

■ Revues générales

Opérer au cabinet dans des conditions optimales

RÉSUMÉ: La chirurgie dermatologique ne fait pas partie des treize spécialités chirurgicales officielles, bien qu'elle soit reconnue par la Haute Autorité de santé (HAS), l'Institut national du cancer et l'Académie nationale de chirurgie comme une pratique interventionnelle. Les cabinets médicaux ne sont pas définis réglementairement et ont des niveaux d'environnement et d'équipement hétérogènes. En France, il n'y a pas vraiment de développement de structures alternatives, contrairement aux pays anglosaxons, entre les cabinets médicaux et les établissements de soins. Comme pour toute chirurgie, la chirurgie dermatologique expose à un risque infectieux, hémorragique ou fonctionnel. Pour autant, la littérature internationale ne relate pas plus d'infections du site opératoire quand les interventions sont réalisées au cabinet plutôt qu'au bloc opératoire, sous réserve du respect des règles de bonne pratique.



P. GUILLOT
Service de Dermatologie,
Hôpital privé Wallerstein, ARÈS.

Quelle qu'elle soit, une intervention chirurgicale peut être à l'origine de complications qu'il faut savoir gérer. Ce n'est donc pas parce qu'une chirurgie est réalisée au cabinet qu'elle est forcément plus simple. Se former et former à la pratique de la chirurgie, c'est la mission qui concerne tout l'écosystème chirurgical et interventionnel dans le contexte de sa mutation actuelle et à venir, et dont le développement est incontournable.

Le contexte général de la chirurgie dermatologique, son environnement

Rappelons en préambule que la chirurgie dermatologique ne fait pas partie des treize spécialités chirurgicales, bien qu'elle soit reconnue par la HAS [1], par l'Institut national du cancer (INCa) et par l'Académie nationale de chirurgie (ANC) comme une pratique interventionnelle, au même titre, par exemple, que la radiologie interventionnelle.

Quel niveau d'environnement technique pour quel financement? est une question essentielle qui se pose pour la chirurgie de cabinet.

Les cabinets médicaux ne sont pas définis réglementairement et ont un niveau d'environnement hétérogène. Il n'y a pas vraiment de développement en France de structures alternatives comme dans les pays anglosaxons (*“free standing centers”*, *“office-based surgery”*). La chirurgie de cabinet apparaît, de ce fait, à la croisée de quatre évolutions majeures : évolutions organisationnelle, anesthésique, juridique et chirurgicale.

1. L'évolution organisationnelle

Les modalités de prise en charge chirurgicale sont : l'hospitalisation traditionnelle (avec lits et nuitées), l'hospitalisation ambulatoire (lits sans nuitées et séjour de moins de 12 heures), les établissements sans lits (équivalent de *free standing centers*), la chirurgie de cabinet (équivalent de l'*“office-based surgery”*).

■ Revues générales

2. L'évolution juridique

Même si des actes chirurgicaux ne sont pas réservés exclusivement aux établissements de santé et sont réalisables en cabinet libéral, ils restent soumis à autorisation lorsqu'ils nécessitent une anesthésie autre que locale ou topique, ou bien le recours à un secteur opératoire. Ces dispositions sont notamment rappelées par les articles L.6122-1, R.6122-25, D.6124-91 et D.6124-301-1 du Code de la santé publique, et un arrêt du Conseil d'État du 22 juillet 2020 qui a considéré que si les établissements de santé ne détiennent pas le monopole de certains actes de chirurgie telle la chirurgie de la cataracte, la pratique de ces soins reste soumise à autorisation de l'ARS, notamment au motif qu'ils nécessitent une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Un arrêt de la Cour de cassation du 16 février 2021 [2] a jugé qu'un chirurgien ophtalmologiste, qui avait été mis en demeure par l'ARS, ne pouvait ignorer que l'opération de la cataracte était un acte chirurgical devant être réalisé dans un établissement de santé et nécessitant une autorisation de l'ARS. Lorsqu'une activité de chirurgie est soumise à autorisation pour être pratiquée en cabinet, l'obtention de l'accord n'est pas garantie. En effet, la HAS a dû se prononcer sur cette pratique dans un rapport d'évaluation "Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte: environnement technique".

Après avoir souligné l'importance d'un environnement sécurisé pour assurer la sécurité anesthésique, même en cas d'anesthésie topique, et limiter le risque infectieux, la HAS s'est interrogée plus largement sur la définition du "cabinet de ville", un terme pouvant recouvrir des organisations et structures variées.

Pour en revenir à la chirurgie cutanée, il ne semble pas exister jusqu'à présent la même problématique en dermatologie. La chirurgie d'exérèse de lésions superficielles de la peau est une chirurgie sûre, adaptée à une réalisation en externe ou

en ambulatoire et sous anesthésie locale. Ses conditions de réalisation en termes de formation, d'environnement et de respect des règles de bonne pratique en vigueur ont été définies par la HAS [1]: elles ne dépendent ni du lieu de réalisation de l'exérèse (salle de consultation, salle dédiée ou bloc opératoire, dans un cabinet ou un établissement de soins) ni du type de lésion (présumée bénigne, suspecte de malignité ou maligne), et peuvent correspondre à la fois à des exérèses simples et des procédés de réparation. Une hospitalisation de jour peut s'avérer nécessaire pour les cas nécessitant des précautions et une surveillance particulière.

3. L'évolution anesthésique

Même si, pour des actes chirurgicaux, trois niveaux anesthésiques sont définis (niveau I: anesthésie locale ou topique ; niveau II: sédation légère ; niveau III: sédation profonde ou anesthésie générale), depuis une quarantaine d'années, il existe une forte décroissance du recours à l'anesthésie générale avec environ 50 % d'actes chirurgicaux pour l'ensemble des spécialités, contre 20 % d'anesthésie locorégionale et 30 % d'anesthésie locale ou topique [3].

4. L'évolution chirurgicale

La revue des publications des vingt dernières années ne permet pas de déterminer avec précision l'existence d'un surrisque lié aux interventions réalisées en cabinet, sachant que cette activité représente environ 2,6 millions d'actes chirurgicaux par an, soit 32 % de l'ensemble des interventions, toutes spécialités confondues. La chirurgie dermatologique n'est, en aucun cas, une petite chirurgie, même si elle est réalisée majoritairement en cabinet libéral. En effet, comme pour toute chirurgie, il existe un risque de nature infectieuse, hémorragique ou fonctionnelle [4, 5].

La HAS a défini trois niveaux d'environnement technique de la chirurgie

ambulatoire en 2010, dont un niveau 1 qui correspond très majoritairement à celui de la chirurgie dermatologique de cabinet [6]. Cela soulève une question d'ordre médico-économique, sachant que si ce seuil de chirurgie réalisée en cabinet libéral dépassait les 32 % actuels de l'ensemble des actes chirurgicaux, la viabilité économique de certains établissements de santé serait fragilisée.

● **Le niveau 1** correspond à un environnement simple dans lequel un espace fonctionnel est réservé à une activité technique interventionnelle de qualité. Cet environnement pourrait correspondre à un cabinet médical avec un espace interventionnel dédié pour la réalisation sans anesthésie ou sous anesthésie locale de l'acte.

● **Le niveau 2** s'applique à un environnement plus complexe sur le plan de l'équipement (asepsie renforcée, matériel de réanimation...) et/ou du personnel. Il permettrait la réalisation d'actes interventionnels nécessitant un environnement aseptique et/ou une surveillance, voire le recours à un anesthésiste présent sur site. Cela pourrait correspondre à un plateau technique interventionnel plus simple que le bloc opératoire.

● **Le niveau 3** représente les structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire qui sont définies réglementairement.

5. L'obligation sécuritaire

Par assimilation à l'adage bien connu des notaires (l'important dans l'immobilier, c'est l'emplacement, l'emplacement et l'emplacement), pour nos tutelles de santé, l'essentiel est la sécurité, la sécurité et la sécurité! C'est ainsi que pour les ARS, la CNAM et la HAS, l'hospitalisation ambulatoire reste très souvent un *gold standard*. Pourtant, la littérature internationale ne relate pas plus d'infections du site opératoire quand les interventions sont réalisées au cabinet plutôt qu'au bloc. L'expérience patient, comparée à celle du bloc opératoire, génère moins

de stress grâce à l'absence de mise à jeun systématique et de monitorage, tout en offrant une récupération immédiate. Sur le plan économique, cela s'accompagne assurément d'un moindre coût. Du point de vue écologique et de l'empreinte carbone enfin, le poids des déchets de soins est estimé à 0,4 kg par patient en externe contre 1,2 à 1,5 kg en cas de recours à un plateau technique lourd.

6. La formation pratique des opérateurs

Il apparaît évident qu'il ne faut jamais être seul pour effectuer une procédure opératoire pour la première fois, et qu'il est donc indispensable de recourir au compagnonnage [7]. Ce dernier peut se concevoir avec la participation bienveillante et régulière d'un senior et/ou, de façon plus formelle, à l'aide d'un enseignement comme celui apporté par le diplôme interuniversitaire de dermatologie chirurgicale qui existe depuis maintenant 20 ans, ouvert aux plus jeunes comme aux praticiens déjà installés s'intéressant à ce volet interventionnel de la spécialité. Le groupe chirurgical de la Société française de dermatologie assure également, tous les ans, un enseignement et de la formation médicale continue aux Journées dermatologiques de Paris ainsi qu'aux journées annuelles du groupe chirurgical.

Comme pour les sportifs ou les musiciens, l'apprentissage est fondé sur la performance par la répétition, jusqu'à un palier au-delà duquel elle diminue. Ce type d'entraînement suppose de se fixer un niveau d'expertise, de repérer, d'éviter ou de corriger les erreurs. Or, dans sa forme actuelle, la formation médicale initiale et continue ne permet pas de remédier à ces erreurs. C'est ainsi que la "pratique délibérée" (hors de notre zone de confort), vise spécifiquement à comprendre, travailler et dépasser nos limites pour faire évoluer notre fond d'opération et devenir meilleur.

Accumuler la pratique délibérée est la clé de l'expertise, l'essentiel étant de

se confronter intentionnellement à ses limites pour les repousser (c'est à dire de ne pas pratiquer uniquement ce que l'on sait déjà bien faire). L'apprenant doit recevoir impérativement un retour sur ses résultats, ce qui permet de mettre en lumière ses points faibles et de trouver des pistes d'amélioration grâce à un expert extérieur. L'exercice doit être répété de nombreuses fois jusqu'à atteindre l'objectif. L'outil de pratique délibérée le plus adapté est la vidéo, qui permet aux chirurgiens dermatologues en formation de bénéficier d'une méthodologie d'apprentissage comme dans d'autres spécialités chirurgicales. Ce processus d'apprentissage, qui a déjà fait ses preuves dans d'autres domaines que le médical, nécessite un investissement personnel intense.

En chirurgie dermatologique, se pose également le problème de la formation du personnel paramédical qui nous assiste et qui n'a pas d'expérience de bloc opératoire (secrétaire médical(e) ou assistant(e) médicotechnique). D'importants progrès restent donc à faire pour une reconnaissance de notre activité interventionnelle, notamment auprès des autres chirurgiens. Par exemple, les gestes simples, comme le lavage des mains et le gantage, sont loin d'être bien maîtrisés. Le port des bijoux est beaucoup trop fréquent également, comme les ongles longs et l'usage des vernis...

■ L'organisation du cabinet

La chirurgie de cabinet doit proposer un niveau d'environnement technique, humain et logistique adéquat, permettant la maîtrise des risques et garantissant la qualité des soins. Pour gagner du temps, de l'énergie et de l'efficience, il est recommandé de réserver des plages horaires dévolues à un type d'activité ; programmer sa chirurgie par demi-journées permet ainsi d'éviter la dispersion de tâches diverses en mélangeant notamment l'interventionnel et les consultations. À cet égard, la HAS pré-

conise une salle d'intervention dédiée et protégée, différente du bureau de consultation. De plus, l'accumulation de retards ne se rattrape que rarement, encore plus avec des rendez-vous de consultations de seulement 1/4 d'heure qui suivraient une intervention plus longue et plus délicate que prévu. Le temps est compté, surtout en cette période critique d'inadéquation entre demande et offre de soins, liée à la pénurie médicale. Il faut veiller néanmoins à ne pas "surbooker" la planification des interventions, à ne pas raccourcir excessivement la durée opératoire de chaque intervention, ce qui majore le stress et aura également un impact négatif sur la relation avec le patient qui peut se sentir "bousculé", sur l'entourage professionnel (assistant.e.s, secrétaires) et sur sa vie personnelle. Il est utile, voire précieux, de se ménager une ou deux pauses dans sa demi-journée opératoire. En effet, prévoir une journée entière d'actes chirurgicaux semble excessif au vu de la charge de stress prévisible, surtout si l'on ne se limite pas à simples exérèses mais que l'on effectue des réparations (greffes et lambeaux).

Au cabinet comme au bloc opératoire, il est conseillé, pour une meilleure qualité des soins, de se faire aider et de déléguer. Un(e) assistant(e) médicotechnique formé(e) ou un(e) infirmier(e) permettront de gagner en efficacité. Une étude récente de la Fédération française de formation continue et d'évaluation en dermatologie-vénérologie a montré que près de la moitié des dermatologues français présentait des signes d'épuisement professionnel. Les dermatologues possédant un secrétariat au cabinet sont moins soumis significativement au risque de "burn out" (46 %) et de stress que ceux qui n'en possèdent pas (63 %) [8]. En cabinet libéral, comme sur le modèle hospitalier, il est souhaitable également de travailler en groupe, en rejoignant ou en intégrant des associés, afin d'exercer de façon plus sereine. L'utilisation de l'outil informatique a permis aussi une facilitation de notre pratique quotidienne. Une bonne connaissance d'un logiciel métier permet

■ Revues générales

POINTS FORTS

- La chirurgie dermatologique n'est, en aucun cas, une petite chirurgie, même si elle est réalisée majoritairement en cabinet libéral. En effet, comme pour toute chirurgie, il existe un risque de natures infectieuse, hémorragique ou fonctionnelle.
- Il existe actuellement, en France, deux niveaux d'environnement: le cabinet médical, non défini réglementairement et dont l'équipement est éminemment variable d'un praticien à l'autre, et les établissements de soins définis sur le plan fonctionnel réglementairement.
- La chirurgie en cabinet est efficace et économique mais elle doit être sécuritaire. En respectant les règles de bonne pratique, c'est une chirurgie sûre avec un faible taux de complications.

la création de fiches d'informations, d'ordonnances-types (consignes postopératoires, ordonnances de soins infirmiers, de pansements, etc.) à l'origine d'un gain de temps très appréciable.

■ Hygiène de base

Il s'agit d'un ensemble de mesures à appliquer pour toute situation de soin au cabinet. Le principe est de considérer chaque patient comme porteur potentiel d'agent infectieux, et l'objectif est d'assurer la protection du personnel et du patient. Ces mesures doivent être appliquées par tous les professionnels de santé pour tous les patients, quel que soit leur statut sérologique et l'état de leurs défenses immunitaires.

■ Hygiène des mains

Il est fortement recommandé (en l'absence de souillure visible des mains) d'effectuer une friction avec un produit hydroalcoolique en remplacement du lavage des mains (au savon doux ou antiseptique). L'hygiène des mains constitue une arme simple et efficace pour prévenir la transmission des agents infectieux. C'est aussi un geste qui, réalisé devant le patient, renforce la confiance et le rassure sur la qualité des

soins prodigués. Le point d'eau réservé à l'hygiène des mains sera équipé : d'un savon doux liquide en flacon non rechargeable, d'un savon désinfectant ou d'un produit hydroalcoolique avec pompe distributrice individuelle, d'un distributeur d'essuie-mains à usage unique (en papier ou en non tissé), ne nécessitant pas de manipulation, d'une poubelle à pédale ou sans couvercle équipée d'un sac jetable, ou encore



Fig. 2: Poubelle ouverte (cellule photoélectrique).

d'une poubelle à ouverture automatique (*fig. 1 et 2*). Sont à proscrire : savon en pain, distributeur de savon rechargeable, serviette éponge à usage multiple, essuie-mains en tissu à enrouleur, sèche-mains électrique à air pulsé. L'hygiène des mains est réalisée après le retrait des gants, entre deux patients. La désinfection chirurgicale des mains par lavage utilisant un produit désinfectant, est indiquée avant tout geste pour lequel une asepsie, de type surgical, est requise.



Fig. 1: Poubelle à ouverture automatique.

■ Port de gants

Il ne remplace pas le lavage ni la désinfection des mains. Il assure la protection des soignants et des patients en prévenant les transmissions croisées. Une paire de gants = un geste = un patient. Les gants stériles seront utilisés pour tous les gestes nécessitant un haut niveau d'asepsie et toutes manipulations de produits et matériels stériles.

■ Les masques

On distingue les masques médicaux (masques de soins, masques chirurgicaux) des masques de protection respiratoire. Les masques de soins (trois couches) évitent la projection de gouttelettes de salive ou de sécrétions respiratoires du soignant vers le patient. Les masques antiprojections (quatre couches) ont une couche imperméable ou une visière. Ils peuvent également assurer la protection du soignant contre les projections de liquides venant du patient au cours d'un acte de soin ou de chirurgie. Ils doivent répondre à la directive européenne 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux de classe I.

■ Aménagement et entretien des locaux

L'architecture des locaux doit permettre d'individualiser les différents

secteurs. Il faut bien marquer la séparation entre zones administratives et zones de soins, et proscrire en particulier les revêtements de sols à type de moquettes et tapis en zones de soins (*fig. 3*). Des circuits séparés pour les produits sales et propres sont conseillés (bien que cette mesure soit souvent difficile à appliquer en pratique au sein du cabinet). Le nettoyage des zones de soins doit se faire avec des produits désinfectants (bionettoyage) dont les normes figurent en annexe dans le guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé [9].

■ La trousse d'urgence

Si la survenue d'une urgence vitale liée à notre activité au cabinet est rare (arrêt cardio-respiratoire, choc anaphylactique), d'autres incidents sont plus fréquents (malaise vagal, hypoglycémie, convulsions, crise d'asthme, etc.) [10]. La vérification régulière des dates de péremption des produits de la trousse d'urgence s'impose. Cette trousse comprend au moins : ampoules d'atropine (0,50 mg en S/C), d'adrénaline, de diazépam 10 mg ou de clonazépam (0,50 mg en S/C), de la méthyprednisolone, du salbutamol ; du matériel de perfusion : cathéter, poches de sérum glucosé et physiologique, garrot.

Réglementation en vigueur concernant les déchets d'activité de soins

Le producteur de déchets est responsable de leur élimination. Les déchets doivent être triés dès leur production du fait de l'existence de filières d'élimination spécifiques pour les déchets non assimilables aux ordures ménagères [11, 12]. Il est interdit de mettre les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) avec les déchets ménagers. Les



Fig. 4: Containier à OPCT.

DASRI piquants, coupants ou tranchants doivent être éliminés dans des boîtes à objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) (*fig. 4*).

Traitements du matériel réutilisable

Le matériel doit être décontaminé, nettoyé (brossé), rincé et séché ; puis conditionné en sachets soudés pour être passé à l'autoclave (chaleur humide à 134 °C pendant 18 mn) (*fig. 5*) avec une traçabilité [9]. Pour les confrères n'ayant pas une activité chirurgicale importante, le matériel à usage unique est une alternative adaptée et peu coûteuse.



Fig. 5: Autoclave, impression de la traçabilité.



Fig. 3: Salle d'intervention au cabinet.

■ Revues générales

■ Conclusion

L'hygiène au cabinet médical a pour objectif principal de diminuer les infections transmises lors d'actes de soins et repose sur l'application de précautions "standards" pour tous les patients. L'hygiène des mains fait l'objet d'un consensus largement partagé par le corps médical ou paramédical. La réalisation plus fréquente d'actes invasifs au cabinet, chez des patients de plus en plus fragiles voire immunodéprimés, augmente le risque de transmission d'infections. Une hémostase minutieuse en peropératoire, associée à un pansement compressif prolongé, notamment chez les patients sous anticoagulants, limite en grande partie la survenue des complications hémorragiques. La conformité des locaux, de l'équipement et des moyens en chirurgie dermatologique doit se plier aux référentiels HAS [1, 6], de la DGOS [9], à une réglementation issue du Code de déontologie médicale, du Code de la santé publique et des recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière [13, 14].

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Conditions de réalisation des actes d'exérèse de lésion superficielle de la peau. Guide HAS Juillet 2007. Téléchargeable sur www.has-sante.fr
2. Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 16 février 2021, 19-87.982, publié au bulletin.
3. GUILLOT P, SLETH JC. Techniques anesthésiques en chirurgie dermatologique. *EMC-Dermatologie*, 2019;14:1-11.
4. AMICI JM, ROGUES AM, LASHERAS A *et al.* A prospective study of the incidence of complications associated with dermatological surgery. *Br J Dermatol*, 2005;153:967-971.
5. ROGUES AM, LASHERAS A, AMICI JM *et al.* Infection control practices and infectious complications in dermatological surgery. *J Hosp Infect*, 2007;65: 258-263.
6. Rapport d'évaluation : quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? HAS 2010.
7. JARDÉ O, MARRE P, FRANCO D *et al.* La formation pratique des opérateurs au service de la chirurgie d'aujourd'hui et de demain. Rapport 2024 de l'Académie Nationale de Chirurgie. Rencontres Internationales de la Chirurgie Francophone 2024.
8. JOUAN N, TAIEB C, HALIOUA B. Burn out among french dermatologists: a national study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023;37:e194-e196.
9. Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Direction Générale de la Santé. 2006.
10. Guillot P, Léger-Napolitano G. Incidents anesthésiques, matériel indispensable, conduite à tenir, implications médico-légales. *EMC Dermatologie*, 2014;9:1-8.
11. ROLLAND M, AMICI JM. Gestion du risque infectieux en chirurgie dermatologique. *EMC-Dermatologie*, 2022;24:1-8.
12. BATAILLE C, LASHÉRAS BAUDUIN A, CIROTEAU P. Instrumentation en chirurgie cutanée, stérilisation et évacuation des déchets. *EMC-Dermatologie*, 2023;25:1-16.
13. Code de Déontologie médicale figurant dans le Code de la Santé publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (mise à jour du 14 déc. 2006).
14. SF2H. Bonnes pratiques essentielles en hygiène à l'usage des professionnels de santé en soins de ville, novembre 2015 www.sf2h.net

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.