

## Addendum

### Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments

## L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments

« Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées (5) »

Janvier 2016

### Objectifs du document

- ❑ Sensibiliser les professionnels de santé, les patients et leur entourage à l'interruption de tâche (IT).
- ❑ Proposer des outils pour comprendre et agir en équipe sur l'IT afin de sécuriser l'administration des médicaments.

Ce guide est téléchargeable sur :

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Haute Autorité de santé**

Service communication – information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>Contexte</b>	4
<b>Enjeux</b>	5
<b>Partie 1. Les préconisations</b>	7
1. Comprendre l'interruption de tâche	7
2. Prévenir pour agir sur l'interruption de tâche	7
3. Récupérer pour agir sur l'interruption de tâche	9
<b>Que retenir ?</b>	9
<b>Partie 2. La boîte à outils</b>	
<b>Préambule</b>	12
<b>Le kit d'audit</b>	13
Modèle de grille d'observation	15
Modèle de fiche de débriefing en équipe	17
Modèle de guide d'entretien avec le patient/l'entourage	19
<b>Partie 3. Annexes</b>	
<b>Annexe 1. Résultat global de l'audit</b>	22
<b>Annexe 2. Se repérer</b>	23
<b>Annexe 3. Illustrations d'un repérage d'un professionnel</b>	24
<b>Annexe 4. Illustrations d'une zone protégée</b>	25
<b>Annexe 5. Illustrations de listes de contrôle</b>	26
<b>Annexe 6. Illustration d'un programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte)</b>	27
<b>Annexe 7. Illustration d'un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des professionnels</b>	28
<b>Références bibliographiques</b>	29
<b>Pour en savoir plus</b>	30
<b>Remerciements</b>	31
<b>Participants</b>	32

# Contexte

La HAS poursuit ses travaux sur la sécurisation de l'étape d'administration des médicaments, en s'intéressant à l'interruption de tâche (IT). Une enquête réalisée en 2012 auprès des professionnels de santé a permis de mesurer l'appropriation du guide « [Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments](#) ». Elle a aussi permis d'identifier les enjeux sécuritaires auxquels les professionnels de santé portent un intérêt. L'IT est un de ces enjeux.

L'étape d'administration est une des étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient (cf. figure 1).

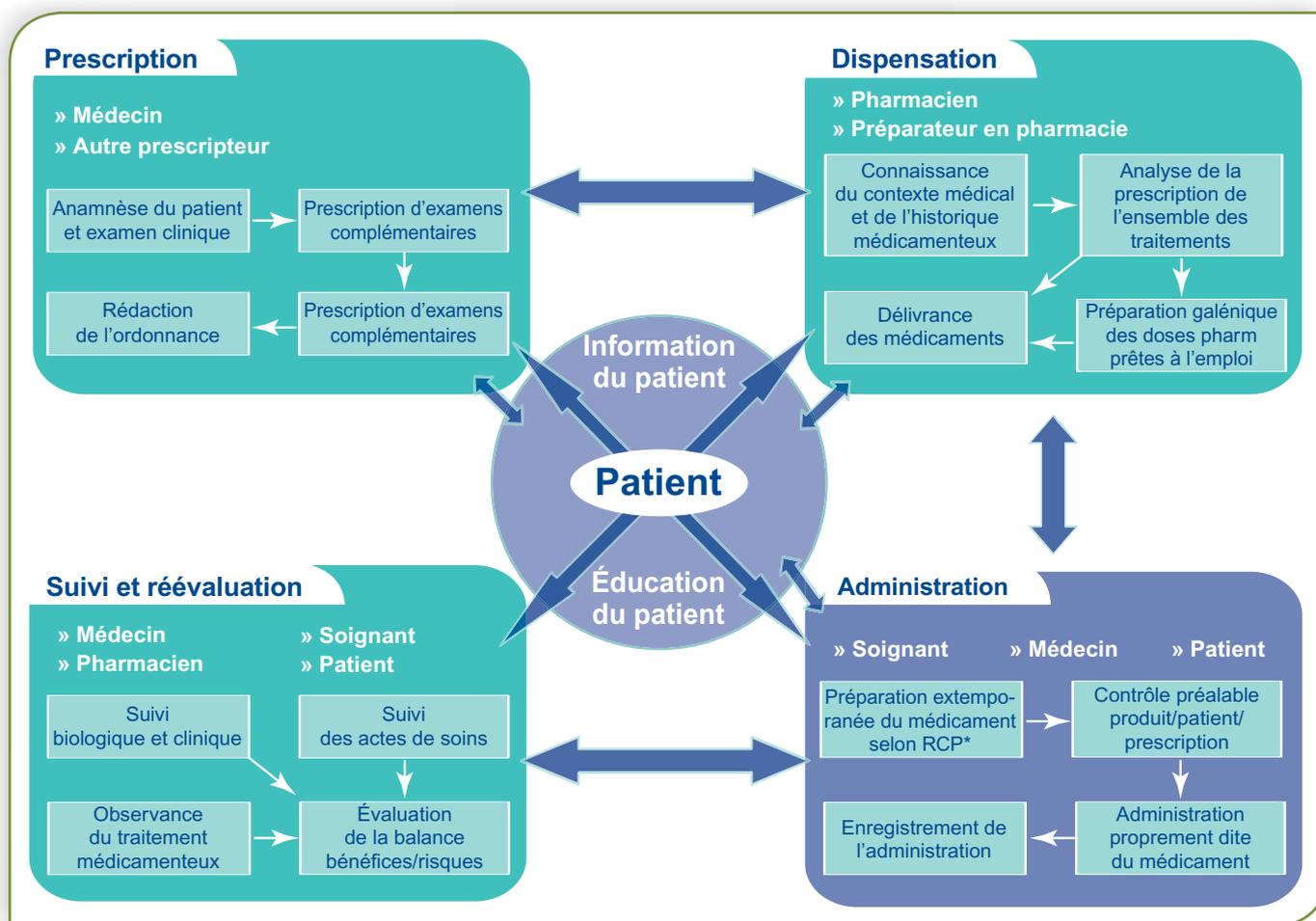


Figure 1. Macro processus du circuit du médicament (7)

L'administration est une étape critique, en ce sens qu'elle est l'étape ultime avant le patient et qu'elle permet l'interception des erreurs médicamenteuses produites en amont. Elle requiert donc toute l'attention du professionnel de santé dans sa réalisation.

# Enjeux

L'IT est un facteur contributif de la survenue d'erreurs médicamenteuses. Elle est une situation à risque pour le patient.

« L'IT est définie par l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. La raison est propre à l'opérateur, ou, au contraire, lui est externe. L'IT induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale. » Cette définition adaptée par le groupe de travail s'inspire de celles de Brixey *et al.* et de Berg *et al.* (10).

**Gérer les interruptions de tâche, c'est un travail d'équipe avant tout !**

Les interruptions de tâche sont socialement perçues comme un fonctionnement normal auquel les professionnels se sont habitués. Les sources d'IT sont multiples (appels téléphoniques, discussion, bruit, activité multitâche, etc.), souvent de courte durée (2,3) et le plus souvent induites par des membres de l'équipe (10,11). Elles affectent l'attention, peuvent générer du stress, ainsi que des erreurs médicamenteuses. Leur gravité augmente avec la fréquence des interruptions de tâche lors de l'administration d'un médicament (1).

Réduire les interruptions de tâche (4) constitue un enjeu de sécurisation de la prise en charge du patient, même si certaines interruptions sont reconnues comme pouvant être justifiées.

**Comment agir face aux IT (cf. annexe 2) ? Les réponses apportées doivent permettre de réduire les IT jugées inutiles par l'équipe et répondre aux IT justifiées.**

Les outils proposés ne suffisent donc pas à eux seuls, le facteur humain et organisationnel et la culture de sécurité de l'équipe sont des axes sur lesquels il faut agir. Faire un état des lieux des IT devrait permettre de repérer les situations à risque, les auteurs des IT, les motifs, et de décrire l'environnement de travail. Les solutions doivent être adaptées au contexte et à la culture de l'équipe et elles doivent être décidées en équipe.

- ❑ **L'analyse de 14 études estime le taux d'IT à 6,7 IT/H/IDE (2)**
- ❑ **Lors de l'administration de 4 271 doses de médicaments, 53 % d'entre elles sont interrompues (13)**
- ❑ **95 % des 495 IT recensées au CHU d'Angers étaient non justifiées (9)**
- ❑ **L'IT est citée 40 fois comme contributive à la survenue des 295 erreurs médicamenteuses analysées au cours de l'étude MERVEIL (12)**
- ❑ **Sur 1 015 déclarations attribuées aux distractions : 59,6 % sont des erreurs médicamenteuses au cours de l'administration des médicaments (6)**

## **Partie 1**

### **Les préconisations**

# Partie 1. Les préconisations

## 1. Comprendre l'interruption de tâche

### Comprendre et analyser l'IT en équipe pluriprofessionnelle

Doivent être pris en compte :

- ❑ **le secteur d'activité et l'environnement**
  - ▶ Surface et agencement, nombre de professionnels, horaires de travail, ergonomie, équipements.
- ❑ **les facteurs humains et organisationnels**
  - ▶ Culture de sécurité, travail en équipe, communication, stress, confiance, etc.
- ❑ **les caractéristiques de l'IT :**
  - ▶ **le moment de l'interruption**
    - Quelles étapes du processus sont interrompues ?
  - ▶ **l'interrupteur**
    - Quelle est la source, cause de l'IT ?
  - ▶ **la localisation**
    - Quel est le lieu où se produit l'IT ?
  - ▶ **la justification de l'IT**
    - Quelle est la priorité de la tâche secondaire en regard de la tâche initiale ?

L'analyse de l'IT doit conduire à identifier les actions de prévention ainsi que les actions de récupération de l'IT.

Pour vous aider, vous pouvez utiliser



[Fiche Kit d'audit \(cliquez\)](#)

## 2. Prévenir pour agir sur l'interruption de tâche

### Les barrières de prévention

#### ① Améliorer les étapes du processus d'administration des médicaments

- ▶ Rationaliser le processus en éliminant les étapes sans valeur ajoutée.
- ▶ Identifier les étapes critiques du processus, dont les tâches à risques qui ne devraient pas être interrompues (exemples : la transfusion, le calcul de dose).

#### Comment ?

- Décrire la pratique réelle de l'administration avec la prise en compte des espaces de travail, des horaires définis pour réaliser certains actes, le nombre de personnels présents et des autres activités environnantes.
- Évaluer la charge de travail, les pics d'activité pour identifier les « zones horaires » à risque (exemple : planifier au moment opportun la préparation des médicaments).

#### ② Améliorer le travail en équipe

- ▶ Sensibiliser et éduquer les professionnels qui doivent pouvoir refuser de se laisser interrompre.
- ▶ Sensibiliser les patients et l'entourage.
- ▶ Agir sur les comportements et la culture du service.
- ▶ S'interroger en équipe sur la notion d'urgence.
- ▶ L'équipe met en place une organisation permettant de répondre aux attentes du patient à tout moment.

Pour vous aider, vous pouvez utiliser



[Film pédagogique](#)

Vous pouvez vous inspirer



[Focus illustration Pacte](#)

### Comment ?

- Mener des séances d'information, mettre les professionnels en situation.
- Diffuser des supports de sensibilisation et d'information pour le patient/l'entourage, tels que la remise de flyers, d'affiches, l'intégration d'information sur le fonctionnement du service dans le livret d'accueil.
- Identifier les sources d'IT pour agir et définir collectivement des actions relatives à la gestion des demandes non urgentes.
- Faire du partage d'expérience relatif à la survenue d'événements indésirables en raison d'IT.
- Développer un programme qui permet d'agir sur les comportements et la culture du service (exemple : programme d'amélioration du travail en équipe – Pacte).

### 3 Agir sur les sources d'IT (14)

- ▶ Identifier les sources d'IT (humaines, bruit environnant, appels téléphoniques, multitâche, etc.)

#### Que pourriez-vous faire ?

- Confier la gestion des IT à une personne non impliquée dans le processus durant l'étape d'administration.
- Aménager l'espace-temps dédié aux échanges (de professionnels à professionnels ou patients/entourage à professionnels).
- Préparer et vérifier le matériel en amont d'une tâche.
- Repenser l'ergonomie pour éviter notamment les déplacements inutiles durant lesquels on risque de se faire interrompre.
- Évaluer le bruit ambiant, dont les alarmes.
- Évincer le téléphone de certaines zones à certains moments.

### 4 Mettre en place des actions permettant le repérage de la personne réalisant une tâche qui ne doit pas être interrompue

- ▶ **Mettre en place des alertes visuelles.**

#### Que pourriez-vous faire ?

- Afficher « Ne pas déranger ».
- Afficher le début et la fin d'une tâche qui ne doit pas être interrompue.
- Port de brassard ou de gilet signifiant.

- ▶ **Matérialiser une zone protégée**

#### Que pourriez-vous faire ?

- Réaliser un marquage au sol.
- Mettre en place des cloisons transparentes ou semi transparentes.
- Fermer la salle de préparation des médicaments.
- Dédier une salle à la préparation des médicaments.
- Parler à voix haute lors de la réalisation d'une tâche identifiée comme à risque (exemple : programmation de pompe) pour soi-même et pour son entourage.



### 3. Récupérer pour agir sur l'interruption de tâche

#### ① Récupérer une tâche interrompue

##### Comment ?

- Repérer le point précis de son interruption, par exemple à l'aide d'une liste de contrôle.
- Recommencer au point précis de l'interruption si celui-ci est connu.

##### Si ce point est inconnu, reprendre entièrement la tâche

- La personne qui interrompt aide le professionnel interrompu à reprendre sa tâche.

Pour vous aider,  
vous pouvez vous inspirer



Focus check-list et mémo

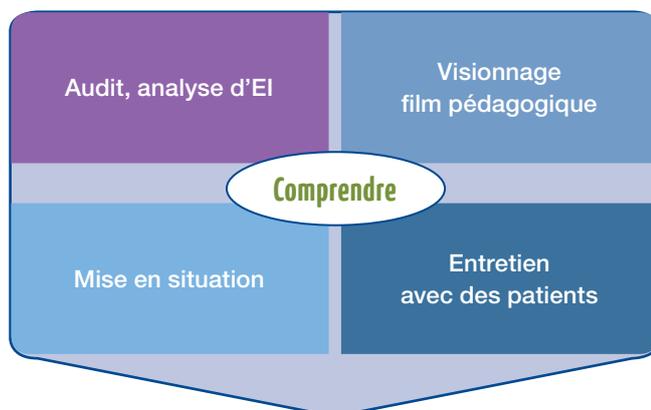


#### Que retenir ?

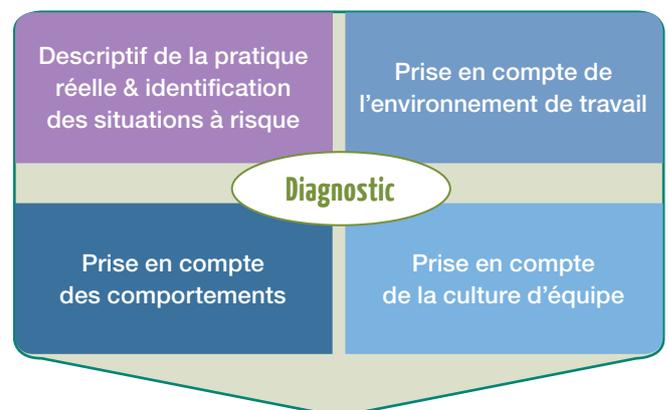
D'un établissement à l'autre et d'un service à l'autre, l'environnement, l'organisation, les équipes peuvent être différents ; de ce fait, l'étape de compréhension de la situation est indispensable, car elle aura, avant tout, une vertu de prise de conscience et une vertu éducative. Les outils ne sont d'aucune utilité, si le projet n'est pas reconnu et partagé par l'équipe.

Cette fiche vient compléter le guide initial « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » ; elle en reprend donc la philosophie : « *Il appartient à chaque établissement de santé de s'approprier les différentes préconisations qui y sont proposées et de les adapter à leur propre organisation. Les outils donnés à titre d'exemple peuvent être modifiés et adaptés à votre pratique.* ».

#### Comprendre et partager



#### Analyse de la situation



#### Debriefing en équipe

#### Décider en équipe des solutions

#### Comprendre, partager et analyser



Film pédagogique



Kit d'audit

Grille d'observation

Fiche débriefing en équipe

Questionnaire patient



Programme Pacte

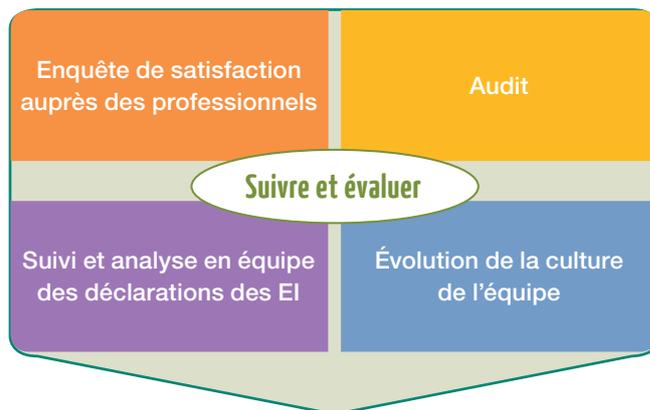
Suite



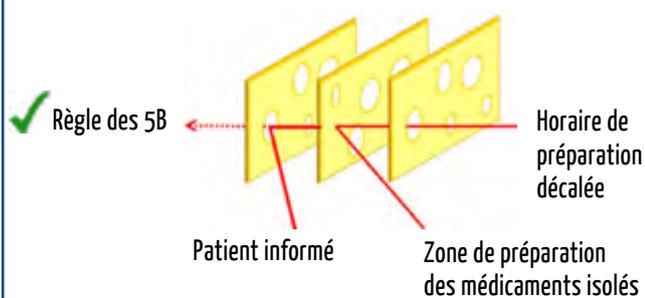
## Mettre en place les solutions



## Suivre et mesurer



## Agir de façon systématique (ex.ci-dessous)



## Mettre en œuvre



Illustration flyers



Alerter les autres



Check-list mémo

Avez-vous permis à utiliser ?

- La communication ?
- La participation ?
- La documentation ?



Post-it mémo aide à la reprise de la tâche

## Réajuster ensemble

### Évaluer



Questionnaire de satisfaction



Kit d'audit

Grille d'observation

Fiche débriefing en équipe

Questionnaire patient

## Partie 2

### La boîte à outils

# Préambule

## Le kit d'audit fourni a été testé auprès des établissements suivants :

- ▶ 6 établissements de santé ont conduit des audits, 5 parmi eux ont été retenus
  - Centre de lutte contre le cancer Henri Becquerel, dans l'unité de reconstitution, hémato ou oncologie.
  - CHU de Nice, à la pharmacie à usage intérieur.
  - CH de Chinon, sur l'ensemble de l'établissement (psy, long séjour, chirurgie, SSR).
  - Hôpital privé Nord-Parisien, en maternité/néonatalogie et soins continus.
  - Clinique du Parc Saint-Ouen l'Aumône, en SSR.
  - CMC Ambroise-Paré, en chirurgie cardiaque.

### Les services :

Secteurs	Nombre
SSR	4
Chirurgie	1
Médecine	3
Obstétrique	1
Psychiatrie	4
Pharmacie	2
Réa-néonatal	1
Gériatrie	5

## L'analyse globale (cf. annexe 1) indique que :

- ▶ 566 IT ont été constatées

- Par qui** : 41,7 % par un professionnel de santé non médical et 21,7 % par le patient
- Pourquoi** : 46,3 % sont à la recherche de renseignements
- Quand** : 45,8 % à l'étape de préparation du médicament, suivie par l'étape d'administration
- Comment** : 48,1 % en face à face
- Où** : 50 % dans le couloir
- Conséquences** :
  - 51,6 % des professionnels cessent la tâche en cours et accordent de l'attention
  - 69 % des professionnels reprennent leur action au moment de l'interruption
- Durée** : majoritairement (64,5 %) inférieure à 1 minute

## Cet audit a permis :

- ▶ de tester et de consolider des supports et leur faisabilité pour l'ensemble des services cliniques ; concernant le secteur de la pharmacie, des adaptations ponctuelles seront nécessaires ;
- ▶ d'identifier les sources, les motifs et lieux des interruptions de tâche ;
- ▶ de proposer aux professionnels, sur cette base, des pistes de solutions.



L'ensemble des supports sont proposés au format Word et Excel - [Retrouvez-les sur le site de la HAS](#)

## Partie 2. La boîte à outils

### 1. Le kit d'audit

#### Objectifs du kit

- ▶ Sensibiliser les professionnels et le patient/l'entourage.
- ▶ Identifier les IT autour de l'administration des médicaments, incluant les interfaces.
- ▶ Faire identifier les solutions par les équipes.

#### Composition

Les outils	
	<u>Grille d'observation</u>
	<u>Fiche débriefing en équipe</u>
	<u>Questionnaire patient</u>

#### Champ(s) d'application

- ▶ Les supports proposés portent uniquement sur l'étape de l'administration des médicaments.
- ▶ Tous les secteurs cliniques sont concernés.
- ▶ Cible : tous les professionnels impliqués dans l'administration des médicaments.

#### Mise en œuvre

- ▶ Le principe de l'observation a été arrêté.
- ▶ Cette phase d'observation est complétée par un débriefing avec les personnes observées.
- ▶ Et la réalisation d'entretiens avec des patients.

#### Déroulement

##### ① Préalable

- ▶ Choix du secteur.
- ▶ Choix des auditeurs.
- ▶ Organiser l'information auprès des équipes et des patients/de l'entourage qui vont être observés.
- ▶ Planifier l'observation (date, horaire, observateur).
- ▶ Informer les instances concernées.

##### ② Réaliser l'observation (cf. grille d'observation et grille pour l'observateur)

- ▶ Suivre une infirmière seule ou observer l'ensemble du service un jour donné ; observation sur un temps décidé par l'établissement (nuit facultatif).
- ▶ Le jour de l'observation, réaliser une photo de la salle de soins et des lieux.
- ▶ Saisir les observations sur la fiche d'observation ou directement sur le fichier Excel.

### 3 Débriefing avec l'équipe observée (cf. fiche débriefing)

Le débriefing a pour but d'évaluer la perception des personnes observées, notamment à partir d'une restitution à chaud des résultats. Ce débriefing doit être réalisé assez près de l'observation mais avec le temps nécessaire à l'exploitation préliminaire des données.

- ▶ Débriefing d'une durée maximale d'1 heure, de préférence animé par l'observateur avec un engagement au respect de la confidentialité.
- ▶ En 3 temps : ressenti à partir du questionnaire/présentation des résultats/attentes des professionnels face aux interruptions de tâche.

Le questionnaire sert de fil conducteur pour l'échange, mais il peut également être remis en début de réunion (voir en amont) et être exploité au cours de celle-ci.

### 4 Mener des entretiens avec des patients (cf. fiche guide d'entretien avec le patient)

Les patients/l'entourage peuvent être source d'IT (28 % des cas cf. annexe 1) ; par ailleurs ce sont des partenaires de l'équipe qui contribue à leur sécurité, aussi, il est nécessaire de les associer à la démarche.

L'objectif est :

- d'évaluer la perception du patient et/ou de son entourage sur la question de l'interruption des professionnels de santé ;
- d'évaluer l'information dont il dispose sur l'organisation du service ;
- d'identifier ses attentes.

Le service aura la charge de sélectionner les patients et d'obtenir leur accord ; au moins 3 patients devront être interviewés. La durée de chaque entretien ne devra pas excéder plus de 10 minutes. La rencontre avec le(s) patient(s) peut être réalisée de façon indépendante la veille ou après le temps d'observation.

Le questionnaire sert de fil conducteur à l'échange, mais selon les objectifs de chaque équipe, il peut également être exploité comme un outil de mesure quantitatif avec plus de patients.

### 5 Retour des résultats (feedback auprès des équipes)

- ▶ Prévoir une restitution des résultats à la direction et à l'ensemble des équipes (même celles qui n'ont pas été observées).
- ▶ Poursuivre l'exploitation des résultats avec la mise en place d'un groupe d'analyse structuré au niveau du service.
- ▶ Mener une réflexion quant à l'intégration éventuelle de cette démarche dans un programme de DPC.



**Les données produites n'ont pas vocation à faire du comparatif. Les données doivent être analysées en équipe, en prenant en compte les facteurs humains et organisationnels, tels que les locaux, les horaires, l'organisation, les caractéristiques du personnel, les règles de communication, etc.**

**Le kit a été testé auprès de 6 établissements pour lesquels les résultats de l'audit sont en [annexe 1](#).**



# Modèle de grille d'observation

## Grille d'observation des interruptions de tâche (IT)

Nom de l'observateur (1) : \_\_\_\_\_ / Nom de l'observateur (2) : \_\_\_\_\_

Journée du \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_ Horaire \_\_\_\_\_

Renseignez autant de lignes qu'il y a d'interruption

Heure de l'IT	Étape en cours	Où	Comment	Origine de l'IT	Motif	Réaction	Tâche initiale reprise	Durée de l'interruption
XX h XX	1. Relevé de la prescription 2. Préparation 3. Administration 4. Traçabilité	1. Salle de soins 2. Couloir 3. Chambre du patient 4. Zone de stockage ext à la salle de soins	1. Téléphone 2. Physique 3. Alarme 4. Sonnette, bruit ambiant (dont les discussions) 5. Autre, précisez	1. Un tiers professionnel de santé (Autre professionnel de santé non médical, Médecin/pharmacien/sage-femme, etc.) 2. Un tiers non professionnel de santé (Entourage du patient, Patient) 3. Soi-même 4. Autre, précisez	1. Apport d'information 2. Recherche d'information 3. Demande de l'aide (ex : sonnette) 4. Logistique (problème de matériel, médicament manquant, etc.) 5. Oubli 6. Autre, précisez	1. <b>Suspend</b> l'action en cours et traite la nouvelle demande (ex : se déplace, répond) 2. <b>Suspend</b> l'action et délègue la nouvelle tâche 3. Poursuit l'action en cours en écoutant 4. Autre : à préciser	<p><i>Si réponse « suspend » dans la colonne précédente, alors répondre :</i></p> <p>a) reprise au début après l'IT</p> <p>b) Reprise au moment de l'interruption</p> <p>c) reprise avec délai après l'IT</p> <p>d) pas de reprise de la tâche (oubli)</p>	1. Inf à 1 min 2. 1 à 5 min 3. Entre 5 et 10 min 4. Sup à 10 min
Exemplee 12h00	2	1	2	1	1 le Dr. X a dit que Mme Y sort demain 2 Est-ce que Mme Y sort demain ?	1	C	3

Remarques éventuelles au cours de l'observation :

### Le jour de l'enquête/plage horaire concernée

Nombre de lits du service	ex : 30 lits	
Nombre de lits occupés	ex : 25	
Nombre de personnels présents au moment de l'audit (toutes catégories confondues) <i>Répondre par un chiffre global</i>	10	
<b>Étape préparatoire avant l'audit</b>		
Communication à prévoir (instances, équipes, CRUQPC, etc.)		
	<b>Prévue</b>	<b>Observée</b>
Descriptif des locaux (plan du service, ergonomie, accès à la salle de soins, etc.) <i>Photo si besoin</i>		
Organisation prédéfinie sur ce sujet : ▶ Si oui, laquelle (joindre la procédure éventuelle) ▶ Si oui, quelles barrières ont été mises en place : ex. affiche, badge, gilet, espace de travail, accès sécurisé des locaux, gestion des appels téléphoniques, etc.		
Gestion particulière relative aux sollicitations directes		
Gestion particulière pour répondre aux questions des patients/de l'entourage		

## Grille d'observateur

<b>Pourquoi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Prise de conscience du nombre d'interruptions et de leur impact réel ou potentiel sur la sécurité</li> <li>→ Permettre une prise de conscience et identifier les sources et motifs des interruptions, puis mettre en place des mesures d'amélioration</li> </ul>
<b>Qui (en binôme si possible)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Personne détachée pour toute la durée de l'observation, qui connaît le soin et a pris connaissance du fonctionnement du service</li> <li>→ De préférence d'un autre service que celui où le professionnel exerce</li> <li>→ C'est celui qui effectue la saisie sur la fiche d'observation. Il anime si possible le débriefing ou au minimum il y assiste (ce débriefing à minima concerne les professionnels qui ont accepté d'être observés)</li> </ul>
<b>Quoi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Observation des infirmières (ou autre professionnel chargé de l'administration de la prescription (ex. sage-femme, médecin)</li> <li>→ Observation des interruptions qui interviennent sur chacune des étapes : observation sur chacune des 4 étapes cf. guide « <a href="#">Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments</a> »</li> <li>→ Tous les médicaments toutes voies confondues</li> </ul> <div style="border: 1px solid #8ebf4d; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><b>Relevé de la prescription/préparation/administration/traçabilité</b></p> </div>
<b>Où</b>	→ Dans salle de soins, dans la zone de stockage, le couloir, au lit du patient
<b>Quand</b>	→ 1 jour donné permettant d'observer toutes les étapes ; si nécessaire, réaliser l'observation en plusieurs temps, en tenant compte des plages horaires du service pour l'administration des médicaments
<b>Comment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ L'observation est centrée sur une activité et non sur une personne.</li> </ul> <p><b>Remplir la grille selon l'exemple proposé</b>  <b>Pour faciliter l'exploitation de vos observations, remplir 1 fiche/service/par période d'observation</b></p>



## Modèle de fiche de débriefing en équipe

### Débriefing post observation IT

#### ❑ Objectif

- ▶ Recueillir le ressenti des professionnels observés.
- ▶ Favoriser la prise de conscience autour de l'interruption de tâches (IT).
- ▶ Recueillir leur(s) attente(s).
- ▶ Identifier les axes d'améliorations.

#### ❑ Conditions de réalisation requises

- ▶ Au démarrage de la phase d'observation, annoncer aux équipes le lieu, la date, les horaires de ce débriefing.
- ▶ Rassembler l'équipe auditée ; attendre que tout le monde soit présent.
- ▶ Introduire avec quelques points de rappel :
  - le but c'est d'accroître la sensibilité et la prise de conscience partagées des questions de sécurité ;
  - la durée du débriefing ne doit pas dépasser 1 heure ;
  - l'information partagée ne sera pas utilisée à des fins punitives.
- ▶ Encourager les professionnels à prendre la parole.
- ▶ Amorcer le dialogue avec quelques questions.
- ▶ Si possible, faire le débriefing assez près de l'observation.

Suite 

## □ Déroulement du débriefing

- ▶ Introduction (rappel des objectifs du projet et du déroulement).

Présentation des résultats			
Nombre total d'interruptions			
Moment d'interruption			
Par qui (donnez les 3 premiers acteurs par ordre croissant)			
Votre ressenti			
Comment avez-vous vécu cette observation ?			
			
Très satisfait <input type="checkbox"/>	Satisfait <input type="checkbox"/>	Moins satisfait <input type="checkbox"/>	Pas du tout satisfait <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu le sentiment d'avoir modifié votre comportement ?			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné
Avez-vous eu le sentiment d'avoir été interrompu ?			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné
<b>Si oui, répondre aux questions suivantes :</b>			
Est-ce que c'est normal ?			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné
Les IT sont-elles toujours justifiées ?			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné
Cela nuit-il à votre perception du travail bien fait ?			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné
Vous même avez-vous l'impression d'interrompre vos collègues ?			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné
Vos attentes			
Est-ce que l'IT vous paraît être un risque dans l'activité d'administration des médicaments ?			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné
L'administration des médicaments peut-elle être considérée comme un processus à risque que l'on ne devrait pas interrompre ?			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné
Pensez-vous que l'on puisse agir sur le sujet des IT ? Donner des exemples (espaces de travail, communication, bruit, définition de « tâches sacrées », etc.)			
Oui	Non	Ne sais pas	Non concerné

## □ Post débriefing

- ▶ Réaliser un retour d'information auprès des équipes.
- ▶ Réaliser un retour d'information au cadre de santé, au gestionnaire de risque (à l'institution).
- ▶ Proposer aux équipes une analyse approfondie en réunion (RMM, CREX, staff, autres) et envisager des solutions.



## Modèle de guide d'entretien avec le patient/l'entourage

### Guide d'entretien avec le patient/l'entourage

#### ❑ Préalable

- ▶ Tirer au sort au minimum 3 patients hospitalisés depuis au moins 24 heures.
- ▶ Les rencontrer pour leur expliquer l'objectif (sécurisation des soins), obtenir leur accord et organiser le temps d'échange.
- ▶ Ne pas hésiter à associer l'entourage si le patient le souhaite.
- ▶ Leur indiquer que la démarche reste confidentielle.

#### ❑ Principes de l'entretien

- ▶ Adopter un langage simple et un débit de parole pas trop rapide.
- ▶ Laisser un laps de temps nécessaire au patient/l'entourage pour répondre.
- ▶ Répéter si nécessaire.
- ▶ Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ni de jugement personnel.

#### ❑ Déroulement de l'entretien

##### Présentation du projet (ne pas évoquer les interruptions de tâche)

- ▶ Les équipes du service souhaitent améliorer l'organisation de la prise en charge d'un patient, et notamment :
  - réduire les risques éventuels d'erreurs lors de la réalisation de la préparation des médicaments
  - mieux connaître les besoins des patients, notamment en termes de connaissance du fonctionnement du service.
- ▶ Cet entretien autour de quelques questions va durer 10 minutes maximum ; il est confidentiel, votre nom ne sera donc pas communiqué.

##### Renseignez les éléments suivants relatifs au patient (avant ou après l'entretien)

Âge :	Sexe : Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Entourage <input type="checkbox"/>
Mobilité possible	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Partielle <input type="checkbox"/>
Durée de l'hospitalisation au jour de l'enquête :			

Suite 

## ☐ Liste des questions

<b>① Savez-vous comment le service dans lequel vous êtes hospitalisé est organisé ?</b>				
Par exemple : savez-vous à quelle heure les médicaments sont distribués ? <i>noter oui s'il sait et non s'il ne sait pas</i>				
À quelle heure les repas sont servis ? <i>noter oui s'il sait et non s'il ne sait pas</i>				
À quel moment vous pouvez demander des informations ? <i>noter oui s'il sait et non s'il ne sait pas</i>				
<b>② Votre entourage a-t-il eu les mêmes informations ?</b>				
Je vais vous présenter un certain nombre de situations, dites-moi comment vous faites pour chacune d'elles :				
<b>③ Vous avez mal, que faites-vous ?</b>				
J'attends qu'un membre de l'équipe passe	Je sonne une fois et patient	Je me déplace (ou mon entourage)	J'insiste sur la sonnette	Ne sais pas
<b>④ La télévision ne marche pas et vous avez votre série préférée qui passe, que faites-vous ?</b>				
J'attends qu'un membre de l'équipe passe	Je sonne une fois et patient	Je me déplace (ou mon entourage)	J'insiste sur la sonnette	Ne sais pas
<b>⑤ Vous avez besoin du bassin, que faites-vous ?</b>				
J'attends qu'un membre de l'équipe passe	Je sonne une fois et patient	Je me déplace (ou mon entourage)	J'insiste sur la sonnette	Ne sais pas
<b>⑤ Vous avez besoin du bassin, que faites-vous ?</b>				
J'attends qu'un membre de l'équipe passe	Je sonne une fois et patient	Je me déplace (ou mon entourage)	J'insiste sur la sonnette	Ne sais pas
<b>⑥ Vous voulez connaître le résultat d'un examen médical (ex du scanner) que vous avez passé hier, que faites-vous ?</b>				
J'attends qu'un membre de l'équipe passe	Je sonne une fois et patient	Je me déplace (ou mon entourage)	J'insiste sur la sonnette	Ne sais pas
<b>⑦ Vous constatez que le médicament qui se trouve dans le pilulier ne ressemble pas à celui que vous prenez habituellement, que faites-vous ?</b>				
J'attends qu'un membre de l'équipe passe	Je sonne une fois et patient	Je me déplace (ou mon entourage)	J'insiste sur la sonnette	Ne sais pas
<b>⑧ Vous trouvez que votre repas est froid, que faites-vous ?</b>				
J'attends qu'un membre de l'équipe passe	Je sonne une fois et patient	Je me déplace (ou mon entourage)	J'insiste sur la sonnette	Ne sais pas
<b>Demain, si l'on vous disait :</b>				
<b>⑨ Pour avoir une information médicale ou sur votre traitement, vous pouvez parler avec le médecin ou l'infirmière entre telle heure et telle heure, qu'en pensez-vous ?</b>				
Pas du tout utile	Plutôt pas utile	Ni pas utile, ni utile	Utile	Très utile
<b>⑩ Une infirmière qui prépare les médicaments a un gilet jaune où est inscrit : ne pas déranger, qu'en pensez-vous ?</b>				
Pas du tout utile	Plutôt pas utile	Ni pas utile, ni utile	Utile	Très utile
<b>Vous avez besoin d'une information, vous le faites en priorité auprès</b>				
Du médecin	D'une aide-soignante	D'une infirmière	Ne sais pas	Autre, précisez

### Autre(s) commentaire(s)

# Partie 3

## Annexes

# Annexe 1. Résultat global de l'audit



## Positionnement de tous les services et des ES par rapport à leurs audits "Analyse globale et récapitulative de toutes les observations d'Interruption de Tâches (I.T.)"

AUTEUR DE L'I.T.	
41,7%	<b>236</b> Autre professionnel de santé non médical
9,0%	51 Médecin / pharmacien / sage-femme
6,5%	37 Entourage du patient
21,7%	123 Patient
6,5%	37 Environnement
5,5%	31 Multitâches
8,8%	50 Autre(s) personne(s) : à préciser
0,2%	1 Non réponse
<b>566</b>	

MOTIF ?	
16,3%	92 Avis
14,7%	83 Aide
46,3%	<b>262</b> Renseignement
11,8%	67 Problème de matériel
11,0%	62 Autre(s)
<b>566</b>	

ETAPES EN COURS	
10,6%	60 Relevé de la prescription
45,8%	<b>259</b> Préparation
34,1%	193 Administration
9,5%	54 Traçabilité
<b>566</b>	

COMMENT ?	
9,5%	54 Téléphone
48,1%	<b>272</b> Physique
2,5%	14 Alarme
2,3%	13 Sonnette
2,3%	13 Bruit ambiant
31,4%	178 Discussion
3,7%	21 Autre(s)
0,2%	1 Non réponse
<b>566</b>	

OU ?	
29%	165 Salle de soins
50%	<b>285</b> Couloir
20%	116 Chambre du patient
<b>566</b>	

REACTIONS ?	
51,6%	<b>292</b> S'interrompt et accorde de l'attention à l'auteur
36,9%	209 Poursuit son action tout en écoutant
2,5%	14 Poursuit son action sans écouter
2,3%	13 S'interrompt et demande à un collègue de prendre en charge l'auteur
6,7%	38 Autre(s) : à préciser
<b>566</b>	

TACHE INITIALE REPRISE	
14%	82 Reprise au début après l'IT
69%	<b>388</b> Reprise au moment de l'interruption
10%	54 Reprise avec délai au moment de l'IT
1%	3 Pas de reprise de la tâche (oubli)
7%	39 Non réponse
<b>566</b>	

DUREE DE L'INTERRUPTION	
64,5%	<b>365</b> Inférieure à 1 mn
28,8%	163 1 à 5 mn
3,9%	22 Entre 5 et 10 mn
2,1%	12 Supérieure à 10 mn
0,7%	4 Non réponse
<b>566</b>	

## Annexe 2. Se repérer



Les sources d'IT

Bruit ambiant

Téléphone

Alarme

Discussion

Interruption directe



Les solutions

### Prévenir les interruptions de tâche

#### ☐ Facteurs humains et organisationnels

- ▶ Rationaliser les étapes
- ▶ Identifier les étapes à risque
- ▶ Sensibiliser les équipes
- ▶ Agir sur les sources

#### ☐ Repérage de la personne à ne pas interrompre



### Gérer les interruptions de tâche

#### ☐ Repérer le point précis de l'IT

##### Aide Mémoire

Je suis interrompu(e)  
dans la préparation des injectables

Patient \_\_\_\_\_

Produit \_\_\_\_\_

Collecte du médicament

Reconstitution

Calcul de dose \_\_\_\_\_

Dilution \_\_\_\_\_

Étiquetage

**Si doute**

✓ vérification finale

**Si inconnu**

✓ reprise de la procédure

## Annexe 3. Illustrations du repérage d'un professionnel exerçant une tâche qui ne doit pas être interrompue



Figure 2. Mitigating Interruption Effects on High-Risk Procedures – Healthcare Human Factors



Figure 3. Flyers



Figure 4. Gilet



Figure 5. Zone délimitée (5)



Quels que soient les outils que vous souhaitez mettre en place, il est impératif de définir les modalités d'utilisation, notamment afin de garder leur efficacité.

Par exemple, afin de préserver le « rôle d'alerte » :

- ne pas oublier d'enlever le gilet dès que l'activité est terminée ;
- ne pas laisser les affiches « ne pas déranger » en permanence.



En parallèle des outils, les professionnels s'organisent pour répondre à la demande des patients.

## Annexe 4. Illustrations d'une zone protégée



**Figure 6. Zone protégée (5)**



**En parallèle des outils, les professionnels s'organisent pour répondre à la demande des patients.**

## Annexe 5. Illustrations de listes de contrôle



### Mémo vérification



Figure 7. Mitigating Interruption Effects on High-Risk Procedures – Healthcare Human Factors

### Mémo la minute d'arrêt

#### Aide Mémoire



Je suis interrompu(e)  
dans la préparation des injectables

Patient \_\_\_\_\_

Produit \_\_\_\_\_

- Collecte du médicament
- Reconstitution
- Calcul de dose \_\_\_\_\_
- Dilution \_\_\_\_\_
- Étiquetage

## Annexe 6. Illustration d'un programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) sur les IT



Pacte est un programme qui vise à sécuriser la prise en charge du patient en équipe ; il vise notamment à faire lever sur la culture de sécurité, les comportements des professionnels, la communication entre professionnels et avec le patient, à mieux gérer les risques en équipe.

Programme Pacte	Étapes	Outils
Engagement de la direction et d'une équipe	Prérequis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fiche d'engagement de la direction</li> <li>▶ Fiche d'engagement d'une équipe</li> </ul>
Action de communication		
① Enquête culture sécurité	Diagnostic	Utiliser le questionnaire « Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier »
② Diagnostic de fonctionnement de l'équipe (CRM Santé)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fiche vidéo sur IT</li> <li>▶ Cas d'El sur les IT</li> </ul>
③ Analyse de la situation		Support d'audit, guide d'entretien avec le patient, débriefing en équipe
④ Mise en situation (2 heures) Pratique (simulation, jeux de rôle, etc.)	Mise en œuvre	
④ Déploiement méthodes et outils Exemple : briefing, alerte visuelle, espace de travail, liste de contrôle, implication du patient, analyse des causes, etc.		Cf. boîte à outils Pacte
⑤ Évaluation de la maturité d'une équipe		Matrice de maturité intégrant des cas d'El avec des IT
⑥ Évaluation de la satisfaction des professionnels		<a href="#">Questionnaire</a> (cf. annexe 7 ci-après)
⑦ Suivi des actions et des indicateurs	Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Suivi du plan d'action de l'équipe</li> <li>▶ Matrice de maturité</li> </ul>
⑧ Formation continue		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Portfolio</li> <li>▶ DPC</li> </ul>
⑨ Mesure des changements	Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Culture de sécurité</li> <li>▶ Matrice de maturité</li> <li>▶ Enquête de satisfaction du personnel</li> <li>▶ Résultats du plan d'action et des indicateurs</li> <li>▶ Audit</li> </ul>
⑩ Réajustement des actions		

## Annexe 7. Illustration d'un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des professionnels



Phase de l'administration	Questionnaire	Réponse (1=je suis tout à fait d'accord à 5= je ne suis pas du tout d'accord)
<b>Préparation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'ordinateur est rarement accessible (ou les documents papier de prescription) pour vérifier les prescriptions</li> <li>▶ Les médicaments et le matériel nécessaire à la préparation sont facilement accessibles</li> <li>▶ Mon travail de préparation des médicaments dans la salle de soins se fait dans de bonnes conditions (agencement, bruit, etc.)</li> <li>▶ Je suis rarement interrompu(e) durant la préparation</li> </ul>	
<b>Tour de distribution des médicaments (dans le couloir)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La durée de mon tour de distribution des traitements est prévisible ; je n'ai pas d'imprévu à gérer</li> <li>▶ Aujourd'hui, je suis rarement interrompu(e) dans mon tour de distribution</li> </ul>	
<b>Tour de distribution des médicaments (dans les chambres, auprès des patients)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aujourd'hui, je suis rarement interrompu(e) dans mon tour de distribution par les patients et/ou l'entourage quand je suis en train d'administrer un médicament</li> <li>▶ Aujourd'hui, j'ai l'impression d'administrer l'ensemble des traitements de manière sécurisée</li> </ul>	
<b>Traçabilité de l'administration des traitements</b>	Aujourd'hui, je trace l'administration des traitements en temps réel sans être interrompu(e)	



## Références bibliographiques

1. Anthony K, Wiencek C, Bauer C, Daly B, Anthony MK. No interruptions please: impact of a No Interruption Zone on medication safety in intensive care units. *Crit Care Nurse* 2010;30(3):21-9.
2. Biron AD, Loïselle CG, Lavoie-Tremblay M. Work interruptions and their contribution to medication administration errors: an evidence review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2009;6(2):70-86.
3. Coiera E. The science of interruption. *BMJ Qual Saf* 2012;21(5):357-60.
4. Colligan L, Bass EJ. Interruption handling strategies during paediatric medication administration. *BMJ Qual Saf* 2012;21(11):912-7.
5. Colligan L, Guerlain S, Steck SE, Hoke TR. Designing for distractions: a human factors approach to decreasing interruptions at a centralised medication station. *BMJ Qual Saf* 2012;21(11):939-47.
6. Feil M. Distractions and Their Impact on Patient Safety. *Pa Patient Saf Advis* 2013;10(1).
7. Haute Autorité de Santé. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide\\_outil\\_securisation\\_autoevaluation\\_medicaments\\_complet\\_2011-11-17\\_10-49-21\\_885.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf)
8. Hopkinson SG, Jennings BM. Interruptions during nurses' work: A state-of-the-science review. *Res Nurs Health* 2013;36(1):38-53.
9. Moll MC, Roue V. Gestion de l'interruption de tâche, facteur de fiabilité, prescription, préparation et d'administration des médicaments [power point]. Angers: Centre Hospitalier Universitaire d'Angers; 2013.
10. Prakash V, Koczmara C, Savage P, Trip K, Stewart J, McCurdie T, et al. Mitigating errors caused by interruptions during medication verification and administration: interventions in a simulated ambulatory chemotherapy setting. *BMJ Qual Saf* 2014;23(11):884-92.
11. Raban MZ, Westbrook JI. Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective?: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2014;23(5):414-21.
12. Société française de pharmacie clinique. Etude multicentrique pour l'évaluation de la revue des erreurs et de leur iatrogénie liées aux médicaments. Janvier 2009 – Novembre 2009. Le protocole de recherche de l'étude MERVEIL Paris: SFPC; 2010. [http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery\\_files/site/1533/1534/1571/2192/2824/4678.pdf](http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2824/4678.pdf)
13. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med* 2010;170(8):683-90.
14. Relihan E, O'Brien V, O'Hara S, Silke B. The impact of a set of interventions to reduce interruptions and distractions to nurses during medication administration. *Qual Saf Health Care* 2010;19(5):e52.



## Pour en savoir plus

Beckford M. Nurses wear 'do not disturb' signs during drug rounds. Telegraph [En ligne] ; 2011.

<http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/8728093/Nurses-wear-do-not-disturb-signs-during-drug-rounds.html>

Berg LM, Källberg AS, Göransson KE, Ostergren J, Florin J, Ehrenberg A. Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. *BMJ Qual Saf* 2013;22(8):656-63.

Biron AD, Lavoie-Tremblay M, Loiselle CG. Characteristics of work interruptions during medication administration. *J Nurs Scholarsh* 2009;41(4):330-6.

Carthey J, Clarke J. Implementing human factors in healthcare 'How to' guide. London: Royal College of Nursing; 2010.

[http://www.chfg.org/resources/10\\_qrt01/Human\\_Factors\\_How\\_to\\_Guide\\_2009.pdf](http://www.chfg.org/resources/10_qrt01/Human_Factors_How_to_Guide_2009.pdf)

Flynn EA, Barker KN, Gibson JT, Pearson RE, Berger BA, Smith LA. Impact of interruptions and distractions on dispensing errors in an ambulatory care pharmacy. *Am J Health Syst Pharm* 1999;56(13):1319-25.

Fore AM, Sculli GL, Albee D, Neily J. Improving patient safety using the sterile cockpit principle during medication administration: a collaborative, unit-based project. *J Nurs Manag* 2013;21(1):106-11.

Huet E, Leroux T, Bussi eres JF. Perspectives sur l'attention, les interruptions et le bruit en pratique pharmaceutique. *Can J Hosp Pharm* 2011;64(4):275-82.

Institute for Safe Medication Practices. Safe practice environment chapter proposed by USP [En ligne] 2008. <https://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20081204.asp>

Institute of Medicine, Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS. *To Err is Human*. Washington: National Academies Press; 2000.

Kalisch BJ, Aebersold M. Interruptions and multitasking in nursing care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36(3):126-32.

Kliger J, Blegen MA, Gootee D, O'Neil E. Empowering frontline nurses: a structured intervention enables nurses to improve medication administration accuracy. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009;35(12):604-12.

Kliger J, Singer S, Hoffman F, O'Neil E. Spreading a medication administration intervention organizationwide in six hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012;38(2):51-60.

Maryland Patient Safety Center. Medication interruptions and distractions. MPSC 2010 Annual conference solution submission. Elkridge: MPSC; 2010.

[http://www.marylandpatientsafety.org/html/education/solutions/2010/documents/communication/Medication\\_Interruptions\\_and\\_Distractions.pdf](http://www.marylandpatientsafety.org/html/education/solutions/2010/documents/communication/Medication_Interruptions_and_Distractions.pdf)

McGillis Hall L, Pedersen C, Fairley L. Losing the moment: understanding interruptions to nurses' work. *J Nurs Adm* 2010;40(4):169-76.

Monteiro C, Machado Avelar AF, da Luz Gonçalves Pedreira

M. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015;23(1):169-79.

Pape TM. Applying airline safety practices to medication administration. *Medsurg Nurs* 2003;12(2):77-94.

Pape TM, Guerra DM, Muzquiz M, Bryant JB, Ingram M, Schraner B, et al. Innovative approaches to reducing nurses' distractions during medication administration. *J Contin Educ Nurs* 2005;36(3):108-16.

Potter P, Wolf L, Boxerman S, Grayson D, Sledge J, Dunagan C, et al. Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *J Nurs Adm* 2005;35(7-8):327-35.

Raimbault M, Bussi eres JF, Lebel D. R eflexion sur les interruptions dans le circuit du m edicament et leurs retomb ees. *Pharmactuel* 2011;44(1):53-9.

Royal College of Surgeons in Ireland, Uko-Udom B. Introduction of drug round tabard and checklist to reduce interruptions and error in medication administration. Dublin: RCSI; 2014.

<http://epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=msctheses>

Umeda L. Reducing avoidable interruptions during the medication administration process [Master's projects]. San Francisco: University of San Francisco; 2014.

<http://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1094&context=capstone>

Westbrook JI. Interruptions to clinical work: how frequent is too frequent? *J Grad Med Educ* 2013;5(2):337-9.

# Remerciements

Ce guide a été mené par la Haute Autorité de santé, dans le service mission sécurité du patient, piloté par Yasmine Sami, chef de projet, avec le soutien continu d'un groupe de travail, d'équipes volontaires, puis d'un groupe de relecture interne et externe.

La recherche documentaire a été effectuée par Emmanuelle Blondet, documentaliste, et Renée Cardoso, assistante documentaliste, service documentation.

La mise en page de ce guide a été réalisée par Valérie Combe, maquettiste-infographiste, service communication-information.

Merci à tous les membres du groupe de travail, aux services de soins qui ont participé volontairement à l'audit, et aux différents relecteurs pour leur contribution. Le tournage du film a pu se faire grâce à l'équipe du CH de Chinon qui s'est découvert des talents d'acteur.

Merci à Vincent Bon Georges, pour la réalisation des différents supports Excel permettant de fournir des outils clés en main pour les professionnels et à Karima Nicola, assistante, pour son aide à la gestion du projet.

Le projet a été défendu et soutenu par Thomas Le Ludec, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS), Laetitia May, chef de service de la mission sécurité du patient (MSP), Bruno Bally, adjoint au chef de service de la MSP.

# Participants

## Établissements ayant participé à l'audit

- ▶ Centre de Lutte contre le cancer Henri Becquerel : unité de reconstitution, hémato ou oncologie
- ▶ CHU de Nice : urgences et réa médicale, cancérologie et gériatrie, pharmacie
- ▶ CH de Chinon : psy, long séjour, chirurgie
- ▶ Hôpital privé Nord-Parisien : maternité/néonatalogie et soins continus
- ▶ Clinique du Parc Saint-Ouen l'Aumône : SSR
- ▶ Clinique Ambroise-Paré à Neuilly-sur-Seine : chirurgie cardiaque

## Groupe de travail HAS

Mme Michèle BELLIOU, Fédération de l'Hospitalisation Privée.

Mme Fariza Ben AMMAR, infirmière, hôpital Beaujeon.

M. Rémy COLLOMP, pharmacien, CHU de Nice.

Dr Nathalie CONTENTIN, hématologue et gestionnaire de risque, centre de lutte contre le cancer de Haute-Normandie Henri-Becquerel.

Mme Coraline DUPUY, technicienne qualité, coordonnateur des risques associés aux soins, centre hospitalier du Chinonais.

Mme Mary Christine LANOUE, pharmacien, Ph, Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques de la région Centre Val de Loire (OMEDIT Centre).

Pr Vincent PIRIOU, chef de service, service d'anesthésie-réanimation, responsable du PAM urgence, Hospices civils de Lyon-Sud.

Mme Martine SÉNÉ-BOURGEOIS, représentante Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS).

Mme Catherine STAMM, pharmacien, Hospices civils de Lyon (HCL).

## Groupe de lecture

Mme Isabelle ALQUIER, conseiller technique HAS, service mission sécurité du patient.

Mme Ghislaine BENHAMOU-JANTELET, cadre expert, groupe hospitalier, Henri-Mondor.

Pr Pascal Bonnabry, pharmacien chef, hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Suisse.

Mme Laetitia BUSCOZ, directrice du bureau de l'assurance qualité & de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP).

Mme Véronique BINET-DECAMPS, AP-HP-DOMU-promotion de la qualité et la sécurité des soins, responsable du secteur qualité EPP certification démarches qualité sectorielles, Henri-Mondor.

M. Maxime CAUTERMAN, conseiller médical, Fédération hospitalière de France (FHF).

Mme Marie-José D'ALCHE-GAUTIER, PH santé publique-qualité et gestion des risques, responsable de l'unité d'évaluation médicale, DQEAJ-CHU de Caen.

Mme Marie-Claude DAYDE, infirmière libérale et équipe d'appui réseau de santé territorial Reliance (31), représentante usager.

Mme Dominique DAVOUS, espace de réflexion éthique, Région Ile-de-France, représentante usagers.

M. André DURAND, directeur qualité gestion des risques au CHU de Montpellier.

Direction de l'exercice professionnel, Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Mme Catherine DIVINÉ, pharmacien, groupement hospitalier Henri-Mondor.

Mme Edith DUFAY, pharmacien hospitalier, chef de service, centre hospitalier de Lunéville.

Mme Hélène ESPEROU, directrice PMS et qualité, UNICANCER.

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD).

Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP).

Mme véronique GHADI, chef de projet HAS, service développement de la certification.

Mme Laurence GRELET, coordonnatrice générale des soins, CHIC de Cornouaille.

Mme Marie-Annick QUEAU, cadre supérieur de santé, CHIC Quimper.

M. Bertrand LETOIS, conseil central de la section H de l'ordre national des pharmaciens.

Mme Anne Claude LE VOYER, adjointe à la directrice de la direction des patients, usagers et associations de l'assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Mme Valérie LINDECKER, chef de projet HAS, service développement de la Certification.

Mme Christine MANGIN, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et responsable du système de management de la qualité de la PECM du groupe Hospitalier Henri-Mondor AP-HP.

M. Fabien Martinez, responsable qualité, risques, usagers et organisation – GH Saint Louis-Lariboisière-Fernand Widal (AP-HP).

M. Jean Claude Maupetit, unité de coordination régionale de l'OMEDIT Pays de la Loire  
CHU de Nantes - pharmacie centrale - Saint Jacques  
Mme Marie Christine Moll, médecin délégué gestion des risques, CHU d'Angers.

M. Gilbert MOUNIER, responsable qualité gestion des risques SPASM, co-président FAQSS/SoFGRES.

Mme Roxane PINNA, cadre supérieur paramédical chargée de mission-système d'information patient et qualité-direction des soins et des activités paramédicales, Direction générale de l'AP-HP.

Mme Catherine REA, conseiller médical, et Mme Anne-Charlotte de Vasselot, conseiller santé social, FEHAP.

M. Marc Paris, responsable communication et animation réseau, CISS - Collectif Inter associatif Sur la Santé.

Dr Patricia Ribaud, PUPH, responsable SMQ PECM, GH Saint Louis-Lariboisière-Fernand Widal (AP-HP).

M. Gwenaël ROLLAND-JACOB, coordonnateur, GDRAS, CHIC de Cornouaille.

Mme Marie Josée STACHOWIAK, responsable Qualité, gestion des risques et évaluation gestionnaire de risque, CH de Meaux.

Mme Amélie THERAUBE, directeur administratif et qualité, Clinique Ker Yonnec  
Mme Sandrine VOISIN, ingénieur en gestion des risques, service qualité - gestion des risques – hygiène, centre hospitalier Victor-Dupouy.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)