Le Point 2074 – 14 juin 2012

La facture des absurdités

Alerte. Le prix de la désorganisation, pour le contribuable comme pour le patient…

Dominique Dejean est ingénieur des Mines et a mené depuis le milieu des années 2000 plus de 85 immersions dans les blocs opératoires français, notamment dans le cadre de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH)

Le Point. Qu'avez-vous observé le plus fréquemment ?

Dominique Dejean. Une sous-utilisation générale et des sur-capacités. Dans la plupart des hôpitaux et des cliniques, les blocs opératoires étaient ouverts tôt le matin jusqu'en milieu d'après-midi et il n'y avait pas de corrélation entre les horaires de travail des chirurgiens et des autres personnels présents. La durée pendant laquelle on installait, endormait, opérait, pansait les malades et pendant laquelle on nettoyait les salles était faible.
De plus, très souvent la discordance entre les bâtiments et les besoins nous frappait: je me souviens d'un établissement avec 15 salles d'opérations neuves, dont la moitié était occupées par les équipes médicales et seulement la demi-journée.

LP. C'est du gaspillage.

DD. Le problème essentiel est celui de la coordination d'équipes qui ont des logiques de fonctionnement différentes. Les chirurgiens aiment opérer, mais c'est un peu comme je veux, quand je veux. Les anesthésistes ont une vision plus globale avant, pendant et après l'intervention, mais ce ne sont pas eux qui génèrent l'activité. Les 35 heures ont eu un effet déplorable sur les infirmières de bloc et les infirmières anesthésistes dont les horaires s'adaptent mal aux fluctuations normales d'une intervention chirurgicale. Il est rare qu'il y ait un coordinateur.

LP. Quelles conséquences ont ces dysfonctionnements ?

DD. Côté surcapacité, une salle d'intervention neuve, c'est au bas mot 500000 euros, sans les équipements. L'addition augmente très vite. Côté désorganisation, outre les pertes de temps qui conduisent à une sous-utilisation et donc à une augmentation du prix de revient des interventions, des méfaits pour le patient peuvent survenir : des anesthésies inutiles quand le chirurgien n'est pas dans l'hôpital et que l'anesthésiste n'a pas été prévenu, des opérations reportées quand le matériel manque parce que sa disponibilité n'a pas été vérifiée avant l'intervention, des erreurs d'identité de malade ou des erreurs de côté à opérer. C'est très rare mais ça existe. Heureusement les équipes médicales et soignantes pallient ce manque de rigueur par une dépense d'énergie et une tension folle.

LP. Constatez-vous des progrès aujourd'hui ?

DD. La MEAH a produit des indicateurs pour mesurer la performance des blocs opératoires, admis par les professionnels, et un outil pour bien les dimensionner quand on les reconstruit. Il est maintenant utilisé quand il s'agit d'obtenir un financement. Mais on a encore du mal à mettre en place la tour de contrôle, la chefferie du bloc opératoire. C'est un profil trop rare. Le privé a très vite compris qu'il fallait optimiser le fonctionnement des blocs pour l'équilibre de ses comptes, le secteur public met en œuvre les mêmes techniques. En appliquant des règles de base, avec une légère augmentation d'effectifs et une organisation stricte, le taux d'utilisation d'un bloc peut très aisément passer de 50% à 75%. Tout doucement on apporte la preuve qu'en regroupant des centres, mieux utilisés, mieux organisés, on peut diminuer le coût moyen des interventions et améliorer la sécurité■