

NO GO au bloc opératoire : points clés pour une prise en charge sécurisée du patient

- **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)

Points clés pour une prise en charge chirurgicale sécurisée du patient

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

Prérequis de sécurité

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

PRÉVENIR

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

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

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

POINTS CLÉS

VÉRIFICATION PRÉOPÉRATOIRE

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

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

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

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

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

RÉCUPÉRER

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

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

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

ATTÉNUER

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

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

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

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

Au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none">■ Réflexion collective et prise de décision (utilisation possible de l'outil d'aide à la prise de décision POUr – DÉCider).
Auprès du patient	<ul style="list-style-type: none">■ Information de la survenue d'un No Go et de ses conséquences.
Dans le dossier du patient	<ul style="list-style-type: none">■ Noter les informations données au patient en spécifiant précisément les mots qui ont été utilisés pour cette information.
Auprès de l'établissement	<ul style="list-style-type: none">■ 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	<ul style="list-style-type: none">■ Déclarer l'incident en cas de problème de matériel.