



Outil d'aide à la priorisation des urgences chirurgicales et interventionnelles de l'adulte

Projet collaboratif mené sous l'égide de la SFAR en partenariat avec :

- La société française de chirurgie d'urgence
- L'association française de chirurgie
- La société française d'orthopédie et de traumatologie et la société française de traumatologie
- La société française de neurochirurgie
- La société française de chirurgie du rachis
- La société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- La fédération de radiologie interventionnelle de la société française de radiologie et la société française d'imagerie cardiovasculaire
- La société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou
- Le collège français de gynécologie obstétrique et la société de chirurgie gynécologique et pelvienne
- Le conseil national professionnel de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale
- La société française de chirurgie plastique et reconstructrice
- L'association française d'urologie
- La société française d'ophtalmologie
- La société française de cardiologie, le groupe urgences et soins intensifs de cardiologie et le groupe athérome coronaire et cardiologie interventionnelle
- La société française de chirurgie vasculaire et endovasculaire



Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française



Outil d'aide à la priorisation des urgences chirurgicales et interventionnelles de l'adulte

Table des matières

Introduction	2
Définition	2
Epidémiologie et pronostic	2
Régulation	3
Objectif	4
Méthodologie	6

Introduction

Définition

L'urgence chirurgicale et interventionnelle se définit par opposition aux procédures programmées. Il s'agit d'une intervention ni prévue ni prévisible, à réaliser dans un délai variable mais de principe inférieur à celui de programmation habituelle d'une procédure invasive. Le non-respect de ce délai conduit au risque de détérioration de l'état clinique du patient avec une mise en jeu du pronostic vital ou fonctionnel. Le champ couvert par cette définition est large et regroupe des entités différentes, allant du choc hémorragique nécessitant une prise en charge immédiate à la réfection d'un pansement chirurgical complexe.

Epidémiologie et problématiques en lien avec les urgences chirurgicales et interventionnelles en France

Les urgences chirurgicales et interventionnelles représentent près de 30 % de l'ensemble des gestes réalisés d'après différentes études^{1,2}.

La réalisation d'une procédure chirurgicale ou interventionnelle en urgence pose plusieurs défis médicaux :

- L'évaluation du patient doit être précise et réalisée dans un délai court ;
- L'équilibration des pathologies sous-jacentes est complexe ;
- La pathologie en cause est source potentielle de défaillance aiguë d'organes ;
- Le contrôle des voies aériennes est compliqué devant l'absence de jeûne et le risque majoré d'inhalation ;
- La procédure complexifiée car certains éléments ne peuvent pas être anticipés du fait des délais impartis ;
- Plusieurs lésions peuvent être associées compliquant le tableau clinique.

Ainsi, il est bien décrit que les urgences chirurgicales et interventionnelles sont associées à une morbi-mortalité élevée³. Une étude conduite en France montrait un taux de complications de 40 % après chirurgie urgente avec une mortalité post-opératoire huit fois plus élevée qu'en chirurgie programmée⁴.

Toutefois, la morbi mortalité associée aux procédures réalisées en urgence ne s'explique pas uniquement par la gravité clinique du patient. Elle est augmentée quand la procédure est retardée⁵⁻⁷. Les patients fragiles sont plus vulnérables que les autres face à ces retards de prise en charge ; la prise en charge pour fracture de hanche en est une parfaite illustration^{8,9}. Le report de la procédure et le jeûne répété ont probablement un effet négatif sur le pronostic, notamment chez ces patients fragiles.

L'organisation de la prise en charge des procédures urgentes varie selon les établissements. Certains d'entre eux disposent d'une équipe et de locaux dédiés alors que d'autres réservent une salle ou une plage horaire au sein d'une structure commune avec les procédures programmées. Enfin, dans certaines organisations, aucune salle n'est dédiée aux urgences chirurgicales et celles-ci sont réalisées entre deux interventions programmées ou après le programme réglé⁹⁻¹⁰.

Les procédures chirurgicales ou interventionnelles urgentes devant être réalisées à tout moment, l'urgence peut conduire à réorganiser l'occupation des salles, écourter des procédures en cours ou décaler une intervention programmée. Les procédures chirurgicales ou interventionnelles urgentes, affectent ainsi la filière des procédures programmées.

Enfin, l'heure de prise en charge est un facteur pronostic significatif : des données rétrospectives suggèrent que certaines chirurgies réalisées en nuit profonde sont associées à une augmentation de la morbi-mortalité post-opératoire¹¹⁻¹². Les raisons sont multiples incluant la fatigue des équipes, la gravité des patients, l'effectif réduit, etc. Dans ce contexte, il est envisageable de décaler une procédure chirurgicale ou interventionnelle urgente si cela ne conduit pas à une augmentation du risque vital ou fonctionnel.

En situation de permanence de soins, plusieurs spécialités chirurgicales ou procédurales partageant souvent une même salle d'opération, la régulation des procédures devient primordiale.

Avec l'évolution des techniques mini-invasives guidées par l'imagerie, la médecine interventionnelle occupe une place croissante dans l'urgence, en alternative ou en complément de la chirurgie. À l'instar de la chirurgie en urgence, ces procédures interventionnelles soulèvent des enjeux de priorisation, de disponibilité humaine et technique et de respect des délais de prise en charge qui sont susceptibles d'influencer le pronostic. À ce titre, la médecine interventionnelle relève pleinement de cette réflexion organisationnelle et est intégrée aux outils de régulation¹³⁻¹⁵.

Ces éléments pointent bien la spécificité médico-chirurgicale des patients pris en charge en urgence. Alors que les évolutions organisationnelles ont considérablement amélioré la qualité des soins en chirurgie programmée (virage ambulatoire, RAAC, admission JO, ...), la morbi mortalité associée aux procédures en urgence souligne la nécessité de structurer les parcours de soins pour cette typologie de patients.

Aspects organisationnels de priorisation

En situation de dépassement des capacités disponibles d'un site devant le nombre important de patients nécessitant une procédure en urgence, une régulation des urgences, en condition d'accès restreint au bloc opératoire, est nécessaire ; celle-ci est le plus souvent supervisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Une discussion multidisciplinaire et multiprofessionnelle prend en compte l'indication chirurgicale, le degré d'urgence, les informations transmises par l'opérateur et la disponibilité des personnels et du matériel. Malgré plusieurs classifications publiées sur le degré d'urgence des procédures (NEST, TACS...)², la plupart des centres établissent leur propre classification des procédures à réaliser en urgence. Enfin, la fragilité du patient et son temps d'attente préalable doivent être considérés dans l'analyse. Synthétiser l'ensemble de ces éléments dans le contexte de l'urgence est un exercice difficile. La charge mentale associée à cette décision est majeure parce que si inadéquate, le pronostic vital ou fonctionnel des patients régulés peut être affecté. Enfin, cet exercice de régulation est source de conflits entre les intervenants, d'insatisfaction et de stress pour les équipes impliquées¹⁶.

Malgré cette complexité globale, il n'existe à ce jour aucune formation dédiée, aucune recommandation, aucun document national pour assister les équipes médico-chirurgicales dans cette mission.

Objectif

Au regard de ces éléments, affiner la définition de l'urgence chirurgicale et interventionnelle en distinguant plusieurs niveaux de priorité permettrait d'adapter la prise en charge à la situation clinique du patient.

L'objectif de ce référentiel est de fournir aux équipes confrontées à la gestion des urgences chirurgicales et interventionnelles un outil pragmatique d'aide à la priorisation. Il a pour but de fluidifier la communication entre les équipes, d'homogénéiser les pratiques et de diminuer la morbi

mortalité des patients requérant une procédure en urgence. Cet outil n'a pas été réalisé selon la méthodologie d'une recommandation formalisée d'experts. Loin de proposer une vision contraignante de la régulation des urgences procédurales, ce référentiel constitue une base de travail pour la rédaction de protocoles à adapter aux conditions locales et régionales (organisation du bloc opératoire, permanence des soins en garde ou en astreinte...).

Les grands principes de ce référentiel sont :

- Il s'agit d'une **proposition** conjointe réalisée par les sociétés savantes d'anesthésie-réanimation médecine péri opératoire, de chirurgie et de médecine interventionnelle au **niveau national**.
- Les délais résultent de discussions entre experts émanant de différentes sociétés savantes et sont à considérer comme des propositions. A ce jour, peu de données, pour la majorité des pathologies, déterminent le délai optimal des prises en charge.
- De nombreux facteurs cliniques et organisationnels sont à considérer, le référentiel n'étant pas exhaustif. En conséquence, ce référentiel constitue une aide à la décision et ne se substitue pas à une évaluation au cas par cas suivie d'une discussion multidisciplinaire. Les tableaux de chaque spécialité seront réanalysés annuellement afin d'intégrer les nouvelles données de la littérature ou de nouvelles indications procédurales.
- Une **hiérarchisation des urgences** est proposée, selon un délai optimal estimé de prise en charge une fois l'indication posée. La hiérarchisation a été réalisée avec la même méthodologie entre les différentes spécialités chirurgicales et interventionnelles, permettant ainsi de comparer le degré d'urgence entre différents patients ayant des pathologies prises en charge par différentes spécialités.
- Nous proposons d'adjoindre la prise en compte de **facteurs liés au patient** (fragilité, douleur, arrêt d'un traitement) **ou à l'organisation** (attente > 24h, contraintes logistiques).
- Enfin, nous proposons des **parcours de soins types** associés aux différents degrés d'urgence. Ce référentiel a été réalisé conjointement avec le comité « Médecine Périopératoire » de la SFAR afin de proposer des parcours patient « type » selon leur niveau de gravité.
- Le référentiel est un outil d'aide au dialogue collégial dans l'urgence par une méthodologie commune et une anticipation réfléchie.

L'utilisation de cet outil permet, si les délais ne peuvent pas être respectés, de tracer l'information dans le dossier du patient ou d'ouvrir la perspective d'un transfert vers un centre en capacité de réaliser la chirurgie de façon plus rapide.

Méthodologie

Les différents types de procédures urgentes ont été classés selon six types de délais suivant la classification TACS publiée par la "*World Society of Emergency Surgery Study Group*" en 2013². Ces délais ont été précisés en fonction de leurs implications sur la priorisation du geste, en tenant compte de plusieurs nécessités :

1. Nécessité de libérer ou d'attendre la disponibilité d'une salle dédiée.
2. Nécessité de réaliser la procédure en nuit profonde.
3. Nécessité de prendre en compte les facteurs liés au patient ou à l'organisation qui sont des facteurs complémentaires au seul horaire parfois difficile à déterminer précisément.

Ces délais s'entendent à partir du moment où l'indication est posée.

		Organisation	Nuit profonde Après minuit	Critères liés au patient	Délai suggéré
	Bloc direct	Ouverture ou libération d'une salle en urgence	A faire	patient instable risque vital immédiat	Sans délai
Evolution clinique défavorable ou délai dépassé et pronostic fonctionnel	Grade 1	Dès qu'une salle se libère	A faire	patient instable	Par exemple dès qu'une salle se libère
Evolution clinique défavorable	Grade 2	Urgence prioritaire	A faire	patient à risque de dégradation clinique rapide	Par exemple dans les 6 heures
Fragilité (CFS >5) Attente déjà >24h Douleur non contrôlée Contexte logistique (arrêt anticoagulants, EER...)	Grade 3	A organiser en fonction des autres urgences et du patient	Possible de décaler au lendemain		Par exemple dans les 12h
	Grade 4	A organiser en fonction des autres urgences et du patient, de l'organisation de l'établissement	A décaler au lendemain, faire y compris le week-end		Par exemple dans les 24-48h
	Grade 5	A organiser en fonction des autres urgences et du patient, de l'organisation de l'établissement	A décaler à partir du lendemain		Par exemple Dans les 2-4 j

Chaque spécialité chirurgicale et interventionnelle a décliné ce tableau avec les principales indications de procédures à réaliser en urgence afin de déterminer les degrés de priorisation. Une harmonisation des tableaux a ensuite été réalisée lors d'une réunion commune afin que certaines indications partagées entre plusieurs spécialités soient classées et libellées de façon identique.

Il est prévu que le grade des patients puisse être modifié en fonction de certaines variables. Ainsi, le grade peut varier pour une même indication chirurgicale : délai d'attente préalable, interruption d'un traitement (anticoagulant par exemple), fragilité (estimée par le clinical frailty scale¹⁷) ,validé et facilement utilisable au lit du patient) ou douleurs incontrôlables.

Les patients nécessitant une procédure en urgence sont à risque d'aggravation potentielle rapide. Une attention particulière doit être portée à la dynamique globale avec une réévaluation constante. La durée de chaque procédure est également à considérer devant des indications et patients similaires.

La réflexion sur la priorisation des différentes urgences ne peut pas être dissociée d'une analyse de l'organisation architecturale de chaque site. Chaque établissement ayant sa propre organisation, l'utilisation de la grille proposée permet, en homogénéisant la priorisation de l'urgence, de gérer le flux de patients et de mettre en adéquation le volume d'urgences chirurgicales et interventionnelles et les moyens disponibles au sein de chaque établissement. Un des objectifs est également de réduire les procédures en nuit profonde qui sont porteuses de risque pour les patients et les équipes de soin. Le groupe de travail suggère donc la possibilité de décaler les prises en charges des patients de grade 3, 4 ou 5 en dehors des périodes de nuit profonde si cela n'affecte pas le pronostic des patients. Cette proposition nécessite d'être validée au cas par cas après discussion multidisciplinaire et multiprofessionnelle.

Un travail est réalisé en parallèle avec le comité « Médecine Périopératoire » de la SFAR afin de proposer un parcours « patient type » pour chaque niveau de gravité. L'idée est de proposer une aide via une checklist sur les éléments de prise en charge standard des patients opérés en urgence.

1. Lepercq D et al. - La chirurgie urgente a-t-elle besoin d'une filière dédiée ? - *Anesth Réanim.* 2021;7:287-294.
2. De Simone B et al. - The new timing in acute care surgery (new TACS) classification: a WSES Delphi consensus study - *World J Emerg Surg.* 2023; 18 :32.
3. Havens JM et al. - The excess morbidity and mortality of emergency general surgery - *J Trauma Acute Care Surg.* 2015;78:306–11.
4. Bar S et al. - Delaying the ideal time to surgery as defined by a local classification of surgical emergencies increases postoperative morbidity and mortality – *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2023;42(5):101256.
5. Smith SA et al. - Weekend surgical care and postoperative mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies - *Med Care.* 2018;56(2):121-129.
6. Schneider C et al. - A case-control study investigating factors of preoperative delay in emergency laparotomy - *Int J Surg.* 2015;22:131-135.
7. Rutherford RB et al. - Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version - *J Vasc Surg.* 1997;26(3):517-538.
8. Meng FB et al. - Admission to operation delay was associated with all-cause mortality in patients with hip fractures: a propensity score-matched retrospective study - *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2025 Oct 28;51(1):318.
9. Klestil T et al. - Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis - *Sci Rep.* 2018 Sep 17;8(1):13933.
10. Lepercq D et al. - Association of organizational pathways with the delay of emergency surgery - *JAMA Network open.* 2023 ;6(4) :e238145
11. Cortegiani A et al. - Association between night time-surgery and occurrence of intraoperative adverse events and postoperative pulmonary complications - *Br J Anaesth* 2019. 122: 361-369.
12. Cortegiani A et al. - Association between night/after-hours surgery and mortality: a systematic review and meta-analysis - *Br J Anaesth.* 2020; 124: 623-637.
13. Mahnken AH et al. - CIRSE standards of practice for the provision of emergency IR care on a 24/7 basis - *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2026 Feb;49(2):180-194.
14. Byrne RA et al. - 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes - *Eur Heart J.* 2023 Oct 12;44(38):3720–3826.
15. Praz F et al. - 2025 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease - *Eur Heart J.* 2025 Nov 21;46(44):4635–4736.
16. Zappella N, Devauchelle P, Clavier T - Régulation des urgences chirurgicales en condition d'accès restreint au bloc opératoire : résultats de l'enquête du Comité ACUTE de la SFAR. *Anesth Réanim.* 1 avr 2026;12(2):117-9.
17. McIsaac DI et al. - Frailty for perioperative clinicians: A narrative Review - *Anesth Analg.* 2020 Jun, 130(6) :1450-1460.