

**Recommander
les bonnes
pratiques**



FLASH SÉCURITÉ PATIENT

Reprogrammation au bloc opératoire

Reporter sans jamais improviser

Février 2026

Ça peut aussi vous arriver

Évènement 1

Absence d'arrêt du traitement anticoagulant entraînant un report d'intervention

Un patient septuagénaire est pris en charge pour une fermeture de colostomie. Il a un traitement par anticoagulant oral direct pour troubles du rythme, qu'il arrête en amont de l'intervention. Lors de l'induction anesthésique, il présente une tachycardie très importante, entraînant le report de l'intervention quelques jours plus tard. Des explorations cardiologiques sont demandées. En attendant, le patient doit reprendre son traitement anticoagulant. Lors de l'interrogatoire préopératoire de la nouvelle intervention, celle-ci est à nouveau annulée et reprogrammée encore une fois.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Le traitement anticoagulant du patient n'a pas été arrêté avant l'intervention reprogrammée.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- Lors de la 1^{re} annulation, le patient n'a pas revu de médecin avant sa sortie et n'a pas reçu de consignes.
- Il n'y avait pas de visite systématique d'un médecin avant la sortie dans cet établissement en raison :
 - d'un manque de places d'hospitalisation récurrent, incitant à réaliser les sorties rapidement, à des heures variables ;
 - et d'un manque de personnel.
- Le patient n'a pas eu de nouvelle consultation préanesthésique à la suite du bilan cardiologique.

Évènement 2

Erreur d'implant entraînant une anesthésie locorégionale inutile

Une patiente sexagénaire est prise en charge pour une arthroplastie métacarpo-phalangienne (MCP). L'intervention est annulée car la patiente a contracté une grippe. Les implants sont alors renvoyés au fabricant. Elle est reprogrammée 2 mois plus tard. Le jour de l'intervention, une anesthésie locorégionale est réalisée, mais le chirurgien prononce un No Go. La patiente est gardée sous surveillance 24 heures et est finalement opérée 1 semaine plus tard.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Les implants disponibles n'étaient pas les bons, ils étaient trop petits (interphalangiens proximaux [IPP] et non MCP).

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- Lors de la reprogrammation, le référent matériel a omis de préciser dans la commande que les implants souhaités étaient de type MCP.
- Le fabricant habituel conditionnait ensemble les implants IPP et MCP, mais il était en rupture de stock. La commande a donc été passée auprès d'un autre laboratoire, qui conditionnait séparément les deux types d'implants.
- Les implants IPP et MCP portaient le même nom commercial.
- Les infirmiers ayant contrôlé le matériel reçu n'étaient pas spécialisés en chirurgie orthopédique et n'ont pas fait la différence entre les implants IPP et MCP (polyvalents, ils travaillaient régulièrement dans plusieurs services).

Évènement 3

Absence de matériel entraînant un allongement de la durée d'intervention

Une patiente sexagénaire est prise en charge pour la correction d'un pied plat avec une ostéotomie du calcaneus et un transfert du long fléchisseur des orteils. La patiente déclare un zona avant l'intervention et celle-ci est reportée de 2 semaines. Lors de la nouvelle intervention, le chirurgien utilise une autre vis de fixation que celle initialement prévue, rallongeant la durée opératoire.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Le matériel prévu pour l'intervention n'était pas disponible.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- Lors de l'annulation, il n'y a pas eu de communication entre le bloc opératoire et les équipes de chirurgie et d'anesthésie sur la date de report.
- Le logiciel de bloc opératoire ne permettait pas de reprogrammer une intervention : il fallait créer une nouvelle intervention pour que celle-ci soit prise en compte.
- L'utilisateur du logiciel ne connaissait pas cette spécificité et a simplement modifié la date de l'intervention dans le logiciel. En conséquence, la patiente n'apparaissait pas dans le programme opératoire.
- La commande de matériel n'a pas été passée par le bloc opératoire, car la patiente n'apparaissait pas sur le programme opératoire.

Mots clés : reprogrammation – annulation – report – dispositif médical – anticoagulant

Pour que cela ne se reproduise pas

Hors situation de crise, environ **10 % des interventions prévues au bloc opératoire sont annulées**¹, pour des motifs variés (état clinique du patient, salle d'opération indisponible en raison d'une urgence ou de retards, manque de personnel ou d'équipement...). La majorité d'entre elles mènent à une reprogrammation, définie 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).

Ces reprogrammations peuvent occasionner des événements indésirables associés aux soins (EIAS) (dégradation de l'état clinique du patient, indisponibilité de matériel, absence d'arrêt d'un traitement en préopératoire...), pouvant entraîner des conséquences importantes (modifications du type d'intervention, reprogrammations en cascade, complications, retards de prise en charge...).

Certaines préconisations peuvent cependant permettre de limiter la survenue et les conséquences de tels événements :

- mettre en place une programmation du bloc opératoire adaptée et efficace (dont la charte de bloc opératoire) ;
- paramétrer le logiciel de programmation afin de faciliter le partage d'informations entre les professionnels, de suivre facilement les patients à reprogrammer et de permettre la reprogrammation sans créer de nouveau dossier ;
- utiliser la check-list « Reprogrammation » pour vérifier lors de l'annulation, lors de la reprogrammation et juste avant la nouvelle intervention que toutes les étapes particulièrement à risque sont bien respectées ;
- **lors de l'annulation :**
 - informer le patient et ses aidants de ce qu'il s'est passé et de la conduite à tenir en attendant la nouvelle intervention (lui remettre une fiche « Annulation de votre intervention » par exemple),
 - informer tous les acteurs concernés (y compris le médecin traitant) ;
- **lors de la reprogrammation :**
 - choisir une nouvelle date selon la situation clinique et la disponibilité du patient,
 - programmer de nouvelles consultations ou demandes d'examens en amont si besoin,
 - vérifier que l'état clinique du patient est bien toujours compatible avec l'intervention,
 - commander les dispositifs médicaux nécessaires,
 - informer à nouveau le patient de la conduite à tenir en préopératoire (en consultation, téléconsultation ou par téléphone selon la situation) ;
- **avant la réintervention**, avoir une vigilance particulière sur :
 - la disponibilité et la conformité des dispositifs médicaux,
 - l'adaptation éventuelle du traitement médical du patient,
 - la prise en compte des résultats d'examens préopératoires ;
- réaliser la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » ;
- éviter autant que possible les "annulations en cascade" (annulations successives de l'intervention d'un patient, ou annulation d'une intervention déjà programmée pour reprogrammer un autre patient) ;
- analyser les EIAS survenant lors de reprogrammation afin d'adapter les processus internes au besoin.

¹ Donnée estimée à partir de 4 articles cités dans la SSP « [Reprogrammation au bloc opératoire. Une pratique à ne pas banaliser](#) ».

La collection « Flash sécurité patient »

La collection « [Flash sécurité patient](#) » sensibilise les professionnels de santé à la gestion des risques à partir d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) auxquels ils ont été confrontés, et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements. **La HAS ne modifie pas et n'interprète pas ces EIAS déclarés dans les bases de retour d'expérience nationales par les professionnels et sélectionnés dans les FSP.**

Ce flash s'intéresse aux EIAS liés à des reprogrammations au bloc opératoire. Les événements décrits ne le sont pas dans leur ensemble et les analyses reportées ont été focalisées sur les causes profondes des erreurs réalisées lors de la reprogrammation (et non pas sur les motifs ayant mené à devoir réaliser une reprogrammation).

Pour en savoir plus

- Haute Autorité de santé. [Reprogrammation au bloc opératoire. Une pratique à ne pas banaliser](#). Solution sécurité patient. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2025.
- Haute Autorité de santé. [L'évaluation de la chirurgie et des secteurs interventionnels. Selon le référentiel](#). Fiche pédagogique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2025.
- Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. [Organiser son bloc opératoire](#). Paris : ANAP ; 2024.
- Haute Autorité de santé. [Faire la check-list matériel 48 heures avant toute intervention programmée](#). Solution sécurité patient. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023.