ce qui a permis d'assurer une organisation commune à tous les groupes et donc de limiter les biais liés aux lieux, au matériel et aux différences d'informations délivrées aux groupes de participants.

Le choix de ne pas spécifier le nombre d'erreurs prévues au scénario aux participants leur a permis de ne pas se restreindre à la recherche d'un nombre défini d'erreurs. Par conséquent, nous avons pu recueillir davantage d'erreurs non-prévues au scénario tout en laissant la possibilité aux participants de trouver l'ensemble des erreurs.

Par ailleurs, plusieurs éléments ont été mis en place afin d'obtenir une fiabilité des résultats : la participation individuelle, l'auto-évaluation des participants en validant ou non de la détection de l'erreur lors de la restitution des résultats, notre vérification de la validation des erreurs avant la saisie et l'aide informatique des logiciels pour l'analyse statistique.

2.2. LIMITES ET BIAIS DE LA METHODE

La principale limite des CDE est qu'il s'agit d'une scène figée. Cela peut induire les participants en erreur et par conséquent, augmenter les erreurs non-prévues au scénario. Par exemple, le Rhophylac® ouvert avant administration ou encore l'absence de formulaire de recueil de consentement pour l'injection de Rhophylac® ont été signalés comme des erreurs.

Ensuite, la petite taille de l'échantillon et l'inégalité des effectifs selon l'année de formation limitent la généralisation des résultats. Cependant, la population étudiée est elle-même petite : 93 étudiants en maïeutique pour l'année scolaire 2020-2021. Malgré la petite taille de l'échantillon, il correspond à plus d'un tiers de la population étudiée. Par ailleurs, les enseignements étant différents selon les universités, nous ne pouvons pas généraliser ces résultats à tous les étudiants en maïeutique de France.

Concernant la fiabilité des résultats sur les erreurs détectées, le fait que la CDE soit visitée par groupes ne permet pas une détection des erreurs totalement propre à chaque participant. Les autres membres du groupe peuvent influencer l'individu par l'attention qu'ils portent à certains éléments mis en scène. En effet, si un participant voit qu'un élément a suscité l'intérêt des autres, il risque d'approfondir sa réflexion à son sujet. Néanmoins, lors des échanges avec les participants, ceux-ci ont exprimé que la taille de la CDE était adaptée à la taille des groupes et au temps imparti : l'idée globale étant ressortie de ces échanges est que cette adéquation leur a permis de porter attention aux différents éléments sans être gêné par les autres membres du groupe.

Par ailleurs, sur le tableau de recueil des erreurs, le nombre de lignes correspondait au nombre d'erreurs prévues dans le scénario. Malgré qu'il soit expliqué lors du briefing que le nombre d'erreur n'était volontairement pas indiqué, il semble logique qu'il y ait suffisamment de lignes dans le tableau pour recueillir toutes les erreurs prévues au scénario. Cela a donc pu influencer les participants : ceux qui avaient 12 erreurs ou plus ont peut-être arrêté leurs investigations avant la fin du temps imparti et il est possible qu'au contraire, les lignes vides aient incité ceux qui avaient moins de 12 erreurs à poursuivre leur recherche.

A propos de la fiabilité des résultats sur la satisfaction des participants, nous pouvons nous interroger sur l'impartialité des réponses. En effet, le duo d'animateur est resté le même de l'accueil des groupes jusqu'à la fin du débriefing. De plus, les étudiants avaient connaissance de notre implication dans le projet et savaient que nous étions à l'origine de la mise en place de la CDE. Notre duo d'animateur était présent lors du remplissage des questionnaires de satisfaction et ils les ont ramassés. Par conséquent, les participants ont peut-être été plus indulgents dans leurs réponses.

2.3. AMELIORATION DE L'OUTIL

Tout d'abord, nous pouvons proposer des améliorations pour certaines erreurs détectées non-prévues au scénario. Pour la plupart de ces erreurs, il suffit d'ajouter des éléments dans la scène : un oreiller pour l'absence d'oreiller dans le lit de la patiente, une poubelle pour parer au manque de poubelle à proximité du lieu de change du bébé et de la Bisephtine® et des compresses, ou une affiche avec la procédure du soin de cordon à l'eau et au savon, concernant le manque de matériel pour le soin du cordon. De plus, pour l'absence de formulaire de recueil de consentement pour l'injection de Rhophylac®, nous pourrions en ajouter une dans la scène ou dire aux participants lors du briefing que ce formulaire a été rempli en amont.

D'autres améliorations pourraient être apportées pour répondre aux suggestions des participants dans le questionnaire de satisfaction. En effet, plusieurs participants auraient souhaité davantage d'explications sur les différents types d'erreurs lors du briefing ainsi que plus d'exemples pour les illustrer. De plus, comme beaucoup de participants l'ont mentionné, il serait intéressant de proposer de réitérer l'expérience avec d'autres scénarii spécifiques à la périnatalité comme une situation en salle de naissance dans laquelle nous pourrions inclure la prise en charge d'un prélèvement vaginal positif au streptocoque B, le protocole antiseptique d'un sondage urinaire, des erreurs de dosage d'ocytocine... De plus, nous pourrions aussi imaginer un scénario en secteur de grossesse à haut risque ou encore dans une situation de déclenchement du travail. Comme nous

l'avons vu dans le cycle de Kolb, la répétition des expériences permet de rendre l'apprentissage efficace. Ici, cela permettrait de pérenniser la sensibilisation à la gestion des risques (8).

Une des perspectives de la CDE serait de la faire évoluer pour créer une CDE à destination des professionnels de santé du secteur de périnatalité comme cela avait été envisagé dans un premier temps. Par exemple, il pourrait être pertinent qu'une CDE soit mise en place pour les professionnels dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). De plus, cette CDE pourrait également être intégrée à la formation initiale et cela permettrait de comparer les résultats des étudiants sages-femmes avec ceux des sages-femmes en poste.

Afin d'intégrer la CDE à la formation initiale et continue, il pourrait être envisagé de mettre en place la création de CDE comme une Unité d'Enseignement (UE) optionnelle. Voici un exemple pour que la création d'une CDE puisse être l'objet d'une UE optionnelle en tenant compte des contraintes existantes pour les étudiants de maïeutiques de Nancy.

Cela nécessiterait un petit groupe d'étudiants volontaires : entre deux et cinq étudiants pour que la charge de travail ne soit pas trop importante et qu'il ne soit pas trop difficile de réunir tout le groupe pour faire avancer le projet. L'UE optionnelle serait à destination des étudiants de quatrième année pour qu'ils possèdent suffisamment de connaissances pour ce travail et qu'ils soient disponibles au mois de mars (ce qui n'est pas le cas des étudiants de cinquième année qui sont en stage pré-professionnalisants à cette période de l'année). Il est aussi envisageable de mélanger des étudiants de quatrième et troisième année, mais cela nécessite de prendre en compte une éventuelle complication de l'organisation du groupe lié au fait que leur répartition des périodes de stage et de cours est différente. De préférence, au moins une partie des étudiants aurait déjà participé à une CDE ou à la création d'une CDE afin qu'ils aient déjà notion du déroulement de l'atelier.

L'UE optionnelle aurait lieu de septembre à décembre pour une mise en place de la CDE vers le mois de mars. Cela permettrait aussi de réserver des créneaux dans les emplois du temps des différentes promotions afin qu'une majorité des étudiants puissent participer. De plus, il faudrait que les étudiants participants à l'UE optionnelle aient à disposition la boîte à outil et une liste des personnes à qui s'adresser pour emprunter le matériel de base (par exemple le CPias pour le mannequin) afin de leur éviter ces recherches déjà effectuées par le passé. Il serait intéressant de créer un support sur lequel les étudiants pourraient trouver les documents utilisés par ceux qui ont mis en place les anciens scénarii.

Par ailleurs, une importante proportion d'EIAS sont le fait d'une organisation de travail et d'une communication déficiente entre les professionnels de santé (20). En effet, pour près d'un tiers

des évènements, les causes sont liées à l'équipe, et au sein de l'équipe, le premier facteur est la communication (21). Il serait pertinent d'ajouter ce type d'erreur au scénario. La visite de la CDE pourrait se finir par le visionnage d'une vidéo où la sage-femme ferait des transmissions concernant notre patiente lors de la relève. Nous pourrions imaginer, par exemple, une erreur d'identitovigilance sur le prénom du nouveau-né lors de ces transmissions.

D'autres perspectives résident en l'amélioration de la CDE par l'intégration de la technologie : ajout d'un fond sonore pour plus de réalité, agrémenter les situations par le visionnage de vidéo d'une pratique de soins avec des erreurs glissées volontairement... Il serait aussi possible d'imaginer la création d'une CDE en réalité virtuelle, ou sous forme de jeu vidéo, ce qui permettrait de s'affranchir des contraintes liées à la situation sanitaire actuelle. Cependant, ces améliorations demandent des connaissances techniques et ont un coût financier important.

CONCLUSION

Les CDE apparaissent comme un moyen efficace de renforcer la sécurité et la qualité des soins dispensés aux patients en luttant contre les EIAS. En effet, elles permettent de promouvoir la culture positive de l'erreur de façon ludique. De plus, elles répondent à l'objectif du PNSP qui est d'utiliser la simulation en santé comme méthode prioritaire, en formation initiale et continue, pour faire progresser la sécurité (4).

Grâce à la mise en place de notre CDE nous avons pu sensibiliser les étudiants à la qualité et à la sécurité des soins. De plus, nous avons tiré profit de l'atelier pour identifier des points d'amélioration en vue d'un possible renouvellement. Par ailleurs, nous avons pu estimer les connaissances des étudiants sur les EIAS. Mais surtout, nous avons pu répondre à notre objectif principal qui était d'évaluer la réussite des étudiants en maïeutique de Nancy selon leur année d'étude à travers une CDE spécifique à la périnatalité.

Nous avons pu répondre à cet objectif parce que des étudiants de chaque année de formation ont pu participer à la CDE. De plus, nous avons amélioré la fiabilité de nos résultats grâce au procédé que nous avons suivi pour la validation des erreurs de chaque participant ainsi qu'à l'organisation qui était identique pour tous les groupes.

Aussi, nous avons pu répondre à nos objectifs secondaires qui étaient d'une part, analyser le type d'erreur identifié selon l'année d'étude et d'autre part, évaluer la satisfaction des participants. Nous avons constaté que les étudiants du deuxième cycle avaient mieux réussi la CDE que les étudiants du premier cycle. L'analyse du type d'erreur selon l'année d'étude nous a montré que globalement les types d'erreurs les plus trouvés et les moins trouvés sont semblables quel que soit l'année d'étude : le risque infectieux est le moins détecté par les étudiants et les erreurs relatives à la bientraitance sont celles les plus identifiées.

Nous pouvons aussi noter que plus l'année de formation des étudiants est élevée et moins le niveau de difficulté a été ressenti comme étant difficile.

Par ailleurs, l'analyse des erreurs non-prévues au scénario nous a permis de mettre en avant des points à améliorer et d'identifier les fausses croyances des participants.

La CDE a suscité un grand intérêt chez l'ensemble des participants qui étaient très satisfaits de l'atelier et souhaitaient réitérer l'expérience avec de nouveaux scénarii.

Par ailleurs, l'impact à court et moyen terme de notre CDE sur les pratiques et connaissances des participants va être évalué grâce à une étude menée par une étudiante sage-femme. En effet, cette

étudiante a créé un questionnaire portant sur les connaissances abordées lors de la CDE. Deux groupes ont répondu à son questionnaire : un constitué des participants à la CDE et l'autre constitué des étudiants n'ayant pas participé à la CDE. Elle va ensuite comparer les réponses des deux groupes pour savoir si la CDE a eu un impact sur les connaissances de ceux qui y ont participé.

Si cette étude montre que la CDE améliore les connaissances des étudiants à moyen terme, il serait intéressant d'intégrer ce nouvel outil pédagogique de façon systématique et obligatoire dans la formation initiale en diversifiant les erreurs et les scénarios. Néanmoins, il est possible que les étudiants aient besoin de faire plusieurs CDE avant d'améliorer leurs connaissances à moyen terme parce que la répétition de l'expérience est fondamentale afin d'ancrer l'apprentissage.

De plus, nous pouvons imaginer faire des CDE spécifiques selon l'année de formation afin d'adapter les erreurs et les scénarii aux connaissances théoriques et à l'expérience acquise en stage par les étudiants. Nous avons également la possibilité de d'ouvrir la participation aux professionnels de santé de la périnatalité et par la suite de diversifier les types d'atelier afin de conserver le même enthousiasme des participants : amélioration par l'introduction de la technologie, escape game, version interactive, réalité virtuelle, jeu vidéo...

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS, Haute Autorité de Santé. Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS) [Internet]. 2015 [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: https://pprod-web.has-sante.fr/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias
2. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Journal officiel de la République Française. [Internet]. Légifrance. 2016 [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479591>
3. DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. [Internet]. 2010 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>
4. Ministère des solidarités et de la Santé. Récapitulatif des axes, objectifs et actions du PNSP [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp/pnsp>
5. America's Authentic Government Information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress (2009-2010): Enhancing Safety in Medicine Utilizing Leading Advanced Simulation Technologies to Improve Outcomes Now Act of 2009. [Internet]. Congress.gov. 2009 [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/855/text>
6. HAS, Haute Autorité de Santé. Simulation en santé [Internet]. 2019 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
7. HAS, Haute Autorité de Santé. Rapport de mission. Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. 2012.
8. Kolb D. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. 2e édition. New Jersey: FT press; 2014.
9. HAS, Haute Autorité de Santé. Simulation en santé et gestion des risques. Guide méthodologique. [Internet]. 2019 [cité 20 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2905932/fr/simulation-en-sante-et-gestion-des-risques
10. Denry P, HAS. La « chambre des erreurs » : un outil ludique d'amélioration des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974677/fr/la-chambre-des-erreurs-un-outil-ludique-d-amelioration-des-pratiques-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins
11. Krommenaker C. Mise en place d'une chambre des erreurs au sein des écoles hospitalières [Mémoire]. Nancy : Université de Lorraine; 2017.

12. SFTG, Société de Formation Thérapeutique du Généraliste. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. 2007.
13. Ministère des solidarités et de la santé. Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisée [Internet]. 2006 [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>
14. Hallouët P, Eggers J, Malaquin-Pavan E. Fiches de Soins Infirmiers. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. Chapitre 2, Réfection de lit; p. 50-54.
15. Réseau ressource biologique. Situation professionnelle dans le secteur de la petite enfance. Change d'un nourrisson en structure collective. [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.esst-inrs.fr/3rb/ressources/3_analyse_detaillee_secteur_petite_enfance_change_bebe.pdf
16. Pfersdorff A. Les soins du cordon chez mon bébé : avec un liquide antiseptique ou à sec? [Internet]. 2021 [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.pediatre-online.fr/nouveaune/soins-cordon-chez-bebe-liquide-antiseptique-a-sec/>
17. HAS, Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence [Internet]. 2010 [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_944658/fr/rhophylac-ct-7715
18. Okwundu CI, Afolabi BB. Anti-D en intramusculaire versus intraveineuse pour la prévention de l'allo-immunisation rhésus au cours de la grossesse [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD007885/PREG_anti-d-en-intramusculaire-versus-intraveineuse-pour-la-prevention-de-lallo-immunisation-rhesus-au
19. ONPP, Ordre Nationale des Pédiatres-Podologues. Sécurité au cabinet. DASRI : déchets d'activités de soins à risques infectieux [Internet]. 2015 [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.onpp.fr/assets/cnopp/fichiers/publications/reco-06-dasri.pdf>
20. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les événements indésirables associés aux soins - EIAS [Internet]. 2021 [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias>
21. HAS, Haute Autorité de Santé. Dossier de presse. Sécurité du patient : la HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins. 2015.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION.....	6
1. CONTEXTE.....	6
1.1. LES EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS	6
1.2. LA SIMULATION EN SANTE	7
1.2.1. La chambre des erreurs	8
2. CHAMBRE DES ERREURS EN PERINATALITE	9
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	9
MATERIEL ET METHODE.....	10
1. TYPE D'ETUDE	10
2. POPULATION ETUDIEE	10
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE.....	11
3.1. ORGANISATION EN AMONT DE L'ATELIER	11
3.1.1. La boîte à outils	11
3.1.2. Lieu et dates	12
3.1.3. Communication sur l'événement et inscriptions.....	13
3.1.4. Matériel	13
3.1.5. Test de la chambre.....	14
3.2. ORGANISATION DE L'EVENEMENT	14
3.2.1. Briefing.....	14
3.2.2. Visite de la chambre	15
3.2.3. Restitution des erreurs à détecter	15
3.2.4. Temps d'échange.....	15

3.2.5. Questionnaire de satisfaction	16
3.3. EVALUATION DE LA CHAMBRE DES ERREURS ET DE LA REUSSITE DES ETUDIANTS.....	16
3.3.1. Réussite des étudiants.....	16
3.3.2. Evaluation de la CDE.....	16
3.3.3. Méthodes informatiques.....	17
RESULTATS.....	18
1. ECHANTILLON ETUDIE.....	18
2. RESULTATS CONCERNANT LES ERREURS DETECTEES	18
2.1. LES ERREURS DETECTEES PREVUES AU SCENARIO	18
2.1.1. Perception du niveau d'exigence et erreurs détectées.....	19
2.1.2. Différence de détection entre les différentes erreurs.....	20
2.2. LES ERREURS DETECTEES NON-PREVUES AU SCENARIO	21
3. RESULTATS CONCERNANT L'OUTIL.....	22
DISCUSSION	24
1. DISCUSSION SUR LES ERREURS	24
1.1. DISCUSSION DES RESULTATS DES ERREURS DETECTEES PREVUES AU SCENARIO	24
1.2. DISCUSSION DES RESULTATS DES ERREURS DETECTEES NON- PREVUES AU SCENARIO	27
2. DISCUSSION DE LA METHODE.....	28
2.1. POINTS FORTS DE LA METHODE.....	28
2.2. LIMITES ET BIAIS DE LA METHODE	29
2.3. AMELIORATION DE L'OUTIL.....	30
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE.....	35
TABLE DES MATIERES	37
ANNEXES	39

ANNEXES

Annexe 1 : Calendrier de mise en place de la CDE

Annexe 2 : Scénario et aide à sa mise en place

Annexe 3 : Listing du matériel

Annexe 4 : Tableau des erreurs et argumentaire

Annexe 5 : Briefing des animateurs

Annexe 6 : Fiche recueil des erreurs

Annexe 7 : Diaporama de restitution

Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction

Annexe 9 : Matériel fabriqué pour la mise en place de la CDE

Annexe 10 : Détection des 12 erreurs par année de formation

Annexe 11 : Proportion de détection des erreurs en fonction de leur type classé par année de formation

Annexe 12 : Tableau des 26 erreurs non-prévues au scénario et détectées par les participants

ANNEXE 1 : CALENDRIER DE MISE EN PLACE DE LA CDE

Dates Séances	Dates Tâches	M-6	M-5	M-4	M-3	M-2	M-1	M0
	Constitution du groupe de travail							
Séance n°1	Choix population cible							
Séance n°1	Choix dates							
Séance n°1	Choix lieu + réservation des locaux							
Séance n°2	Choix des animateurs							
Séance n°2	Recensement du matériel							
	Obtention du matériel							
Séance n°2	Création du plan de communication							
	Mise en place du plan de communication							
Séance n°3	Choix des animateurs testeurs							
Séance n°3	Inscriptions des participants							
Séance n°4	Installation de la CDE							
Séance n°4	Test CDE							
Séance n°4	Animation des séances							

ANNEXE 2 : SCENARIO ET AIDE A SA MISE EN PLACE

Rappel du contexte :

Nous sommes le 20 novembre 2020 dans le secteur mère-enfant d'une maternité. Il est 8h, une sage-femme rentre dans la chambre de Mme DORIN Lisa pour lui faire une injection de Rhophylac. Mme Dorin Lisa, âgée 31 ans, 2^{ème} geste 2^{ème} pare, a accouché d'une fille Mia de 3250g le 19 novembre à 18h12 au terme de 40 SA. L'accouchement s'est déroulé normalement, par voie basse sous péridurale, délivrance et suites de couches normales. Elle opte pour un allaitement artificiel.

Présentation par zone et non par erreurs pour permettre une installation plus aisée :

- **Erreur 1** : élimination des déchets non conforme : **DASRI éloigné du lieu de soin (>50 cm)**
- **Erreur 2** : flacon SHA non daté : **Flacon SHA ouvert sans date d'ouverture**
- **Erreur 3** : port de bijou par le soignant : **Bracelet au poignet du soignant**
- **Erreur 4** : présence de fleurs dans la chambre : **Bouquet de fleurs dans un vase**
- **Erreur 5** : couchage du nouveau-né non recommandé : **Présence de peluches et d'une couverture sur le berceau**
- **Erreur 6** : antiseptie cutanée non conforme : **Utilisation de Biseptine® à la place d'un antiseptique alcoolique avant administration de Rhophylac® par voie IV**
- **Erreur 7** : présence d'une feuille de transmission dans la chambre : **Feuille de transmission de la soignante oublié dans la chambre**
- **Erreur 8** : sonnette non accessible pour la patiente : **Sonnette à distance de la patiente >1m**
- **Erreur 9** : erreur d'identification : **Etiquette de Dorin Mia 19/11/2020 (le nouveau-né) sur la traçabilité du Rhophylac (au lieu de Dorin Lisa)**
- **Erreur 10** : erreur de dosage : **Flacon de Cabergoline® avec 8 comprimés présent dans la chambre**
- **Erreur 11** : médicaments déconditionnés : **Présence de comprimés non identifiable sur le plateau de la patiente**
- **Erreur 12** : erreur de dosage : **Présence d'une prescription de Rhophylac®300 et d'une boîte de Rhophylac®200**

La patiente représentée par un mannequin :

- Est dans son lit
- Vêtue d'un t-shirt ample et d'un legging
- Bracelet d'identification avec étiquette de la patiente conforme sur le bras droit (Dorin Lisa 16/06/1989)
- Sonnette à distance de la patiente (>1m) (**erreur n°8**)

Sur le berceau :

- Un mannequin représentant un nouveau-né, habillé d'un body, d'un pyjama et d'un gilet, recouvert d'une couverture (**erreur n°5**). Présence de deux peluches à côté de son visage (**erreur n°5**). Deux bracelets d'identification conformes (Dorin Mia 19/11/2020).
- Feuille de transmission des repas, selles et urines complété correctement avec étiquette de DORIN MIA 19/11/20

Table change bébé :

- Couches
- Liniment avec date de péremption conforme
- Compresses
- Lange
- Bodies

Sur le mur :

- 1 SHA daté 5 novembre 2020
- Une affiche avec les 5 indications d'hygiène des mains de l'OMS
- La technique de friction hydro-alcoolique de l'OMS
- La charte des droits des patients plastifiées et imprimés en couleur
- Affiche prévention mort inattendue du nourrisson

Sa table de nuit :

- Téléphone branché
- Flacon de Cabergoline® avec 8 comprimés (date de péremption conforme) (**erreur n°10**)
- Fleurs dans un vase avec de l'eau (**erreur n°4**)

Son adaptable :

- Plateau du petit déjeuner : un bol d'eau (froide donc prévenir les participants), un sachet de thé, une brique de jus d'orange, un verre rempli d'eau, 2 sachets de biscottes dans leurs emballages hermétiques (date de conservation conforme), 2 portions individuelles de beurre (date de conservation conforme), 1 portion individuelle de confiture (date de conservation conforme)
- 1 comprimé déconditionné et non identifiable sur le plateau du petit déjeuner (**erreur n°11**)

Le soignant présenté par un mannequin :

- Debout
- Le soignant est vêtu de sa tenue (blouse et pantalon) propre du jour, badge professionnel « Garoche Véronique », chaussures fermées lessivables et antidérapantes. Bracelet à son poignet gauche (**erreur n°3**). Si le mannequin a une perruque, les cheveux doivent être attachés.

Le chariot de soins en inox :

- Feuille de traçabilité du Rhophylac® avec l'étiquette Dorin Mia 19/11/20 (**erreur n°9**)
- Boîte de Rhophylac® 300 µg (**erreur n°12**)
- Garrot
- Boîte de gants taille L
- Flacon SHA ouvert sans date d'ouverture (**erreur n°2**)
- Biseptine avec date conforme (**erreur n°6**)
- Un sachet de compresses stériles
- Un pansement
- Feuille de prescription du Rhophylac® 200 µg datée signée étiquetée et tamponnée (**erreur n°12**)

Sur la table :

- DASRI conforme avec date d'ouverture : 25 octobre 2020 (**erreur n°1**)
- Feuille de transmission de la soignante oublié (**erreur n°7**)
- Une bouteille d'eau

ANNEXE 3 : LISTING DU MATERIEL

LISTING MATERIEL

Meubles	
Lit	
Table de nuit	
Adaptable	
Chariot de soins en inox	
Bureau/table	
Berceau	
Table change bébé	

Mannequins	
Mannequin allongé femme	
Mannequin debout femme	
Mannequin nouveau-né	

Objets	
Sonnette	
Téléphone	
Fleurs, vase	
Bol, verre, couverts, cruche, plateau	
Peluche	
Couches	
Liniment	
Langes	
Cotons	
Bracelet (bijou)	
Bracelet d'identification X1 adulte X2 nouveau-né	

Pour la patiente : T-shirt ample, legging	
Pour la soignante : Pantalon et tunique (tenue hospitalière), chaussures fermées	
Pour le nouveau-né : Body, pyjama, gilet, bonnet, chaussettes	

Nourritures et boissons	
Bouteille d'eau	
Biberons à usage unique (date conforme)	
Sachet de thé, brique jus d'orange, 1 sachet de biscottes dans son emballage hermétique (date de conservation conforme), 1 portion individuelle de beurre (date conservation conforme), 1 portion individuelle de confiture (date conservation conforme)	

Matériel médical	
Flacon de <i>Cubergoline</i> ® avec 8 comprimés (date conforme)	
1 comprimé rose déconditionné, non identifiable	
1 boîte de <i>Rhophylac</i> ® 300 µg (vide)	
1 flacon SHA ouvert sans date	
1 SHA mural airless et son support métallique, daté de plus d'un mois et de moins de 6 mois	
Bisoprolol® avec date conforme	
DASRI conforme avec date d'ouverture	
Garrot	
Boite de gants taille M	
1 sachet de compresses stériles	
1 pansement	

Feuilles/badges/bracelet	
Étiquette d'identification « DORIN Lisa 16/06/1989 » X2	
Étiquette d'identification « DORIN Mia 19/11/2020 » X4	
Badge professionnel « GAROCHÉ Véronique Sage-femme »	

Feuille de traçabilité Rhophylac®	
Feuille de prescription du Rhophylac® 200 µg conforme datée signée renseignée étiquetée et tamponnée	
Feuille de transmission de la sage-femme	
Feuille de surveillance des repas, selles et urines du nouveau-né	
Une affiche avec les 5 indications d'hygiène des mains de l'OMS Une affiche sur la technique de friction hydro-alcoolique de l'OMS La charte des droits des patients plastifiées et imprimées en couleur Une affiche prévention mort inattendue du nourrisson	

ANNEXE 4 : TABLEAU DES ERREURS ET ARGUMENTAIRE

Thèmes de l'erreur	Énoncé de l'erreur	Traduction visuelle dans la scène	Risque de l'erreur	Commentaires (recommandations)
Infectiovigilance	Élimination des déchets non conforme	DASRI éloigné du lieu de soin (>50cm)	Risque d'accident d'exposition au sang	Immédiatement après le geste, déposer l'objet piquant, coupant, tranchant, souillé dans un container adapté à proximité du soin (<50cm) afin d'éviter tout risque de piqûre ou coupure par du matériel contaminé de liquide biologique (20)
	Flacon SHA non daté	Flacon SHA ouvert sans date d'ouverture	Risque d'infections nosocomiales	Renseigner la date d'ouverture du flacon pompe SHA car baisse de l'efficacité du produit par évaporation de l'alcool après la durée de conservation (1 mois pour les flacons pompe) (21)
	Port de bijou par le soignant	Bracelet au poignet du soignant	Risque d'infections nosocomiales par transmission manuportée	Les mains et les poignets doivent être dépourvus de bijou, bracelet, montre, alliance. Le port de bijoux est un frein à la réalisation d'une bonne hygiène des mains (22)
	Présence de fleurs dans la chambre	Bouquet de fleurs dans un vase	Risque d'infections nosocomiales par contamination environnementale	Les fleurs en bouquet et les fleurs en pot sont interdites de séjour dans les chambres des patients pour maîtriser le risque infectieux et allergique (23)
	Antiseptie cutanée non conforme	Utilisation de Biseptine® à la place d'un antiseptique alcoolique avant	Risque d'infections nosocomiales	Pour une antiseptie sur peau saine chez l'adulte, privilégier un antiseptique alcoolique, plus efficace que la Biseptine®. En effet elle contient de l'alcool benzyle

		l'administration de Rhophylac® par voie IV		seulement pour son pouvoir conservateur, concentration trop faible pour être considérée comme antiseptique alcoolique (24)
Pharmacovigilance	Erreur de dosage	Flacon de Cabergoline® avec huit comprimés présents dans la chambre	Risque de surdosage	Avant d'administrer un médicament : <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de donner au bon patient, le médicament prescrit • S'assurer que le bon médicament va être administré • S'assurer d'administrer la bonne dose, concentration ou dilution du médicament prescrit • S'assurer d'utiliser la bonne voie prescrite • S'assurer que l'administration est réalisée au bon moment (28)
	Erreur de dosage	Présence d'une prescription de Rhophylac®300 et d'une boîte de Rhophylac®200	Risque de surdosage ou de sous dosage	
	Médicaments déconditionnés	Présence de comprimés non identifiables sur le plateau de la patiente	Risque d'erreur médicamenteuse	
Prévention de la mort inattendue du nouveau-né (MIN)	Couchage du nouveau-né non recommandé	Présence de peluches et d'une couverture sur le berceau	Risque de MIN	Le lit ne doit comporter aucun jouet ni peluche susceptible de provoquer un étouffement accidentel. Privilégier une turbulette ou une gigoteuse à l'utilisation d'un drap ou d'une couette qui risquerait de recouvrir le nez et la bouche de l'enfant (27)
Identitovigilance /secret professionnel	Présence d'une feuille de transmission dans la chambre	Feuille de transmission de la soignante oubliée dans la chambre	Risque de divulgation du secret professionnel	Les informations médicales doivent être rangées en sécurité et ne doivent pas se retrouver à la disposition des autres patients, visiteurs ou tout autre personne ne prenant pas en charge le patient (25)
	Erreur d'identification	Étiquette de Mia DORIN (le nouveau-né) sur la traçabilité du Rhophylac®	Risque d'erreur médicamenteuse	Vérification à l'admission et avant chaque soin de la concordance entre le nom du patient et les différents documents. La vérification de l'identité est à faire à chaque étape de la prise en charge. Le nom de naissance, le prénom et la date de

				naissance sont à vérifier systématiquement (28)
Bienveillance	Sonnette non accessible pour la patiente	Sonnette à distance de la patiente (>1m)	Risque de chute de la patiente, risque de retard de prise en charge, pronostic vital engagé	Mettre la sonnette à portée de main de la patiente et le vérifier systématiquement avant de sortir de la chambre (26)

Légende :
 DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
 SHA : Solutions hydroalcooliques
 IV : Intra-veineux

ANNEXE 5 : BRIEFING DES ANIMATEURS

Briefing des animateurs

1. **Accueil des participants dans la salle de TD n°1 : 5 minutes max**
2. **Briefing : expliquer le principe de la chambre des erreurs : 10 minutes max**

Donner les consignes de participation :

- **Ne pas donner le nombre d'erreurs**
- « Regardez tous les détails de la scène pour trouver les erreurs qui n'auraient pas dû se glisser dans cette scène »
- « Décrivez les erreurs sur la fiche de recueil des erreurs. Les erreurs ont été introduites selon 3 zones. Il faut cocher la case de votre choix : Zone 1 = patient, zone 2 = soignant, zone 3 = environnement. La colonne « validation de l'erreur » sera utilisée au cours du débriefing avec les animateurs pour valider chacune de vos erreurs »
- « C'est un travail individuel, le silence doit être respecté pour ne pas influencer les autres participants »
- « Veuillez respecter le matériel, ne pas toucher ou déplacer le matériel en place »
- « Au bout de 15 min, on vous demandera de sortir de cette chambre et nous feront le point ensemble sur les erreurs que l'on pouvait retrouver, dans la salle de conférence »
- « Au verso du recueil des erreurs se trouve le questionnaire de satisfaction à remplir à la fin de l'activité. Le recueil des erreurs et le questionnaire de satisfaction seront à restituer aux animateurs à la fin de l'expérience »
- **Rassurer du respect de l'anonymat et du non jugement**

Prêter : une pochette pour faciliter l'écriture

Donner : un stylo, la feuille de recueil des erreurs anonyme (recto)/ le questionnaire de satisfaction anonyme (verso) et l'autorisation de prise de photographie et de diffusion

(stylos avec partenariat MACSF)

Lire le scénario :

« Nous sommes le 20 novembre 2020 dans le secteur mère-enfant d'une maternité. Il est 8h, une sage-femme rentre dans la chambre de Mme DORIN Lisa pour lui faire une injection de Rhophylac. Mme Dorin Lisa, âgée 31 ans, 2^{ème} geste 2^{ème} pare, a accouché d'une fille Mia de 3250g le 19 novembre à 18h12 au terme de 40 SA. L'accouchement s'est déroulé normalement, par voie basse sous péridurale, délivrance et suites de couches normales. Elle opte pour un allaitement artificiel. »

1. Faire entrer les participants dans la chambre des erreurs dans la salle de TD n°2: 15 minutes max

- Prendre des notes (comportements des participants)
- Veiller à la participation individuelle, le respect du silence et du matériel

2. La sortie de la chambre :

- Arrêter la visite au bout des 15 min prévues et inviter les participants à s'installer dans la salle de conférence
- Expliquer le déroulement de la séance de restitution et le temps d'échange
- Insister sur le respect du non jugement, de l'anonymat de l'analyse des erreurs retrouvées et de la non divulgation des erreurs à retrouver aux autres groupes à passer (accord moral)

3. La restitution des 12 erreurs à retrouver : 15 minutes max

- Demander aux participants de valider les erreurs retrouvées et d'inscrire le n° de l'erreur repris dans le diaporama dans les cases prévues à cet effet.
- Restituer les erreurs à retrouver via le diaporama de restitution : 1 minute max par diapo (si temps disponible, temps supplémentaires pour les erreurs qui feront polémique)
- Recensement des éléments détectés en erreur par les participants et non prévues au scénario

4. Le temps d'échange : 10 minutes max

Trois questions à formuler :

- « Dans la scène observée, qu'est-ce qui vous a le plus interpellé ? »
- « Comment avez-vous vécu cette expérience ? »
- « Que tirez-vous de cette expérience ? »

Assurer une expression libre

5. Remplissage du questionnaire de satisfaction : 5 min max

- Récupérer le recueil des erreurs/questionnaire de satisfaction, l'autorisation de photographie et de diffusion et les pochettes
- Remercier et féliciter les participants pour leur participation
- Distribuer les goodies

Répartition des missions des animateurs

Animateur N°1 pour :

1. Accueil des participants dans la salle de TD n°2
2. Briefing : expliquer le principe de la chambre des erreurs

Puis les participants suivent l'animateur n°2, pendant que l'animateur n°1 désinfecte et aère la salle de TD n°2 et prépare la salle pour le prochain groupe.

Animateur N°2 pour :

3. Faire entrer les participants dans la chambre des erreurs dans la salle de TD n°1
4. La sortie de la chambre

Animateur N°1 et N°2 pour :

1. La restitution des 12 erreurs à retrouver
2. Le temps d'échange
3. Remplissage du questionnaire de satisfaction : 5 min max

20 minutes entre chaque groupe pour aérer et désinfecter la salle de TD n°1 et la salle de conférence, réinstaller le matériel.

Erreur n° 8

Sonnette à distance de la patiente

Bienveillance

► La bonne pratique:

Mettre la sonnette à portée de main de la patiente et le vérifier systématiquement avant de sortir de la chambre.



► Risque de chute de la patiente et risque de retard de prise en charge, possibilité de mettre en jeu le pronostic vital

Sources : HAS, Haute Autorité de Santé. Le déploiement de la bienveillance. Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD [en ligne]. 2012. [cité le 2 juin 2020].

Erreur n° 10

Flacon de Cabergoline® avec huit comprimés présent dans la chambre

Pharmacovigilance

► La bonne pratique:

Avant d'administrer un médicament, je dois contrôler: (les 5 B)

- m'assurer de donner au bon patient, le médicament prescrit

- m'assurer que le bon médicament va être administré

- M'assurer d'administrer la bonne dose, concentration ou dilution du médicament prescrit

- M'assurer d'utiliser la bonne voie prescrite

- M'assurer que l'administration est réalisée au bon moment



► Risque de surdosage ou d'inefficacité

Sources : HAS, Haute autorité de santé. Outil de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments [en ligne]. 2014 [cité le 14 octobre 2020]. Disponible sur <https://www.has.sante.fr/consulte/446211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments>

Erreur n° 9

Etiquette de Mla Dorn (le nouveau-né) sur la feuille de traçabilité de Rhophylac®

Identivigilance

► La bonne pratique:

Vérification à l'admission et avant chaque soin de la concordance entre le nom du patient et les différents documents.

La vérification de l'identité est à faire à chaque étape de la prise en charge. Le nom de naissance, le prénom et la date de naissance sont à vérifier en systématique.



► Risque d'erreur médicamenteuse

Sources : HAS, Haute autorité de santé. Outil de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments [en ligne]. 2016 [cité le 14 octobre 2020]. Disponible sur <https://www.has.sante.fr/consulte/446211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments>

Erreur n° 11

Présence de comprimés non identifiables sur le plateau du petit déjeuner

Circuit du médicament

► La bonne pratique:

Le médicament doit être identifiable jusqu'à son administration. Cela suppose une découpe des blisters pour voir le nom de spécialité, la DC, son dosage, le numéro de lot de la spécialité et la date de péremption. Si cela n'est pas possible regard du conditionnement, le blister ne doit pas être découpé ou le comprimé doit être placé dans un sachet avec l'ensemble des informations nécessaires



► Risque d'erreur médicamenteuse

Sources : HAS, Haute autorité de santé. Outil de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments [en ligne]. 2016 [cité le 14 octobre 2020]. Disponible sur <https://www.has.sante.fr/consulte/446211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments>

Erreur n° 12

Déconcordance dosage Rhophylac® avec la prescription

PHARMACOVIGILANCE

► La bonne pratique:

Avant d'administrer un médicament, je dois contrôler: (les 5 B)

- m'assurer de donner au bon patient, le médicament prescrit

- m'assurer que le bon médicament va être administré

- M'assurer d'administrer la bonne dose, concentration ou dilution du médicament prescrit

- M'assurer d'utiliser la bonne voie prescrite

- M'assurer que l'administration est réalisée au bon moment.



► Risque de surdosage ou de sous

Sources : HAS, Haute Autorité de Santé. Outil de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments [en ligne]. 2016 [cité le 2 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.has.sante.fr/consulte/446211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments>

La Chambre des Erreurs

Merci pour votre participation !

Vous pouvez remplir le questionnaire de satisfaction qui se trouve au verso !

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Votre avis nous intéresse !

1) Votre profession/ étude (précisez l'année) :

2) Votre ancienneté : < à 5 ans Entre 5 et 10 ans > à 10 ans

3) Comment évaluez-vous la qualité :

De l'organisation	<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait	<input type="checkbox"/> Très insatisfait
De l'animation	<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait	<input type="checkbox"/> Très insatisfait
Du scénario	<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait	<input type="checkbox"/> Très insatisfait
De la restitution	<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait	<input type="checkbox"/> Très insatisfait
Du temps d'échange	<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait	<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait	<input type="checkbox"/> Très insatisfait

4) La durée, vous a paru :

De la visite de la chambre	<input type="checkbox"/> Adaptée	<input type="checkbox"/> Trop courte (Durée optimale : min)	<input type="checkbox"/> Trop longue (Durée optimale : min)
De la restitution des résultats	<input type="checkbox"/> Adaptée	<input type="checkbox"/> Trop courte (Durée optimale : min)	<input type="checkbox"/> Trop longue (Durée optimale : min)
De la discussion	<input type="checkbox"/> Adaptée	<input type="checkbox"/> Trop courte (Durée optimale : min)	<input type="checkbox"/> Trop longue (Durée optimale : min)

5) Le niveau d'exigence des événements indésirables à retrouver dans la scène était ?

Trop facile Plutôt facile Plutôt difficile Trop difficile

6) Pensez-vous que cette chambre soit un outil pédagogique adapté pour sensibiliser aux risques associés aux soins ?

OUI NON

7) Pensez-vous avoir acquis des connaissances utiles pour l'exercice de votre profession ?

Oui totalement En grande partie Très partiellement Non

8) L'atelier a-t-il répondu à vos attentes ?

Oui totalement En grande partie Très partiellement Non

9) Avez-vous apprécié de participer à la chambre des erreurs ?

Oui totalement En grande partie Très partiellement Non

10) Auriez-vous envie de renouveler l'expérience avec un autre scénario ?

OUI NON

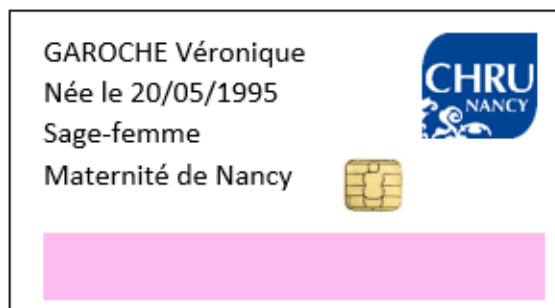
11) Aimeriez-vous qu'un outil de ce type soit intégré dans votre formation (initiale ou continue) ?

OUI NON

12) Quelles sont vos suggestions pour améliorer la chambre des erreurs ?

ANNEXE 9 : MATERIEL FABRIQUE POUR LA MISE EN PLACE DE LA CDE

Badge sage-femme :



Étiquettes patient :

DORIN Lisa	DORIN Mia
NU : DORIN	NU : DORIN
DDN : 16/06/1989 Sexe : F	DDN : 19/11/2020 Sexe : F
IPP : 00203592 	IPP : 00203604 
Date entrée : 19/11/2020 H	Date d'entrée : 19/11/2020 H
21000886 	21000893 

Ordonnance Rophylac :

ORDONNANCE

Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle par Rophylac® 300 µg

Le

Mme

- L'administration de Rophylac® 300 µg doit être précédée d'une RAI les 8 jours qui précèdent l'injection
- Faire pratiquer par une sage-femme ou une infirmière, une injection intraveineuse ou intramusculaire de Rophylac® 300 µg
Soit le :
- Faire coller par la personne ayant réalisé l'injection, une des deux étiquettes de traçabilité du Rophylac® 300 µg sur la feuille de traçabilité ci-jointe. Cette feuille doit être remise par la patiente, au professionnel qui suit la grossesse, lors de la prochaine visite, pour être archivé dans le dossier médical.

Prescripteur :

ANNEXE 10 : DETECTION DES 12 ERREURS PAR ANNEE DE FORMATION

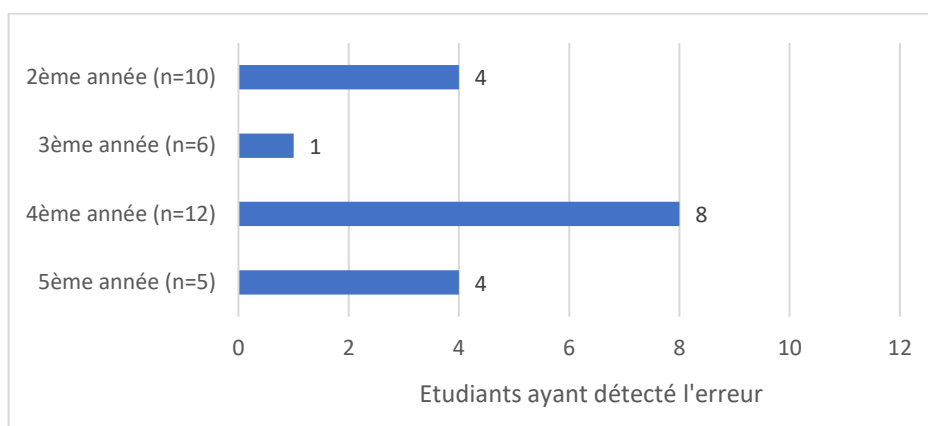


Figure 6 : Détection de l'erreur 1 : « élimination des déchets non-conformes : DASRI éloigné du lieu de soin » par année de formation (n=33)

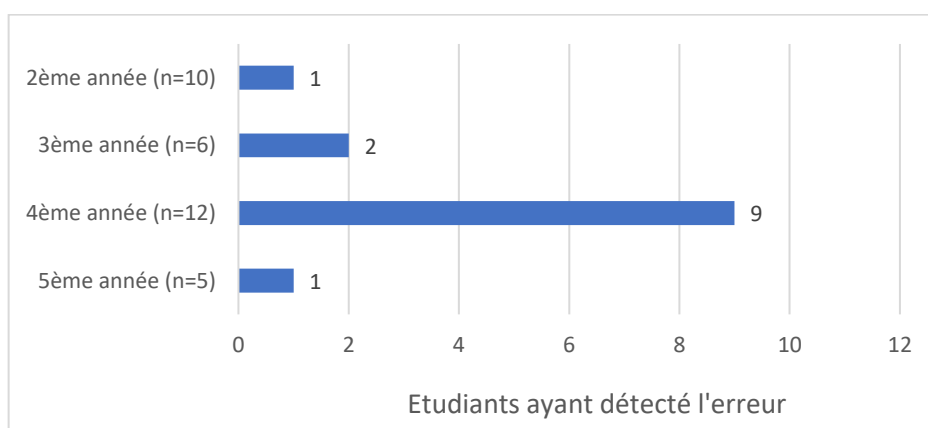


Figure 7 : Détection de l'erreur 2 : « flacon SHA non daté : Flacon SHA ouvert sans date d'ouverture » par année de formation (n=33)

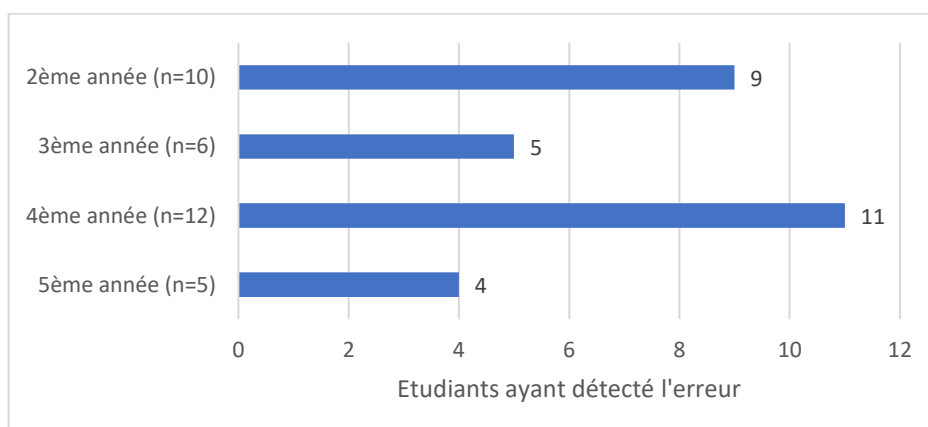


Figure 8 : Détection de l'erreur 3 : « port de bijou par le soignant : Bracelet au poignet du soignant » par année de formation (n=33)

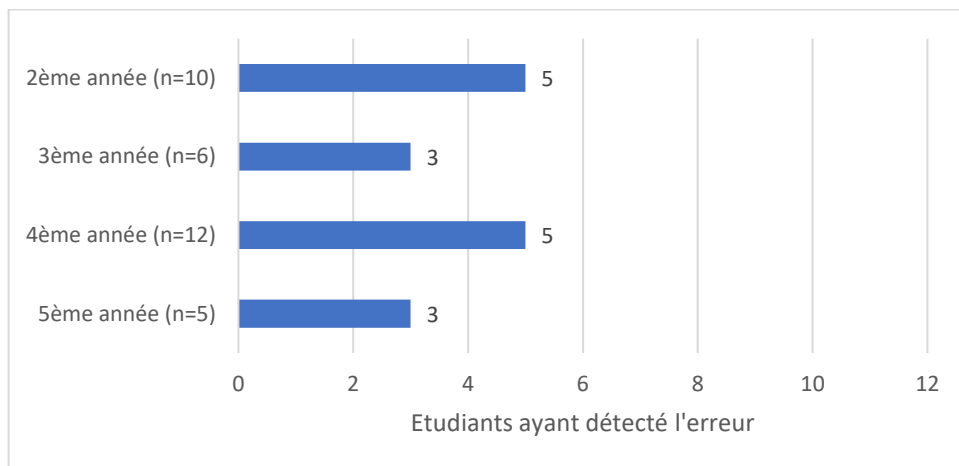


Figure 9 : Détection de l'erreur 4 : « présence de fleurs dans la chambre : Bouquet de fleurs dans un vase » par année de formation (n=33)

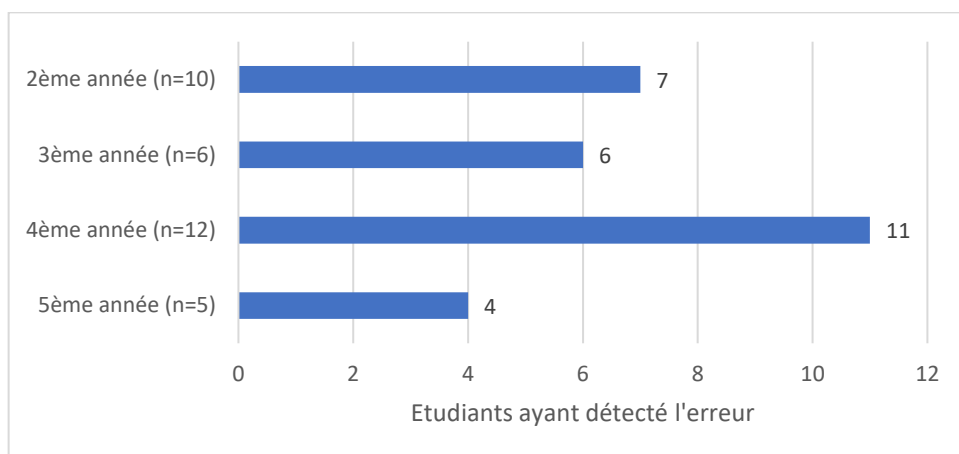


Figure 10 : Détection de l'erreur 5 : « couchage du nouveau-né non recommandé : Présence de peluches et d'une couverture sur le berceau » par année de formation (n=33)

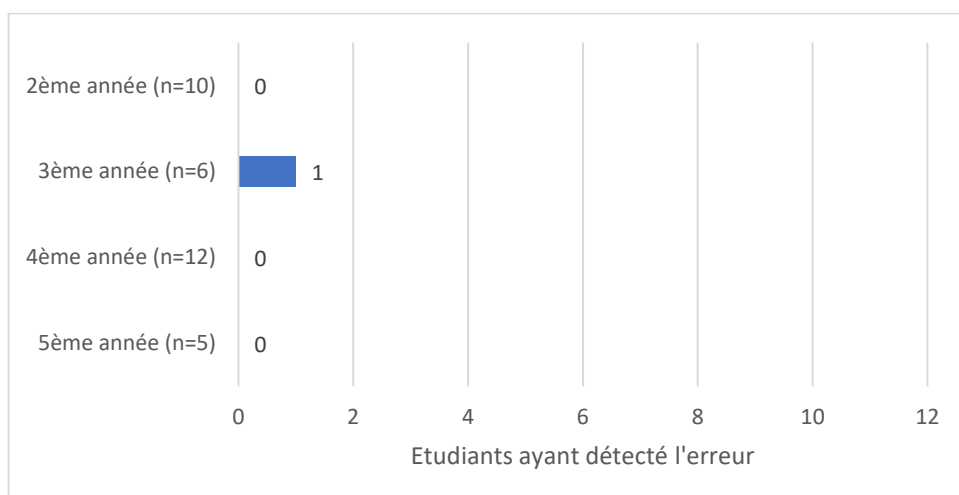


Figure 11 : Détection de l'erreur 6 : « Utilisation de Biseptine à la place d'un antiseptique alcoolique » par année de formation (n=33)

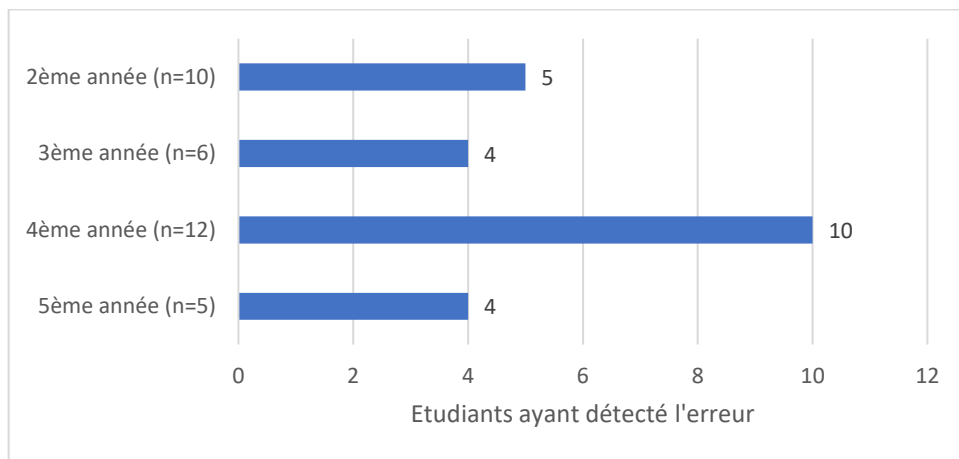


Figure 12 : Détection de l'erreur 7 : « présence d'une feuille de transmission dans la chambre : Feuille de transmission de la soignante oublié dans la chambre » par année de formation (n=33)

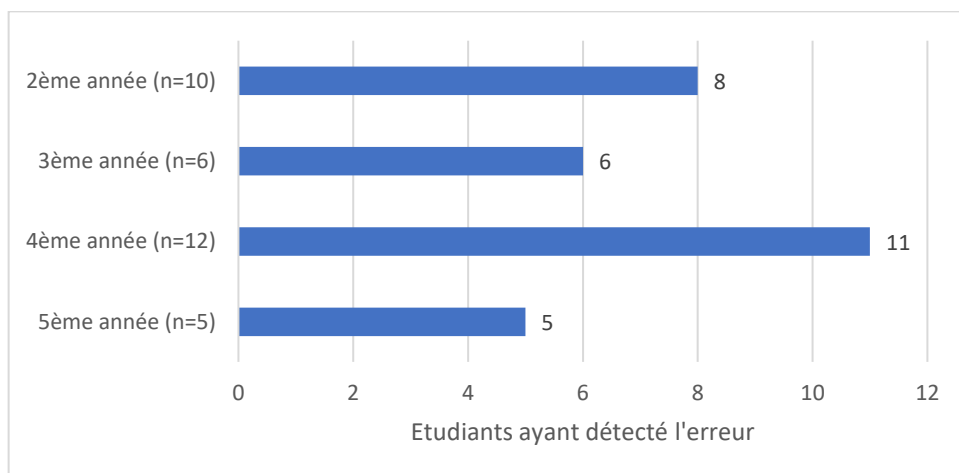


Figure 13 : Détection de l'erreur 8 : « sonnette non accessible pour la patiente : Sonnette à distance de la patiente >1m » par année de formation (n=33)

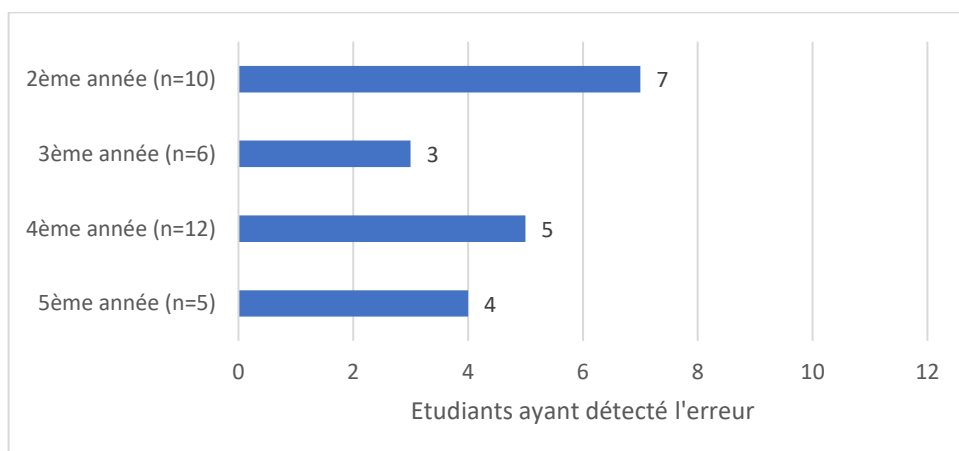


Figure 14 : Détection de l'erreur 9 : « erreur d'identification : Etiquette de Dorin Mia 19/11/2020 (nouveau-né) sur la traçabilité du Rhophylac (au lieu de Dorin Lisa) » par année de formation (n=33)

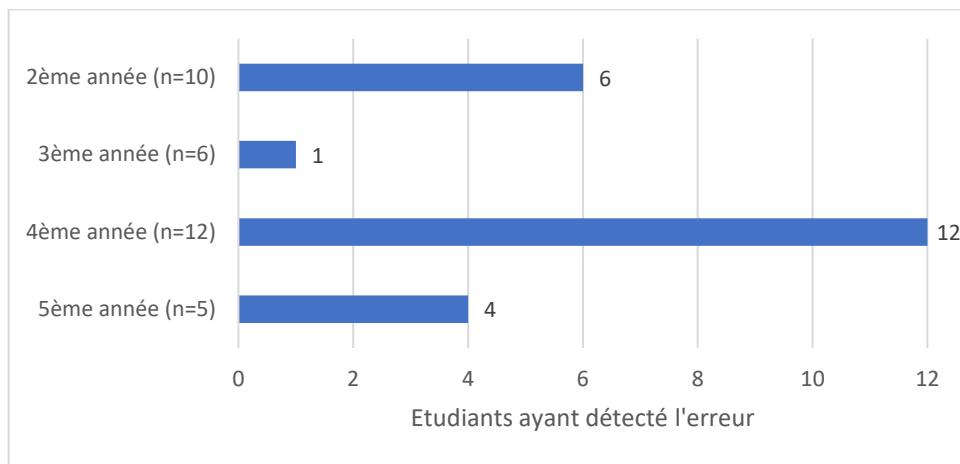


Figure 15 : Détection de l'erreur 10 : « erreur de dosage : Flacon de Cabergoline avec 8 comprimés présent dans la chambre » par année de formation (n=33)

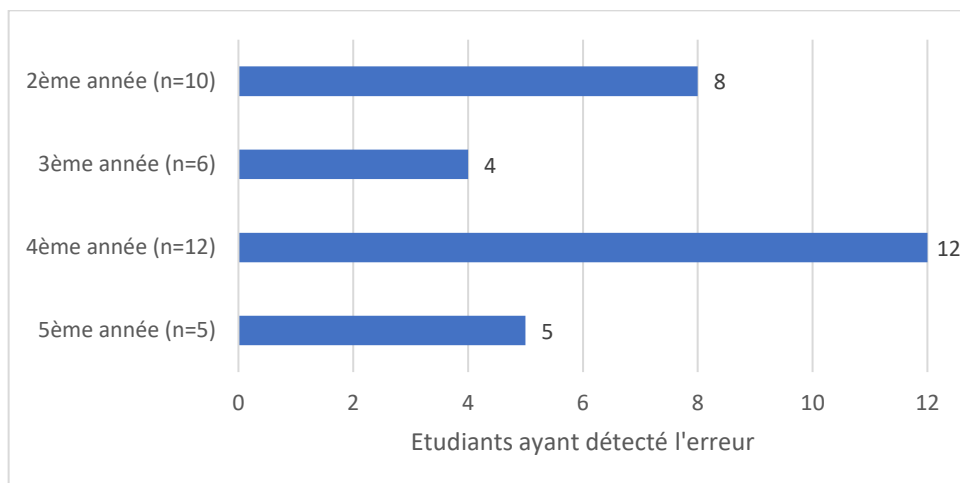


Figure 16 : Détection de l'erreur 11 : « médicaments déconditionnés : Présence de comprimés non identifiable sur le plateau de la patiente » par année de formation (n=33)

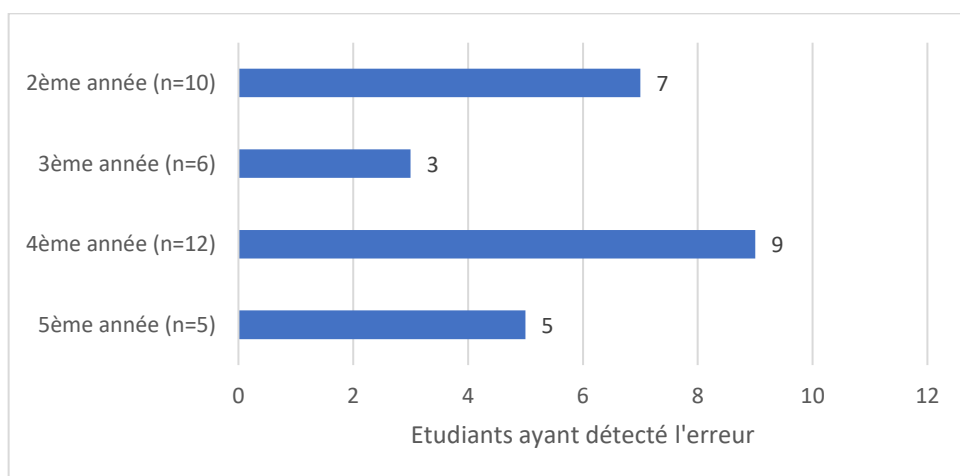
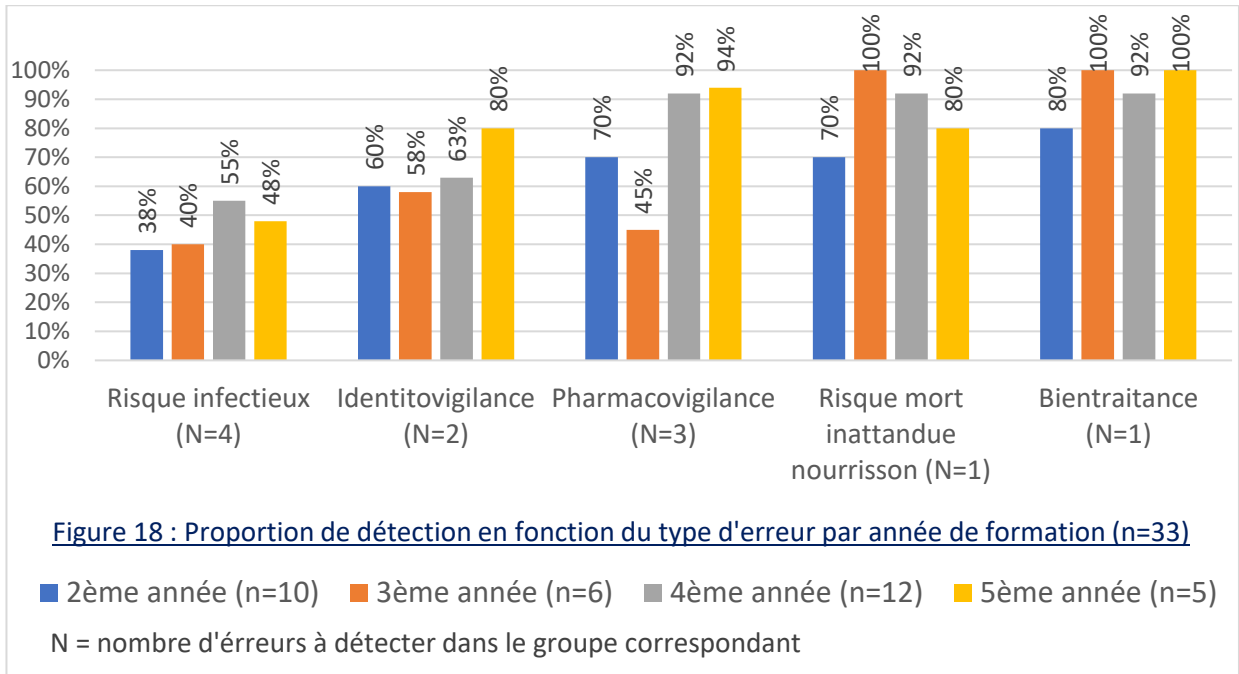


Figure 17 : Détection de l'erreur 12 : « erreur de dosage : Présence d'une prescription de Rhophylac 300 et d'une boîte de Rhophylac 200 » par année de formation (n=33)

ANNEXE 11 : PROPORTION DE DETECTION DES ERREURS EN FONCTION DE LEUR TYPE CLASSE PAR ANNEE DE FORMATION



ANNEXE 12 : TABLEAU DES 26 ERREURS NON-PREVUE AU SCENARIO ET DETECTEES PAR LES PARTICIPANTS

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des erreurs non-prévues au scénario et détectées par les participants

Catégorie	Erreur supplémentaire	Effectif	Justification et améliorations
Pourrait être une EIAS	Patiente n'avait pas d'oreiller	1	Mettre un oreiller
	Poubelle éloignée du lieu de change du bébé	1	Rapprocher poubelle ou mettre un haricot pour intermédiaire
	Absence de feuille de consentement pour le Rhophylac [®]	1	En parler lors des consignes
Absence de prise en compte des consignes	Lit débranché	1	Précisé lors des consignes
	Conditionnement Rhophylac [®] ouvert avant administration	1	La soignante va administrer le Rhophylac [®] dans l'immédiat dans les consignes
Autre	Manque Biseptine [®] pour le soin du cordon	3	Non-obligatoire
	Pas de numéro d'unité de soin sur le DASRI	1	Non-obligatoire
	Feuille accrochée au-dessus de la table à langer pouvant se décrocher	1	
	Pas d'aide pour ouvrir petit-déjeuner	1	Patiente en capacité de le faire elle-même
	Patiente pas assez relevée pour manger	1	La sage-femme allait réaliser l'injection
	Pas de sac poubelle sur le chariot pour élimination des déchets	1	Haricot propre présent pour cet effet
	Pas d'appareil de surveillance femme ou bébé	1	Non nécessaire, situation physiologique
	Changement de couches pas assez régulier sur feuille de suivi bébé	1	Document non-officiel et changement environ toutes les 4h
	Mauvaise date sur la feuille de transmission de la sage-femme	1	Il s'agit de la feuille de transmission de la veille, oubliée par la SF dans la chambre
Ne peut pas constituer une EIAS	Biseptine périmée	11	Date écrite à la main = date d'ouverture et pas date de péremption
	Biberons périmés	3	Confusion numéro de lot et date de péremption
	Boîte de gants sur le chariot de soin	2	Ne constitue pas de risque infectieux parce qu'elle est posée sur le chariot de soin désinfecté
	Garrot pour mettre Rhophylac [®]	3	Oui car ici Rhophylac [®] en IV
	Sur feuille de traçabilité du Rhophylac [®] : partie délivrance remplie alors qu'il n'est pas encore administré	1	Oui car cette partie est remplie lors de la délivrance par la pharmacie
	Sur feuille de traçabilité du Rhophylac [®] : partie administration non remplie	1	A remplir après administration
	Collecteur DASRI dans la chambre	1	Doit être à proximité du lieu de soin
	Collecteur DASRI fermé	1	Fermeture temporaire entre chaque soin
	Manque date ouverture Cabergoline [®]	1	Boîte neuve pas encore ouverte
	Nom de SF prescripteur sur feuille traçabilité et de SF qui réalise l'injection différent	1	Possible si prescription faite en amont par exemple
	Bouteille d'eau sans nom	4	La chambre est le lieu de vie de la patiente, pas d'obligation d'écrire son nom sur bouteille d'eau
	Collecteur DASRI pas changé de la veille	1	Règle changement du collecteur DASRI

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés ; IV : intra-veineux

RESUME

Université de Lorraine – Département Universitaire de Maïeutique

Mémoire de fin d'études de sage-femme de DECKER--WILLER Lilou – 2022

MISE EN PLACE D'UNE CHAMBRE DES ERREURS SPECIFIQUE A LA PERINATALITE

Recherche action auprès des étudiants en maïeutique de Nancy en mars 2021

Introduction

Nous avons mis en place une chambre des erreurs spécifique à la périnatalité à l'aide d'une boîte à outils pour les étudiants en maïeutique de Nancy. Les participants devaient détecter le plus d'erreurs possible dans le temps imparti. Ensuite, ils assistaient au débriefing qui permettait de lister les erreurs mise en scène et d'apporter des informations complémentaires à leur sujet. La satisfaction des participants était évaluée par un auto-questionnaire.

Méthode

Après la participation des étudiants à la chambre des erreurs spécifique à la périnatalité, des statistiques ont été effectuées : statistiques descriptives incluant les moyennes d'erreurs trouvées par année de formation et par type d'erreur ainsi que des statistiques analytiques pour comparer la réussite des participants par année de formation.

Résultats

Par année de formation, les étudiants ont détecté en moyenne : 6,7 erreurs ($\sigma=1,9$; $\alpha=0,05$) pour les participants en deuxième année ; 6,5 erreurs ($\sigma=0,89$; $\alpha=0,05$) pour ceux en troisième année ; 8,6 erreurs ($\sigma=1,29$; $\alpha=0,05$) pour ceux en quatrième année et 8,6 erreurs ($\sigma=0,59$; $\alpha=0,05$) pour ceux en cinquième année. Le risque infectieux était le type d'erreur le moins détecté, alors que l'erreur sur la bienveillance était la plus détectée. L'ensemble des participants étaient très satisfaits de leur expérience.

Discussion

La chambre des erreurs a permis de faire un point sur les connaissances des étudiants en maïeutique de Nancy sur des erreurs plurithématiques représentant diverses vigilances. Les étudiants étaient demandeurs d'un nouveau scénario, la pérennisation de l'atelier permettrait aux étudiants d'approfondir et de diversifier leurs connaissances.

Mots clés : chambre des erreurs – évènement indésirable associé aux soins - périnatalité

ABSTRACT

Université de Lorraine – Département Universitaire de Maïeutique

Mémoire de fin d'études de sage-femme de DECKER--WILLER Lilou – 2022

ESTABLISHMENT OF A ROOM OF HORRORS SPECIFIC TO PERINATALITY

Action research with midwifery Nancy students in march 2021

Introduction

We implemented a room of horrors specific to perinatality using a toolbox for midwifery students in Nancy. Participants had to detect as many errors as possible within the given time. At the end, they attended a debriefing where all the errors in the script were listed and where additional information were given. A survey evaluated participant's user experience.

Methods

After students' participation to room of horrors specific to perinatality, statistics were carried out: descriptive statistics including the average of errors found by different grades and by type of errors as well as analytical statistics to compare the success of the participants by grade.

Results

Per grade, on average, students detected: 6.7 errors ($\sigma=1.9$; $\alpha=0.05$) for second-year participants; 6.5 errors ($\sigma=0.89$; $\alpha=0.05$) for those in third grade; 8.6 errors ($\sigma=1.29$; $\alpha=0.05$) for those in fourth grade and 8.6 errors ($\sigma=0.59$; $\alpha=0.05$) in fifth grade. The infectious risk is the type of error that has been detected the least and on the contrary, well-treatment errors are those that has been detected the most. All the participants were very satisfied with their experience.

Discussion

The room of horrors allowed to make a thorough review of Nancy's midwifery students knowledge on multi-thematic errors representing various vigilances. The students were asking for a new scenario, the sustainability of the workshop could help students deepen and diversify their knowledge.

Key words: room of horrors – adverse events in health care - perinatality

