ECOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ÉTAT

Sécurisation du geste opératoire : étude sur la mise en œuvre du Time out dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers

Par

Djaware OMAR

Sous la direction de

Dr Océane BERNARD, MAR-CHU Poitiers

Mme Lucie CROSLAND, Ingénieur Qualité– CHU Poitiers

M. Stéphane FOURNIER, IADE – CHU Poitiers

SEPTEMBRE 2025

UE 7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine

La Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du sport et de l'animation.
Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.
C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 : Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je soussignée Djaware OMAR

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et de m'y être conformé.

et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Poitiers, Le 28/06/2025



Article 2 :
« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »[1].

Article 3 :
Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :
Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation.
En application du Code de l'éducation[2] et du Code pénal[3], il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

_____
[1] Site Université de Genève http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf
[2] Article L. 331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».
[3] Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier et à exprimer ma profonde gratitude à l'Ecole d'IADE de Poitiers pour ces deux années de montagnes russes. Je remercie chaleureusement l'ensemble des formateurs pour la qualité de leur enseignement, leur disponibilité, ainsi que leur accompagnement bienveillant tout au long de ce parcours.

Mes remerciements les plus sincères vont tout particulièrement à mes guidants de mémoire pour leur encadrement attentif, leurs conseils pertinents et leur soutien constant tout au long de ce travail. Merci Océane, Lucie et Stéphane de m'avoir accompagnée et, surtout, d'avoir accepté de me guider dans la réalisation de ce mémoire. Grâce à vous, j'ai appris bien plus qu'à rédiger un mémoire, j'ai appris à structurer ma pensée, à douter intelligemment et à aller jusqu'au bout. Pour cela et pour beaucoup d'autres choses, je vous en suis profondément reconnaissante.

Un immense merci à toi, Fatoumia, ma meilleure amie, mon antidépresseur, mon binôme et sœur de cœur. Tu n'es pas seulement celle qui m'a écoutée douter, râler, tout remettre en question. Tu es surtout celle qui, malgré les nuits courtes, malgré ton petit bébé dans les bras, as sacrifié ton sommeil pour relire, corriger, conseiller et m'encourager. Tu as été là à chaque étape, dans les moments de découragement comme dans les petites victoires. Ton soutien a été inestimable. Ton implication dans cette aventure dépasse les mots. Je ne te remercierai jamais assez.

Je souhaite également exprimer toute ma reconnaissance à mes parents, qui m'ont toujours soutenue et ont cru en moi depuis toujours avec un amour inconditionnel. Merci à mes petites sœurs, qui savaient, souvent sans le vouloir, me redonner le sourire avec leurs histoires rocambolesques.

Un grand merci à ma promotion avec qui j'ai partagé rires, stress, fatigue, et tant de souvenirs inoubliables. Nous sommes passés par toutes les couleurs émotionnelles ensemble, c'est ce qui rend cette aventure si unique et précieuse. Sans oublier les IADE que j'ai croisés tout au long de mon parcours et qui m'ont encadré avec bienveillance.

A tous ceux qui m'ont cru capable, ce mémoire est aussi un bout de vous.

Comme on dit chez moi : Marahaba kayna mpaka → Merci infiniment

Glossaire

CCV Chirurgie Cardiovasculaire (Cardiologie/Thoracique/Vasculaire)

CFAR Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CL Check-List

EIGS Évènement Indésirable Grave Associé aux Soins

FH Facteurs Humains

FSP Flash Sécurité Patient

HAS Haute Autorité de Santé

IADE Infirmier Anesthésiste Diplômée d'Etat

IBODE Infirmier de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

JBA Jean Bernard A (Gynéco /Obstétrique/ Maternité)

JBC Jean Bernard C (Neurochirurgie/Rachis/ORL/Pédiatrie/Ophtalmologie)

JBU Jean Bernard U (Orthopédie/Plastie/Urgences)

JFR Jean François Risse (Viscérale et digestif/Urologie)

MAR Médecin Anesthésiste Réanimateur

OMS Organisation Mondiale de la Santé

RPP Recommandations de Pratiques Professionnelles

SFAR Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Table des matières

I. INTRODUCTION 1
1 Réflexion 1
1.1 Rappel historique et évolution de la check-list chirurgicale 2
2 Définitions et cadre réglementaire 3
2.1 La culture de sécurité 4
2.2 Certification de la HAS 6
2.3 Les « facteurs humains » et l'erreur humaine 7
2.4 Bénéfices de la pratique du Time out 8
2.5 La communication au bloc opératoire 9
2.6 Obstacles à la mise en œuvre 9
II. METHODOLOGIE 10
1. Etude 10
1.1 Observation des pratiques professionnelles 11
1.2 Objectifs 11
1.3 Méthode 12
A. Critères d'inclusion 12
B. Critères de non-inclusion 12
C. Critères d'exclusion 12
1.4 Modalités de recueil des observations 13
III. RESULTATS 13
1 Résultats globaux 14
2 Résultats selon spécialité 18
IV. DISCUSSION 20
1 Analyse des résultats et limites 20
1.1 Analyse de l'objectif principal 20
1.2 Résultats des objectifs secondaires 23
A. Présence en salle 23
B. Initiation et réalisation 23
C. Condition de réalisation 24
D. Traçabilité 26
2 Limites et biais de l'étude 26
3 Propositions 28
V. CONCLUSION 29
BIBLIOGRAPHIE 31

Table des annexes 33

Table des illustrations

Graphique 1 : Taux de réalisation et de non réalisation du Time out sur les 120 interventions observées 15
Graphique 2 : Représentation en pourcentage des professionnels présents en salle sur les 120 interventions observées 15
Graphique 3 : Représentation du pourcentage de professionnels initiant le Time out sur les 69 réalisés 16
Graphique 4 : Représentation du pourcentage de professionnels réalisant le Time out sur les 69 réalisés 16
Graphique 5 : Représentation du pourcentage de professionnels participant au Time out sur les 69 réalisés 16
Graphique 6 : Pourcentage des Time out réalisés audibles ou non en salle 17
Graphique 7 : Représentation du pourcentage de Time out réunissant ou non les conditions optimales de réalisation en salle 17
Graphique 8 : Représentation du pourcentage de Time out où tous les items ont été vérifiés ou non 18
Graphique 9 : Pourcentage de Time out où les items ont été cochés en temps réel 18

Tableau 1 : Présentation selon spécialité du nombre et du pourcentage de réalisation du Time out 19
Tableau 2 : Présentation du nombre et du pourcentage de Time out par spécialité réunissant ou non les conditions optimales de réalisation 20

« Au travail 80% des erreurs humaines impliquent des personnes expérimentées en situation de routine »

Isabelle SIMONETO

I. INTRODUCTION

1 Réflexion

La sécurité des patients a toujours été un enjeu majeur dans la prise en charge au bloc opératoire. En France, en 2023, il y a eu plus de 5,1 millions d'interventions chirurgicales. (1)

Dans l'optique d'assurer et d'améliorer la sécurité des patients au bloc opératoire, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré une check-list « sécurité patient » destinée au bloc opératoire. Elle permet une réduction de 30% de la morbi-mortalité opératoire (2). Une check-list est une liste de vérification structurée permettant de s'assurer qu'aucune étape essentielle n'est oubliée lors d'une procédure. Dans le cadre du bloc opératoire, elle permet une vérification systématique des éléments cruciaux avant, pendant et après l'intervention chirurgicale en vue d'assurer la sécurité du patient opéré.

C'est en 2008, dans le cadre d'un programme mondial d'amélioration des interventions en chirurgie, que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé la mise en place d'une check-list.

Cette check-list a évolué au fil des années en réponse aux difficultés rencontrées lors de sa mise en œuvre. En 2010, la check-list est devenue exigible dans le cadre de la certification de la HAS. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des patients opérés, contribuant ainsi à une diminution significative des complications péri-interventionnelles.

Au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, les modalités de réalisation de la check-list sont évaluées par des audits, réalisés par la cellule qualité du pôle. Cette cellule qualité se compose de deux cadres de santé, d'une infirmière de bloc opératoire, d'un ingénieur, d'un assistant qualité, d'un cadre supérieur de santé et d'un Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR). Des audits quantitatifs sont réalisés annuellement, et des audits qualitatifs sont également faits (périodicité variable).

Lors du choix de ce thème de mémoire, le dernier audit qualitatif fait par la cellule qualité sur cette thématique remontait à septembre 2023 : 19 interventions au sein des blocs opératoires du CHU de Poitiers avaient été observées.

Sur ces 19 interventions, un « No Go » avait été décidé dès la première partie de la check-list sur une intervention. Un « No Go » signifie qu'au cours de la procédure du Time out, un problème a été détecté lors d'une vérification, conduisant à la décision de ne pas réaliser l'intervention. Le risque identifié est jugé trop important pour la sécurité du patient.

Parmi les 18 interventions réalisées, six d'entre elles, dont des chirurgies pédiatriques, n'ont pas respecté la procédure du Time out. (3)

Ces constats mettent en lumière des écarts entre les exigences réglementaires et les pratiques observées sur le terrain. Le Time out, procédure pourtant obligatoire, est effectivement réalisé dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers, et sa mise en œuvre s'articule avec les pratiques réelles des professionnels. Ce constat sera d'autant plus exploré au regard des particularités de certaines spécialités, comme la chirurgie pédiatrique, où la sécurité des soins impose une rigueur accrue.

Une des particularités notables de la pédiatrie est la présence obligatoire des parents pour la réalisation de la première partie de la check-list, conformément aux recommandations de la HAS. Celle-ci est réalisée dans la majorité des cas par le MAR au CHU de Poitiers. Cela met en avant l'importance du Time out, qui devient une étape essentielle pour confirmer et croiser les informations recueillies auprès des parents avec l'ensemble de l'équipe en salle, garantissant ainsi une prise en charge sécurisée. En effet, lors du Time out, le MAR peut partager les informations recueillies auprès des parents à l'ensemble de l'équipe en salle. Une particularité importante en pédiatrie est que l'autorisation d'opérer doit être signée des parents ou des tuteurs légaux sauf en cas d'urgence vitale. Ce contrôle permet de garantir le respect des obligations légales et éthiques, et renforce la sécurité de l'enfant opéré. Lors de la procédure, cette autorisation doit systématiquement être vérifiée par l'équipe et doit être présente dans le dossier. Sa non-vérification expose à un risque médico-légal majeur.

1.1 Rappel historique et évolution de la check-list chirurgicale

La check-list est une procédure de vérification utilisée dans divers domaines, notamment ceux à haut risque comme l'aéronautique et l'industrie. Son objectif reste toujours le même : garantir la sécurité et la qualité.

Le programme de l'OMS « *Safe surgery saves life »,* mis en place en 2008, avait pour objectif d'améliorer la sécurité des patients opérés en élaborant des recommandations de bonnes pratiques. C'est dans ce contexte que l'OMS, sous la coordination du Docteur Atul Gawande, un chirurgien américain, et avec l'aide d'un groupe d'experts du monde entier travaillant dans le milieu du bloc opératoire, a élaboré la check-list de sécurité chirurgicale ((4). Cette check-list a été adaptée par la HAS en coordination avec différentes sociétés savantes, telles que la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) ou encore le Collège Français d'Anesthésie et de Réanimation (CFAR). Elle a connu une évolution au fil du temps.

- **En janvier 2010 :** apparition de la première version nommée « Check-list V2010-01 ».
- **En janvier 2011** : en réponse aux différentes problématiques rencontrées sur le terrain, une deuxième version « V2011-01 » apparaît, intégrant un item sur la préparation cutanée.
- **En janvier 2016** : une troisième version « V2016 » qui intègre cinq points de vigilance pour la prise en charge de l'enfant au bloc opératoire.
- **En janvier 2018,** une quatrième version « V2018 » met en avant l'importance du « Time out » et le « Go » ou « No Go » et souligne l'importance de tracer la décision de poursuite ou non de l'intervention.

La check-list se compose de trois étapes clés : 1) avant l'anesthésie du patient, 2) avant l'incision (Time out) et 3) avant la sortie du patient de salle d'opération.

En plus de garantir la sécurité du patient opéré, elle favorise le partage d'informations entre les différents professionnels présents en salle, et ce, à chaque étape de l'intervention.

Cette étude de recherche se concentre spécifiquement sur une partie de la check-list qui est le « Time out ».

2 Définitions et cadre réglementaire

Le Time out est un temps de pause avant l'incision chirurgicale, qui permet à l'équipe présente en salle d'opération de partager des informations importantes. L'objectif est donc de procéder à une vérification croisée entre les deux équipes en salle (chirurgie et anesthésie).

2.1 La culture de sécurité

La culture de sécurité au bloc opératoire fait référence à l'ensemble des attitudes, valeurs, comportements et pratiques professionnelles visant à garantir la sécurité des patients lors des interventions chirurgicales. C'est un environnement où la sécurité du patient est une priorité pour tous les professionnels, tout corps confondu, et où la communication, la collaboration et la gestion des risques occupent une place cruciale.

Différents aspects peuvent définir cette culture de sécurité :

- Respect des protocoles et des procédures : Notamment avec la réalisation de la check-list dans son entièreté, assurant que toutes les étapes de l'intervention soient discutées conjointement entre les équipes avant, pendant et après l'intervention.
- Communication ouverte et transparente : Encourager la communication entre les différents professionnels pour que chacun puisse exprimer ses préoccupations, ses craintes et ainsi signaler toute erreur potentielle, en toute liberté. Cela implique donc de réduire cette hiérarchie souvent ressentie au bloc opératoire, afin que chacun puisse signaler tout problème lié à la sécurité du patient.
- Apprentissage à partir des erreurs et incidents : La culture de sécurité passe également par une reconnaissance et une analyse des erreurs ou des « presque-accidents » afin d'en comprendre les causes, permettant la mise en place de mesures correctives. Cette analyse s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de nos pratiques professionnelles en matière de sécurité et de qualité.
- Attitude proactive face aux risques : Il ne s'agit pas seulement de réagir face aux risques mais de les anticiper et de les prévenir, ce qui implique une évaluation des risques pour chaque patient.
- Collaboration interprofessionnelle : La collaboration harmonieuse entre les différentes équipes en salle (chirurgie, anesthésie) est également un élément crucial de cette culture de sécurité au bloc opératoire. Le Time out est un bon exemple de moment où cette collaboration est essentielle pour éviter les erreurs et coordonner la prise en charge.
- Soutien institutionnel : La culture de sécurité est notamment soutenue par l'institution, à travers des politiques, des ressources et un leadership engagé dans la sécurité des soins au bloc opératoire. Les directions des hôpitaux doivent être activement engagées et soutenir ces initiatives.

- Mesure et évaluation des pratiques : Une évaluation régulière des pratiques professionnelles, notamment la réalisation de la check-list, par des audits internes, permet d'apprécier la qualité de la sécurité des patients. On peut ainsi voir les améliorations des pratiques à apporter si nécessaire.
- Formation continue : Les professionnels des blocs opératoires doivent participer à des formations sur la sécurité des patients. Ils doivent être formés aux bonnes pratiques cliniques ainsi qu'aux nouveaux protocoles.

En somme, la culture de sécurité au bloc opératoire vise à prévenir les incidents et à garantir la qualité des soins prodigués aux patients.

La réalisation de la check-list, dont le Time out, repose sur un cadre réglementaire rigoureux encadré par des recommandations nationales et internationales. Elle repose également sur des obligations légales et normatives en matière de bonnes pratiques médicales.

Recommandations de la HAS

La Haute Autorité de Santé a rendu obligatoire la check-list en 2010 pour tous les établissements de santé français privés et publics. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la certification des établissements de santé et dans l'amélioration des pratiques professionnelles.

Circulaires ministérielles et arrêtés

Le ministère de la Santé a renforcé cette obligation par diverses circulaires et arrêtés :

- Circulaire DHOS/E4/2010/51 du 15 février 2010 : Ce texte encadre la mise en œuvre obligatoire de la check-list dans tous les blocs opératoires. Il impose aux établissements de santé une réalisation conforme aux recommandations de la HAS.
- Arrêté du 6 avril 2011 **:** Il formalise l'obligation de compléter la check-list et en fait un élément crucial de la démarche qualité des établissements de santé, en lien avec la certification de la HAS. ((5)

Code de la Santé Publique

Le code de la santé régit les responsabilités des professionnels de santé dans la gestion des risques et dans l'amélioration continue de la qualité des soins. Il impose également aux

établissements de santé de mettre en place des procédures visant à garantir la sécurité des patients.

L'article **L1142-4** impose une obligation de prévention des événements indésirables graves (6). Cette obligation réglementaire légitime et renforce l'usage du Time out au bloc opératoire, en tant qu'outil structurant de la démarche qualité et sécurité des soins.

2.2 Certification de la HAS

Depuis 2010, la check-list est obligatoire dans le cadre de la certification de la HAS dans les établissements de santé en France.

La certification est une procédure mise en place depuis 2004 par la HAS, visant à évaluer le niveau de qualité et de sécurité des soins dispensés dans tous les établissements de santé français. Cette procédure est réalisée par des experts-visiteurs mandatés par la HAS, tous les quatre ans dans les établissements de santé, publics et privés.

En 2018, la check-list intègre le Time out dans sa deuxième partie avant incision chirurgicale. Tracer la décision de non-conformité prise lors d'une intervention permet la mise en œuvre d'axes d'amélioration dans nos pratiques professionnelles.

Ce Time out compte différentes vérifications qui sont les suivantes :

- **Vérification croisée avec l'ensemble des équipes présentes en salle**
  - Identité du patient confirmée
  - Intervention prévue confirmée
  - Site opératoire confirmé
  - Installation correcte confirmée
  - Documents nécessaires disponibles (imagerie)
- **Partage des informations essentielles nécessaires au sein de l'équipe sur les éléments à risque et les étapes critiques de l'intervention**
  - Sur le plan chirurgical
  - Sur le plan anesthésique
- **L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et les protocoles en vigueur dans l'établissement.**

La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

Après la vérification de toutes ces informations, la décision finale « Go = ok pour l'incision » ou « no go = pas d'incision » est prise et tracée.

2.3 Les « facteurs humains » et l'erreur humaine

Les facteurs humains (FH) se définissent comme l'ensemble des influences individuelles, collectives ou organisationnelles pouvant affecter le comportement, la communication professionnelle ou la concentration pouvant ainsi conduire à l'erreur. Les différentes influences regroupées peuvent interagir simultanément et de manière complexe, augmentant le risque d'erreur. (7)

Au bloc opératoire, les FH englobent des éléments individuels (fatigue, stress, surcharge cognitive), organisationnels (pression temporelle, communication hiérarchisée) et environnementaux (bruit, interruptions).

Dans son rapport publié en 2022 sur les déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS), la HAS indique que : « L'erreur fait partie de toute activité humaine, a fortiori dans un domaine interventionnel ou bloc. Pour la période de 2017-2020, sur les 25 évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) enregistrés dans la base nationale des EIGS, les équipes ont reconnu que la CL aurait été une barrière efficace pour éviter l'évènement dans les 23 cas. Les EIGS concernent principalement des erreurs de côté, site ou siège opératoire et d'oubli de matériel. » (8)

Il est dans la nature humaine de commettre des erreurs. L'erreur est une composante des environnements complexes tels que le bloc opératoire. Lors des interventions chirurgicales, les erreurs humaines peuvent prendre de nombreuses formes, allant des erreurs de communication aux oublis ou encore des erreurs d'interprétation d'informations cliniques. Ces erreurs peuvent se manifester par une mauvaise identification du site opératoire ou encore une non-communication des allergies pouvant entraîner des incidents très graves pour le patient.

Le Time out, comme toute autre check-list établie dans les domaines à risque, sont des aides cognitives permettant de pallier les faiblesses inhérentes de la nature humaine. Les aides cognitives sont des outils créés permettant de soutenir les professionnels dans la

réalisation de tâches complexes, leur permettant ainsi de limiter les erreurs liées à la mémoire, à l'attention ou au raisonnement sous l'effet de la pression. (9)

2.4 Bénéfices de la pratique du Time out

Cette démarche s'inscrit dans une culture de la sécurité inspirée des meilleures pratiques des industries à risque, où l'anticipation et la standardisation des procédures sont essentielles pour garantir des conditions optimales de prise en charge. L'aéronautique a intégré ces procédures depuis longtemps pour assurer la sécurité des vols, notamment lors des phases critiques comme le décollage et l'atterrissage. De la même manière, le Time out vérifie systématiquement les éléments essentiels avant toute intervention.

Cette étape nécessite des conditions optimales indispensables afin de garantir une réalisation rigoureuse et efficace. En respectant ces conditions, cette procédure joue un rôle clé dans la sécurité du patient.

Cette vérification est la dernière barrière de sécurité avant l'incision chirurgicale. Il est donc crucial de s'assurer de sa mise en œuvre.

Il est important de noter que le taux de réalisation du Time out ne reflète pas forcément le taux de conformité (10). En d'autres termes, même si la procédure est réalisée pour un grand nombre d'interventions, cela ne signifie pas qu'elle est réalisée correctement. Le taux de réalisation n'indique que la fréquence d'exécution tandis que le taux de conformité évalue la qualité et l'exactitude de sa mise en œuvre. Il peut être rempli de manière mécanique ou incomplète, sans réelle vérification des points essentiels, ce qui en réduit l'efficacité. Un écart considérable peut être observé entre le taux de réalisation du Time out sur des audits rétrospectifs et ceux constatés lors d'audits observationnels sur le terrain. (11)

Évaluer sa réalisation sur le terrain devient alors une nécessité, non pas pour sanctionner les écarts par rapport aux recommandations mais plutôt pour améliorer sa mise en œuvre et promouvoir la culture de sécurité dans les blocs opératoires. Évaluer la conformité de sa réalisation permet de cibler les points d'amélioration.

2.5 La communication au bloc opératoire

La mise en place de la check-list avait mis en évidence une certaine désorganisation au sein des blocs opératoires, principalement due à un individualisme des professionnels du bloc et à une hiérarchie rigide. (12) (13)

De plus, nous avons pu observer que, dans les blocs opératoires, la première partie de la check-list (avant induction) était réalisée sans la présence du chirurgien ni de l'anesthésiste. Dans la majorité des cas, le chirurgien ne rejoignait la salle qu'après l'induction du patient. Par conséquent, le dossier du patient n'était pas discuté de manière conjointe entre les professionnels en salle. C'est dans ce cadre que le Time out devient essentiel, car il offre aux deux équipes un moment dédié pour échanger des informations nécessaires à une prise en charge optimale du patient. (14)

La HAS a publié un *Flash Sécurité patient* (FSP) rappelant l'importance de la communication au bloc opératoire, notamment lors de la réalisation de la check-list de sécurité. Les FSP sont de courtes publications de la HAS qui présentent des EIAS, choisis pour leur intérêt pédagogique et la qualité pertinente de leur analyse.

Dans ce flash intitulé *« un petit check vaut mieux qu'un grand choc* », plusieurs événements indésirables graves survenus au bloc opératoire sont reportés. Parmi les causes identifiées, le manque de communication entre professionnels de santé est régulièrement mis en avant. Il rappelle l'importance de la vérification croisée des informations essentielles entre les professionnels. Le Time out ne doit pas être vu comme une simple formalité administrative, mais comme un levier puissant de communication et de travail en équipe. Elle encourage fortement les équipes à adapter la check-list à leurs pratiques afin de se l'approprier et d'en renforcer l'efficacité. (15)

2.6 Obstacles à la mise en œuvre

Lors de sa mise en place, plusieurs établissements de santé ont entrepris des audits pour évaluer sa mise en œuvre. Ils ont relevé divers obstacles à sa réalisation ou à sa bonne application. (16)

- **Désorganisation** : Dans certains blocs opératoires, une désorganisation peut exister avec des rôles mal définis et un manque de communication entre les professionnels. Ce qui rend le processus de vérification du Time out moins efficace.

- **Pression temporelle** : En effet, les professionnels ressentaient une pression pour commencer rapidement l'intervention, notamment dans les interventions urgentes. Ce qui pouvait amener à négliger la réalisation.
- **Manque de sensibilisation** : Certains professionnels n'étaient pas pleinement conscients de l'importance de cette procédure ou des recommandations de la HAS.
- **Habitudes ancrées** : Les pratiques établies et les habitudes de travail jouent également un rôle. En ne prenant pas en compte l'importance du Time out, cela peut devenir une norme.
- **Hiérarchie** : La dynamique hiérarchique dans les blocs opératoires peut parfois empêcher une communication ouverte entre les professionnels en salle. Sur différentes études menées sur l'évaluation de la mise en œuvre de la check-list, cette dynamique hiérarchique a été mise en avant comme un obstacle à la prise de parole du personnel du bloc opératoire. (17) (18)
- **Charge de travail** : Une charge de travail élevée et des ressources limitées peuvent également réduire la possibilité de mener à bien le Time out. Les équipes peuvent se trouver submergées par des tâches plus urgentes.
- **Difficulté à impliquer les professionnels** : En effet, il peut s'avérer difficile d'impliquer tous les professionnels en salle, notamment dans cet environnement occupé. De plus, le Time out peut être perçu par les professionnels comme une simple formalité administrative, ce qui peut entraîner une réalisation non conforme aux recommandations.

II. METHODOLOGIE

1. Etude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, monocentrique, qualitative dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers. Ces observations ont été faites à l'aide d'une grille d'observation dans les différents blocs de l'établissement. Il s'agissait d'observer les pratiques professionnelles du personnel de bloc opératoire, tout corps confondu, sur la réalisation du Time out.

Dans le bloc JBC, nous avons de la neurochirurgie et rachis ainsi que l'ORL. La pédiatrie et l'ophtalmologie sont également présentes. Lorsque les observations ont commencé, la chirurgie pédiatrique était réalisée dans le bloc JFR. Dans le bloc JFR, nous retrouvons de la chirurgie viscérale et digestive ainsi que de l'urologie. La salle 37 qui est une salle de

chirurgie assistée par un robot, accueille également des interventions de chirurgie thoracique et gynécologique. Au bloc opératoire de JBU, sont présentes les salles dédiées aux urgences (salles 11 et 12), la chirurgie orthopédique et traumatologique ainsi que la chirurgie plastique et de reconstruction.

Les observations réalisées sont classées par spécialité. Ainsi au CCV (Centre Cardio-Vasculaire), nous avons comme spécialité de la chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique, mais aussi de la neurochirurgie, ainsi que de l'urologie dans la salle 41 qui est une salle de chirurgie assistée par robot.

1.1 Observation des pratiques professionnelles

La grille d'observation utilisée s'inspire de celle de la HAS pour les audits sur la mise en œuvre de la check-list au bloc opératoire. Elle comprend plusieurs questions permettant d'évaluer la réalisation du Time out en conformité avec les recommandations de la HAS. L'objectif était d'inclure une dizaine d'interventions par spécialité. Nous avons également inclus une dizaine d'interventions dans les deux blocs d'urgence. Ces dernières seront analysées séparément des autres interventions programmées du secteur JBU. Les observations ont débuté le 07/10/2024.

1.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la mise en œuvre du Time out dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers. Le critère de jugement principal est le taux de réalisation du Time out sur l'ensemble des interventions observées.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier la répartition des rôles des différents professionnels dans la mise en œuvre du Time out.
- Évaluer la conformité de la réalisation du Time out avec les recommandations de la HAS.
- Apprécier la qualité et les conditions de réalisation.

Critères de jugement quantitatif

- Taux de réalisation du Time out : mesure du pourcentage de réalisation du Time out par rapport au nombre total d'interventions observées.

- Taux de vérification complète : évaluation du taux d'interventions chirurgicales où toutes les vérifications du Time out sont effectuées.
- Comparaison du taux de conformité : réalisation dans un environnement calme non bruyant.
- Participation des professionnels : évaluation du niveau de participation des professionnels au Time out.
- Interactivité : appréciation de l'interactivité lors de la réalisation.

1.3 Méthode

A. Critères d'inclusion

Toutes les chirurgies des blocs opératoires (JFR, JBA, JBU, JBC et le CCV) du CHU de Poitiers sont incluses dans cette étude. Pour le bloc opératoire JBU, les interventions réalisées dans les deux blocs dédiés aux urgences, à savoir les salles 11 et 12 figurent également dans nos observations. Les interventions prises en compte incluent celles réalisées sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale ou masque laryngé, ainsi que celles effectuées sous rachianesthésie, sous anesthésie locorégionale ou sous sédation avec surveillance anesthésique. Par ailleurs, les interventions pédiatriques sont également incluses. Toutes les informations requises pour la réalisation du Time out doivent figurer dans le dossier du patient.

B. Critères de non-inclusion

Les interventions réalisées en radiologie interventionnelle ne sont pas incluses, ainsi que toutes les autres interventions sous anesthésie ou sédation réalisées au Centre d'Explorations Thérapeutiques Interventionnelles (CETI). Les interventions dans le bloc d'urgence pour lesquelles l'équipe ne dispose pas d'assez d'informations sur le patient pour effectuer un Time out conforme (patient non identifiable, ou non enregistré) ne sont pas prises en compte.

C. Critères d'exclusion

Les interventions, auxquelles le MAR et/ou IADE référent de l'étude participent, sont exclues, ainsi que les interventions où les personnes présentes sont informées de l'étude, afin d'éviter les biais liés à une modification de comportement ou de procédure. Sont

également exclues les interventions de chirurgie ophtalmologique avec anesthésie locale seule. Les interventions réalisées la nuit sont exclues de l'étude.

Par ailleurs, la chirurgie plastique n'étant programmée que les lundis, mardis et vendredis, l'intégration à l'étude est complexe. De plus, lors des observations, les interventions de la chirurgie plastique, généralement réalisées en salle JBU 16 étaient transférées en salle JBU 15 où étaient également réalisées des interventions de chirurgie orthopédique. Cette configuration rendait l'atteinte du quota souhaité difficile. De ce fait, la chirurgie plastique a été exclue de l'étude.

1.4 Modalités de recueil des observations

Les observations ont été réalisées en fonction de l'avancement des interventions, en privilégiant celles qui étaient sur le point de débuter. L'objectif étant d'observer uniquement la réalisation du Time out et de ses conditions de réalisation dans les conditions les plus proches de la pratique réelle. Pour ce faire, le choix des salles et des interventions observées s'est fait selon les critères d'inclusion prédéfinis en fonction de la programmation des interventions imminentes. Certaines spécialités chirurgicales ont été plus fréquemment observées, notamment au vu de leur forte densité de programmation quotidienne qui offre davantage d'opportunités d'observation.

III. RESULTATS

Nous avons inclus pour cette étude 120 interventions chirurgicales réalisées au bloc opératoire du CHU de Poitiers. La répartition des interventions selon la spécialité est la suivante :

- Chirurgie orthopédique et traumatologique : 13 interventions
- Neurochirurgie-rachis : 11 interventions
- ORL : 13 interventions
- Chirurgie viscérale et digestive : 10 interventions
- Urologie : 10 interventions
- Chirurgie vasculaire et thoracique : 11 interventions
- Chirurgie cardiaque : 10 interventions
- Chirurgie gynécologique et obstétricale : 12 interventions

Nous avons également réalisé 15 observations dans les blocs d'urgence réparties comme suit :

- Chirurgie orthopédique et traumatologique : 11 interventions
- Urologie : 1 intervention
- Chirurgie viscérale et digestive : 3 interventions

Il convient de souligner que la spécialité la plus présente dans les blocs d'urgence est la chirurgie orthopédique et traumatologique.

Enfin, 15 interventions de pédiatrie ont été réalisées dans les salles spécifiquement dédiées à la pédiatrie avec l'équipe spécialisée. Leur répartition est la suivante :

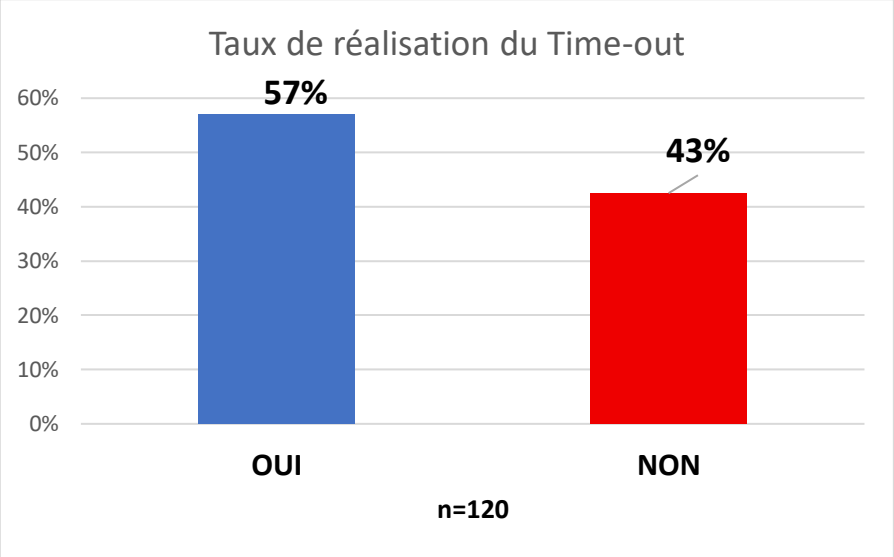
- Chirurgie viscérale et digestive : 4 interventions
- Urologie : 6 interventions
- ORL : 4 interventions
- Plastie : 1 intervention

1 Résultats globaux

La grille d'observation utilisée pour mener les observations se trouve en Annexe 2. Les différentes observations ont été réalisées sur une période de six mois, soit du 07/10/2024 au 10/04/2025.

- **Réalisation du Time out**

Graphique 1 : Taux de réalisation et de non-réalisation du Time out sur les 120 interventions observées

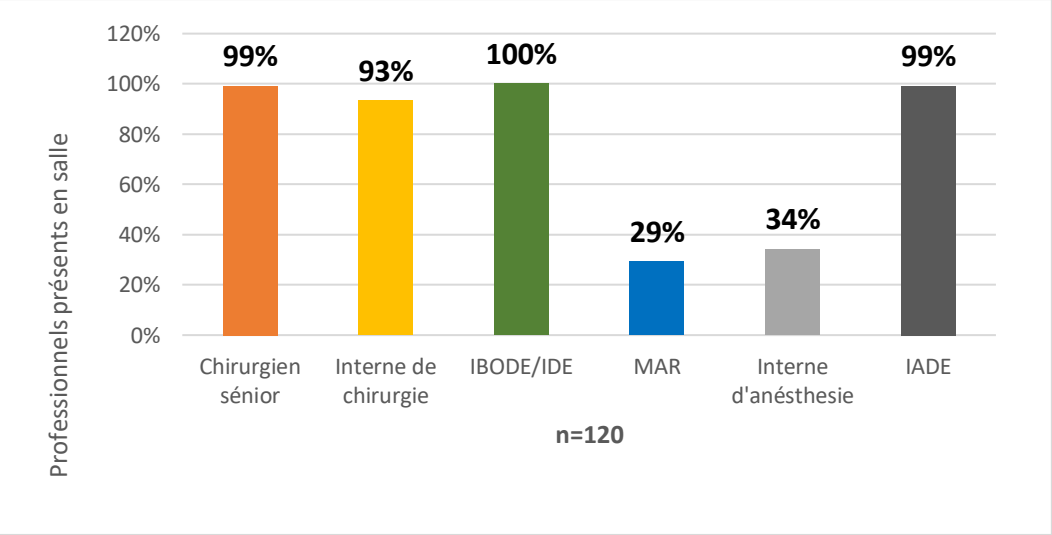


n= nombre d'interventions

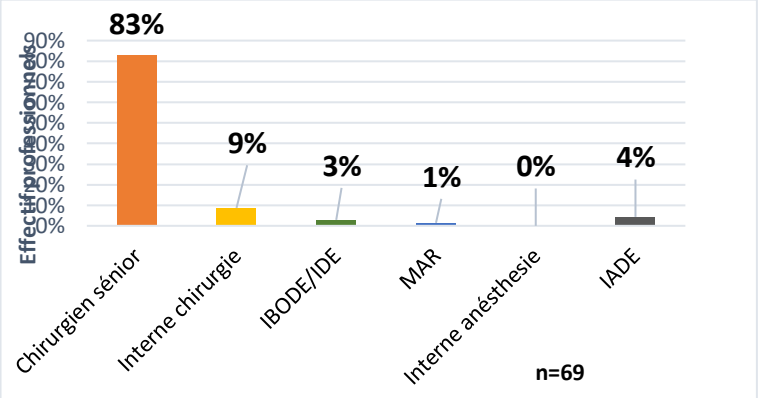
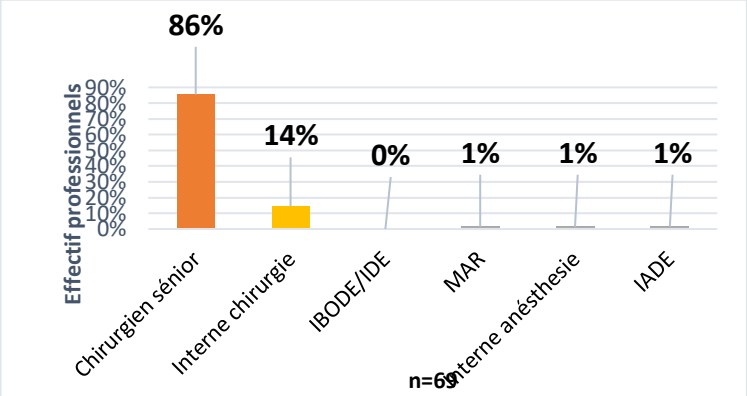
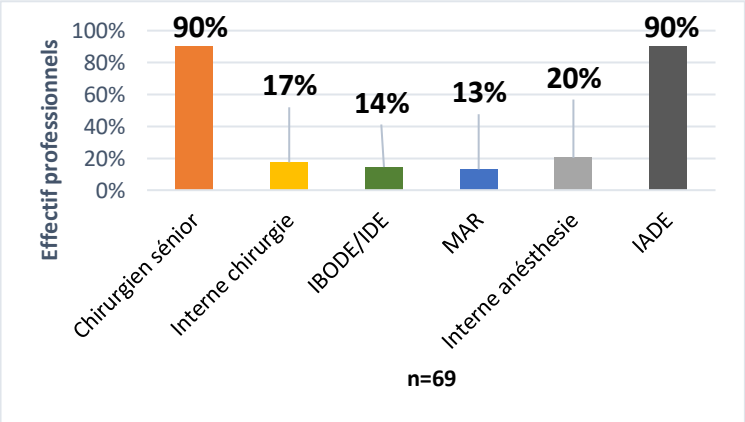
Sur les 120 interventions observées, la procédure du Time out a été effectivement réalisée dans 57% des cas, contre 43% où elle ne l'a pas été.

- **Participation et mise en œuvre du Time out**

Graphique 2 : Représentation en pourcentage des professionnels présents en salle sur les 120 interventions observées

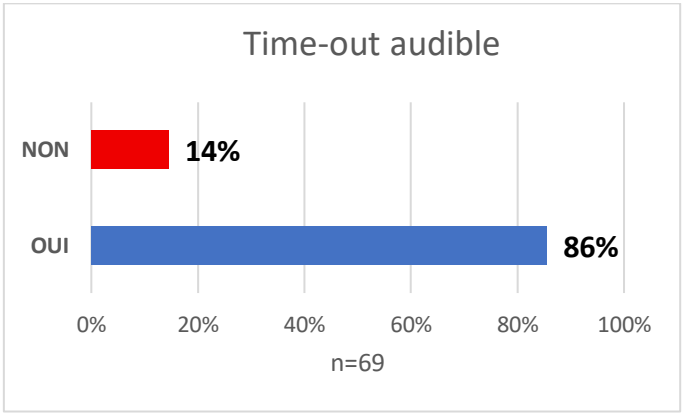


Ce graphique représente la présence des différents professionnels en salle au moment des observations. Il montre que les IBODE/IDE étaient présents dans 100% des interventions, suivis des chirurgiens seniors (99%), des IADE (99%), et des internes de chirurgie (93%). Le MAR était présent dans 29% des cas et les internes d'anesthésie dans 34%.

Professionnel qui initie le Time out	***Graphique 3 : Représentation du pourcentage de professionnels initiant le Time out sur les 69 réalisés*** 
Professionnels qui réalisent le Time out	***Graphique 4 : Représentation du pourcentage de professionnels réalisant le Time out sur les 69 réalisés*** 
Professionnels qui participent à sa réalisation	***Graphique 5 : Représentation du pourcentage de professionnels participant au Time out sur les 69 réalisés*** 

- **Le Time out est audible en salle**

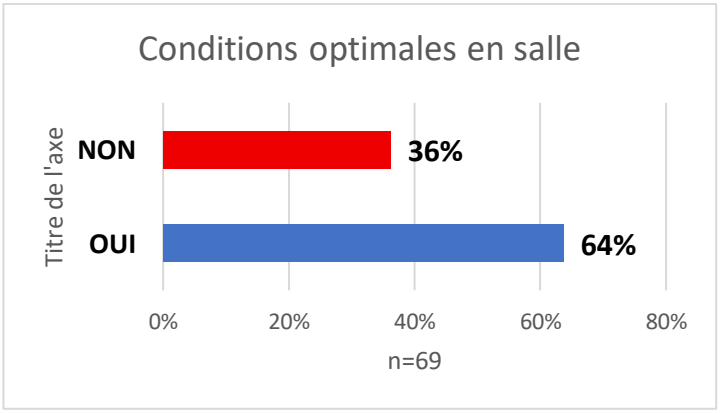
Graphique 6 : Pourcentage des Time out réalisés audibles ou non en salle



Dans 86% des Time out réalisés, 86% ont été audibles en salle contre 14% qui ne l'étaient pas.

- **Les conditions de réalisation du Time out sont optimales** (silence dans la salle, qualité d'écoute**)**

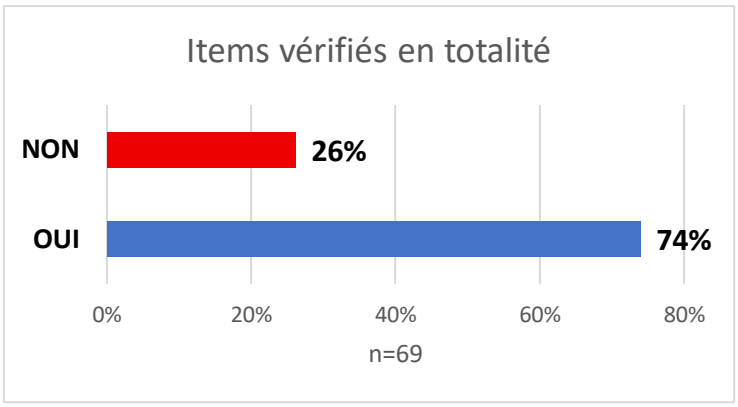
Graphique 7 : Représentation du pourcentage de Time out réunissant ou non les conditions optimales de réalisation en salle



Lors des observations, sur les 69 Time out, 64% réunissaient les conditions optimales de réalisation en salle, 36% des Time out ont été jugées non optimales.

- **Tous les items sont vérifiés**

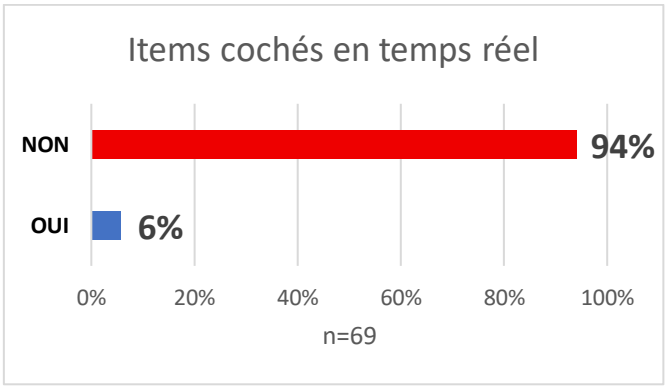
Graphique 8 : Représentation du pourcentage de Time out où tous les items ont été vérifiés ou non



Sur les 69 Time out réalisés, seulement 74% incluaient la vérification de tous les items demandés contre 26% n'ayant pas eu de vérification complète.

- **Tous les items ont été cochés en temps réel**

Graphique 9 : Pourcentage de Time out où les items ont été cochés en temps réel



Seul 6% des Time out réalisés ont été cochés en temps réel, c'est-à-dire au moment exact de sa réalisation. Les 94% restant ont été renseignés à un autre moment.

- **Un professionnel a eu des réactions négatives lors de la réalisation du Time out**

Il n'y avait pas eu de réactions négatives de la part des professionnels sur toutes les interventions observées.

2 Résultats selon spécialité

Nous avons observé 15 interventions réalisées dans les deux blocs dédiés aux urgences, à savoir les salles 11 et 12. Au cours de ces observations, trois spécialités ont été rencontrées, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie viscérale et digestive ainsi que

l'urologie. Nous avons également observé 15 interventions de pédiatrie dans les salles spécifiquement dédiées à accueillir des interventions pédiatriques. Lors de ces observations en pédiatrie, nous avons eu différentes spécialités telles que de l'ORL, l'urologie et la plastie.

Nous avons fait le choix de répartir les résultats sur le taux de réalisation du Time out par spécialité. Le but étant de mieux comprendre les pratiques actuelles et d'identifier, de façon constructive, les spécialités où les actions de sensibilisation supplémentaires pourraient être utiles. Cette approche vise avant tout à accompagner les équipes dans une dynamique d'amélioration continue, en tenant compte des spécificités et des contraintes du terrain pour chaque spécialité.

- **Le Time out est réalisé :**

Tableau 1 : Présentation selon spécialité du nombre et du pourcentage de réalisation du Time out

Spécialité	OUI (n, %)	NON (n, %)	Total (n)
Blocs d'urgences	13 (87%)	2 (13%)	**15**
Traumatologie et orthopédie	12 (92%)	1 (8%)	**13**
Gynécologie et obstétrique	10 (83%)	2 (17%)	**12**
Viscérale et digestif	8 (80%)	2 (20%)	**10**
Pédiatrie	8 (53%)	7 (47%)	**15**
Urologie	7 (70%)	3 (30%)	**10**
Vasculaire et thoracique	6 (55%)	5 (45%)	**11**
ORL	3 (23%)	10 (77%)	**13**
Cardiologie	2 (20%)	8 (80%)	**10**
Neurochirurgie et rachis	0 (0%)	11 (100%)	**11**

La réalisation du Time out varie selon les spécialités chirurgicales observées. Certaines spécialités présentaient une mise en œuvre régulière de la procédure, tandis que d'autres montraient une application plus occasionnelle, voire absente.

- **Les conditions de réalisation du Time out sont optimales**

Tableau 2 : Présentation du nombre et du pourcentage de Time out par spécialité réunissant ou non les conditions optimales de réalisation

Spécialité	OUI (n, %)	NON (n, %)	Total (n)
Gynécologie et obstétrique	9 (90%)	1 (10%)	**10**
Blocs d'urgence	8 (62%)	5 (38%)	**13**
Viscérale et digestif	7 (88%)	1 (12%)	**8**
Pédiatrie	6 (75%)	2 (25%)	**8**
Traumatologie et orthopédie	5 (42%)	7 (58%)	**12**
Vasculaire et thoracique	3 (50%)	3 (50%)	**6**
ORL	3 (100%)	0 (0%)	**3**
Urologie	3 (43%)	4 (57%)	**7**
Cardiologie	0 (0%)	2 (100%)	**2**

La présence des conditions optimales en salle au moment de la procédure varie d'une spécialité à l'autre. Certaines spécialités assurent de manière constante un environnement conforme aux conditions de réalisation, tandis que d'autres rencontrent des situations où ces conditions ne sont pas réunies.

IV. DISCUSSION

1 Analyse des résultats et limites

1.1 Analyse de l'objectif principal

L'objectif principal de l'étude était d'établir un état des lieux de la réalisation du Time out dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers. Pour ce faire, 120 interventions ont été

observées dans les différents blocs inclus dans l'étude. Il en ressort que, toutes spécialités confondues, le taux de réalisation est de 57%.

Ce chiffre révèle qu'environ 43%, soit 51 interventions n'ont pas bénéficié d'une procédure de Time out, ce qui représente un écart préoccupant au regard des recommandations de sécurité.

Cette absence de Time out expose les patients à des risques d'erreurs évitables, notamment en ce qui concerne l'identification du bon patient, la vérification du site opératoire ou encore la prévention des complications liées aux allergies.

Nous avons examiné le taux de réalisation selon les différentes spécialités. Cette analyse a mis en évidence des disparités de taux de réalisation. Certaines spécialités comme la chirurgie orthopédique et traumatologie, la chirurgie gynécologique et obstétricale, la chirurgie viscérale et digestive ainsi que l'urologie se distinguent par un taux de réalisation plus important.

Aucune procédure de Time out n'a été réalisée sur les 11 interventions observées en neurochirurgie et rachis. Sur 13 interventions observées en ORL, le taux de réalisation est de 23% soit seulement 3 interventions ont eu un Time out réalisé. Instaurer cette procédure en routine renforcerait encore davantage la sécurité et permettrait d'anticiper les risques.

Au-delà des différents obstacles cités en amont sur la mise en œuvre du Time out, un autre facteur peut expliquer ce faible taux de réalisation, l'habitude de travailler ensemble depuis longtemps. En effet, dans les différentes spécialités, les équipes sont stables, se connaissent et travaillent ensemble de manière régulière. Un climat de confiance et d'automatisme peut alors s'être installé. Cette proximité professionnelle, bien qu'elle facilite la coordination, peut être responsable d'un relâchement dans l'application rigoureuse de la procédure du Time out. De ce fait, il est possible que certaines vérifications soient considérées comme acquises, voire implicites, donc négligeables dans la pratique. Dans d'autres cas, les vérifications peuvent être faites mais partiellement de manière automatique. Or, elles ne sont efficaces que lorsqu'elles sont perçues et utilisées comme un outil de communication au sein de l'équipe. (19)

Nous constatons également que, contrairement à ce que nous pouvions penser, le taux de réalisation dans les deux blocs dédiés aux urgences est relativement élevé. Alors que, nous nous attendions à une moindre application dans ce contexte plus urgent et pressante. En effet, 13 interventions sur 15 ont été précédées d'un Time out soit un taux de réalisation de 87%.

Étant donné qu'il s'agissait de blocs dédiés aux urgences, nous ne pouvions pas anticiper les spécialités opérées. De ce fait, le nombre d'interventions observées par spécialité n'a pas pu être uniformisé. La chirurgie orthopédique et traumatologique reste la spécialité la plus rencontrée dans ce contexte. Cela témoigne d'une pratique bien ancrée du Time out dans cette spécialité. Cette culture de sécurité est d'autant plus élevée qu'il s'agit de la spécialité où le risque d'erreur de côté est souvent rencontré. (20)

Ces résultats mettent également en évidence un constat préoccupant en ce qui concerne la pédiatrie, où le taux de réalisation du Time out est bien en deçà des attentes pour une spécialité aussi sensible. Sur les 15 interventions observées, seulement 8 ont été précédées d'un Time out. Cela implique que les informations recueillies pour les 7 autres interventions par le MAR et ou l'IADE auprès des parents n'ont pas été transmises à l'ensemble de l'équipe en salle. Cela peut concerner la confirmation de la signature du consentement opératoire par les parents, qui est une étape essentielle en pédiatrie.

Ces écarts de pratique suggèrent une hétérogénéité dans l'application et la réalisation du Time out, malgré l'existence de recommandations communes.

De plus, une même affiche de rappel concernant la réalisation du Time out est présente dans toutes les salles de blocs, ce qui souligne une uniformisation du support visuel. Cette affiche est présentée en Annexe 3. Toutefois, on constate que sa seule présence ne semble pas suffire à garantir une application systématique. Cela indique qu'au-delà du support visuel, des mesures complémentaires sont nécessaires pour renforcer l'adhésion des équipes au Time out.

Ces constats mettent en lumière l'écart entre les recommandations de la HAS et la réalité des pratiques, même au sein d'un même établissement. Elles invitent à repenser la place du Time out non seulement comme outil technique, mais aussi révélateur d'enjeux culturels, organisationnels et relationnels dans les blocs opératoires.

1.2 Résultats des objectifs secondaires

A. Présence en salle

Le chirurgien senior et son interne sont largement présents ce qui témoigne d'un bon encadrement des actes.

Concernant l'équipe d'anesthésie, l'IADE est présent dans presque toutes les interventions, notamment lors de la réalisation du Time out. Une seule absence a été relevée, justifiée par un déplacement temporaire à la réserve pour chercher du matériel. Durant cette brève absence, une interne d'anesthésie était présente en salle, assurant ainsi la continuité de la surveillance.

En revanche, l'absence fréquente du MAR s'explique par le fait qu'il est responsable de plusieurs salles simultanément, ce qui limite sa disponibilité au moment du Time out.

Nous observons cependant une présence plus significativement élevée du MAR dans les interventions pédiatriques. Ce qui s'explique par la complexité anesthésique chez l'enfant mais également par le fait que le MAR responsable de la salle pédiatrique n'a pas d'autre salle à sa charge. Sur les 15 interventions pédiatriques en salle de pédiatrie, le MAR était présent 14 fois sur les 15. La seule intervention où il n'était pas présent en salle, il y avait une interne d'anesthésie. Cette organisation est conforme aux Recommandations de Pratiques Professionnelles (RPP) en vigueur sur l'anesthésie pédiatrique. La présence renforcée du MAR lors des interventions pédiatriques s'inscrit pleinement dans les derniers RPP de la SFAR. (21)

B. Initiation et réalisation

Nous avons également observé les professionnels initiant le Time out, ceux qui le réalisent, et ceux qui y participent activement. Il est important de souligner que le professionnel qui l'initie n'est pas nécessairement celui qui le conduit. Initier le Time out consiste principalement à attirer l'attention en salle pour marquer son commencement, ainsi qu'à rappeler sa réalisation lorsqu'elle tend à être omise. Ce rôle d'alerte et de vigilance peut être assuré par tout membre de l'équipe d'anesthésie ou de chirurgie, illustrant ainsi une dynamique de collaboration où chaque professionnel peut agir comme garant de la sécurité du patient.

Dans le cadre de notre étude, nous avons constaté que le chirurgien initie le Time out dans 83% des procédures réalisées. Il est également celui qui réalise la procédure dans 86% des cas. Ce constat met en évidence le rôle central du chirurgien dans l'initiation et la conduite de la procédure. En dehors du chirurgien, l'interne de chirurgie représente le second professionnel le plus impliqué dans l'initiation et la réalisation de la procédure. Ce constat soulève également une question sur la participation active des autres membres de l'équipe en salle notamment l'IBODE, l'IDE circulante ainsi que l'IADE. Il est important de souligner que la responsabilité de l'initiation du Time out ne repose pas uniquement sur le chirurgien. Selon les recommandations de la HAS, tout professionnel présent en salle de bloc opératoire peut et doit être en capacité d'initier la procédure qu'il s'agisse de l'IBODE, de l'IADE ou bien du MAR.

Concernant la participation, le chirurgien et l'IADE sont les deux professionnels les plus fréquemment impliqués, présents dans 90% des Time out réalisés. Cette implication conjointe traduit une vérification croisée entre les deux équipes.

C. Condition de réalisation

Nous avons souhaité évaluer la conformité de la réalisation du Time out au regard des recommandations de la HAS.

Pour cela, nous avons apprécié la qualité de réalisation du Time out (conditions optimales, vérification audible, intégralité des items abordés et remplissage en temps réel).

En ce qui concerne la qualité de réalisation, sur les Time out réalisés, 86% étaient audibles en salle, soit réalisés à voix haute, permettant à l'ensemble de l'équipe d'apprécier sa réalisation.

Le caractère audible du Time out a été évalué à partir des observations directes réalisées lors des procédures de vérifications. Lorsque le Time out était réalisé à voix haute, il était possible pour l'observateur de constater que l'ensemble de l'équipe en salle était en mesure de l'entendre, notamment par leur réaction (écoute active, participation ou acquiescement). Nous avons estimé également qu'il était audible en salle car l'observateur, positionné en salle pouvait lui-même l'entendre.

Toutefois, nous avons jugé 14% des Time Out non-audibles. Cette non-conformité peut notamment s'expliquer par une réalisation à voix basse, que nous avons pu inférer lorsque

l'observateur présent en salle ne percevait pas ou très faiblement le contenu verbal de la procédure malgré sa proximité avec l'équipe. Il arrivait même que l'observateur se rapproche physiquement de celui qui conduisait le Time out pour entendre ce qui était dit.

Dans le cadre de cette étude, nous avons défini les conditions optimales en salle comme suit : l'absence de bruits en salle et un silence respecté par l'équipe. L'évaluation de ces conditions optimales repose sur des observations qualitatives, étant donné l'impossibilité d'effectuer des mesures acoustiques précises en salle.

Concernant les conditions optimales en salle, les résultats montrent qu'elles étaient réunies dans seulement 64% des cas sur les 69 Time out réalisés. Dans les 36% des cas restants, le Time out s'était déroulé dans un environnement perturbé. Des bruits étaient présents en salle, notamment de la musique, des discussions entre professionnels ou encore l'ouverture de matériel. Les conditions en salle exercent une influence sur la communication en salle d'opération entre les équipes et ont également un impact direct sur la charge de travail cognitif du personnel en salle (22,23) .

Sur les spécialités observées, la chirurgie gynécologique et obstétricale se distinguaient par des conditions en salle particulièrement optimales, avec un environnement calme lors des vérifications.

De plus, il s'agit de la seule spécialité pour laquelle tous les items ont été vérifiés lors des interventions observées. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que le professionnel qui réalisait le Time out se référait systématiquement à l'affiche présente en salle. C'est d'ailleurs la seule spécialité où nous avons constaté l'utilisation active de cette affiche.

Parmi les spécialités où les conditions de réalisation n'étaient pas toutes optimales, la chirurgie orthopédique et traumatologique se distingue particulièrement. En effet, cette spécialité implique l'utilisation d'un grand volume de matériel, nécessitant l'ouverture de nombreuses boîtes en salle. Cette activité génère un niveau sonore important lors de la réalisation du Time out. Ce bruit ambiant constant, dû à la manipulation et à la préparation simultanée des instruments, interfère directement avec la concentration nécessaire au bon déroulement de la procédure. Différentes études ont mis en évidence le fait qu'il s'agissait de la spécialité où le niveau sonore était le plus élevé. Ce bruit peut compromettre la compréhension mutuelle au sein de l'équipe, augmentant le risque d'erreur. (24)

Nous avons constaté, notamment dans les environnements bruyants, des interruptions dans la réalisation du Time out. Le professionnel en charge de cette procédure s'arrêtait parfois en cours de route pour solliciter un autre membre de l'équipe ou gérer une demande logistique avant de reprendre là où il s'était interrompu. Cette discontinuité peut compromettre le bon déroulement de la procédure, en augmentant le risque d'oublis et d'erreurs dans la vérification des différents items. Les interventions durant lesquelles le Time out a été interrompu n'ont pas été consignées sur la grille d'observation. Toutefois, ces situations correspondaient le plus souvent à des cas où la vérification complète des items n'était pas effectuée. Sur l'ensemble des Time out réalisés, 74% ont permis une vérification complète de tous les items. Cela représente une majorité, mais souligne aussi que dans les 26% restants, les vérifications n'ont pas été complétées.

D. Traçabilité

Concernant la question de savoir si les items étaient cochés en temps réel, seulement 4 Time out ont été cochés en temps réel soit un taux de 6%. Dans les 94% restant, nous avons observé que le Time out était renseigné dans le dossier informatique soit en amont ou en aval, mais rarement au moment précis où il était effectivement effectué. La grille d'observation ne comportait pas de champ permettant de préciser si la procédure était tracée avant ou après sa réalisation.

2 Limites et biais de l'étude

Dans le cadre de notre étude observationnelle sur la mise en œuvre du Time out au bloc opératoire, plusieurs limites et biais doivent être pris en compte afin de nuancer les conclusions.

- <u>Nombre limité d'observations par spécialité</u>

Le nombre d'observations varie significativement d'une spécialité à l'autre. Certaines spécialités comme l'orthopédie, la pédiatrie ou encore les urgences ont été davantage observées, tandis que d'autres comme la cardiologie ou la chirurgie viscérale et digestive, très peu. Cette hétérogénéité peut limiter la comparabilité entre les spécialités et peut rendre difficile la généralisation des résultats à l'ensemble des pratiques.

- Effet observation (biais de Hawthorne)

  Le fait que les équipes sachent qu'elles étaient observées a pu influencer leur comportement, les incitant à respecter davantage la procédure. Ce biais peut conduire à une surestimation de la conformité réelle en pratique courante.

  Au cours des observations, nous avons constaté un phénomène particulier : lorsque l'équipe était observée une première fois sans réaliser le Time out, puis que l'observateur revenait dans la même salle une deuxième fois dans la journée, l'équipe semblait prendre conscience de l'objectif de l'observation. Cette prise de conscience conduisait à la réalisation du Time out lors du second passage. Cela peut avoir faussé une partie des observations. En conséquence, certaines observations n'ont pas été prises en compte lorsque cet effet était trop marqué et que les professionnels en salle exprimaient un doute sur le sujet de l'observation en interrogeant directement l'observateur. En effet, certains professionnels en salle ont explicitement demandé à l'observateur s'il travaillait sur la check-list. Cette prise de conscience a systématiquement conduit à la réalisation du Time out, souvent de manière immédiate.

- Durée et champ d'observation limité

  L'étude a été menée sur une période définie et dans un nombre restreint de spécialités, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble des spécialités. L'endoscopie, l'ophtalmologie, la plastie ou encore la radiologie interventionnelle n'ont pas été incluses, limitant davantage la portée générale des résultats.

- Biais de sélection et gestion des quotas d'observation

  Un biais de sélection est notamment à prendre en compte, dans la mesure où les interventions observées ont été choisies en fonction de leur accessibilité immédiate et de leur programmation, sans tirage aléatoire. Cette méthode peut constituer un biais de sélection susceptible d'affecter la représentativité des données. Un quota d'observations avait été défini pour chaque spécialité, dans l'objectif d'assurer une représentativité équilibrée des pratiques observées. Une fois cet objectif atteint, des observations supplémentaires ont été réalisées dans certaines spécialités, à forte activité opératoire afin d'accroître la puissance analytique et renforcer la valeur interprétative des résultats. Cette

démarche, bien qu'intentionnelle et méthodologiquement justifiée, a eu pour effet d'accentuer la disparité du nombre d'observations entre spécialités.

Néanmoins, malgré ces limites et ces biais, les résultats obtenus constituent une base précieuse pour identifier les axes d'amélioration et les spécialités où la mise en œuvre du Time out pourrait être renforcée.

3 Propositions

Ces observations ont permis de mettre en évidence un taux de réalisation du Time out qui est insuffisant au regard des attentes. Par conséquent, des mesures doivent être mises en place pour améliorer ce taux et garantir une application systématique de la procédure. Pour ce faire, nous avons émis différentes propositions qui sont les suivantes :

- Désigner un responsable du Time out :

  Identifier clairement la personne qui conduit le Time out (chirurgien, IBODE, IADE), qui suivra les différentes étapes et veillera au silence en salle et ainsi avoir les conditions optimales de réalisation. L'équipe d'anesthésie (MAR, IADE, interne d'anesthésie) peut également être responsable d'initier et/ou de conduire le Time out.

- Former et sensibiliser les professionnels :

  Organiser des formations régulières, simulations ou rappels notamment lors des quick-points qualité organisés au sein des blocs pour renforcer la compréhension et l'adhésion des équipes. Former les professionnels à un leadership collaboratif, dans lequel la responsabilité est collective, et non uniquement portée par le chirurgien. Encourager le chirurgien senior à valoriser la prise de parole des autres membres de l'équipe. Il est essentiel que chaque professionnel se sente légitime d'initier la procédure.

- Mettre en place un suivi et un retour d'expérience :

  Réaliser des audits internes réguliers afin d'évaluer la fréquence, la qualité et la conformité du Time out, et aussi mesurer l'efficacité des mesures mises en place. Ces audits s'inscrivent également dans une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles. Il est également important d'informer les professionnels des résultats des audits réalisés, afin de les impliquer davantage et de les rendre acteurs de cette démarche d'amélioration des

pratiques. Cette transparence des résultats favorise la prise de conscience collective des enjeux de sécurité et renforce l'adhésion aux mesures mises en place.

Une nouvelle affiche présente en annexe 4 a récemment été élaborée et mise en place dans toutes les salles d'intervention. L'évolution du support visuel entre l'ancienne affiche et la nouvelle affiche du Time out témoigne d'une stratégie d'amélioration de la sécurité opératoire centrée sur la simplicité, l'efficacité et l'impact visuel. Le remplacement partiel des éléments textuels par des pictogrammes explicites et des messages normatifs forts, tels que « Pas de TIME OUT = pas d'incision » participent à une stratégie d'ergonomie cognitive visant à réduire le risque d'erreurs. Les infirmiers circulants du bloc doivent se sentir également légitimes d'initier voire réaliser la procédure.

V. CONCLUSION

Cette étude souligne le rôle du Time out comme un levier puissant de sécurité collective au bloc opératoire. Bien plus qu'une obligation réglementaire, cette vérification constitue un temps d'arrêt structurant, qui recentre l'ensemble de l'équipe autour d'un objectif commun, la sécurité du patient. Elle permet de créer un espace de communication interprofessionnelle, où chacun peut s'exprimer, vérifier, alerter et collaborer.

Cependant, sa mise en œuvre effective reste encore trop souvent perçue comme une formalité administrative, parfois négligée ou réalisée de manière automatique. Les disparités observées entre les spécialités, les interruptions, les environnements bruyants et l'absence de pointage des items en temps réel traduisent une culture de sécurité encore perfectible.

Renforcer cette culture de sécurité au bloc opératoire passe par une meilleure sensibilisation des équipes, un rappel constant des recommandations de la HAS, ainsi qu'une organisation plus rigoureuse et cohérente autour du Time out. Cela demande un engagement collectif, qui nécessite la participation active de tous les professionnels de bloc opératoire, quel que soit leur rôle.

Ces résultats montrent que le Time out, au-delà de sa valeur réglementaire, agit comme un révélateur des dynamiques d'équipe et des failles systémiques au bloc opératoire. Pour renforcer l'efficacité de cette procédure, il ne s'agit pas seulement d'imposer sa réalisation,

mais d’en faire un levier collectif de vigilance, de communication et de culture partagée de la sécurité.

Promouvoir un Time out, vécu comme une procédure à part entière, porteuse de sens, de responsabilité partagée et de prévention, c’est faire un pas de plus vers une chirurgie plus sécurisée et plus responsable.

Pour approfondir ces résultats, il serait intéressant de poursuivre les observations sur une période plus longue, tout en les complétant par une enquête qualitative auprès des professionnels, afin de mieux comprendre les freins et représentations liées à la mise en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

1. ATIH-chiffres-cles-2023.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2024]. Disponible sur: https://chiffres-cles.scansante.fr/pdf/ATIH-chiffres-cles-2023.pdf

2. pour_une_meilleure_utlisation_de_la_check-list.pdf [Internet]. [cité 18 juin 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/pour_une_meilleure_utlisation_de_la_check-list.pdf

3. PICARD C. Rapport d'audit qualitative sur la check-list. CHU de Poitiers;19 oct 2023;

4. Cabarrot P, Bally B, Benhamou D, Bourgain JL, Raucoules-Aimé M, Mienvielle É, et al. Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 1 févr 2011;15(1):44-53.

5. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000023086419

6. Chapitre II : Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé (Articles L1142-1 à L1142-30) - Légifrance [Internet]. [cité 24 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171014/#LEGISCTA000006171014

7. Cros J. Facteurs humains et organisationnels en anesthésie-réanimation. Anesthésie & Réanimation. 1 mai 2021;7(3):218-29.

8. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 janv 2025]. Les check-lists pour la sécurité du patient. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient

9. facteurs-humains-en-situations-critiques.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2025]. Disponible sur: https://sfar.org/download/facteurs-humains-en-situations-critiques/?wpdmdl=37888&refresh=680e1f59dca2c1745755993

10. Haugen AS, Sevdalis N, Søfteland E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. Anesthesiology. août 2019;131(2):420.

11. Brown B, Bermingham S, Vermeulen M, Jennings B, Adamek K, Markou M, et al. Surgical safety checklist audits may be misleading! Improving the implementation and adherence of the surgical safety checklist: a quality improvement project. BMJ Open Qual. nov 2021;10(4):e001593.

12. Piriou V. Check-list au bloc opératoire : pourquoi elle n'est pas toujours appliquée (et pourquoi elle devrait l'être) ? Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 1 sept 2011;15(4):256-9.

13. Berlinger N, Dietz E. Time-out: The Professional and Organizational Ethics of Speaking Up in the OR. AMA Journal of Ethics. 1 sept 2016;18(9):925-32.

14. Un second souffle en 2022 pour la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » | Risques & qualité [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: https://www.risqual.net/publication-scientifique/un-second-souffle-en-2022-pour-la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

15. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Flash sécurité patient – « Sécurité au bloc opératoire. Un petit check vaut mieux qu'un grand choc ! ». Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270447/fr/flash-securite-patient-securite-au-bloc-operatoire-un-petit-check-vaut-mieux-qu-un-grand-choc

16. Freundlich RE, Bulka CM, Wanderer JP, Rothman BS, Sandberg WS, Ehrenfeld JM. Prospective Investigation of the Operating Room Time-Out Process. Anesthesia and analgesia. mars 2020;130(3):725.

17. Weinger MB. Time out! Rethinking surgical safety: more than just a checklist. BMJ Qual Saf. août 2021;30(8):613-7.

18. Kim S, Appelbaum NP, Baker N, Bajwa NM, Chu F, Pal JD, et al. Patient Safety Over Power Hierarchy: A Scoping Review of Healthcare Professionals' Speaking-up Skills Training. The Journal for Healthcare Quality (JHQ). oct 2020;42(5):249.

19. Gillespie BM, Harbeck EL, Lavin J, Hamilton K, Gardiner T, Withers TK, et al. Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study. BMJ Open Qual. 2018;7(3):e000362.

20. Santiesteban L, Hutzler L, Bosco JAI, Robb WI. Wrong-Site Surgery in Orthopaedics: Prevalence, Risk Factors, and Strategies for Prevention. JBJS Reviews. 12 janv 2016;4(1):e3.

21. organisation-de-lanesthesie-pediatrique.pdf [Internet]. [cité 15 juin 2025]. Disponible sur: https://sfar.org/download/organisation-de-lanesthesie-pediatrique/?wpdmdl=43179&refresh=684de4293043b1749935145

22. Kennedy-Metz LR, Arshanskiy M, Keller S, Arney D, Dias RD, Zenati MA. Association Between Operating Room Noise and Team Cognitive Workload in Cardiac Surgery. IEEE Conf Cogn Comput Asp Situat Manag. juin 2022;2022:89-93.

23. Keller S, Tschan F, Beldi G, Kurmann A, Candinas D, Semmer NK. Noise peaks influence communication in the operating room. An observational study. Ergonomics. déc 2016;59(12):1541-52.

24. Wang Q, Wu H, Zhang Y. Effect of Noise Exposure During Orthopedic Surgery on Nurses' Information Processing: Analysis of Reaction Delays and Errors in Judgment. Noise Health. 1 avr 2025;27(125):97-103.

Table des annexes

Annexe I: Check-list HAS "Sécurité du patient au bloc opératoire" I

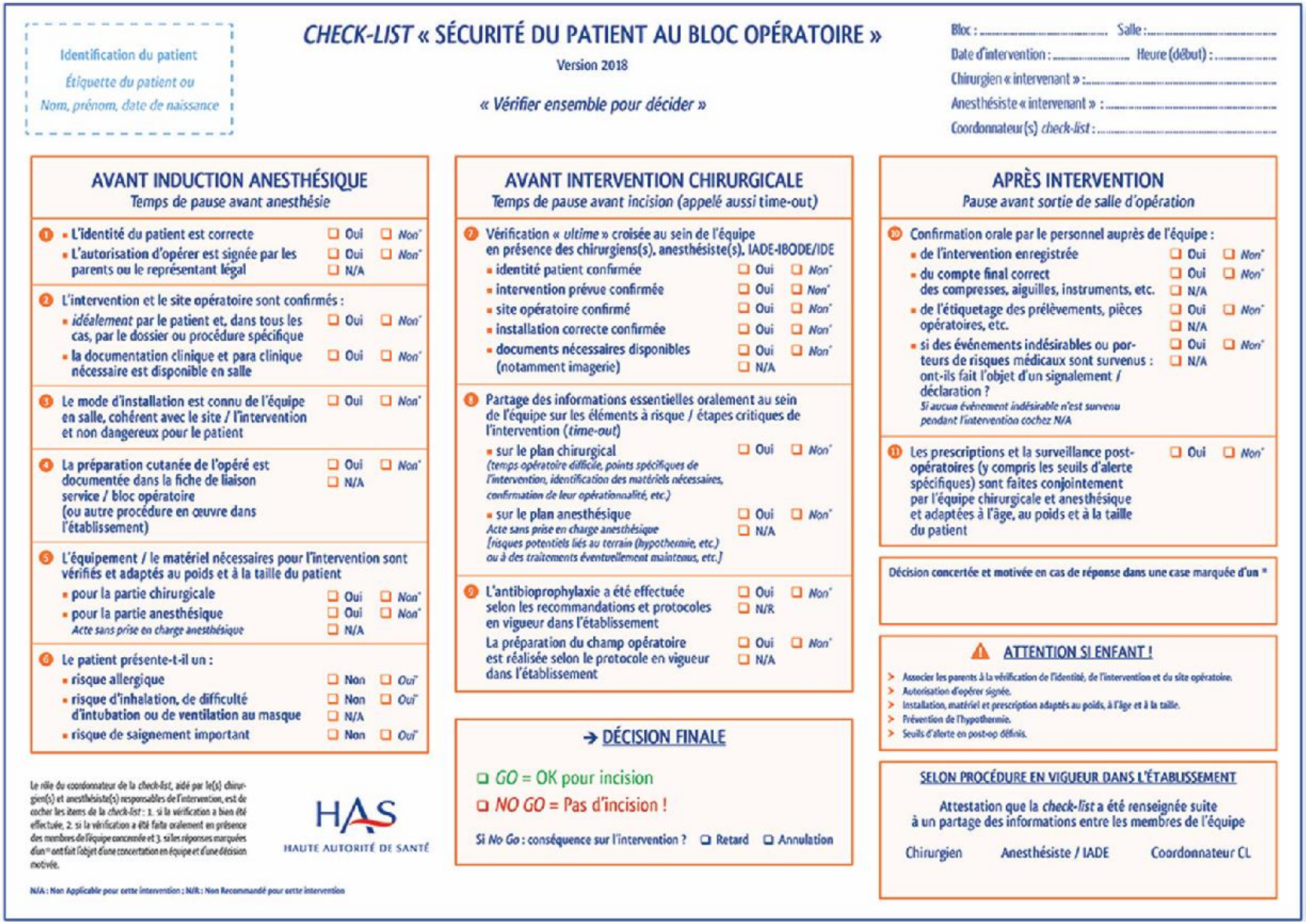
Annexe II : Grille d'observation utilisée pour les observations III

Annexe III : Affiche du Time out présente en salle au CHU de Poitiers au cours de l'étude . V

Annexe IV: Nouvelle affiche du Time out au CHU de Poitiers VI

Annexe V: Récépissé d'enregistrement à la CNIL..... VII

Annexe I: Check-list HAS "Sécurité du patient au bloc opératoire"



Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

Bloc : ..... Salle : .....
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....
Chirurgien « intervenant » : .....
Anesthésiste « intervenant » : .....
Coordonnateur(s) *check-list* : .....

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1. L'identité du patient est correcte ☐ Oui ☐ *Non**
   L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/A
2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés :
   - *idéalement* par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ☐ Oui ☐ *Non**
   - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ☐ Oui ☐ *Non**
3. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient ☐ Oui ☐ *Non**
4. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/A
5. L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient
   - pour la partie chirurgicale ☐ Oui ☐ *Non**
   - pour la partie anesthésique ☐ Oui ☐ *Non**
     Acte sans prise en charge anesthésique ☐ N/A
6. Le patient présente-t-il un :
   - risque allergique ☐ Non ☐ *Oui**
   - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ☐ Non ☐ *Oui**
   - risque de saignement important ☐ Non ☐ *Oui**

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)

7. Vérification « *ultime* » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE
   - identité patient confirmée ☐ Oui ☐ *Non**
   - intervention prévue confirmée ☐ Oui ☐ *Non**
   - site opératoire confirmé ☐ Oui ☐ *Non**
   - installation correcte confirmée ☐ Oui ☐ *Non**
   - documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/A
8. Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (*time-out*)
   - sur le plan chirurgical *(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)* ☐ Oui ☐ *Non**
   - sur le plan anesthésique *Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]* ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/A
9. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/R
   La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/A

→ DÉCISION FINALE

☐ *GO* = OK pour incision
☐ *NO GO* = Pas d'incision !

Si No Go : conséquence sur l'intervention ? ☐ Retard ☐ Annulation

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

10. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
    - de l'intervention enregistrée ☐ Oui ☐ *Non**
    - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/A
    - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/A
    - si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? ☐ Oui ☐ *Non** ☐ N/A
    Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A
11. Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient ☐ Oui ☐ *Non**

Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *

⚠ ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la *check-list* a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL

Le rôle du coordonnateur de la *check-list*, aidé par le(s) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention, est de cocher les items de la *check-list* : 1. si la vérification a bien été effectuée, 2. si la vérification a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et 3. si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision motivée.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

N/A : Non Applicable pour cette intervention ; N/R : Non Recommandé pour cette intervention

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2018

Mode d'emploi

« Vérifier ensemble pour décider »

La *check-list* HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » comporte les éléments indispensables et non modifiables à vérifier ensemble et en équipe au bloc opératoire afin de prendre des décisions sur la poursuite ou non d'une intervention chirurgicale.

Cependant, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels, dans le cadre de leurs collèges professionnels/organismes agréés d'accréditation.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

1. Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identitovigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)

2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et, dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collèges professionnels de la spécialité (marquage, etc.)

3. L'équipe qui reçoit le patient en salle dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.

4. La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service/bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations/procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patients dépendants, dépilation éventuelle précisant le mode).

5. Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, sources d'énergie (bistouri électrique, etc.), appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.

6. L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
   - en cas de risque d'inhalation/difficulté d'intubation/ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ;
   - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500 ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc.

   La conformité au protocole préopératoire concernant un traitement anticoagulant et/ou antiagrégant est vérifiée.

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision (time-out)

7. Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale.
   Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site/intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient.
   Il convient aussi de vérifier au plus tard, à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.

8. Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé *time-out*), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésique et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
   - sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
   - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques) ;
   - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).

9. L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie, si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement.
   C'est également à cette étape que l'on confirme la préparation du champ opératoire réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

À la suite des temps 1 et 2 de la *check-list*, la décision finale de poursuivre ou non l'intervention est tracée et motivée.

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

10. L'équipe confirme oralement le type de l'intervention enregistrée et, s'il y a lieu, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles, ainsi que l'identification des prélèvements et des pièces opératoires.
    Il importe que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.

11. Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

En cas de réponse marquée d'un astérisque*, la décision prise par l'équipe doit être tracée et argumentée.

La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la *check-list* relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la *check-list*.

⚠ POINTS CLÉS POUR UN ENFANT

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Disposer d'une autorisation d'opérer signée.
- Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille.
- Prévenir l'hypothermie peropératoire.
- Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire.

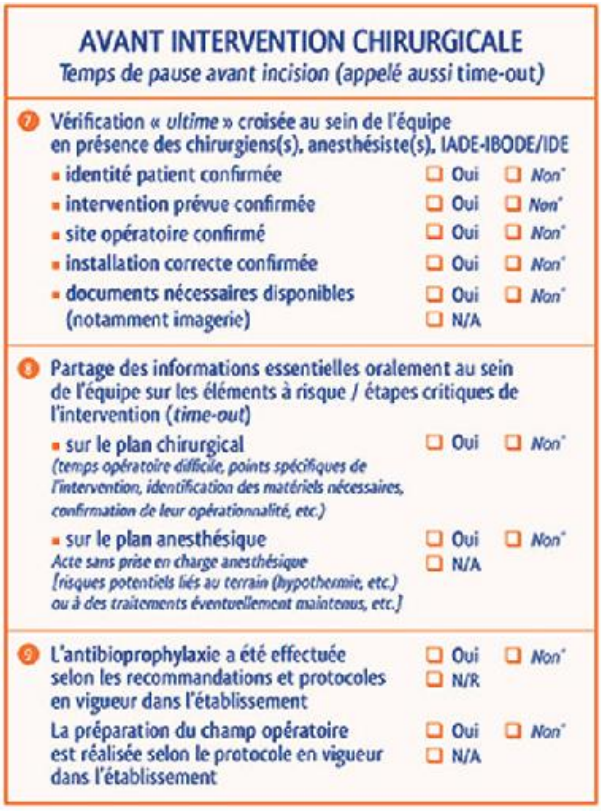
Annexe II : Grille d'observation utilisée pour les observations

Time out au bloc opératoire

Observation N° :… Date :……/……/…… Heure :……H……BLOC :……
Intervention :…… Anesthésie :……

Étape 2 : Avant intervention TIME OUT	
Les professionnels présents en salle	
- **Chirurgien senior**	☐ **Oui** ☐ **Non**
- **Interne en chirurgie**	☐ **Oui** ☐ **Non**
- **IBODE/IDE**	☐ **Oui** ☐ **Non**
- **Médecin anesthésiste réanimateur (MAR)**	☐ **Oui** ☐ **Non**
- **Interne en anesthésie**	☐ **Oui** ☐ **Non**
- **IADE**	☐ **Oui** ☐ **Non**
Le Time out est réalisé	☐ **Oui** ☐ **Non**
Professionnel qui initie le Time out	☐ **Chirurgien**
	☐ **Interne en chirurgie**
	☐ **MAR**
	☐ **Interne en anesthésie**
	☐ **IADE**
	☐ **IBODE/IDE**
	☐ **Autre***
Professionnel qui le réalise	☐ **Chirurgien**
	☐ **Interne en chirurgie**
	☐ **MAR**
	☐ **Interne en anesthésie**
	☐ **IADE**
	☐ **IBODE/IDE**
	☐ **Autre***
Professionnels qui participent à sa réalisation	☐ **Chirurgien**
	☐ **Interne en chirurgie**
	☐ **MAR**
	☐ **Interne en anesthésie**
	☐ **IADE**
	☐ **IBODE/IDE**
	☐ **Autre***
Le Time out est fait de façon audible	☐ **Oui** ☐ **Non**

Le Time out est interactif entre les professionnels en salle	☐ **Oui** ☐ **Non**
Les conditions de réalisation du Time out sont optimales (silence dans la salle, qualité d'écoute)	☐ **Oui** ☐ **Non**
Le dossier du patient est utilisé pour les vérifications	**Equipe de chirurgie** ☐ **Oui** ☐ **Non** **Equipe d'anesthésie** ☐ **Oui** ☐ **Non**
Tous les items sont vérifiés	☐ **Oui** ☐ **Non**
Tous les items ont été cochés en temps réel	☐ **Oui** ☐ **Non**
Un professionnel a eu des réactions négatives lors de La réalisation du Time out : comportement d'opposition, refus de verbaliser... *(plusieurs réponses possibles)*	☐ **Chirurgien** ☐ **Interne en chirurgie** ☐ **MAR** ☐ **Interne en anesthésie** ☐ **IADE** ☐ **IBODE/IDE** ☐ **Autre***



AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)

7 Vérification « *ultime* » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE

- identité patient confirmée ❑ Oui ❑ Non*
- intervention prévue confirmée ❑ Oui ❑ Non*
- site opératoire confirmé ❑ Oui ❑ Non*
- installation correcte confirmée ❑ Oui ❑ Non*
- documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ❑ Oui ❑ Non* ❑ N/A

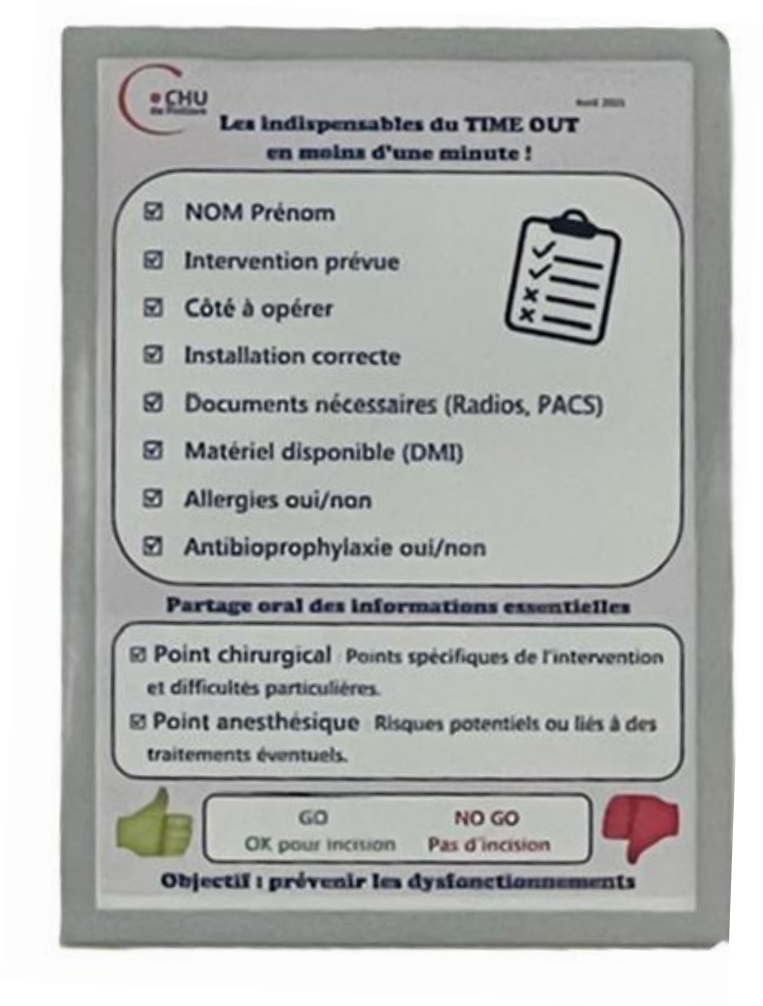
8 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (*time-out*)

- sur le plan chirurgical ❑ Oui ❑ Non*
  (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)
- sur le plan anesthésique ❑ Oui ❑ Non* ❑ N/A
  Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement malaiseux, etc.]

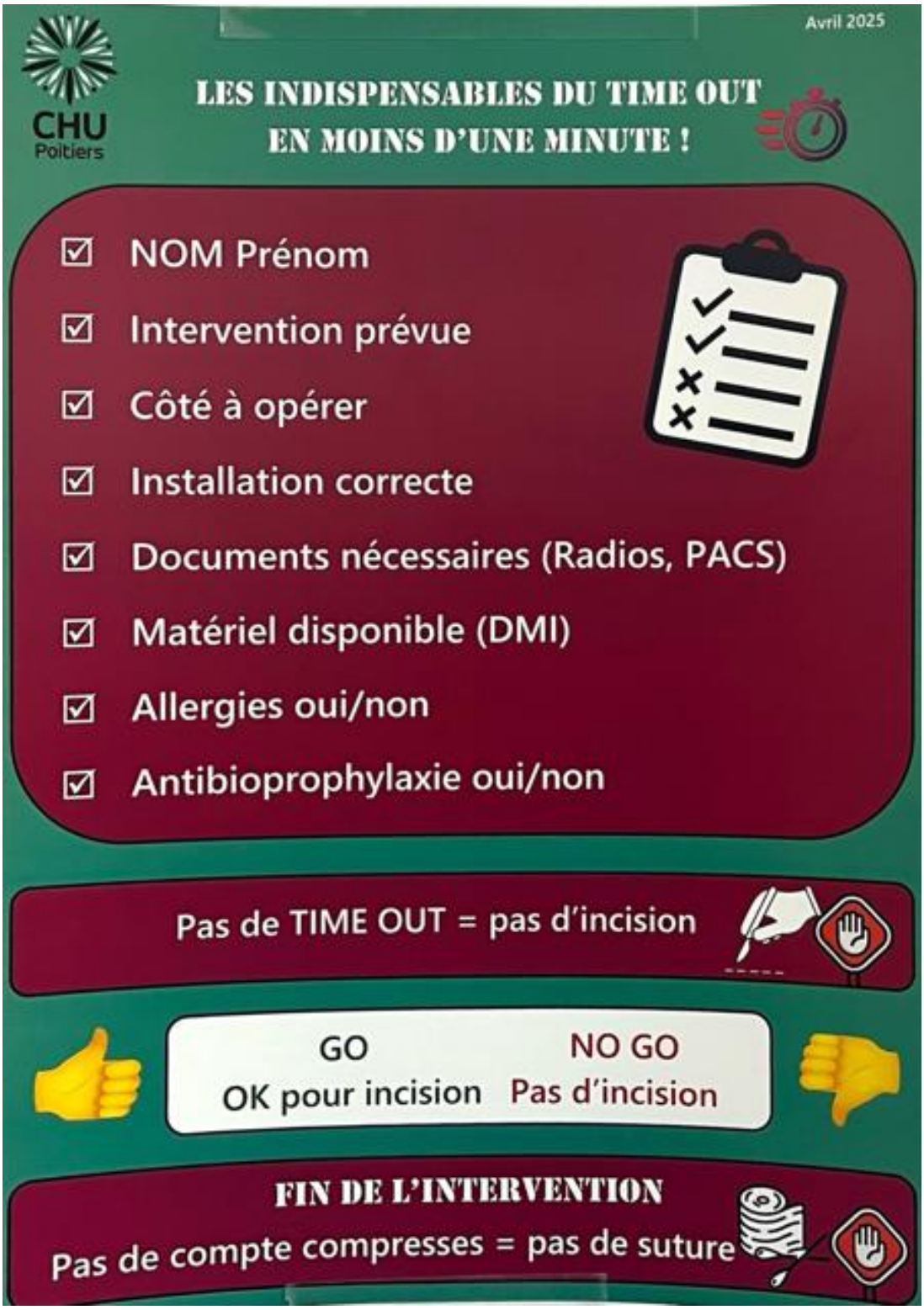
9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ❑ Oui ❑ Non* ❑ N/R

La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ❑ Oui ❑ Non* ❑ N/A

Annexe III : Affiche du Time out présente en salle au CHU de Poitiers au cours de l'étude



Annexe IV: Nouvelle affiche du Time out au CHU de Poitiers



Annexe V: Récépissé d'enregistrement à la CNIL

CHU Poitiers	Délégué à la protection des données
	AVIS D'INSCRIPTION AU REGISTRE DES ACTIVITES DE TRAITEMENT

J'ai le plaisir de vous confirmer l'inscription au registre des traitements du CHU de Poitiers à compter de ce jour :

23/06/2025 Des traitements suivants :

- Sécurisation du geste opératoire : étude sur la mise en œuvre du time out dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers

Il est inscrit sur le registre des activités de traitement, dans le domaine :

RECHERCHE

Avec le numéro d'inscription :

CHU86-RECH-R2025-06-12

Cordialement,

Pierre Taveau

DPO CHU Poitiers et GHT86

Ecole d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

UE 7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'infirmier anesthésiste

2023-2025

Sécurisation du geste opératoire : étude sur la mise en œuvre du Time out dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers

INTRODUCTION : La culture de sécurité est un pilier fondamental dans les environnements à haut risque, tels que le bloc opératoire. Parmi les outils mis en place pour garantir cette sécurité figure la check-list opératoire, dont le Time out constitue une étape clé. Ce temps de pause structuré vise à prévenir les erreurs graves en assurant une vérification croisée des éléments critiques entre les professionnels en salle. Cette procédure, obligatoire, s'inscrit dans les recommandations de la HAS et répond à une exigence croissante de qualité et de gestion des risques dans les établissements de santé.

OBJECTIF DE L'ETUDE : L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux de la mise en œuvre du Time out dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers.

METHODOLOGIE : Pour ce faire, une étude observationnelle qualitative et monocentrique a été menée dans les blocs opératoires du CHU de Poitiers entre octobre 2024 et avril 2025. Au total, 120 interventions chirurgicales ont été observées à l'aide d'une grille d'observation inspirée de celle de la HAS. Une dizaine d'interventions par spécialité ont été incluses en fonction des critères d'inclusion prédéfinis.

RESULTATS : Les résultats montrent que le taux global de réalisation du Time out reste inférieur aux attentes, avec une variabilité importante selon les spécialités. Les conditions de réalisation, qu'il s'agisse de l'environnement, de la qualité de la communication ou du respect de l'ensemble des vérifications, se montrent également variables et parfois insuffisamment respectées.

CONCLUSION : Les observations réalisées ont mis en évidence des pratiques variables sur l'application effective du Time out. Ces constats soulignent la nécessité de mettre en place des mesures afin de renforcer l'adhésion des équipes au Time out et d'améliorer les pratiques professionnelles. Ce travail contribue ainsi à nourrir une réflexion sur l'amélioration continue de la qualité et la sécurisation du geste opératoire.

Mots clés : bloc opératoire, culture de sécurité, Time out, check-list opératoire, grille d'observation, pratiques professionnelles, sécurité du patient, spécialité

Auteur : Djaware OMAR

Directeur de mémoire : Dr Océane BERNARD, Mme Lucie CROSLAND, Mr Stéphane FOURNIER

SCHOOL OF STATE-CERTIFIED ANAESTHETISTS NURSES

UE 7: PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing

2023-2025

Securing the surgical procedure: A study on the implementation of the Time out protocol in the operating rooms of Poitiers University Hospital

INTRODUCTION: Safety culture is a fundamental pillar in high-risk environments such as the operating theatre. One of the tools put in place to guarantee this safety is the surgical checklist, of which the time-out is a key stage. This structured break is designed to prevent serious errors by ensuring that critical elements are cross-checked by the professionals in the operating theatre. This compulsory procedure is in line with the HAS recommendations and meets a growing requirement for quality and risk management in health establishments.

OBJECTIVE OF THE STUDY: The objective of the study was to take stock of Time out in Poitiers University Hospital operating theatres.

METHODOLOGY: To this end, a qualitative, single-centre observational study was conducted in Poitiers University Hospital between October 2024 and April 2025. A total of 120 surgical procedures were observed using an observation grid inspired by that of the HAS. Approximately ten interventions per specialty were included based on predefined inclusion criteria.

RESULTS: The results show that the overall Time out completion remains below expectations, with significant variability between specialties. The conditions under which it was carried out, whether in terms of environment, the quality of communication or compliance with all the checks, were also varied and were sometimes insufficiently complied with.

CONCLUSION: The observations made revealed varying practices with regard to the effective application of the Time out. These findings underline the need to implements measures to reinforce the teams adherence to the Time out an improve professional practices. In This way, this work contributing to debate on the continuous improvement of the quality and safety of the surgical procedure.

Keywords: operating room, safety culture, Time out, operating checklist, observation grid, professional practices, patient safety, specialty

Author: Djaware OMAR

Supervisor: Dr Océane BERNARD, Mrs Lucie CROSLAND, Mr Stéphane FOURNIER