

FICHE PRATIQUE Cancer & COVID-19 « Professionnels et établissements de soins »

ORGANISATION DE LA REPRISE D'ACTIVITE DE CHIRURGIE DES CANCERS

Version du 8 juin 2020

La présente fiche s'adresse plus particulièrement aux établissements qui n'ont pas mis en place d'organisation pour accompagner la reprise d'activité ou souhaitant compléter et confirmer leur démarche.

Construire un programme de reprise de l'activité chirurgicale

Un principe pour la reprise :

- Évaluer et hiérarchiser les activités à reprogrammer pour les mettre en regard des moyens disponibles ;
- Etablir un programme de reprise d'activités permettant de traiter l'ensemble des patients en évitant la perte de chance.

Première étape - Caractériser les besoins

Prérequis nécessaires :

- **Accès aux données d'activité (données internes à l'établissement via notamment le dossier patient, ou issues du PMSI) et aux programmes de soins en cours ;**
- **Connaissance des recommandations des sociétés savantes du domaine de la cancérologie (adaptations des standards de traitement dans le contexte COVID-19), en particulier concernant la chirurgie.**

La caractérisation des besoins peut être réalisée au besoin en procédant d'abord par spécialité chirurgicale (en demandant aux chefs de service de coordonner le travail pour leur unité).

N.B Il est possible et peut s'avérer utile de compléter ces données, en particulier par des enquêtes relatives aux délais de prises en charge (retard de soins par rapport aux exercices antérieurs) ou aux pratiques auprès des équipes soignantes.

1. Définir (Les données) :

- Recenser le volume global de chirurgies oncologiques à réaliser : établir le nombre de patients constituant la file-active de la filière cancérologique, pouvoir la comparer avec le volume total de chirurgies à réaliser
- Etudier le volume de patients à traiter par spécialités oncologiques (mammaire, digestif, urologique, thoracique, etc.). Selon la spécialité, si des recommandations ont été publiées par la société savante, étudier le cas échéant le volume par type de cancer et en tenant compte du stade de la maladie
- Reprendre les données des années précédentes pour estimer l'activité à reprogrammer mais aussi l'activité attendue dans les semaines à venir à laquelle la reprogrammation se surajoutera

2. Constituer un tableau de classement par priorité de reprise des traitements pour l'ensemble de la file active (Les recommandations)

- Par type d'intervention recenser les moyens nécessaires : recenser les ressources nécessaires :
 - organisation des C° pré anesthésique , pré-op (télémédecine/présentiel)
 - besoin éventuel de bilans complémentaires ou d'avis (ex : cardiologue...)
 - temps d'utilisation du bloc /SSPI « armés »
 - temps humains : chirurgiens, anesthésistes, personnels soignants
 - utilisation possible des soins critiques
 - besoin ou non d'un hébergement en HC ou réalisable en CA
 - besoin de soins de suite, HAD, soins à domicile, etc.
- Tenir compte des spécificités COVID et des contraintes liées à la prévention du risque ou de la gestion de cas suspect (cf. algorithme SFAR) de contamination COVID qui peuvent rallonger la durée du traitement :
 - contraintes de nettoyage des équipements ;
 - contraintes liées à l'accueil, la préparation et à l'hébergement du patient.
- Estimer le niveau de priorité théorique de l'intervention, c'est-à-dire uniquement sur la base des recommandations, sans tenir compte des ressources disponibles à ce moment
- Estimer ensuite le nombre d'interventions par domaine ou spécialités à réaliser

Deuxième étape - Évaluer les ressources disponibles

1. Evaluer les moyens disponibles et leur montée en charge

- Locaux de consultation
- Examens : bio/imagerie

- Disponibilité des salles, matériel et consommables dont médicaments notamment les hypnotiques et les curares¹
 - Disponibilité en lits d'HC, place CA, lits de soins critiques
 - Disponibilité des professionnels : équipes soignantes, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, etc.
2. Anticiper les possibilités :
- a. de réaliser l'intervention dans un autre établissement dans le cadre d'une organisation territoriale. Celle-ci peut s'appuyer sur la régulation régionale ;
 - b. d'accueillir des interventions pour lesquelles l'établissement a un rôle de recours et la nécessité pour cela de réorienter des chirurgies plus « légères ».

Troisième étape – Prioriser et programmer

1. Prioriser l'ensemble des interventions à programmer

En tenant compte au besoin des recommandations, du stade de la maladie, du risque de perte de chance associé et en l'absence d'alternative validée à une intervention chirurgicale notamment.

Cette priorisation se réalise idéalement en équipe réunissant l'ensemble des opérateurs utilisant les salles et ressources communes. Cela peut prendre la forme de réunions exceptionnelles de conseil de bloc ou de toute autre instance déjà existante qui évolue en cellule de reprogrammation.

Le but est de s'entendre sur les priorisations entre spécialités sur la base des recommandations des sociétés savantes pour aboutir à une répartition des ressources disponibles permettant à chacun de satisfaire au mieux les priorités d'intervention pour éviter les pertes de chance.

Les données recueillies aux deux premières étapes permettent à chacun d'aborder la mise en commun en connaissant ses besoins, ses ressources, ce qu'il pourrait mettre au service des autres. Elles doivent permettre idéalement que chaque opérateur/service dispose d'un tableau de reprogrammation (modèle joint²), les tableaux devant être agrégés et discutés en séance.

La programmation se construira en tenant compte :

- De l'activité attendue sur la base du case-mix de l'ensemble de l'activité de chirurgie pratiquée sur le site, y compris hors pathologies cancéreuses, des années précédentes;
- Des interventions à reprogrammer et de leur degré d'urgence ;
- En ayant identifié la capacité d'activité possible vu les ressources disponibles ;
- En explorant les stratégies alternatives : ALR, interventions assurées par un autre chirurgien, une autre équipe, un autre établissement ;
- Des situations particulières nécessitant l'accès à un centre de recours :

¹ Lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement (Fiche ARS) <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-lignes-directrices-offre-soins-covid-19.pdf>

² GABARIT_Triage des chirurgies électives_v5 – Modèle – Québec

- enfants : organisations interrégionales de recours (OIR)
- cancers rares : réseaux nationaux de référence « cancers rares »
- territoires isolés.

2. Programmer les interventions (date, heure, équipes, locaux)

- Faire un planning d'admissions/interventions selon le tableau de reprogrammation proposé et le confronter à la satisfaction des priorités et des dates maximales d'intervention...
- Au vu de cette première programmation, adapter en retirant ou en rajoutant des interventions pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles.
- Si l'établissement ne peut assurer les chirurgies prioritaires :
 - Déterminer la ou les ressource(s) limitantes
 - Préciser les chirurgies non réalisables
 - Transmettre et discuter ces éléments au niveau du comité local ou régional de pilotage de la reprise d'activité pour évoquer le partage de ressources (transfert d'équipements, de personnel, déplacement d'équipe, de patients), dans le respect des filières covid+ et covid-
- Si l'établissement peut assurer les chirurgies prioritaires :
 - Proposer de réaliser des interventions ou de mettre des plages à disposition aux établissements de la région en difficulté dans le respect des équipes covid+ et covid-
 - Préserver la capacité en réanimation et maintenir sa disponibilité en cas de nécessité de réarmement d'un dispositif Covid renforcé (lits de réanimation, médicaments...)³

³

Lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement (Fiche ARS)
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-lignes-directrices-offre-soins-covid-19.pdf>