

1^{ER} CERCLE THEMATIQUE

BLOCS OPERATOIRES

Retour d'expérience 1 : Quelle organisation des blocs opératoires pour développer la chirurgie ambulatoire ?
27 mai 2016

1 Liste des intervenants :

- Pr. Marc BEAUSSIER (Chef de service – Chef de pôle, Hôpitaux Universitaires Est-Parisien AP-HP, site Saint Antoine)

2 Synthèse :

Les acteurs doivent se rendre compte que la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie majoritaire : il est donc nécessaire de repenser le bloc autour de la chirurgie ambulatoire. Au-delà de l'impact sur le bloc opératoire, ce constat permet aussi de repenser plusieurs enjeux : les innovations organisationnelles et techniques, le patient au centre des préoccupations, la modernisation des plateaux techniques, l'adaptation du capacitaire en chirurgie ou encore les mutualisations des moyens chirurgicaux. Il faut se servir du développement de la chirurgie ambulatoire pour restructurer les établissements.

Certains décrets cadrent cette prise en charge. En 2012, par exemple, un décret précise que les actes de chirurgie ambulatoire doivent être réalisés lors d'hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à douze heures, réalisées dans « une ou plusieurs unités de soins individualisées » et disposant « de moyens en locaux et en matériel ».

Ainsi, le décret impose une obligation de présence d'une équipe médicale et paramédicale dédiée pour la chirurgie ambulatoire avec une organisation spécifique, afin de permettre au patient de rejoindre sa résidence le jour même de son intervention.

Le caractère dédié d'un bloc ou des salles peut être interprété par certains comme une contrainte, ou encore comme un gage de sécurité et de qualité de prise en charge.

Il existe différentes structures possibles pour la chirurgie ambulatoire. Chaque structure a sa propre organisation. Pr. Beaussier en liste quatre :

- le centre intégré où le bloc opératoire et l'UCA partagent les mêmes locaux (Bloc partagé);
- le centre satellite où, même si l'UCA fait partie de l'établissement mais pas forcément dans le même bâtiment, il y a une nette séparation entre le bloc opératoire conventionnel et l'UCA (bloc dédié) ;
- à mi-chemin entre les deux solutions précédentes, le centre autonome voit dans un même bâtiment un fonctionnement autonome de l'UCA par rapport au bloc opératoire ;
- le centre indépendant où l'UCA est séparée complètement du bloc opératoire, et même de l'établissement.

L'Hôpital Saint Antoine a décidé d'ouvrir une unité dédiée en 2009 de type satellite. Elle couvre 600 m², trois salles opératoires et une SSPI de cinq places. 3200 patients par an sont hospitalisés dans ce bloc opératoire. Elle couvre des activités d'orthopédie, de digestif, de stomatologie, de chirurgie plastique et digestive.

Pour l'hôpital, il était primordial de réaliser ce centre dédié afin d'asseoir la culture de la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement.

Le circuit patient est indépendant du circuit conventionnel au sein de l'établissement. Au sein d'un même étage, le patient attend dans une première salle avant d'aller se changer et se préparer. Un endroit spécifique est prévu pour la réalisation des anesthésies loco-régionales avant d'entrer en intervention. Le patient va ensuite en salle de réveil et se voit offrir une collation.

Depuis lors, l'hôpital est revenu sur ce choix, la structure de bloc dédié à l'ambulatoire accueillant trop de patients. En 2015, une salle sur quatre d'un bloc commun attendant s'est vue attribuer à la chirurgie ambulatoire. Une concomitance est mise en place entre l'UCA satellite et le bloc commun afin de rendre les structures plus souples.

Les principaux inconvénients du bloc dédié à l'ambulatoire réside dans la disponibilité du matériel, l'organisation des chirurgiens, l'activité monotone réalisée et les rotations très rapides. Cette rigidité du programme est rapidement rendue plus souple avec le bloc non dédié, qui a ses

propres défauts aussi (contamination par habitudes, moindre confort des patients, place de l'ambulatoire, impact sur les durées de séjour, ...).

En outre, l'ambulatoire apporte des innovations au bloc opératoire : des réflexions sur l'utilisation du brancardage au bloc opératoire (les patients préfèrent venir debout), l'arrivée le jour même réalisable pour la chirurgie ambulatoire pose la question de la possibilité de faire de même pour des patients en conventionnel (pourquoi ne peuvent-ils pas arriver le matin comme les patients en ambulatoire ?), les interventions en flux tirés (les patients sont appelés au moment où ils doivent être pris en charge), la réduction des durées de séjour en SSPI, l'installation de nouveaux espaces type salons, les innovations technologiques (ex. de l'analgésie locorégionale, de la chirurgie mini-invasive, ...) ou encore la transition progressive vers l'interventionnel non chirurgical (endoscopie interventionnelle digestive, vasculaire, salles hybrides, ...).

L'expérience présentée par le site de Saint Antoine permet de proposer une première conclusion sur l'organisation du bloc opératoire et le développement de l'ambulatoire : les salles dédiées doivent être réservées pour les circuits courts, les actes spécialisés ou l'interventionnel, l'ambulatoire en salles non dédiées pour les circuits plus longs et des salles locales pour des actes externes. L'installation de salons et de salles d'attente pour les accompagnements et le rapprochement du bloc conventionnel et de l'UCA sont aussi à prendre en compte.

3 Questions / Débats :

Problématique du matériel entre le bloc conventionnel et l'UCA

C'est une des difficultés de la mise en place d'un bloc dédié. La programmation doit être stricte et arrêtée. C'est une des raisons aussi qui ont poussé l'hôpital à désenclaver l'activité ambulatoire : le matériel de l'un est utilisé pour l'autre. Malgré la forte culture d'appartenance des espaces à une activité chirurgicale dans le secteur public, l'hôpital va dans une ouverture de l'ambulatoire dans le bloc opératoire.

Problématique de technologies particulières comme la chirurgie robotique, la radiothérapie au bloc opératoire, ...

Envisager tous les cas de figure risque de devenir compliqué car beaucoup de choses sont à considérer. Toutefois, il faut repenser la distribution des salles par parcours : une part dédiée circuit court, une part dédiée au circuit long.

Problématique de l'appropriation du matériel et de sentiment territorialiste de la part des chirurgiens au sein du bloc opératoire

La flexibilité des blocs non dédiés est vraiment appréciable. Saint Antoine est en train de s'ouvrir sur un modèle plus partagé pour gagner en flexibilité et faciliter le développement de l'ambulatoire vers des actes opératoires « lourds ».

Questionnements sur la salle qui n'était pas dédiée à la chirurgie ambulatoire et qui l'est devenue

Saint Antoine est parti d'un modèle dédié pour aller vers un modèle mixte, alliant du dédié sur des circuits courts à du moins dédié pour les circuits longs, afin de bénéficier des avantages respectifs à ces 2 modes de prises en charge.

Utilisation des salles d'ambulatoire

La coexistence d'une activité ambulatoire avec une activité conventionnelle expose au risque de voir revenir des réflexes archaïques de fonctionnement si la culture de m'ambulatoire est insuffisamment acquise (notions de territorialité par discipline, programmation mélangée, ambulatoire relégué après conventionnel...). Il faut une vraie gouvernance pour assurer l'atteinte des objectifs.

Autre solution que l'ouverture d'une nouvelle salle ?

Une autre solution aurait été d'élargir les horaires d'ouverture des salles du bloc opératoire. Toutefois, ça leur a paru compliqué d'augmenter les horaires notamment à cause de l'OTT, de l'organisation qui n'irait pas au personnel dédié, la difficulté de trouver un chirurgien pour opérer jusqu'à 20h, ... De plus, le problème serait repoussé plus que résolu : d'ici cinq ans, il y aura d'autres problèmes ou développement d'activité qui pousseront à élargir encore plus les

horaires. Il faut trouver une perspective qui va au-delà d'une solution temporaire et s'inscrit dans un projet médical à long terme.

Comment les chirurgiens vivent les évolutions de programmation de vacation ?

La fonction de programmation est remplie par le cadre de l'unité. Les chirurgiens n'ont plus accès directement à la programmation. En effet, il leur est difficile d'avoir une vision transversale de l'activité ambulatoire mêlant plusieurs disciplines. Le bloc a toutefois mis en place un accès à la programmation immédiate par téléphone quand les chirurgiens ont un patient éligible.