



Recommander
les bonnes
pratiques

SOLUTIONS SÉCURITÉ PATIENT

Gestion périopératoire des patients sous antithrombotiques

Des consultations préopératoires, jusqu'au retour à domicile

Juillet 2026

De quoi s'agit-il ?

Plusieurs millions de patients sont traités en France par antithrombotiques (anticoagulants et antiagrégants antiplaquettaires) (1). Chaque année, 10 à 15 % d'entre eux ont une intervention (2, 3), avec des risques hémorragiques et thrombotiques accrus (4-6). Afin de réduire autant que possible ces risques, il est primordial d'accorder une attention particulière à la gestion du traitement antithrombotique avant et après l'intervention.

Malgré l'existence de nombreuses recommandations sur ce sujet (7-9), des événements indésirables associés aux soins (EIAS) liés à une gestion inadaptée des antithrombotiques surviennent encore (10, 11).

Ils peuvent avoir des conséquences importantes pour les patients et être particulièrement difficiles à récupérer une fois celui-ci de retour à son domicile ou dans une autre structure (ambulatoire, hospitalisations de courte durée, transfert, etc.).

Pour les limiter, la qualité de la communication entre professionnels (y compris entre l'hôpital et la ville) et avec le patient est primordiale.

Cette solution pour la sécurité du patient (SSP) porte sur l'organisation de la prise en charge périopératoire (pré, per et postopératoire) des traitements antithrombotiques au long cours chez les patients ayant une intervention programmée au bloc opératoire. Elle vise à sensibiliser les professionnels aux risques associés et à leur proposer des outils pour mieux les prévenir ou en limiter les conséquences.

Elle n'aborde pas les interventions réalisées en urgence, ni la thromboprophylaxie veineuse. Elle n'est pas non plus seulement un rappel des recommandations de bonnes pratiques existantes.

Cette solution pour la sécurité du patient (SSP) s'adresse à **tous les professionnels intervenant dans le parcours périopératoire du patient, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital** (anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, médecins interventionnels, cardiologues, médecins vasculaires, médecins généralistes, pharmaciens d'hôpital et d'officine, biologistes médicaux, cadres de bloc, infirmiers hospitaliers et libéraux, secrétaires médicales, etc.).

Exemples d'EIAS liés à une défaillance dans la gestion périopératoire des antithrombotiques

Double prescription d'anticoagulants entraînant un hématome postopératoire

Un patient est traité par anticoagulant oral direct (AOD) en raison d'antécédents de phlébite et d'embolie pulmonaire. Il doit être opéré d'une cure d'éventration. Lors de la consultation préanesthésique, **l'anesthésiste A lui remet une ordonnance pour un relais postopératoire** avec une héparine de bas poids moléculaire (HBPM).

L'anesthésiste B et le chirurgien présents lors de l'intervention ne sont pas informés de cette prescription. Le lendemain, lors de la sortie du patient, le chirurgien lui demande de reprendre son traitement par AOD. Le patient, sous **double anticoagulation** (AOD et HBPM), doit ensuite être réhospitalisé pour l'évacuation d'un hématome.

Double prescription d'anticoagulants entraînant une hémarthrose

Un patient est traité par anticoagulant oral direct (AOD) en raison d'antécédents d'embolie pulmonaire. Il est opéré pour la pose d'une prothèse totale de genou, avec un arrêt de l'AOD en préopératoire. Le cardiologue ne donne pas de consigne particulière pour la gestion du traitement. **Lors du temps 3 de la check-list, les échanges entre l'anesthésiste et le chirurgien ne sont pas clairs sur qui doit gérer la sortie.**

Dans ce service, c'est habituellement le chirurgien qui fait les prescriptions, sauf pour les patients à haut risque où l'anesthésiste reprend la main. **Lors de la sortie du patient à J3, le chirurgien prescrit des HBPM et l'anesthésiste une reprise précoce de l'AOD.** Cette double anticoagulation entraîne une hémarthrose nécessitant une réopération du patient et des séquelles fonctionnelles à long terme.

Absence d'arrêt du traitement anticoagulant entraînant un hématome postopératoire

Un patient âgé, un peu désorienté et vivant seul, est traité par antivitamine K (AVK) et par antihypertenseur. Il doit bientôt être opéré d'une cure de hernie inguinale. **En préopératoire, il arrête son traitement antihypertenseur, mais pas son traitement par AVK.**

Le jour de l'intervention, aucun des intervenants (infirmier, chirurgien, anesthésiste) ne vérifie l'arrêt des AVK, ni le bilan d'hémostase réalisé en préopératoire. Une semaine plus tard, le patient présente un hématome qui doit être évacué. Son hospitalisation est prolongée.

Absence d'arrêt du traitement anticoagulant entraînant un No Go

Un patient est traité par AVK pour une fibrillation atriale. Trois semaines avant une pose de prothèse de genou prévue en ambulatoire, l'anesthésiste prescrit un relais par HBPM. **Les explications sont données à l'oral, et la seule trace écrite est l'ordonnance, conservée par le pharmacien d'officine.**

Le patient ayant un doute concernant la procédure de relais par HBPM, il tente de consulter son médecin traitant qui n'est pas disponible. Il essaye ensuite d'appeler la clinique, qui est fermée le week-end. **Il arrête finalement les AVK la veille.** L'arrêt tardif des AVK est détecté après la pose de la voie veineuse, lors de la réalisation de la *check-list*, en interrogeant le patient. Un *No Go* est alors décidé, et l'intervention reportée à la semaine suivante.

Absence de reprise du traitement antiplaquettaire entraînant un infarctus

Un patient avec de nombreuses comorbidités et plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires est traité par antiagrégant plaquettaire (AAP). Il est opéré pour une cystectomie un vendredi soir en fin de journée. **L'anesthésiste suspend l'AAP sur la prescription postopératoire immédiate**, sans alerter sur la nécessité d'une reprise à J2.

Le dimanche, en l'absence de transmission spécifique, l'interne de chirurgie ne prescrit pas l'AAP. Le patient recevant de nombreux autres traitements, l'oubli n'est pas détecté. À J4, il présente un infarctus du myocarde, qui nécessite la pose de stent et une hospitalisation en réanimation en raison de nombreuses complications.

Arrêt des antithrombotiques non conforme aux recommandations entraînant un accident coronarien

Un patient est traité par AOD et AAP. **L'AAP est stoppé 10 jours avant une biopsie de la prostate et l'AOD 3 jours avant, selon le protocole du service. Celui-ci n'était pas conforme aux dernières recommandations qui ne préconisent pas d'arrêt de l'AAP pour des biopsies.** À J6, il présente un accident coronarien mineur spontanément résolutif.

Prise simultanée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'anticoagulants entraînant un décès

Un patient sous AOD est pris en charge pour la pose d'une prothèse totale de hanche. L'AOD est arrêté en préopératoire et repris précocement à J1, conformément au protocole du service. **L'anesthésiste et le chirurgien ne se concertent pas lors du temps 3 de la check-list** sur d'éventuelles autres prescriptions postopératoires.

Le patient reçoit à J0 et J1 des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) prescrits par l'anesthésiste. Le logiciel de prescription de la clinique n'émet pas d'alerte sur l'incompatibilité entre les traitements. Le patient rentre à domicile à J2 et revient aux urgences à J9 avec une hémorragie digestive. Malgré une prise en charge chirurgicale en urgence, il décède.

Prérequis de sécurité

Organiser la gestion périopératoire des antithrombotiques (par service)

- Définir précisément **qui fait quoi**¹, notamment entre anesthésiste-réanimateur et opérateur (chirurgien, médecin interventionnel), et se coordonner au quotidien (12).
- Former l'ensemble des professionnels du service aux protocoles mis en place.
- Réaliser le **temps 3 de la check-list** « sécurité du patient au bloc opératoire » (13) et tracer les échanges et décisions.

Renforcer le lien hôpital/ville² (rôle pivot de l'établissement de santé)

- Utiliser les dispositifs territoriaux existants (réseaux et rencontres ville/hôpital, infirmiers de coordination, téléexpertise, centres de référence, outils de communication locaux, etc.).
- Mettre à disposition du patient et des professionnels de ville (infirmier, pharmacien, médecin traitant, biologiste...) un **contact professionnel joignable rapidement**.
- Contacter les professionnels de ville en cas de doute sur les traitements du patient. Ne pas hésiter à questionner leur pertinence (14).

Utiliser les outils informatiques

- Tracer les prescriptions, consultations et avis dans le **dossier médical partagé**⁵ et le dossier patient informatisé. S'en aider et s'appuyer sur le dossier pharmaceutique (21) pour visualiser l'ensemble du parcours, les traitements, résultats de biologie et comptes-rendus.
- Rendre accessibles les protocoles locaux et modèles de courrier dans les systèmes d'information (22-25).
- Transmettre les courriers par messagerie sécurisée.
- Imposer une prescription médicale pour l'édition d'ordonnance ou la reprise de traitement (pas d'édition automatique).

Prendre des décisions basées sur les recommandations de bonnes pratiques³

- Utiliser des **protocoles locaux** (18) régulièrement mis à jour, sans réaliser de relais hors recommandation⁴.
- En cas de situation inhabituelle (situation clinique particulière, reports itératifs d'interventions (19), etc.), prendre une décision collégiale et la tracer.
- Tenir compte des interactions médicamenteuses potentielles (antibiotiques, anti-inflammatoires, etc.).

Les 4 questions à se poser pour gérer les traitements antithrombotiques (20)

1. Faut-il arrêter le traitement ?
2. Si oui, quand ?
3. Faut-il un relais ?
4. Quand le reprendre ?

Lorsqu'un professionnel de santé a connaissance d'un EIAS lié à une défaillance dans la gestion périopératoire des antithrombotiques, il doit en informer les autres professionnels concernés (ville et hôpital) afin de pouvoir l'analyser ensemble, avec le récit du patient. Cela permet de prendre connaissance des EIAS survenus au cours du parcours de soins et de pouvoir mettre en œuvre des actions correctrices.

1. Chaque service et spécialité a un fonctionnement qui lui est propre, mais il est indispensable que le rôle de chacun soit extrêmement clair (qui prescrit, qui communique auprès du patient, qui contrôle quoi et à quelle étape, etc.).

2. Les professionnels de ville (médecin, pharmacien, infirmier, biologiste) ont un rôle essentiel pour limiter les événements indésirables liés aux antithrombotiques. Pour cela, ils doivent être vigilants et disposer des informations nécessaires pour mieux les détecter.

3. Environ un tiers des patients avec un risque thromboembolique ne sont pas traités conformément aux recommandations lors d'une intervention (15, 16), y compris lorsque le patient et/ou l'intervention sont particulièrement à risque, majorant alors ledit risque (2, 17).

4. De nouvelles recommandations formalisées d'experts, « Gestion des anticoagulants pour une procédure invasive programmée », viennent d'être publiées en 2026 (7).

5. Le dossier médical partagé est le versant « professionnel de santé » de Mon espace santé. Outil national, il permet de centraliser toutes les informations concernant le patient et ainsi d'améliorer la coordination et la continuité des soins (20).

Points clés de la gestion périopératoire des antithrombotiques

AVANT L'INTERVENTION

(adressage, consultations préopératoire et préanesthésique)



- Demander aux patients de venir en consultation avec leurs prescriptions et courriers (26).
- Expliquer au patient et à ses aidants les modifications dans son traitement antithrombotique en périopératoire (27). Adapter sa communication en cas de difficultés de compréhension (interprète, documents simplifiés, etc.) (28-37). S'assurer de sa compréhension en l'invitant à décrire ce qu'il comprend de son traitement (FAIRE DIRE) (38).
- Formuler clairement sur l'ordonnance « dernière prise le » (et pas « arrêt le » ou « arrêt à J-2 ») et « reprise le ». Sur les ordonnances de biologie, préciser la date de bilan souhaitée.
- Éviter d'anticiper l'ordonnance de sortie pour les antithrombotiques, afin que le patient ne dispose pas d'une ordonnance obsolète en cas de changement de posologie en postopératoire.

LORS DE L'INTERVENTION

(check-list)



- Lors de l'arrivée dans le service et à nouveau lors des temps 1 et 2 de la *check-list* (13), contrôler les éléments suivants :
 - la conformité de la gestion préopératoire du traitement (arrêt, maintien, relais éventuels, etc.) ;
 - l'absence de changement de traitement entre la consultation et l'intervention ;
 - le bilan biologique (*International Normalized Ratio* [INR], débit de filtration glomérulaire [DFG]).
- Réaliser le temps 3 de la *check-list* lorsque l'opérateur et l'anesthésiste-réanimateur sont encore au bloc opératoire, afin qu'ils se concertent sur :
 - la gestion postopératoire des antithrombotiques (choix du traitement postopératoire et de son prescripteur) ;
 - les traitements pouvant interférer (ex. : AINS) ;
 - les suivis biologiques à prescrire (ex. : créatinine).

APRÈS L'INTERVENTION

(transfert, sortie, suivi)



- S'assurer avant la sortie que :
 - le patient peut décrire le traitement antithrombotique qu'il est supposé suivre (39) ;
 - la lettre de liaison (40) à jour a été remise au patient ;
 - les documents médicaux sont rangés à part des documents administratifs pour que le patient les retrouve facilement ;
 - le parcours postopératoire est anticipé (rendez-vous avec les médecins et infirmiers, organisation avec l'établissement d'hébergement, etc.) (41).
- Sensibiliser le patient, ses aidants et les professionnels aux signes d'alerte d'hémorragies (nez, gencives, urines rouges, selles noires, bleus multiples) ou thromboses (douleur ou gonflement d'un membre, essoufflement soudain).
- Vérifier en officine lors de la dispensation d'un antithrombotique les interactions médicamenteuses éventuelles et la clarté des prescriptions pour le patient.
- Réaliser un appel à J1 pour vérifier la bonne gestion du traitement antithrombotique et les signes de complication potentiels.

Si le patient présente un risque particulier (multiples comorbidités, risque de défaillance dans le suivi du traitement) :

- adapter le type d'intervention ou d'anesthésie, les examens préopératoires et la préparation du patient (9) ;
- programmer la consultation de suivi postopératoire chez le médecin traitant dès que la date d'intervention est connue ;
- demander la réalisation d'un bilan partagé de médication par le pharmacien d'officine (bilans avant l'intervention et lors du retour à domicile) (42, 43) ;
- limiter les sorties d'hospitalisation les veilles de week-end ou jours fériés.

Passeport « intervention au bloc opératoire sous antithrombotiques »

Ce passeport a pour objectif de faciliter la compréhension de votre traitement. Il doit être présenté à tous vos professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.).

Consignes d'utilisation : ce document est un exemple qui peut être adapté par les équipes, utilisé dans sa totalité ou partiellement. Il peut être intégré au sein d'autres documents (information sur le parcours périopératoire, courrier de sortie, etc.), informatisé dans le dossier patient ou le dossier médical partagé, mais aussi imprimé sur une feuille à part. Il est essentiel que les informations qui y sont contenues soient remises par écrit, quel que soit le support, au patient.

Nom/Prénom patient :

Vous avez un traitement destiné à fluidifier votre sang pour éviter la formation de caillots. Avant et après votre intervention, il peut être nécessaire d'adapter ce traitement quelques jours, afin de limiter le risque de saignement.

- ➔ Signalez toujours votre traitement à vos professionnels de santé, en particulier avant une intervention.
- ➔ Apportez vos derniers bilans sanguins et ordonnances lors de vos consultations.
- ➔ Osez poser des questions à un professionnel de santé si vous avez des doutes concernant votre traitement.
- ➔ Ne prenez pas de médicaments sans avis d'un professionnel de santé (aspirine, anti-inflammatoires, etc.).
- ➔ Surveillez tout saignement inhabituel (nez, gencives, urines rouges, selles noires, bleus multiples) ou signe de caillot (douleur ou gonflement d'un membre, essoufflement soudain). En cas de survenue, demandez un avis médical.

PRÉOPÉRATOIRE

Intervention prévue :

Date :

Médecin prescripteur :

Traitement antithrombotique :

Motif de prescription :

Évaluation du risque hémorragique (opérateur) :

☐ Faible ☐ Élevé

Évaluation risque thrombotique (anesthésiste) :

☐ Faible ☐ Élevé

Avis complémentaire nécessaire ? ☐ Oui ☐ Non

Calendrier personnel des traitements fluidifiant le sang AVANT votre intervention

Prescription (prescripteur, traitement, posologie, etc.) :

Dernière prise le :

☐ Matin ☐ Soir

Si indiqué :

Traitement relais

Bilan biologique :

à partir du :

☐ Matin ☐ Soir

et avec dernière prise le :

☐ Matin ☐ Soir

Le :

POSTOPÉRATOIRE (à valider après l'intervention)

Calendrier personnel des traitements fluidifiant le sang APRÈS votre intervention

Prescription (prescripteur, traitement, posologie, etc.) :

Si indiqué :

Traitement relais

Bilan biologique :

à partir du :

☐ Matin ☐ Soir

et avec dernière prise le :

☐ Matin ☐ Soir

Reprise le :

☐ Matin ☐ Soir

Le :

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

En cas d'urgence : 15 (ou autre numéro d'urgence)

Consignes d'utilisation : le plan de prise médicamenteuse est proposé pour les patients pour lesquels la gestion des traitements est complexe. Vous pourrez y préciser pour chaque jour les traitements à prendre (posologie, fréquence, etc.) et les analyses à réaliser le cas échéant. Son objectif est de faciliter la compréhension du patient. Pour cela, vous devez l'adapter (reprendre les dates, ajouter des pictogrammes, etc.).

	Plan de prise médicamenteuse	
	Traitements fluidifiant le sang à prendre	Analyses sanguines à faire
Intervention		

Affiche « intervention au bloc opératoire sous antithrombotiques »

Cette affiche peut être mise dans les salles d'attente des consultations chirurgicales, interventionnelles et anesthésiques afin de sensibiliser les patients à l'importance de la gestion de leur traitement antithrombotique en périopératoire.



Je prends un traitement pour fluidifier le sang ?



Je vais être opéré(e) ?

Attention, mon traitement doit être modifié

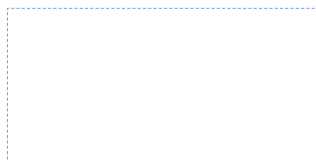


J'informe mon chirurgien et mon anesthésiste.

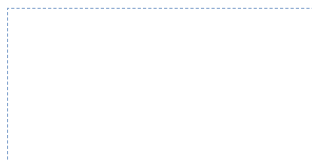
En cas de doute sur ce que je dois faire ? Je demande !

Exemples de médicaments concernés

- Anticoagulant oral direct (Apixaban® - Eliquis®, Rivaroxaban® - Xarelto®, Dabigatran® - Pradaxa®...)
- Antivitamines K (Fluindione® - Previscan®, Warfarine® - Coumadine®, Acenocoumarol® - Sintrom®...)
- Antiplaquettaire (Aspirine® - Kardégic® - Aspegic® - Résitune®, Clopidogrel® - Plavix® - Duoplavin®, Ticagrelor® - Brilique®, Prasugrel® - Efiect®...)



Logo de l'établissement de santé



Contact

Méthodologie d'élaboration

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. 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 huit organismes agréés promoteurs, qui se sont réunis avec la HAS le 18 avril 2025 pour définir le périmètre de la SSP : l'Association française d'urologie (AFU), le Collège français d'anesthésie-réanimation (CFAR), le Collège évaluation, formation, accréditation en hépato-gastro-entérologie (CEFA-HGE), le Collège de neurochirurgie, la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD), l'Organisme de développement professionnel et continu en cardiologie (ODP2C), Orthorisq (chirurgie orthopédique et traumatologique) et Plastirisq (chirurgie plastique, esthétique et de reconstruction).

Recherche documentaire

La recherche documentaire a porté sur :

- les risques hémorragiques et thrombotiques des patients traités par antithrombotiques lors d'une intervention ;
- les recommandations concernant la gestion périopératoire des antithrombotiques et conformité à celles-ci ;
- les exemples d'organisation visant à faciliter le parcours périopératoire des patients sous antithrombotiques, en France et à l'étranger, qu'il s'agisse de programmes locaux ou nationaux ou d'outils mis à disposition des professionnels ;
- les outils visant à améliorer l'implication du patient.

Elle a été réalisée sur les bases de données bibliographiques *Medline*, *Cochrane Library* et sur les sites internet de sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié à l'aide des mots-clés « antithrombotic », « AVK », « fibrinolytic agents », « warfarine », « DOAC », « direct oral anticoagulants », « rivaroxaban », « apixaban », « dabigatran », « edoxaban », « clopidogrel », « prasugrel », « ticagrelor », « perioperative management », « perioperative period », « perioperative care », « postoperative hemorrhage », « thrombosis », « hemorrhagic disorders », « hemorrhagic », « thrombotic », « bleeding complications », « patient safety », « postoperative care », « pathway », « trajectory ». Ont été également incluses les références bibliographiques recommandées par les membres du groupe de travail.

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

Pour détecter les EIAS « graves » liés aux anticoagulants, trois filtres successifs ont été appliqués :

- sélection des EIAS dont la gravité était cotée 3 à 5 sur 5 ;
- puis sélection des EIAS en lien avec l'utilisation d'un médicament ;
- puis sélection des EIAS catégorisés par les médecins accrédités comme liés aux anticoagulants (« situations à risque » du programme d'accréditation) ou identifiés à l'aide de mots-clés dans les champs textes de la déclaration.

Parmi les 54 660 événements déclarés entre le 31 mai 2016 et le 28 novembre 2022, 747 EIAS ont ainsi été présélectionnés. Ces EIAS ont ensuite été lus afin d'exclure ceux où il n'y avait pas de mauvaise gestion des anticoagulants ou inexploitable (qualité insuffisante). Finalement, 363 EIAS ont été sélectionnés pour être analysés.

Consultation d'un groupe de travail

Vingt professionnels de santé et usagers ont participé au groupe de travail. Il s'agissait de :

- Pierre ALBALADEJO, anesthésiste-réanimateur ;
- Christian BOUSTIERE, gastro-entérologue ;
- Nicolas CHAPET, pharmacien hospitalier ;
- Sophie CLEMENCE, infirmière de coordination ;
- Marie-Madeleine DAUTEL, usagère ;
- Thierry FAILLOT, neurochirurgien ;
- Mickael HALIMI, usager ;
- Alexandre JANEL, biologiste médical ;
- Geoffrey JURKOLOW, anesthésiste-réanimateur ;
- Alain LEBON, cardiologue rythmologue ;
- Florence LOUBERT, infirmière de coordination ;
- Gilles MACALUSO, cardiologue rythmologue ;
- Nadine MOUDAR, infirmière libérale ;
- Bertrand POGU, urologue ;
- Stéphanie SATGER-APACK, pharmacienne d'officine ;
- François SCHAUDEL, chirurgien maxillo-facial ;
- Philippe TRACOL, chirurgien orthopédiste ;
- Jean-Charles VAUTHIER, médecin généraliste ;
- Thomas VOGEL, gériatre ;
- Constantin ZARANIS, chirurgien viscéral.

Tous les participants ont réalisé une déclaration publique d'intérêts (DPI) sur le [site DPI-Santé](#). Après analyse par la HAS, il n'est pas apparu de conflit d'intérêts concernant le sujet traité.

Le groupe de travail s'est réuni le 3 octobre 2025 afin d'échanger sur les solutions à proposer au sein de la SSP. Pour cela, il a pris connaissance :

- d'une synthèse d'une revue de la littérature concernant les enjeux autour de la gestion périopératoire des patients traités par antithrombotiques (risques, mesures de gestion de ces risques, etc.) ;
- des résultats d'une analyse des EIAS liés aux anticoagulants, issus de la base de retour d'expérience de l'accréditation.

Une deuxième réunion du groupe de travail a eu lieu le 17 février 2026 afin de discuter de la présentation de la SSP et des solutions choisies. Une version de travail de la SSP a été relue par les membres du groupe de travail en avril 2026.

Suivi et actualisation de la SSP

Cette SSP sera intégrée au programme annuel d'accréditation et sa mise en œuvre sera 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.

Une évaluation de 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).

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.

Résultats de l'analyse de la base de retour d'expérience de l'accréditation

Une analyse de 363 EIAS « graves »⁶ déclarés par des médecins accrédités⁷ et liés aux anticoagulants a été réalisée (44) (45).

Dans 93 % des cas, la prise en charge était programmée.

La majorité des erreurs médicamenteuses répertoriées concernaient les héparines en postopératoire (n = 170/372⁸). **Il s'agissait principalement d'erreurs de prescription** (n = 311/372), et notamment de posologies trop élevées (n = 121). Les autres erreurs sont survenues lors de l'étape d'administration.

Les causes profondes concernaient principalement :

- le patient (consignes relatives aux interruptions, modifications ou reprises du traitement anticoagulant insuffisamment claires pour lui) ;
- l'équipe (défaillance dans la communication entre les professionnels tout au long du parcours, par exemple entre la ville et l'hôpital ou lors de la réalisation de la *check-list*) ;
- les tâches à accomplir (absence de protocole, répartition des tâches mal connue, non-prise en compte de la surveillance biologique) ;
- le soignant (connaissances inadaptées) ;
- l'environnement de travail (charge de travail élevée, difficultés lors de transferts de patients, mauvaise utilisation ou programmation des logiciels informatiques).

Ces EIAS ont mené majoritairement à des hémorragies postopératoires (n = 247/363) et, plus globalement, à des prolongements d'hospitalisation (n = 174) ou de réanimation (n = 111), ainsi qu'à des reprises chirurgicales après la sortie (n = 74), mais ont pu mener à des décès (n = 29).

Dans 93 % des cas, les EIAS étaient jugés évitables par les déclarants.

6. Gravité de 3 à 5 sur 5.

7. Les médecins accrédités exercent à l'hôpital une spécialité dite « à risque » (chirurgie, spécialité interventionnelle, obstétrique, anesthésie, réanimation).

8. Certains EIAS comportant plusieurs erreurs médicamenteuses, le nombre total d'erreurs médicamenteuses est plus élevé que celui d'EIAS.

Bibliographie

1. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance. Saint-Denis: ANSM; 2014.
ansm.sante.fr/uploads/2021/01/13/ansm-rapport-na-cos-avril-2014.pdf
2. Burggraaf JL, van Rein N, van der Meer FJM, Lijfering WM. Perioperative management in patients using vitamin K antagonists: observational cohort study. *Thromb Haemost* 2020;120(3):495-504.
dx.doi.org/10.1055/s-0039-3402763
3. Ntalouka MP, Brotis A, Karagianni MD, Arvaniti C, Mermiri M, Solou M, et al. Perioperative management of antithrombotics in elective intracranial procedures: systematic review, critical appraisal. *Acta Neurochir (Wien)* 2024;166(1):97.
dx.doi.org/10.1007/s00701-024-05990-7
4. Wiegmann AL, Khalid SI, Coogan AC, Xu TQ, DeCesare LA, Skertich NJ, et al. Antithrombotic prescriptions for many general surgery patients significantly increases the likelihood of post-operative bleeding complications. *Am J Surg* 2020;219(3):453-9.
dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.10.001
5. Nakamura J, Nakatsuka K, Uchida K, Akisue T, Maeda M, Murata F, et al. Analysis of post-extraction bleeding in patients taking antithrombotic therapy using data from the longevity improvement and fair evidence study. *Gerodontology* 2024;41(2):269-75.
dx.doi.org/10.1111/ger.12703
6. Shiroma S, Hatta W, Tsuji Y, Yoshio T, Yabuuchi Y, Hoteya S, et al. Timing of bleeding and thromboembolism associated with endoscopic submucosal dissection for gastric cancer in Japan. *J Gastroenterol Hepatol* 2021;36(10):2769-77.
dx.doi.org/10.1111/jgh.15536
7. Groupe d'intérêt en hémostase péri-opératoire, Godier A, Mansour A, Motte S, Rouillet S, Lung B, et al. Gestion des anticoagulants pour une procédure invasive programmée. Recommandations formalisées d'experts. Paris: SFAR; 2026.
sfar.org/wp-content/uploads/2026/04/RFE-20.4.2026-definitif-et-validei.pdf
8. Centre hospitalier public du Cotentin, Potaufeu J. CTME/S en filière gériatrique et chirurgicale : retour d'expérience. 3ème Journée d'information et d'échange du groupement d'achat de Normandie – 8/11/18 : CHPC; 2018.
www.omedit-normandie.fr/media-files/15765/ppt-rex-ctm-journee-pfizer-08112018.pdf
9. Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, Hall TS, Abdelhamid M, Barbato E, et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *Eur Heart J* 2022;43(39):3826-924.
dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehac270
10. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient. Gestion périopératoire des anticoagulants. Patients – aidants – soignants : « coagulez-vous ! ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
www.has-sante.fr/jcms/p_3529334/fr/flash-securite-patient-gestion-perioperatoire-des-anticoagulants-patients-aidants-soignants-coagulez-vous
11. Omedit Normandie. Retour d'expérience sur les erreurs médicamenteuses ; 2023.
www.omedit-normandie.fr/media-files/37456/fiche-retex-anticoagulant-prechirurgie-apprenant.pdf
12. Haute Autorité de santé. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe. Points clés et solutions pour la sécurité du patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
www.has-sante.fr/jcms/c_2587220
13. Haute Autorité de santé. Les *check-lists* pour la sécurité du patient - Mis à jour le 23 mai 2024. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient
14. Huon J-F, Matusik E, Clarenne J, Belhadj S, Jouhanneau E. La déprescription des traitements médicamenteux comme démarche d'optimisation pour améliorer la prise en charge des patients. *Le Pharmacien Clinicien* 2025;60(4):376-80.
dx.doi.org/10.1016/j.phacli.2025.09.004
15. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, et al. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *Lancet* 2008;371(9610):387-94.
[dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60202-0](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60202-0)
16. Dovzhanskiy DI, Bischoff MS, Passet K, Böhner H, Böckler D. Perioperative antithrombotic strategies in vascular surgery: a survey in Germany. *Health science reports* 2025;8(4):e70732.
dx.doi.org/10.1002/hsr2.70732
17. Anguita-Gámez M, Vivas D, Ferrandis R, Esteve-Pastor MA, González-Manzanares R, Echeverri M, et al. Adherence to periprocedural antithrombotic treatment recommendations and its prognostic impact in patients with high ischemic and hemorrhagic risk. *Rev Esp Cardiol* 2025;78(5):416-24.
dx.doi.org/10.1016/j.rec.2024.09.010
18. Groupe d'intérêt en hémostase périopératoire. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire. Actualisation des recommandations formalisées d'experts de la SFAR de 2011 Paris: SFAR; SFTH; SFVM; 2024.
static1.squarespace.com/static/65eec7484b9a291e3166dc26/t/664749aec44e816502ea4e3f/1715947969903/2024_RFE_Thromboprophylaxie.pdf
19. Haute Autorité de santé. Reprogrammation au bloc opératoire. Une pratique à ne pas banaliser. Points clés et solutions pour la sécurité du patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
www.has-sante.fr/jcms/p_3576094
20. Ameli. Le Dossier Médical Partagé (DMP) en pratique [En ligne] 2025.
www.ameli.fr/paris/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dmp-en-pratique
21. Ordre national des pharmaciens. Le DP en pratique - Établissement de santé [En ligne] 2025.
www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-des-etablissements-de-sante-ou-medicosociaux-et-des-sdis/mon-exercice-professionnel/le-dp-en-pratique-etablissement-de-sante
22. Thromboclic. Thromboclic, AOD, AVK et antiagrégants plaquettaires. Outil indépendant à usage des professionnels de santé d'aide à la décision thérapeutique pour un bon usage des anticoagulants et antiagrégants plaquettaires. Outil d'aide à la compréhension du traitement anticoagulant à destination des patients [En ligne] 2026.
www.thromboclic.fr

23. Radiolor, Anamorphik. Gestion des fluidifiants sanguins en radiologie interventionnelle [En ligne] 2026. fluidifiants.radiolor.fr
24. Thrombosis Canada. Clinical tools. Perioperative anticoagulant management algorithm [En ligne] 2026. thrombosiscanada.ca/hcp/practice/clinical_tools?calc=perioperativeAnticoagulantAlgorithm
25. Kimura S, Emoto A, Yoshimura M, Arimizu K, Kamura T, Sogawa R, et al. Development of an application for management of drug holidays in perioperative periods. *Medicine (Baltimore)* 2020;99(19):e20142. [dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000020142](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020142)
26. Pôle de santé privé du diaconat centre Alsace. Fiche de liaison du traitement personnel du patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/exemple_de_fiche_de_liaison_du_traitement_personnel_du_patient_avant_consultation_danesthesie.pdf
27. Fédération française de cardiologie. Bien vivre son traitement, anticoagulants, antiagrégants. Paris: FFC; 2020. www.fedecardio.org/wp-content/uploads/2021/03/2020-Anticoagulants-Web.pdf
28. Ameli. Stratégies efficaces pour améliorer l'observance thérapeutique d'un patient âgé ; 2026. www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/BPM_Observance%20therapeutique_%2848%29.pdf
29. Haute Autorité de santé. Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier. Saint-Denis La Plaine: GEHT; HAS; 2008. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf
30. Karsenti D, Fassler I, Barret M. Gestion des antiagrégants et anticoagulants en endoscopie (document SFED 2023 à partir des recommandations BSG/ESGE 2021). Hépatogastro et Oncologie Digestive 2023;30(3):283-92. [dx.doi.org/10.1684/hpg.2023.2545](https://doi.org/10.1684/hpg.2023.2545)
31. Omedit Ile-de-France. Relais entre anticoagulants. Paris: Omedit IDF; 2026. www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/Relais-entre-anticoagulants-.pdf
32. Omedit Normandie, Agence régionale de santé Normandie. Guide de bon usage des anticoagulants à destination des professionnels de santé. Version décembre 2024. Caen: ARS Normandie; 2024. www.omedit-normandie.fr/media-files/42806/guide-de-poche-anticoagulants-v18_07_2024.pdf
33. Société française d'anesthésie et de réanimation, Albaladejo P, Godier A, Bonhomme F, Samama C, Rosencher N, et al. Gestion périopératoire des anticoagulants. Paris: SFAR; 2016. sfar.org/wp-content/uploads/2016/12/gestion-perioperatoire-des-anticoagulants-oraux-04-albaladejo-1473331452.pdf
34. Société française de chirurgie orale, Société française de cardiologie, Groupe d'intérêt en hémostase péri-opératoire. Gestion périopératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale. Paris: SFCO; 2015. societechirolale.com/wp-content/uploads/2023/06/recommandations_festion_peri_operatoire_2015_court.pdf
35. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns H, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2024;45(36):3314-414. [dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176)
36. Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C, Baglin TP, Smith LA, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. *Endoscopy* 2016;48(4):385-402. [dx.doi.org/10.1055/s-0042-102652](https://doi.org/10.1055/s-0042-102652)
37. Haute Autorité de santé. Flash Sécurité Patient - « Barrières linguistiques en santé. Quand les mots manquent, le risque augmente ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026. www.has-sante.fr/jcms/p_4027723
38. Haute Autorité de santé. Faire dire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. www.has-sante.fr/jcms/c_2612334
39. Tringali A. Top tips on the management of antithrombotic agents in the periendoscopic period. *Gastrointest Endosc* 2024;99(6):1021-6. [dx.doi.org/10.1016/j.gie.2024.01.042](https://doi.org/10.1016/j.gie.2024.01.042)
40. Haute Autorité de santé. Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf
41. Omedit Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane. Sécuriser la continuité des traitements médicamenteux des résidents lors des transferts EHPAD/ES [En ligne] 2026. www.youtube.com/watch?v=fgu_HUINqzw
42. Spiesser- Robelet L, Corvaisier M, Laffilhe J-L. Republication de « Partage GHT 49, une collaboration ville-hôpital au service des patients âgés polymédiqués ». *Le Pharmacien Clinicien* 2025;60(2):128-35. [dx.doi.org/10.1016/j.phacli.2025.04.002](https://doi.org/10.1016/j.phacli.2025.04.002)
43. MaPUI LABS. MaPUI LABS [En ligne] 2026. www.mapui.fr
44. Pornin A. Événements indésirables associés aux soins liés aux anticoagulants : une analyse de la base de données du programme d'accréditation des médecins et des équipes médicales [Doctorat en pharmacie]. Paris: Université Paris-Saclay; 2023.
45. Haute Autorité de santé. Événements indésirables liés aux anticoagulants. Retour d'expérience des médecins et des équipes accrédités. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

Promoteurs de la solution pour la sécurité du patient
« Gestion périopératoire des antithrombotiques »

Promoteurs



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive



Organismes associés

