

Epidémie de Covid-19

Organisation du report de prise en charge pour les activités chirurgicales et interventionnelles dans un contexte de rebond épidémique

Version 1 – 29 Septembre 2020

INTRODUCTION

La première vague épidémique de COVID-19 a conduit à une augmentation massive du besoin capacitaire de réanimation, qui a nécessité notamment de mobiliser les équipes d'anesthésie-réanimation, d'IADE et d'IBODE en renfort de celles des services ou unités de réanimation. Pour cela, ainsi que pour limiter le besoin capacitaire de réanimation induit par l'activité chirurgicale et interventionnelle, une déprogrammation de certaines de ces activités a été décidée, afin de libérer des ressources humaines, ainsi que matérielles et de locaux. Au plus fort de la crise, seules les urgences vitales ont été prises en charge.

Aujourd'hui, alors que l'activité épidémique reprend progressivement de l'ampleur, il s'agit d'anticiper les impacts. Dans le cas d'un rebond épidémique majeur de la COVID-19 s'inscrivant dans la durée, la stratégie à adopter en termes de report de prise en charge pour les activités chirurgicales et interventionnelles sera distincte de celle adoptée lors de la première vague. Il s'agit désormais de préserver autant que possible les activités chirurgicales et interventionnelles, en privilégiant une logique de report de certaines prises en charge chirurgicales et interventionnelles, en fonctionnant par paliers.

La présente note a pour objectif de définir des principes de report de prise en charge communs pour l'ensemble des sites APHP et d'aider les GHU dans sa déclinaison opérationnelle. Elle traite des points suivants:

- définition indicative des différents paliers (typologie d'interventions maintenues et reportées pour chacun des paliers). Il appartiendra à chaque GHU de décliner cette stratégie en définissant précisément les critères d'activation des différents paliers, le nombre de lits de réanimation Covid+ et Covid free correspondant, la liste des indications correspondantes et le cas échéant d'adapter les différents paliers en fonction du besoin.
- modalités de pilotage du dispositif au plan central et recommandations pour le pilotage "local".

La doctrine commune aux sites APHP a par ailleurs vocation à alimenter la réflexion relative à la définition d'une régulation régionale s'appuyant sur des principes communs pour l'ensemble des établissements franciliens. L'enjeu étant, au-delà des activités de recours prises en charge spécifiquement par l'APHP, de s'assurer, pour le restant de l'activité chirurgicale, que l'impact de l'épidémie soit équitablement réparti entre les établissements de la région. Il s'agira également de tenir compte du rôle spécifique de l'APHP comme seule structure assurant les activités de réanimation pédiatrique dans la répartition des activités Covid+ et Covid free au niveau régional.

Afin que les éventuels reports de prise en charge ne s'accompagnent pas de perte de chance pour les patients, les principes de fonctionnement suivants sont définis :

- Veiller à la continuité du parcours de soins, en particulier concernant les patients non COVID, afin de s'assurer qu'ils ne se détournent pas des urgences ni ne reportent un examen diagnostique, le suivi d'une maladie chronique ou une intervention chirurgicale, endoscopique ou interventionnelle urgente. Dans cette optique, la télémédecine et le recours à l'HAD devront prendre toute leur place pour assurer la continuité des prises en charge.
- Pour les actes plus lourds (patients greffés de moelle et patients CAR T cells), les services de médecine intensive et réanimation concernés s'engagent à tout mettre en place pour assurer la prise en charge de ces patients dans les meilleures conditions de sécurité.
- Dans le cas où des activités seraient déplacées pour être réalisées sur un autre plateau technique, par exemple l'endoscopie au bloc, il est rappelé l'importance qu'elles puissent être exercées dans de bonnes conditions dans la durée. Cette attention est essentielle pour les personnels de santé, le patient et la pérennité d'activités déjà en tension à l'AP-HP. Un équilibre doit en effet être obtenu entre la mutualisation dans un environnement non dédié à l'endoscopie pour optimiser les ressources anesthésiques et la possibilité de faire les endoscopies dans de bonnes conditions hors urgences
- Agir en transparence réciproque et en coordination, sous l'égide de l'ARS, avec les autres établissements de santé francilien (publics et privés).
- Concernant la reprogrammation : il convient d'harmoniser ce processus (éviter la reprogrammation d'une spécialité plutôt qu'une autre), d'harmoniser les critères de reprogrammation (disponibilité des ressources notamment anesthésistes-réanimateurs et IADE-, analyse du bénéfice/risque patient...), d'adapter la stratégie en fonction de la capacité de chaque bloc ou salle .

1. [Principes de priorisation des interventions](#)

Il revient à chaque GHU en s'appuyant sur les principes ci-dessous :

- d'analyser dès à présent les programmes opératoires et les files actives afin d'objectiver le nombre d'interventions pouvant être reportées en fonction des délais actuels de programmation et envisager d'éventuels partenariats entre centres d'un même GHU, ou inter-GHU pour maintenir l'activité sur la base du volontariat.
- de valider l'activation des différents paliers.

1.1. [Etat des lieux préalable](#)

Compte-tenu de l'impact de la première vague épidémique (patients non urgents devenus urgents, files d'attente importantes pour certaines spécialités), il est possible que la capacité des différents sites à reporter des interventions ne soit pas la même qu'en mars, du fait précisément des déprogrammations ayant déjà eu lieu, et de leur impact sur les délais de programmation de l'ensemble des patients.

Afin d'anticiper, il est recommandé que chaque site puisse conduire une analyse :

- des délais de programmation par spécialité chirurgicale, endoscopique et interventionnelle
- de la taille des files actives du pourcentage d'interventions effectivement reportables dans les programmes opératoires à M1 et M2.

Des patients ayant déjà été déprogrammés au printemps doivent être prioritairement maintenus programmés.

L'harmonisation des durées de validité des consultations pré-anesthésiques est encouragée, en fonction des recommandations de la collégiale d'anesthésie –réanimation, pour faciliter la réalisation des gestes et leur reprogrammation éventuelle.

1.2. Paliers de mise en œuvre des reports de prise en charge.

La décision d'activation des différents paliers doit être prise par chaque GHU en fonction :

- de la saturation des capacités de soins critiques et de la nécessité d'armer de nouvelles capacités (réanimation "hors les murs")
- du niveau de mobilisation des équipes anesthésistes-réanimateurs et IADE devant quitter les blocs pour renforcer les unités de réanimation.
- De la saturation de l'hospitalisation en HC nécessitant le recours du personnel de service de chirurgie vers les services de médecine

Il appartient à chaque GHU de formaliser le capacitaire cible en réanimation et les indications précises correspondant à chacun des différents niveaux en prenant en compte les orientations définies ci-dessous, les recommandations des sociétés savantes et l'impact des interventions sur les capacités de réanimation - besoin de séjour post opératoire en soins critiques (cf. annexe)

Ces éléments sont transmis à la cellule de régulation centrale qui est informée dès l'activation d'un nouveau palier par le directeur du GHU en accord avec les DMC locaux coordonnés par le DMC APHP.

1.2.1. Niveau 1 :

A ce niveau, l'occupation des unités de réanimation et les ressources à leur disposition pour assurer les prises en charge de patients relevant des soins critiques ne nécessitent pas de mobiliser du renfort d'autres secteurs, ni de limiter les activités programmées pouvant nécessiter un passage en unité de réanimation.

Dans ce contexte, aucun report de programmation n'est à organiser. En revanche une vigilance est à maintenir sur la gestion des reprogrammations suite à la première vague épidémique.

1.2.2. Niveau 2 :

Le niveau 2 est activé dès lors que les unités de soins critiques ne sont plus en capacité de fonctionner sur leurs ressources propres (ouverture de capacités supplémentaires et/ou difficultés à maintenir le capacitaire cible en raison de manque d'effectifs).

A titre indicatif, le niveau 2 correspond à une réduction de **30%** des ressources anesthésistes-réanimateurs et IADE disponibles (y compris grâce à des renforts) et donc un besoin de report d'interventions à cette hauteur.

L'activation du niveau 2 se traduit par :

- Le report de certaines interventions de chirurgie fonctionnelle non urgentes, afin de libérer du temps anesthésistes-réanimateurs et IADE et limiter le recours aux soins critiques en post-opératoire.
- la réorganisation de tout ou partie de l'activité ambulatoire. En fonction de la stratégie définie par le GHU, il est possible de maintenir une partie de l'activité ambulatoire en laissant ouverte une voire plusieurs UCA du GHU. A ce stade, le transfert de certaines activités conventionnelles vers l'ambulatoire moins consommatrice en soins critiques est fortement encouragé.
- De même, il est souhaitable de maintenir autant que possible l'activité de radiologie interventionnelle ou endoscopique sur les plateaux techniques habituels, cette activité représentant un volume de patients important par jour, nécessitant comparativement moins d'AG ou n'entraînant pas un fort risque de séjour en réanimation prolongé post-geste. En particulier dans le contexte de l'oncologie, l'activité de biopsie doit être

maintenue car c'est elle qui permet de débiter la mise en route d'un traitement du cancer qui le plus souvent ne peut attendre.

1.2.3. Niveau 3 :

A titre indicatif, le niveau 3 correspond à une réduction de **50%** des ressources anesthésistes-réanimateurs et IADE disponibles (y compris grâce à des renforts) et donc un besoin de report de prise en charge à cette hauteur.

L'activation du niveau 3 se traduit par le report de l'ensemble de l'activité de chirurgie à l'exception des activités suivantes qui sont sanctuarisées :

- activités pédiatriques
- activités urgentes dont de PDES (grandes gardes et urgences)
- activité de transplantation
- recours régional et national
- activités de chirurgie et interventionnelles carcinologiques
- activités de chirurgie fonctionnelle pour lesquelles un report conduirait à des séquelles lourdes irréversibles pour le patient

La définition fine des indications maintenues et reportées en niveau 3 est formalisée par les équipes médicales de chaque GHU

1.2.4. Niveau 4 :

A titre indicatif, le niveau 4 correspond à une réduction de **80%** des ressources anesthésistes-réanimateurs et IADE disponibles (y compris grâce à des renforts) et donc un besoin de report de prises en charge à cette hauteur.

L'activation du niveau 4 correspond au report de l'ensemble des interventions hors urgences, à l'image de ce qui a été mis en œuvre durant la première vague de l'épidémie. Ce niveau 4 n'est à activer qu'en dernier recours.

1.3. Pilotage du dispositif.

1.3.1. Régulation centralisée.

La régulation centralisée, au niveau du siège est assurée par la cellule chirurgie, anesthésie-réanimation, endoscopies et interventionnel en formation restreinte avec les membres ci-dessous. Cette cellule travaillera en lien étroit avec le DMC AHP Bruno Riou ainsi qu'avec les exécutifs administratifs et médicaux et les DMC de site

- Philippe Anract
- Bahram Bodaghi
- Marine Camus Duboc
- Stanislas Chaussade
- Hubert Ducou le Pointe
- Noël Garabédian
- Diane Goere
- Hawa Keita-Meyer
- Emmanuel Martinod
- Yann Parc
- Rémi Salomon
- Marc Samama
- Damien Logeart
- Marc Sapoval
- Eric Vibert
- Avec l'appui de la DST : F Batteux, E Battaglia, S Brun, C Charras, G Galula, C Marty Chastan, F Richard, C. Geffrier

La cellule est activée dès lors que le niveau 2 est déclenché dans un ou plusieurs GHU et se réunit tous les 15 jours. La cellule s'appuie sur une analyse des taux de déprogrammation par site et par spécialité et les remontées auprès du référent par spécialité membre de la cellule de régulation.

2.3.2 Pilotage local

Les modalités de pilotage local sont définies au niveau de chaque GHU (qu'il s'agisse de la participation des présidents de conseil de bloc à la cellule de crise, de la constitution d'une cellule ad hoc ou de tout autre dispositif). Dès l'activation du niveau 2 et compte tenu des enjeux éthiques, il est recommandé de mettre en place une réunion de concertation entre les représentants des différentes spécialités chirurgicales ("**RCP chirurgicale**"), endoscopiques et interventionnelles et du service d'anesthésie-réanimation pour définir une stratégie de priorisation permettant d'éviter les pertes de chance et prenant en compte au cas par cas, les enjeux pour les patients dans toutes les disciplines.

2. Rappel des modalités de prise en charge chirurgicale et interventionnelle en cas d'intervention programmée en fonction des types de patients.

Pour rappel, indépendamment de l'intensité de la circulation virale, les modalités d'organisation des prises en charge des patients de chirurgie et des activités interventionnelles doivent s'adapter pour prévenir le risque de propagation du virus dans nos structures.

Ainsi, les recommandations suivantes sont à prendre en compte :

- Pour les interventions programmées, réaliser un test PCR 48h avant l'entrée du patient:
 - ⇒ Si PCR + : la chirurgie doit être reportée 7 à 10 jours après la fin des symptômes sauf dans des cas exceptionnels mettant en jeu le pronostic vital du patient. Dans ce cas, prendre en charge le patient en chambre individuelle avec précautions complémentaires gouttelettes et contact, éventuellement en secteur COVID+ selon l'organisation locale, en suivant les recommandations des sociétés savantes (cf. **Préconisations SFAR et recommandations régionales**).
 - ⇒ Si PCR - : prise en charge dans le circuit habituel.

Le circuit de restitution des résultats de tests PCR Covid doit être organisé afin de prévenir toute annulation de geste par défaut de communication du résultat dans les délais. Selon la SFED, à la date du 11/09, dans les situations où la réalisation d'une PCR COVID-19 en moins de 72 h n'est pas techniquement faisable, la réalisation d'examens endoscopiques doit rester possible sous réserve de la mise en place des mesures barrières et de l'interrogatoire systématique de tout patient entrant dans un service d'endoscopie.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer dans le cas de la mise à disposition de test alternatifs pour le dépistage des patients Covid.

Références

- . Recommandations régionales COVID 19, prise en charge chirurgicale, notes ARS en date du 10 avril 2020 et du 7 mai 2020
- . Préconisations SFAR pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie-réanimation dans le contexte de pandémie de Covid 19, juillet-août 2020
- . Recommandations SFED pour l'endoscopie digestive,

. Recommandations pour la radiologie interventionnelle, APHP, septembre 2020.

Rédaction : F Batteux

Validation : Christine Guéri le

> Recommandations régionales COVID-19 :

https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/050_ARSIIdF-CRAPS_2020-04-10_Doctrine_Chirurgie_V2.pdf

https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-activite-chirurgicale-deconfinement-66-recommandations-ARSIDF_0.pdf

> Recommandation SFED pour l'endoscopie digestive :

<https://www.sfed.org/professionnels/covid19-et-endoscopie>

<https://www.sfed.org/professionnels/actualites-pro/questions-reponses-sur-le-covid-19-faut-il-faire-une-pcr-avant-toute>

> Recommandations pour la radiologie interventionnelle :

La Collégiale et son groupe de travail de Radiologie Interventionnelle recommande pour la programmation des gestes de RI En cas de reprise de l'épidémie

M Sapoval et H Ducou Le Pointe pour la Collégiale de Radiologie de l'AP-HP

Le 23/9/2020

La plupart des gestes de RI se font en anesthésie locale, et que donc en dehors de consignes de restriction de circulation des personnes qui pourraient survenir, il n'y a pas lieu de déprogrammer les consultations de Radiologie Interventionnelle ni les interventions ne nécessitant pas d'AG ou n'entraînant pas un fort risque de séjour en réanimation prolongé.

En particulier dans le contexte de l'oncologie, l'activité de biopsie doit être maintenue car c'est elle qui permet de débiter la mise en route d'un traitement du cancer qui le plus souvent ne peut attendre.

Il convient aussi de noter que la hiérarchisation ci après qui est celle proposée par la SFR doit être adaptée en fonction des particularités des patients.

Délai de programmation des gestes de Radiologie Interventionnelle dans le cadre de la pandémie COVID 19

Urgence vitale immédiate (< à 6h)

L'ensemble des pathologies listées ci-dessous sont à traiter sans tarder dès le diagnostic établi.

- Urgence hémorragique (à traiter par embolisation, angioplastie-stenting) :
 - Faux anévrisme traumatique ou iatrogène.
 - Plaie vasculaire.
 - Fracture et hémorragie d'organe.
 - Hémoptysie, épistaxis.
 - TIPS (si retentissement hémorragique).

- Urgence ischémique (embolique ou thrombotique) à traiter par techniques de revascularisation en RI :
 - Embolie pulmonaire compliquée.
 - Ischémie mésentérique aigüe.
 - Ischémie aigüe des membres inférieurs.
- Urgence aortique (traitement endovasculaire) :
 - Anévrisme rompu ou fissuré.
 - Dissection aortique de type B compliquée (ischémique, hémorragique ou fonctionnelle).
- Urgence infectieuse (compliquée de sepsis sévère ou de choc) :
 - Par drainage urinaire, biliaire ou d'une collection profonde.

b. Urgence vitale (6h - 2 semaines)

- Complication hémorragique de l'hypertension portale :
 - Par Early-TIPS.
- Pathologie thrombotique (à traiter par technique de revascularisation) :
 - Pontage artériel, thrombose veineuse profonde, abord d'hémodialyse.
- Pathologie vasculaire (à traiter par technique de revascularisation ou par embolisation) :
 - Endofuite de types 1 et 3.
 - Anévrisme de l'aorte abdominale > 6 cm.
 - Anévrisme artériel symptomatique.
 - Angor mésentérique.
 - Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs.
 - Ischémie critique et Claudication Intermittente à périmètre serré.
- Pathologie infectieuse / obstructive :
 - Tous les actes de radiologie interventionnelle en rapport avec la prise en charge infectieuse ou obstructive demeurent des indications urgentes. Ils comprennent les drainages biliaires, urinaires et des collections profondes.
- Embolie pulmonaire nécessitant une interruption cave.
- Pathologie oncologique.

Le maintien des traitements du cancer par RI est indispensable (Réf INCA (4) qu'ils soient curatifs ou palliatifs et comportent également les actes suivants en plus des traitements de Destruction Tumorale Percutanée guidée par Imagerie (DTPI) et de la chimio embolisation :

- Pose de site implantable.
- Pose de picc-line.
- Angioplastie/stenting d'un syndrome cave.

- Biopsies guidées par Imagerie (Echo, radio, scanner, IRM)

L'INCA a publié les recommandations sur la gestion des malades avec pathologies cancéreuses afin de prévenir leur contamination notamment ceux avec des risques de forme grave (5).

- Abord d'hémodialyse :
 - Gestion des dysfonctions des FAV.
 - Pose de cathéter de Canaud.
 - Pose de picc-line (indication : chimiothérapie, antibiothérapie au long cours, réhydratation, transfusions, renutrition...).

c. Semi-urgence (2 - 8 semaines)

- Pathologie vasculaire (si traitement endo-vasculaire indiqué) :
 - Anévrisme de l'aorte thoracique >7 cm.
 - Anévrisme de l'aorte abdominale 5,5 cm.
 - Anévrisme poplité symptomatique.
- Pathologie osseuse :
 - Cimentoplastie (fracture).

d. Pathologies dont le traitement par RI peut être différé (> à 8 semaines)

- Pathologie hémorragique :
 - Fibrome utérin (sauf en cas de déglobulisation)
 - Hémorragie digestive chronique (sans déglobulisation)
- Pathologie embolique :
 - Ablation de filtre cave
- Pathologie vasculaire :
 - Dissection de type B non compliquée pour traitement de la porte d'entrée.
 - Anévrisme de l'aorte thoracique entre 6-7 cm.
 - Anévrisme de l'aorte abdominale > à 5 et < 5,5 cm.
 - Endofuite de type 2.
 - Anévrisme poplité asymptomatique.
 - Pathologie occlusive – Claudication Intermittente (à périmètre large).
 - Malformations vasculaires non compliquées (MAV, MV, ML...).
- Pathologie hépato-biliaire :
 - TIPS pour hypertension portale non hémorragique.
- Pathologie génito/urinaire :
 - Embolisation de prostate.

- Pathologie douloureuse invalidante :
 - Veineuses :
 - Syndrome de congestion pelvienne.
 - Varicocèle.

Tous les actes de Radiologie Interventionnelle d'ordre fonctionnel (douleur, impotence fonctionnelle, hémorragie sans déglobulisation...) en rapport avec des pathologies qui engendrent une invalidité comme une incapacité de travail peuvent être réalisés en fonction du rapport bénéfice-risque (degré d'invalidité, comorbidités, âge).