

Horizon

Le magazine du monde hospitalier public et privé.

Tarification à l'activité

T2A et CCAM, les réformes
de la discorde

HÔPITAUX DE MARSEILLE

Contrôle de l'IGAS :
un réquisitoire

L'AP-HM se porte candidate
au rachat d'une clinique

DÉCENTRALISATION

Régionalisation de
l'investissement hospitalier

SC MÉDICALE

Vers un "retour à la normale"

DOSSIERS

- Bloc opératoire
- Informatique hospitalière

ACCREDITATION

- Changement de braquet ?
- Alain Coulomb : "Nous répondrons
au souhait du Ministre"

État des blocs opératoires

La réglementation sans cesse plus stricte en matière d'hygiène et de sécurité oblige les établissements de santé, publics et privés, à faire évoluer en conséquence leurs blocs opératoires. Lorsque les conditions techniques et humaines ne sont pas réunies, l'obsolescence du bloc chirurgical paraît évidente et une décision s'impose. Mais la rénovation de l'existant comme la construction des locaux neufs nécessite de prendre en compte les contraintes budgétaires et d'organisation de l'établissement. La menace de fermeture devient alors un élément moteur dans la mise à disposition du chirurgien d'un outil de travail conforme et optimum.

Horizon



Obsolète, vous avez dit obsolète

« L'obsolescence d'un bloc se définit lorsque les conditions techniques et humaines ne sont pas remplies et ne peuvent ainsi garantir la sécurité du patient », indique le Dr François Aubart, chirurgien orthopédique au centre hospitalier d'Eaubonne. « Mais on ne peut arrêter cette définition aux frontières de la salle d'intervention proprement dite. La stérilisation, l'anesthésie-réanimation et la chirurgie ambulatoire forment un tout et doivent être prises en considération. » Côté technique, le système de santé français s'est doté ces dernières années de tout l'arsenal réglementaire possible. Toutefois, de nombreux rapports, dont un de l'IGAS, ont récemment fait état de l'émergence, ces dix dernières années, de normes essentiellement axées sur des notions sécuritaires plutôt que techniques. Au nom du principe de précaution, les autorités sont peut-être allées trop loin dans leur logique sécuritaire. Ceci expliquerait en partie les difficultés observées par les établissements de soins à suivre le rythme des évolutions normatives. Quant au financement, l'IGAS a noté une diminution des enveloppes budgétaires disponibles pour réaliser ces mises en conformité. « Ce constat avait d'ailleurs conduit le président Chirac à "promettre" une relance de l'investissement pour les établissements de

santé lors de la dernière campagne électorale. Un coup de pouce attendu surtout pour les hôpitaux publics où l'ancienneté des locaux est plus flagrante », poursuit le Dr F. Aubart. Même si les investissements avaient été effectués, une faille demeure dans le système : les ressources humaines. Car « au-delà des préoccupations d'ordre purement technique, la France a des difficultés à définir ses besoins qualitatifs et quantitatifs en personnel ».

L'obsolescence liée au personnel

En effet, cette problématique est peu abordée lorsqu'il est fait référence à la qualité d'un bloc chirurgical, pourtant assujettie à la qualification de son personnel. En témoigne l'interminable discussion sur la reconnaissance des aides-opératoires (AIDOP) dans le secteur privé et le refus catégorique des infirmières de bloc opératoire (IBODE) d'aller dans ce sens. « De plus, les techniques chirurgicales ont évolué considérablement ces dernières années, avec l'arrivée de nouvelles technologies comme la radiologie interventionnelle, la chirurgie assistée, téléguidée... Or, il a été constaté une forte diminution du temps consacré à la formation continue », indique le Dr F. Aubart. Parallèlement, les équipes sont

confrontées quotidiennement à un important transfert de charge. Dans un contexte de pénurie de personnel soignant à l'échelle nationale, la présence du personnel est indispensable au quotidien et explique la négligence de la formation continue. « Cette augmentation du volume de travail se fait au mépris des règles préconisées et au détriment d'activités annexes, mais indispensables, comme la formation. Ce point mérite d'être souligné, car si la pénurie ne se fait que faiblement sentir en anesthésie-réanimation, pourtant reconnue comme une spécialité en crise, elle est de plus en plus préoccupante en chirurgie », précise-t-il.

L'obsolescence liée à l'inorganisation

« L'obsolescence d'un bloc opératoire tient également du degré d'inorganisation qui y règne. Il n'existe pas de bloc idéal, tout doit être mis en œuvre pour optimiser le quotidien : tableau opératoire, disponibilité et compétence du personnel, gestion des flux de patients... Tout cela est le fruit d'une seule démarche, celle de l'organisation des flux en interne. Pour un prix de construction identique, un établissement privé réalisera 8 à 12 actes chirurgicaux par jour alors qu'un hôpital public n'en fera que 3 », indique



Blanc

Jean-Pierre Tessier, directeur de la polyclinique Gentilly à Nancy (300 lits dont 191 en chirurgie et 16 places en ambulatoire), dont le bloc opératoire a été le théâtre d'un vaste chantier de rénovation il y a plus d'un an. « Nous avons réorganisé les flux de telle sorte que, lorsque à 7 h 30, le patient descend au bloc, l'équipe est immédiatement opérationnelle. Pour cela, la salle est préparée la veille selon le planning opératoire. La question de la disponibilité des dispositifs médicaux ne se pose pas un quart d'heure avant l'intervention. Cette organisation nous a permis d'avoir une meilleure réactivité en cas d'aléa au cours de l'intervention », précise-t-il. « Les résultats de notre politique d'organisation étaient mesurables dès la première année : nous avons enregistré plus de 15 % d'augmentation d'activité pour un même nombre de lits et un bloc qui ferme une heure plus tôt. L'organisation du bloc se conçoit transversalement, à l'échelle de l'établissement. Nos patients viennent dans notre établissement pour y être opérés, certes, mais l'opération est une étape, pas une finalité, il nous faut penser à la continuité des soins. Ceci explique notre décision de fermer le bloc une heure plus tôt : du premier au dernier patient qui remonte dans sa chambre, ils seront tous accueillis et suivis par l'équipe soignante de jour qui les connaît, et non par celle de nuit qui les découvre. À la polyclinique Gentilly, nous sommes allés plus loin encore dans la démarche, nous avons souhaité une déspecialisation et une dépersonnalisation des salles d'intervention », ajoute-

t-il. En effet, seuls les professionnels mesurent et évaluent le risque lié au choix de la réfection d'un bloc opératoire. Ils connaissent les salles et agissent en fonction de la classe d'asepsie et non selon la spécialité chirurgicale exercée. La réfection d'un bloc opératoire est le reflet d'une volonté affichée de la direction d'un établissement donné, quel que soit son statut juridique, d'aller vers l'excellence. Mais le respect des normes et des règles de sécurité ne doit pas venir perturber la gestion des flux et doit tenir compte de l'aspect social. C'est-à-dire des retombées psychologiques sur le personnel qui doit, en plus de l'activité opératoire, gérer les travaux et leurs conséquences (logistique, nuisances sonores, poussières...).

Refaire le bloc

Dans le cas où les conditions techniques, humaines et organisationnelles ne seraient pas réunies, un chirurgien est en droit d'estimer son outil de travail inadéquat à l'exercice de son art en toute sécurité et de refuser de pratiquer une intervention. « Effectivement, les établissements sont contractuellement tenus de fournir à leur chirurgien des conditions optimales de travail : des salles conformes à la réglementation, des dispositifs médicaux disponibles et stériles, un personnel qualifié et présent... », indique

Maître Philippe Cohen, avocat spécialisé dans le secteur médical. Son refus d'opérer, dans tous les cas, doit être consigné dans le rapport opéra-

toire. « Parallèlement, il doit faire état des difficultés existantes ou qui apparaissent au cours de son exercice. Toutefois, dans les cas d'urgence, les choses doivent être envisagées sous l'angle de la détresse du malade », indique le Dr F. Aubart. Car la menace médico-légale pèse sur les épaules des chirurgiens, malgré l'avancée prometteuse offerte par la loi sur le droit des malades (4 mars 2002). Les dénonciations massives des contrats d'assurance des praticiens du secteur privé et le renforcement des contrôles par les tutelles ont fini de convaincre les directions d'établissements de la nécessité de procéder aux rénovations des locaux. Car « les ARH sont devenues intransigeantes. Lorsque des manquements sont observés dans un établissement, cela peut directement signifier sa fermeture », témoigne le Dr Charles Massart, chirurgien spécialisé dans les pathologies viscérales à la clinique de l'Essonne, à Évry. « Les cliniques sont aux avant-postes car les contraintes y sont plus importantes. Nous avons l'obligation d'être opérationnels dans le respect des réglementations. » La rénovation ou la construction d'un bloc opératoire neuf est la seule voie de salut pour éviter la fermeture, une menace très persuasive lorsqu'elle émane des tutelles. « Mais la construction comme la rénovation ont un coût et il y a encore en France un nombre important d'établissements qui ne disposent pas du budget pour le faire. Et contrairement aux apparences, la rénovation n'est pas forcément la solution la moins chère. La construction offre un avantage supplémentaire, elle permet d'intégrer les nouvelles mesures de sécurité dans un espace encore inexistant, à définir », indique le Dr C. Massart. Des arguments auxquels se range Géry Divry, directeur des études chez ARES santé. « Une fois livrés, les nouveaux locaux laissent une porte ouverte aux changements : dans tous les cas, l'activité en cours est maintenue, mais les locaux sont aménagés de telle sorte qu'une évolution de l'espace est possible en prévision d'une augmentation ou d'une restructuration de l'activité », ou alors... de nouveaux impératifs de mises en conformité. ■

Salles propres et environnements maîtrisés

La dernière née des normes AFNOR est en cours de signature au ministère et devrait être rendue officiellement publique cette année. Attendue et redoutée à la fois, la norme NF S90-351 s'intéresse à la conception et à la réalisation des locaux dédiés aux soins médicaux, dont les blocs opératoires. « Le document final attribue aux hospitaliers, et plus particulièrement aux hygiénistes du CLIN, la responsabilité de mener à bien une analyse de risque afin de définir les niveaux d'exigences de l'installation », expliquait Alain Guey, directeur technique aux hospices civils de Lyon, venu présenter les grandes lignes de la nouvelle norme aux professionnels durant le congrès Contamin'experts organisé par l'ASPEC en mars dernier. Toutefois, les moyens adaptés à mettre en œuvre et les conduites à tenir pour satisfaire les exigences proposées ne tiennent pas compte de la présence humaine, qu'elle soit médicale ou non. Au bloc opératoire, la norme demande de façon explicite de prendre en compte les objectifs de sécurité sanitaire et de sûreté de fonctionnement, et impose la maintenance ainsi que le suivi de l'installation au-delà de la réception... et d'éviter ainsi l'obsolescence des structures. « Certains éléments sont déjà connus et mis en application. Cependant, avec l'arrivée des associations de patients dans nos organisations hospitalières, certaines valeurs vont évoluer en prenant en compte leurs exigences. Ceci sera particulièrement vrai pour les niveaux sonores », précise A. Guey. En effet, et pour résumer, le bloc opératoire, classé en zones 4 ou ISO 5, ne devra pas dépasser 3 500 particules au m³ pour une température comprise entre 19 et 26 °C, un taux d'humidité de 45 à 65 % et 48 décibels en volume acoustique maximal. « Associée aux obligations de traçabilité écrite et aux exigences d'évaluation demandées par de nombreux textes réglementaires, cette nouvelle norme va contribuer à une amélioration certaine de la sécurité des patients et des personnels dans les établissements de santé », conclut A. Guey. ■