Solutions
sécurité patient

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

Reprogrammation au bloc opératoire

Une pratique à ne pas banaliser

23 janvier 2025

De quoi s'agit-il ?

Les interventions au bloc opératoire peuvent être annulées pour des motifs variés (dégradation de l'état clinique du patient, salle d'opération indisponible en raison d'une urgence ou de retards, manque de personnel ou d'équipement, etc.). La majorité de ces interventions ont lieu un autre jour (1-4).

Une reprogrammation est définie dans cette SSP comme une modification de la date d'une intervention, qu'il s'agisse d'un report ou de l'avancement de celle-ci (une simple modification horaire dans la même journée n'est pas considérée comme une reprogrammation).

Bien qu'existant depuis toujours, cette problématique a été exacerbée lors de la pandémie de Covid-19. Les annulations massives liées à la fermeture des blocs opératoires ont mis en avant l'importance de sécuriser la reprogrammation des patients, en assurant, entre autres, leur suivi jusqu'à l'intervention (5-7).

Depuis, le phénomène est toujours très présent : il est estimé qu'environ 10 % des interventions sont reprogrammées (1, 2, 4, 8 -10). Ces reprogrammations font désormais partie du quotidien des blocs opératoires, voire sont utilisées comme variable d'ajustement pour optimiser la programmation dans un contexte de manque de ressources humaines, tant médicales que paramédicales (11).

Or, il arrive que ces reprogrammations se passent mal et soient une cause d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Les conséquences de ces EIAS peuvent être importantes : modifications du type d'intervention, reprogrammations en cascade, complications, retards de prise en charge, etc.

Cette solution pour la sécurité du patient (SSP) s'adresse à **tous les professionnels travaillant au bloc opératoire ou en lien avec celui-ci** (pharmacie, stérilisation, services hospitaliers, etc.). Elle a pour objectif de les sensibiliser aux risques pouvant survenir lors de la reprogrammation d'une intervention et à leur proposer des outils pour mieux les éviter ou en diminuer l'impact.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Exemples d'EIAS liés à une reprogrammation

Absence de reprogrammation d'une coloscopie occasionnant une perte de chance

Une patiente septuagénaire doit bénéficier d'une coloscopie de dépistage en 2016 en raison d'antécédents familiaux. Celle-ci est annulée car la patiente a contracté une pneumopathie et **n'est jamais reprogrammée** (ni par la patiente qui ne recontacte pas l'hôpital, ni par l'équipe soignante, débordée). En 2018, une coloscopie est finalement réalisée en raison de douleurs abdominales et montre la présence d'un cancer du sigmoïde.

Absence de reprise du traitement anticoagulant entraînant une embolie pulmonaire

Un patient septuagénaire sous anticoagulants au long cours est pris en charge pour une prothèse totale de genou. Conformément aux consignes préopératoires, il arrête quelques jours avant son intervention son traitement anticoagulant. L'établissement de santé subit une cyberattaque et l'intervention est donc annulée. **Personne ne lui indique qu'en attendant la reprogrammation de l'intervention, le traitement par anticoagulants doit être repris.** Le patient fait une embolie pulmonaire qui sera prise en charge. Son intervention a lieu 6 mois plus tard.

Reports itératifs d'une intervention favorisant la survenue d'une péritonite

Un patient nonagénaire est traité par radiochimiothérapie d'un cancer du rectum. Une chirurgie est programmée mais reportée de 2 semaines en raison d'un retard dans la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) post-radiothérapie, puis de 2 semaines supplémentaires car le patient a oublié de se rendre à une consultation chez le cardiologue. **L'intervention, qui a lieu 12 semaines après la fin de la radiochimiothérapie au lieu des 8 préconisées, est de ce fait très difficile** (pelvis très difficilement dissociable). L'urètre est sectionné en peropératoire et une péritonite sur perforation du grêle survient à J+10, nécessitant une reprise chirurgicale.

Absence de dispositif médical allongeant le temps opératoire et entraînant une anesthésie générale

Un patient sexagénaire est programmé pour une reprise de prothèse totale de hanche. L'intervention est reportée d'un mois et demi en raison d'une escarre au talon. **Pour reprogrammer le patient, la fiche opératoire a simplement été déplacée dans le logiciel, sans action ou contrôle supplémentaire.** Le jour de l'intervention, l'équipe du bloc découvre que les inserts prévus n'ont pas été commandés. Plutôt que d'annuler à nouveau l'intervention (*No Go*), l'équipe choisit de modifier celle-ci, entraînant un allongement du temps opératoire avec une conversion de la péridurale en anesthésie générale.

Absence d'arrêt du traitement anticoagulant entraînant une reprise chirurgicale et une infection postopératoire

Un patient septuagénaire est pris en charge pour une pose de prothèse totale de genou. L'intervention est reportée à trois reprises en raison d'un manque de personnel. Toujours pour la même raison, il n'y a pas de nouvelle consultation préanesthésique ou chirurgicale. **Personne ne rappelle au patient la nécessité d'arrêter son anticoagulant lors de la dernière reprogrammation.** Le patient est hospitalisé la veille et précise bien au service qu'il prend toujours son anticoagulant, mais l'information n'est pas transmise à l'équipe du bloc opératoire. Une reprise chirurgicale sera nécessaire en raison d'un hématome postopératoire, et le patient présentera une infection nécessitant 45 jours d'antibiothérapie.

Absence d'examen entraînant une annulation de l'intervention

Une patiente cinquantenaire doit bénéficier d'une acromioplastie d'épaule en novembre. Lors de la consultation préanesthésique, un 1er anesthésiste suspecte lors de l'interrogatoire la survenue récente d'un accident ischémique transitoire. Il prescrit des examens complémentaires, mais le logiciel ne permet pas de mettre « en attente » un dossier. L'intervention est donc reportée à décembre par le chirurgien, qui n'est pas informé du motif de l'annulation. **Personne ne voit que la date d'examen prévue est postérieure à celle de l'intervention.** Un 2e anesthésiste valide l'intervention lors de la consultation préanesthésique de décembre. Le jour de l'intervention, un 3e anesthésiste va détecter le problème et annuler à nouveau l'intervention. En avril, celle-ci n'est toujours pas reprogrammée.

Une solution pour la sécurité du patient...

Les SSP ont pour objectif de fournir aux professionnels un outil pratique à mettre en œuvre dans leur quotidien pour prévenir la survenue d'EIAS, en annuler les conséquences une fois celui-ci en cours de constitution (récupération), ou d'en réduire l'impact (atténuation).

La SSP « Reprogrammation au bloc opératoire » est le fruit d'un travail collectif et pluridisciplinaire réalisé avec des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins et équipes médicales. Elle est issue des enseignements tirés de l'analyse approfondie d'EIAS liés à une reprogrammation au bloc opératoire et déclarés par des médecins dans la base de retour d'expérience de l'accréditation. Une enquête de pratique et une recherche de la littérature ont également été réalisées.

Dans le cadre du suivi de cette SSP, toute difficulté rencontrée lors de sa mise en œuvre devra être directement communiquée à la Haute Autorité de santé (HAS) afin que celle-ci évalue la nécessité de la réviser ou de l'actualiser avec les organismes agréés promoteurs.

... issue de l'analyse de la base de retour d'expérience de l'accréditation...

Le groupe de travail a analysé 215 EIAS liés à une reprogrammation. Ces EIAS ont été déclarés au sein de 10 spécialités, mais concernent majoritairement la chirurgie orthopédique (n = 142/215). En effet, Orthorisq incite depuis 2022 ses médecins accrédités à déclarer de tels évènements.

Le nombre d'EIAS déclarés sur le sujet a fortement augmenté lors de la pandémie de Covid-19, mais reste à un niveau élevé depuis (n = 17 de 2017 à 2019 ; n = 26 en 2020 ; n = 47 en 2021 ; n = 76 en 2022 ; n > 41 en 2023).

Les délais de reprogrammation déclarés dans ces EIAS sont très variables, allant de l'avancement d'une intervention parce qu'une place s'est libérée dans le planning opératoire, à un report de quelques jours, semaines, mois, voire années.

Ces EIAS associés à une reprogrammation ont des causes immédiates très variées :

- dispositif médical non disponible, le plus souvent en raison d'une absence de commande lors de la reprogrammation, ou d'un dépassement de la date de péremption (n = 57) ;
- aggravation de l'état clinique du patient (n = 46) ;
- absence d'arrêt d'un traitement, principalement les anticoagulants, mais aussi les antihypertenseurs, les biothérapies ou les chimiothérapies (n = 28) ;
- reprogrammation dans un délai plus long que souhaité par l'équipe médicale (n = 16) ;
- absence d'examens préopératoires ou de leurs résultats (n = 13) ;
- erreur de planning (reprogrammation à une date où le chirurgien est indisponible ou sans prévenir le patient) (n = 13) ;
- erreur de libellé de l'intervention, en particulier lorsqu'il est recopié (n = 11) ;
- oubli de reprogrammation (n = 10) ;
- autres causes immédiates (n = 21) dont, par exemple, des refus de soins (n = 5), des arrêts prolongés d'anticoagulants (n = 4), ou encore l'absence de programmation des soins de suite (n = 2).

Il n'y a pas eu de conséquences pour 21 EIAS, car l'erreur a pu être détectée et interceptée à temps, par exemple lors de la réalisation de la *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Pour les 194 EIAS restants, les conséquences finales sont les suivantes :

- nouvelle annulation de l'intervention qui doit à nouveau être reprogrammée (n = 64), parfois dans le cadre d'un *No Go* après l'anesthésie (n = 13) ;
- modification de l'intervention initialement prévue pour une intervention plus complexe ou utilisant un dispositif médical différent (n = 54) ;
- organisation du bloc opératoire perturbée (n = 23) ;
- complications postopératoires, avec notamment des séquelles fonctionnelles ou des hémorragies (n = 15) ;
- autres conséquences (n = 26), dont des retards de diagnostic (n = 11) en particulier en cancérologie, des retards de prise en charge (n = 7) ou encore des interventions jamais réalisées (n = 6).

D'après les déclarants, l'immense majorité de ces EIAS étaient évitables ou probablement évitables (n = 198).

... et d'une enquête de pratique

Orthorisq a envoyé en janvier 2022 une enquête de pratique auprès de 1 822 orthopédistes accrédités : 1 699 y ont répondu. La majorité des répondants (n = 1 484) considèrent qu'une reprogrammation est une situation à risque.

Les répondants ont rencontré des évènements de nature variée :

- changements d'indication peropératoire, en raison notamment d'une modification de la situation clinique du patient (n = 404) ;
- *No Go* (arrêt de la procédure avant incision) (n = 372) ;
- erreurs d'installation (n = 85) ;
- erreurs de côté (n = 63) ;
- erreurs de site opératoire (n = 41) ;
- arrêts de procédure après incision (n = 30) ;
- autres (n = 872).

Parmi les 366 répondants ayant rapporté une erreur de prise en charge du patient à la suite d'une reprogrammation, 284 précisent que celle-ci est en lien avec une incompréhension du patient. Il pouvait s'agir notamment :

- d'un traitement médical (anticoagulant notamment) non arrêté (n = 124) ;
- d'un test Covid préopératoire non réalisé (n = 81) ou invalide (n = 75) ;
- d'horaires d'entrée non respectés (n = 51) ;
- d'une consultation préanesthésique non réalisée (n = 41) ;
- d'un changement d'avis concernant la technique chirurgicale proposée (n = 35).

La majorité des répondants préconisent que seul le chirurgien puisse reprogrammer les patients, en suivant exactement la même procédure que lors de la programmation initiale (n = 1 002).

Prérequis de sécurité

Une reprogrammation est normalement une solution de secours face à des problèmes organisationnels (manque de lits ou de personnel, indisponibilité de matériel...) ou liés au patient (maladie intercurrente, préparation inadéquate...). Sachant les évènements indésirables qu'elle peut entraîner, elle doit être considérée comme une réponse dégradée, et, en aucun cas, comme une réponse adaptée pour pallier des difficultés d'organisation du bloc opératoire.

Une déprogrammation impacte le patient (organisation familiale, travail, inquiétudes, etc.). En tant que principal concerné par la reprogrammation, il est important qu'il soit activement impliqué dans son organisation, notamment dans le choix de la date.

Il est donc essentiel de :

- mettre en place une programmation du bloc opératoire adaptée et efficace (12-18) ;
- suivre et analyser les annulations, afin de mettre en œuvre des actions pour les éviter, lorsque cela est possible.

Quel que soit le motif d'annulation (cause « organisationnelle » ou « patient »), les professionnels doivent faire preuve de la même vigilance lors de la reprogrammation et « **tout reprendre à zéro** ». Pour cela, ils doivent pouvoir s'appuyer sur une fiche de programmation décrivant l'intégralité du parcours prévu du patient.

Les logiciels de programmation doivent faciliter le partage d'informations entre les professionnels de santé (dont le chirurgien, l'anesthésiste et l'équipe du bloc opératoire). Pour cela, ils doivent permettre de :

- inscrire les motifs d'annulation et la nécessité d'une reprogrammation ou pas ;
- tracer dans le dossier patient toutes les informations concernant l'annulation, puis la reprogrammation ;
- suivre la file active de patients en attente de reprogrammation ;
- reprogrammer facilement un patient à partir des informations de l'intervention précédemment annulée (pas de recopiage manuel) ;
- visualiser l'intégralité du parcours patient, dont les examens complémentaires demandés ;
- mettre en valeur dans le programme les interventions reprogrammées, afin d'alerter les professionnels.

Afin que chacun puisse mieux se comprendre et anticiper les problématiques potentielles, le fonctionnement des services autour du bloc opératoire (pharmacie, stérilisation, laboratoire, services d'hospitalisation, etc.) doit être connu de tous. Un point d'attention particulier est à porter sur le circuit des dispositifs médicaux (19). La SSP « Faire la *check-list* matériel 48 heures avant toute intervention programmée » (20) peut également être mise en place.

Les évènements indésirables associés à une reprogrammation doivent être analysés en équipe, si possible en recueillant en amont le récit du patient.
Les réclamations associées à des reprogrammations sont à analyser en comité de retour d'expérience, si possible avec un binôme médecin-usager.
En cas de survenue d'évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS), la règlementation impose une déclaration auprès des autorités compétentes[1].

1. signalement.social-sante.gouv.fr.

Points clés d'une reprogrammation

Les solutions et outils proposés dans cette SSP peuvent être adaptés librement par chaque établissement pour s'intégrer au mieux à l'organisation de leur bloc opératoire.

Faciliter la coordination/communication entre les professionnels :

- définir au sein de chaque établissement qui fait quoi pour éviter d'oublier certaines étapes de la reprogrammation ;
- informer tous les acteurs de l'annulation (à réaliser par le professionnel ayant pris la décision) ;
- tracer dans le dossier patient l'annulation et en informer tous les acteurs – ainsi que toutes les informations concernant la reprogrammation et les échanges éventuels entre professionnels et avec le patient ;
- se concerter entre le chirurgien, l'anesthésiste, le bloc et le patient, et avec d'autres acteurs si besoin (secrétariat de chirurgie, pharmacie, etc.), pour :
  - définir une nouvelle date,
  - évaluer la nécessité de réaliser une nouvelle consultation (préanesthésique, chirurgicale, avis spécialisé, etc.) et ses modalités (en présentiel, en téléconsultation ou simple appel téléphonique) (21, 22).

Mettre en œuvre la SSP « Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens », au travers notamment de la rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation interne, est indispensable pour l'organisation du bloc opératoire en général, mais aussi pour des reprogrammations en toute sécurité (23).

Suivre les patients à reprogrammer :

- disposer d'une file active des patients en attente de reprogrammation ;
- définir une organisation interne des reprogrammations (par le chirurgien concerné, par un référent dédié, par une cellule de crise…). Il est possible de suivre au quotidien la liste des patients à reprogrammer ou uniquement lors de circonstances particulières (grève, fermeture inopinée d'un bloc, absence d'un chirurgien, etc.) ;
- donner toutes les informations et consignes nécessaires au patient et à ses aidants le jour de l'annulation :
  - inclure les aidants est particulièrement important car le patient peut être émotionnellement impacté lors de l'annonce de l'annulation, et avoir des difficultés à assimiler toutes les informations,
  - s'appuyer sur une fiche d'information « Annulation de votre intervention », telle que celle proposée dans cette SSP, complétée à partir des informations de tous les professionnels concernés. Ses modalités de transmission doivent être définies selon que l'annulation ait lieu lorsque le patient est présent dans l'établissement ou avant son arrivée au sein de l'établissement ;
- évaluer l'intérêt d'informer le patient dès la programmation que si les conditions pour une intervention ne sont pas réunies, une annulation est possible et qu'une reprogrammation sera alors prévue (en chirurgie pédiatrique, l'hiver par exemple).

Définir des règles internes communes de reprogrammation :

- proposer des protocoles pour certaines situations classiques, éventuellement basés sur des préconisations de sociétés savantes si elles existent (par exemple, définir le délai et les modalités de reprogrammation d'une chirurgie du canal carpien sans facteur de risque, annulée en raison d'une infection des voies aériennes supérieures) ;
- utiliser une *check-list* « Reprogrammation », qui permettra de vérifier que toutes les étapes de la programmation sont validées, notamment les éléments identifiés comme étant particulièrement à risque lors de l'analyse des EIAS ;
- reprogrammer dans un délai médicalement acceptable (variable selon le motif d'annulation et le motif d'intervention). Ce délai ne doit pas dépendre uniquement du risque vital, mais aussi de l'impact sur le patient en attendant son intervention (24-26). Prioriser si nécessaire les patients ;
- éviter les annulations en cascade : ne pas reporter des patients pour en reprogrammer d'autres, ne pas annuler plusieurs fois le même patient (hors motif médical).

Lorsqu'une reprogrammation est indiquée dans le programme, la visite préanesthésique et la *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » (27) doivent être réalisées de façon particulièrement attentive, en recherchant systématiquement tout évènement médical intercurrent. En effet, elles sont les dernières barrières de récupération d'un potentiel EIAS.

Check-list « Reprogrammation »

Tous les points de la check-list *doivent être vérifiés en concertation avec les acteurs concernés. La charte élaborée à partir de la SSP « Coopération entre anesthésiste-réanimateur et chirurgien » {Haute Autorité de santé, 2015 #58} permet de savoir qui vérifie quoi au sein de l'établissement. Cette* check-list *peut être adaptée si besoin.*

Lors de l'annulation

La fiche d'information « Annulation de votre intervention » a été remise au patient :

- ☐ le patient et ses aidants sont informés de l'annulation, de son motif et du délai dans lequel il sera rappelé pour une reprogrammation ;
- ☐ en cas d'adaptation préopératoire de traitements médicamenteux (anticoagulants, biothérapies, antidiabétiques, etc.), le patient est informé de la conduite à tenir ;
- ☐ si nécessaire, une prise en charge spécifique est proposée au patient en attendant que l'intervention puisse avoir lieu.

☐ Tous les acteurs concernés sont informés, y compris le médecin traitant.

Lors de la reprogrammation

☐ Si une nouvelle consultation préanesthésique est nécessaire, celle-ci est programmée.
☐ En cas d'annulation pour motif médical, celui-ci est pris en compte.
☐ Les avis et examens complémentaires nécessaires sont demandés.
☐ Les professionnels indispensables pour la tenue de l'intervention seront disponibles lors de la date envisagée, ainsi que des lits en postopératoire.
☐ Les dispositifs médicaux non en dépôt sont mis en commande.

Le patient est informé :

- ☐ de la date de la nouvelle intervention (et y consent) ;
- ☐ de la conduite à tenir pour adapter si besoin en préopératoire ses traitements médicamenteux (anticoagulants notamment) ;
- ☐ des examens préopératoires à refaire éventuellement (imagerie, test Covid-19, etc.).

Avant la réintervention, vérifier certains points de vigilance identifiés comme particulièrement à risque

☐ Les dispositifs médicaux nécessaires sont présents et contrôlés.
☐ Le traitement médicamenteux du patient est adéquat.
☐ Les résultats récents d'examens préopératoires sont disponibles et pris en compte.

Fiche d'information « Annulation de votre intervention »

À destination de : né(e) le :

Cette fiche a pour objectif de transmettre au patient et à ses aidants toutes les informations et consignes nécessaires le jour de l'annulation. Il s'agit d'une proposition modulable à compléter en fonction de la situation du patient et de l'organisation des services. Cette fiche peut être adaptée si besoin.

Votre intervention a été annulée, et une nouvelle date doit être fixée. Ce document vous indique les conditions dans lesquelles votre intervention sera reprogrammée et les actions que vous pouvez mettre en place en attendant. Dans ce but, le dialogue avec vos soignants est important.

Pourquoi votre intervention a-t-elle été annulée ?

Votre intervention a été annulée car elle ne pouvait pas être réalisée aujourd'hui dans de bonnes conditions. En effet :

- ☐ votre état de santé ne vous permet pas d'être opéré.
- ☐ votre traitement médical n'est pas compatible avec une intervention chirurgicale.
- ☐ des résultats d'examen indispensables pour votre intervention ne sont pas disponibles.
- ☐ des difficultés d'organisation n'ont pas permis de maintenir votre intervention.

Quand sera reprogrammée votre intervention ?

Vous serez recontacté avant le XX/XX/XX par :

☐ le service de chirurgie ☐ le responsable reprogrammation

pour fixer avec vous une nouvelle date d'intervention. En cas d'absence d'appel dans le délai indiqué, recontactez-nous au numéro indiqué à la fin de cette fiche.

Votre intervention a été reprogrammée le XX/XX/XX. Les informations nécessaires à son organisation :

☐ vous ont été transmises ☐ vous seront transmises avant le XX/XX/XX.

Que faire concernant vos traitements médicamenteux et examens ?

Pour votre intervention, de nouvelles ordonnances pour des examens ou des médicaments vous seront remises. Pour cela :

☐ une consultation ☐ une téléconsultation ☐ un appel téléphonique

☐ est prévu(e) le XX/XX/XX ☐ sera programmé(e) avant le XX/XX/XX

avec XXX.

En attendant :

☐ cette consultation ☐ cette téléconsultation ☐ cet appel téléphonique

☐ vous devez reprendre votre traitement XXX

☐ vous ne devez pas reprendre votre traitement XXX.

En attendant, que devez-vous faire ?

Informez-nous si votre état de santé s'aggrave, que vous avez de nouveaux symptômes, que vous prenez un nouveau médicament, etc. En particulier, surveillez : XXX.

Contactez-nous pour tout doute, question ou information à nous communiquer :
XXX (numéro de téléphone d'un correspondant présent pour répondre en cas d'appel, mail) .

Mise en œuvre de la SSP

Cette SSP est un nouvel outil utile pour améliorer la qualité et la sécurité des soins dans l'ensemble du secteur médical. Elle vise à sensibiliser les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux aux risques associés à une reprogrammation au bloc opératoire. Les directions d'établissement et présidents de CME doivent s'en saisir pour formaliser la mise en œuvre des actions proposées.

Les points déclinés dans cette SSP peuvent être utilisés comme outil d'évaluation des pratiques organisationnelles et professionnelles.

Ils aident à évaluer l'existant, les manques ou les écarts par rapport aux préconisations proposées. Les résultats de l'évaluation doivent permettre de proposer un plan d'amélioration adapté.

Il pourra s'agir de formations, d'amélioration du travail en équipe, du renforcement de mesures existantes ou de la création d'alertes et d'actions nouvelles afin d'instaurer des barrières de sécurité supplémentaires, de la modification d'organisations, etc. Leur mise en œuvre fera l'objet d'un suivi et, si nécessaire, d'une nouvelle évaluation.

Étapes d'une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles en équipe

- Étape 1 : **organiser votre démarche** (mise en place du groupe projet, organisation et planning prévisionnel).
- Étape 2 : **évaluer la mise en œuvre des points clés** de la SSP au sein de votre structure (exemple : le point clé est mis en œuvre : « jamais »/« parfois »/« régulièrement »/« systématiquement »).
- Étape 3 : **faire la synthèse de l'évaluation initiale** réalisée[2] et décider en équipe des actions d'amélioration à mettre en œuvre et à suivre[3].
- Étape 4 : **mettre en œuvre les actions d'amélioration** et les suivre.
- Étape 5 : **évaluer** les résultats des actions mises en œuvre.

Quelques exemples d'actions d'amélioration envisageables

- → Discussion en conseil de bloc ou avec la direction de l'organisation du bloc opératoire des motifs d'annulation et des difficultés rencontrées lors des reprogrammations.
- → Amélioration du travail en équipe (par exemple, sur la coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens [23]).
- → Sensibilisation au fonctionnement du bloc opératoire et des acteurs qui y sont associés.
- → Utilisation d'une fiche d'information « Annulation de votre intervention ».
- → Mise en place d'une *check-list* « Reprogrammation ».
- → Analyse des pratiques à l'aide d'une grille élaborée à partir de la SSP.
- → Suivi d'indicateurs (évènements indésirables associés à des reprogrammations, annulations évitables, etc.).

1. Une fiche « Synthèse de l'évaluation » est proposée dans cette SSP.
2. Une « fiche action » est proposée dans cette SSP.

Synthèse de l'évaluation

À compléter en équipe pour évaluer la mise en œuvre des points clés de la SSP au sein de votre structure.

Date :

Liste des participants (noms, prénoms, fonctions, secteur d'activité) :

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

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

Fiche action

Remplir une fiche par action à mettre en œuvre.

Action mise en œuvre	
Objectif	
Description	
Par qui	
Calendrier	
Comment	
Modalités de suivi et d'évaluation	

État d'avancement	
Date :	☐ Prévu ☐ En cours ☐ Réalisé ☐ Évalué

Méthode d'élaboration

Rédaction de la SSP

Méthode de travail

La méthode de travail s'est appuyée sur le guide d'élaboration des SSP validé par le Collège de la HAS en mai 2012 (28). Elle comprend l'analyse des données de la littérature, l'analyse de la base de retour d'expérience de l'accréditation et la consultation d'un groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel (cf. composition ci-dessous).

Le travail a été initié par cinq organismes agréés promoteurs, qui se sont réunis avec la HAS le 27 novembre 2023 pour définir le périmètre de la SSP : le Collège français d'anesthésie-réanimation (CFAR ; anesthésie-réanimation), la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD ; chirurgie viscérale et digestive), Gynerisq (gynécologie-obstétrique), l'organisme agréé en chirurgie pédiatrique (OA CHIRPED) et Orthorisq (chirurgie orthopédique et traumatologique).

Le groupe de travail s'est réuni le 30 mai 2024 afin d'échanger sur les solutions à proposer au sein de la SSP. Pour cela, il a pris connaissance :

- des résultats d'une enquête menée par Orthorisq auprès de ses adhérents pour définir les risques associés à une reprogrammation ;
- d'une synthèse d'une revue de la littérature concernant les enjeux autour de la programmation au bloc opératoire (programmation, annulation, reprogrammation) ;
- des résultats d'une analyse des EIAS associés à une reprogrammation issus de la base de retour d'expérience de l'accréditation.

Une deuxième réunion du groupe de travail a eu lieu le 11 octobre 2024 afin de discuter du plan de présentation de la SSP et des solutions choisies.

Enquête auprès des chirurgiens orthopédistes et traumatologistes

Une enquête a été menée par Orthorisq auprès des médecins accrédités de la spécialité. Un lien vers l'enquête a été envoyé par mail en janvier 2022[4]. Cette enquête avait pour objectif principal d'évaluer les situations à risque rencontrées par les médecins lors d'une reprogrammation, et les solutions proposées pour les éviter.

Recherche documentaire

La recherche a été réalisée sur les bases de données bibliographiques Medline et Embase, la *Cochrane Library* et les sites internet de sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié à l'aide des mots-clés « reprogram », « *operating room/theatre* », « *(re)scheduling* » et « *delay/cancel operation* ». Ont été également incluses les références bibliographiques recommandées par les membres du GT.

Les sujets abordés étaient les suivants :

- enjeux du circuit de programmation ;
- grands principes d'une bonne programmation ;
- consultation préanesthésique ;
- annulations d'interventions ;
- suivis postannulation ;
- reprogrammations au cours de la pandémie de Covid-19.

Analyse de la base de retour d'expérience de l'accréditation

Pour détecter les EIAS associés à une reprogrammation, un requêtage à partir du mot-clé « reprog » dans certains champs du formulaire de déclaration (le titre, les mots-clés de l'expert, les causes, les éléments cliniques et la période vulnérable) a été effectué. Parmi les 63 870 évènements déclarés entre le 31 mai 2016 et le 8 novembre 2023, 379 EIAS ont ainsi été présélectionnés. Ces EIAS ont ensuite été lus afin d'éliminer tous ceux qui n'étaient pas associés à une reprogrammation (la reprogrammation était une simple conséquence ou encore il s'agissait de la reprogrammation d'un pousse-seringue électrique par exemple). Finalement, 215 EIAS ont été sélectionnés pour être analysés.

Suivi et actualisation de la SSP

Modalités de suivi dans le temps

Cette SSP sera intégrée au programme annuel d'accréditation et sa mise en œuvre requise pour satisfaire aux exigences des programmes d'accréditation. Par ailleurs, une situation à risque spécifique sera créée pour recueillir des EIAS sur le sujet et ainsi assurer le suivi et l'efficacité de la SSP. Les professionnels seront incités à recueillir le récit du patient dans leurs déclarations sur cette thématique.

Dans un second temps, une évaluation des pratiques sur l'utilisation de la SSP pourra être réalisée 24 mois après sa mise en œuvre. Celle-ci pourrait prendre la forme d'une enquête menée auprès des médecins accrédités, en termes de satisfaction (lisibilité, améliorations possibles), de connaissances (contenu de la SSP), de pratiques et de résultats (EIAS déclarés).

4. Envoi du questionnaire auprès de 1 822 médecins ; taux de réponse de 93 % en août 2024.

Une actualisation sera envisagée en fonction des modifications de pratique, des résultats obtenus et des difficultés rencontrées lors de sa mise en application.

Composition du groupe de travail

Un groupe de travail (19 membres) a été constitué :

- Micheline CLAES, usagère
- Michèle DELÂTRE-LAFIN, usagère
- Alain DELEUZE, chirurgien digestif
- Laure DI CAPUA, cadre supérieure de santé
- Isabelle GERMOUTY, chirurgienne pédiatrique
- Dana HARTL, chirurgienne ORL
- Yves HEPNER, chirurgien plastique
- Nathalie JACQUES, coordinatrice qualité
- Bénédicte JOMBART, cadre
- Michèle LE GOFF, usagère
- Béatrice LE NIR, gestionnaire d'organisme agréé pour l'accréditation
- Paul-Michel MERTES, anesthésiste
- Valérie MINETTI, pharmacienne
- Sophie PEYRET, cheffe des assistants
- Hervé ROUSSEAU, radiologue
- Frédéric ROUX, directeur des soins
- François SCHAUDEL, chirurgien maxillo-facial
- Patrick-Georges YAVORDIOS, anesthésiste
- Marc ZARKA, orthopédiste

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

- Candice LEGRIS, adjointe au chef de service
- Philippe CABARROT, conseiller médical
- Marie CONIEL, cheffe de projet

→ Modalités de gestion des conflits d'intérêts

Tous les participants au groupe de travail de la SSP ont réalisé une déclaration publique d'intérêts (DPI) sur le site DPI-Santé (www.dpi.sante.gouv.fr). Après analyse par la HAS, il n'est pas apparu de conflit d'intérêts concernant le sujet traité.

Bibliographie

1. Abeeleh MA, Tareef TM, Hani AB, Albsoul N, Samarah OQ, ElMohtaseb MS, et al. Reasons for operation cancellations at a teaching hospital: prioritizing areas of improvement. Ann Surg Treatment Res 2017;93(2):65-9. dx.doi.org/10.4174/astr.2017.93.2.65

2. Dell'Atti L. The cancelling of elective surgical operations causes emotional trauma and a lack of confidence: study from a urological department. Urologia 2014;81(4):242-5. dx.doi.org/10.5301/urologia.5000050

3. Ferreira J, Boto P. Cancellations of elective surgeries on the day of the operation in a Portuguese hospital: One year overview. Acta Med Port 2021;34(2):103-10. dx.doi.org/10.20344/amp.13437

4. Wong DJN, Harris SK, Moonesinghe SR, Harris SK, Bedford J, Boney O, et al. Cancelled operations: a 7-day cohort study of planned adult inpatient surgery in 245 UK National Health Service hospitals. Br J Anaesth 2018;121(4):730-8. dx.doi.org/10.1016/j.bja.2018.07.002

5. Association française d'Urologie. Synthèse des recommandations des comités de neuro-urologie, du Comité des troubles mictionnels de l'homme et de pelvi périnéologie de l'AFU [En ligne] 2020. www.urofrance.org/sites/default/files/COVID19/tableau_synthese_reco_fonctionnel_francais_v2.pdf

6. Espace de réflexion éthique Région Centre-Val de loire. Réflexions éthiques sur la déprogrammation [En ligne]. Tours: CHRU de Tours; 2021. www.ererc.fr/assets/files/pdf/deprogrammation-ererc-022021(1).pdf

7. Ministère de la santé et des services sociaux. Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie : MSS; 2021. publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-398W.pdf

8. Cho HS, Lee YS, Lee SG, Kim JM, Kim TH. Reasons for surgery cancellation in a general hospital: A 10-year study. Int J Environ Res Public Health 2018;16(1). dx.doi.org/10.3390/ijerph16010007

9. Epstein RH, Dexter F. Rescheduling of previously cancelled surgical cases does not increase variability in operating room workload when cases are scheduled based on maximizing efficiency of use of operating room time. Anesth Analg 2013;117(4):995-1002. dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182a0d9f6

10. Turunen E, Miettinen M, Setälä L, Vehviläinen-Julkunen K. Elective surgery cancellations during the time between scheduling and operation. J Perianesthesia Nursing : 2019;34(1):97-107. dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.014

11. Mahase E. A fifth of operation cancellations last year were due to NHS staff shortages, Labour claims. BMJ 2022;379:o2997. dx.doi.org/10.1136/bmj.o2997

12. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées. Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques. Paris: MEAH; 2006. www.fnro.net/documents/Officiel/ANAP/files/06BlocsOperatoires.pdf

13. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Construire un programme adapté à l'activité de son bloc opératoire. Paris: ANAP; 2022. www.anap.fr/s/article/bloc-operatoire-publication-1376?

14. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Tableau des élements devant figurer dans la demande d'intervention. Paris: ANAP; 2022. www.anap.fr/s/article/bloc-operatoire-publication-1376

15. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Exemple de logigramme du circuit de decision de la programmation. Paris: ANAP; 2022. www.anap.fr/s/article/bloc-operatoire-publication-1376

16. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Projet de staff de programmation. Paris: ANAP; 2022. www.anap.fr/s/article/bloc-operatoire-publication-1376

17. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Exemple des 5 règles d'or de la programmation. Paris: ANAP; 2022. www.anap.fr/s/article/bloc-operatoire-publication-1376

18. Gentil S. Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles. Annales des mines - Gérer et Comprendre 2012;3(109):34-46. dx.doi.org/10.3917/geco.109.0034

19. Haute Autorité de santé. Analyse des déclarations de la base nationale des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les dispositifs médicaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/spa_254_rapport_analyse_eigs_en_lien_avec_les_dm_cd_20240725_vd.pdf

20. Haute Autorité de santé. Faire la *check-list* matériel 48 heures avant toute intervention programmée . Solution sécurité patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/ssp2_check_list_materiel_48_h_avant_chirurgie.pdf

21. Société française d'Anesthésie et de Réanimation. Délai consultation d'anesthésie et acte opératoire [En ligne] 2012.
sfar.org/delai-consultation-danesthesie-et-acte-operatoire/

22. Société française d'Anesthésie et de Réanimation. Consultations d'anesthésies délocalisées, itératives ou en Télémédecine : propositions du comité analyse et maitrise du risque. Paris: SFAR; 2017.
sfar.org/wp-content/uploads/2017/07/Microsoft-Word-FINAL-CPA-iteratives-ou-delocalisees-CAMR-valide-CA.docx.pdf

23. Haute Autorité de santé, Collège français des anesthésistes réanimateurs, Fédération de chirurgie viscériale et digestive, Société française d'Anesthésie et de Réanimation. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et cchirurgiens. Mieux travailler en équipe/Poits clé et solution. Saint-Denis La laine: HAS; 2015.
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes-reanimateurs_et_chirurgiens.pdf

24. Agence régionale de santé Ile-de-France, Philippe HJ, Simon D. Recommandations régionales COVID-19. Période de confinnement. Prise en charge chirurgicale Reprise de l'activité chirurgicale en phase de plateau et de début de décroissance de l'épidémie. Paris: ARS IDF; 2020.
www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-activite-chirurgicale-deconfinement-66-recommandations-ARSIDF_0.pdf

25. Conseil national professionnel de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique. Recommandations du CNP à partir du 11 mai [En ligne] 2020.
www.sofcot.fr/sites/www.sofcot.fr/files/medias/documents/nouvelles%20recommandations.pdf

26. Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf

27. Haute Autorité de santé. Les *check-lists* pour la sécurité du patient [En ligne] 2024.
www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/

28. Haute Autorité de santé. Solutions pour la sécurité du patient. Méthode d'élaboration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/methode_solutions_pour_la_securite_du_patient_ssp.pdf

Promoteurs de la solution pour la sécurité du patient « Reprogrammation au bloc opératoire »

Promoteurs

CFAR

FCVD
OA-A | ODPC
Fédération de chirurgie viscérale et digestive

GYNERISQ

OA
CHIRPED
D
P
C

ORTHORISQ

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Organismes associés

odpc rim
Radiologie Imagerie Médicale

ORL-DPC

PLASTIRISQ

© Haute Autorité de santé — Janvier 2025