



Action financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine
dans le cadre du CPOM ARS-CCECQA 2023-2027

23 JUIN 2025
13H30 À 14H30

Dr Catherine POURIN
Directeur du CCECQA
Dr George ROMERO, Directeur Médical Risk Management,
Relyens
Dr Fabienne Dellion, Orthopédiste, Clinique Bordeaux
Nord Aquitaine

**DÉCRYPTAGES DES CRITÈRES DU MANUEL DE
CERTIFICATION 2025 : CHECK LIST ET NOGO**

Les Comptoirs Qualités

Les comptoirs Qualité reprennent pour répondre à vos questions sur le nouveau manuel de certification 2025. Une action financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Tout un programme de webinaires élaborés avec nos partenaires à retrouver sur notre site pour vous y inscrire [Webinaires – CCECQA](#)



De 13H30 à 14h30 le ...	Thématiques
14 avril 2025	Adaptation des soins écoresponsables
20 juin 2025	Le médicament
23 juin 2023	La sécurité dans les secteurs à risques : les blocs, check list et No Go
9 juillet 2025	Le patient partenaire
16 septembre 2025	La sécurité dans les secteurs à risques : la maternité
18 septembre 2025	La sécurité dans les secteurs à risques : les urgences
22 octobre 2025	L'accréditation d'équipe
24 novembre 2025	Le risque infectieux

Reprogrammation en cours avec l'OMEDIT en attente de publication de la fiche pédagogique de la HAS



FEUILLE DE ROUTE 2023-2025
SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
ET DES RÉSIDENTS

Directeurs, Présidents de CME
Coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins

Participez à l'état des lieux national sur la fonction de

Coordonnateur
de la gestion des risques associés
aux soins en établissements de santé
COGRAS



Une enquête menée par la



Suivie en région Nouvelle-Aquitaine par le



Action financé par



Du 19 mai au 7 juillet 2025

Participez à l'enquête en ligne
en 2 parties

1 À L'ATTENTION DE LA GOUVERNANCE DE
L'ÉTABLISSEMENT

2 À L'ATTENTION DU COORDONNATEUR DE
LA GESTION DES RISQUES (COGRAS)



Évaluer les modalités de
désignation et de fonctionnement

A partir de septembre 2025

Contribuez aux entretiens qualitatifs



Tirage au sort
parmi les COGRAS
participants



Recueillir des témoignages de pratiques et
organisations inspirantes

Xavier.gouffrand@ccecqa.fr

Webinaire CCECQA



Thèmes abordés

Supports et replays
sur
à la rubrique
ressources
www.ccecqa.fr

Rappel des attendus
Etat de lieux et préconisations
Retour d'expérience sur le T3 et l'adaptation de la CL

Méthodes d'investigations spécifiques aux secteurs interventionnels en visite de certification

Fiche pédagogique HAS janvier 2025
[fiche_pedagogique_6e_cycle_secteurs_interventionnels.pdf](#)

DES TRACEURS CIBLÉS DANS LES DIFFÉRENTS SECTEURS INTERVENTIONNELS

- Site de bloc opératoire
- Site de bloc obstétrical (si bloc à part du bloc général)
- Site de bloc ambulatoire (si bloc à part du bloc général)
- Site de désinfection des endoscopes
- Site d'Imagerie interventionnelle
- Site de Cardiologie interventionnelle

D'AUTRES MOMENTS AU DÉCOURS D'AUTRES MÉTHODES

- **PARCOURS TRACEUR (ENTRETIEN AVEC DES PROFESSIONNELS/LE PATIENT)**
 - Critère 1.2-03 Le patient connaît les **dispositifs médicaux** qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées (professionnels et patient)
 - Critère 2.3-04 Les professionnels maîtrisent la **prise en charge anesthésique** des patients (Professionnels)
 - Critère 2.3-08 Les équipes sécurisent le parcours du patient en **chirurgie ambulatoire** (Professionnels)
- **PATIENT TRACEUR**
 - Critère 2.3-08 Les équipes sécurisent le parcours du patient en **chirurgie ambulatoire** (Patient et Professionnels)
- **OBSERVATION**
 - Critère 2.3-06 Les équipes des secteurs interventionnels **maîtrisent les risques, notamment infectieux**, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles EE : L'équipe porte une tenue et des équipements (tunique, pantalon, masque) adaptés et strictement dédiés au secteur interventionnel

Grille traceur ciblé en secteur interventionnel

[Fiche pédagogique 6e cycle
methode traceur cible.pdf](#)

3 OBJECTIFS

- 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient
- 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs
- 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

7 Critères

- 2.1-07 : Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients
- 2.3-04 : Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients
- 2.3-05 : Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs
- 2.3-06 : Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles**
- 2.3-07 : Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles
- 2.3-09 : Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »**
- 2.4-07 : Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs

29 éléments d'évaluations



Certification
des établissements
de santé pour
la qualité des soins



Afin de sécuriser et améliorer nos interventions chirurgicales, nous analysons l'utilisation de notre check-list.

Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leur pratique en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient ». Ce critère est prioritaire dans la certification.

Patients, soignants, un engagement partagé

Qualiscope

Objectif 2.3

La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie, radiothérapie)

Critère 2.3-09 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »

La check-list « Sécurité du patient », mise en place pour renforcer la sécurité des interventions chirurgicales, permet de vérifier systématiquement les éléments critiques à chaque étape de la prise en charge : identification du patient, vérification du site opératoire, contrôle des dispositifs et équipements, et validation de la procédure. En vue de faciliter son appropriation par les professionnels – meilleurs garants de l'amélioration de la sécurité du patient – la HAS encourage les professionnels à adapter la check-list pour mieux l'adopter. En analysant régulièrement les modalités de réalisation de cette check-list, les équipes peuvent identifier les écarts ou les points de vigilance, ajuster leurs pratiques et améliorer la communication entre les différents professionnels. Cette démarche d'évaluation et d'ajustement contribue à prévenir les erreurs, à optimiser la coordination et à garantir la sécurité du patient tout au long de son parcours interventionnel.

Chirurgie et interventionnel **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Une check-list, éventuellement adaptée selon les recommandations de la HAS, est systématiquement réalisée de façon exhaustive par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels à chaque étape.
- La check-list est réalisée en présence des professionnels concernés.
- Des évaluations de la mise en œuvre de la check-list sont suivies par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels (en particulier, le suivi des Go/No Go).
- Les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels mettent en œuvre des actions d'amélioration sur la base de l'analyse des résultats des indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la check-list.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique « Secteurs interventionnels »

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

REFERENTIEL

Certification
des établissements
de santé pour
la qualité des soins

Version 2025

Certification
des établissements
de santé pour
la qualité des soins



FICHE PÉDAGOGIQUE

L'évaluation de la chirurgie et des secteurs interventionnels

Selon le référentiel

Janvier 2025



Un second souffle en 2022 pour la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire »

RISQUES & QUALITÉ • 2022 - VOLUME XIX - N° 3

Philippe Cabarrot, Coline Terroba, Cécile de Pizzol, Hervé Mentec, Laetitia May-Michelangeli, Amélie Lansiaux

Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (Evoqss) – Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Daqss) – Haute Autorité de santé (HAS) – Saint-Denis – France

✉ **Dr Philippe Cabarrot** – Evoqss – Daqss – HAS – 5, avenue du Stade-de-France – 93210 Saint-Denis – France
E-mail : p.cabarrot@has-sante.fr

Forces de la check-list au bloc opératoire

1. La check-list a scientifiquement fait la preuve de son efficacité en termes d'amélioration de la morbi-mortalité péri-opératoire.
2. La check-list améliore la communication au bloc opératoire et vraisemblablement la culture de sécurité des équipes.
3. La check-list est promue par les leaders mondiaux de la chirurgie et de la qualité et sécurité des soins.
4. La check-list est connue de tous les professionnels de santé et utilisée dans la quasi-totalité des blocs opératoires français.

Faiblesses de la check-list au bloc opératoire

1. Les travaux publiés sont d'un niveau scientifique variable avec un niveau de preuve inconstant ou ne démontrant une efficacité que dans certaines sous-populations (établissements, équipes, médecins) très réceptives à ce type de programme.
2. D'autres revues systématiques sont plus nuancées quant à l'amélioration de résultats ou portent plus sur l'amélioration des complications que de la mortalité.
3. Les études se focalisent plus sur les résultats en termes de morbi-mortalité et ne précisent guère les modalités et la qualité de réalisation de la check-list, ni l'amélioration (ou non) des pratiques induites.
4. La mise en œuvre imposée par voie administrative ou réglementaire peine à reproduire les résultats positifs des études princeps.

23 06 2023

CECCQA





médical

ressources humaines

technologique

Erreurs évitables au bloc et secteur interventionnel Zoom sur **la Ccheck-List** Sécurité des Patients

Dr Georges ROMERO, Directeur Médical Risk Management

georges.romero@relyens.eu

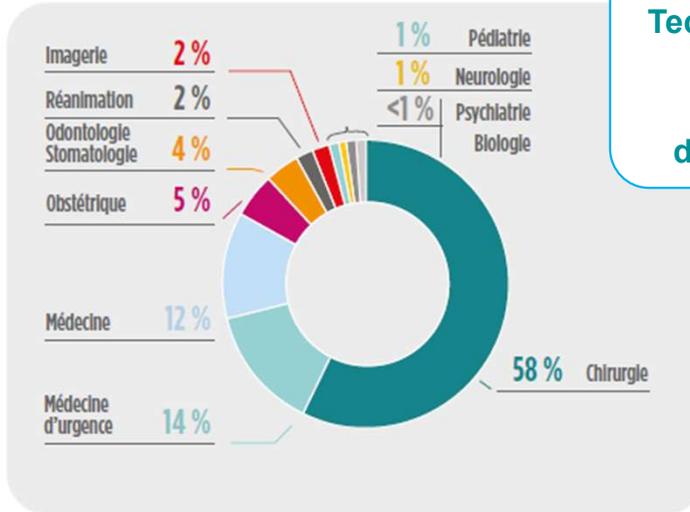
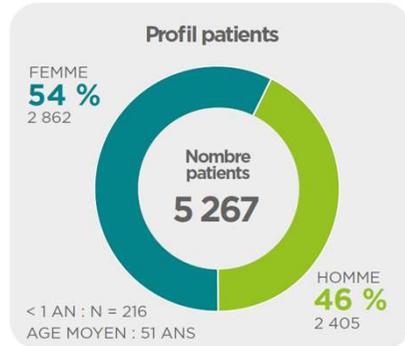


AGISSONS POUR DEMAIN



GRUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

La sinistralité, en MCO, en FRANCE



Plateaux Techniques Lourds = 69 % de la sinistralité

53%

EIG

Principaux facteurs favorisant du plus fréquent au moins fréquent

- Défaut de communication
- Défaut de vérification
- Manque d'organisation et de coordination
- État de santé du patient





Au moins un NEVER EVENT tous les 7 Jours

Never Event :

Incident grave qui ne devrait pas se produire, et évitable par la mise en œuvre des recommandations nationales et internationales existantes en matière de sécurité.

Les 5 spécialités les plus mises en causes au cours des NE :

Orthopédie	21%
Obstétrique	20%
Chirurgie viscérale	16%
Urologie	8%
Chirurgie gynécologie	6%

Les NE 2023 - Liste des NE Reyens (avec focus sur les PTL)

Erreur d'intervention (type, localisation)	21
Oubli de matériel ou de corps étranger après une intervention	82
Prothèse/implant inapproprié	6
Brûlure de patient	34
Erreur médicamenteuse grave	4
Erreur de patient	4
TOTAL	151

Principaux facteurs favorisants du plus fréquent au moins fréquent

- Défaut de communication
- Défaut de vérification



GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030

Indicateur stratégique : nombre de pays qui adoptent des systèmes de notification des **never events** survenus.

Comment éviter un traumatisme après EIG ? (seconde victime).



Annonce d'un dommage associé aux soins



HAS





La Checklist « Sécurité du patient au bloc opératoire »

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Haynes et Col. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009;360:491-9

L'essence de la check-list est de permettre, au sein de **l'équipe, un partage**

- des **informations essentielles** concernant le patient
- une **vérification croisée** des éléments critiques de l'intervention

À **différents temps** (classiquement préanesthésique, pré-opératoire et post-opératoire)

En France :

V1 de la CL sécurité au bloc en **janvier 2010**

Dernière version en **octobre 2018** (NoGo)

Forces de la check-list :

- Preuves scientifiques de son efficacité en termes d'amélioration de la morbi-mortalité péri-opératoire
- **Améliore la communication au bloc opératoire et la culture de sécurité des équipes**
- Promue mondialement

Faiblesses de la check-list :

- Mise en œuvre **imposée**, vécue comme **administrative**, peine à reproduire les résultats positifs des études princeps (Qualité d'utilisation de la CL)
- Implémentation efficace **variable et partielle** due à :
 - **Faiblesse de l'accompagnement** terrain
 - Doutes, résistance, parfois opposition des professionnels

Opportunités de la check-list :

- **Nombreux événements indésirables** totalement évitables par l'utilisation de la CL
- **Appropriation** possible par les professionnels **en permettant toutes les adaptations** utiles

Menaces sur la check-list :

- **Freins** culturels, professionnels, pratiques à sa bonne utilisation
- **Cochage mécanique** de cases avec des événements graves qui continuent de survenir
- Comparaison simpliste et fréquente avec l'aéronautique
- **Défaut de leadership** sur le terrain dans sa bonne utilisation



Armstrong BA, Dutescu IA, Nemoi L, et al. Effect of the surgical safety checklist on provider and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2022;31(6):463-478.
 Cabarrot Ph et al. <https://www.risqual.net/publication-scientifique/un-second-souffle-en-2022-pour-la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire>





Analyse qualitative de la checklist « Sécurité du patient »

Analyse réalisée dans 4 établissements de santé

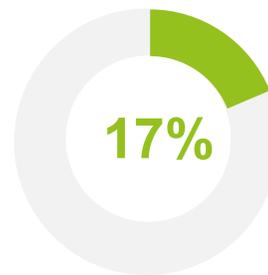
Taux de conformité de réalisation de la Check-list constaté :



1^{er} temps :



2^{ème} temps :

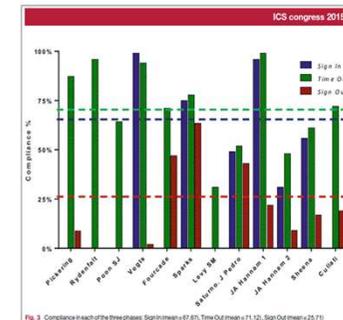


3^{ème} temps :



European surgery

ACA Acta Chirurgica Austriaca



ENTRETIENS PROFESSIONNELS (50 critères investigués et analysés par entretien)
 et
OBSERVATIONS CHECKLISTS (90 critères investigués et analysés par CL)





La CL sécurité du patient dans les secteurs interventionnels aux 3 temps

CRITÈRES

ECARTS

Structurelles

- CL adaptée au secteur
- Informatisation et accessibilité
- Contrôle croisé et partage structuré des informations clés
- Réalisation en équipe
- Temps de pause respecté
- Présence et participation des professionnels
- Participation du patient (Temps 1)
- **Leader et coordonnateur**
- Traçabilité
- Partage des prescriptions : consignes post-opératoire (Opérateur et MAR, Temps 3)
- **No Go/dysfonctionnements détectés** (Temps 1 et 2)
- Analyse CL et Incidents

Critères de réalisation de la CL

Analyse des événements

- Absence ou défaut de CL Adaptée
- Contrôle croisé partiel et partage non structuré des informations clés
- Absence de réalisation en équipe
- Absence de temps de pause
- Absence opérateur/ MAR
- Absence de leader médical
- Défaut de traçabilité
- Absence de partage des consignes et prescriptions
- Absence d'analyse EI et NoGo



Nos recommandations





LES ACTIONS CLÉS POUR LA CHECK LIST

1. EN FAIRE UNE PRIORITÉ INSTITUTIONNELLE

- Top management, CME, GDR, Plateaux interventionnels

2. DIAGNOSTIC « EXPERT » PRECIS

- **Analyse qualitative de la checklist « Sécurité du patient »** dans tous les secteurs interventionnels concernés

3. DONNEZ DU SENS

- A quoi ça sert? (Quels événements ne veut-on pas voir?)

4. ADAPTER LA CL

- « l'adapter c'est l'adopter », une **CL ergonomique**.
- ++++ **Vigilance** sur le pilotage de ces adaptations++++





PERSONNALISER LA Check List



Vérifications impératives avant intervention Temps 1 (avant induction anesthésique) et temps 2 (avant incision)
Identité du patient
Type d'intervention, site opératoire et mode d'installation
Préparation préopératoire
Vérification du matériel
Antibioprophylaxie
Risques (allergique, hémorragique, voies aériennes)
Vérification ultime des points critiques en présence de toute l'équipe (aussi appelée time-out)
Go / No-Go

Vérifications impératives après intervention Temps 3 (avant sortie de salle d'opération)

CENTRE HOSPITALIER LAVAL > Enregistrement
CHECK-LIST SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

Page 1 sur 1
Réf : ENCLI-BOP/6
Indice de révision : 6

Identification du patient (étiquette patient) : _____
Salle : _____
Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____
Chirurgien : _____ Signature : _____
MAR / IADE : _____ Signature : _____
Coordonnateur check-list (IBO/IBODE) : _____ Signature : _____

AVANT ENTREE EN SALLE <small>Dans le SAS Avec : patient, AS, MARVADE, IBO/IBODE</small>	AVANT ANESTHESIE <small>Dans la salle de bloc ou SSPI Avec : patient, MARVADE, IBO/IBODE</small>	AVANT INCISION <small>Dans la salle de bloc Avec : chirurgien, MARVADE, IBO/IBODE Vérification « ultime » croisée = TIME-OUT</small>	AVANT DEPART CHIRURGIEN <small>Dans la salle de bloc Avec : chirurgien, MARVADE, IBO/IBODE</small>
Rempli par (initiales) : _____	Rempli par (initiales) : _____	Rempli par (initiales) : _____	Rempli par (initiales) : _____
1. Identité énoncée par le patient <input type="checkbox"/>	9. Identité du patient <input type="checkbox"/>	13. Identité du patient <input type="checkbox"/>	20. Traçabilité / compte du matériel (compresses, etc.) <input type="checkbox"/>
2. Nom du chirurgien <input type="checkbox"/>	10. Type d'intervention, site opératoire et mode d'installation <input type="checkbox"/>	14. Intervention et côté <input type="checkbox"/>	21. Identification des prélèvements ou pièces opératoires <input type="checkbox"/>
3. Intervention et côté <input type="checkbox"/>	11. Vérification du matériel et des implants <input type="checkbox"/>	15. Installation / détersion / drapage <input type="checkbox"/>	22. Prescription conjointe pour le post-opératoire immédiat <input type="checkbox"/>
4. Disponibilité du chirurgien <input type="checkbox"/>	12. GO <input type="checkbox"/> NO-GO <input type="checkbox"/>	16. Matériel et implants <input type="checkbox"/>	23. EIAS à déclarer ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5. Jéjune préopératoire (alimentation / boisson / tabac) <input type="checkbox"/>		17. Risques opératoires <input type="checkbox"/>	
6. Préparation cutanée / appareillage / réaction <input type="checkbox"/>		18. Antibioprophylaxie <input type="checkbox"/>	
7. Risques (allergique, hémorragique, voies aériennes) <input type="checkbox"/>			
8. GO <input type="checkbox"/> NO-GO <input type="checkbox"/>		19. <input type="checkbox"/>	

Commentaires : _____

ATTENTION SI ENFANT !
→ Autorisation d'opérer signée
→ Adaptez le matériel, les seuils d'alerte
→ Prévenez les risques d'hypothermie

HÔPITAUX de la MAYENNE
Date d'application juin 2024
Document associé Protocole « Utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire »

Ces items constituent un socle devant figurer dans toutes les CL personnalisées

https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3418441

Webinaire CECCQA
23 06 2023





LES ACTIONS CLÉS POUR LA CHECK LIST

1. EN FAIRE UNE PRIORITÉ INSTITUTIONNELLE

- Top management, CME, GDR, Plateaux interventionnels

2. DIAGNOSTIC « EXPERT » PRECIS

- **Analyse qualitative de la checklist « Sécurité du patient »** dans tous les secteurs interventionnels concernés

3. DONNEZ DU SENS

- A quoi ça sert? (Quels événements ne veut-on pas voir?)

4. ADAPTER LA CL

- « l'adapter c'est l'adopter », une CL ergonomique.
- ++++ **Vigilance** sur le pilotage de ces adaptations++++

5. FORMER

- Plan de formation INITIALE et CONTINUE de tous les acteurs concernés
- Sensibilisation continue

6. PILOTER

- Suivre les dysfonctionnements (et No Go) détectés, et **LES PARTAGER**
- Mettre en place des indicateurs pertinents de suivi
- Evaluer



Les incontournables de la checklist* ?

Quoi ?

Temps 1 ou SIGN IN
avant Induction anesthésique

Temps 2 ou TIME OUT
avant Incision / Intervention

Temps 3 ou SIGN OUT
de la fin d'intervention à sortie de salle

Qui ?

Leader médical = MAR
Coordonnateur IDE circulante / MERM
Le reste de l'équipe présente (intégrer l'interne à la démarche)
Le patient

Leader médical = OPERATEUR
Coordonnateur IDE circulante/MERM
Le reste de l'équipe présente

Leaders médicaux = MAR/OPERATEUR
Coordonnateur IDE circulante/MERM
Le reste de l'équipe présente

Où ?

En salle d'intervention
Tout ce qui est réalisé en dehors de la salle d'intervention est de la vérification d'usage ou un temps supplémentaire

En salle d'intervention

En salle d'intervention

Quand ?

Au plus proche du moment de l'induction (générale ou ALR)

Au plus proche du moment de l'incision/l'intervention

Au plus proche du moment de la fermeture + avant la sortie du patient

Comment ?

Oralement et traçabilité
informatique / papier

Oralement et traçabilité
informatique / papier

Oralement et traçabilité
informatique / papier

Combien ?

Pour chaque patient
Obligatoire en chirurgie programmée et d'urgence
Obligatoire AVANT l'induction du patient

Pour chaque patient
Obligatoire en chirurgie programmée et d'urgence
Obligatoire AVANT l'incision du patient

Pour chaque patient
Obligatoire en chirurgie programmée et d'urgence
Obligatoire AVANT la fermeture cutanée et la sortie du patient

Pourquoi ?

Partager et vérifier en équipe
Identifier les No Go
Signaler et analyser des No GO et dysfonctionnements

Partager et vérifier en équipe
Identifier les No Go
Signaler et analyser des No GO et dysfonctionnements

Partager et vérifier en équipe (compte textiles, intervention, prélèvements...)
Contrôler conjointement les prescriptions post-op

* Hors CL endoscopie (temps1 et 2 communs)



L'essentiel à retenir ?

Qui doit être présent en fonction des différents temps de la checklist ?

- **TEMPS 1** : MAR obligatoire, OPERATEUR fortement conseillé, en cas d'absence de ce dernier, toutes les infos doivent préalablement être transmises
- **TEMPS 2** : CHIR obligatoire, MAR fortement recommandé (absence tolérée uniquement si acte anesthésique (ex: induction en cours sur une autre salle, délégation à IADE, informations essentielles préalablement transmises)
- **TEMPS 3** : moment de communication essentiel entre le MAR et l'OPERATEUR sur la conduite à tenir, les suites post-opératoires ainsi que les prescriptions

Règles de bonnes pratiques :

- **Leader Médical** pour le déclenchement de la checklist
- **Coordinateur/trice** assure la lecture à **voix haute** des items de la checklist
- **Exhaustivité des items- Remplissage en temps réel**
- **Réalisation au plus proche de l'action (temps 1 juste avant l'induction et Temps 2 juste avant l'incision)**

- **TEMPS de PAUSE OBLIGATOIRE**
- **PARTICIPATION ACTIVE** de tous les acteurs présents
- **LEVÉE DE DOUTE EN EQUIPE** (chacun peut et doit exprimer un doute, abolition de la « hiérarchie », vérifications croisées)
- **SIGNALEMENT DES NO GO** et **ANALYSE** de ces derniers et des dysfonctionnements détectés

Check list et no go

23 JUIN 2025

Dr Fabienne DELLION
Chirurgien orthopédiste
Médecin coordinateur du risque associé aux soins
Expert orthorisiq

Webinaire CCECQA 23 juin 2025





Notion de check list

Notre liste de vérifications

Son efficacité en termes de morbi-mortalité péri-opératoire n'est plus à discuter

Quasi systématiquement réalisée mais comment?

Souvent vécue comme une obligation et trop souvent automatique

Elle ne doit pas être vécue comme une liste à remplir mais uniquement comme un support d'échanges de données entre les professionnels.

Elle améliore la communication et le travail en équipe





Utilisation de la CL

IL EST DEMANDÉ UNE ÉVALUATION DE L'UTILISATION DE LA CL

INDICATEURS QUANTITATIFS TAUX DE REMPLISSAGE / % DE REMPLISSAGE



INDICATEURS QUALITATIFS
Audits de pratiques
Questionnaire individuels des utilisateurs
Culture sécurité





De nombreux freins

PROFESSIONNELS, CULTURELS, PRATIQUE
CARACTÈRE OBLIGATOIRE, ADMINISTRATIF
MANQUE DE LEADERSHIP
MANQUE DE TEMPS

....





MAIS AUSSI...

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1	<ul style="list-style-type: none"> L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' 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	L'intervention et le site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <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'
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) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' <input type="checkbox"/> N/A
5	L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient <ul style="list-style-type: none"> pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' <input type="checkbox"/> N/A <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>
6	Le patient présente-t-il un : <ul style="list-style-type: none"> risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui' risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui' <input type="checkbox"/> N/A risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui'

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

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 <ul style="list-style-type: none"> 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) <ul style="list-style-type: none"> sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' <i>(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationalité, etc.)</i> sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' <i>Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]</i>
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' <input type="checkbox"/> N/R 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 : <ul style="list-style-type: none"> 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' <input type="checkbox"/> N/A de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' <input type="checkbox"/> N/A si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement/déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non' <input type="checkbox"/> N/A <i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A</i>	
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





MAIS AUSSI...

AIRBUS A320/A321 - NORMAL CHECKLIST

BEFORE TAKE-OFF CHECKLIST	
PARKING BRAKE	SET
FLIGHT INSTRUMENTS	CHECK
ENGINE INSTRUMENTS	CHECK
TAKE-OFF DATA	(V1, VR, V2) CHECK
NAV EQUIPMENT	CHECK
LANDING LIGHTS	ON
STROBE LIGHT	ON
PITOT HEAT	AUTO
DE-ICE	AS REQUIRED
TRANSPONDER	TA/RA
<i>Request Takeoff Clearance</i>	

TAKE-OFF CHECKLIST	
<i>Smoothly increase thrust to 40% N1 let spool up</i>	
TAKEOFF THRUST	FULL OR TO/GA
BRAKES	RELEASE
AT 100 KTS	SPEED CROSSCHECK
AT V1	COMMITTED / GO (Decision)
AT Vr	ROTATE
PITCH	slowly to 10deg, increase to 15deg
POSITIVE RATE OF CLIMB	GEAR UP
PASSING F SPEED (PFD)	FLAPS 0
SPOILERS	DISARM
LANDING LIGHTS	AS REQUIRED

POURTANT...





EI et CL Orthorisq 2023

90 DÉCLARATIONS D'EI

Principaux évènements

Défaut ATBP	6
Erreur de côté	40
Erreur de site ou intitulé intervention	5
Erreur identito/patients	3
Manque imagerie/examen	3
Manque matériel	5

Principales conséquences

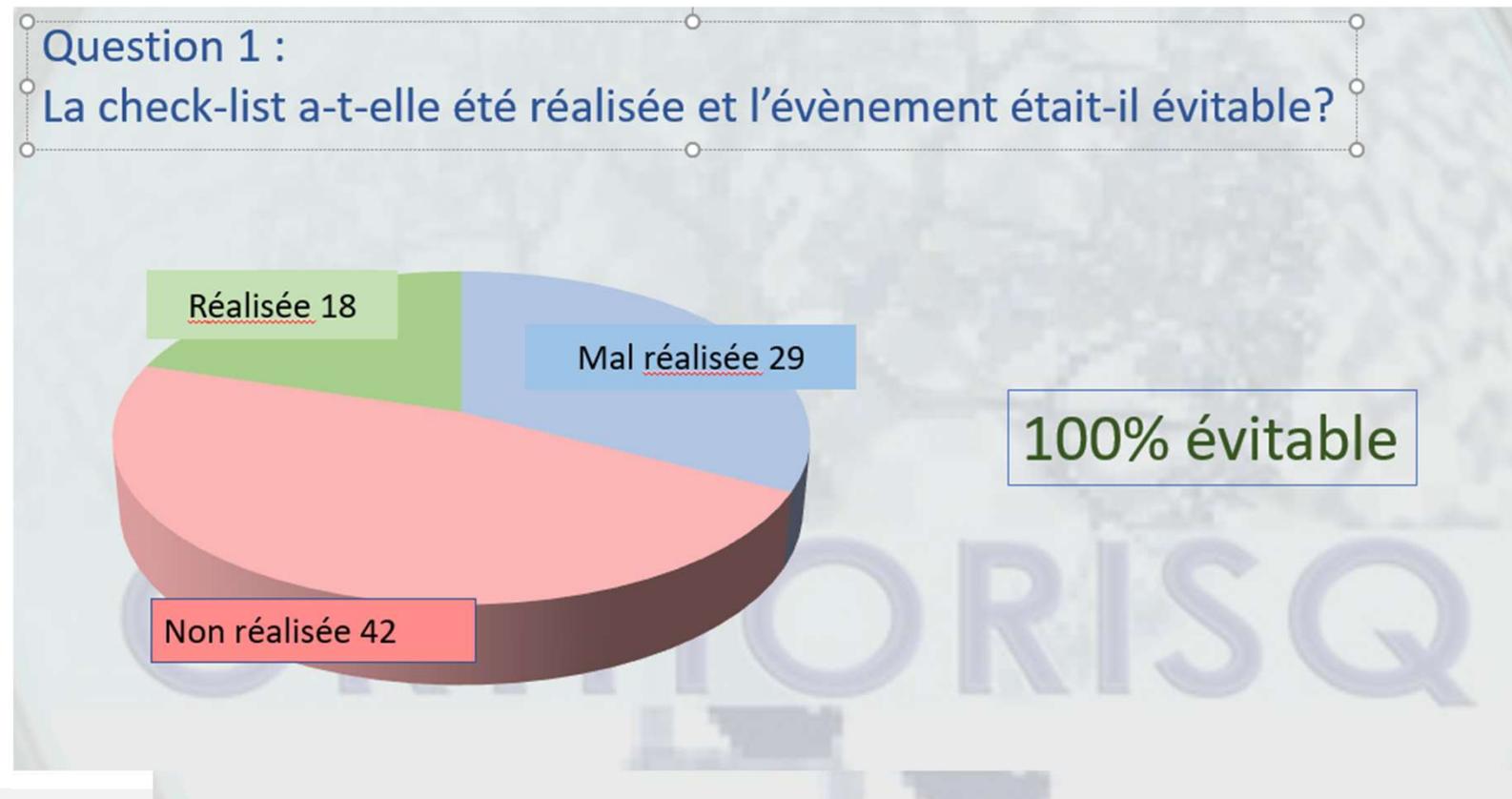
Conversion ALR/AG	7
Deuxième ALR	8
Erreur de côté en chirurgie	5
Complications post-op	12
Modification d'intervention	2
No Go	9
Reprise chirurgicale	26
Sans conséquence ou perte de temps	15





EI et CL Orthorisq 2023

90 DÉCLARATIONS





2023

Nouvelle politique de la HAS

ADAPTER LA CHECK LIST POUR MIEUX L'ADOPTER





Les incontournables

Vérifications impératives avant intervention <i>Temps 1 (avant induction anesthésique) et temps 2 (avant incision)</i>
Identité du patient
Type d'intervention, site opératoire et mode d'installation
Préparation préopératoire
Vérification du matériel
Antibioprophylaxie
Risques (allergique, hémorragique, voies aériennes)
Vérification ultime des points critiques en présence de toute l'équipe (aussi appelée time-out)
Go / No-Go

Vérifications impératives après intervention <i>Temps 3 (avant sortie de salle d'opération)</i>
Traçabilité / compte du matériel (compresses, etc.)
Identification des prélèvements ou pièces opératoires
Prescription conjointe pour le post-opératoire immédiat
EIAS à déclarer ?

Ces items constituent un socle devant figurer dans toutes les CL personnalisées

Plus d'informations sur ce socle en Annexe 1





La mise en place

ADAPTÉE À L'ACTIVITÉ

**EN ÉQUIPE, IDE/CHIRURGIENS ET AIDES/
ANESTHÉSISTES ET IADE**

ATELIERS AVEC SIMULATION





Exemples

Vérifications avant intervention

Pause avant incision

1.	Identité du patient	<input type="checkbox"/>
2.	Type d'intervention, site opératoire et mode d'installation	<input type="checkbox"/>
3.	Préparation préopératoire	<input type="checkbox"/>
4.	Vérification du matériel	<input type="checkbox"/>
5.	Antibioprophylaxie	<input type="checkbox"/>
6.	Risques (allergique, hémorragique, voies aériennes)	<input type="checkbox"/>
7.	Vérification ultime en présence de toute l'équipe des points critiques (= TIME OUT)	<input type="checkbox"/>
8.	Go / No-Go	<input type="checkbox"/>

Vérification après intervention

Pause avant sortie de salle d'opération

9.	Traçabilité / compte du matériel (compresses, etc.)	<input type="checkbox"/>
10.	Identification des prélèvements ou pièces opératoires	<input type="checkbox"/>
11.	Prescription conjointe pour le post-opératoire immédiat	<input type="checkbox"/>
12.	EIAS à déclarer ?	<input type="checkbox"/>





Exemples

CHECK LIST « SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE » ANESTHESIE LOCOREGIONALE

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

Cette CL est le support des échanges entre les différents membres de l'équipe. Un briefing est réalisé le matin et l'après midi en début de programme, avec le chirurgien, l'anesthésiste et l'IDE de salle d'intervention et/ou aide opératoire.
 Validation sur programme par cette équipe des différents éléments du temps 1. L'IDE de loco-régionale se réfère aux données fournies par l'équipe après briefing

Avant anesthésie locorégionale

- L'identité du patient est confirmée
- Le type d'intervention, le site et le côté sont confirmés
- La préparation cutanée est réalisée et conforme
- Le matériel nécessaire est disponible
- L'indication d'antibioprophylaxie est confirmée/infirmée
- Les risques (allergies/hémorragiques/voies aériennes) ont été identifiés
- Les examens sont disponibles

Avant incision

- Confirmation identité/type d'intervention et côté
- Vérification ultime du matériel
- Vérification des examens nécessaires
- Comptage des compresses oui/non
- Réalisation antibioprophylaxie
- Risques communiqués



En cas de No Go, déclaration obligatoire

En fin d'intervention

- Vérification du matériel : comptage des compresses et coupants
- Traçabilité des DMI
- Identification des prélèvements
- Prescriptions conjoints pour le post-op immédiat
- Evènement indésirable à déclarer





No GO

**L'ARRÊT IMMÉDIAT ET IMPRÉVU DE L'ACTE CHIRURGICAL ENTRE
LE MOMENT OÙ LE PATIENT EST ENTRÉ EN SALLE D'OPÉRATION ET
L'INCISION CUTANÉE.**

≠ Arrêt de procédure

**TOUS LES ÉLÉMENTS INDISPENSABLES AU BON DÉROULEMENT DU GESTE
(ANESTHÉSIE/ CHIRURGIE) NE SONT PAS RÉUNIS.**

DÈS LORS, POURSUIVRE UNE INTERVENTION DANS CES CONDITIONS CONSTITUERAIT UN RISQUE SUPPLÉMENTAIRE POUR
LE PATIENT.

MODE DÉGRADÉ S'INTÉGRANT DANS UNE DÉMARCHE DE SÉCURITÉ DES SOINS. DÉCISION COLLÉGIALE

Déclaration et retour d'expérience +++ CREX RMM

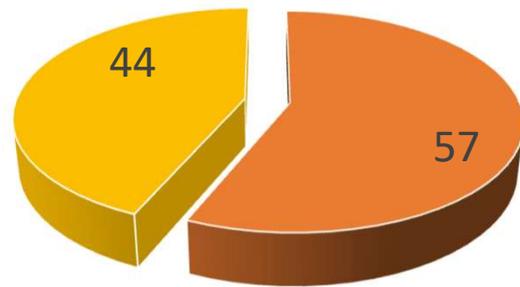
Sous déclaration+++



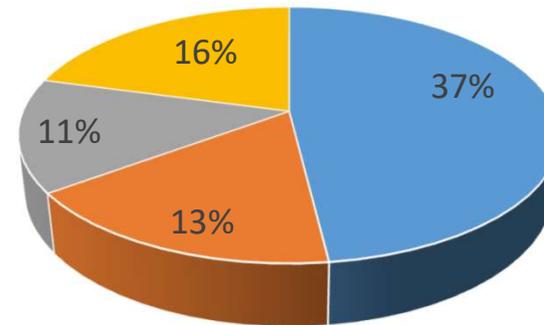


No Go

Enquête orthorisq :
72,6 % des chirurgiens répondants ont été amenés, au moins une fois à réaliser un No Go



■ avant anesthésie ■ Après anesthésie



■ Matériel ■ Gestion TTT ■ Pb cut ■ Stérilisation

Dans la moitié des No Go survenus, la CL avait été validée.





Check list et No Go

LE NO GO : DÉCISION COLLÉGIALE CHIR/ ANESTHÉSITES

MODE DÉGRADÉ ET NON UN ÉCHEC

UNE CL BIEN MENÉE ÉVITE DE NOMBREUX NO GO (EX DMI)

La CL bien réalisée évite de très nombreux évènements et certains graves

Ne doit pas être vécue en contrainte obligatoire et administrative

La question n'est pas pourquoi mais comment la faire





MERCI

