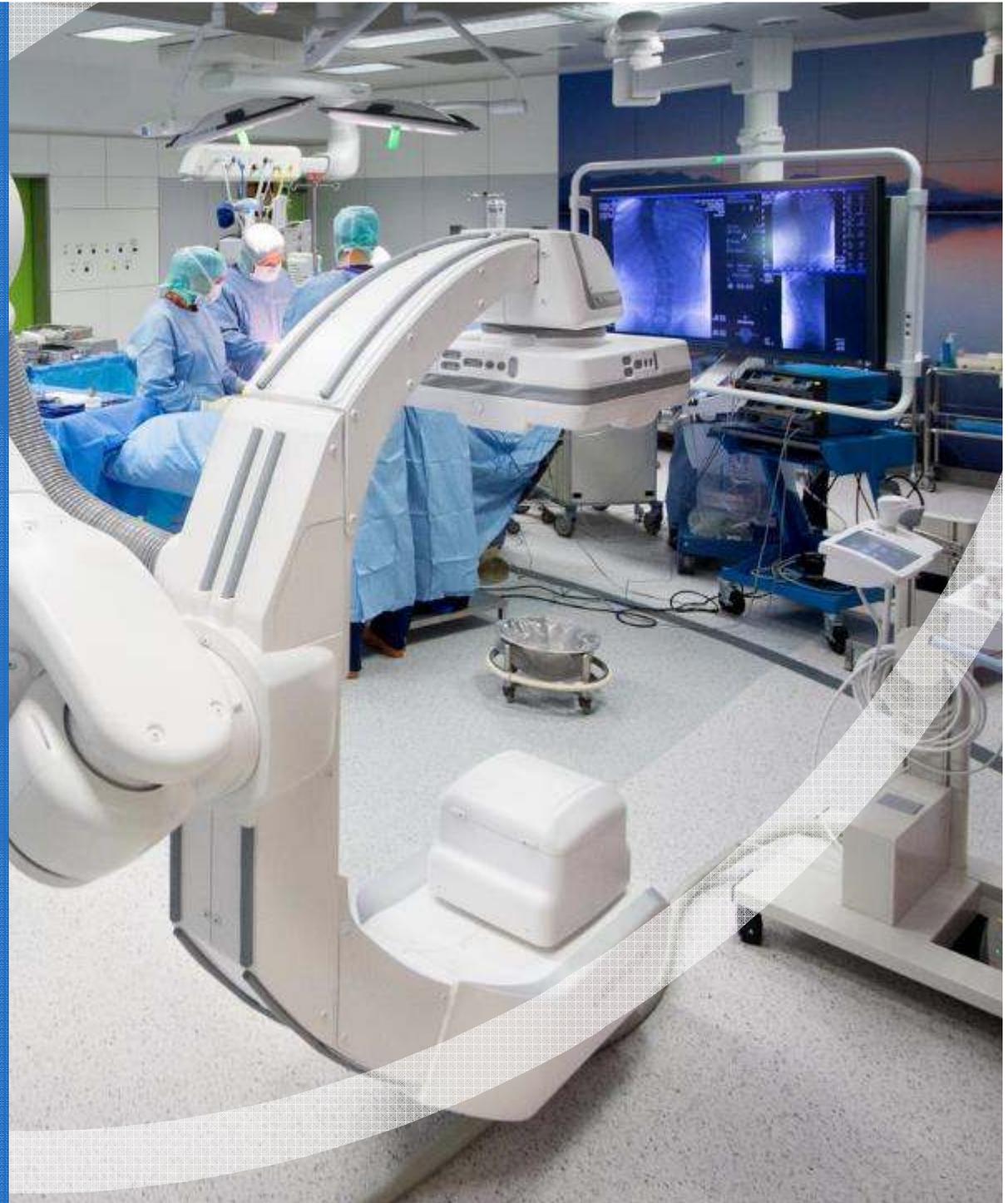


Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

L'organisation du
quartier opératoire
pour la chirurgie de
jour

APSAR
20/01/2018

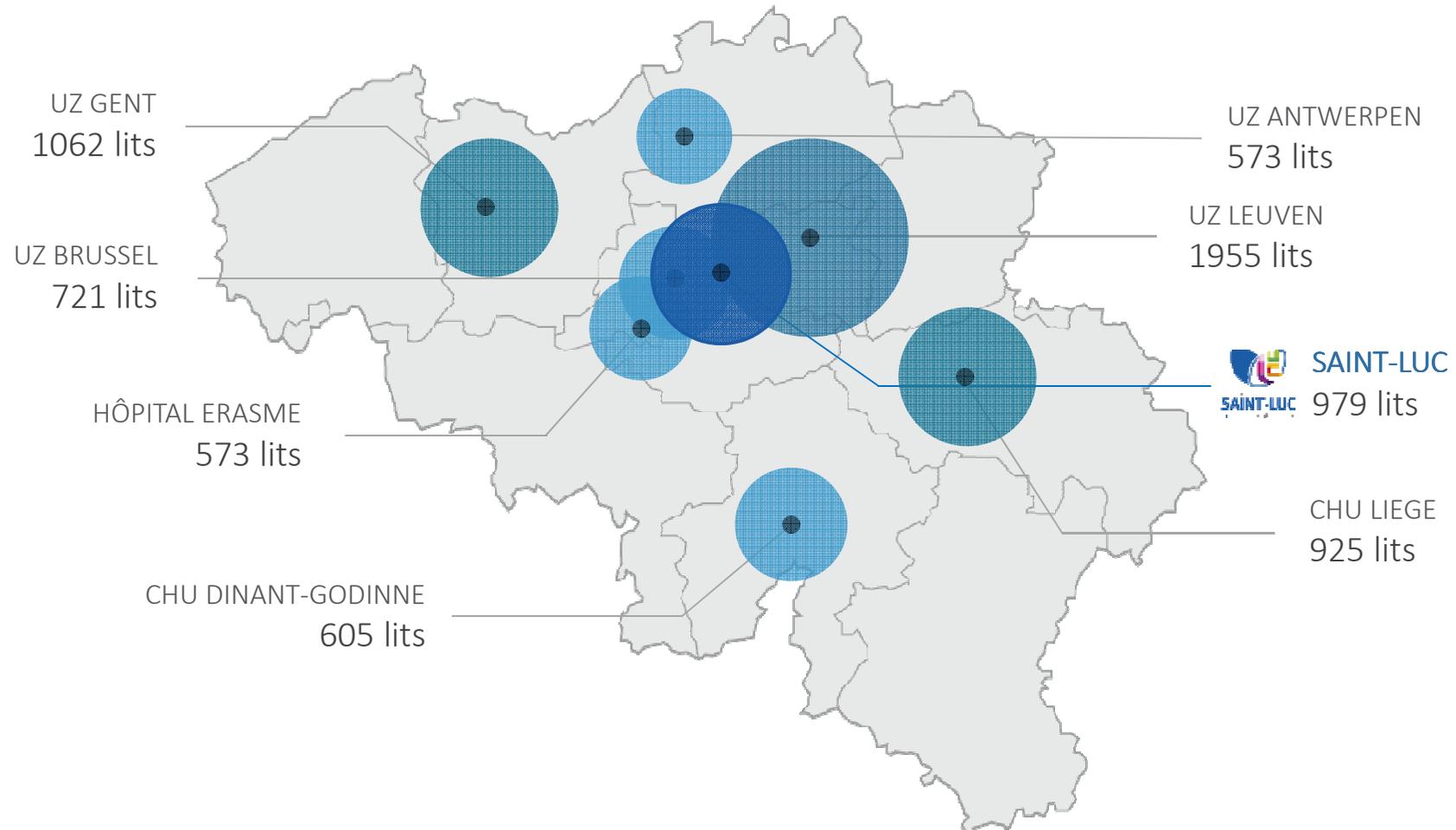




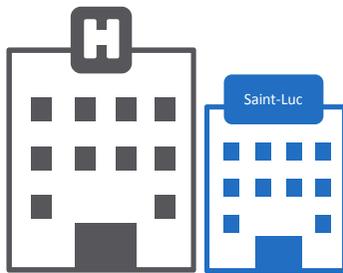
Les Cliniques Universitaires Saint-Luc

7 HÔPITAUX ACADÉMIQUES BELGES

(+ CHU UCL Namur/ Mont-Godinne)

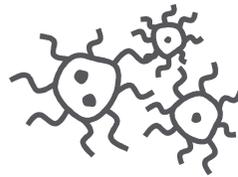


SAINT-LUC EN BREF



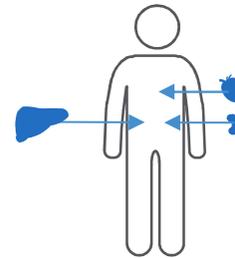
DEUXIÈME

Deuxième hôpital
académique du pays



TRAITEMENT DU CANCER

Premier centre de prise
en charge du cancer



TRANSPLANTATION

Deuxième centre de
transplantation en
Belgique

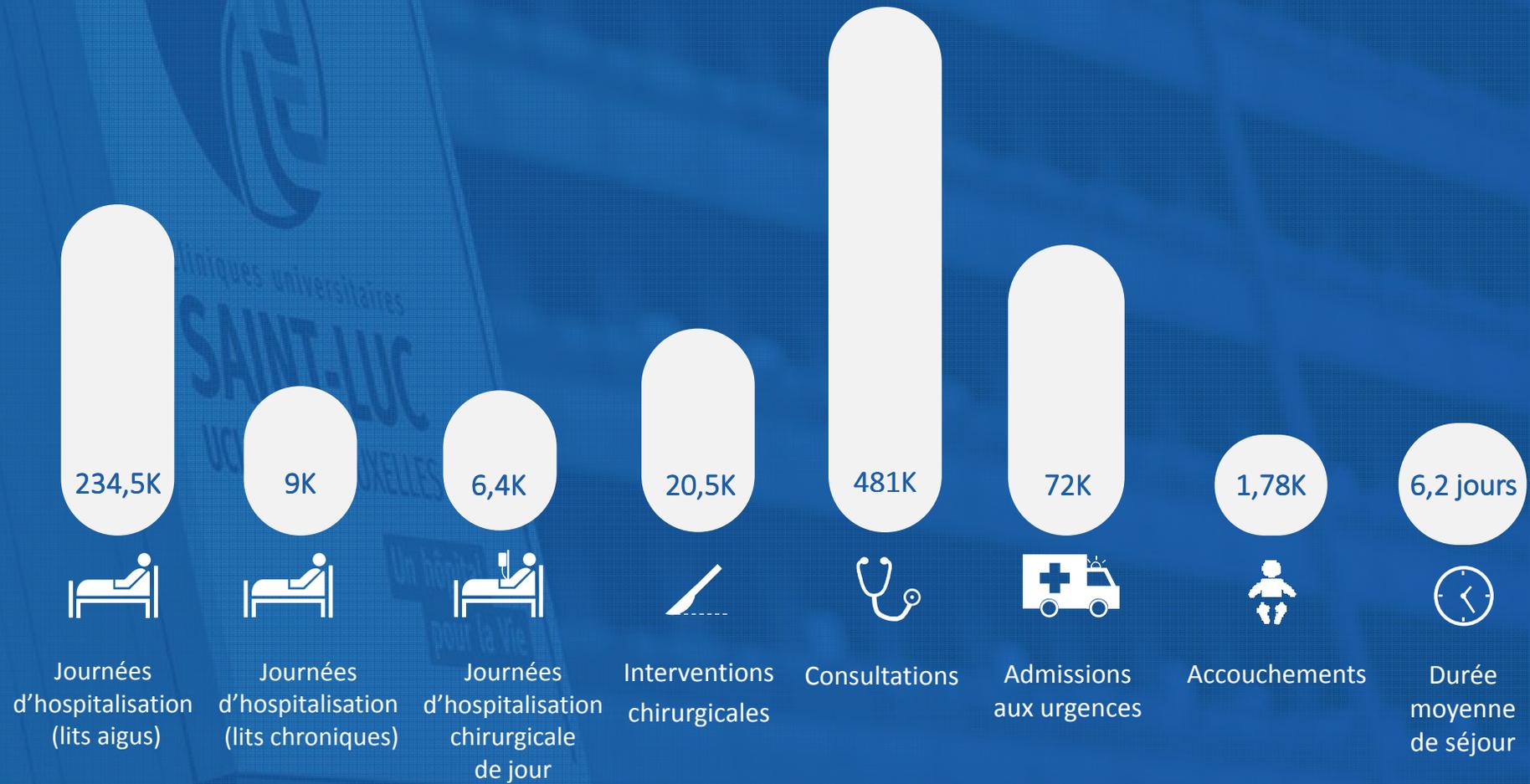


LIVER TRANSPLANT

Premier centre belge en
transplantation hépatique

FAITS ET CHIFFRES

2015



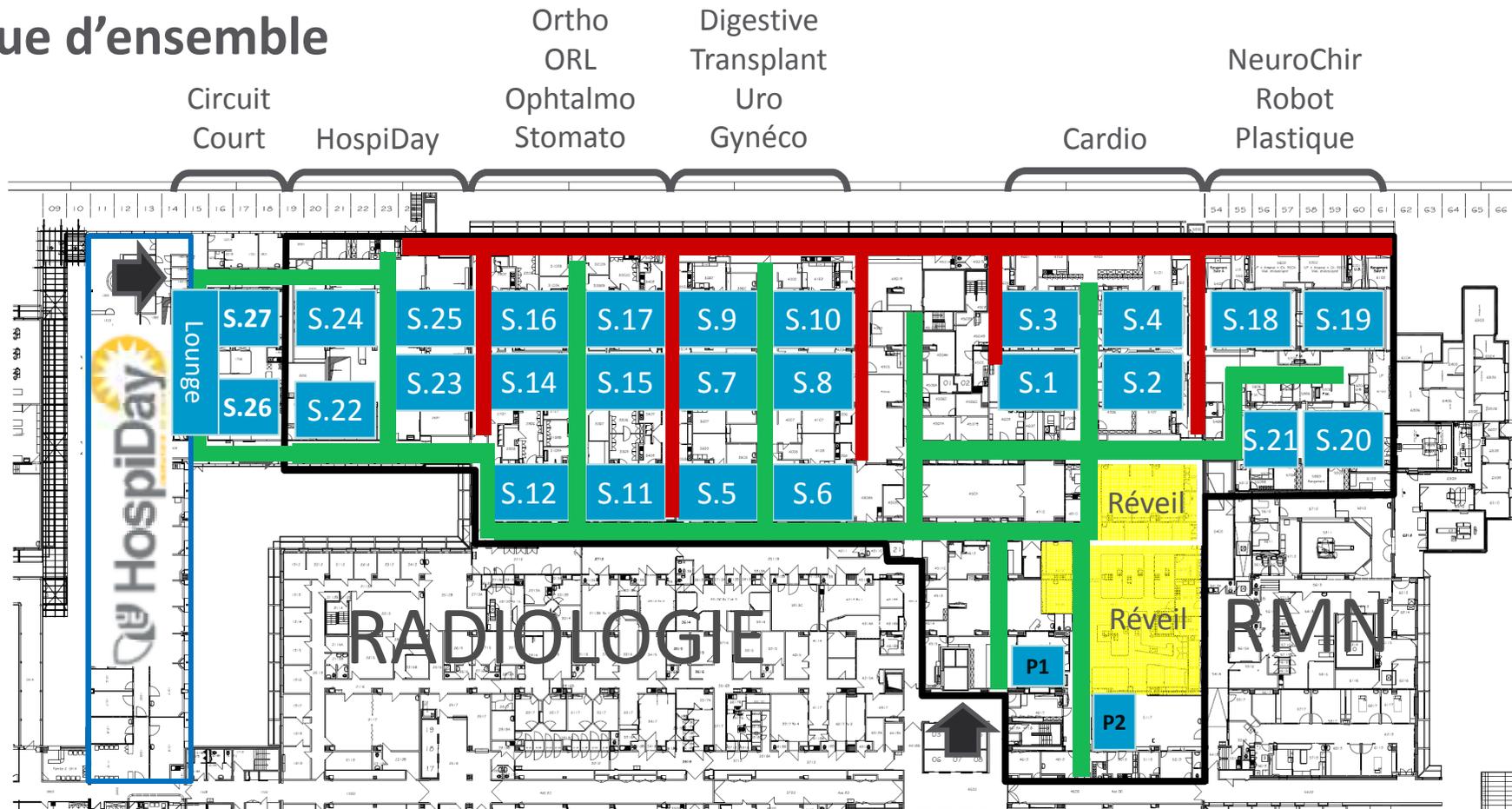
Notre bloc opératoire...



Quelques chiffres du bloc opératoire ...



Vue d'ensemble



1976

28 salles d'opérations

↙ dont 6 salles pour la chirurgie de jour

2 salles de réveil (SSPI)

1 unité de soins pour chirurgie de jour

Superficie de **7.500 m²**

1 SALLE DE NEUROCHIRURGIE – RMN



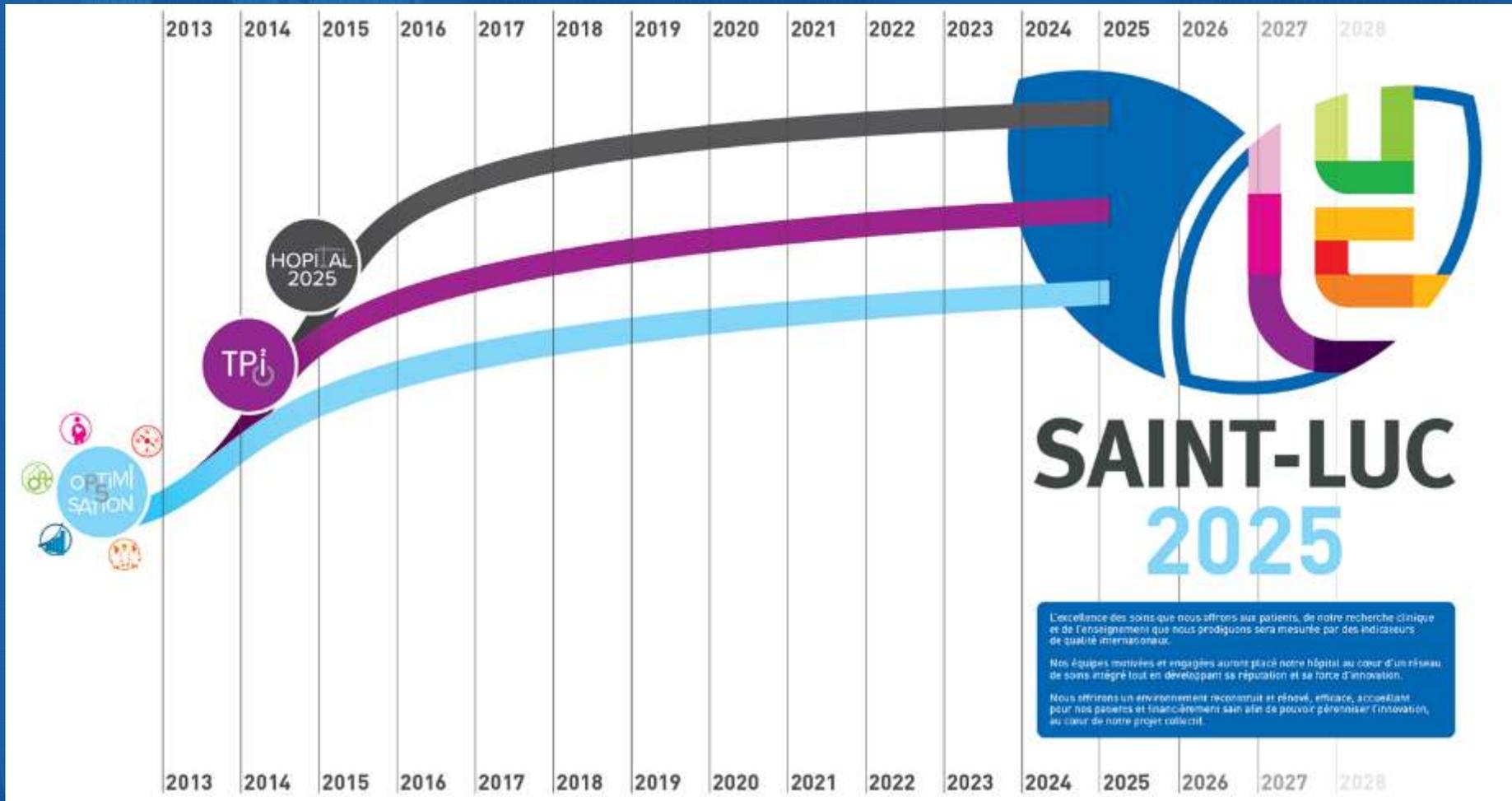
2 SALLES D'IMAGERIE ROBOTISÉE INTRA-OPÉRATOIRE (ZEEGO Q®)



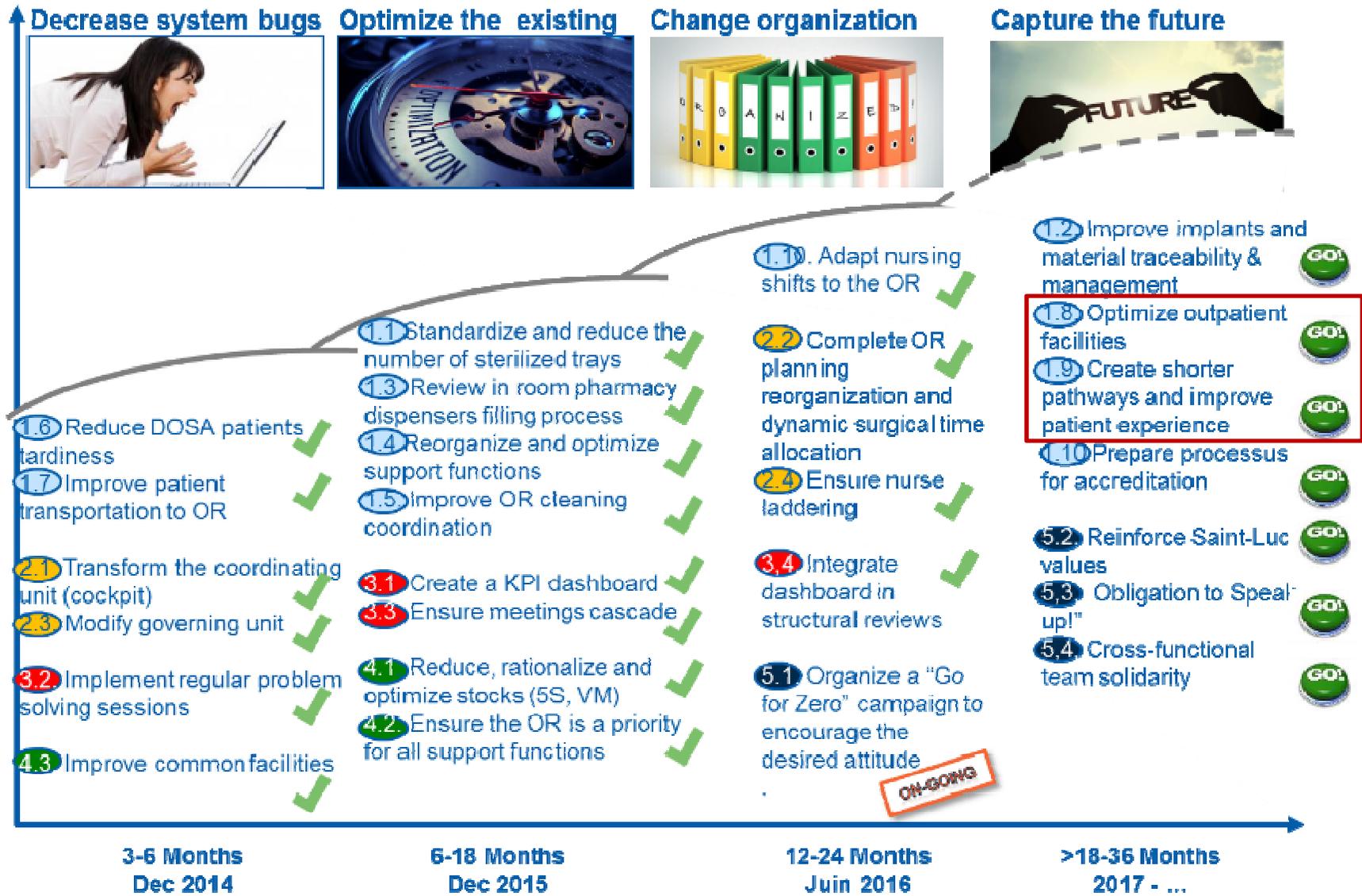
Création de salles polyvalentes



PLAN STRATEGIQUE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC AU BLOC OPERATOIRE



Le programme d'optimisation a débuté en 2013 (6 mois de diagnostic) et a mené à un plan d'actions en 4 phases



The logo for HospitiDay features a stylized grey icon on the left, followed by the text "HospitiDay" in a large, bold, grey sans-serif font. Below "HospitiDay" is the text "CHIRURGIE DE JOUR" in a smaller, orange, all-caps sans-serif font. To the right of the text is a yellow circular graphic containing a white sunburst pattern.

HospitiDay

CHIRURGIE DE JOUR

Cadre Belge : Normes d'agrément (AR 25/11/1997)

CHAPITRE II. — Normes architecturales

Art. 2. La fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" constitue une entité reconnaissable et distincte.

Art. 3. La fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" dispose d'un espace propre adapté à l'accueil préopératoire et à la préparation du patient. A cet effet, il est prévu au minimum des cabines de déshabillage, des locaux d'examen, des salles d'attente, des toilettes et toutes les installations nécessaires au bon déroulement des procédures médico-administratives.

Art. 4. La fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" dispose en principe de salles d'opération propres avec annexes.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la fonction peut utiliser le bloc opératoire de l'hôpital, pour autant qu'il existe des accords écrits en matière d'organisation garantissant que la réalisation du programme opératoire de l'hôpital de jour ne soit en aucun cas subordonnée à celle du programme opératoire pour les patients hospitalisés.

Art. 5. La fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" doit disposer d'un espace propre adapté à la surveillance postopératoire. Il convient de prévoir des installations pour les patients assis et couchés.



Art. 6. La taille, le nombre et le type des équipements pour l'accueil préopératoire et postopératoire doivent être fonction du type et du nombre d'interventions chirurgicales pratiquées.

La fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" doit disposer de chambres pour patients adaptées au type et au nombre d'interventions chirurgicales pratiquées, et spécifiquement réservées aux patients admis en hospitalisation de jour.

Cadre Belge : Financement (MB 16/06/2003)

Le financement est réalisé sur base des séjours réalisés en hospitalisation chirurgicale de jour ET sur les séjours classiques inappropriés (32 APR-DRG*) :



TABLEAU 1. APR-DRG retenus pour la fixation des séjours hospitaliers classiques inappropriés

- 025 Interventions sur le système nerveux pour affections des nerfs périphériques
- 071 Interventions intraoculaires excepté cristallin
- 072 Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite
- 073 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
- 093 Interventions sur sinus et mastoïde
- 094 Interventions sur la bouche
- 097 Adénoïdectomie et amygdalectomie
- 098 Autres interventions sur oreille, nez, bouche, gorge
- 114 Pathologies dentaires et orales
- 115 Autres diagnostics d'oreille, nez, bouche, gorge
- 179 Ligature de veine et stripping
- 226 Interventions sur anus et orifices de sortie artificiels
- 313 Interventions des memb.inf. et genoux excepté pied

- 314 Interventions du pied
- 315 Interventions épaule, coude et avant-bras
- 316 Interventions majeures main, poignet
- 317 Interventions des tissus mous
- 318 Enlèvement matériel de fixation interne
- 319 Enlèvement matériel du système musculosquelletique
- 320 Autres interventions du système musculosquelletique et tissu conjonctif
- 361 Greffe cutanée et/ou debridement excepté ulcere et cellulite
- 364 Autres interventions sur les seins, la peau et le tissu sous-cutané
- 446 Interventions urétrales et transurétrales
- 483 Interventions sur les testicules
- 484 Autres interventions sur le système génital masculin
- 501 Autres diagnostics à propos des organes génitaux masculins

Rapport du KCE* (282b du 31/03/2017)



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

KCE REPORT 282Bs

SYNTHÈSE

COMMENT ACCROÎTRE LE RECOURS À LA CHIRURGIE DE JOUR EN BELGIQUE ?



2017

www.kce.fgov.be

.be



Au cours des dernières décennies, la chirurgie de jour n'a cessé de gagner en importance dans les pays occidentaux. Il subsiste néanmoins de **grandes différences entre pays** mais aussi entre hôpitaux d'un même pays. Pour certaines interventions (par exemple l'opération de la cataracte ou l'ablation des

ans les pays
hôpitaux d'un
ablation des
ors que pour

Différents obstacles entravent le recours à la chirurgie de jour en Belgique. Le système de financement actuel, particulièrement complexe et opaque, ne l'encourage pas. Les barrières organisationnelles et logistiques, tant au sein de l'hôpital qu'au niveau des soins ambulatoires, constituent également un obstacle majeur. Enfin, la force de l'habitude au sein des équipes médicales et l'absence (d'application) de recommandations *evidence-based* ne doivent pas être sous-estimées.

itions
al de
dales
aines

Si l'on veut choisir d'accroître la chirurgie de jour en Belgique, plusieurs conditions doivent être mises en place:

- Un **système de financement cohérent** qui encourage financièrement la chirurgie de jour tout en dissuadant l'effet d'aspiration des procédures qui peuvent être réalisées en cabinet de consultation ;
- Une **séparation claire** entre, l'hospitalisation chirurgicale de jour (avec son organisation autonome de processus de soins) et l'hospitalisation classique ;
- Le développement de **recommandations de pratique clinique et de trajets de soins** et le suivi de leur mise en application ;
- Une bonne **communication** avec le patient et son aidant proche, son médecin généraliste, l'infirmier à domicile, le kinésithérapeute et le pharmacien, ainsi qu'une offre de **formations adéquates** afin que les soins postopératoires puissent être administrés de manière optimale en dehors de l'hôpital ;
- Un **système de feedback** par lequel les hôpitaux et les prestataires de soins sont informés de leurs propres pourcentages de procédures réalisées en chirurgie de jour et comparés aux autres hôpitaux et prestataires de soins (*benchmarking*) ainsi qu'un **monitoring** de certains paramètres de qualité (par exemple les réadmissions non programmées, séjour non planifié en hospitalisation classique, retour aux urgences) ;
- Un choix entre la chirurgie de jour et l'admission classique qui soit **financièrement neutre** pour le patient.



■ MESSAGES CLÉS

- Au cours des dernières décennies, la chirurgie de jour n'a cessé de gagner en importance dans les pays occidentaux. Il subsiste néanmoins de **grandes différences entre pays** mais aussi entre hôpitaux d'un même pays. Pour certaines interventions (par exemple l'opération de la cataracte ou l'ablation des amygdales), la Belgique réalise des scores similaires à ceux de la plupart des autres pays, alors que pour d'autres, elle pourrait encore faire nettement mieux.

À l'attention des hôpitaux :

- L'hôpital de jour chirurgical doit évoluer vers une infrastructure et un modèle d'organisation au sein desquels la chirurgie de jour se trouve moins en concurrence avec l'hospitalisation classique (p. ex. occupation des salles d'opération, activité des chirurgiens et anesthésistes).
- En outre, il faut également veiller à une optimalisation de l'organisation et des processus, depuis la consultation préopératoire, où une information détaillée est proposée aux patients, jusqu'à l'organisation de la sortie de l'hôpital, la surveillance post-opératoire et la coordination avec la première ligne.

- Le développement de recommandations de pratique clinique et de trajets de soins et le suivi de leur mise en application ;
- Une bonne **communication** avec le patient et son aidant proche, son médecin généraliste, l'infirmier à domicile, le kinésithérapeute et le pharmacien, ainsi qu'une offre de **formations adéquates** afin que les soins postopératoires puissent être administrés de manière optimale en dehors de l'hôpital ;
- Un **système de feedback** par lequel les hôpitaux et les prestataires de soins sont informés de leurs propres pourcentages de procédures réalisées en chirurgie de jour et comparés aux autres hôpitaux et prestataires de soins (*benchmarking*) ainsi qu'un **monitoring** de certains paramètres de qualité (par exemple les réadmissions non programmées, séjour non planifié en hospitalisation classique, retour aux urgences) ;
- Un choix entre la chirurgie de jour et l'admission classique qui soit **financièrement neutre** pour le patient.

Création de 2 nouveaux circuits

Constat

Nous sommes efficaces en chirurgie de jour (hôpital universitaire belge avec le plus faible taux d'hébergement inapproprié). Néanmoins, notre activité en chirurgie de jour n'est pas à la hauteur (en termes de volume et de part de marché) de notre chirurgie traditionnelle ; ce qui n'est pas vrai pour d'autres hôpitaux universitaires qui attirent des patients ambulatoires.

Nous devons pouvoir accueillir plus de patients dans de bonnes conditions pour dynamiser cette activité d'avenir et pour désengorger le « grand bloc » d'activités qui ne devraient pas nécessairement s'y pratiquer.

**Circuit
couché
accéléré**

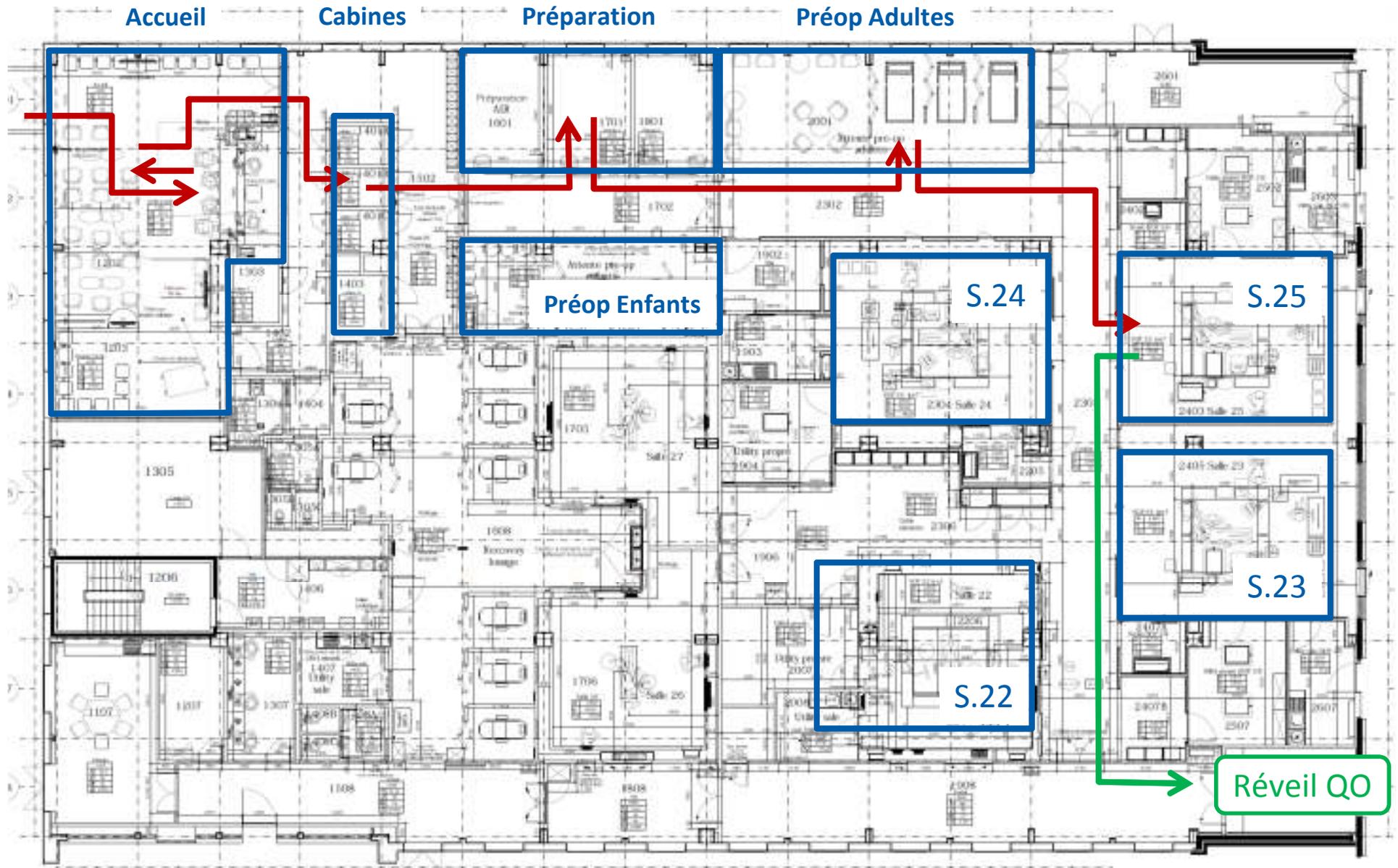


**Circuit
court**

1. Circuit couché accéléré



Flux patient du circuit couché-acceléré



Création de 2 salons de départ (adulte et pédiatrique)

- - - - - - Circuit couché habituel
- - - - - - Circuit couché accéléré

Situation antérieure

Jusqu'à présent, les patients attendaient dans leur lit jusqu'au moment de sortir de l'HospiDay

The diagram shows a vertical layout of a ward. On the left side, from top to bottom, there are: Utility Suite, double rooms (2), Cockpit, double room (1), patient WC, ICU office, Kanban, Respi Medical office, and a waiting area for accompanying persons. On the right side, from top to bottom, there are: Personnel kitchen, individual rooms (8), a quadruple room (1), and a waiting/eating area. A purple dashed arrow indicates the patient's path: starting from a room, going down to the waiting area, and then exiting the ward.

Situation actuelle

Après son intervention, le patient est pris en charge en salle de réveil puis revient en chambre. Dès que le patient est médicalement autonome (retrait de la perfusion), il est transféré dans le salon où sa surveillance se poursuit et où il pourra attendre l'autorisation du chirurgien de pouvoir rentrer chez lui.

The diagram shows the same ward layout as the previous situation but with two new rooms at the bottom: a pediatric departure lounge and an adult departure lounge. A red dashed arrow indicates the new patient path: starting from a room, going down to the adult departure lounge, then to the pediatric departure lounge, and finally exiting the ward. Red circles highlight the new departure lounge areas.

Salle d'accueil

Avant



Après



Locaux de préparation



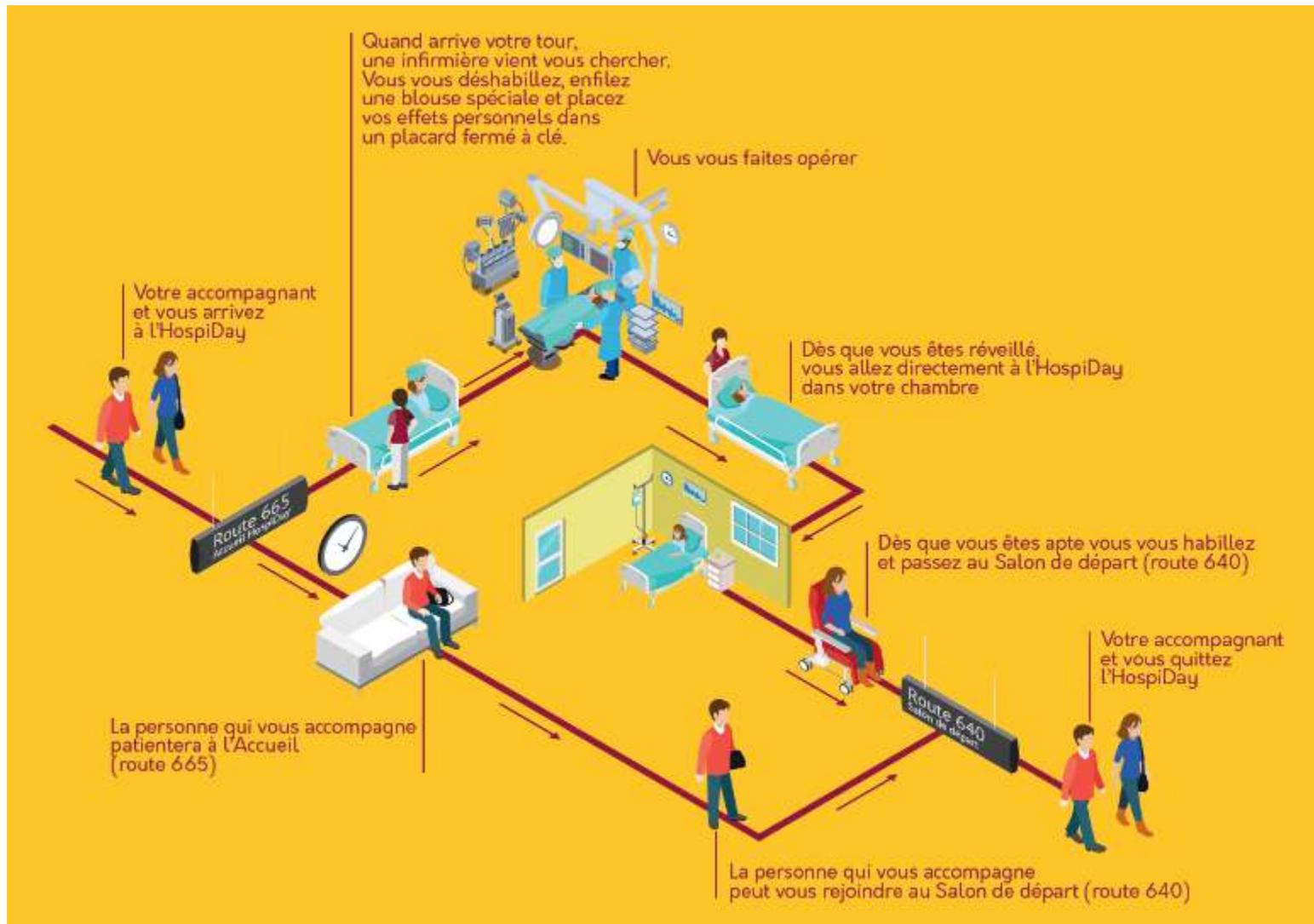
Salle préopératoire adulte



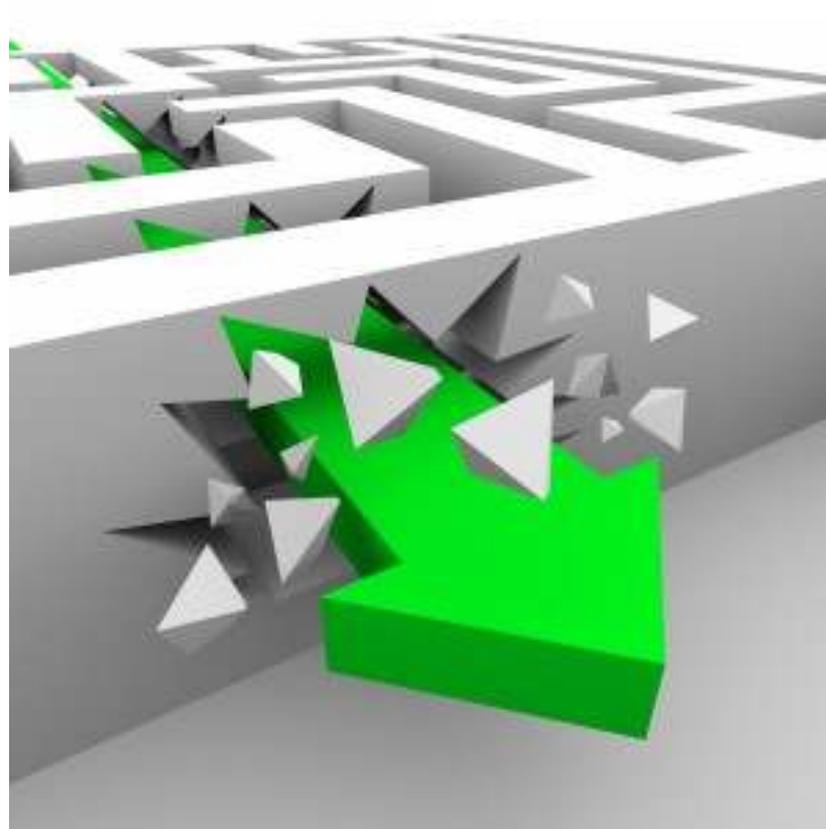
Salons de départ et espace alimentation



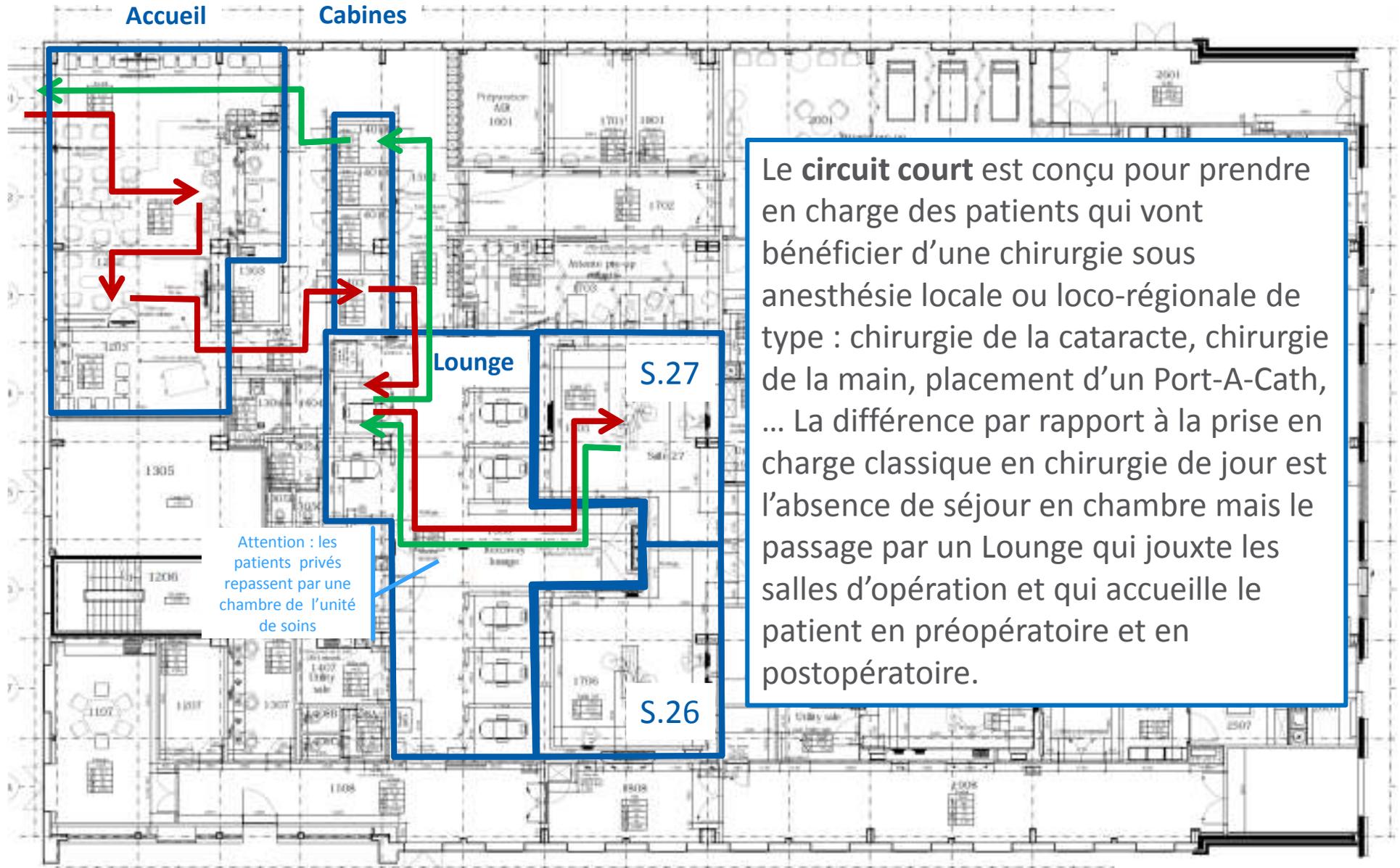
Illustration du circuit couché accé pour les patients



2. Le circuit court



Flux patients du circuit court



Lounge (pré et post-opératoire)



Salles de Circuit court



Nous avons créé 2 salles d'opérations spécifiques, avec une infrastructure moins lourde, pour ce type d'intervention.

Equipements des salles

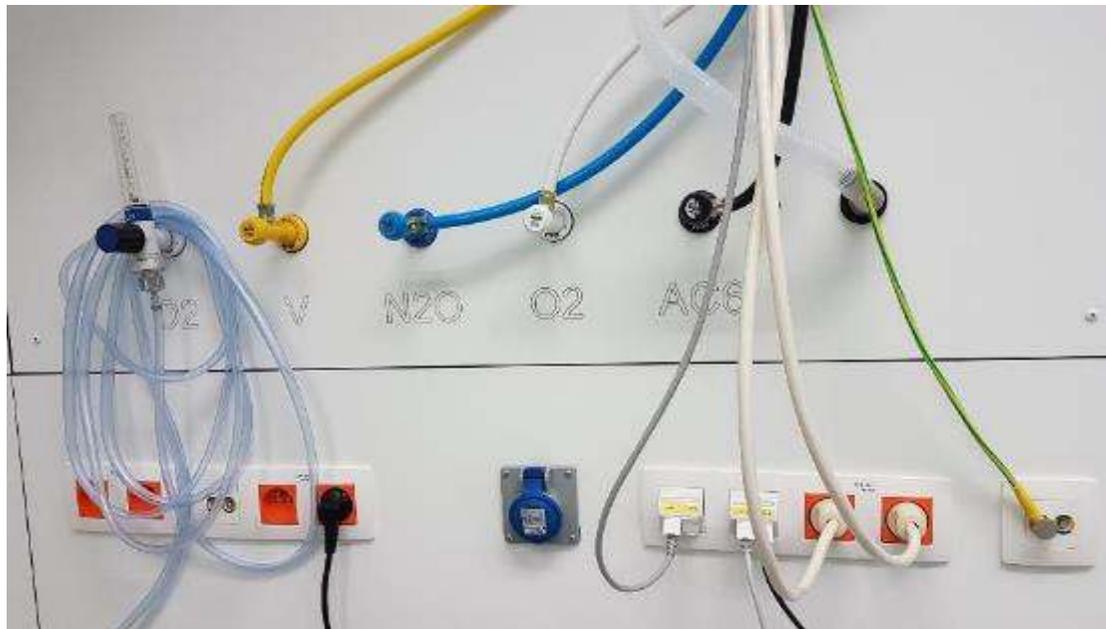
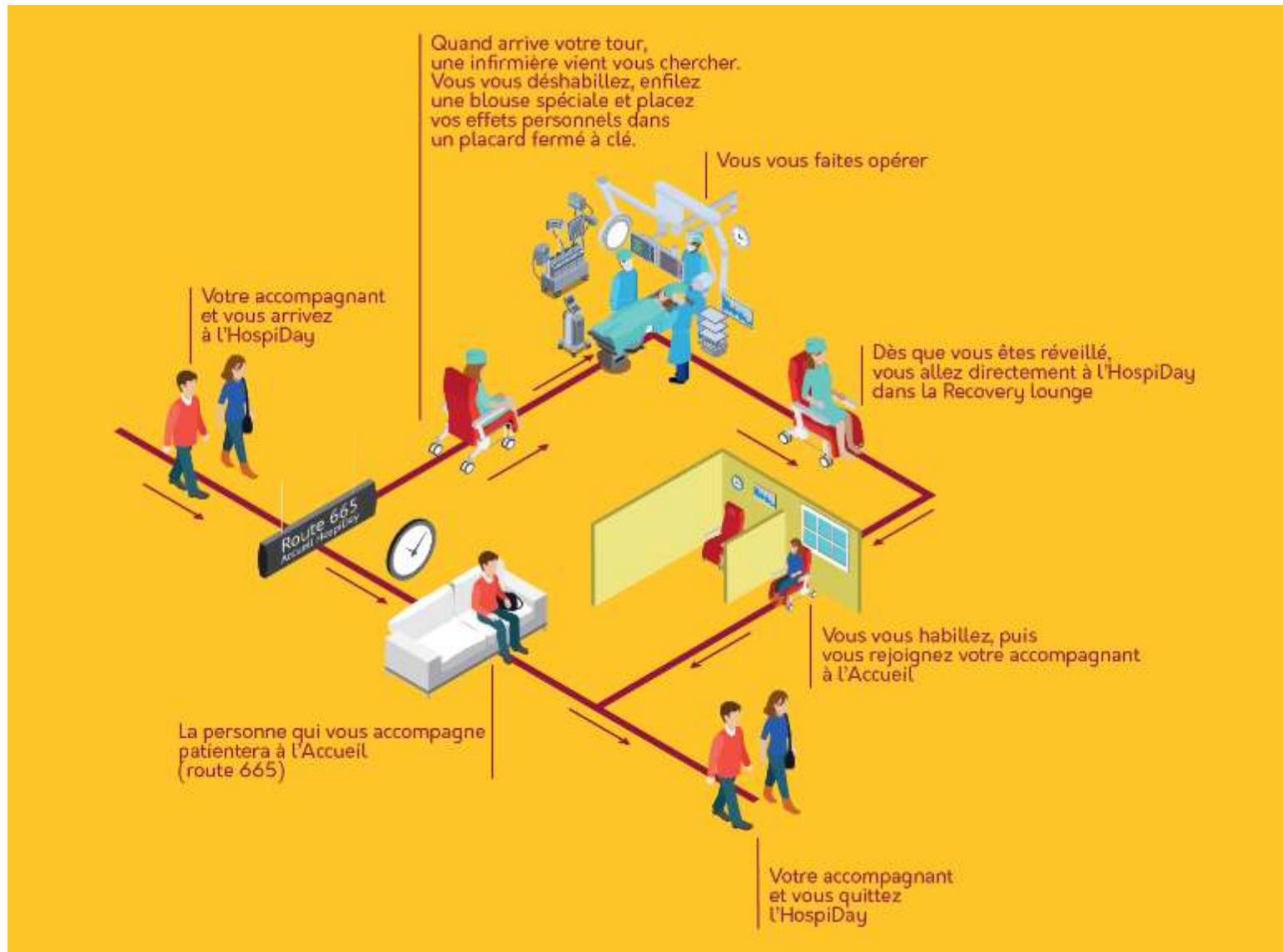


Illustration du circuit court pour les patients



En conclusion, un bloc dédié ou non ?



Chirurgie ambulatoire – mode d’emploi (Nov 2013)

Modèles de structure ambulatoire :

Structure intégrée

- bloc opératoire non dédié

Structure de fonctionnement autonome

- bloc opératoire dédié

Structure satellite

- structure autonome dans l’établissement

Structure indépendante

- structure totalement indépendante

*S’il n’y a **pas de modèle unique** à promouvoir, divers scénarios d’évolution sont possibles dont les avantages et les inconvénients méritent d’être précisés afin de faciliter le choix. Les choix d’évolution doivent tendre à **autonomiser au maximum les flux ambulatoires**.*

En conclusion, un bloc dédié ou non ?

Avantages et inconvénients d'un bloc ambulatoire (ou de salles dédiées)

	Avantages d'une structure dédiée	Inconvénients/Contraintes d'une structure dédiée
Pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du temps de passage au bloc • Attractivité importante 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du nombre de possibilités de programmation d'une intervention (sur les plages ambulatoires uniquement)
Pour les opérateurs et les anesthésistes	<ul style="list-style-type: none"> • Circuit ambulatoire bien distinct et clairement identifié (pas de croisement ambulatoire/traditionnel) • Équipe spécialisée et dédiée • Utilisation plus fluide pour les opérateurs • Gain de temps et d'efficacité • Pas d'interférence avec les urgences (en général) ou les complications des programmes lourds 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'une grande ponctualité • Besoin d'être méticuleux dans la programmation des patients • Besoin d'un recrutement important en chirurgie programmée (nécessité de remplir une vacation d'ambulatoire)
Pour le personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du temps de nettoyage • Spécialisation du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Rythme soutenu tout au long de la vacation, besoin constant d'anticiper les patients suivants • Besoin d'une coordination extrêmement rigoureuse
Pour l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du coût de fonctionnement si le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire dépasse un seuil minimal 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du coût de fonctionnement si le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire ne dépasse pas un seuil minimal

En conclusion, un bloc dédié ou non ?



- L'intérêt de dédicacer des salles à la chirurgie de jour dépend du **volume d'activité en chirurgie de jour par chirurgien par jour par salle**.
- L'organisation du **service d'anesthésiologie** pour la prise en charge **spécifique** des salles de **chirurgie de jour** serait un avantage.
- La **difficulté principale** d'un bloc non dédié est la **variabilité importante de l'activité en fonction des jours de la semaine**, l'activité de jour étant contrainte par l'organisation des vacances dans le bloc opératoire.
- Un **service de planification centralisé** des interventions est indispensable pour avoir une vue d'ensemble sur le programme opératoire.
- Nous évoluons vers une **structure mixte avec certaines salles dédiées** et une **membrane perméable** entre la chirurgie classique et la chirurgie de jour

Merci pour votre attention



© Nikolaos Smailios



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

Merci