



# No Go au bloc opératoire

## Comment renforcer les barrières de sécurité ?

Novembre 2018

### De quoi s'agit-il ?

L'analyse de la base de données du retour d'expérience du dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales permet d'identifier des déclarations se rapportant à l'**arrêt immédiat et imprévu de l'acte chirurgical au bloc opératoire avant l'incision cutanée**. Ces situations ont été nommées « *No Go* au bloc opératoire » et font l'objet de la présente **solution pour la sécurité du patient (SSP)**.

À l'origine, le « *No Go* » est une expression employée habituellement en aéronautique pour indiquer que l'on stoppe le décollage d'un avion en bout de piste car tous les éléments clés de la procédure ne sont pas validés. Par assimilation, en chirurgie le *No Go* est l'arrêt immédiat d'une procédure chirurgicale entre le moment où le patient est entré en salle d'opération et l'incision cutanée.

Cet arrêt est lié au fait que tous les éléments indispensables au bon déroulement d'une anesthésie ou d'une intervention chirurgicale ne sont pas réunis, ou résulte d'un défaut d'organisation, de coordination, de communication et de vérification des conditions requises pour l'intervention. Dès lors, poursuivre une intervention dans ces conditions constituerait un risque supplémentaire pour le patient.

Le principe du *No Go* peut donc s'appliquer de l'entrée

du patient au bloc opératoire jusqu'au moment de l'incision. Dans l'intérêt du patient, il est CRUCIAL de savoir abandonner une procédure chirurgicale avant incision cutanée lorsque toutes les conditions de sécurité ne sont pas réunies. Le *No Go*, bien que non souhaitable, reste une procédure dégradée mise en place avant tout dans l'intérêt du patient et s'intègre dans la démarche de qualité des soins. Son utilisation implique automatiquement le déclenchement d'une réflexion collective avec retour d'expérience (REX) et une démarche complète de gestion des risques (analyse des causes, barrières et actions d'amélioration pour la sécurité des patients).

Cette SSP vise à éviter ou à gérer la survenue d'un *No Go* au bloc opératoire. Elle rappelle les dispositifs et outils existants pour une gestion maîtrisée des risques, notamment l'importance de la bonne réalisation de la *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » (HAS, 2015a), ainsi que les préconisations pour une bonne coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens (HAS, 2015b). Elle permet de mieux structurer et articuler la démarche collective autour de l'acte chirurgical, et participe ainsi à renforcer la culture sécurité des équipes.

**Cette solution pour la sécurité du patient (SSP) s'applique à tout type de chirurgie réalisée au bloc opératoire. Elle s'adresse aux équipes des services de soins et du bloc opératoire, ainsi qu'aux professionnels concernés par la gestion des matériels et des dispositifs médicaux de chirurgie.**

Cette SSP s'appuie sur le retour d'expérience des événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés par les adhérents d'Orthorisq. Elle propose des actions concrètes (barrières de sécurité) aux professionnels afin de prévenir, de récupérer, voire d'atténuer une décision de *No Go* lorsque le patient se trouve au bloc opératoire.

*Nota bene : en cas d'urgence, une évaluation spécifique du bénéfice-risque pour le patient est nécessaire pour apprécier au mieux les conséquences d'un Go ou d'un No Go.*

Dans le cadre du suivi de cette SSP, toute difficulté rencontrée lors de sa mise en œuvre devra être communiquée à la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a coordonné les travaux du groupe de travail, afin que celle-ci évalue la nécessité de la réviser ou de l'actualiser avec l'organisme agréé de chirurgie orthopédique et traumatologique, Orthorisq (promoteur).

## Promoteur



## Organismes associés



Association française  
d'urologie



Collège français  
des anesthésistes-réanimateurs



OA Chirped  
chirurgie infantile



Neurochirurgie



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive

Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive



Gynécologie-obstétrique



Stomatologie et chirurgie  
maxillo-faciale



Chirurgie plastique, reconstructrice  
et esthétique



SFTCV  
Société française de chirurgie  
thoracique et cardio-vasculaire



Chirurgie vasculaire



Union nationale des associations d'infirmier(e)s  
de bloc opératoire diplômé(e)s d'État

## Une solution pour la sécurité du patient...

La SSP « No Go au bloc opératoire » est le fruit d'un travail collectif réalisé avec des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins à partir des enseignements tirés de l'analyse approfondie des EIAS survenus au bloc opératoire, et déclarés par des chirurgiens dans la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation (base REX-HAS).

Le travail a été initié par l'organisme agréé Orthorisq. Pour éviter la récurrence d'EIAS, parfois graves, il faut pouvoir agir rapidement dès que le risque est identifié. Les événements collectés dans la base REX apportent une information qualitative sur les causes et conséquences de leur survenue qui permet de proposer aux professionnels des solutions pour la sécurité du patient.

## ... issue de l'analyse de la base de retour d'expérience (base REX)

Orthorisq (organisme agréé des chirurgiens orthopédistes et traumatologues) s'est intéressé au principe du No Go en raison du nombre croissant d'EIAS déclarés spontanément par ses adhérents, concernant des arrêts de procédures chirurgicales.

Sur une année, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2014 et le 30 septembre 2015, 101 EIAS ont été déclarés sur ce thème : 57 No Go (56,5 %) sont survenus après la réalisation de l'anesthésie, et 44 (43,5 %) avant anesthésie (Benfrech, 2016, Coudane 2018).

Les causes de No Go le plus souvent retrouvées après analyse des EIAS sont les problèmes liés à une mauvaise gestion du matériel et des dispositifs médicaux (37 % des cas), une stérilisation défectueuse (16 %), les erreurs dans la gestion du traitement médicamenteux (anticoagulant ou antiagrégant) (13 %), les problèmes cutanés à proximité du site opératoire (infection, etc.) (11 %), (Benfrech, 2016). Par ailleurs, une enquête sous la forme d'un questionnaire Internet a été adressée aux 1 828 adhérents d'Orthorisq afin de déterminer la fréquence et l'incidence du No Go dans l'exercice de la chirurgie orthopédique (Coudane, 2018). Sur les 663 (35,9 %) réponses analysées, l'étude a montré que 72,6 % des chirurgiens répondants ont été amenés, au moins une fois dans leur exercice professionnel, à stopper une procédure chirurgicale avant ou après l'anesthésie et avant la réalisation de l'incision. Dans la moitié des No Go survenus, la *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » avait été validée.

Parmi les répondants, environ 19,3 % avaient été confrontés à 2 No Go et 3 % à plus de 3 No Go dans leur pratique. L'enquête réalisée retrouvait les causes identifiées lors de l'analyse des EIAS : gestion du matériel, indisponibilité du matériel, etc.

Dans plus de 80 % des cas, la notion de No Go n'apparaissait pas dans le document d'information préopératoire remis au patient, et cette information n'a pas été tracée dans son dossier.

Les No Go constituaient une situation à risque dans la prise en charge du patient, responsables d'une anesthésie inutile dans plus de la moitié des cas des EIAS déclarés.

Par ailleurs, le No Go contribuait à perturber le climat de confiance avec le patient et entraînait également une désorganisation de l'activité (retard, report, annulation).

L'analyse des EIAS déclarés dans la base REX a ainsi permis d'identifier une nouvelle situation à risques, le No Go au bloc opératoire, situation jusqu'à présent non décrite dans la littérature (Benfrech, 2016).



# Partie 1.

## Points clés pour une prise en charge chirurgicale sécurisée du patient

### SSP

- **Prérequis**
- **Prévenir** (la survenue de l'événement indésirable)
- **Récupérer** (annuler les conséquences d'un événement indésirable en cours de constitution)
- **Atténuer** (les conséquences de l'événement indésirable survenu)

### Annexes

- Annexe 1. *Check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire », version 2018
- Annexe 2. « POuR – DéCider » : Une aide cognitive en cas de situation inattendue

### Mise en œuvre de la SSP

# Points clés pour une prise en charge chirurgicale sécurisée du patient

Ces points clés ont pour but d'aider les professionnels à questionner leurs pratiques et décider de façon optimale en équipe d'un report de l'annulation d'une intervention (**No Go**) dans l'intérêt du patient, lorsque toutes les conditions ne sont pas réunies.

## Prérequis de sécurité

- **La mise en place d'alertes et de rappels dans le système d'information** de l'établissement pour aider à contrôler que des tâches programmées en amont de l'intervention (commande et réception de matériels spécifiques et des dispositifs médicaux, arrêt de traitements médicamenteux, examens biologiques) ont bien été effectuées.
- **La *check-list* HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire »** est disponible et utilisée conformément aux recommandations de la HAS. Elle vise à prévenir les risques liés à la détermination du site opératoire, au positionnement du patient, au matériel, à son bon fonctionnement et à sa traçabilité. Elle est basée sur une bonne **information** et la communication au sein de l'équipe afin de prendre des décisions concernant la poursuite ou non de l'acte opératoire.
- **La communication** au sein de l'équipe grâce à une analyse **collective** et **partagée** de la situation pouvant aboutir ou pas à une décision de **No Go** est indispensable. La SSP « Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens » propose 15 points clés pour mieux travailler ensemble et donc améliorer la sécurité du patient dans une démarche de gestion des risques peropératoires (HAS, 2015b).
- **Il existe au sein de l'établissement un dispositif de déclaration des EIAS et d'analyse** approfondie de leurs causes au cours d'une démarche de retour d'expérience (RMM, CREX, etc.) pour une mise en œuvre d'actions d'amélioration. Le retour d'expérience et le partage de l'information auprès de l'équipe du bloc opératoire sont assurés.

# PRÉVENIR

La phase préopératoire nécessite une organisation optimale afin de s'assurer de la présence des éléments qui concourent au bon déroulement de l'acte chirurgical, en garantissant le bon dispositif et le bon matériel pour le bon patient, et le bon côté à opérer. Pour ce faire, il est proposé une liste d'éléments indispensables (points clés) pour la bonne exécution de cette étape.

Ces points clés seront adaptés au secteur concerné et intégrés aux outils existants, notamment le système d'in-

formation (par exemple document parcours du patient, fiche de liaison, etc.), ou pourront compléter une procédure existante. Ils doivent être pris en compte avant l'entrée du patient au bloc. Pour chaque élément proposé, le professionnel du secteur concerné vérifie sa présence et transmet l'information. Cette vérification nécessite donc une coordination entre les professionnels des secteurs de soins et l'équipe du bloc opératoire.

## POINTS CLÉS

### VÉRIFICATION PRÉOPÉRATOIRE

La mise en place d'une *check-list* « matériel » est préconisée 48 heures avant l'intervention.

Les modalités de prise en charge et des adaptations médicamenteuses (AAP, anticoagulants) doivent être **prévues**.

- **Lors des consultations préopératoires**, le patient ou le représentant légal sera informé que toutes les précautions sont prises par l'équipe pour assurer la sécurité du patient mais qu'il existe toujours une possibilité d'annulation de l'intervention avant l'incision si la situation l'exige, même après induction de l'anesthésie.
- **Entre la programmation opératoire et jusqu'à 48 heures avant l'intervention, planifier la disponibilité des :**
  - dispositifs médicaux implantables spécifiques (prothèses, implants, etc.) ;
  - matériels nécessaires au déroulement de la chirurgie (boîte d'instruments, ampli de brillance, système d'autotransfusion, etc.) ;
  - autres matériels spécifiques éventuels (pansement, plâtre, etc.)
- **24 heures avant l'intervention :**
  - s'assurer que tout le matériel prévu pour l'intervention est disponible (*check-list* « matériel » réalisée) ;
  - appeler par téléphone le patient en ambulatoire, ou effectuer une visite préopératoire pour le patient hospitalisé, afin de :
    - vérifier les traitements médicamenteux (anticoagulants, AAP, antibiotiques, etc.),
    - s'assurer que les examens demandés ont été réalisés et que les résultats sont disponibles ;
  - vérifier que le côté à opérer est tracé dans le dossier du patient ;
  - vérifier la cohérence des informations concernant le site opératoire : déclaration du patient, traçabilité dans le dossier du patient, examens complémentaires éventuels.
- **Le jour de l'intervention (avant l'arrivée du patient au bloc opératoire) :**
  - vérifier l'état cutané du patient ;
  - faire le point sur les traitements en cours, les contrôles biologiques récents, etc.

**Tous ces éléments sont enregistrés dans le dossier du patient ; le système d'information de l'établissement de santé doit en faciliter la vérification.**

**Le rôle de chaque professionnel pendant toute la durée de la prise en charge des patients est défini par écrit, connu et respecté** (cf. point clé 10 de la SSP « Coopération anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens »).

# RÉCUPÉRER

La bonne réalisation de la *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » doit permettre de répondre à 3 objectifs : **vérifier, ensemble**, pour prendre une **décision concertée** (Go ou No Go). Or, le retour d'expérience des situations de No Go montre qu'une communication effective au sein de l'équipe ainsi que la prise de décision (Go ou No Go) et sa traçabilité sont indispensables. En effet, très souvent seul le premier objectif (vérifier) est correctement réalisé.

Pour atteindre ces objectifs, une modification de la *check-list* HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » est

proposée par l'ajout d'un cadre dédié à la traçabilité de la décision prise pour un Go ou un No Go. Les autres items de la *check-list* restent inchangés. La version 2018 (cf. annexe *check-list* page suivante) met l'accent sur la participation effective de l'équipe dans la réalisation de la *check-list* pour décider ensemble, et avant incision du patient, de la poursuite (Go) ou de l'arrêt immédiat (No Go) d'une intervention chirurgicale (temps 2 de la *check-list*). Cette version permet de motiver et tracer la décision prise.

# ATTÉNUER

Lorsque malgré tout une décision de No Go survient, les décisions à prendre doivent être le résultat d'une réflexion collective et partagée pour des raisons de sécurité.

Pour cela, une aide cognitive est proposée pour structurer la prise de décision dans cette situation inattendue. La démarche POUr – DÉCider (cf. annexe 2) est particulièrement appropriée pour permettre à l'équipe d'opter pour la meilleure solution possible dans l'intérêt du patient. Elle permet d'évaluer au mieux le ratio bénéfice/risque et d'argumenter la décision prise.

Par ailleurs, la survenue d'un No Go au bloc opératoire nécessite que sa déclaration, l'information du patient et/ou de son représentant légal ainsi que la désignation du (ou des) médecin(s) qui s'en chargera, fasse l'objet d'une concertation entre anesthésiste et chirurgien dans la salle d'opération, (cf. point clé 12 de la SSP « Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens »).

Tableau 1. Points clés lors de la survenue d'un No Go au bloc opératoire.

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Au bloc opératoire</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Réflexion collective et prise de décision (utilisation possible de l'outil d'aide à la prise de décision POUr – DÉCider).</li></ul>   |
| <b>Auprès du patient</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Information de la survenue d'un No Go et de ses conséquences.</li></ul>   |
| <b>Dans le dossier du patient</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Noter les informations données au patient en spécifiant précisément les mots qui ont été utilisés pour cette information.</li></ul>   |
| <b>Auprès de l'établissement</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Déclarer l'incident dans le système de déclaration de l'établissement.</li><li>■ Signaler l'incident auprès des personnes référentes de l'établissement.</li><li>■ Analyser de manière approfondie l'incident afin d'en identifier les causes (RMM, CREX, etc.).</li><li>■ Mettre en place des actions correctrices et mesurer leur efficacité.</li></ul> |
| <b>Auprès du fabricant</b>        | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Déclarer l'incident en cas de problème de matériel.</li></ul>   |



# Annexe 1

## 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 : .....

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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE</b><br/>                 Temps de pause avant anesthésie</p> <p>1 L'identité du patient est correcte<br/>                 L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal</p> <p>2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés :<br/>                 idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique<br/>                 la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle</p> <p>3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient</p> <p>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)</p> <p>5 L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient</p> <p>6 Le patient présente-t-il un :<br/>                 risque allergique<br/>                 risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque<br/>                 risque de saignement important</p> | <p><b>AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE</b><br/>                 Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)</p> <p>7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE<br/>                 identité patient confirmée<br/>                 intervention prévue confirmée<br/>                 site opératoire confirmé<br/>                 installation correcte confirmée<br/>                 documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)</p> <p>8 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out)<br/>                 sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationalité, etc.)<br/>                 sur le plan anesthésique (acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]</p> <p>9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement<br/>                 La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement</p> | <p><b>APRÈS INTERVENTION</b><br/>                 Pause avant sortie de salle d'opération</p> <p>10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :<br/>                 de l'intervention enregistrée<br/>                 du compte final correct<br/>                 des compresses, aiguilles, instruments, etc.<br/>                 de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.<br/>                 si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ?<br/>                 Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A</p> <p>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</p> | <p>Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *</p> <p><b>ATTENTION SI ENFANT !</b></p> <p>Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.<br/>                 Autorisation d'opérer signée.<br/>                 Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.<br/>                 Prévention de l'hypothermie.<br/>                 Seuils d'alerte en post-op définis.</p> <p><b>SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</b><br/>                 Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe<br/>                 Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CI</p> |
|--|--|--|--|

**→ DÉCISION FINALE**

GO = OK pour incision  
 NO GO = Pas d'incision !  
 Si No Go : conséquence sur l'intervention ?  Retard  Annulation

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.

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

## 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.

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE</b><br/>Temps de pause avant anesthésie</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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'identification en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)</li> <li>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 collègues professionnels de la spécialité (marquage, etc.)</li> <li>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.</li> <li>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, dépollution éventuelle précisant le mode).</li> <li>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.</li> <li>6 L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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 ;</li> <li>■ 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.</li> </ul> <p>La conformité au protocole préopératoire concernant un traitement anticoagulant et/ou antiagrégant est vérifiée.</p> </li> </ol> | <p><b>AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE</b><br/>Temps de pause avant incision (time-out)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>8 Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé <i>time-out</i>), 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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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 ;</li> <li>■ sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques) ;</li> <li>■ 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).</li> </ul> </li> <li>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.</li> </ol> | <p><b>APRÈS INTERVENTION</b><br/>Pause avant sortie de salle d'opération</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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).</li> </ol> |
| <p><b>En cas de réponse marquée d'un astérisque*, la décision prise par l'équipe doit être tracée et argumentée.</b></p> <p>La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la <i>check-list</i> relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la <i>check-list</i>.</p>  |  |   |
| <p><b>POINTS CLÉS POUR UN ENFANT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.</li> <li>➤ Disposer d'une autorisation d'opérer signée.</li> <li>➤ Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille.</li> <li>➤ Prévenir l'hypothermie peropératoire.</li> <li>➤ Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire.</li> </ul>   |  |   |
| <p>À la suite des temps 1 et 2 de la <i>check-list</i>, la décision finale de poursuivre ou non l'intervention est tracée et motivée.</p>   |  |   |

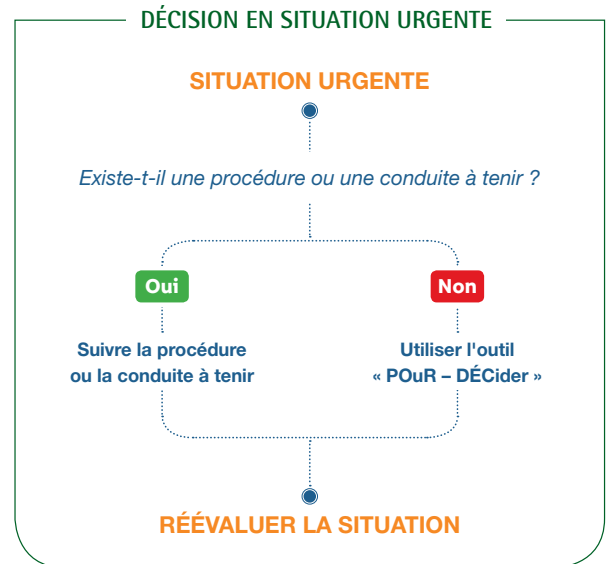
## Annexe 2

### POUR – DÉCider

*Une aide cognitive en cas de situation inattendue*

L'objectif de l'aide cognitive **POuR – DÉCider** est de fournir, face à une situation inattendue, un outil structuré pour la prise de bonnes décisions en cas d'absence de procédures ou de règles préexistantes et quand une mauvaise décision peut avoir des conséquences graves.

Le concept a été développé par H-J Hörmann (*German Aerospace Center*) (Hörmann, 1995 et Soll, 2016), en tenant compte des caractéristiques de la prise de décision chez l'être humain placé en situation complexe et évolutive. En effet en cas de situation inattendue, le stress créé est de nature à déclencher des mécanismes cognitifs qui peuvent altérer le processus de décision et conduire à l'accident (par exemple : formuler une hypothèse et chercher à la confirmer à tout prix, adopter la première solution qui vient à l'esprit, surestimer la probabilité d'une issue favorable, résister au changement même après l'apparition de nouvelles données, prendre une décision seul sans consulter l'équipe, etc.).



Cette aide cognitive simple d'utilisation est ainsi de nature à guider la décision tout en faisant appel aux compétences de l'équipe. Il est à noter que ce type d'aide cognitive est très couramment utilisé actuellement dans de nombreuses compagnies aériennes.

Cette aide cognitive comporte 3 parties :

- la partie **POuR** : concerne le processus cognitif (réflexion) qui doit être mené .
- **le trait d'union** – reliant POuR et DÉCider représente le temps indispensable d'échange en équipe.
- la partie **DÉCider** : concerne le processus de **décision** et de mise en œuvre de la solution choisie.

|              |                       |  |
|--------------|-----------------------|--|
| <b>P</b>     | <b>Problème</b>       | Quel est le problème ?                                 |
| <b>Ou</b>    | <b>Options utiles</b> | Quelles sont les options utiles et possibles ?         |
| <b>R</b>     | <b>Risques</b>        | Quels sont les risques et avantages de chaque option ? |
| <b>-</b>     | <b>Échange</b>        | Échange et partage en équipe                           |
| <b>D</b>     | <b>Décision</b>       | Que faisons-nous ?                                     |
| <b>É</b>     | <b>Exécution</b>      | Qui fait quoi ? Quand ? Comment ?                      |
| <b>Cider</b> | <b>Contrôle</b>       | Est-ce que tout s'est déroulé comme prévu ?            |

Un exemple en cas de No Go au bloc opératoire est donné page suivante.

Cette aide cognitive n'est bien sûr pas une baguette magique apte à solutionner tous les problèmes rencontrés. Mais au-delà de son utilisation ponctuelle, elle permet de mettre en lumière l'importance de la sécurité dite gérée, encore insuffisamment développée, et qui fait appel à l'intelligence collective et au travail en équipe face à des situations complexes et imprévues. Cette sécurité gérée a en effet toute sa place au côté de la sécurité dite réglée (recommandations, procédures, conduite à tenir, *check-list*, etc.). Toutes les deux sont d'ailleurs développées au plus haut niveau dans les organisations à haute fiabilité (HRO : *high reliability organizations*). Cette sécurité gérée et les outils qui l'accompagnent, ont vocation à être déclinés dans des modules de formation de type CRM (*crew resource management*) qui existent depuis plusieurs années en aéronautique et se développent actuellement en santé, y compris en simulation.

## Exemple d'utilisation de POUr – DÉCider : absence d'imagerie au bloc opératoire

|              |                       |   |
|--------------|-----------------------|---|
| <b>P</b>     | <b>Problème</b>       | <p><b>Quel est le problème ?</b></p> <p>→ situation de <i>No Go</i> provoquée par l'absence de l'imagerie du patient en salle d'opération.</p>  |
| <b>Ou</b>    | <b>Options utiles</b> | <p><b>Quelles sont les options utiles et possibles ?</b></p> <p>→ 3 options possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inciser sans imagerie ;</li> <li>- attendre que l'imagerie soit au bloc ;</li> <li>- annuler l'intervention.</li> </ul>  |
| <b>R</b>     | <b>Risques</b>        | <p><b>Quels sont les risques et avantages de chaque option ?</b></p> <p>→ analyse bénéfique/risque pour chaque option :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inciser : risque sécuritaire +++ par absence d'informations importantes (localisation, côté) ;</li> <li>- attendre : risque de désorganisation du programme opératoire, anesthésie et intervention prolongées ;</li> <li>- annuler : anesthésie inutile = EIAS.</li> </ul>   |
| <b>-</b>     | <b>Échange</b>        | <p><b>Échange et partage en équipe</b></p> <p>Temps qui permet à l'équipe de questionner la situation rencontrée (avons-nous déjà rencontré ce problème auparavant ?) et d'échanger et de partager les points de vue en fonction de leur expérience respective et des solutions possibles.</p>  |
| <b>D</b>     | <b>Décision</b>       | <p><b>Que faisons-nous ?</b></p> <p><b>L'option la plus sécuritaire est choisie après discussion avec les autres membres de l'équipe.</b></p> <p>→ attendre l'imagerie avant d'inciser.</p>   |
| <b>É</b>     | <b>Exécution</b>      | <p><b>Qui fait quoi ? Quand ? Comment ?</b></p> <p><b>On fait ce qu'on a choisi. Les tâches à effectuer sont attribuées.</b></p> <p>→ un brancardier du bloc est mobilisé en urgence pour aller chercher l'imagerie du patient restée dans l'unité de soins.</p>  |
| <b>Cider</b> | <b>Contrôle</b>       | <p><b>Est-ce que tout s'est déroulé comme prévu ?</b></p> <p><b>Si oui</b> ← fin de la situation de <i>No Go</i></p> <p>→ OK, avec retard de 15 minutes ← Fin</p> <p><b>Si non</b> ← recommencer POUr – DÉCider pour évaluer le nouveau problème ou ce qui n'a pas marché.</p> <p>→ Non OK</p> <p>Nouveau POUr – DÉCider à utiliser avec le nouveau problème = pas de brancardier disponible pour apporter au bloc opératoire en urgence l'imagerie du patient....</p> <p>... finalement ce sera l'aide-soignante de l'unité qui l'apportera au bloc.</p> |

# Mise en œuvre de la SSP

Les points clés et solutions *No Go* au bloc opératoire sont un nouvel outil susceptible de s'intégrer dans la politique d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques pour les secteurs chirurgicaux et le bloc opératoire en particulier. Il vise à renforcer les barrières de sécurité par une collaboration étroite entre les différents secteurs de soins et les secteurs de gestion du matériel chirurgical avant l'admission du patient dans le secteur interventionnel.

Ces points clés et solutions ont pour objectif d'aider à réaliser un diagnostic des points forts et des opportunités d'amélioration.

En évaluant l'existant, les manques ou les écarts aux préconisations proposées, il est possible de bâtir un plan d'amélioration adapté à la taille des équipes et des activités. Il pourra s'agir du renforcement de mesures existantes comme le déroulement des temps 1 et 2 de la *check-list* ou de la création de barrières de sécurité supplémentaires. Un exemple de démarche d'amélioration est proposé dans les pages suivantes, il peut être adapté au secteur d'activité concerné.

## Exemple possible de mise en œuvre

Si vous le souhaitez, vous pouvez à partir de ces points clés, réaliser une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles en équipe. Pour cela :

- **Étape 1 : organiser votre démarche** (mise en place du groupe projet, organisation et planning prévisionnel).
- **Étape 2 : évaluer les points clés** de la SSP  
La cotation suivante est proposée :  
0 : absent  
1 : en projet  
2 : en cours de développement ou partiellement satisfait  
3 : réalisé  
4 : suivi et évalué selon des modalités adaptées à votre secteur d'activité (documents justificatifs, enquête, comptes-rendus de réunions, audit, patient traceur etc.).  
N/A : si le critère est non applicable. La non applicabilité doit être justifiée.
- **Étape 3 : faire la synthèse de l'évaluation réalisée** (cf. fiche annexe) et définir des objectifs d'amélioration.
- **Étape 4 : décider ensemble des actions d'amélioration à mettre en œuvre et à suivre** (cf. fiche annexe).

### Quelques exemples d'actions d'amélioration envisageables :

- Révision des protocoles de gestion du matériel et des dispositifs médicaux.

- Mise en place d'une *check-list* « matériel » en préopératoire.
- Mise place d'alertes et de rappels dans le système d'information de l'établissement pour les tâches à réaliser en amont de l'acte chirurgical (disponibilité du matériel, des DMI et des examens biologiques/radiologiques, gestion des traitements médicamenteux, etc.).
- Le conseil de bloc ou le responsable de site interventionnel aborde régulièrement (ordre du jour) les problèmes liés à une décision de *No Go* : communication des données concernant les EIAS, etc.
- Mise en place de la *check-list* HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » version 2018 et son mode d'emploi au bloc opératoire.
- Analyse approfondie et suivi des EIAS en lien avec une décision de *No Go* (par exemple RMM, CREX, etc.).
- Analyse de pratiques à l'aide d'une grille élaborée à partir de la SSP.
- Suivi d'indicateurs (nombre d'EIAS annuels liés à un *No Go*).

## Synthèse de l'évaluation

Date :

Liste des participants : noms, prénoms, fonctions :

Secteur d'activité :

Résultats de l'analyse, points forts, points à améliorer :

Objectifs d'amélioration :

Conclusion et plan d'actions (à compléter par une/des fiche(s) action) :

# Fiche action

N.B. : remplir 1 fiche par action mise en œuvre.

|   |  |
|---|--|
| Point-clé(s) concerné(s) / problèmes identifiés : |  |
| Action mise en œuvre :                            |  |
| Objectif  |  |
| Description                                       |  |
| Par qui   |  |
| Quand   |  |
| Comment   |  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Suivi                              |  |
| Échéance de mise en œuvre          |  |
| Modalités de suivi et d'évaluation |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| Responsable du suivi |  |
| Qui                  |  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| État d'avancement : | <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Prévu <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> Évalué |
|                     | date :  |

## Partie 2.

# Note d'élaboration de la SSP

### Organisation de l'étude

- Composition du groupe de travail
- Rédaction de la SSP
- Suivi et actualisation de la SSP dans le temps

### Note bibliographique

- Synthèse de l'analyse
- Références



## Organisation de l'étude

### ■ Composition du groupe de travail

Un groupe de travail (18 membres) pluriprofessionnel et pluridisciplinaire a été constitué, composé de :

- neuf organismes agréés (OA) pour l'accréditation ;
- deux infirmiers de bloc opératoire (IBODE).

| NOM              | Prénom        | INSTITUTION   |
|------------------|---------------|---|
| AL NASSER        | Bassam        | CFAR (OA d'anesthésie-réanimation)  |
| BELLAMY          | Jean          | SFCTCV (société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)                 |
| BENFRECH         | Éric          | Orthorisq (OA de chirurgie orthopédique et traumatologique)                             |
| BREAUD           | Jean          | OA Chirped (OA de chirurgie infantile)  |
| DELEUZE          | Alain         | FCVD (OA de chirurgie viscérale et digestive)   |
| DELCAMPE         | Pascal        | Maxillorisq (stomatologie et chirurgie maxillo-faciale)                                 |
| DROUVOT          | Valérie       | Responsable qualité des blocs opératoires des hôpitaux universitaires de l'Est parisien |
| FAILLOT          | Thierry       | Collège de neurochirurgie (OA)  |
| FRIEH            | Jean-Philippe | SFCTCV  |
| GARIGNON         | Cynthia       | OA Chirped  |
| KARAM            | May           | IBODE   |
| LE ROUZIC-DARTOY | Catherine     | OA Chirped  |
| MILLAT           | Bertrand      | FCVD  |
| MOREAU           | Patrick       | Vascurisq (OA de chirurgie vasculaire)  |
| POLITI           | Robert        | OA Chirped  |
| TRACOL           | Philippe      | Orthorisq   |
| VAVDIN           | Frédéric      | AFU (OA de chirurgie urologique)  |
| VERHEYDE         | Isabelle      | CFAR  |

### Pour la HAS, le service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (EvoQSS)

Dr Bruno BALLY, adjoint au chef de service.

Christiane DOSSEH, chef de projet.

### Gestion des conflits d'intérêts

La participation au groupe de travail est assujettie à une déclaration publique d'intérêts de ses membres.

Les 18 membres du groupe de travail ont réalisé une déclaration publique d'intérêts (DPI) sur le site DPI-SANTE ([www.dpi.sante.gouv.fr](http://www.dpi.sante.gouv.fr)). Il n'est pas apparu de conflit d'intérêts concernant le sujet traité.

## ■ Rédaction de la SSP

La méthodologie de travail s'est appuyée sur le guide d'élaboration des SSP validé par le Collège de la HAS en mai 2012. Elle combine l'analyse de la base REX, les avis d'experts d'un groupe de travail pluridisciplinaire (cf. composition page précédente) et les données de la littérature lorsqu'elles existent.

Le groupe de travail (GT) s'est réuni une première fois le 15 janvier 2017. Les échanges intervenus ont mis en exergue que le *No Go* peut constituer une situation à risque dans la prise en charge du patient qui doit être informé. Il peut entraîner une anesthésie inutile (cas dans plus de la moitié des déclarations). En outre, des complications postopératoires liées à cet incident peuvent survenir. Enfin, le *No Go* contribue à perturber le climat de confiance avec le patient et accessoirement entraîne une désorganisation de l'activité. Face à ces constats, les membres du GT ont défini les orientations permettant de prendre une décision d'abandon d'une procédure chirurgicale dans la pratique pour assurer la sécurité du patient opéré. À cet effet, un outil d'aide à la décision a été proposé.

À la suite de cette première réunion, une ébauche de la SSP a été élaborée (version V1) sur laquelle les membres du groupe de travail ont été invités à faire part de leurs commentaires et/ou à compléter le document. Les commentaires reçus ont abouti à l'évolution du document (version V2). Celle-ci a fait l'objet d'une relecture par les membres du groupe de travail et les 14 organismes agréés actifs du dispositif d'accréditation.

## Note bibliographique

Peu de littérature est disponible sur le phénomène particulier du *No Go* au bloc opératoire, les quelques articles retrouvés portent sur la chirurgie orthopédique. Dans cette spécialité, les facteurs de report/annulation de l'acte chirurgical sont le plus souvent liés à la non disponibilité du matériel et à l'organisation de l'acte opératoire (Jain, 2015). La solution proposée par Jain est la réalisation, en équipe, d'un briefing quotidien préopératoire au cours duquel tous les cas du jour à opérer seront passés en revue, afin d'identifier et partager les potentiels problèmes qui pourraient survenir au cours d'une intervention de la journée. Cette solution permettrait de minorer les risques de report/annulation d'une intervention.

Par ailleurs, concernant la *check-list* « sécurité du patient au bloc opératoire », des études montrent que l'implication des équipes est variable chez les praticiens, alors qu'ils représentent la barrière principale pour la mise en oeuvre de la *check-list* (Gillespie, 2015). Un article a démontré que son application améliore de manière significative la communication et le travail d'équipe (Russ, 2013). Au-delà de ses effets techniques, l'auteur insiste sur les aspects de communication entre professionnels : la *check-list* apparaît pour l'équipe opératoire comme un outil d'amélioration de la qualité des soins.

Les commentaires des groupes de relecture ont été analysés et discutés par le groupe de travail réuni en séance plénière le 15 juin 2018 à la HAS. Une nouvelle version, rédigée au cours de la réunion à la suite des différents arbitrages, a été approuvée par tous les membres du GT.

## ■ Suivi et actualisation de la SSP

Dans un premier temps, la SSP sera intégrée au programme annuel d'accréditation sous la forme d'une recommandation générale pour les spécialités chirurgicales au bloc opératoire. Sa mise en oeuvre sera requise pour satisfaire aux exigences du dispositif d'accréditation (individuelle ou d'équipe). Chaque OA concerné sera chargé de colliger les déclarations en rapport avec les dysfonctionnements après la mise en application de la SSP.

Dans un second temps, il sera possible de réaliser une évaluation des pratiques sur l'utilisation des points clés et solutions 24 mois après sa mise en oeuvre. Celle-ci pourrait prendre la forme d'une enquête réalisée par les OA et menée auprès des médecins accrédités, en termes de satisfaction (lisibilité, disponibilité de la SSP, quelles améliorations ? etc.), de connaissances (le contenu de la SSP est-il connu ?), de pratiques (améliorations réalisées, RMM, procédures, etc.), et de résultats (nombre d'EIAS déclarés).

Une actualisation sera envisagée en fonction de l'évolution du matériel ou des modifications de pratique.

Enfin, dans le cadre du dispositif d'accréditation, un chirurgien orthopédique souligne, dès 2015, que la réalisation de la *check-list* « sécurité du patient au bloc opératoire » ne prend pas assez en compte la gestion du matériel dans la spécialité de chirurgie orthopédique (Thomasson, 2015). Il est à noter que J. Reason (Reason, 2000) a mis en évidence une nouvelle approche du risque en développant une théorie selon laquelle il convient de rechercher, au-delà des causes immédiates, tous les éléments et facteurs du contexte (causes profondes) ayant favorisé la survenue des événements indésirables. Cette approche, qualifiée de systémique, met souvent en évidence les facteurs liés notamment au fonctionnement de l'équipe et à l'organisation des soins. Ces facteurs ont été également retrouvés en chirurgie orthopédique (Benfrech, 2016). En effet, les problèmes de matériel dans cette spécialité ont été à l'origine des événements indésirables ayant abouti à des décisions de *No Go* (Benfrech, 2016 et Coudane 2018). Pour ces auteurs, la démarche de gestion des risques doit rechercher à traiter les défaillances du système pour lutter efficacement contre la survenue des *No Go* évitable et éviter leur récurrence (Coudane, 2018).

Enfin, lorsqu'il y a un *No Go*, la procédure chirurgicale s'arrête et il n'est pas retrouvé la traçabilité de cet arrêt (HAS, FAQ).

La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » version 2016 ne permet pas cette traçabilité (HAS, FAQ). D'où l'importance de l'adaptation de la *check-list* version 2016 à une situation de *No Go*.

## Références

- A Statement of Donald M. Berwick, M.D., M.P.P., president and CEO, Institute For Healthcare Improvement; member, Quality of Health Care in America Committee, Institute of Medicine, National Academy of Sciences Prepared statement. Hearing before a subcommittee of the committee on appropriations united states senate one hundred eighth congress first session special hearing march 13, 2003 — Washington, DC.p.28-33.  
<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CHRG-108shrg85833/pdf/CHRG-108shrg85833.pdf>
- Benfrech E, Lecoq C, Zabee L, Tracol P, Coudane H, Orthorisq. Le « *No Go* » en chirurgie orthopédique. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2016;15(1):065-9.  
[http://www.academie-chirurgie.fr/eme-moires/005\\_2016\\_15\\_1\\_065x069.pdf](http://www.academie-chirurgie.fr/eme-moires/005_2016_15_1_065x069.pdf)
- Berwick DM. Lessons from developing nations an improving health care. BMJ 2004;328:1124-9.
- Catalano, K. The World Health Organization's surgical safety checklist. Plast Surg Nurs 2009;29:124-7.
- Coudane H, Benfrech E, Lecoq C, Zabee L, Tracol P, Danan JL, et al. A newly identified adverse event in orthopaedic surgery - causes and medico-legal implications. Orthop Traumatol Surg Res 2018;104(4):519-522.
- Coudane H, Benfrech E, Lecoq C, Zabee L, Tracol P, Danan JL, et al, ORTHORISQ. Le « *No Go* » : un nouvel événement indésirable en chirurgie orthopédique : analyse des causes et des conséquences médico-légales. Rev Chir Orthop Traumatol 2018;104(4):365-9
- Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques. Les événements indésirables graves liés aux soins - étude ENEIS 2004.DREES, 2005.  
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er398fiches.pdf>
- Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. Surgeon 2006;4(3):145-51.
- Gillespie BM, Marshall A. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. Implement Sci 2015;10:137.
- Haute Autorité de Santé. Grille ALARM Commentée. HAS, 2010.  
[http://web5.unilim.fr/colneuro-test/IMG/pdf/grille\\_alarm\\_commentee.pdf](http://web5.unilim.fr/colneuro-test/IMG/pdf/grille_alarm_commentee.pdf)
- Haute autorité de Santé. La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire ». HAS,2015a.  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire)
- Haute autorité de Santé. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe. HAS, 2015b.  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanima-teurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanima-teurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe)
- Haute autorité de Santé. FAQ - La *check-list* en situations imprévues.  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1217874/fr/faq-la-check-list-en-situations-imprevues](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1217874/fr/faq-la-check-list-en-situations-imprevues)
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, Dellinger P, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009;360:491-9.
- Hörmann HJ. FOR-DEC. A prescriptive model for aeronautical decision-making. In: Human Factors in Aviation Operations. Proceedings of the 21st Conference of European Association for Aviation Psychology EAAP. Fuller R, Johnston N, Mc Donald N, Editors. Aldershot: Avebury Aviation, 1995.p.17-23
- Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): IOM, 1999.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
- Jain AL, Jones KC, Simon J, Patterson MD. The impact of a daily pre-operative surgical huddle on interruptions, delays, and surgeon satisfaction in an orthopedic operating room: a prospective study. Patient Saf Surg 2015;21:9:8.
- Lima AM, Sousa CS, Cunha A. Patient safety and preparation of the operating room: reflection study. J Nurs UFPE on line 2013;7:289-94.
- Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care 2004;13(5):330-4.
- Makary MA, Epstein J, Pronovost PJ, Millman EA, Hartmann EC, Freischlag JA. Surgical specimen identification errors : A new measure of quality in surgical care. Surgery 2007;141:450-5.

- Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320(7237):768-70.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
- Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. Ann Surg 2013;258:856-71.
- Rydenfält C, Ek Å, Larsson PA. Safety checklist compliance and a false sense of safety: new directions for research. BMJ Qual Saf 2014;23(3):183-6.
- Rydrych D. Success in Preventing Wrong-Site Procedures in Minnesota with the Minnesota Time Out. Pennsylvania Patient Safety Authority 2011;8(4):150-3.  
[http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/documents/201112\\_150.pdf](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/documents/201112_150.pdf)
- Schnebelen C. Dispositif national de gestion des risques : analyse de la base REX. JAM : Journal de l'Accréditation des Médecins 2009 ;(8).
- Soll H, Proske S, Hofinger G, Steinhardt G. Decision-Making Tools for Aeronautical Teams: FOR-DEC and Beyond. Aviation Psychol Appl Human Factors 2016;6(2):101-12.
- Shah J, Fitz-Henry J. Peri-operative care series. Ann R Coll Surg Engl 2011;93:501-3.
- de Thomasson E, Bonfait H, Delaunay C, Charrois O, Orthorisq. Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » : suffit-il de la mettre en place pour améliorer la sécurité ? État des lieux après six mois d'utilisation. Rev Chir Ortho 2011;97(8):869-76.
- UK Department of health. An organization with a memory. Report of an expert group on learning of adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. London: The Stationery Office Limited, 2000.  
[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105144251/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4065086.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105144251/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf)
- World Health Organization. Surgical safety checklist (first edition). Geneva: World Health Organization press, 2008.  
[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/SSSL\\_Checklist\\_finalJun08.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1)

## Pour en savoir plus

### **Organisme agréé de chirurgie orthopédique et traumatologique (ORTHORISQ)**

#### **Accréditation des médecins**

56 rue Boissonade  
75014 PARIS

Responsable de l'étude : Éric Benfrech

[orthorisq@orthorisq.fr](mailto:orthorisq@orthorisq.fr)

[www.orthorisq.fr](http://www.orthorisq.fr)

Document intégral consultable sur le site de la HAS

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