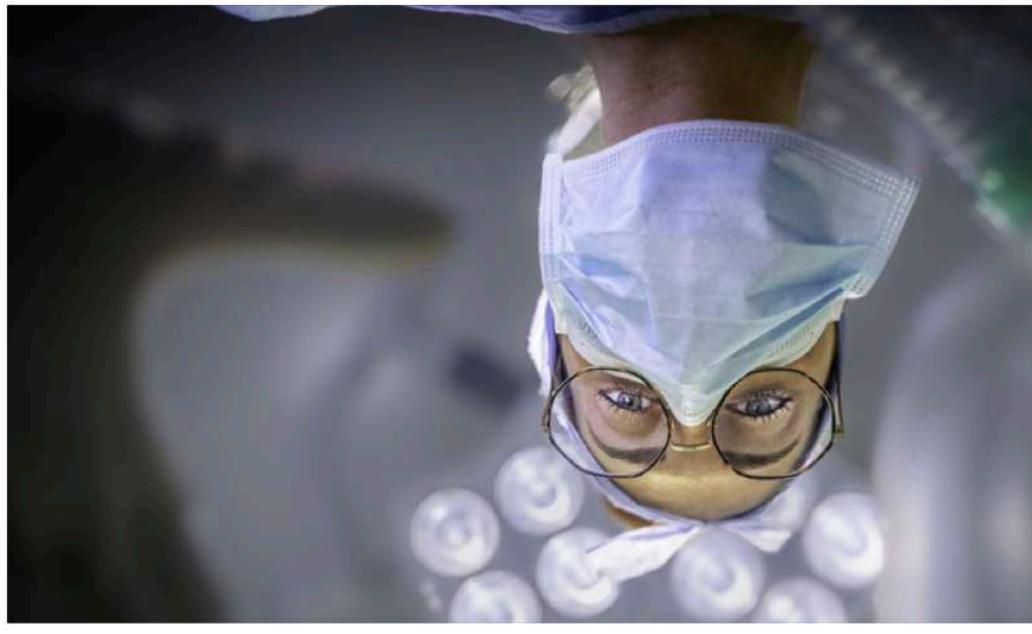


Debriefing

Autour de la Gestion des Risques



Focus:

Évènements Indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Des erreurs de patient, de site opératoire ou de procédure, ainsi que les oubli de matériel ou de compresses continuent de se produire dans les établissements de santé, malgré tous les efforts déployés par les équipes soignantes pour la sécurisation des pratiques au bloc opératoire.



Ces évènements qui ne devraient jamais survenir (never events) auraient pu être évités si des vérifications croisées avaient été faites correctement avant l'intervention

De tels EIGS sont dévastateurs pour les patients et leurs familles. Ils entraînent également de sévères répercussions sur les équipes qui ont pris en charge les patients

Dans la plupart des cas il s'agit d'une défaillance dans l'utilisation de la **check-list sécurité du patient au bloc opératoire**

1

RISQUE EN ANESTHESIE

Définition
p 2-3

2

RISQUE EN ANESTHESIE

Efficience
p 4

3

CAS CLINIQUE

C'est arrivé près de chez vous... ou ailleurs
p 5-6

Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

Tiré des articles du Dr Philippe Cabarrot, et des données HAS et OMS

Introduction

Plus de 230 millions d'interventions chirurgicales majeures sont réalisées chaque année à travers le monde. D'après les données de l'OMS, 0,4 à 0,8 % des actes chirurgicaux ont pour conséquence directe le décès du patient, et 3 à 16 % sont associés à des complications (1 million de décès et 6 millions d'incapacités par an dans le monde). Cela ne signifie pas que les chirurgiens et les autres professionnels de santé soient négligents ou incompétents, mais plutôt que les possibilités que quelque chose se passe mal au cours des procédures invasives sont nombreuses. De nombreux outils validés sont désormais disponibles pour aider les équipes soignantes à fournir des soins chirurgicaux sûrs, parmi lesquels la check-list de la sécurité chirurgicale de l'OMS, dont l'efficacité a été démontrée.

En France, sur 1,5 millions d'interventions chirurgicales annuelles, 60 000 à 95 000 Événements Indésirables Graves (EIG) surviendraient dans la période péri-opératoire dont près de la moitié sont considérés comme évitables. A l'initiative de la HAS, les représentants des professionnels travaillant au bloc opératoire, en association avec les représentants des patients,

ont adapté la check-list proposée par l'OMS au contexte français en Janvier 2010.

Plusieurs évolutions ont été proposées depuis:

- 2016, intégration des particularités pédiatriques
- 2018, intégration du Go - NoGo
- 2023, check-list personnalisable

Principe:

La check-list vise à améliorer le travail en équipe au bloc opératoire, en favorisant le partage des informations et la vérification croisée, par les membres de l'équipe médico soignante, de critères considérés comme essentiels au bon déroulement de toute intervention chirurgicale qu'elle soit programmée ou réalisée en urgence.

« Vérifier ensemble pour décider »

L'efficacité des programmes type check-list a été démontrée de manière convaincante, dans différents travaux internationaux. L'utilisation de la check-list au bloc opératoire permet

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

1	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'identité du patient est correcte ■ L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/A
2	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'intervention et le site opératoire sont confirmés : ■ idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ■ la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/A
4	<ul style="list-style-type: none"> ■ La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/A
5	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient ■ pour la partie chirurgicale ■ pour la partie anesthésique <p><i>Acte sans prise en charge anesthésique</i></p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le patient présente-t-il un : ■ risque allergique ■ risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ■ risque de saignement important 	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*
		<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	■ identité patient confirmée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	■ intervention prévue confirmée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	■ site opératoire confirmé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	■ installation correcte confirmée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	■ documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	■ sur le plan chirurgical <i>(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	■ sur le plan anesthésique <i>Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
■ du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
■ de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
■ si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement/ déclaration ?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *	
ATTENTION SI ENFANT !	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	

notamment de réduire la morbi-mortalité opératoire de près de 30 %. C'est la raison pour laquelle depuis le 1er janvier 2010, la HAS évalue systématiquement dans le cadre de la procédure de Certification des établissements de santé, l'utilisation de la check-list au titre de Pratique Exigible Prioritaire.

Mise en place de la check-list:

La mise en place de la check-list au bloc opératoire doit apporter une réponse concrète et efficace: l'amélioration de la sécurité et par conséquent la diminution des EIG et de la morbidité.

Le succès de son implantation dépend du leadership indispensable des institutionnels et des professionnels impliqués (conviction de l'utilité de l'outil), sur l'engagement pérenne des professionnels (en particulier chirurgiens et anesthésistes) et sur la mise en oeuvre au quotidien intégrée au déroulement du bloc opératoire (enseignement proactif).

3 phases sont identifiées:

- avant l'induction de l'anesthésie
- avant l'intervention chirurgicale
- après l'intervention (avant la sortie du patient du bloc opératoire).

Chaque temps doit être correctement renseigné.

Le coordonnateur est le plus souvent un personnel infirmier, son rôle est de renseigner les items de la check-list en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste:

- si la vérification a bien été effectuée,
- si la vérification a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et
- si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision motivée.

CAUSES DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX ACTES CHIRURGICAUX ET AUX AUTRES PROCÉDURES:

- 1) Prévention insuffisante des infections associées aux soins
- 2) Prise en charge inadéquate du patient
- 3) Défauts de communication des professionnels de santé avant, pendant et après les procédures

CAUSES LATENTES:

- la mise en œuvre inadéquate (absent, retard) des protocoles (traitements, examens complémentaires) ou recommandations ;
- un leadership inadapté et un travail d'équipe déficient ;
- des conflits entre différentes unités/différents groupes, un défaut de communication ;
- une formation et une préparation inadaptées du personnel ;
- le manque de ressources ;
- l'absence de pratiques fondées sur les preuves ;
- une mauvaise culture organisationnelle ;
- la surcharge de travail ;
- l'absence d'un dispositif de gestion de la performance.
- l'absence de mesures de précautions visant à éviter les blessures accidentelles ;
- exercice en dehors de son domaine d'expertise, absence d'appel à un confrère spécialisé, absence de transfert

Efficience et perspectives:

Les évaluations réalisées après sa mise en œuvre en France montrent que, si la check-list est utilisée de manière quasi exhaustive dans tous les blocs opératoires, elle ne l'est pas toujours de manière optimale, ce qui compromet son efficacité.

« La check-list n'est efficiente que si elle est correctement utilisée »

Depuis plus de dix ans, la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » fait partie du quotidien des professionnels travaillant dans les salles interventionnelles des établissements français. Bien réalisée, elle améliore le travail en équipe et la sécurité des patients, et notamment la prévention et la récupération des événements indésirables associés aux soins. Elle concourt à améliorer la culture de sécurité des professionnels et, par là même, la qualité de vie au travail. Pourtant, malgré son apparence simplicité d'utilisation, elle reste un outil difficile à mettre en œuvre dans la routine, avec des problématiques de réalisation collective et d'investissement des professionnels, qui y voient, malgré les preuves de son efficacité, une contrainte administrative supplémentaire. Les professionnels du bloc opératoire ont encore du mal à l'utiliser correctement et à maintenir un enthousiasme durable. Ces constats ont conduit la HAS à revoir sa politique en la matière afin d'« adapter la check-list pour (mieux) l'adopter ». Elle considère toujours comme non négociable la vérification croisée des informations essentielles avant, pendant et après toute intervention, mais elle laisse désormais toute latitude (et responsabilité) aux sociétés savantes et aux équipes de soin pour y parvenir (check-list personnalisable), pour permettre à chaque équipe de bloc opératoire de disposer d'une check-list adaptée à ses spécificités (spécialités chirurgicales ou interventionnelles, particularités liées au contexte local, etc.). .

« La HAS encourage ainsi les professionnels de santé à s'approprier cet outil en l'adaptant au plus près de leur pratique »

Conclusion:

Plus de 90% des événements indésirables graves et parfois mortels seraient liés à un dysfonctionnement de la check-list. Il est indispensable, et de notre responsabilité, d'adapter la check-list à nos pratiques et de limiter son mésusage (remplissage mécanique, absence de leadership,...)

Un débat s'installe actuellement sur la nécessité ou non de rendre la check-list obligatoire. Il est actuellement retenu que le caractère obligatoire peut entraîner un renseignement automatique vidé de son sens (le « tick-boxing » des anglo-saxons, ou cochage mécanique des cases) ou, à l'inverse, un renseignement soigneux mais étroit ou mal partagé pouvant donner un faux sentiment de sécurité.

Les leaders actuels et futurs de toutes les disciplines intervenant au bloc opératoire, tant au niveau des sociétés savantes que dans chaque bloc, doivent s'impliquer fortement et inciter explicitement à l'utilisation correcte et systématique de la check-list, en commençant par montrer l'exemple.

La mise en œuvre optimale de la check-list au bloc opératoire est un travail de longue haleine qui nécessite du temps pour y parvenir, mais aussi des efforts pour la maintenir. La sécurité des patients est l'enjeu : on peut penser que les patients et les institutions trouveront cette ambition légitime.

Exemple de Check-list personnalisée:

CHECK-LISTau bloc opératoire	
VÉRIFICATION AVANT L'INTERVENTION	
<ul style="list-style-type: none">• Identité du patient+ type d'intervention + contrôle du dossier (consentements, BS, Imagerie)• Préparation opératoire (jeûne, douche pré-op, dépilation, absence de vernis)• Site opératoire, côté (marquage effectué?) et mode d'installation connus• Disponibilité du matériel (instrumentation, ancillaires , implants)• Risques :<ul style="list-style-type: none">◦ Allergique?◦ Hémorragique (anticoagulant et antiagrégant pris en compte?)◦ Voie aérienne (intubation difficile, risque d'inhalation)?◦ Infectieux<ul style="list-style-type: none">▪ Antibiotoprophylaxie lancée▪ Champ opératoire réalisé selon le protocole de l'établissement• Compte des compresses, coupants/tranchants donné• Patient mineur :<ul style="list-style-type: none">◦ Autorisation d'opérer des deux parents◦ Matériel pédiatrique en salle◦ Seuils d'alerte réglés de façon adéquate	
TIME OUT	Vérification ultime des points critiques en présence de toute l'équipe
GO / NO GO	
VÉRIFICATION APRÈS L'INTERVENTION	
<ul style="list-style-type: none">• L'intervention a été réalisée comme prévue initialement?• Il survenu à déclarer? (Matériovigilance, changement de procédure...)• Le mode d'hospitalisation initial est confirmé?• Traçabilité : compte des compresses, coupants/tranchants, DMI• Prélèvements : tracés dans le DPI, identifiés et envoyés• Les prescriptions post-opératoires sont validées par les équipes médicales (thromboprophylaxie, antalgique, reprise de la nutrition,...)• Les données dosimétriques sont notées dans le DPI et le CRO	

Lien HAS, pour aller plus loin:

[La check-list générique 2018 « sécurité du patient au bloc opératoire »](#)

[Un second souffle en 2022 pour la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »](#)

Cas Clinique (EIAS)

Anamnèse

Mr X âgé de 64 ans, sans antécédent médical particulier (ASA 1), est pris en charge pour une Prothèse Totale de Hanche (PTH) en chirurgie programmée.

A son admission dans le service il bénéficie d'un premier interrogatoire par l'infirmière du service (identité, nom du chirurgien, type d'intervention, côté à opérer, respect des règles du jeûne, de la préparation cutanée, ...).

C'est l'heure! le brancardier le prend en charge pour descendre au bloc opératoire. « Bonjour Monsieur, pouvez-vous me rappeler votre nom, prénom, date de naissance? Qui va vous opérer, pour quelle intervention et de quel côté? »

Les portes de l'ascenseur s'ouvrent et Mr X découvre le bloc opératoire. « Bonjour Monsieur, je suis IDE votre infirmière d'accueil, je vais vous poser un accès veineux et vérifier que votre dossier est complet (radio, bilan biologique, dossier médical,...). Installez-vous. Pouvez-vous me rappeler votre nom, prénom, date de naissance? Qui va vous opérer, pour quelle intervention et de quel côté? Vous êtes bien à jeûn? »

Le Dr CHIR a un peu de retard, le patient est placé en salle d'accueil où des poissons tournent dans la télévision.

Ah, le chirurgien! « Bonjour Mr X, vous me reconnaissiez?, je suis le Dr CHIR, désolé j'ai pris un peu de retard, toujours la hanche droite, hein? Je fonce avaler un croissant pendant qu'on vous installe en salle..., enfin, vous êtes à jeûn, je ne devrais pas vous dire cela! hihi! »

Quelques poissons plus tard, Melle IBODE apparaît: « Bonjour Monsieur, je serai avec vous en salle pendant l'intervention, Pouvez-vous me rappeler votre nom, prénom, date de naissance? Qui va vous opérer, pour quelle intervention et de quel côté? Vous êtes bien à jeûn? »

Mr X: « Encore ??? C'est un mauvais film ou quoi? j'arrête pas d'attendre et de répondre aux mêmes questions! Un jour sans fin! C'est pas noté dans mon dossier? »

Oui « encore », et c'est pas fini! « Bonjour, je suis IADE, et Pouvez-vous... », « Bonjour, je suis MAR1, rien de neuf depuis la consultation avec mon collègue MAR2? Pouvez-vous me rappeler... »

« Respirez bien, pensez à quelque chose d'agréable, on s'occupe de tout. »

Le patient est installé en position latérale D par l'IBODE, MAR1, IADE et l'élève IBODE. Dr CHIR termine sa pause, son aide opératoire et l'instrumentiste se lavent les mains.

Désinfection cutanée, installation des champs opératoires par l'équipe opératoire... Dr CHIR arrive: « Tout est OK, on fait la check? »

IBODE prend la parole: « Nous sommes bien avec Mr X, opéré d'une PTH côté G, nous sommes bien à G, pas d'antécédent particulier, antibioprophylaxie réalisée... »

CHIR: « Côté gauche?? non, on opère à droite!, regardez la radio!! D'ailleurs le patient me l'a confirmé.»

Effroi dans la salle.

IBODE: « Je suis sûre de moi, le patient m'a dit côté G »

IADE: « moi aussi, côté G »

CHIR: « qu'est-ce qui est noté sur la consultation d'anesthésie? sur le programme? »

MAR1: « il m'a dit côté G d'un air très catégorique, il n'y a rien de noté sur le dossier d'anesthésie ... Je ne comprends pas... Tu as ton dossier patient? Sur le programme c'est à droite. »

CHIR: « oui droite! Non j'ai pas amené mon ordinateur. Allez, on le retourne, on refait le champs et c'est parti, on a pris assez de retard! »

MAR1: « Stop! No Go! Il y a trop d'incertitudes, le dossier est incomplet, Mme IBODE et moi sommes formels, il a dit côté G. on ne va pas rentrer dans un tunnel et faire des conneries, on arrête tout. »

« NoGo par mésusage de la Check-List »

Conséquences:

L'équipe anesthésique et les IBODE sont certaines de leur fait, elles ont correctement fait leur check-list et recueilli les propos cohérents d'un patient bien orienté et qui n'a pas reçu de prémédication. Le dossier médical est incomplet, il existe trop de discordances, le danger serait de rentrer dans un effet tunnel. Il apparaît préférable à l'équipe de stopper la procédure, non urgente. Le No Go est prononcé.

Dr CHIR est excédé, fatigué par sa garde de nuit et en retard à cause du premier patient difficile, mais il se rallie à cette décision.

Mr X est donc réveillé.

Cause principale (Comment cet EIAS est-il arrivé)

Mauvaise réalisation de la check-list

Causes profondes (Pourquoi cet EIAS est-il arrivé)

Le patient et sa personnalité: une fois réveillé, le patient avoue son exaspération liée à la multiplication des interrogatoires, à la redite de toutes ces informations. Il reconnaît avoir répondu parfois côté D et parfois côté G... Relation conflictuelle avec les soignants.

Les tâches à accomplir: remplissage mécanique et individuel de la check-list.

Equipe: défaut de communication entre professionnels et vers le patient

Environnement de travail: pression de production et automatisation des tâches

Organisation: dossier patient incomplet

Barrières inefficaces ou non réalisées

Avant (prévention): pas de politique de marquage du côté à opérer dans l'établissement

Pendant (récupération): aucune

Après (atténuation): aucune

Barrières efficaces

Avant (prévention): aucune

Pendant (récupération): Le No Go permet de ne pas aller plus

loin dans l'erreur et possiblement d'éviter une erreur de côté

Après (atténuation): discussion avec le patient, information et rappel des règles de sécurité

Axe d'amélioration

- Procédure écrite de l'identification de la zone à opérer par un marquage à l'entrée dans le service de chirurgie, avec implication du patient.

- Check-list lors de l'installation en salle d'opération avec tous les acteurs aide/ ibode/aide opératoire et chirurgien

- Travail en équipe sur la mise en place d'une check-list personnalisée adaptée à la structure

Avis de l'expert

De la Check-list:

90% des Évènements Indésirables Graves survenant au bloc opératoire sont liés à un défaut de check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » promue par la HAS et qui a scientifiquement fait preuve de son efficacité.

Sa mise en oeuvre est donc une absolue nécessité, mais cela n'est pas aussi simple qu'on pourrait le penser du fait de freins culturels, professionnels et de pratiques. La réalité est beaucoup plus complexe que celle communément admise: « utilisons une check-list, un outil qui a largement fait ses preuves en aéronautique ».

Le problème avec la check-list n'est pas son intérêt, ni son efficacité, mais son implantation et surtout sa bonne utilisation.

Le piège le plus sournois vient finalement du caractère réglementaire de sa réalisation qui peut conduire à un cochage mécanique de cases, ce qui l'auto-discrédite puisqu'ainsi faite elle ne peut pas intercepter efficacement les événements graves qui continuent de survenir.

« La check-list vise à améliorer le travail en équipe au bloc opératoire, en favorisant le partage des informations et la vérification croisée»

La check-list est victime d'un défaut de leadership et la vérification croisée, par les membres de l'équipe médico soignante, est la clé d'une check-list correctement réalisée.

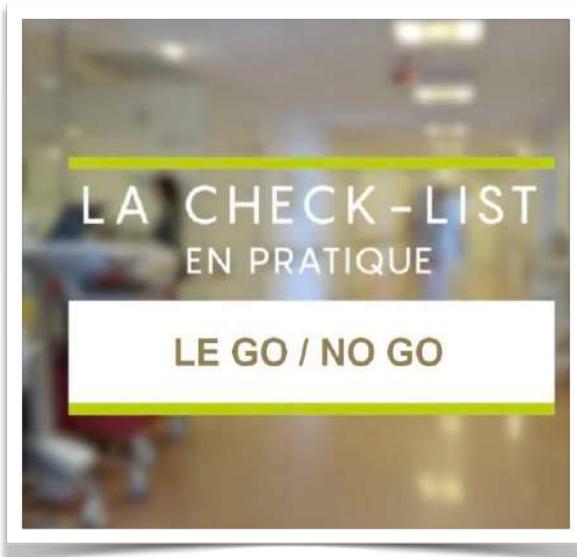
Tout est réuni dans ce cas clinique pour mener à l'échec malgré la réalisation répétée de la check-list par de nombreux acteurs: cochage mécanique des cases, absence de leadership du chirurgien, absence de vérification croisée.

La nouvelle politique de la HAS laisse les professionnels s'approprier la check-list en permettant toutes les adaptations qui leur semblent utiles, et constitue sans aucun doute un axe d'amélioration pour cette équipe.

Du No-Go:

Il s'agit de l'arrêt immédiat et imprévu de l'acte chirurgical au bloc opératoire avant 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 et inacceptable pour le patient.

Le No Go, bien que non souhaitable et parfois mal vécu, reste une procédure 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).

La prévention du No Go passe par la vérification pré-opératoire, dont la check-list est un maillon indispensable.

De l'erreur de côté:

L'erreur de côté est un des never events qui est considéré comme évitable car il existe des barrières de prévention efficaces pour la prévenir :

- la check-list sécurité du patient au bloc opératoire
- le marquage du site opératoire

Le marquage du site opératoire:

- doit faire l'objet d'une procédure institutionnelle formalisée
- par le même symbole pour tous (croix à éviter)
- après information et implication du patient
- au feutre indélébile après la douche
- avant l'entrée au bloc et avant toute prémédication
- par le praticien concerné ou un personnel rompu à l'exercice
- l'identité du professionnel qui marque est tracée

En cas de doute persistant malgré les éléments de vérification, l'annulation de l'acte est une barrière de récupération reconnue par la Solution Sécurité Patient rédigée par la SFAR et le CFAR

« Adapter la check-list pour (mieux) l'adopter »