

I Retour d'expérience

Déconfinement et chirurgie plastique : retour sur la sortie de crise

RÉSUMÉ : Sortir du confinement ne peut se faire “au pied levé”. Entre nos activités en clinique et dans nos cabinets, nous devons nous y préparer et repenser l'accueil du patient, la salle d'attente, le cabinet et l'équipement de l'ensemble de l'équipe, aérer l'agenda, hiérarchiser les patients, recourir de plus en plus à la téléconsultation pour le suivi et le contrôle. Et revoir aussi le bloc opératoire, alléger le calendrier, repenser les indications opératoires, baliser le parcours du patient et renforcer la concertation chirurgien-anesthésiste.



R. ABS
Chirurgien plasticien, MARSEILLE.

“**D**éconfinement.” La date est fixée au 11 mai. La reprise sera progressive, potentiellement réversible si besoin, “régionalisée” ou plutôt “départementalisée” (couleur verte, orange ou rouge) en fonction de la vitesse de circulation du virus et la disponibilité des lits de réanimation. Les masques sont arrivés et les tests de dépistages disponibles. Cela n'enlève en rien les règles de la distanciation physique et autres gestes barrières.

Mais nous, chirurgiens plasticiens, comment allons-nous pouvoir envisager la reprise de notre activité en consultation et en clinique ? Les recommandations de bonnes pratiques sont des bases de réflexion et n'ont pas un niveau de preuve scientifique élevé. Elles sont à adapter à celles des agences régionales de santé (ARS), aux décisions prises au sein de chaque établissement et sont vouées à être évolutives.

Repenser nos locaux pour sécuriser nos patients et nos équipes

Recréons la confiance. Cette reprise de notre activité médico-chirurgicale devra répondre à un double impératif : la sécu-

risation à la fois de nos patients et de nos équipes (secrétaires, assistantes, infirmières, chirurgiens), les premiers devant être rassurés et encouragés à venir au cabinet sans crainte, les secondes devant se sentir protégées de toute contamination au sein du cabinet.

Pour la prise d'un rendez-vous, un questionnaire sur le statut Covid-19 du patient sera ajouté au questionnaire habituel (le patient présente-t-il des signes d'infection respiratoire ? a-t-il été malade ? a-t-il perdu le goût ou l'odorat ? si oui, a-t-il bénéficié d'un test ? quand ? présente-t-il des comorbidités [âge > 70 ans, diabète, hypertension artérielle et asthme mal équilibrés, terrain immuno-déprimé...]) ?).

Masque, distanciation physique et gestes barrières. L'accueil de nos patients doit être repensé, nos cabinets préparés spécifiquement pour le déconfinement avec un sas ou un espace dédié à la décontamination (friction à la solution hydroalcoolique) à l'entrée, il faut offrir un masque au patient arrivant sans en avoir un, prendre sa température (thermomètre frontal ou auriculaire), peut-être installer un hygiaphone et, dans tous les cas de figure, installer des repères physiques pour matérialiser les distances à respecter.

Dans la salle d'attente, plus question "d'entasser" les patients. Elle sera débarrassée des revues et autres prospectus, avec affichage obligatoire des signalétiques publiées par le ministère de la Santé. Selon la capacité de chacune, un nombre restreint de personnes devra être défini. Les rendez-vous devront être répartis en conséquence. Dans le cas où un patient se présenterait en plus du nombre prédéfini, il devra attendre dans sa voiture et sera invité (par téléphone ou SMS) à rejoindre le cabinet dès que de la place s'y sera libérée. Nos plannings seront, à l'évidence, plus aérés qu'avant la pandémie, mais il en va de notre sécurité à tous.

Masques, lunettes, blouses et gants pour nos assistantes, nouvelles modalités de prise en charge pour nos patients

Pour la reprise, nos assistantes devront être équipées également de masques chirurgicaux. L'infirmière et le chirurgien disposeront d'un équipement renforcé avec un masque FFP2, une charlotte et une visière de protection du fait de la proximité qu'exige notre activité. Un tri des patients est effectué : nouveaux patients, suivis postopératoires, patients dont l'intervention a déjà été reportée en raison du confinement, contrôles non urgents de routine.

Trois niveaux d'actes : consultation, injection, opération. À chaque niveau, on devra distinguer la tête (haut risque) du reste du corps. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) établi et signé par les différents acteurs du cabinet sera rempli, affiché et adressé à la médecine du travail.

Asepsie renforcée et flux de patients réduit pour les soins en cabinet

La consultation est limitée au patient sans accompagnant. L'importance particulière de l'information doit ame-

ner à des explications qui justifient ces mesures et à bien spécifier dans le consentement éclairé – malgré la mise en place de l'ensemble des moyens de protection – la possibilité d'un contact passé ou non exclu dans un futur proche avec la Covid-19. Le patient s'engage à suivre les recommandations du chirurgien.

Pour les actes de médecine esthétique, les plans de travail et fauteuils d'examen seront décontaminés avant chaque patient systématiquement. Les parties du corps ou du visage à traiter seront aseptisées. Les soins seront effectués comme à l'accoutumée. Le matériel sera ensuite de nouveau désinfecté et les locaux aérés. Le temps des soins sera, de fait, prolongé, ce qui devra être intégré à nos plannings.

Les visites postopératoires au cabinet devront être limitées au strict minimum. Les autres seront effectuées par téléconsultation. Le médecin traitant et/ou l'infirmière sera le relais entre le patient et le cabinet. Ce mode de consultation est, de toute façon, amené à prendre de l'ampleur dans notre métier avec, comme corollaire, le désengorgement de nos cabinets.

Allègement des calendriers, déplacements maîtrisés, dépistage des futurs opérés dans nos cliniques

Pour les patients, un questionnaire du statut Covid-19 ainsi qu'une prise de température seront systématiquement effectués avant l'admission en clinique. Certaines exigent un prélèvement nasal virologique à l'écouvillon (quelquefois avec la sérologie) avant toute intervention. Quand un doute plane sur l'état du patient, il serait prudent de décaler son intervention.

Dans les cliniques où nous intervenons, l'équipement de protection individuelle devra être de mise, y compris pour l'infirmière circulante dans la salle de bloc. Les

dessins préopératoires seront effectués masqués (chirurgien et patient) après désinfection de la peau et des mains. Des précautions renforcées seront prises lors de l'intubation et de l'extubation des patients, moments à haut risque d'aérosolisation de l'atmosphère de la salle. Chacun devra veiller bien sûr à ce que les protocoles de sécurité habituels (sortie de salle, nombre minimal de personnes présentes) soient respectés de la façon la plus absolue.

L'ambulatoire est à privilégier chaque fois que possible. Quant à la modalité conventionnelle d'hospitalisation, on optera pour une chambre seule, les visites seront interdites et la durée d'hospitalisation sera réduite au maximum par anticipation de la sortie.

Quant à la programmation, elle est très variable selon l'établissement de santé ou son directeur... Malheureusement, la chirurgie plastique se trouve souvent discriminée selon une motivation ou une priorisation entre spécialités qui n'a pas lieu d'être. Toutefois, trois facteurs viennent limiter la capacité à rattraper un niveau d'activité "habituel" :

>>> Tout d'abord, les ARS insistent sur le fait de garantir une reprise progressive sur l'ensemble des segments d'activités, en priorisant la reprise **pour éviter les pertes de chance** et en prenant en compte **le rapport bénéfice/risque**. Or, nos patients ont un profil à faible risque et la probabilité d'envoyer un postopératoire encombrer une réanimation est exceptionnel.

>>> Ensuite, nous sommes dépendants de la disponibilité des produits d'anesthésie car l'État procède à **une régulation de ces médicaments**.

>>> Enfin, les contraintes organisationnelles conduisent dans la plupart des situations à une réduction du nombre de prises en charge pour une même plage horaire opératoire (voire une réduction des créneaux opératoires).

■ Retour d'expérience

Certaines cliniques restent “crispées” pour différentes raisons (avouées ou non). D'où l'intérêt de garder le dialogue et la confiance dans le couple chirurgien-anesthésiste et avec la cellule de régulation du bloc opératoire (ou la commission de programmation) et, au-delà, avec la direction de l'établissement lui-même.

Anticiper, c'est prévoir... pour pouvoir mieux reprendre notre activité médico-chirurgicale après une période d'arrêt forcé. Cette situation inédite va désorganiser notre agenda durant au moins 6 mois et peut-être le paradigme de notre

pratique privée en ville. D'où l'intérêt, en résumé, de repenser l'accueil du patient, la salle d'attente, le cabinet et l'équipement de l'ensemble de l'équipe, d'aérer l'agenda, de hiérarchiser les patients, de recourir de plus en plus à la téléconsultation pour le suivi et le contrôle. De revoir aussi le bloc opératoire, d'alléger le calendrier, de repenser les indications opératoires, de baliser le parcours du patient et de renforcer la concertation chirurgien-anesthésiste.

Il est évident qu'un événement de cette ampleur planétaire laissera des traces sur notre pratique, notre manière de

penser, notre façon d'interagir aussi bien avec nos semblables qu'avec notre environnement. Dans ce contexte, **l'optimisme est une exigence, puisque “la liberté est devenue la règle et la restriction l'exception”**. Soyons inventifs. Bon courage à tous !

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.