



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

**GUIDE ADDENDUM**


# Interruption de tâche lors des activités anesthésiques au bloc opératoire et en salle de surveillance post- interventionnelle

Validé par le Collège le 18 mars 2020

---

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Interruption de tâche lors des activités anesthésiques au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle</b> Addendum
<b>Méthode de travail</b>	Groupe de travail et relecture externe.
<b>Objectif(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibiliser les professionnels sur cette problématique du bloc opératoire et de la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) ;</li><li>• mettre à disposition des outils pour comprendre et agir en équipe sur l'interruption de tâche (IT), dont un support d'audit ;</li><li>• formuler des préconisations pour aider les équipes à mettre en place des mesures adaptées à leur contexte.</li></ul>
<b>Cibles concernées</b>	L'équipe médicale et paramédicale d'anesthésie : médecin anesthésiste-réanimateur, infirmiers anesthésistes diplômé d'État (IADE), infirmiers de SSPI en établissement de santé.
<b>Demandeur</b>	Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS), Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins.
<b>Pilotage du projet</b>	Co-pilotage Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) et HAS, Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins.
<b>Recherche documentaire</b>	SFAR, CFAR et la HAS.
<b>Auteurs</b>	Groupe de travail SFAR/CFAR et Yasmine SAMI, chef de projet, Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, Laetitia MAY-MICHELANGELI, chef de service, Marième ANNE, secrétariat.
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Version du 18 mars 2020
<b>Actualisation</b>	
<b>Autres formats</b>	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)   
Haute Autorité de santé – Service communication information  
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – mars 2020

# Sommaire

---

<b>Résumé</b>	<b>4</b>
<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>Enjeux</b>	<b>6</b>
1.1. Pourquoi s'intéresser aux interruptions de tâches lors des activités anesthésiques au bloc opératoire ?	6
1.2. « Quatre temps patients » identifiés à risque pour l'activité anesthésie	7
<b>Les préconisations</b>	<b>10</b>
1.3. Prévenir pour agir sur l'interruption de tâche	11
1.4. Récupérer pour agir sur l'interruptions de tâche	14
1.5. Focus sur l'Interruption de tâche en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle	16
<b>Conclusion</b>	<b>18</b>
<b>Table des annexes</b>	<b>19</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>37</b>
<b>Participants</b>	<b>39</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>41</b>

# Résumé

Les interruptions de tâche (IT) en milieu de santé sont **fréquentes** (10/heure), **omniprésentes**, et souvent différables, voire **non justifiées**. Malgré leurs durées **courtes**, elles amènent, dans plus de 70 % des cas, la pratique de la multitâche (*multitasking*<sup>\*1</sup>), cause potentielle **d'événements indésirables graves**.

C'est dans ce contexte que la SFAR et le CFAR, en collaboration avec la HAS, proposent ces recommandations pour mobiliser les équipes afin de diminuer la fréquence de ces IT lors des activités d'anesthésie au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Les IT non essentielles doivent être proscrites. Afin d'y répondre, quatre temps primordiaux ont été définis : la vérification de **l'identité** du patient, **la préparation médicamenteuse**, **l'induction** anesthésique, et le *time-out* de la *check-list* **HAS**, intitulés les « *quatre temps patients* ».

[La grille d'audit](#), proposée par la HAS dans sa version initiale, a été adaptée à ces « quatre temps patients ». Son analyse se fera en équipe élargie aux autres professionnels du bloc opératoire afin de porter une vision partagée et d'identifier de manière collective les axes d'amélioration.

Différentes barrières de prévention et de récupération sont proposées également aux équipes, qui devront se les approprier de façon collégiale.

Ce guide intègre aussi les particularités des interruptions de tâche en SSPI.

Ce guide est proposé aux professionnels souhaitant s'inscrire dans le cadre d'une démarche de sécurité du patient, en équipe pour mieux gérer les interruptions de tâches.

---

<sup>1</sup> *Multitasking* : réaliser plusieurs tâches en parallèle ou en même temps

# Introduction

Les IT sont des événements fréquents et répandus dans le milieu de la santé. Comme d'autres événements indésirables associés aux soins (EIAS), la plupart sont évitables (1). Cependant, la gravité engendrée par certaines d'entre elles, notamment les erreurs médicamenteuses liées à une interruption de tâche, a fait émerger récemment une prise de conscience des professionnels de santé et fait l'objet d'un guide publié par la HAS en 2016 (2).



Dans ce guide, 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 (3). La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier le bon déroulement de l'activité initiale. Cette définition a été adaptée des travaux de Brixey *et al.* et Forsberg *et al.* par le groupe de travail de la HAS.

Le secteur du bloc opératoire et notamment l'activité d'anesthésie (32) ne sont pas épargnés par cette problématique ; la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) par le biais de son Comité d'analyse et maîtrise du risque (CAMR), ainsi que le CFAR, en collaboration avec la HAS, réalisent un *addendum* au guide publié par la HAS orienté sur les activités d'anesthésie au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

## → L'objectif

Être en mesure, pour les unités de bloc opératoire inscrites dans une dynamique de culture de la sécurité, grâce à ces recommandations, de pouvoir réaliser un état des lieux sur leurs IT. Cet état des lieux se fait notamment à partir d'un audit interne et permet d'envisager les mesures correctives adaptées.

Cette démarche vise à faire un bilan systémique de la réalisation des activités anesthésiques et de repérer les facteurs contributifs pour travailler en équipe sur les mesures de prévention, de repérage, de récupération et d'atténuation à mettre en place.

## → Cibles

L'équipe médicale et paramédicale d'anesthésie : médecin anesthésiste-réanimateur, infirmiers anesthésistes diplômé d'État (IADE), infirmiers de SSPI.

## → Périmètre

Accueil des patients au bloc opératoire, salles d'interventions chirurgicales, salle de radiologie interventionnelle, salle d'endoscopie, salle pose de cathéters centraux, salle d'intervention hors bloc, salles de surveillance post-interventionnelle.

# Enjeux

## 1.1. Pourquoi s'intéresser aux interruptions de tâche lors des activités anesthésiques au bloc opératoire ?

La salle d'opération est un lieu à risque avec des tâches complexes associant de nombreux acteurs. Ces activités nécessitent de se concentrer, de communiquer au bon moment les informations utiles et de partager la même vision de la situation (30, 35). Ainsi, les IT, bien que certaines soient bénéfiques, constituent un danger potentiel pour la sécurité du patient. Elles sont globalement sous-estimées par les acteurs de santé, que ce soit en termes de fréquence ou en termes de risque potentiel. La distinction entre une interruption de tâche « justifiée » ou « non justifiée », bien que complexe, est un enjeu propre à chaque équipe. Cette distinction doit faire l'objet d'un consensus collectif. L'appel téléphonique au bloc opératoire est également un facteur d'IT.

**Plus de 80 % IT non justifiées**

### → Causes des IT

- Compte tenu de la multitude d'équipements médicaux utilisés et la taille des équipes, **le bruit** et les distractions sont des perturbateurs qui sont associés à des communications inefficaces, de la fatigue, du stress et une mauvaise concentration. Les sources de bruit (cf. tableau 1) sont variées dans la salle d'opération (46, 1).

**Tableau 1 Sources courantes de bruit**

Liées aux comportements	Liées à l'environnement
<ul style="list-style-type: none"><li>– Les conversations entre professionnels liées au cas ;</li><li>– les conversations entre professionnels non liées au cas ;</li><li>– les activités de soins aux patients ;</li><li>– les mouvements divers (entrées/sorties, la circulation dans la salle, etc.).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Les moniteurs dont les alarmes cliniques ;</li><li>– les équipements médicaux ;</li><li>– la musique ;</li><li>– les systèmes de communication (téléphone, interphone, etc.) ;</li><li>– les espaces de travail ;</li><li>– la climatisation de la salle.</li></ul>

La concentration et le travail des anesthésistes en sont impactés notamment leur capacité de détection des signaux des moniteurs (32, 47).

- Les sources d'IT sont **majoritairement humaines**, entre professionnels de santé (7, 1). Les deux principales raisons de ces interruptions sont la demande d'information ou une interaction sociale (8).
- Une attention particulière peut être portée sur **les téléphones**. Source de stress, plus de 20 % des interruptions peuvent être attribuées au téléphone (9, 10). D'origine personnelle et professionnelle, ces interruptions sont sources de grande distraction au bloc opératoire. L'organisation autour de la gestion de ces appels téléphoniques liés au travail souffre d'une grande variabilité dans les pratiques.
- Si les facteurs humains sont la cause majoritaire des IT, des facteurs environnementaux, voire organisationnels précipitant leur survenue et leur gravité sont régulièrement mis en cause (13, 14). En effet, plus d'un tiers des sources d'IT est lié directement ou indirectement à **l'ergonomie ou à l'agencement** de la salle d'intervention. Il s'agit d'un facteur source d'IT et d'aggravation de ses conséquences.

**Les IT sont causées majoritairement par des professionnels de santé**

**Un tiers des causes sont liées à l'ergonomie**

### → Fréquence des IT

Les travaux récents insistent sur la fréquence et l'ubiquité du phénomène. En effet, la fréquence des IT au bloc opératoire varie entre 5 et 15 IT/heure (1, 3, 4). Elles sont globalement sous-estimées et banalisées par l'ensemble des acteurs de la profession, que ce soit en termes de fréquence ou en termes de risque potentiel (5).



### → Durée des IT

Bien que la majorité des IT soient de courte durée, moins d'une minute, cela ne minore pas leurs conséquences néfastes. En effet, les interruptions de moins d'une minute ne garantissent pas une meilleure reprise de la tâche interrompue, ni un moins grand nombre d'erreurs après interruption (6).



### → Réactions suite à une IT

Différentes réactions peuvent être observées (3, 11, 12).

Une étude (36) d'observation au bloc opératoire indique que la tâche secondaire était le plus souvent de la communication entre professionnels conformément à d'autres résultats (37).

La réaction majoritaire face à une IT consiste à appliquer deux tâches en même temps (multitasking). La réalisation de plusieurs tâches en parallèle favorise la survenue d'EIAS.

Une autre réaction possible est l'abandon de la tâche en cours, pour effectuer une nouvelle tâche, avec un risque d'erreur lors de la reprise de la tâche abandonnée.

Finalement, une réaction adaptée consiste à refuser l'interruption de tâche (ne pas répondre au téléphone, faire un signe « stop » de la main, etc.) ou à déléguer une des tâches (celle en cours, ou la tâche demandée). Cette réaction est à ce jour minoritaire.



## Que retenir ?

L'IT est courante dans la pratique de l'anesthésie, elle augmente le risque d'erreur (1) et leur gestion en équipe est essentielle :

- Créer une prise de conscience de la survenue de ces événements (les rendre visible) ;
- Mettre en avant les risques liés à ces interruptions, tels que le stress, les oublis, les erreurs, la fatigue, etc. ;
- Pouvoir les partager en débriefing, car c'est un sujet d'équipe ;
- Décider en équipe des différentes barrières de sécurité à déployer, du caractère justifié ou pas de certaines interruptions et de promouvoir la notion de temps « sacralisés ».

Le travail sur la réduction du nombre d'IT, la sacralisation de périodes et d'actes à risque, la réflexion sur les IT indispensables et non indispensables, ainsi que celle de leur gestion en équipe, s'inscrivent dans le cadre plus général du développement de la culture de sécurité des soins et de l'amélioration continue du travail en équipe.

## 1.2. « Quatre temps patients » identifiés à risque pour l'activité anesthésie

Le bloc opératoire est un milieu particulièrement propice aux IT, car de multiples acteurs travaillent conjointement avec de nombreuses interactions entre eux.

Outre les problématiques communes à tout environnement médical, l'anesthésie, comme les interventions chirurgicales (ou non chirurgicales telles que la radio interventionnelle ou l'endoscopie, etc.) sont des spécialités à risque pour les patients. De nombreuses mesures ont été prises pour diminuer

la morbi-mortalité périopératoire. La prise en charge de ces IT par l'ensemble des professionnels renforcerait l'amélioration de ces mesures.

Une attention particulière doit être portée lors de quatre périodes à risque afin d'assurer la sécurité du patient et favoriser l'efficacité des professionnels, mais qui pourront être déclinées en fonction des risques intrinsèques à chaque structure.

**VIGILANCE PENDANT LES QUATRES TEMPS PATIENTS  
AU BLOC OPERATOIRE**  
**Préparation médicamenteuse**  
**Identité du patient/Côté à opérer**  
**Induction**  
*Time-out de la check-list*  
**#NOINTERRUPTIONZONE**

➔ **Préparation médicamenteuse**

En moyenne, cinq médicaments sont préparés pour chaque anesthésie. Les études publiées retrouvent en moyenne des fréquences variant entre une erreur médicamenteuse pour 100 à 1 000 interventions et même parfois jusqu'à 1/20 (15).

Leurs fréquences sont sous-estimées par les soignants et elles sont sous-déclarées. La SFAR par son Comité analyse et maîtrise du risque a publié des recommandations dès 2006, actualisées en 2016, afin de prévenir ces erreurs. Les erreurs liées aux médicaments ont par la suite fait l'objet de nombreuses campagnes de la part de la HAS (2).

La période de préparation des médicaments d'anesthésie est particulièrement à risque d'erreur. Il est indispensable qu'elle ne soit pas interrompue. L'ensemble des professionnels gravitant autour de ce moment précieux (y compris l'équipe chirurgicale) doit en prendre conscience.



➔ **Identitovigilance/Côté et site à opérer**

Les erreurs de site à opérer représentent une cause d'événement indésirable grave rare (0,09/10 000 chirurgie) (16), et totalement évitable par une systématisation de la *checklist* (17). La vérification de la bonne identité du patient est un enjeu majeur ayant fait l'objet de nombreuses campagnes d'information et de prévention par la HAS et la SFAR (18, 19). Elle met le patient à l'abri de nombreux risques. Ces tâches doivent faire l'objet d'une attention toute particulière au bloc opératoire. L'équipe d'anesthésie contribue et participe à la vérification de l'identité du patient et du côté à opérer.

La période de vérification de l'identité et du site à opérer est particulièrement à risque d'erreur. Il est indispensable qu'elle ne soit pas interrompue. L'ensemble des professionnels gravitant autour de ce moment précieux (y compris l'équipe chirurgicale) doit en prendre conscience.



➔ **Induction du patient**

L'induction anesthésique du patient est une période particulièrement sensible, voire critique (20). L'ensemble des fonctions vitales du patient sont fragilisées par sa mise sous dépendance pharmacologique (respiratoire, cardiocirculatoire, neurologique). À ce moment-là, un travail de surveillance rapprochée et d'anticipation des risques est effectué par l'équipe anesthésique afin d'assurer la sécurité du patient.

Il s'agit d'un temps spécifique qui nécessite une réactivité immédiate et une concentration importante. Tout retard de détection ou de prise en charge d'un EIAS (ventilation difficile, intubation difficile, instabilité hémodynamique ou complication *per* anesthésique de type anaphylaxie, bronchospasme, hypotension, etc.) peut avoir des conséquences réversibles ou non. Pour garantir la sécurité du patient à cet instant-là, les IT sont proscrites.



La période de l'induction anesthésique est particulièrement à risque d'erreur. Il est indispensable qu'elle ne soit pas interrompue. L'ensemble des professionnels gravitant autour de ce moment précieux (y compris l'équipe chirurgicale) doit en prendre conscience.

### → Le time-out/checklist HAS

La *check-list* est implémentée mondialement dans tous les blocs opératoires depuis les campagnes de promotion de l'OMS en 2009, avec une efficacité démontrée de diminution de 50 % des erreurs évitables (21). Le *time-out* est le deuxième temps de la *check-list* éditée par la HAS, mise à jour en 2018. Il s'agit d'un moment d'échanges oraux. Il permet non seulement de confirmer que les différentes vérifications préopératoires ont bien été effectuées (identité du patient, site opératoire, côté...) mais aussi d'instituer une communication consensuelle et pluriprofessionnelle autour du patient.

Cette concertation mutuelle aboutit à la décision finale pré-incision de « GO » (ou de « NO GO ») déterminant le début du temps interventionnel (qu'il soit ou non chirurgical).

Son efficacité sur la baisse de la morbidité et de la mortalité a été démontrée par plusieurs grandes études.

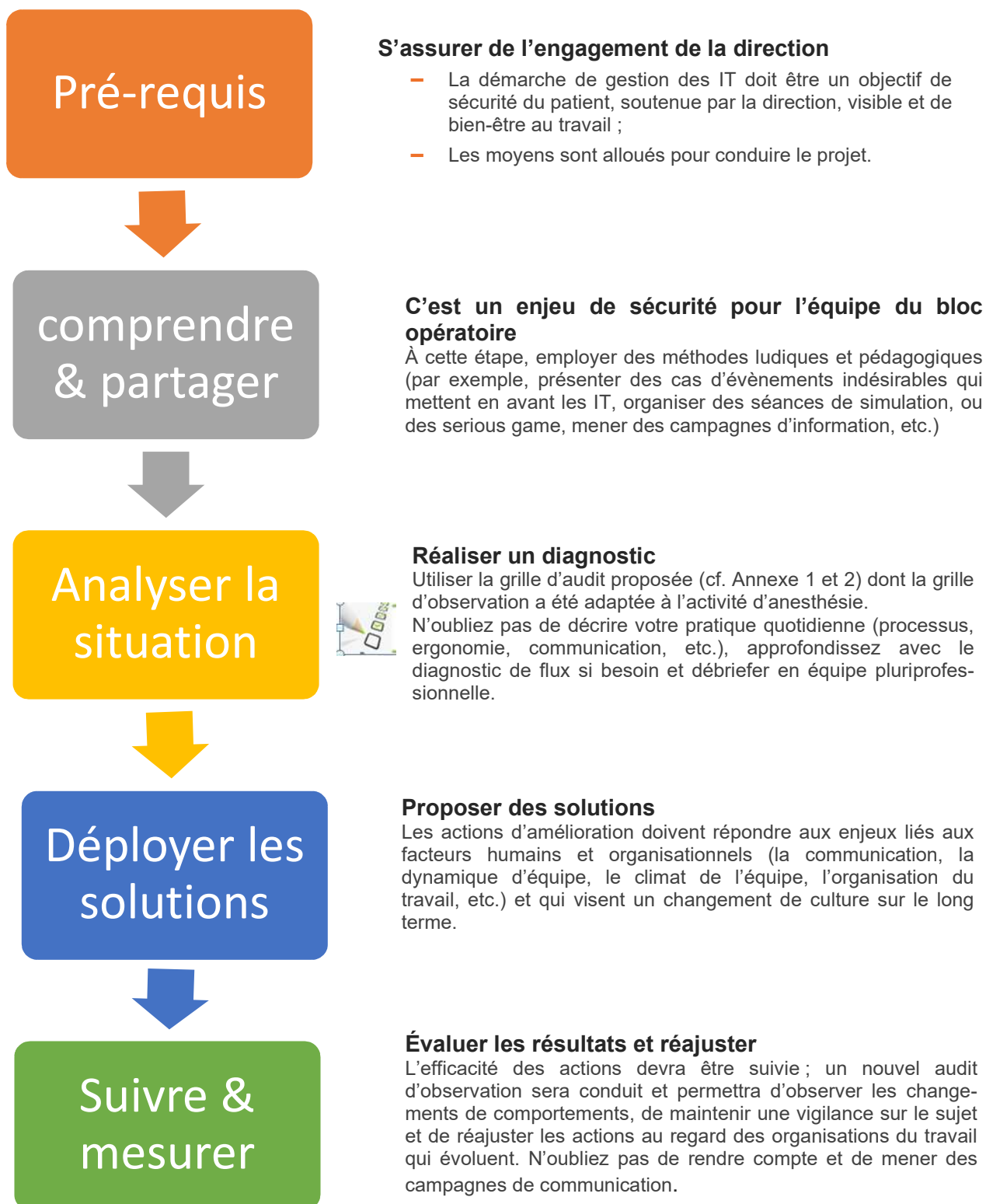
La période du *time-out*, moment d'échanges importants, est particulièrement à risque d'erreur. Il est indispensable qu'elle ne soit pas interrompue. L'ensemble des professionnels gravitant autour de ce moment précieux (y compris l'équipe chirurgicale) doit en prendre conscience.

Chaque équipe aura pour objectif d'adapter ces temps « patients » et éventuellement d'en déterminer d'autres correspondant à leurs besoins. Certaines tâches propres à chaque environnement peuvent être classées à très haut risque, et pourront faire l'objet des mêmes mesures de prévention et de récupération (transport du patient, extubation, décompte des compresses, etc.).

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)	
<p>1 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / N/A</li> </ul>	
<p>2 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (<i>time-out</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ sur le plan anesthésique (acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / N/A</li> </ul>	
<p>3 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement</p> <p>La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / N/A
<p>→ DÉCISION FINALE</p> <p><input type="checkbox"/> GO = OK pour incision</p> <p><input type="checkbox"/> NO GO = Pas d'incision !</p> <p>Si No Go : conséquence sur l'intervention ? <input type="checkbox"/> Retard <input type="checkbox"/> Annulation</p>	

# Les préconisations

La démarche proposée est identique au guide initial relatif aux IT lors de l'administration des médicaments.



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

Agir contre les IT au bloc opératoire nécessite une coopération et une action groupée de tous les acteurs. Cette démarche est à la croisée des chemins entre la gestion de conflit au bloc opératoire, ayant fait l'objet de recommandations réactualisées par la HAS en 2013, et les solutions pour la sécurité patient. La mobilisation de toutes les équipes soignantes, médicales et paramédicales, ainsi que des managers et de l'équipe administrative est essentielle.

L'ensemble des actions proposées doit être centré sur leur acceptabilité et faisabilité au sein de chaque équipe. Un engagement de l'équipe médicale et paramédicale est nécessaire mais non suffisant, avec une dynamique de sécurité patient ayant pour moteur l'administration et l'équipe encadrante (cadre, chef de service).

#### ■ Que pourriez-vous faire ?

##### ➔ Agir sur l'organisation du travail et son environnement

L'objectif est de réduire les IT jugées inutiles par l'équipe et répondre aux IT justifiées. En effet, un certain nombre d'interruptions peuvent avoir un aspect positif (avertir d'une erreur, d'une problématique...). De plus, même les interruptions n'ayant pas de lien avec le patient (interactions sociales par exemple) ne sont pas totalement prohibées, car sources de lien social nécessaire au bon fonctionnement du bloc opératoire.

Il s'agit de :

**décrire la pratique réelle** des activités au bloc opératoire, d'en améliorer l'organisation, notamment en supprimant les étapes n'apportant aucune valeur ajoutée.

Par exemple, lors de l'analyse des résultats de l'audit, des situations récurrentes pourront être détectées : la présence d'étudiants, certains moments de la journée, un secteur chirurgical particulier (orthopédie, obstétrical, etc.) et/ou interventionnel, une zone géographique plus exposée (exemple des postes situés près de l'entrée de la SSPI), des périodes particulièrement propices aux échanges sociaux (retour de vacances, conflit social dans l'établissement).

Il peut aussi s'agir d'une situation organisationnelle (surcharge de programme opératoire, contexte de stress survenant l'après-midi, contexte de formation et d'accueil des étudiants nécessitant un surplus d'attention) ou individuelle (forte personnalité induisant un plus grand nombre IT) :

- évaluer **la culture de sécurité** en place ;
- identifier **les activités à risque** dans ce processus, dont les tâches qui ne devraient pas être interrompues. Le guide propose quatre temps identifiés à risque en cas d'IT, les « quatre temps patients » ;
- s'inspirer du **cockpit stérile**<sup>2</sup> (20) : règles du concept de cockpit stérile développé en aéronautique.

Une attention particulière portée à certaines tâches pour lesquelles la gravité des erreurs peut avoir des conséquences plus importantes que d'autres : il s'agit des « quatre temps patients » décrits dans ce guide (préparation médicamenteuse, identitévigilance/erreur de côté, induction, *time-out* de la *check-list*).

**Steril Cockpit Rule**  
**Toute activité non essentielle**  
**est bannie pendant les phases**  
**critiques d'un vol**

L'expérience d'un bloc opératoire peut se comparer notamment à la règle du cockpit stérile qui interdit, lors des décollages ou atterrissages, de parler, manger ou encore d'écouter de la musique à une altitude inférieure à 10 000 pieds. Ce concept issu des mesures de sécurité aéronautique focalise l'ensemble de l'équipe uniquement sur la sécurité de l'action en cours : il s'agit, comme pendant la *check-list*, d'une règle à appliquer à chaque temps patient, afin de garantir sa sécurité et la qualité des soins au bloc opératoire.

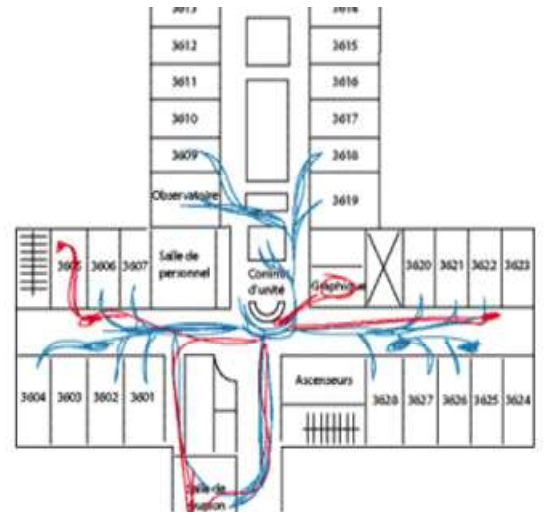
<sup>2</sup> Steril cockpit rule

**Observer les flux** pour mieux prévenir et agir sur la circulation au sein d'une salle de bloc opératoire (13, 38)

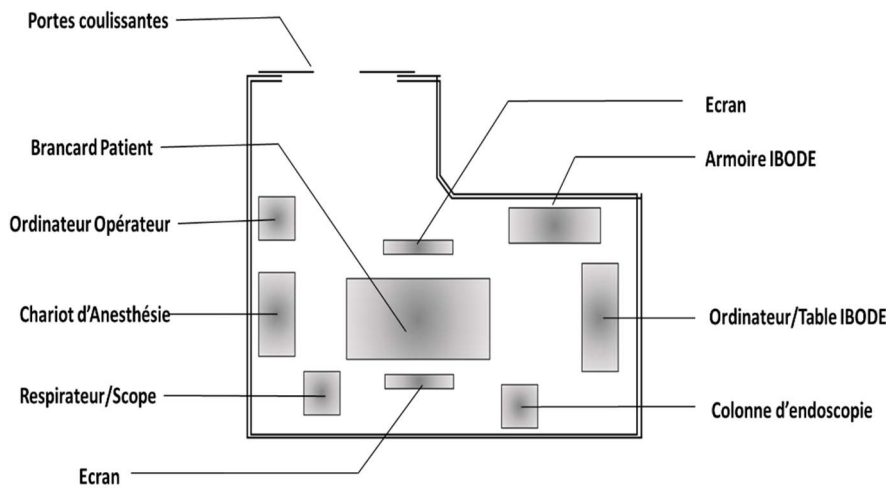
À titre d'exemple, le **diagramme spaghetti** est un outil qui vous donne un aperçu du flux physique des pièces et des individus. Les problématiques liées aux flux peuvent être discutées à l'aide de cette méthode. En traçant sur un plan les différents parcours effectués dans la journée en fonction des catégories (flux de patients, flux de matériel, urgence, etc.), il est possible de repérer des nœuds, et ainsi optimiser par la suite les trajets prévisibles en diminuant les points de convergence, et donc le risque d'interruption.

Ce travail permet également de porter une attention en termes d'ergonomie des salles d'opération et du matériel d'anesthésie, de limiter le va-et-vient du personnel. On peut combiner l'analyse des flux avec l'amélioration de l'ergonomie des salles d'opération et du matériel d'anesthésie (cf. figures 2 et 3 issues d'une salle aux hospices civils de Lyon)

**Figure 1 : diagramme spaghetti (38)**

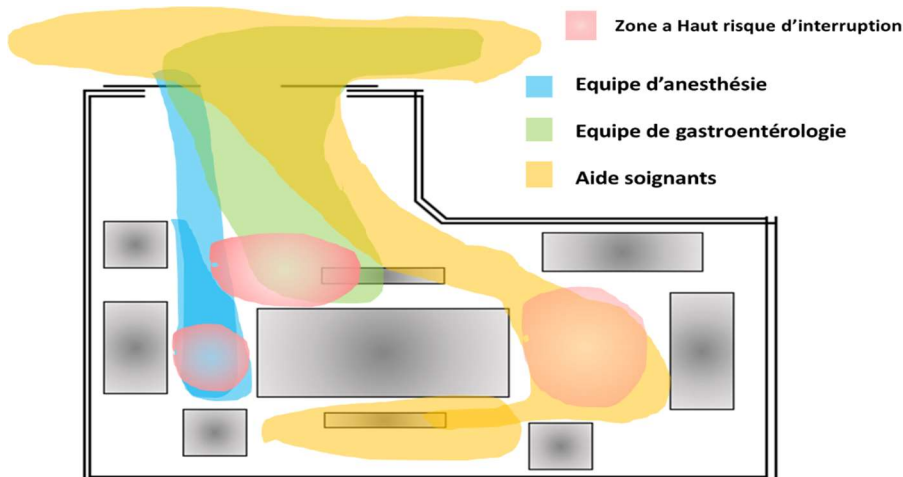


**Figure 2 : plan d'une salle de bloc op**



La figure 2 illustre le plan de la salle de bloc opératoire. Il faudrait y ajouter la position de chaque acteur.

**Figure 3 : exemple d'un flux d'une salle de bloc en gastro**



La figure 3 illustre le mouvement du personnel pendant la phase opératoire. Chaque équipe a son code couleur ; la densité de la couleur indique l'amplitude du mouvement. Les zones en rose indiquent les zones à risque d'IT.

## Gérer les appels

- Une organisation spécifique liée aux appels venant de l'extérieur de la salle d'intervention peut être mise en place, comme par exemple la : définition d'un médecin responsable de l'ensemble des appels entrants, régulant ainsi l'activité du bloc opératoire et la délivrance d'informations à ses collègues en temps opportun ;
- concernant les téléphones portables, l'American College of Surgeons (34) recommande de laisser les téléphones en dehors de la salle d'opération, ou de les placer en mode silencieux s'ils entrent dans la salle.

## Gérer le bruit

Même s'il est impossible de supprimer toutes les sources de bruit pouvant entraîner une interruption, les actions suivantes peuvent être envisagées :

- interdire les conversations et activités non essentielles pendant certaines phases critiques (30, 31), comme le *sterile cockpit* cité plus haut ;
- mesurer les niveaux de bruit pour objectiver la situation ;
- déployer des activités de simulation pour identifier les meilleures solutions en équipe (32, 33) ;
- définir des limites d'alarme appropriées pour le patient afin d'éviter les alarmes inutiles.

## → Agir sur le facteur humain, notamment le travail en équipe

### Améliorer le travail en équipe

- Sensibiliser et éduquer les professionnels qui doivent s'autoriser à refuser de se laisser interrompre : diffuser des supports de sensibilisation, renforcer le partage d'expériences sur cette problématique ;
- s'interroger en équipe sur la notion d'urgence et les tâches à sacraliser ;
- dégager du temps pour favoriser la communication et les échanges :  
**la mise en place d'un briefing** (45) régulier (comme dans l'aéronautique) permet d'anticiper les problèmes, de sacraliser un moment de communication et d'anticiper les moments à risque. L'objectif est de minimiser les IT par la mise en place de barrières de sécurité, anticipant ainsi les problèmes ;
- renforcer la cohésion du travail en équipe, notamment en développant les capacités non techniques (39, 40, 41) dont l'attention à la situation, l'organisation des tâches, la communication, etc.

### Agir sur les comportements et la culture de sécurité du service, notamment à travers des séances de simulation *in situ* (25)

- Les séances de simulation en équipe, avec l'aide d'agents formés à la simulation et au débriefing, permettent d'améliorer la cohésion de groupe et le travail d'équipe. Elles favorisent la prise de conscience de l'équipe et l'investissement de chacun des acteurs dans la résolution des problèmes rencontrés au sein du bloc opératoire.

Ce type d'exercice à réaliser en équipe au bloc opératoire encourage la motivation dans la recherche des causes et solutions liées aux interruptions de tâches. Il renforce les mesures déjà mises en place en les restituant dans leurs contextes. Un scénario est proposé en annexe 6.

- Tirer des enseignements des déclarations d'événements indésirables relatifs aux IT (*cf.* annexe 5) ; par exemple, mener des campagnes de déclarations ciblées sur le sujet.

### Se questionner avant d'interrompre

Lewis *et al.* ont défini dès 2012 une liste de questions que chacun doit se poser avant d'interrompre un soignant, adaptée ici pour le bloc opératoire (22).

- Est-ce urgent ?
- Est-ce que mon interruption est justifiée et pertinente ?
- Si j'interromps, ai-je d'autres requêtes ou demandes à effectuer qui pourraient permettre d'éviter des interruptions ultérieures ?
- Suis-je dans l'un des « quatre temps patients » ?

Suivant les réponses apportées à chacune de ces questions, chacun sera en mesure de déterminer si l'interruption doit être mise en œuvre, ou au contraire différée.

### Aider au repérage du professionnel réalisant une activité qui ne doit pas être interrompue

Le « *Poka-Yoke* » ou détrompeur est une technique employée quotidiennement au bloc opératoire, pour limiter le risque d'erreur comme par exemple les prises murales de gaz médicaux, ou encore les étiquettes avec code couleur pour les différents médicaments utilisés en anesthésie.

Déjà décrit dans la littérature, l'un des principaux est la « *safety vest* », pouvant être porté pendant l'induction du patient ou la préparation médicamenteuse (toute tâche « sacralisée ») (23, 24). Il permet l'identification de l'acte et de la personne par un rappel visuel rappelant l'absence d'IT en cours hors contexte d'urgence.

Des exemples sont rapportés dans le guide édité par la HAS en 2016 (IT liées à l'administration de médicaments).



## 1.4. Récupérer pour agir sur l'interruptions de tâche

Une fois la tâche interrompue, la question se pose de la réaction la plus adaptée à mettre en place face à cette interruption. Les réactions sont multiples et consistent majoritairement à conduire plusieurs tâches (*multitasking*) en même temps. Cette pratique spontanée est inhérente à toute activité professionnelle. Cependant, une prise de conscience par le professionnel d'une situation de *multitasking* est nécessaire, et l'appréciation de la charge mentale subie doit être individuelle et réévaluée à chaque application de *multitasking*.

### Que pourriez-vous faire ?

#### Décider de refuser et/ou de reporter

- Dans certaines situations critiques (induction, préparation de médicaments) où sa charge mentale peut être dépassée, le professionnel doit se sentir en mesure de refuser une IT incompatible avec la sécurité du patient pris en charge (12, 26, 27) ;
- une autre alternative est de différer dans le temps la nouvelle tâche demandée (par exemple, en cas d'appel téléphonique, ne pas répondre immédiatement mais demander de rappeler dans plusieurs minutes, une fois la tâche initiale réalisée et la charge mentale abaissée) ;
- l'une des alternatives est de favoriser la délégation de tâches sans que celle-ci ne soit perçue comme une inaptitude à la tâche en question, ou le souhait de faire faire aux autres son propre travail.

#### Sécuriser la reprise de la tâche initiale

Dans le cas où une tâche est interrompue, puis abandonnée au profit d'une nouvelle, la reprise de la tâche interrompue doit être faite avec précaution. Le professionnel averti pourra se reposer sur des outils déjà mis en place (*check-list*), ou encore reprendre depuis le début les différents temps d'une tâche déjà débutée afin d'éviter toute erreur. L'IT peut intervenir à tout moment, et notamment au cours d'étapes de contrôle ; dès lors que l'activité a été stoppée, une méthode explicite doit être utilisée pour en faciliter la reprise et éviter l'oubli ! Repérer le point précis de son interruption, par exemple à l'aide de liste de contrôle (*check-list*), notamment pour les périodes à risque afin de récupérer un certain nombre d'interruptions.

Les check-lists sont plus fiables que la mémoire ; c'est un excellent moyen contre les oublis (42, 48)



- Par exemple, une **check-list** type d'induction peut être proposée et individualisée à chaque centre. À la fois simple et rapide, elle a pour objectif de cibler que les grands points clés d'une induction ont bien été effectués.

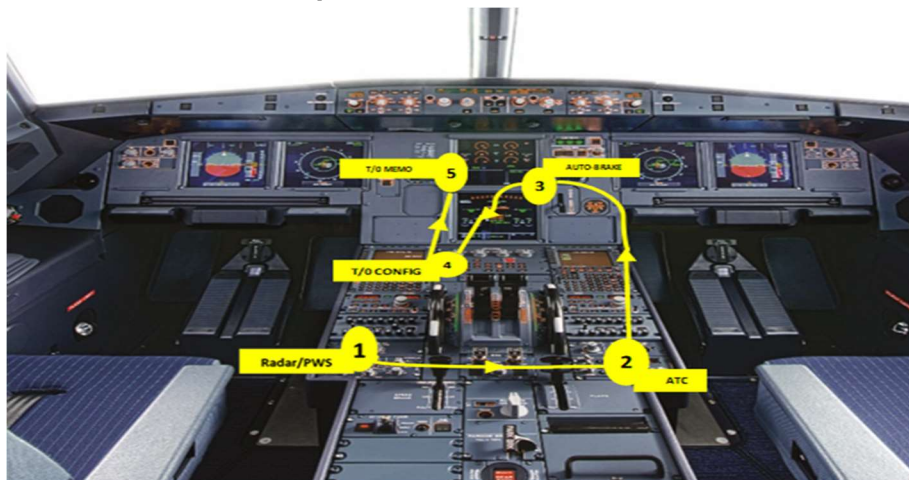
Ainsi, en cas d'IT en cours de déroulement d'une liste de contrôle, le professionnel interrompu observe un temps d'arrêt pour « marquer » l'IT sur la liste de contrôle (**sur la figure présentée, l'étape est entourée en rouge**), par exemple, en l'entourant ; ce qui permettra de récupérer une interruption survenue pendant l'induction. Ce type de *check-list* doit être validé collégialement afin de renforcer la culture de sécurité en équipe, de favoriser et d'améliorer la coordination entre les différents acteurs en cours d'intervention (43, 44).

#### Checklist induction

- Vérification de l'accès aux voies aériennes correct
- Absence d'anomalie sur les constantes vitales (FC, SpO2, CO2, PA)
- Accès veineux fonctionnels et suffisants en qualité et nombre
- Entretien de l'anesthésie assuré (intraveineuse ou inhalée) quantité (MAC, Cible AIVOC) et qualité (hypnotique, morphinique, curare, etc.)

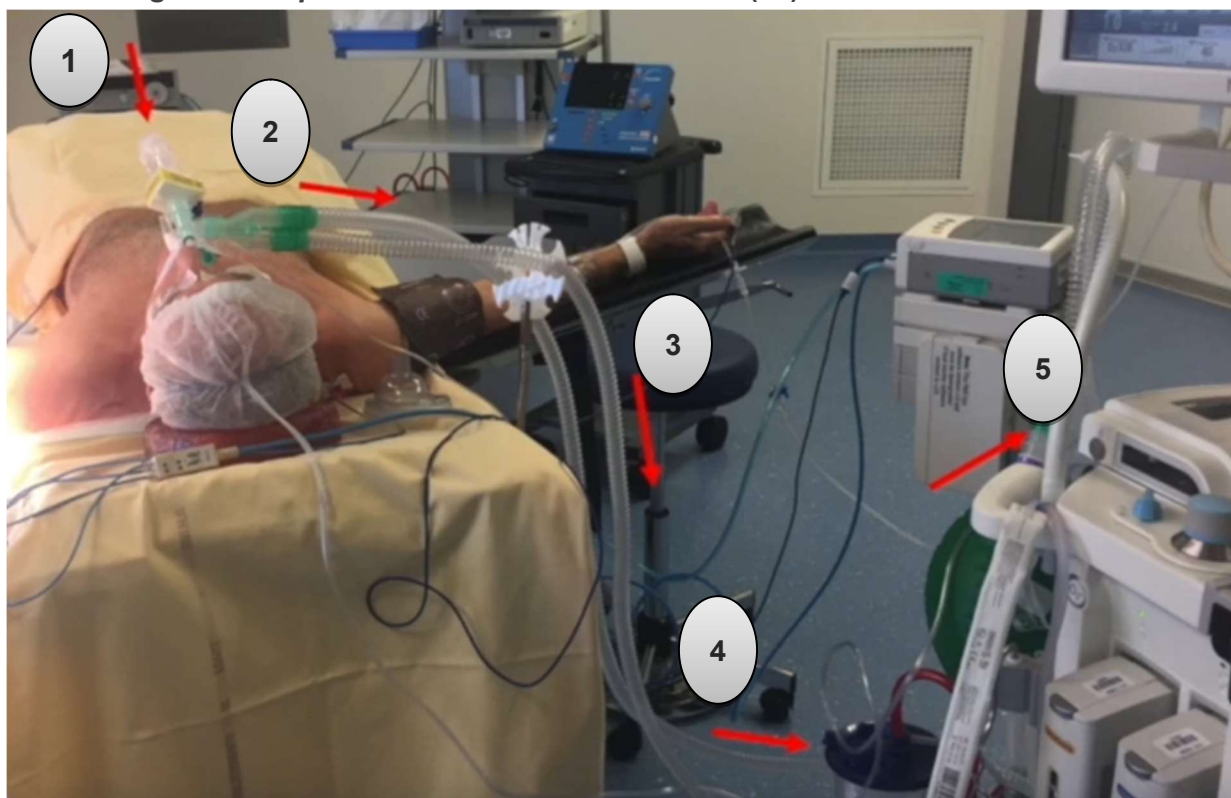
- Une autre méthode, issue de l'aéronautique, consiste pour certaines tâches en anesthésie à réaliser une **check-list chronologique** (48) qui contrairement à la précédente, suit un **circuit prédéfini systématique, ce qui permet de ne rien oublier et de reprendre la tâche**. Pour illustrer cette proposition, l'image ci-dessous montre la méthode utilisée dans un cockpit.

Figure 2 circuit prédéfini, *Captain 2 - les enfants du facteur* (49)



L'image suivante (cf. figure 3) illustre son application au bloc ; celui-ci décrit un circuit permettant de vérifier les connectiques, l'absence de fuites partant du patient et remontant le long des tuyaux pour terminer sur les réglages du respirateur.

Figure 3 : *Captain 2* – Les enfants du facteur (49)



- En cas d'absence d'une *check-list* ou autre mémo, le **professionnel interrompu** (ou qui s'est interrompu) doit rétablir la conscience de la situation comme suit :

**Identifier** : Qu'est-ce que je faisais ?

**Demander à l'interrupteur** : où étais-je interrompu ?

**Décider/agir** : quelle décision/action je prends pour reprendre en toute sécurité ? En cas de doute, je reprends mon activité initiale depuis le début.

**En équipe**, la démarche est la même, on peut demander à l'équipe « où nous sommes-nous arrêtés ? » et « où recommençons-nous ? » ; ces quelques questions (34) simples permettent un recentrage sur le patient et la tâche en cours.

**Pour celui qui interrompt**, une fois que la décision d'interrompre est prise, il faudra s'assurer de diminuer les conséquences négatives de l'IT. Ainsi, les différentes phases d'une IT pourront être déclinées comme il suit :

**Observation** : regarde la tâche que l'autre est en train de réaliser.

**Question** : lui demander s'il est possible de l'interrompre (ex : « Es-tu disponible pour... ? »).

**L'interruption de tâche a lieu** (ex : demande de renseignement).

**Rappel** : clôturer l'échange en rappelant à l'autre ce qu'il était en train de faire.

## 1.5. Focus sur l'Interruption de tâche en salle de surveillance post-interventionnelle

L'ensemble des préconisations énoncées dans ce guide sont à reprendre pour la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Plus que l'implication du personnel de la SSPI lors de toutes les étapes précédentes, l'ensemble du processus d'audit lié à la salle de bloc opératoire doit être mené concomitamment aussi en SSPI.



### → Temps patients SSPI

En SSPI, si ces « quatre temps patients » peuvent aussi être proposés, ils seront adaptables au sein de chaque centre en fonction de leurs organisations. En effet, la variabilité inter-centre est grande concernant les organisations des SSPI.

#### - Transmission

La transmission des informations au sujet du patient et du déroulé de l'intervention est un moment crucial dans la bonne prise en charge du patient après l'opération. Cette période a été reconnue comme propice au *multitasking* et à la perte d'information (28).

#### - Préparation médicamenteuse

Tout comme en salle d'intervention et dans les services de médecine conventionnelle, la préparation médicamenteuse est particulièrement à risque. Ce risque est d'autant plus grand que les médicaments de SSPI sont à risque d'effets indésirables graves (dépression respiratoire, hypotension...) et que le nombre de patients est important (29).

#### - Réveil

Le réveil des patients est majoritairement effectué en salle de soin post-interventionnelle. Cependant, le réveil peut aussi se faire en salle d'intervention. Dans tous les cas, le recueil des critères d'extubation associé au contrôle d'un patient agité ne tolère aucune IT pendant cette période à haut risque.

#### - Sortie de patient

La sortie du patient en service est souvent protocolisée. En utilisant des scores adaptés (score Aldrete), les infirmiers de SSPI valident (ou non) que l'état de santé du patient est compatible avec son retour dans le service.

### → Audit et analyse

Les outils développés pour l'audit des IT au sein des blocs opératoires sont déclinés pour les audits spécifiques de SSPI.

Si la réalisation pratique de l'audit ne varie que peu, une analyse plus attentive des facteurs organisationnels doit être portée. Les pics de fréquence des IT surviennent habituellement lors des horaires où les infirmiers sont en sous-effectif, ou lors des gros flux de patients. De même une attention particulière doit être portée sur l'architecture et l'ergonomie de la SSPI, elle influence la fréquence des IT au sein de certaines zones.

### → Mesures correctives

La plupart des mesures correctives proposées pour la salle d'opération peuvent être déclinées pour la SSPI. Comme énoncé ci-dessus, l'ensemble des mesures proposées doivent être discutées lors des séances de briefing et de la restitution de l'audit. Une évaluation de ces mesures, tant en termes de faisabilité, d'acceptation par les équipes, que d'impact sur les IT et sur la réduction de la morbi-mortalité doit être réalisée.

Il a aussi été documenté avec succès l'utilisation de marquage au sol délimitant des *no interruption zone*, dans des lieux spécifiques. Les zones à délimiter seront à déterminer avec l'ensemble du groupe et pourront concerner la zone d'anesthésie, l'accueil du patient, la salle de préparation des médicaments, etc. En effet, en SSPI, la préparation de médicaments à risque (PCEA, titration morphinique, sédation...) doit se faire dans une zone délimitée.

# Conclusion

Les interruptions de tâche sont un phénomène fréquent et ubiquitaire.

Les interruptions de tâche sont source d'erreur. Elles accentuent le risque de dégradation de la sécurité du patient.

Agir contre les interruptions de tâche commence par une prise de conscience individuelle et collective. Celle-ci s'intègre dans un contexte plus général d'amélioration de la culture sécurité des équipes.

Il faut agir à la fois sur les situations de travail et sur les comportements.

La réalisation d'un audit permet non seulement de faire un état des lieux de la situation, mais également de commencer à la corriger.

La SFAR/CFAR, en partenariat avec la HAS, met à disposition des centres désireux de s'engager dans cette culture de sécurité, des outils. Ceux-ci permettront notamment de faciliter la réalisation d'un audit sur les interruptions de tâche.

La restitution se fait impérativement auprès de l'équipe (l'ensemble des acteurs du bloc opératoire et pas uniquement l'équipe d'anesthésie).

Il faut associer l'ensemble des professionnels à l'élaboration des règles afin de créer une vigilance partagée et un cadre partagé connus de l'ensemble des professionnels.

Bien que ce travail mette l'accent sur les interruptions du point de vue de l'anesthésie, il est évident que nos propres activités et comportements peuvent également déranger les autres professionnels. Aussi, après avoir réalisé l'état des lieux des IT, la restitution des résultats ainsi que les solutions devront être partagées et travaillées avec les autres acteurs du bloc afin d'encourager une vision partagée des situations à risque pour chacun.

# Table des annexes

---

Annexe 1.	L'audit	20
Annexe 2.	Modèle de grille d'observation au bloc opératoire	24
Annexe 3.	Modèle de grille d'observation en SSPI	26
Annexe 4.	Modèle fiche de débriefing	29
Annexe 5.	Analyse de situation type ALARM en anesthésie-réanimation	30
Annexe 6.	Scénario de simulation	35

## Annexe 1. L'audit

### Préalable

La grille d'audit est fournie à titre indicatif. Une réflexion globale concernant l'organisation et les facteurs humains propres à l'équipe devra moduler cette grille afin de mieux correspondre aux particularités du service.

Elle permettra surtout une prise de conscience par les professionnels du bloc opératoire de la fréquence, de la normalisation et de l'acceptation des IT qui représentent en fait des situations à haut risque pour les patients.

Comprendre l'IT, c'est analyser et prendre en compte les facteurs humains et les facteurs organisationnels.

#### → Facteurs organisationnels

- Effectifs, horaires de travail
- Équipements
- Ergonomie du bloc opératoire : salles de préparation de médicaments, éclairage, bruit, utilisation des téléphones, etc.
- Organisation de la régulation au bloc opératoire : chirurgien ? Médecin anesthésiste ? Infirmier ? Régulateur dédié ? Lors de l'observation, situation habituelle ou pas ?

#### → Facteurs humains

- Culture de sécurité des soins
- Travail en équipe, communication
- Stress, confiance
- Réaction face aux IT



**La réalisation de l'audit est une des étapes pour permettre de rendre compte d'une situation souvent banalisée, puis un débriefing en équipe est essentiel afin d'approfondir de manière qualitative l'observation réalisée.**

La construction et l'appropriation de l'audit seront effectuées en plusieurs parties. La planification de réunions préliminaires pluriprofessionnelles permettra tout d'abord d'adapter la grille d'audit aux particularités locale. Elles devront aussi permettre de réaliser des choix concernant les modalités de mise en pratique de cet audit.

### Objectifs de l'audit

- Sensibiliser les professionnels ;
- identifier les IT autour des activités d'anesthésie ;
- faire identifier par les équipes les solutions.

### Les outils



Grille d'observation



Fiche de débriefing en équipe

### Champ(s) d'application

- Les supports proposés portent uniquement sur les activités anesthésiques au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle ;
- quel que soit le type de bloc ;
- cibles observées : IADE, infirmiers de SSPI, médecins anesthésistes ;
- rappel des items de la grille (identique à la première version) :
  - les étapes en cours au moment de l'IT,
  - l'heure de l'IT,
  - le type de tâche interrompue,

- le lieu de l'IT,
- l'auteur de l'IT,
- le motif de l'IT,
- la réaction face à l'IT,
- la suite en cas de suspension de la tâche,
- la durée de l'IT.

Elle se consacre à décrypter les circonstances de l'IT, à caractériser les causes, ainsi que les effets de celles-ci.

### 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 restitution élargie aux autres membres du bloc opératoire.

### Déroulement

#### 1. Préalable

- Choix du secteur (bloc orthopédique, bloc chirurgie cardiaque, etc.) ;
- choix des auditeurs
  - disponibles,
  - étudiants IADE, en cursus recherche, pour un mémoire, ARC, IADE, IBODE,
  - formés à l'audit.



Il n'est pas conseillé que l'observateur ait une autorité hiérarchique sur l'observé. L'objectif est la bienveillance et la recherche d'observations fiables, d'un phénomène ubiquitaire et devant être prévenu, sans culpabilisation ni stigmatisation.

L'autorisation de l'observé doit systématiquement être obtenue, et la discrétion de l'observateur être irréprochable. Aucune intervention dans le travail de l'observé ne doit survenir.

- Organiser l'information auprès des équipes qui vont être observées ;
- planifier l'observation (date, horaire, observateur).

- **Prévoir la méthode de recueil (informatique/papier)**



Une question de choix, la méthode de recueil informatique devant être privilégiée si les moyens techniques sont disponibles (ordinateur portable).

En cas de choix de la méthode papier, la quantité de feuilles de recueil doit être prévue en amont (dix feuilles par heure d'observation), et en cas d'interruptions courtes répétées, le recueil d'informations papier devra être retranscrit sur le fichier Excel. Pour la méthode informatique, un document Excel est fourni en annexe dans les outils d'audit, pouvant être adapté et donnant les résultats finaux sous forme de graphiques directement implantables dans des diaporamas. Un temps d'appropriation de la grille doit être prévu initialement.

- **Prévoir la durée de recueil de données**

La durée du recueil dépend du processus examiné ; il faut adapter la plage d'observation à l'organisation en place (un jour, une semaine, sessions continues, discontinues, etc.).

La vraie question est le processus observé et l'organisation en place pour une observation pertinente.



Une attention particulière doit être portée à la représentativité des observations et on doit s'assurer que la totalité des plages horaires et organisationnelles sont couvertes (midi, période de début et de fin de journée...).

- Informer les instances concernées.

## 2. Réaliser l'observation (cf. [annexe 2 grille d'observation](#) pour le bloc et [annexe 3 SSPI et guide pour l'observateur](#))

- Suivre « UN » professionnel à la fois.
- Il est essentiel d'avoir une photographie du lieu, de l'organisation le jour de l'observation : le jour de l'observation, réaliser une photo de la salle de bloc et/ou de la salle post-interventionnelle et des lieux.
- Saisir les observations sur la fiche d'observation ou directement sur le fichier Excel.

## 3. Exploitation des données

- Reprendre les données de l'audit qui informent sur :
  - o le moment de l'interruption ;
  - o l'auteur de l'interruption ;
  - o le motif ;
  - o le lieu.



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.

Ces données recueillies pourront être analysées de façon descriptive. L'outil fourni en annexe permet d'obtenir en temps réel une représentation des données recueillies, sous forme de tableaux et graphiques. Par la suite, une analyse critique de ces résultats devra être menée de façon collaborative et pluridisciplinaire.

- Décrire le processus concerné

C'est une étape essentielle qui va permettre d'améliorer le processus en approfondissant certaines questions, telles que :

- o la réalisation du processus : identifier les étapes inutiles, optimiser l'organisation ;
- o les étapes critiques de celui-ci : certaines étapes et activités sont-elles particulièrement à risques ? ;
- o la communication : quels sont nos temps de communication (échanges, transmissions, etc.) ; comment on s'alerte en cas de problème ? etc. ;
- o l'ambiance, le climat : l'équipe est-elle stable, chacun sait ce qu'il doit faire, etc. ?



Une attention particulière devra être portée au moment et à la localisation des IT. De plus, une fréquence importante des IT lors de certaines actions sensibles (préparation médicamenteuse, geste technique, mise à jour du dossier patient...) permettra de mettre en avant la criticité de certaines tâches ne devant pas être interrompues.

#### 4. Débriefing avec l'équipe observée (cf. Annexe 4 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 maximum d'1 heure, de préférence animé par l'observateur avec un engagement au respect de la confidentialité.

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

#### 5. Restitution des résultats

- Prévoir une restitution des résultats à la direction et à l'ensemble des équipes (mêmes 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.



**Une équipe = Un ensemble de solutions**

Seule une prise de conscience globale sur la fréquence des IT, leur banalisation et leurs conséquences potentielles peut permettre de les diminuer, au moins concernant les IT non essentielles.

La communication des résultats de l'audit à l'ensemble des acteurs du bloc est le premier pas vers cette prise de conscience collective et sera le moteur d'une implication collégiale ou des différents acteurs.

La prise de connaissance des résultats par l'équipe lui permettra de s'impliquer dans les mesures de correction et des modifications à effectuer, qu'elles soient organisationnelles ou comportementales.

La participation de chaque acteur est nécessaire, sans orientation des débats. L'engagement est indispensable et les solutions adaptées à chaque équipe viendront des équipes elles-mêmes. Lors de la restitution, les discussions doivent cibler les questions pour extraire des solutions simples et factuelles. Il s'agit de créer un véritable espace de résolution de problème où chacun aura sa place.



**Retenir que les actions d'amélioration porteront sur :**

- l'amélioration du processus ;
- l'organisation du travail ;
- l'identification des IT justifiées ;
- les tâches « sacrées » ;
- les barrières de prévention, de récupération et d'atténuation.

## Annexe 2. Modèle de grille d'observation au bloc opératoire

Grille d'observation des interruptions de tâche salle de bloc (IT)

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

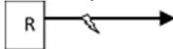



Nom de l'observateur (2) : / \_\_\_\_\_ /

Journée du

Bloc

Horaire

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

Heure de l'IT	Étape en cours	Tâche interrompue	Où	Comment	Origine de l'IT	Motif	Réaction	Tâche initiale reprise	Durée de l'interruption
XX h XX	1. Ouverture de salle 2. Accueil patient 3. Induction 4. Installation 5. Installation chirurgicale 6. Traçabilité informatique de l'acte 7. Surveillance soin peropératoire 8. Fin acte chirurgicale 9. Transfert SSPI 10. Relève paramédicale 11. Réarmement salle BO + <i>check-list</i>	1. Préparation des injectables 2. Mise en sécurité du site (scope, respi, aspi) 3. Prise de connaissance de la CPA 4. Geste technique 5. Traçabilité informatique 6. Identito 7. Autre, précisez	1. Salle de bloc opératoire 2. Couloir 3. Réserve 4. Salle de réveil 5. Autre, précisez	1. Téléphone 2. Physique 3. Alarme 4. Nuisance sonore Bruit ambiant (dont les discussions) 5. Autre, précisez	1. Un tiers professionnel de santé Faire liste déroulante : ASD, IADE, chirurgien, MAR, IDE SSPI, IBODE, manip radio, etc. 2. Un tiers non professionnel de santé 3. Soi-même 4. Autre, précisez (ex étudiant)	1. Apport d'information 2. Recherche d'information 3. Demande de l'aide 4. Logistique (problème de matériel, médicament manquant, etc.) 5. Oubli 6. Discussion personnelle 7. Autre, précisez	1. Suspend l'action en cours et traite la nouvelle demande (ex : se déplace, répond) 2. Suspend l'action et délègue la nouvelle tâche 3. Poursuit l'action en cours en écoutant 4. Autre, précisez	Si réponse suspend dans la colonne précédente, alors répondre : a) reprise au début après l'IT  b) reprise au moment de l'interruption  c) reprise avec délai après l'IT  d) pas de reprise de la tâche (oubli) 	1. Inf à 1 min 2. 1 à 5 min 3. Entre 5 et 10 min 4. Sup à 10 min

Remarques éventuelles au cours de l'observation :



## Onglet descriptif

Étape préparatoire avant l'audit au bloc opératoire		
Communication à prévoir (Instances, équipes, etc.)		
Le jour de l'enquête		
Nombre de salles du bloc ouvertes		
Nombre de salles occupées		
Nombre de personnels présents au moment de l'audit dans le bloc (toutes catégories confondues). Répondre par un chiffre global		
Nombre de personnels présents dans la salle de bloc où se déroule l'audit		
Sur la plage horaire observée : nombre d'interventions prévues		
Spécialité de la salle où se déroule l'audit	Obstétrique <input type="checkbox"/> orthopédique <input type="checkbox"/> chir cardiaque <input type="checkbox"/> etc.	
Nombre de personnels présents au moment de l'audit (toutes catégories confondues). Répondre par un chiffre global		
Descriptif des locaux (plan du bloc, ergonomie de la salle, accès à la salle, etc.). Photo	Préciser quelle salle (sa localisation pourrait avoir un impact) Photo du service de bloc pour avoir une vision globale et photo de la salle Analyse des flux	
Organisation prédéfinie sur ce sujet	<b>PRÉVUE</b>	<b>OBSERVÉE</b>
Si oui, quelles barrières ont été mises en place : ex. affiche, badge, gilet, espace de travail, accès sécurisés des locaux, gestion des appels téléphoniques, etc.)		
Gestion particulière relative aux sollicitations directes		
Gestion particulière pour répondre aux questions des patients/de l'entourage		

### Annexe 3. Modèle de grille d'observation en SSPI


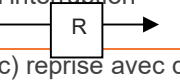


#### Grille d'observation des interruptions de tâche (IT) en SSPI

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

Journée du \_\_\_\_\_ SSPI

Horaire \_\_\_\_\_

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

Heure de l'IT	Etape en cours	Tâche interrompue	Où	Comment	Origine de l'IT	Motif	Réaction	Tâche initiale reprise	Durée de l'interruption
XX h XX	1. Accueil du patient 2. Installation du patient 3. Préparation d'un soin et/ou d'un médicament 4. Surveillance du patient 5. Relève paramédicale 6. Relevé des prescriptions 7. Traçabilité dans le dossier informatique 8. Soins infirmiers 9. Autre	1. Préparation des injectables 2. Mise en sécurité du site (scope, respi, aspi) 3. Prise de connaissance du dossier 4. Geste technique 5. Traçabilité informatique 6. Identito 7. Autre, précisez	1. SSPI 2. Couloir 3. Réserve 4. Salle de préparation de médicaments 5. Autre	1. Téléphone 2. Physique 3. Alarme 4. Nuisance sonore Bruit ambiant (dont les discussions) 5. Autre, précisez	1. Un tiers professionnel de santé Faire liste déroulante : ASD, IADE, chirurgien, MAR, IDE SSPI, IBODE, manip radio, etc. 2. Un tiers non professionnel de santé, dont le patient 3. Soi-même 4. Autre, précisez (ex étudiant)	1. Apport d'information 2. Recherche d'information 3. Demande de l'aide 4. Logistique (problème de matériel, médicament manquant, etc.) 5. Oubli 6. Discussion personnelle 7. Autre, précisez	1. Suspend l'action en cours et traite la nouvelle demande (ex : se déplace, répond) 2. Suspend l'action et délègue la nouvelle tâche 3. Poursuit l'action en cours en écoutant 4. Autre, précisez	Si réponse suspend dans la colonne précédente, alors répondre : a) reprise au début après l'IT  b) reprise au moment de l'interruption  c) reprise avec délai après l'IT  d) pas de reprise de la tâche (oubli) 	1. Inf. à 1 min 2. 1 à 5 min 3. Entre 5 et 10 min 4. Sup à 10 min

## Onglet descriptif

Étape préparatoire avant l'audit en SSPI		
Communication à prévoir (instances, équipes, etc.)	Date(s)	
Le jour de l'enquête		
Nombre de places en SSPI dispo		
Nombre de places en SSI occupés		
Nombre de personnels présents au moment de l'audit (toutes catégories confondues). Répondre par un chiffre global		
Nombre de personnels présents dans la SSPI où se déroule l'audit		
Sur la plage horaire observée : nombre d'interventions prévues		
Nombre de personnels présents au moment de l'audit (toutes catégories confondues). Répondre par un chiffre global		
Spécialité de la SSPI où se déroule l'audit (interventionnelle, ambulatoire, mixte, etc.)		
Descriptif des locaux (plan de SSPI, ergonomie de la salle, accès à la salle, etc.) : Photo	Préciser quelle salle (sa localisation pourrait avoir un impact) Photo du service de bloc pour avoir une vision globale et photo de la salle Analyse des flux	
Organisation prédéfinie sur ce sujet	PRÉVUE	OBSERVÉE
Si oui, quelles barrières ont été mises en place : ex. affiche, badge, gilet, espace de travail, accès sécurisés des locaux, gestion des appels téléphoniques, etc.)		
Gestion particulière relative aux sollicitations directes		
Gestion particulière pour répondre aux questions des patients/de l'entourage		

## GUIDE DE L'OBSERVATEUR

<b>Pourquoi</b>	Prise de conscience du nombre d'interruptions et de leur impact réel ou potentiel sur la sécurité. Permettre une prise de conscience et identifier les sources et motifs des interruptions, puis mettre en place des mesures d'amélioration.
<b>Qui (en binôme si possible)</b>	Personne détachée pour toute la durée de l'observation, qui connaît l'activité et a pris connaissance du fonctionnement du service. De préférence d'un autre service que celui où le professionnel exerce. 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 minimum concerne les professionnels qui ont accepté d'être observés.
<b>Quoi</b>	Observation des IADES, des médecins anesthésistes, des infirmières de la salle de réveil. Observation des interruptions en fonction du périmètre choisi qui peut être ciblé (préparation de la salle d'opération, préparation médicamenteuse, induction, etc.). <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"><b>Les activités anesthésiques</b></div>
<b>Où</b>	En salle de bloc et/ou SSPI.
<b>Quand</b>	Un jour donné permettant d'observer les étapes envisagées ; si nécessaire, réaliser l'observation en plusieurs temps, tenant compte des plages horaires du fonctionnement du bloc.
<b>Comment</b>	Sur la fiche d'observation, remplir la grille en s'aidant du descriptif ci-dessous : l'observation est centrée sur une activité et non sur une personne. <b>Pour faciliter l'exploitation de vos observations, remplir une fiche/par salle/par période d'observation.</b>

## Annexe 4. Modèle fiche de débriefing

### → Objectif(s)

- 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.

### → Déroulement du débriefing

- Introduction (rappel des objectifs du projet et du déroulement) :
  - nombre total d'interruption ;
  - moment d'interruptions ;
  - par qui (donnez les trois premiers acteurs par ordre croissant).
- Quelques questions pour animer les échanges vous sont proposées :
  - comment avez-vous vécu cette observation ?
  - avez-vous eu le sentiment d'avoir modifié votre comportement ?
  - avez-vous eu le sentiment d'avoir été interrompu ?
  - si oui, est-ce que c'est normal ? les IT étaient-elles justifiées ?
  - cela nuit-il à votre perception du travail bien fait ?
  - vous-même, avez-vous l'impression d'interrompre vos collègues ?
  - croyez-vous qu'il y ait un moment dans le processus d'anesthésie qui soit plus à risque ?
  - croyez-vous que l'IT soit préjudiciable à la sécurité du patient ?
  - quelles sont et seraient vos stratégies pour éviter d'être interrompu ?

### → Post débriefing

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

## Annexe 5. Analyse de situation type ALARM en anesthésie-réanimation

### Situation n°1

Dans un bloc de chirurgie, Laure (IADE) réalise la *check-list* d'ouverture de salle et commence à préparer les plateaux d'anesthésie de la matinée. Son nouveau collègue vient la chercher car le respirateur de la salle voisine présente des fuites lors des tests. Elle pose immédiatement la seringue qu'elle est en train de remplir et part le rejoindre. Après avoir trouvé l'origine de la fuite, et rassuré son collègue, elle revient dans sa salle. L'équipe chirurgicale et l'anesthésiste sont présents. Ils montrent des signes d'impatience. Elle est de nouveau interpellée par la cadre qui lui demande de confirmer son absence pour le planning de la semaine prochaine. En attendant, Serge, le médecin anesthésiste-réanimateur, a terminé la préparation du plateau de médicaments d'anesthésie qu'elle avait commencé à préparer.

Serge et Laure réalisent l'induction anesthésique du premier patient opéré d'une colectomie gauche par voie laparoscopique. Le patient était difficile à piquer, et après deux échecs, un cathéter périphérique est posé. Juste à côté, Élodie et Jérôme, (IBODEs), préparent dans la hâte le matériel requis pour l'intervention. Les bruits liés à l'ouverture des sacs stériles perturbent Laure, mais elle ne dit rien avant que le patient ne dorme. Une fois le patient endormi, Laure fait remarquer à ses collègues que « comme d'habitude ils font un vacarme assourdissant et nuisent à la bonne qualité de l'endormissement des patients ». Élodie et Jérôme s'excusent, mais Laure reste focalisée sur ce problème. Elle prend mécaniquement sur sa table d'anesthésie un masque laryngé et le place chez le patient. Le téléphone (DECT) de Serge (médecin anesthésiste-réanimateur) sonne, en même temps qu'il répond il règle les paramètres du respirateur, demande à Laure si tout va bien, puis part induire dans la salle contiguë où on l'appelle. Ce n'est qu'au moment de la pose des champs opératoires que Laure se rend compte que, contrairement au patient suivant, ce patient nécessitait d'être intubé pour cette intervention. Elle appelle Serge sur son DECT et lui fait part de son erreur. Ce dernier revient rapidement dans la salle et, avec Laure, ils intubent le patient qui sera opéré sans problème.

### ■ Analyse ALARM (51)

#### Facteurs liés au patient :

- patient difficile à perfuser : générant du stress.

#### Facteurs liés aux tâches à accomplir :

- problème de planification des activités : pas de répartition temporelle des tâches liées à l'ouverture des boîtes et à l'induction ;
- non-respect du protocole de préparation des médicaments ;
- définition des tâches imprécises ;
- IT.

#### Facteurs liés au soignant :

- facteur de stress psychologique lié au bruit ambiant et à l'impatience des professionnels présents au bloc opératoire, ainsi qu'à la charge mentale due aux multiples IT.

#### Facteurs liés à l'équipe :

- défaut de communication entre professionnels ;
- planification des tâches non adaptée au moment de l'induction ;
- défaut d'accueil, de formation et d'encadrement des nouveaux professionnels : nouvel IADE non formé à la maintenance du respirateur.
- 

#### Facteurs liés à l'environnement de travail :

- locaux aménagés pour induction dans une salle séparée ;

- défaut de maintenance des respirateurs ;
- retard conduisant à une précipitation dans la réalisation de certaines tâches.

### Facteurs liés à l'organisation et au management :

- culture de sécurité insuffisante : signes d'impatience, IT, mauvaise conscience du risque, etc. ;
- défaut d'encadrement des nouveaux arrivants ;
- absence de réflexion sur la gestion des IT dans l'équipe (gestion des IT inévitables et gestion des IT évitables).

## Situation n°2

Ce jeudi à 8 heures, un enfant de 8 ans est programmé au bloc opératoire de chirurgie générale pour une ablation de matériel à la cheville droite. L'interrogatoire préopératoire est fait par Rachel IBODE, circulante, en présence de l'étudiant en médecine en salle de pré-induction, elle confirme le côté droit avec le patient et ses parents.

Puis après avoir fait le transfert du patient en salle d'intervention, Marc, IADE, réalise l'induction de l'anesthésie avec le médecin anesthésiste-réanimateur avec qui il a l'habitude de travailler. Puis, le médecin part dans une autre salle pour effectuer une anesthésie locorégionale pour le patient suivant. Pendant ce temps, alors que Rachel s'apprête à commencer à installer l'enfant, sa collègue lui demande d'aller chercher la boîte d'instruments dans l'arsenal à proximité immédiate. Rachel accepte, et sa collègue qui est habillée et qui prépare les instruments, lui explique où la trouver. Rachel revient avec la boîte, elle repère la cicatrice présente sur la jambe gauche de l'enfant et commence l'asepsie. Sa collègue qui est habillée en stérile prend alors les champs stériles et les applique sur le site opératoire sur lequel l'asepsie a été faite, les champs opératoires ont ainsi été posés sur la cheville gauche.

Le médecin anesthésiste-réanimateur revient en salle. Marc, IADE, en présence du chirurgien et de l'anesthésiste, commence à faire la phase 2 de la *check-list*, mais l'enfant fait une hypotension peropératoire qui motive l'administration de vasopresseur pour rétablir une hémodynamique correcte. La *check-list* est abrégée car l'équipe d'anesthésie est préoccupée par cette hypotension artérielle. L'étudiant en médecine est interpellé par l'installation du patient qui lui semble bizarre pour une intervention à droite mais il n'ose pas poser de questions. Personne d'autre ne remarque l'erreur de côté, chacun étant concentré dans son activité. L'incision est effectuée par le chirurgien. Ne retrouvant pas le matériel, il se rend compte de l'erreur, change de côté pour opérer le pied droit.

### ■ Analyse ALARM

#### Facteurs liés au patient :

- enfant ;
- hypotension motivant une action thérapeutique ;
- patient ayant eu antérieurement une intervention sur la cheville gauche.

#### Facteurs liés aux tâches à accomplir :

- nécessité d'effectuer la *check-list* et simultanément d'administrer un médicament : *multi-tasking* ;
- *check-list* non réalisée avec échanges croisés d'informations ;
- installation du patient sans vérification du côté à opérer ;
- défaut de planification : Rachel est obligée d'aller chercher la boîte d'instruments au moment de l'installation du patient ;
- IT.

### Facteurs liés au soignant :

- Oubli de poursuivre la *check-list* suite à la correction d'une hypotension, la pédiatrie pouvant être un contexte de stress surajouté ;
- Stress de l'IBODE, Rachel devant aller chercher la boîte sans être formée.

### Facteurs liés à l'équipe :

- défaut de communication entre les professionnels ;
- difficulté d'expression des désaccords ou des préoccupations ;
- *check-list* non utilisée comme véritable barrière : phase 1 réalisée par un seul professionnel sans croisement d'informations, phase 2 non réalisée, absence de véritable *time-out* avec arrêt total des activités et sans écoute active de tous ;
- pratique du marquage du côté à opérer non utilisée.

### Facteurs liés à l'environnement de travail :

- locaux : déplacement de l'anesthésiste d'une salle à l'autre.

### Facteurs liés à l'organisation et au management :

- répartition des tâches mal définie (Rachel doit aller chercher la boîte au dernier moment) ;
- culture de sécurité insuffisante : personne ne réagit à l'absence de finalisation de la *check-list*, l'étudiant en médecine n'a pas osé intervenir ;
- accueil et encadrement des juniors mal définis ;
- absence de réflexion sur la gestion des IT (gestion des IT inévitables et gestion des IT évitables).

### Conclusion et synthèse

L'analyse systémique de ces deux situations met en évidence que les IT sont un des facteurs contributifs de la survenue d'événements indésirables. En effet, « l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine 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 ». Et même les IT de courtes durées peuvent avoir des conséquences néfastes.

Il est donc important de ne pas banaliser ces IT et de réfléchir en équipe pluriprofessionnelle pour proposer des actions d'amélioration sur ce thème.

Pour définir des actions pertinentes, il est important de distinguer les IT évitables de celles qui sont inévitables car les actions à mener seront totalement différentes.

**IT évitables** : on pourra conduire une action de sensibilisation sur les risques des IT et réfléchir collectivement en équipe (avec les différents métiers médicaux et paramédicaux) à la meilleure façon de supprimer les IT évitables (exemple : que chacun ait le réflexe de se poser systématiquement les questions suivantes : *est-ce urgent ? Est-ce que mon interruption est indispensable et pertinente pour le patient ? Est-ce que la personne que j'interromps fait une activité « sacralisée »* etc. afin que chacun soit sensibilisé par le fait qu'il puisse différer des demandes et donc supprimer certaines IT).

En fonction du contexte et de l'organisation, on pourra rechercher des solutions personnalisées pour éliminer les IT évitables, par exemple :

- dans le cas de l'interruption de tâches provoquée par le (a) cadre qui questionne l'IBODE sur le planning de la semaine à venir : on peut proposer de lister les questions non urgentes, pour les poser ultérieurement en dehors des activités à risques ;
- dans le cas du bruit provoqué par la préparation du matériel au moment de l'induction : on pourra décider de préparer le matériel à un autre moment etc. ;
- le premier temps de la *check-list* aurait dû permettre à Rachel de se rendre compte de l'absence de la boîte et d'être présente pour le *time-out*.



**IT inévitables** : on pourra réfléchir collectivement à définir clairement ce qu'est une « IT inévitable », à la priorisation des demandes, puis comment gérer les IT inévitables et émettre des règles communes (ex : repérer ce que fait la personne et lui dire ce qu'elle faisait avant l'IT, lui demander si on peut l'interrompre et préciser le caractère urgent et indispensable de la demande, repérer à voix haute ce que l'on fait avant de s'interrompre, reprendre du début une tâche déjà commencée à l'aide d'une *check-list*, sacraliser quelques activités durant lesquelles on refuse les IT qui ne seraient pas indispensables pour réduire une morbi-mortalité, et qui seront gérées par d'autres professionnels, etc.).

Quelques exemples :

- le nouveau collègue qui nécessite d'être aidé très rapidement : réfléchir à organiser la recherche d'aide dans l'équipe ;
- l'appel de l'anesthésiste-réanimateur par le téléphone DECT : l'anesthésiste ne prend pas d'appel pendant qu'il fait les réglages, il confie son téléphone à l'IBODE, où il rappelle après ou il reprend l'intégralité des réglages après l'appel ;
- l'hypotension du patient devient prioritaire, la *check-list* HAS est déléguée à quelqu'un d'autre qui en devient garant, ou est interrompue par l'équipe et reprise du début par la suite.



## Annexe 6. Scénario de simulation

IT lors de l'identitovigilance et induction (50, 31, 1, 13, 2)

<b>Objectifs pédagogiques</b>		
Prendre conscience de l'importance des « quatre temps patients » Identifier une IT lors de l'identitovigilance ou l'induction		
<b>Durées</b>		
Durée briefing : 5 min Durée scénario simulation : 10-15 min Durée débriefing : 30 min		
Briefing Scénario : il est 8 heures du matin. Vous êtes une équipe d'anesthésie (anesthésiste ; IADE et/ou interne d'anesthésie) dans un centre hospitalier. Vous recevez un patient de 27 ans, M. LEZDA, pour une cure de hernie inguinale gauche programmée. Il s'agit d'une intervention de Lichtenstein avec pose de matériel prévue. Les <i>check-lists</i> d'ouverture de salle d'un point de vue anesthésique et chirurgical ont été réalisées. Le matériel est en salle. Le patient vient de rentrer en salle accompagné par l'aide-soignant à l'instant. Le patient n'est pas scopé, n'a pas bénéficié de bilan en consultation d'anesthésie devant la normalité de l'examen clinique. La VVP a été posée en salle d'accueil des patients. Vous devez accueillir le patient et effectuer son anesthésie.		
<b>Apprenants/Facilitateur</b>		
Équipe complète de bloc opératoire en incluant les deux facilitateurs : il faut détailler qui sont les apprenants et facilitateurs. Apprenants : anesthésiste, IADE et/ou interne d'anesthésie. Facilitateurs/comparses : IBODE et chirurgien.		
<b>Formateurs et rôles</b>		
Nécessité de trois personnes au minimum : un formateur (pour le mannequin et pour les conversations/appels extérieurs), débriefing : un des trois formateurs précédents ou un formateur supplémentaire.		
Préparation de la salle. Draps. Mannequin haute-fidélité avec un bracelet d'identification pour un M. Lezda avec une DDN différente de la fiche d'anesthésie (détailler). Un VVP en place. Environnement bloc opératoire avec un respirateur d'anesthésie. Champs opératoires et compresses. Boîte de chirurgie. Matériel de perfusion standard. Solutés de remplissage vasculaire (cristalloïdes et/ou colloïdes). PSE et seringue. Scope (TA, FC, saturation). Chariot d'anesthésie avec médicaments. Plateau d'intubation complet. Téléphone portable pour le MAR. Dossier de consultation d'anesthésie d'un M. Lezda venant pour une intervention de Lichtenstein côté gauche avec une DDN différente de celui du bracelet.		
Préparation physique du simulateur : mannequin haute-fidélité. Mannequin sur le brancard, un VVP en place, patient allongé, yeux ouverts, PA = 120/80, FC 65 bpm, SpO2 = 97 % en AA. Température 36 °C.		
États	Patient/programmation du simulateur	Intervention des apprenants et du facilitateur

Base	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yeux ouverts</li> <li>FC = 65 bpm</li> <li>- SpO2 = 97 %</li> <li>- Allongé</li> <li>- PA = 102/80 mmHg</li> <li>- Le patient répond aux questions, parle avec l'IADE/IBODE, réponse évasive.</li> </ul> <p>Réponse à la question « quelle intervention ? » : je vais être opéré d'une « boule » à gauche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IBODE en s'adressant à l'équipe d'anesthésie : « Commencez la checklist, je termine de préparer mon matériel mais je vous écoute »</li> <li>- Apprenants (MAR ou IADE ou interne d'anesthésie), vérification de l'identité patient et 1<sup>re</sup> partie de <i>la check-list</i></li> <li>- IBODE : interrompt l'apprenant dès que le nom et prénom sont vérifiés pour discuter avec le patient : « quelle est l'origine de cette cicatrice ? »</li> <li>- Si apprenant reprend la <i>check-list</i> : poursuite de l'identification patient : si l'erreur de date de naissance est retrouvée, l'IBODE prévient qu'elle fait le nécessaire pour la changer pendant qu'ils endorment</li> <li>- Si apprenant ne reprend pas la <i>check-list</i> : IBODE ne poursuit pas la <i>check-list</i></li> </ul>
Induction du patient	<p>SpO2 = 100 % après pré-induction</p> <p>Dès le début de l'injection des hypnotiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yeux fermés</li> <li>- FC = 95</li> <li>- SpO2 = 100 %, FR = 0</li> <li>- PA = 84/55</li> <li>- Inconscient</li> </ul> <p>Aucun critère d'intubation difficile : EtCO2 38</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprenant : induction patient standard pour une anesthésie générale</li> <li>- IT = coup de téléphone sur le numéro du MAR lors du début de l'injection des hypnotiques : c'est l'IDE de la salle de réveil qui appelle pour un patient qui a mal (mais aucune urgence)</li> </ul> <p>STOP scénario après l'intubation</p>

### Débriefing :

Type réaction, analyse, synthèse

1. Identifier une IT lors de l'identitovigilance : importance de la *check-list* HAS, du bracelet d'identification ?
2. Identifier une IT lors de l'induction : solution pour éviter l'IT : faire répondre l'IBODE avec le message qui est : si pas d'urgence, rappeler dans 10 min ou prendre le message.
3. Décontextualisation : prendre conscience de l'importance des « quatre temps patients » (en approfondissant les temps patients non explorés dans le scénario et la priorisation des tâches).

# Références bibliographiques

1. G. Campbell, K. Arfanis, and A. F. Smith. Distraction and interruption in anaesthetic practice. *British Journal of Anaesthesia* 109 (5) : 707–15 (2012)
2. HAS : L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments [Internet]. 2016. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/guide\\_it\\_140316vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/guide_it_140316vf.pdf)
3. Westbrook JI, Raban MZ, Walter SR, et al.: Task errors by emergency physicians are associated with interruptions, multitasking, fatigue and working memory capacity: a prospective, direct observation study. *BMJ Qual Saf* 2018;
4. Lee LY, Tiu MM, Charm CY, et al.: An observational study on work interruptions during medication administration in residential care homes for older people. *J Clin Nurs* 2015; 24:3336–3339
5. Forsberg HH, Muntlin Athlin Å, von Thiele Schwarz U: Nurses' perceptions of multitasking in the emergency department: effective, fun and unproblematic (at least for me) – a qualitative study. *Int Emerg Nurs* 2015; 23:59–64
6. Prates D de O, Silva AEB de C: Interruptions of activities experienced by nursing professionals in an intensive care unit. *Rev Lat Am Enfermagem* 2016; 24: e2802
7. Blocker RC, Heaton HA, Forsyth KL, et al.: Physician, Interrupted: Workflow Interruptions and Patient Care in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2017; 53:798–804
8. Brixey JJ, Robinson DJ, Turley JP, et al.: The roles of MDs and RNs as initiators and recipients of interruptions in workflow. *Int J Med Inf* 2010; 79: e109-115
9. Weigl M, Beck J, Wehler M, et al.: Workflow interruptions and stress at work: a mixed-methods study among physicians and nurses of a multidisciplinary emergency department. *BMJ Open* 2017; 7: e019074
10. Sergeeva A, Aij K, van den Hooff B, et al.: Mobile devices in the operating room: Intended and unintended consequences for nurses' work. *Health Informatics J* 2016; 22:1101–1110
11. Johnson M, Weidemann G, Adams R, et al.: Predictability of Interruptions During Medication Administration with Related Behavioral Management Strategies. *J Nurs Care Qual* 2017;
12. Bellandi T, Cerri A, Carreras G, et al.: Interruptions and multitasking in surgery: a multicentre observational study of the daily work patterns of doctors and nurses. *Ergonomics* 2018; 61:40–47
13. Palmer G, Abernathy JH, Swinton G, et al.: Realizing improved patient care through human-centered operating room design: a human factors methodology for observing flow disruptions in the cardiothoracic operating room. *Anesthesiology* 2013; 119:1066–1077
14. Raghavendra Rao RS: Ergonomical aspects of anaesthetic practice. *Indian J Anaesth* 2016; 60:306–311
15. CMAR de la SFAR : Préconisations 2016 Prévention des erreurs médicamenteuses en A-R - La SFAR [Internet]. [cited 2019 Nov 16] Available from: <https://sfar.org/preconisations-2016-prevention-des-erreurs-medicamenteuses-en-a-r/>
16. Wrong-Site Surgery, Retained Surgical Items, and Surgical Fires: A Systematic Review of Surgical Never Events | Surgery | JAMA Surgery | JAMA Network [Internet]. [cited 2019 Nov 16] Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/2301000>
17. Cochrane: Interventions for reducing wrong-site surgery and invasive clinical procedures - Algie, CM - 2015 | Cochrane Library [Internet]. [cited 2019 Nov 16] Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009404.pub3/full#CD009404-sec1-0005>
18. The Wrong Patient | Annals of Internal Medicine | American College of Physicians [Internet]. [cited 2019 Nov 16] Available from: <https://annals.org/aim/fullarticle/715318/wrong-patient>
19. HAS : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. 2014;
20. Broom MA, Capek AL, Carachi P, et al.: Critical phase distractions in anaesthesia and the sterile cockpit concept. *Anaesthesia* 2011 ; 66:175–179
21. Pourquoi une check-list au bloc opératoire ? - EM|consulte [Internet]. [cited 2019 Nov 16] Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/262032>
22. Lewis TP, Smith CB, Williams-Jones P: Tips to reduce dangerous interruptions by healthcare staff. *Nursing (Lond)* 2012; 42:65–67
23. Huckels-Baumgart S, Niederberger M, Manser T, et al.: A combined intervention to reduce interruptions during medication preparation and double-checking: a pilot-study evaluating the impact of staff training and safety vests. *J Nurs Manag* 2017; 25:539–548
24. Westbrook JI, Li L, Hooper TD, et al.: Effectiveness of a “Do not interrupt” bundled intervention to reduce interruptions during medication administration: a cluster randomised controlled feasibility study. *BMJ Qual Saf* 2017; 26:734–742
25. Campoe KR, Giuliano KK: Impact of Frequent Interruption on Nurses' Patient-Controlled Analgesia Programming Performance. *Hum Factors* 2017; 59:1204–1213
26. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, et al.: Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med* 2010; 170:683–690
27. Borst JP, Taatgen NA, van Rijn H: The problem state: a cognitive bottleneck in multitasking. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 2010; 36:363–382

28. Van Rensen ELJ, Groen EST, Numan SC, et al.: Multitasking during patient handover in the recovery room. *Anesth Analg* 2012; 115:1183–1187
29. Kluger MT, Bullock MFM: Recovery room incidents: a review of 419 reports from the Anaesthetic Incident Monitoring Study (AIMS). *Anaesthesia* 2002; 57:1060–1066
30. Association of periOperative Registered Nurses. AORN position statement on managing distractions and noise during perioperative patient care. *AORN Journal*. 2014; 99(1):22-6.
31. Broom MA, et al. Critical phase distractions in anaesthesia and the sterile cockpit concept. *Anaesthesia*. 2011; 66:175-9.
32. McNeer C, et al. Intraoperative noise increases perceived task load and fatigue in anesthesiology residents: A simulation-based study. *Anesthesia and Analgesia*. 2016; 122(2):512-25.
33. Mentis HM, et al. A systematic review of the effect of distraction on surgeon performance: Directions for operating room policy and surgical training. *Surgical Endoscopy*. 2016; 30(5):1713-24.
34. AAOS Now. Distractions in the operating room threaten patient safety. 6
35. Ross J. Distractions and Interruptions in the Perioperative Environment: A Real Threat to Patient Safety. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.11.004>
36. Göras C, Olin K, Unbeck M, et al. Tasks, multitasking and interruptions among the surgical team in an operating room: a prospective observational study. *BMJ Open* 2019; 9: e26410.
37. Ballermann et al.: Validation of the Work Observation Method By Activity Timing (WOMBAT) method of conducting time-motion observations in critical care settings: an observational study. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2011; 11:32
38. Ontario, Qualité des services de santé Ontario. Diagramme Spaghetti, instruction.
39. Boet, S. et al. Measuring non-technical skills of anesthesiologists in the operating room: a systematic review of assessment tools and their measurement properties. *British Journal of Anaesthesia*, December 2018, Volume 121, Issue 6, 1218 – 1226
40. Flin R1, Patey R. Non-technical skills for anaesthetists: developing and applying ANTS. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011 Jun; 25(2):215-27.
41. Haller G1, Laroche T, Clergue F. Morbidity in anaesthesia: today and tomorrow. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011 Jun; 25(2):123-32. doi: 10.1016/j.bpa.2011.02.008.
42. Ely JW, Graber MI, CROS KERRY P. Checklist to reduce diagnostic errors. *Acad Med* 2011; 86: 307-13
43. PRIELIPP RC, BIRNBACH DJ. Pilots use checklists, why don't anesthesiologists? the future lies in resilience. *Anesth Analg* 2016; 122: 1772-5
44. NEUHAUS C, HOFERS S, HOFMANN G, *et al.* Peri operative safety: learning, not taking, from aviation. *Anesth Analg* 2016; 122: 2059-63
45. HICKS CW, ROSEN M, HOBSEN DB, *et al.* Improving safety and quality of care with enhanced teamwork through operating room briefings. *JAMA Surg* 2014; 149: 869-8
46. The Joint Commission. Minimizing noise and distractions in the OR and procedural units. *Quick Safety Issue* 35, Aout 2017
47. Stevenson R, et al. Effects of divided attention and operating room noise on perception of pulse oximeter pitch changes: A laboratory study. *Anesthesiology*. 2013 ;118(2) :376-81
48. La chaine les enfants du facteur. [La minute du Docteur Captain, épisode 3](#) : la gestion des urgences
49. La chaine les enfants du facteur. [La minute du Docteur Captain, épisode 2](#) : les risques liés à l'oubli d'une tâche
50. Boquet A., Cohen T., Diljohn F., Cabrera J., Reeves S., Shappell S. « A Theoretical Model of Flow Disruptions for the Anesthesia Team During Cardiovascular Surgery ». *J Patient Saf* [En ligne]. 3 juillet 2017
51. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-descauses](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-descauses)

# Participants

---

## Établissements ayant participé à l'audit :

Centre hospitalier Lyon Sud, Service d'anesthésie et de réanimation, Pierre Bénite

## Groupe de travail SFAR/CFAR/HAS

Dr Charles-Hervé VACHERON, Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier Lyon Sud

Pr Vincent PIRIOU, chef de service, Service d'anesthésie-réanimation, responsable du PAM urgence, centre hospitalier Lyon Sud, CAMR

Yasmina SAMI, chef de projet, HAS

Dr Ségolène ARZALIER, Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier universitaire de Caen, CAMR

Valérie FLATIN, chef de projet gestion des risques, hospices civils de Lyon

Dr Alexandre THEISSEN, Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier Princesse Grace, Monaco, et secrétaire du CAMR

Dr Pierre TROUILLER, réanimation/USC, Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild et président du CAMR

Dr Antonia BLANIE, Service d'anesthésie réanimation, centre hospitalier universitaire Bicêtre, CAMR

Dr Julien PICARD, Service d'anesthésie-réanimation, Centre hospitalier universitaire de Grenoble, CAMR

## Groupe de lecture

Dr François JAULIN, anesthésiste-réanimateur, mathématicien, président Facteurs humains en santé, cofondateur Anesthesia Safety Network, Paris

Pr Marc BEAUSSIER, chef de service d'anesthésiste et président de CME, Institut mutualiste Montsouris, PARIS

Dr Pierre RAYNAL, praticien hospitalier gynécologue-obstétricien et coordonnateur de la GDR, médecin médiateur, centre hospitalier de Versailles André Mignot, Versailles

M. Jean TOURRES, anesthésiste-Réanimateur et responsable gestion des risques, polyclinique de l'Atlantique à Herblain. Coresponsable organisme agréé pour l'accréditation OA CFAR

Madame Chérifa NIMAL, directrice qualité et gestion des risques, hôpital européen de Marseille

Madame Nathalie ROBINSON, cadre IADE, chargée de projet PRAGE/CCECQA, hôpital Xavier Arnoz, Pes-sac

Dr David GOURAUD, anesthésiste-réanimateur et responsable gestion des risques, polyclinique de l'Atlantique à Erblain

Dr Corine VUILLAUME, anesthésiste-réanimateur, Médipole Toulouse

Dr Ségolène ARZALIER-DARET, anesthésiste-réanimateur – Comité analyse et maîtrise du risque de la SFAR, Caen

Madame Delphine FRONTICE, cadre de santé formatrice IBODE, responsable qualité sur les écoles IADE, IBODE et CFARM, AP-HP, Paris

Monsieur Arnaud BASSEZ, infirmier anesthésiste, président de la Société française des infirmiers anesthésistes SOFIA

Madame Véronique NORMIER, IADE et ergonome, hôpital Tenon, APHP, Paris

Madame Anne PICARD, cadre supérieur de santé IADE, AP-HP, Paris

Dr Christophe DECOENE, praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur et coordonnateur médical, réseau santé qualité risques, Hauts-de-France

Madame Mary-Christine LANOUE, coordonnateur pharmacien, OMÉDIT Centre-Val-de-Loire

Dr Nathalie CONTENTIN, hématologue et chef de service qualité et gestion des risques, centre de lutte contre le cancer de Haute-Normandie Henri-Becquerel

Madame Catherine STAMM, pharmacien, hospices civils de Lyon, Groupement hospitalier est (HCL),

Madame Noémie TERRIEN, coordonnateur responsable, QualiRELSanté, Nantes

Dr Frédéric MARTIN, anesthésiste-réanimateur, clinique des Franciscaines, Versailles, fondateur d'Anesthesia Safety Network et formateur simulation médicale *in situ* EmergenSim

Madame Marie-France LATROCHE, cadre de santé formateur IADE, école d'infirmiers anesthésistes APHP, Paris

Monsieur Gaëtan CLEMENCEAU, infirmier anesthésiste, trésorier de la Société française des infirmiers anesthésistes SOFIA

Monsieur Damien BRAULT, secrétaire de la Société française des infirmiers anesthésistes SOFIA

Monsieur Alexandre JACQ, infirmier anesthésiste, directeur de communication de la Société française des infirmiers anesthésistes SOFIA

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.



# Abréviations et acronymes

---

AIVOC	Anesthésie à objectif de concentration intraveineuse
ARC	Attaché de recherche clinique
CAMR	Comité d'analyse et maîtrise du risque
CFAR	Collège français des anesthésistes réanimateurs
CREX	Comité de retour d'expérience
DAN	Dossier d'anesthésie
DECT	Téléphone sans-fil numérique amélioré
DPC	Développement professionnel continu
EI	Évènement indésirable
EIAS	Évènement indésirable associé aux soins
EIM	Évènement indésirable médicamenteux
EM	Erreur médicamenteuse
ENEIS	Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins
ETCO2	Concentration de CO2 des alvéoles
FC	Fréquence cardiaque
HAS	Haute Autorité de santé
IADE	Infirmière anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
MAR	Médecin anesthésiste-réanimateur
PCEA	Analgésie péridurale contrôlée
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
TA	Tension artérielle
IT	Interruption de tâche
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SpO2	Saturation pulsée en oxygène
VVP	Pose de voie veineuse périphérique

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

