



Ambulatoire - Salon d'accueil des accompagnants

Géry Divry (**Axaires Santé**) un spécialiste de l'architecture hospitalière et un véritable expert de la conception des plateaux techniques hospitaliers! Concevoir ou modifier un plateau technique hospitalier nécessite d'avoir dès le début de la réflexion une vision d'ensemble des problèmes qui vont se poser afin d'orienter rapidement le projet dans la bonne direction.

C'est à ce stade que la présence de spécialistes aux côtés de l'établissement est primordiale, elle permet de gagner du temps, d'éviter des allers-retours interminables entre les utilisateurs, les services techniques et la direction pour régler des problèmes qui souvent n'en sont pas, ou de gérer des « caprices » qu'une bonne argumentation tue dans l'œuf parfois facilement. Les médecins utilisateurs ont aussi besoin de sentir que ces projets majeurs sont bien accompagnés et ne doivent pas douter de la compétence des intervenants, le respect mutuel est la clef de bien des soucis.

Mais il ne suffit pas d'avoir réalisé deux ou trois blocs opératoires dans sa carrière pour pouvoir affirmer connaître le sujet! Concevoir un plateau technique hospitalier fonctionnel et optimisé nécessite un chef d'orchestre ayant un panel de connaissances très large, il faut maîtriser les techniques de construction, la réglementation sanitaire mais aussi connaître les techniques opératoires d'anesthésie ou de réanimation et leurs contraintes techniques, les besoins essentiels comme les superflus. C'est à ce prix que le concepteur peut être force de proposition pour pouvoir optimiser le projet à sa genèse et force de conviction pour lui permettre de garder son cap. En consacrant au mieux quelques réunions de travail, les utilisateurs ne peuvent pas mener une réflexion

profonde sur leur environnement de travail, cela conduit souvent à la reproduction déformée de schémas existants inadaptés dans un environnement de santé en pleine évolution. C'est pour cela que la chaîne Utilisateur-Programmist-Concepteur fonctionne souvent mal sur les projets hospitaliers, il manque un fil rouge de compétence.

Homme orchestre ayant travaillé depuis 25 ans sur les plateaux techniques hospitaliers, j'ai étudié plus de 300 salles d'opérations, des stérilisations, services de réanimation ou des établissements entiers. Ayant été expert immobilier de l'Agence Régionale Hospitalière Rhône Alpes quelques temps, je suis aujourd'hui Expert en Architecture hospitalière près de la cour d'appel de Lyon et participe régulièrement à des groupes de travail sur ce sujet à l'ARS.

Auteur de nombreux articles sur la conception des plateaux techniques, je n'hésite pas à prendre ma plume quand une Norme imposée comme celle qui imposait de plomber les salles d'opération (NF C15-160) me semble inapplicable. Le gaspillage me hérisse, les normes inutiles ou abusives aussi. En tant qu'architecte ayant consacré ma vie professionnelle à la conception hospitalière je suis un spécialiste reconnu des projets hospitaliers.

Axaires conseille aussi les maîtres d'ouvrages en tant qu'AMOT spécialisé ou propose un épaulement de spécialiste hospitalier à des maîtres d'œuvre ou entreprises ayant besoin d'étoffer ponctuellement leur équipe sur un concours.

Comment définiriez-vous l'évolution des espaces ambulatoires ces dernières années ?

La problématique essentielle de l'organisation des espaces ambulatoires n'a pas été vraiment abordée ces dernières années, il s'agit d'une révolution majeure de l'ensemble des flux patient d'un établissement de santé et on s'obstine encore dans bien des cas à traiter l'ambulatoire comme un service parmi d'autres. Je dirais que les espaces ambulatoires ont subi une évolution vers plus de confort et de design mais n'ont pas encore fait leur révolution qui est fonctionnelle.

Dans le cadre du développement de l'ambulatoire, comment un établissement peut-il anticiper les besoins architecturaux de ses futures organisations? Quelles sont les solutions architecturales que vous pouvez développer pour accompagner l'évolution des espaces ambulatoires ?

Avant de se préoccuper de l'architecture, il faut essayer de se projeter dans ce qui sera le futur de l'hôpital ou la prise en charge des patients en séjour ambulatoire deviendra la norme et l'hospitalisation l'exception. Une fois ce paradigme posé il est alors temps de travailler sur le chemin à suivre pour y aller, la réponse est bien évidemment différente pour un établissement ancien disposant d'un foncier important à recycler et pour un établissement récent ou en devenir. Il faut bien comprendre que ce qui définit la prise en charge de la chirurgie ambulatoire ce n'est pas le box ou le salon qui va permettre au patient de se reposer après l'intervention mais bien son parcours au sein de l'établissement, de son accueil, à son retour chez lui. Je vais volontairement être provocateur en reléguant les espaces de repos, leur architecture et leur design, au rang de gadget. Ces beaux espaces sont parfaits pour faire le buzz mais ne sont en aucun cas essentiels dans le parcours du patient. Je conçois des plateaux techniques hospitaliers depuis près de 25 ans, j'ai accompagné toutes les réflexions qui ont été menées par les établissements de soins depuis que la chirurgie ambulatoire a commencé à se diffuser, j'ai dessiné des dizaines de services de chirurgie ambulatoire un peu partout et je peux aujourd'hui affirmer que ce qui va révolutionner l'architecture ambulatoire dans un prochain futur c'est la prise de conscience que le service de chirurgie ambulatoire en tant que tel est un mirage hérité du passé et ne correspond absolument pas aux besoins futurs. Il n'y a pas besoin d'un service de chirurgie ambulatoire disposant d'une unité de lieu. Lorsque près de 70 % des patients opérés le sont en ambulatoire, on peut affirmer que l'hôpital, ou la clinique, vont devoir admettre que c'est l'hospitalisation qui est une singularité et pas l'inverse. Les patients ambulatoires ne sont pas un groupe homogène, et plus le champ d'application de la chirurgie ambulatoire s'étendra, moins ce sera le cas. Il n'y a pas grand chose de commun entre un patient qui vient se faire opérer de la cataracte en 20 minutes d'intervention avec comme toute anesthésie quelques gouttes dans les yeux, et un patient venant se faire implanter un prothèse totale du genoux qui va passer plusieurs heures sous anesthésie générale. Et pourtant ils sont tous les deux considérés comme des patients ambulatoires. Il existe bien le concept très à la mode du «Fast Track» qui serait réservé aux patients ayant un circuit ambulatoire court, et je suis persuadé que ceux qui lisent en ce moment ce magazine sont principalement venus chercher des idées pour implanter un «Fast Track» dans leur établissement car c'est ce qui est présenté depuis quelques années comme l'indispensable nouveau service, complémentaire au service de chirurgie ambulatoire «classique».

Je vais peut être en décevoir beaucoup mais ajouter une annexe «Fast Track» à un service de chirurgie ambulatoire existant ne permettra pas de préparer l'établissement au véritable enjeu de l'ambulatoire dans le futur. On a coutume de segmenter les patients ambulatoires en 3 grandes catégories :

- La première catégorie est celle des patients au séjour ultra court, comme les cataractes, gestes non complexes, etc.
- La deuxième catégorie est celle des patients plus classiquement traités en ambulatoire et restant quelques heures seulement dans l'établissement
- La troisième catégorie est celle des patients plus lourds, nouvellement traités en ambulatoire et pouvant rester la journée complète dans l'établissement

Les critères permettant de classer un patient ne sont donc pas uniquement le type de chirurgie qu'il vont subir mais aussi leur âge et leur état général. Il y a déjà des débats au sein des établissements pour savoir quelle chirurgie on va orienter en priorité vers ce type de service. Pour moi c'est un faux débat, il n'existe pas de patient type pour une même chirurgie, et on ne va pas traiter de manière identique des patients venus pour une cataracte si l'un a 50 ans et l'autre 90 ans. Si ajouter un «Fast Track» n'est pas la solution il faut pourtant bien s'organiser pour accompagner cette révolution. Selon moi, avant de se concentrer sur les zones de repos et des circuits spécifiques il faut avant tout mettre toute son énergie, son intelligence et sa créativité sur ... l'accueil du patient. Les schémas suivants montrent le circuit théorique idéal d'un patient ambulatoire selon son besoin de surveillance post interventionnelle et donc le type d'espace de repos le plus approprié.

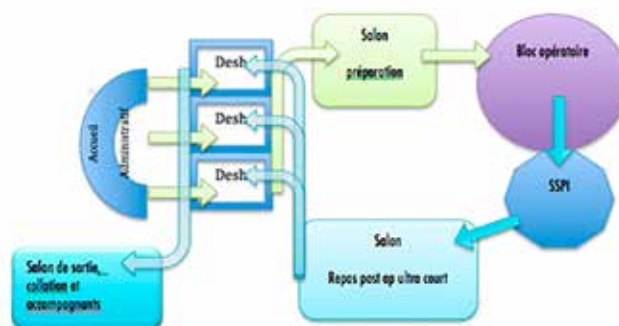


Figure 1: Le circuit ultra court optimisé pour les patients de la première catégorie