

GO - No Go au Bloc de Radiologie Interventionnelle

Comment renforcer les barrières de sécurité ?

Juin 20

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 de Radiologie Interventionnelle (RI) au bloc de RI avant l'acte de radiologie interventionnelle. Ces situations ont été nommées « No Go au bloc de Radiologie Interventionnelle (RI) » 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 RI le No Go est l'arrêt immédiat d'un acte de radiologie interventionnelle entre le moment où le patient est entré en salle de RI et l'abord percutané.

Cet arrêt est lié au fait que tous les éléments indispensables au bon déroulement d'une intervention ou d'une anesthésie 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 GO- No Go peut donc s'appliquer de l'entrée du patient au bloc de RI jusqu'au moment de l'abord. Dans l'intérêt du patient, il est CRUCIAL de savoir abandonner une intervention avant l'abord percutané lorsque toutes les conditions de sécurité ne sont pas réunies. Le No Go, bien que non souhaitable, reste une situation de soin 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 de RI. 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 de RI » (HAS, 2011), ainsi que les préconisations pour une bonne coopération entre anesthésistes-réanimateurs et Radiologues Interventionnels (HAS, 2015b). Elle permet de mieux structurer et articuler la démarche collective autour de l'acte de RI, et participe ainsi à renforcer la culture sécurité des équipes.

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

Cette SSP s'appuie sur le retour d'expérience des événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés par les radiologues dans le SIAM et sur la SSP des chirurgiens et anesthésistes déjà publiée. 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 de RI.

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 l'ODPC-RIM qui la transmettra à la Haute Autorité de Santé (HAS) si nécessaire, afin que celle-ci évalue la nécessité de la réviser ou de l'actualiser avec l'organisme agréé de Radiologie DPC-RIM (promoteur).

Promoteur



Contributeurs à la SSP

Rémy Beaujeux, Virginie Douailler, Guillaume Lecoanet, Olivier Pellerin

Sous la direction et validation

Jean-Paul Beregi, Céline Chardon

Une solution pour la sécurité du patient...

La SSP « No Go au bloc de RI » est le fruit d'un travail collectif réalisé par les membres de l'ODPC-RIM (organisme professionnel agréé pour l'accréditation des Radiologues) à partir des enseignements tirés de l'analyse approfondie des EIAS survenus au bloc de RI, et déclarés par des radiologues interventionnels dans la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation (base REX-HAS). Mais aussi sur la base de l'expérience des membres du groupe et en tenant compte des spécificités de la RI. Le travail s'est fortement inspiré du travail publié par l'HAS avec les chirurgiens et anesthésistes.

Le travail a été initié par l'organisme agréé ODPC-RIM. 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.

Partie 1.

Points clés pour des soins sécurisés du patient en radiologie interventionnelle

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)

Annexe

- Annexe. « POuR – DéCider » : Une aide cognitive en cas de situation inattendue

Mise en œuvre de la SSP

Points clés pour des soins sécurisés du patient en radiologie interventionnelle

PRÉREQUIS

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 cela comporte entre autres la commande et la réception de matériels spécifiques des dispositifs médicaux, l'arrêt de traitements médicamenteux, et les examens biologiques ont bien été effectués. En outre beaucoup d'actes de RI sont réalisés sous anesthésie locale et ils requièrent *de facto* la coopération du patient ce qui nécessite une information adaptée et spécifique.
- La *check-list* HAS « Sécurité du patient au bloc de RI » 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 par une analyse *collective* et *partagée* de la situation pouvant aboutir ou pas à une décision de *No Go* est indispensable. Cette SSP propose 15 points clés (les mêmes qu'entre chirurgiens et anesthésistes) 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 de radiologie interventionnelle, 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'information (par exemple document parcours du patient, fiche de liaison, etc.), ou pourront compléter un protocole de soin existant. Ils doivent être pris en compte avant l'entrée du patient au bloc de RI. 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 de RI.

POINTS CLÉS

VÉRIFICATION PRÉOPÉRATOIRE

Les modalités de soins en RI notamment les adaptations médicamenteuses (AAP, anticoagulants) doivent être **prévues selon des protocoles de soins de service**.

- 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'opération si la situation l'exige, même après induction de l'anesthésie.
- Si une consultation préopératoire formalisée n'a pas été réalisée, quel qu'en soit les raisons, le patient ou le représentant légal sera informé soit par l'opérateur juste avant l'acte (en cas d'urgence), soit par l'unité de programmation du bloc de RI (délégation à formaliser pour décrire l'organisation spécifique pour certains actes), soit par le médecin à l'origine de la demande d'intervention (délégation de l'information à établir par écrit pour par ex. pose de DIVLD, biopsies, ...) des conditions de réalisations de l'acte, des risques dont la possibilité d'annulation de l'intervention avant l'entrée au bloc de RI si la situation l'exige,
- Entre la programmation de l'acte de RI et jusqu'à 48 heures avant l'intervention, il est recommandé de planifier la disponibilité de :
 - Tout dispositif médical spécifique (ex. Stents, coils, particules, dispositif de thermoablation, etc.) ;
 - Tout appareil de radiologie nécessaire à l'intervention, en état de fonctionnement normal dont les connections informatiques au RIS, au PACS et DACS.) ;
 - Tout autre matériel spécifique éventuel
- Dans les 7 jours avant l'intervention :
 - Appeler par téléphone le patient en ambulatoire, ou effectuer une visite préopératoire pour le patient hospitalisé, pour :
 - 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 plan de traitement 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 biologiques et radiologiques éventuels préalables à l'acte de RI.
- Le jour de l'intervention (avant l'arrivée du patient au bloc de RI) :
 - Vérifier la préparation cutanée 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 radiologues et anesthésistes-réanimateurs »).

RÉCUPÉRER

La bonne réalisation de la *check-list* « Sécurité du patient au bloc de RI » doit permettre de 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 dans le dossier médical du patient.

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) 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 de RI 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 radiologue et si impliqué anesthésiste dans la salle d'opération).

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

Au bloc de RI	■ Réflexion collective et prise de décision (utilisation possible de l'outil d'aide à la prise de décision POUr – DÉCider.
Auprès du patient	■ Information de la survenue d'un <i>No Go</i> et de ses conséquences.
Dans le dossier du patient	■ Noter les informations données au patient en spécifiant précisément les mots qui ont été utilisés pour cette information.
Auprès de l'établissement	■ Déclarer l'incident dans le système de déclaration de l'établissement. ■ Signaler l'incident auprès des personnes référentes de l'établissement. ■ Analyser de manière approfondie l'incident afin d'en identifier les causes (RMM, CREX, etc.). ■ Mettre en place des actions correctrices et mesurer leur efficacité.
Auprès du fabricant	■ Déclarer l'incident en cas de problème de matériel.

-+ DÉCISION FINALE

□ GO = OK pour incision

□ NO GO = Pas d'incision !

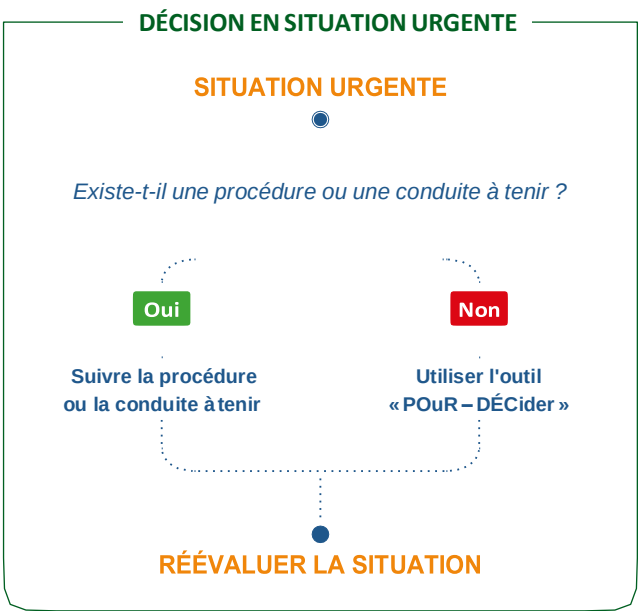
Si No Go : conséquence sur l'intervention ? Retard Annulation

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 seule 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.

P	Problème	Quel est le problème ?
Ou	Options utiles	Quelles sont les options utiles et possibles ?
R	Risques	Quels sont les risques et avantages de chaque option ?
-	Échange	Échange et partage en équipe
D	Décision	Que faisons-nous ?
É	Exécution	Qui fait quoi ? Quand ? Comment ?
Cider	Contrôle	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.

P	Problème	Quel est le problème ? Situation de No Go provoquée par l'absence d'examen d'imagerie préopératoire en salle d'opération.
Ou	Options utiles	Quelles sont les options utiles et possibles ? 3 options possibles : - Débuter sans les examens d'imagerie - Prélever et attendre les résultats au bloc ; - Annuler l'intervention.
R	Risques	Quels sont les risques et avantages de chaque option ? Analyse bénéfice/risque pour chaque option : - Débuter : risque sécuritaire +++ par absence d'informations critiques ; - Attendre : risque de désorganisation du programme opératoire, anesthésie et intervention prolongées ; - Annuler : anesthésie inutile = EIAS.
-	Échange	Échange et partage en équipe 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.
D	Décision	Que faisons-nous ? L'option la plus sécuritaire est choisie après discussion avec les autres membres de l'équipe. Attendre les résultats.
É	Exécution	Qui fait quoi ? Quand ? Comment ? On fait ce qu'on a choisi. Les tâches à effectuer sont attribuées. Un personnel du bloc est mobilisé en urgence pour aller chercher l'imagerie les examens d'imagerie du patient restée dans l'unité de soins (imagerie non disponible sur le PACS car réalisé à l'extérieur et non disponible électroniquement).
Cider	Contrôle	Est-ce que tout s'est déroulé comme prévu ? Si oui ➡ fin de la situation de No Go - OK, avec retard de 15 minutes ➡ Fin Si non ➡ recommencer POuR – DÉCider pour évaluer le nouveau problème ou ce qui n'a pas marché. - Non OK Nouveau POuR – DÉCider à utiliser avec le nouveau problème = pas de brancardier disponible pour apporter au bloc opératoire en urgence l'imagerie du patient.... ... finalement ce sera l'aide-soignante de l'unité qui l'apportera au bloc.

Mise en œuvre de la SSP

Cette SSP Go - No Go au bloc de RI est un nouvel outil susceptible de s'intégrer dans la politique d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques pour le bloc de RI. Elle vise à renforcer les barrières de sécurité par une collaboration étroite entre les différents secteurs de soins et les secteurs de gestion du matériel 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 per-opératoire.
- Mise en 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 :

☐ Non fait

☐ Prévu

☐ En

☐ Réalisé

☐ Évalué

date :

Références

Synthèse de l'analyse des EIAS

Références de la SSP Go/No Go de chirurgie

- 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
- 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
- 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
- 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-reanimateurs-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
- 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
- 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
- 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