|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Heure de l’IT** | **Etape en cours** | **Ou** | **Comment** | **Origine de l’IT** | **Motif** | **Réaction** | **Tâche initiale reprise** | **Durée de l’interruption** |
| *XX h XX* | 1. **Relevé de la prescription**
2. **Préparation**
3. **Administration**
4. **Traçabilité**
 | 1. **Salle de soins**
2. **Couloir**
3. **Chambre du patient**
4. **Salle à manger**
5. **Zone de stockage ext à la salle de soins**
 | 1. **Téléphone**
2. **Physique**
3. **Alarme**
4. **Sonnette**
5. **Bruit ambiant**
6. **discussions**
7. **Autre, précisez**
 | 1. **Un tiers professionnel de santé**

Médecin/pharmacien/Sage-femme/Infirmière/aide-soignant/Brancardier/Cadre de santé/Nutritionniste-diététicienne/kinésithérapeute/Chirurgien-anesthésiste/psychologue/autre1. **Un tiers non professionnel de santé**

Entourage du patient-résident/Patient/Logistique/Intervenant extérieur à l’unité/autre1. **Soi-même**
2. **Autre, précisez**
 | 1. **Apport d’information**
2. **Recherche d’information**
3. **Demande de l’aide** (ex sonnette)
4. **Logistique** (Problème de matériel, médicament manquant, etc.)
5. **Oubli**
6. **Autre, précisez**
 | 1. **Suspend l’action en cours et traite la nouvelle demande**

(*ex : se déplace, répond)*1. **Suspend l’action et délègue la nouvelle tâche**
2. **Poursuit l’action en cours en écoutant**
3. **Autre : à préciser**
 | ***Si réponse suspend dans la colonne précédente, alors répondre :***1. ***Reprise au début après l’IT***

R | 1. ***Inf à 1 min***
2. ***1 à 5 min***
3. ***Entre 5 et 10 min***
4. ***Sup à 10 min***
 |
| 1. ***Reprise au moment de l’interruption***

R |
| 1. ***Reprise avec délai après l’IT***

R |
| 1. ***pas de reprise de la tâche***

*(oubli)* |
| 12h00Exemple | 2 | 1 | 2 | 1 | **1** le Dr. X a dit que Mme Y sort demain | ***1***  | C | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Remarques éventuelles au cours de l’observation :**

|  |
| --- |
| Le jour de l’enquête /plage horaire concerné |
| Nombre de lits du service | **Ex : 30 lits** |
| Nombre de lits occupés | **Ex 25** |
| Nombre de personnels présents au moment de l’audit (toutes catégories confondues)*Répondre par un chiffre global* | **10** |
| Etape préparatoire avant l’audit |
| *Communication à prévoir (instances, équipes, CRUQPC, et.)* |  |
|  | **Prévue** | **Observée** |
| *Descriptif des locaux (plan du service, ergonomie, accès à la salle de soins, etc.)Photo si besoin* |  |  |
| Organisation pré définie sur ce sujet. * Si oui, laquelle (joindre la procédure éventuelle)
* Si oui, quelles barrières ont été mises en place :

*ex. affiche, badge, gilet, espace de travail, accès sécurisée 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**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pourquoi** | * 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
 |
| **Qui****(en binôme si possible)** | * Personne détachée pour toute la durée de l’observation, qui connait le soin 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.
 |
| **Quoi**  | * Observation des infirmières (ou autre professionnel chargé de l’administration de la prescription *ex. Sage-femme, médecin*)
* Observation des interruptions qui interviennent sur chacune des étapes : Observation sur chacune des 4 étapes cf. guide « outils de sécurisation et d’auto évaluation de l’administration des médicaments »
* Tous les médicaments toutes voies confondues

**Relevé de la prescription/préparation/Administration/Traçabilité** |
| **Où** | Dans salle de soins, dans la zone de stockage, le couloir, au lit du patient,  |
| **Quand** | 1 jour donné permettant d’observer toutes les étapes ; Si nécessaire, réaliser l’observation en plusieurs temps, tenant compte des plages horaires du service pour l’administration des médicaments |
| **Comment** | 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.**Remplir la grille selon l’exemple proposé****Pour faciliter l’exploitation de vos observations, remplir 1 fiche/service/par période d’observation** |