

Les différents concepts architecturaux en chirurgie ambulatoire

Jean-Pierre Danos

Directeur du cabinet Albédo Conseil,
Jurançon (64)

A l'horizon 2020, le taux national de chirurgie ambulatoire fixé par le ministre de la Santé devrait atteindre 66,2 % des interventions (nouveau périmètre de calcul avec sept nouvelles racines de groupes homogènes de malades - GHM). Il était de 32 % en 2008 et a atteint le seuil de 45 % en 2014. Ces évolutions exigent de forts changements dans les organisations hospitalières, y compris dans leurs locaux, et un certain nombre d'établissements de santé ont engagé des projets architecturaux en lien avec le virage ambulatoire.

Structuration du projet architectural

Définition des capacités et rotation

Les établissements de santé ont tendance à surdimensionner leurs projets architecturaux et cette erreur est fréquemment rencontrée en chirurgie ambulatoire. Les concepteurs estiment en effet qu'il faut augmenter le nombre de places pour développer cette activité. Or, dans bien des cas, le taux de rotation en ambulatoire est proche de 1, voire inférieur. Aussi, avant de se lancer dans des investissements inutiles, est-il préférable de commencer par améliorer ce taux, ce qui suppose le plus souvent de revoir toute l'organisation du parcours du patient, du bloc opératoire, des consultations et de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA). En augmentant la rotation, on accroît les capacités de l'UCA, souvent à faible coût. Les vingt lits d'une UCA dont le taux de rotation passe de 1 à 2 équivalent ainsi à quarante places ! Par ailleurs, en phase de conception d'un nouveau projet architectural, améliorer la rotation permet d'éviter de surdimensionner l'unité ambulatoire donc de réaliser des économies substantielles.

Parcours et circuit des patients

Dans de nombreux cas de reconstruction, la structuration du projet architectural ne s'appuie pas, ou pas suffisamment, sur une étude du parcours du patient, des circuits, des flux et de l'organisation à mettre en place. Les concepteurs doivent

changer de raisonnement : en clair, l'architecture doit s'adapter aux circuits et non l'inverse, ce qui est d'autant plus facile à mettre en œuvre dans des locaux à construire.

Choix macro-architecturaux

Blocs dédiés ou partagés, localisation de l'UCA

Plusieurs schémas organisationnels sont possibles pour répartir l'activité ambulatoire et définir les choix architecturaux :

- le bloc partagé : c'est le cas le plus fréquent en France. Selon les jours et les programmes opératoires, l'activité ambulatoire est plus ou moins importante. Il peut y avoir des plages opératoires ou des secteurs du bloc dédiés ;
- le centre ambulatoire avec bloc dédié (ou certaines salles, mais dans ce cas avec le plus souvent une salle de surveillance post-interventionnelle [SSPI] commune) ;
- l'UCA indépendante, sans lits d'hospitalisation, est fréquente à l'étranger mais rare en France, où on la rencontre uniquement dans certaines cliniques ultra spécialisées.

L'essentiel

Avant même d'engager des investissements dans des travaux coûteux parfois nécessaires au passage à l'ambulatoire, améliorer la rotation permet de réaliser des économies substantielles. Les projets architecturaux doivent être conçus à partir des parcours et des circuits des patients et non l'inverse. Le modèle des blocs dédiés ne se justifie qu'en cas de gros volume d'activité. L'intégration de l'unité ambulatoire au plateau technique impose la plus grande proximité horizontale possible. Six modèles architecturaux sont identifiés et présentés, sous-tendus par une certaine conception de l'organisation.

Mots-clés : chirurgie ambulatoire ; architecture ; organisation.

Un même établissement peut disposer de plusieurs configurations, comme le bloc partagé et le bloc dédié. Aucun schéma n'est idéal. Compte tenu de l'objectif des pouvoirs publics d'atteindre 62 % des interventions chirurgicales en ambulatoire en 2022, il apparaît plus judicieux, pour nombre d'établissements, d'intégrer l'ambulatoire dans le cadre d'un bloc partagé. Disposer de deux blocs représente des coûts considérables qui ne peuvent se justifier que par d'importants volumes d'activité. Le choix d'un schéma dépend du *case mix*¹ de l'établissement, du volume de séjours traités, des contraintes architecturales existantes ou, au contraire, d'une certaine liberté dans le

cadre d'un projet d'investissement et de reconstruction, et de la nécessité d'optimiser les taux d'occupation des blocs opératoires. En fonction de ces paramètres, certains choix sont plus performants que d'autres.

Localisation de l'UCA par rapport au bloc opératoire

La localisation de l'UCA constitue un point majeur du choix architectural. Le décret de 1994 préconisait de la situer à proximité du bloc, ce que confirme le décret n° 2012-969 du 20 août 2012. Cette proximité doit être horizontale pour faciliter la gestion des flux de patients, limiter les ressources nécessaires au brancardage et faciliter la coordination et le suivi de la personne. Il est ainsi plus facile pour un praticien de venir voir son patient avant sa sortie, et à l'anesthésiste de venir valider celle-ci. Dans certains centres ambulatoires avec bloc

1- Anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrit par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée (<http://cybertim.timone.univ-mrs.fr/enseignement/doc-enseignement/informatique/glossairehospitalier#c>).

Les modèles architecturaux en bref

Classique : transposition de l'hospitalisation conventionnelle	Ici, l'architecture de l'ambulatoire est souvent la copie conforme d'un service d'hospitalisation. En général, on prend une partie ou la totalité d'un service d'hospitalisation que l'on reconvertit en UCA. L'organisation est la même. Le seul circuit patient possible dans cette configuration est le circuit normal. De ce fait, le taux de rotation est en général proche de 1 et le plus souvent inférieur à 1.
Salle unique pré et post opératoire	Le circuit court est organisé avec les pièces habituelles (salle d'attente pour l'entrée et la sortie, vestiaires et consignes, etc.) mais les patients transitent par une salle unique en pré et en postopératoire. Il y a donc mélange et croisement des entrants et des sortants. Ce modèle peut se décliner de plusieurs manières : uniquement le circuit court, ou coexistence du circuit court avec un parc de chambres ou de boxes dans l'UCA.
Trois circuits avec deux salles différentes en pré et postopératoire sur le circuit court	Ce modèle offre la possibilité d'organiser les trois circuits de patients : court, normal et mixte. Il se caractérise par une organisation du circuit court sur le principe de la marche en avant avec deux salles différentes pour l'attente en préopératoire et pour le postopératoire. Toutes les pièces sont à proximité de l'infirmierie pour faciliter surveillance, la prise en charge et la gestion des flux. Par rapport au modèle précédent, il n'y a pas de croisements des patients entrants et sortants, les circuits étant bien séparés.
Trois circuits avec boxes de sortie sur le circuit court	Ce modèle est une variante du précédent. Le circuit court est organisé de la même manière donc avec les mêmes pièces pour les étapes en amont du passage au bloc opératoire. Par contre, après la sortie du bloc et de la SSPI, la salle de surveillance postopératoire est remplacée par des boxes avec fauteuil, situés près de l'infirmierie. Cette organisation améliore le confort du patient et permet de facturer une chambre individuelle (voir les exemples de plans page 18).
Regroupement SSPI/salle de sortie	Ici, la SSPI et la salle de sortie de l'UCA sont la même pièce. De ce fait, elle doit en général être un peu plus spacieuse avec des zones pour patients assis (fauteuils) et allongés, voire des boxes. L'équipe infirmière est commune (SSPI/sortie), ce qui permet d'optimiser les moyens. On peut prévoir un bureau pour un entretien ou la visite du médecin à son patient pour valider sa sortie, ce qui évite au praticien une sortie du bloc. L'un des avantages de ce modèle est l'amélioration de la gestion du flux de sortie (suppression d'une étape). Il est particulièrement adapté au circuit court. Il est intéressant à organiser dans un gros plateau technique avec un secteur ou un bloc dédié.
Deux unités ambulatoires	Lorsqu'un établissement atteint un niveau élevé de pratique ambulatoire, autour de 70 % voire plus, l'UCA « historique », souvent conçue selon l'un des cinq modèles précédents, arrive à saturation. Il faut alors ouvrir une seconde unité. D'une manière générale, il suffit de reconvertir un service d'hospitalisation conventionnelle en seconde UCA. Cela est relativement facile en raison du nombre élevé de lits fermés du fait de la montée en charge de l'ambulatoire. En général, cette unité supplémentaire accueille les patients les plus lourds avec un taux de rotation de 1.

dédié, l'architecture a été pensée de façon à intégrer au maximum la proximité, par exemple en remplaçant le couloir entre l'UCA et le bloc par une simple porte de séparation avec un sas. L'unité ambulatoire n'est plus considérée comme une unité d'hébergement et la tendance est de prévoir ses locaux comme faisant partie intégrante des plateaux techniques.

Localisation du bureau des entrées

L'emplacement du bureau des entrées (BDE) est important. Il dépend du type d'organisation des blocs et doit être en cohérence avec eux. Il dépend également des processus administratifs. La tendance actuelle est de développer la préadmission, ce qui revient à gérer la partie administrative en amont, à l'occasion de la consultation pré-anesthésique. La conséquence majeure en est que le patient accède directement à l'UCA le jour de son entrée, sans passer par le BDE. Dans l'idéal, on doit prévoir ce bureau au plus près des lieux de consultation des anesthésistes pour la préadmission et, s'il est un passage obligé le jour de l'intervention, le localiser le plus près possible du circuit physique du patient.

Choix micro-architecturaux

Quels sont les principes généraux et les zones principales de l'UCA ? L'architecture conditionne fortement la possibilité de structurer et de segmenter les circuits de patients et d'optimiser les flux (de patients, d'informations, logistiques). Dans une unité ambulatoire, elle a pour mission de traduire les trois circuits court, normal et mixte et notamment le circuit court (le circuit normal étant connu et maîtrisé dans les établissements). Dans la mesure du possible, on organise les circuits selon le principe de la marche en avant, ce qui signifie que le patient ne repasse pas au même endroit, notamment dans certaines zones clés sur l'UCA. En cas de réaménagement de locaux existants, on cherche au moins à se rapprocher de cette logique. Outre les zones classiques que sont le poste de soin et les locaux logistiques (circuits des médicaments, des déchets, de la restauration), le service ambulatoire comprend :

- une zone d'accueil administrative si l'on a choisi d'avoir un poste décentralisé du bureau des entrées ;
- une salle ou zone d'attente (pour l'entrée et la sortie) y compris pour les accompagnants ;
- une zone de vestiaires et de cabines mixte (type piscine) pour le déshabillage et le rhabillage des patients du circuit court ;
- une zone de consignes avec fermeture sécurisée mixte (pour ranger les affaires personnelles des patients du circuit court), souvent située dans la même pièce que le vestiaire ;
- une zone de préparation du patient (accueil infirmier, préparation pour le bloc) ;

La tendance est de ne plus considérer l'unité ambulatoire comme une unité d'hébergement, mais comme faisant partie des plateaux techniques.

- une salle d'attente préopératoire pour faire attendre les patients avant leur passage au bloc (pour le circuit court) ;
- une salle de surveillance postopératoire pour le séjour des patients après le bloc (en général avec un chariot pour boissons et collations), dans laquelle on installe uniquement des fauteuils en cas de circuit court. Cette salle devrait être située en face de l'infirmierie. En variante, c'est une salle SSPI/sortie ou encore une zone de boxes ;
- des toilettes à proximité et en nombre suffisant (au regard du nombre de personnes accueillies) ;
- une zone de chambres et/ou de boxes pour le circuit normal et mixte ;
- une zone avec une ou plusieurs douches, utilisable en recours ;
- un ou plusieurs bureaux polyvalents pour effectuer l'accueil du patient par l'infirmière ou organiser un entretien confidentiel avec le médecin.

La configuration des locaux d'une UCA a une grande importance et doit faire l'objet d'une étude approfondie. Toutes les pièces qui relèvent du circuit court (vestiaire, salle d'attente préopératoire, salle de surveillance postopératoire) doivent être le plus proches possible du poste de soin ou de l'infirmierie. Certains établissements ne disposent que d'une seule salle pour le pré et le post opératoire, en rupture avec le principe de la marche en avant. Il convient pour le projet architectural de bien quantifier les flux à tous les niveaux pour savoir combien il faut de cabines au vestiaire, de places dans la salle d'attente préopératoire, de fauteuils dans la salle de surveillance postopératoire, de casiers en consigne, etc. On quantifie en général sur la base de simulations en partant des contraintes de pics d'activité et en intégrant une augmentation de celle-ci à moyen terme. Cela permet de déterminer un cahier des charges architectural plus opérationnel et fonctionnel.

Modèles architecturaux

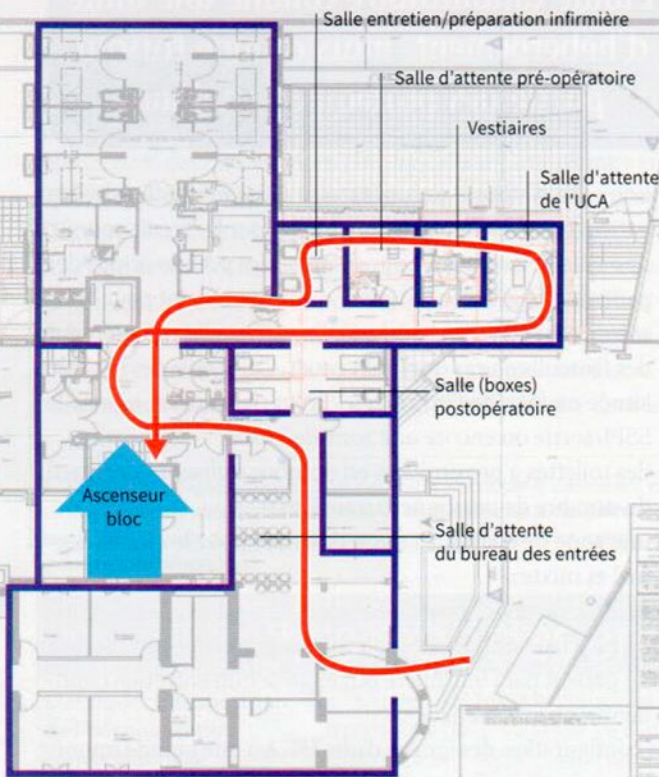
On distingue cinq grands types ou concepts de modèles architecturaux de base pour les unités ambulatoires :

- classique : transposition de l'hospitalisation conventionnelle ;
- salle unique pré et postopératoire ;
- trois circuits avec deux salles différentes en pré et post opératoire sur le circuit court ;
- trois circuits avec boxes de sortie pour le circuit court ;
- avec regroupement SSPI/salle de sortie de l'UCA ;
- deux unités ambulatoires.

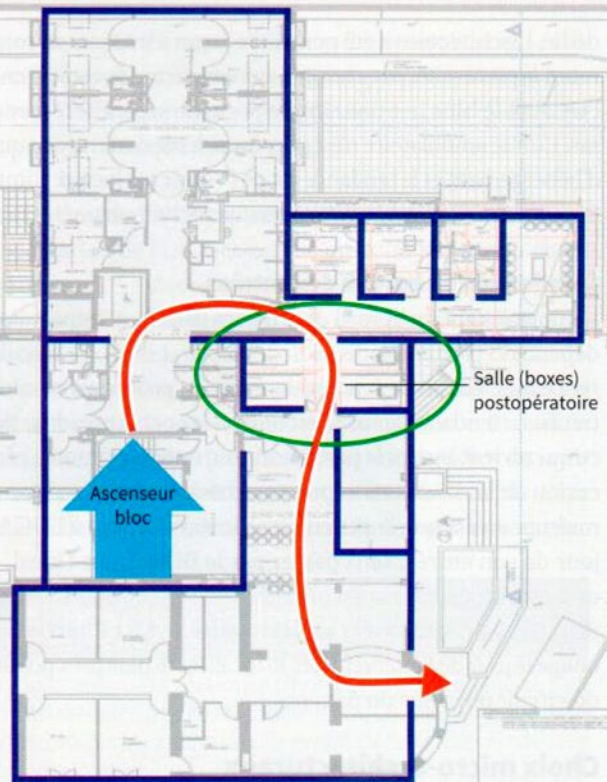
Il importe de préciser que chacun de ces schémas (**Encadré**)

Figures 1 et 2 - Exemples de modèle architectural des trois circuits avec boxes de sortie pour le circuit court

Circuit court du patient avant l'arrivée au bloc



Circuit court du patient après le retour du bloc



est sous-tendu par un modèle organisationnel de l'ambulatoire, pas toujours explicité par les concepteurs. Les modèles présentés traduisent souvent des niveaux de maturité différents de chaque établissement en matière de pratique ambulatoire. Ils expriment également les particularités de leur activité. Il existe de multiples variantes à ces cinq modèles de base, chacun d'eux présentant des avantages et des inconvénients ou des contraintes, même si certains apparaissent plus performants que d'autres. Par exemple, le modèle classique, qui est une transposition de l'hospitalisation conventionnelle, a deux avantages principaux : aucun coût d'aménagement et la possibilité de facturer des chambres individuelles, donc des recettes supplémentaires. Par contre, il présente de nombreux inconvénients et contraintes : une organisation peu efficace, un circuit du patient unique (le circuit normal), une faible capacité à traiter un grand nombre de patients (taux de rotation autour de 1) et à gérer les flux, un besoin plus important en moyens humains et beaucoup d'allées et venues pour le personnel. Autre exemple, le modèle des trois circuits, avec boxes de sortie pour le circuit court², présente peu d'inconvénients hormis l'investissement initial, et surtout un grand nombre d'avantages (**Figures 1 et 2**) :

- qualité de la prise en charge du fait d'une bonne structuration des parcours de patients (trois circuits possibles) ;

- excellente gestion du flux de patients mais aussi d'informations et logistiques ;
- surveillance et encadrement des patients du circuit court facilités, personnel soignant à proximité ;
- efficacité organisationnelle ;
- organisation du parcours du patient sur le principe de la marche en avant sur le circuit court : pas de croisement des patients entrants et sortants dans la même salle ;
- facturation des chambres individuelles donc recettes supplémentaires du fait du passage en box en postopératoire. ■

2- Le circuit court se caractérise par un parcours patient en ambulatoire dans lequel il n'y a pas de lit ; le patient n'est donc pas allongé, ni avant ni après le bloc, il ne passe pas en chambre et la durée de son séjour ne dépasse pas trois heures dans l'établissement. Le principe qui guide le circuit court est que le patient doit attendre le moins possible à toutes les étapes de son hospitalisation.

Bibliographie

- Bubien Yann, *Concevoir et construire un hôpital, du projet à la réalisation*, Le Moniteur, 2014
- Danos Jean-Pierre, *Développer et organiser la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé, guide pratique, nouveaux concepts organisationnels*, LEH, 2013
- HAS et Anap, *Chirurgie ambulatoire, mode d'emploi*, 2013
- HAS et Anap, *Recommandations organisationnelles, sécurité des patients en chirurgie ambulatoire, guide méthodologique*, 2013
- Gentili Marc, Jouffroy Laurent, Paqueron Xavier, White Paul F., *Anesthésie en chirurgie ambulatoire*, Arnette, 2005