



L'ambulatoire et la réhabilitation améliorée en chirurgie joueront un rôle majeur dans la sortie de crise Covid-19

Pr Karem Slim^{1,2}, Dr Laurent Delaunay^{2,3}

1 - Service de chirurgie digestive CHU Clermont-Ferrand

2 - Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (Grace)

3 - Clinique générale d'Annecy, Vivalto-Santé

L'essentiel

L'épidémie de Covid-19 a déjà mis au défi l'organisation des soins intensifs. Dans les prochaines semaines, elle impactera aussi les unités de chirurgie, car l'immense majorité des interventions non-urgentes ont été reportées depuis le début de la crise sanitaire. Des modes de prise en charge modernes comme l'ambulatoire ou la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC) peuvent être d'une aide précieuse dans le processus de sortie de crise.

Mots-clés : Covid-19, réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC), ambulatoire, unité de soins intensifs (USI), parcours de soins chirurgicaux, hôtels hospitaliers.

La crise sanitaire de la Covid-19 qui a débuté, en France, en mars 2020 n'est pas terminée. Pourtant il faut déjà commencer à anticiper la sortie de crise. Nous allons nous retrouver dans quelques semaines face à un triple problème :

- 1- la gestion des patients atteints de Covid-19 dont certains, sortis des unités de soins intensifs (USI), demanderont des soins importants et spécifiques ;
- 2- la prévention d'une deuxième vague de Covid-19 ;
- 3- la programmation de toutes les interventions chirurgicales (mineures ou majeures, carcinologiques ou non) décalées, depuis début mars 2020, du fait de l'épidémie de Covid-19. Dans un souci de concision, nous ne discuterons pas ici de l'éventuelle ou hypothétique deuxième vague de Covid-19.

Devenir des patients atteints de Covid-19

Deux-tiers à trois-quarts des patients admis en USI pour une forme grave de Covid-19, y survivraient et quitteront l'USI [1,2]. Tous les patients ayant survécu nécessiteront une prise en charge spécifique, soit sous la forme de soins dans un établissement de réadaptation [3] soit sous la forme de soins à domicile [4]. Cette prise en charge de milliers de patients quittant les USI dans un laps de temps court n'a pas de précédents. Elle nécessite une organisation optimale des pouvoirs publics

avec mise à contribution des établissements d'hospitalisation publics et privés, des établissements de soins de suite et réadaptation ainsi que de la médecine de ville avec la collaboration indispensable du secteur paramédical. À titre indicatif au 15 avril 2020, sur les 106 000 patients infectés « connus » : près de 32 000 sont encore hospitalisés dont 6 500 en USI [5]. Les patients hospitalisés occupent parfois des unités de chirurgie transformées en unités Covid+ et risquent d'y rester le temps que leur état de santé s'améliore ou de leur trouver des places dans des structures d'aval ou à domicile. Ces patients auront aussi besoin de moyens d'exploration radiologique qui seront soustraits du circuit des autres patients (non-Covid), du fait de la nécessité de séparer les circuits Covid+ et non-Covid.

Coup d'arrêt à la chirurgie non urgente pendant l'épidémie de Covid-19

Depuis le début de l'épidémie et suivant les recommandations du ministère de la Santé [6], à l'exception de rares cas carcinologiques, toute chirurgie non-urgente a été annulée afin de préparer les équipes et les infrastructures à l'afflux de patients Covid+. La programmation des interventions chirurgicales (mineures ou majeures, carcinologiques ou non) a été décalée. Pour illustrer cette réduction de la programmation au niveau national : par rapport au mois de mars 2019, le mois de mars 2020 a été le théâtre du report de 85 % des interventions orthopédiques, 77 % des interventions thoraciques et cardiovasculaires, et 79 % des interventions digestives et viscérales (source administrative).

Dès la fin du confinement et les premiers signes de la fin de l'épidémie, les équipes chirurgicales vont être confrontées aux demandes de patients attendant de se faire opérer, parfois pour des cancers traités pendant la crise par des moyens néo-adjuvants d'attente ou pour des affections bénignes ayant un impact majeur sur leur qualité de vie. En se basant sur le rapport de la DREES publié en 2017 [7], on peut estimer (en l'absence à cette date de données chiffrées et officielles) qu'au

mois de mars 2020, près de 400 000 patients (toutes chirurgies confondues) ont vu leur intervention annulée. Nous ne discuterons pas ici des problèmes organisationnels ou éthiques qui vont se poser aux équipes concernant la priorisation des cas. Le problème est que le nombre de lits disponible n'est pas extensible et qu'il risque même d'être initialement réduit pas la nécessité de maintenir des unités Covid+ aux dépens des lits de chirurgie. Nous discuterons surtout l'apport que pourraient avoir les modes de prise en charge modernes tels que l'ambulatorioire ou la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC). Ces deux parcours de soins ont bénéficié l'un de l'autre : la réflexion organisationnelle de l'ambulatorioire a été mise en pratique dans la RAC et l'amélioration des pratiques péri-opératoires (tant anesthésiques que chirurgicales) de la RAC a été un apport pour l'ambulatorioire [8]. Dans les deux parcours, le patient reste hospitalisé uniquement le temps nécessaire et utile.

L'ambulatorioire et la RAC ont un rôle majeur à jouer

L'augmentation de la demande chirurgicale post-crise n'est pas une contre-indication à l'implémentation de la chirurgie ambulatorioire ou de RAC, bien au contraire. Ces parcours de soins que l'on a, maintenant, tendance à fusionner dans un même concept de parcours optimisés, permettraient de libérer des lits d'hospitalisation et par conséquent d'opérer plus de patients sur liste d'attente. Toutes les chirurgies doivent bénéficier d'une réflexion sur l'implémentation au quotidien de chemins cliniques facilitant ces parcours. Le principe devant guider ces pratiques est que la durée du séjour hospitalier est le fruit d'un équilibre entre la « lourdeur » de l'acte chirurgical, l'état du patient, et l'expertise de l'équipe de soins. Les indications de chirurgie ambulatorioire pourraient ainsi être étendues à des procédures dites majeures (prothèse de hanche, chirurgie colique, chirurgie bariatrique) à deux conditions : que le patient remplisse les critères de l'ambulatorioire [9] et que la gestion des risques liés à ce court parcours soit optimale [10]. Certes, l'ambulatorioire ne peut pas s'appliquer à tous les patients, mais la RAC, autre versant des parcours optimisés, permet de réduire significativement la durée de séjour après chirurgie dite majeure. Prenons l'exemple des arthroplasties de hanche ou de genou dont la durée moyenne de séjour est entre 5 et 6 jours en France, celle-ci a été ramenée à 3,7 jours en appliquant la RAC Cette réduction est possible sans majoration du risque et même plutôt une diminution pour les patients les plus fragiles (base de données Grace, www.grace-audit.fr). Des indications plus larges à la chirurgie dite majeure et une implémentation optimisée de la RAC devraient aussi devenir une pratique quotidienne, là encore

Le mois de mars 2020 a été le théâtre du report de 85 % des interventions orthopédiques, 77 % des interventions thoraciques et cardiovasculaires, et 79 % des interventions digestives et viscérales

La durée du séjour hospitalier est le fruit d'un équilibre entre la « lourdeur » de l'acte chirurgical, l'état du patient, et l'expertise de l'équipe de soins

la gestion des risques liés à la sortie précoce doit être de mise [11]. Ces parcours de soins destinés à améliorer la disponibilité de lits dans les établissements publics et privés nécessitent aussi la mise en place d'un véritable réseau avec une collaboration ville-hôpital (public ou privé) efficace et la valorisation des soins prodigués par les infirmières libérales.

L'optimisation des parcours de soins chirurgicaux constituerait ainsi une solution efficace pour aider à résorber les longues listes d'attente de patients non-opérés à cause de l'épidémie Covid-19.

L'efficacité de ces deux parcours est néanmoins liée à une plus grande disponibilité des salles d'opération, des moyens de protection des soignants, et des agents anesthésiques. La pénurie des agents anesthésiques est un problème important car même si tout le monde y met de la bonne volonté, cette pénurie peut rendre impossible la réalisation de tout acte chirurgical (notamment abdominal) dans des conditions de sécurité suffisante. Cela demande une participation des pouvoirs publics avec, dans un premier temps, une réaffectation des soignants (intégrés temporairement dans le circuit Covid+) au bloc opératoire, une réintégration des respirateurs (utilisés pour les patients Covid) au bloc opératoire, et trouver les moyens humains pour opérer les patients.

En l'état, nous ne pouvons pas faire de projections sur la durée que nécessitera la prise en charge des patients dont l'intervention a été décalée, mais la mise en pratique de ces parcours optimisés devrait participer à raccourcir cette durée. Beaucoup d'équipes au niveau national ont déjà l'habitude de ces parcours, il s'agira simplement d'en élargir la pratique.

Les hôtels hospitaliers [12] seraient aussi une solution supplémentaire déjà largement développée dans d'autres pays et qu'il serait utile d'encourager en France. Ces hôtels ouverts selon des critères stricts établis par la Haute Autorité de santé [13] sont intéressants sur le plan de l'organisation des soins, sur le plan médico-économique, et en termes de satisfaction des patients. ■

- 1- Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA. 2020 Apr 6. doi: 10.1001/jama.2020.5394.
- 2- CDC COVID-19 Response Team. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Mar 27;69(12):343-346.
- 3- Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for critically ill patients with COVID-19. JAMA. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3633
- 4- Buchman TG, Simpson SQ, Sciarretta KL, et al. Sepsis among Medicare beneficiaries, 2: the trajectories of sepsis, 2012-2018. Crit Care Med. 2020;48(3):289-301.
- 5- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde#block-244210>
- 6- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf
- 7- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>
- 8- Slim K. The benefits of enhanced recovery after surgery. J Visc Surg. 2016 Dec;153(6S):S41-S44.
- 9- https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire
- 10- Theissen A, Slim K, Deleuze A, Beaussier M. Risk management in outpatient surgery. J Visc Surg. 2019 Sep;156 Suppl 1:S41-S49.
- 11- Slim K, Theissen A, Raucoles-Aimé M; Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD); French-speaking Group for Improved Rehabilitation after Surgery (GRACE). Risk management in ambulatory and short-stay gastrointestinal surgery. J Visc Surg. 2016 Feb;153(1):55-60.
- 12- Theissen A, Pujol N, Raspado O, Slim K. « Hôtels hospitaliers » : un pas de plus vers l'hospitalisation courte et la chirurgie ambulatoire. Presse Med. 2019 Mar;48(3 Pt 1):219-222.
- 13- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_dorientation_-_criteres_deligibilite_des_patients_a_un_hebergement_a_proximite_dun_etablissement_de_sante.pdf



RATP, RDS Paris B 775 683 888 - Crédit Photo : © RATP - Ét. TOULÉ

FAIRE AVANCER CEUX QUI FONT RECULER LE VIRUS, C'EST NOTRE DEVOIR

DANS CETTE PÉRIODE, NOS AGENTS ŒUVRENT CHAQUE JOUR POUR PERMETTRE À CEUX QUI SONT MOBILISÉS POUR NOUS TOUS DE SE RENDRE SUR LEUR LIEU DE TRAVAIL ET DE RENTRER CHEZ EUX LE SOIR. MERCI À EUX ET MERCI À VOUS.

#TOUSMOBILISÉS



LA RATP EST OPÉRATEUR DE MOBILITÉS POUR

