

	<b>RECOMMANDATIONS REGIONALES</b>  <b>COVID-19</b>  <b>PERIODE DE DECONFINEMENT</b>	<b>Création</b> Date : 23/04/2020
		<b>Validation technique</b> <b>Direction Métier (DOS)</b> Date : 04/05/2020
		<b>Approbation Cellule</b> <b>Doctrines</b> Date : 05/05/2020
		<b>Validation CRAPS</b> Date : 07/05/2020
<b>COVID-19</b>  <b>066</b>	<u><b>Prise en charge chirurgicale</b></u>  <b><i>Reprise de l'activité chirurgicale en phase de plateau et de début de décroissance de l'épidémie</i></b>	<b>Version : 1</b> Date : 07/05/2020
		<b>Type de diffusion :</b> Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante</a>		

## PREAMBULE

- **Rédacteurs** : Henri-Jean Philippe, Danièle Simon
- **Comité de lecture** : SFORL, SGGP, Francogyn, CNGOF, SFCD, SCGP, SFSPM, AFU, CPRE, CNP-CTCV et SFCTCV, SFO, SFNeurochirurgie, SCVE, CNP-COT - SOFCOT, SFCM, SFSCMFCO, SOFOP, SFCP et l'Académie de Chirurgie, APHP, CLCC, FHF, FEHAP et FHP.
- **Références** :
  - 06/04/2020 COVID-19 050 Doctrine ARS Ile de France : Prise en charge chirurgicale (V1), mise à jour le 10/04/2020 (V2)
  - 16/04/2020 : MINSANTE N°80 Objet : lignes directrices relatives à l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins relatives à l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière
  - 23/04/2020 COVID19-062 Doctrine ARS Ile de France : Adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière à une reprise de l'activité médico-chirurgicale dans le cadre de la baisse d'activité liée au covid-19
  - Avril 2020-V1 : Conditions de reprise de l'activité chirurgicale dans les salles d'opération ayant accueilli des patients COVID-19. CPIAS IDF
  - 30/04/2020 COVID-19 050 Doctrine ARS Ile de France : Evolution de l'activité SSR en fin de confinement de l'épidémie COVID-19
  - Mai 2020 : Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en Anesthésie-Réanimation dans le contexte de pandémie COVID-19 SFAR
  - 06 mai 2020 : Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins

## OBJET DU DOCUMENT

Ces recommandations font suite aux recommandations régionales sur la prise en charge chirurgicale et COVID-19 publiées le 06/04/2020, mises à jour le 10/04/2020.

Elles se justifient du fait de la décroissance du nombre de nouveaux patients en réanimation pouvant faire supposer que nous sommes à une phase plateau voire de décroissance de l'épidémie.

Elles visent à favoriser une organisation régionale de la prise en charge chirurgicale dans une phase de réduction des besoins en respirateurs et en lits de réanimation, libérant ainsi des possibilités de réaliser des interventions chirurgicales nécessitant ou ne nécessitant pas de surveillance post-opératoire en USC ou réanimation.

Il est en effet, nécessaire de permettre la réalisation d'interventions chirurgicales chez les patients pour toute la pathologie non COVID pour lesquelles un report de date opératoire entrainerait une perte de chance (augmentation de la morbidité et de la mortalité).

Secondairement, une mise à jour de cette doctrine sera proposée au cours de la phase de décroissance, phase au cours de laquelle les indications chirurgicales seront élargies à la chirurgie fonctionnelle et au suivi des malades non urgents.

### **Ces propositions comportent :**

1. Des conditions préalables
  - 1) Pour les patients :
  - 2) Pour les établissements
2. Des principes généraux :
  - 1) Eléments décisionnels pour réaliser une intervention chirurgicale
  - 2) Propositions des disciplines chirurgicales
3. Conditions de prise en charge
  - 1) Locaux
  - 2) Patients
  - 3) Professionnels de santé
  - 4) Des recommandations territoriales

## 1. Des conditions préalables

### 1) Pour les patients

- i. Informations des patients et des médecins traitants sur la reprise des activités chirurgicales urgentes et celles nécessaires dans un délai rapide afin d'éviter une perte de chance
- ii. Contact des patients dont les interventions ont été déprogrammées et qui devraient être opérées
- iii. Contact des patients ayant programmé des consultations pendant la période de confinement et pour lesquels la consultation a été annulée en vue d'envisager voire de programmer une téléconsultation.

### 2) Pour les établissements

- i. Réaffectation d'un certain nombre de SSPI, voire de salle d'interventions, d'unités de réanimation en unité non-COVID en tenant compte des besoins potentiels pour les patients COVID (dont la seconde vague)
- ii. Analyse de la disponibilité de ressources humaines pour assurer les soins en Anesthésie-Réanimation non-COVID (MAR, IADE)
- iii. Analyse de la disponibilité de ressources humaines pour assurer les soins chirurgicaux non COVID (IDE, IBODE, AS)
- iv. Mise en état de fonctionnement des locaux et des équipements
- v. Analyse de la disponibilité des stocks de consommables et de médicaments nécessaires à la reprise d'activité tout en maintenant un potentiel pour les activités COVID.
- vi. Analyse de la disponibilité des places en SSR

## 2. Des principes généraux :

### 1) Eléments décisionnels pour réaliser une intervention chirurgicale

Les décisions de proposer un traitement chirurgical au patient sont prises pour garantir l'absence de perte de chance dans le traitement de chaque patient. La sur-morbidité potentielle liée au COVID-19 en post opératoire fait partie des éléments de décision

L'ordre des programmations est également pris de manière multidisciplinaire, comme habituellement. Cette priorisation tient compte, entre autres, des recommandations de bonnes pratiques actualisées et disponibles, de la discussion avec les patients, de l'impact sur l'espérance ou la qualité de vie des patients, de la pathologie en cause, du contexte épidémique et bien entendu des possibilités de chaque chirurgien (vacation).

Lorsque la structure n'est pas en mesure de mettre en œuvre dans l'intérêt du patient, une prise en charge chirurgicale dans des délais adaptés à sa situation, il doit être envisagé d'adresser le patient à une structure à même d'assurer cette prise en charge permettant ainsi de respecter le principe d'accès aux soins. Afin d'éviter tout retard supplémentaire lors de ces transferts de prise en charge, les structures sont invitées à s'organiser à l'échelon territorial pour préparer la gestion de ce type de situation.

## 2) Propositions des disciplines chirurgicales.

La plupart des disciplines ont proposé une classification en 4 catégories :

- Niveau 1 : prise en charge urgente
- Niveau 2 : prise en charge à perte de chance potentielle si le report est supérieur à 2-3 mois.
- Niveau 3 : prise en charge à perte de chance potentielle si le report d'intervention est supérieur à 6 mois
- Niveau 4 : prise en charge non urgente. Perte de chance potentielle si le report est supérieur à 1 an.

Cependant, cette classification a pu justifier de repousser d'un mois certaines interventions notamment en cancérologie en début de période de plan blanc. Ceci signifie que ces interventions peuvent devenir prioritaires. La prise en charge de ces patients pourra être réalisé dans un autre établissement si les blocs ne sont pas libres au niveau de l'établissement initial.

Dans la situation actuelle, l'objectif est de poursuivre voire d'améliorer l'accès à la prise en charge des urgences et « semi-urgences » chirurgicales, en proximité et au niveau des lieux de prise en charge habituels des patients, notamment pour les patients les plus vulnérables.

En annexe, figurent les interventions classées par catégorie.

## 3. Conditions de prise en charge

### 1) Structures et locaux

Dans la phase actuelle de plateau de l'épidémie puis celle de décroissance, il sera nécessaire au préalable, de déterminer au niveau régional et territorial le volume de places de réanimation et de lits voire de blocs COVID + à conserver.

La réduction des besoins en lits de réanimation va permettre de retrouver des conditions classiques pour une prise en charge chirurgicale dans des unités non COVID avec 3 situations :

- Prise en charge ambulatoire avec circuit dans une UCA (unité de chirurgie ambulatoire) à prioriser
- Prise en charge conventionnelle avec surveillance post-opératoire en SSPI puis en hospitalisation (en chambre seule dans les unités non COVID)
- Prise en charge conventionnelle avec surveillance post-opératoire en SSPI puis en USC voire en réanimation et enfin en hospitalisation (en chambre seule dans les unités non COVID)

Au niveau régional et territorial, il sera souhaitable de maintenir des unités et des blocs COVID + avec des modalités de prise en charge conformes aux recommandations régionales version 2.

Cependant, compte-tenu des connaissances encore partielles sur cette épidémie, il est recommandé de mettre en place des filières différenciées (COVID et Non COVID) au niveau de la plupart des établissements, tout en maintenant des mesures de protection des soignants et des patients dans toutes les unités.

## 2) Patients

Ils sont informés par le chirurgien et le médecin anesthésiste des conditions particulières liées à la pandémie de COVID-19, notamment de l'évaluation du rapport bénéfice/risque lié à l'intervention et au contexte épidémique au moment de la date de son intervention. Le traçage dans le dossier du patient de cette information est indispensable.

Ils sont également informés des symptômes évocateurs de COVID-19 justifiant un contact avec l'équipe chirurgicale et pouvant faire décaler l'intervention chirurgicale.

Un contact systématique la veille de l'intervention serait souhaitable avec le même objectif : déterminer une date d'intervention et un lieu de prise en charge : filière spécifique COVID.

Le dépistage du SARS-CoV-2 par RT-PCR des patients asymptomatiques pourra être proposé dans les 24/48h en pré-opératoire, en cas de :

- de co-morbidité à risque de forme grave de COVID-19,
- contact avec un patient COVID-19 avéré dans les 7 derniers jours,
- chirurgies générant des aérosols,
- chirurgies dites majeures, à risque de forme grave en postopératoire (ex. chirurgie cardiaque, abdominales et pelvienne lourde, transplantation d'organe, etc.).

Les prélèvements sur échantillon de salive pourraient présenter une meilleure sensibilité.

- En cas de prélèvement positif, l'intervention sera reportée si possible de 10j.
- En cas d'intervention confirmée, avec un prélèvement positif, il est souhaitable de la réaliser dans une filière COVID+.
- En cas d'intervention en urgence, si le résultat du prélèvement n'est pas disponible, il est souhaitable de la réaliser dans une filière COVID+.

Les tests sérologiques pourront être pratiqués dès l'obtention de tests validés puis certifiés par les autorités compétentes, et intégrés dans les stratégies de prise en charge.

Le TDM thoracique pourra également être intégré dans une stratégie d'analyse du risque de contamination notamment en cas d'urgence :

HAS 10/4/2020<sup>1</sup> :

*Cependant, chez l'adulte, en l'absence de disponibilité de test biologique rapide, la réalisation d'un scanner thoracique pour le dépistage de lésions pulmonaires silencieuses chez des patients de statut COVID non connu, peut être recevable en cas d'urgences (ne permettant pas d'attendre les résultats de la PCR) pour une autre pathologie, telles que « Interventions chirurgicales en urgence, (ORL, oncologie, etc.),... »*

---

<sup>1</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3178626/fr/reponse-rapide-dans-le-cadre-du-covid-19-indications-du-scanner-thoracique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178626/fr/reponse-rapide-dans-le-cadre-du-covid-19-indications-du-scanner-thoracique)

### 3) Professionnels de santé

Un test sérologique pourrait être pratiqué dès l'obtention de tests validés puis certifiés par les autorités compétentes, et intégré dans les modalités d'affectation des personnels, en fonction des recommandations.

En l'absence d'immunisation ou dans la période actuelle (en attente de validation des tests sérologiques), un prélèvement nasopharyngé est pratiqué pour les personnels symptomatiques ou contacts à risque. Si le prélèvement est positif, une mesure d'isolement est prise conformément aux recommandations nationales.

Dans l'attente de la disponibilité de l'ensemble des tests biologiques validés et certifiés, les consignes concernant les équipements de protection individuelle des soignants restent inchangées.

### 4) Des recommandations territoriales

Au niveau territorial, il est souhaitable de tirer bénéfice des modalités de prise en charge de l'épidémie actuelle, compte-tenu du risque de 2<sup>ème</sup> vague avec les trois composantes qui ont été mises en œuvre :

- Fermeture de la majorité des blocs opératoires dans le secteur public et libéral
- Transformation de SSPI en USC voire réanimation
- Prise en charge d'une partie des urgences chirurgicales par les établissements privés.

Il faut donc faire une estimation :

- du nombre de places de réanimation libérées pendant les deux mois à venir
- du nombre d'interventions à réaliser dans les 2-3 mois à venir ce qui signifie le nombre de bloc opératoire à ouvrir
- du délai de remise en état de fonctionnement des blocs opératoires
- cf. conditions préalables.

Ensuite, il sera nécessaire d'envisager des modalités de prise en charge des urgences au niveau régional et de la chirurgie oncologique et non oncologique.

L'activité d'urgence doit être de proximité, donc organisée au niveau territorial. L'activité oncologique et non oncologique peut ne pas être en proximité.

Selon les lignes directrices relatives à l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière dans l'attente et en préparation des mesures de déconfinement diffusées le 16 avril 2020<sup>2</sup> :

*Il est recommandé d'établir une organisation à une maille territoriale pertinente entre les établissements de santé publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif, pour proposer une complémentarité selon leur degré actuel d'occupation avec, éventuellement, des équipes d'un établissement surchargé avec des patients COVID + qui pourraient aller intervenir ou faire des explorations dans un autre établissement, de sorte que l'accès au traitement ne dépende pas du niveau d'encombrement des structures mais du seul besoin de santé.*

---

<sup>2</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation\\_soins-hospitaliers\\_covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_soins-hospitaliers_covid-19.pdf)

Compte-tenu de ces lignes directrices et des exigences en termes d'équipement et de ressources humaines, il semble souhaitable qu'au niveau de chaque territoire, les établissements hospitaliers publics, privés et ESPIC établissent avec l'appui de l'ARS, une stratégie territoriale de reprise des activités chirurgicales pouvant inclure une solidarité inter-établissement comme cela est le cas actuellement, et **établissent un plan de remobilisation rapide de la prise en charge COVID** si une nouvelle vague survient. Cette stratégie devrait permettre la poursuite de la prise en charge des urgences chirurgicales et progressivement des « semi-urgences » chirurgicales sur un grand nombre d'établissements.

La montée en charge de reprise des activités chirurgicales dans la phase de décroissance de l'épidémie devra être très prudente, progressive et coordonnée au niveau du territoire.

Au niveau de Paris et la petite couronne, une réflexion puis des propositions fonctionnelles avec les mêmes objectifs (dont **un plan de remobilisation rapide de la prise en charge COVID**) devront être proposées avec l'appui de l'ARS Ile-de-France, entre les différents établissements : l'APHP (cellule d'appui et de coordination centrale de l'APHP), les établissements publics et privés à but lucratif et non lucratif dont les 2 CLCC de Paris et de la petite couronne.

## Annexe : Activités chirurgicales et priorisation en période épidémique

**Les activités d'urgence doivent être réalisées pour toutes les spécialités** concernant :

- les pathologies infectieuses (appendicectomie, drainage d'abcès, d'origine dentaire (de l'abcès à la cellulite grave avec diffusion cervicale et médiastinale), d'origine osseuse (ostéite, ostéomyélite, ostéoradionécrose, ostéochimionécrose), d'origine glandulaire salivaire (bactérienne, virale ou lithiasique), infection de prothèses artérielles, Infection de matériel d'indentation,...),
- Les douleurs intenses (EVA  $\geq$  6-7) et non gérables par des antalgiques
- les brûlures et extravasations de produits cytotoxiques
- les pathologies obstructives (lithiase biliaire de la voie biliaire principale, calcul urétéral compliqué d'insuffisance rénale, syndrome occlusif, pathologie rachidienne avec compression neurologique déficitaire, trachéotomie, malformations cranio-faciales symptomatiques du nouveau-né,...),
- les pathologies ischémiques (ischémie de membre, ischémie mésentérique, torsion testiculaire, torsion annexielle, thrombose de pontage, complications des abords vasculaires pour hémodialyse ...),
- les pathologies hémorragiques : quelle qu'en soit la localisation et la nature : angiome, tumeur, traumatisme, iatrogène, malformation, grossesse, ...
- les pathologies traumatologiques (mains,, Plaie du globe avec ou sans corps étranger intraoculaire fractures osseuses des membres, du rachis, du crâne et de la face, luxation, ...)
- Décollements de rétine de moins d'un mois d'ancienneté, Fragments cristalliniens dans le vitré avec hypertension oculaire non contrôlée 4. Endophtalmie aigue avec baisse de vision ( $< 1/10$ )
- les IVG
- les poses de chambres implantables
- et certaines tumeurs malignes et métastases.

**Des activités semi-urgentes ont été classées par priorité au sein de chaque discipline chirurgicale ; ce ne sont que des indications à appliquer pour chaque intervention en fonction du tryptique : patients et co-morbidités, structures (COVID et moyens) et contexte épidémique.**

Les recommandations complètes sont accessibles via les liens de chaque discipline chirurgicale.

## CHIRURGIE DIGESTIVE



Société française de chirurgie digestive

- ⇒ [Priorisation en cancérologie selon le TNCD](#)
- ⇒ [Guide des bonnes pratiques de programmation](#)

## CHIRURGIE VASCULAIRE



- ⇒ [Activité opératoire en période de crise Covid-19](#)
- ⇒ [Confinement et Activité opératoire](#)

## CHIRURGIE THORACIQUE :



- ⇒ [Groupe d'experts Groupe d'Oncologie SPLF et IFCT au cours de la période de stade III de l'épidémie de Coronavirus](#)
- ⇒ [Mot du président](#)

## CHIRURGIE UROLOGIQUE



- ⇒ [Recommandations pour l'activité d'Urologie fonctionnelle en période d'épidémie Covid-19](#)
- ⇒ [Lithiase et COVID-19](#)
- ⇒ [Recommandations AFU Cancers de l'appareil urogénital](#)
- ⇒ [Andrologie et médecine sexuelle](#)

## CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE :



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

- ⇒ [Prise en charge chirurgicale gynécologique en période de pandémie COVID-19](#)
- ⇒ [Prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques en période de pandémie COVID-19](#)

## SENOLOGIE:



- ⇒ [Face au COVID-19 : RPC Cancer du sein](#)

## CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE, ORALE ET STOMATOLOGIE



- ⇒ [Les recommandations de bonnes pratiques](#)

## CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE



- ⇒ [Pathologies chirurgicales vitréo-rétiniennes en cette période d'épidémie de Covid-19](#)
- ⇒ [Prise en charge des cancers oculaires en période épidémique de Covid-19](#)
- ⇒ [Recommandations de la SFO](#)
- ⇒ [Catégorisation du degré d'urgence](#)

## CHIRURGIE ORL :



- ⇒ [Chirurgie ORL et COVID-19](#)
- ⇒ [Cancérologie ORL et COVID -19](#)
- ⇒ [ORL et COVID-19](#)

## CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE



- ⇒ [Nouvelles recommandations](#)
- ⇒ [Arbre décisionnel COVID-19](#)

## CHIRURGIE DE LA MAIN



- ⇒ [Recommandations SFCM reprise activité chirurgicale](#)

## NEUROCHIRURGIE



⇒ [Pathologies neurochirurgicales et COVID-19](#)

⇒ [Reprogrammation](#)

## CHIRURGIE PLASTIQUE, REPARATRICE ET ESTHETIQUE



⇒ [Recommandations](#)

## CHIRURGIE INFANTILE VISCERALE



⇒ [Hiérarchisation de l'urgence des interventions](#)

## CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE PÉDIATRIQUE



⇒ [Priorisation des gestes chirurgicaux lors de la reprise d'activité](#)