



Optimisation et nouvelles tendances pour le workflow chirurgical

Serge Zaluski

En raison de la constante progression des actes chirurgicaux de la cataracte et du papy boom, les praticiens et les établissements doivent trouver des axes d'amélioration de la performance, et, par conséquent, augmenter leur productivité en limitant les coûts par acte. La structuration du parcours de soins dans cette chirurgie devient donc fondamentale au regard des aspects démographiques et économiques d'un côté, et des exigences de qualité de l'autre.

Le nombre de chirurgies est passé entre 2010 et 2016 de 666 000 à 830 000, soit une augmentation de 24,4%. À l'inverse des volumes d'activité, le GHS en privé a chuté sur la même période de 890 à 727 €, soit une baisse de 32%, ou 38,41% en euros constants (figure 1).

Le GHS des établissements publics a, quant à lui, vu sa valeur diminuer de 1 512 à 1 266 € entre 2009 et 2016. Pour mémoire, la chirurgie de la cataracte, en France, est réalisée pour environ 74% en privé et 26% en public.

Le problème, à l'aube de la prochaine décennie, sera d'assurer dans les meilleures conditions de prise en charge le million de patients (en réalité d'yeux) qui justifieront d'une chirurgie de la cataracte. Or, parallèlement, le geste et son environnement (phacoémulsificateurs, anesthésie topique, ambulatoire...) ont gagné en reproductibilité et en sécurité et les exigences justifient d'une prise en charge plus adaptée et personnalisée.

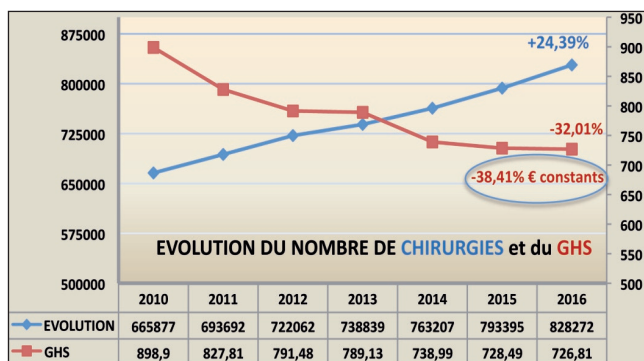


Figure 1. Évolution du nombre de chirurgies et du GHS.

VISIS, Perpignan

Liens d'intérêt : consultant (Johnson & Johnson, Théa) ; partenaire Alaxione

Mode d'entrée dans le parcours de soins

On considère actuellement que sur les 5 900 ophtalmologistes en activité, 1 500 à 1 800 pratiquent la chirurgie de la cataracte. Ces chiffres, difficiles à préciser, vont évoluer en fonction de critères d'influence contradictoire : une formation chirurgicale de la plupart des jeunes formés en France et la concentration observable des gros volumes de chirurgie vers un nombre plus restreint d'opérateurs. À cela s'ajouteront la pénurie annoncée des ophtalmologistes (figures 2 et 3) et l'arrivée de possibles nouveaux schémas de consultation et de recrutement.

De nombreux patients commencent aujourd'hui encore leur parcours de soins en consultant un ophtalmologiste n'opérant pas la cataracte. Cette première étape qui, il y

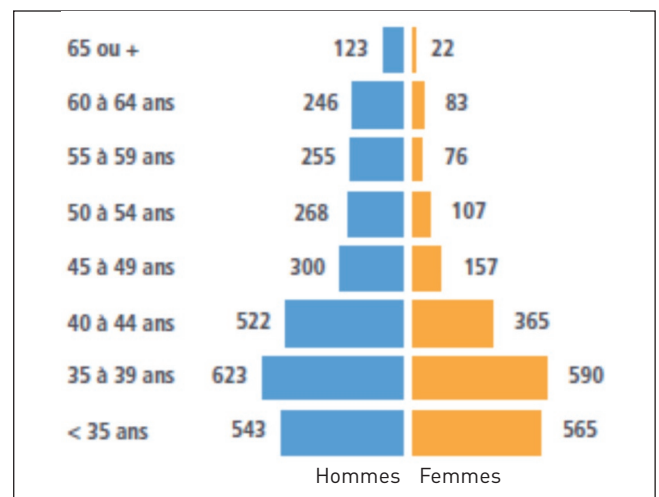


Figure 2. Pyramide des âges des ophtalmologistes en 1990 en France métropolitaine.

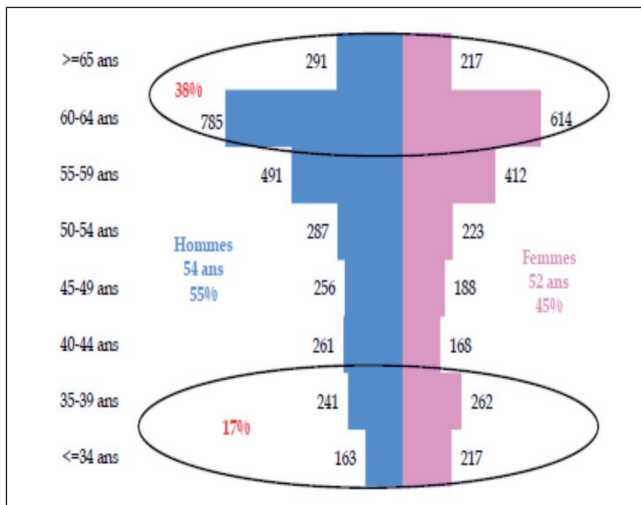


Figure 3. Démographie des ophtalmologistes en 2017.

a quelques années, se traduisait par la simple orientation du patient vers le chirurgien, a évolué. Certains examens réalisés lors de cette consultation permettent en effet de rechercher les pathologies associées et d'envisager le choix des implants. L'ophtalmologiste adressant devient alors acteur de l'information et de l'indication et il sera mieux considéré par le patient qui jugera la qualité du résultat.

Qu'il soit adressé ou vienne directement, la consultation avec le chirurgien doit rester un passage obligé pour le patient.

Consultation préopératoire

Elle regroupe un ensemble d'étapes qui passent par l'écoute et l'examen clinique, la réalisation éventuelle d'examens complémentaires, l'information sur les choix thérapeutiques et sur les risques, ainsi que les informations de nature organisationnelle qui concourent à la prise de décision. Cette démarche doit être organisée. La modification radicale de la consultation est liée au fait que la chirurgie de la cataracte est aujourd'hui la première indication de la chirurgie réfractive et qu'elle repose sur des choix réfléchis, effectués après avoir appréhendé au plus près les besoins et les exigences des patients. Les organisations des cabinets sont un élément clé dans la capacité à accueillir tous les patients afin d'établir les diagnostics et de définir au mieux les stratégies thérapeutiques. Nous ne revenons pas ici sur l'apport fondamental des orthoptistes et d'un secrétariat organisé afin d'optimiser cette consultation, d'autant que la remise de l'ensemble des documents au patient (consentements, devis, feuille d'admission, recommandations...) fait partie intégrante du parcours de soins.

Outils d'aide à la fluidification du parcours de soins

Alaxione a développé, à destination des secrétariats médicaux et des patients, des outils qui facilitent le parcours de soins :

- prise des rendez-vous préopératoires et opératoires en ligne dans les agendas du chirurgien par les secrétariats médicaux des médecins correspondants (gain de temps pour les deux secrétariats, information et organisation immédiate pour les patients) ;
- algorithme optimisé de prise du rendez-vous de consultation préanesthésique en ligne ;
- rappels automatiques des rendez-vous précisant les préconisations recommandées à chaque étape (retirer ses lentilles, ne pas conduire, ne pas oublier la douche...) ;
- attribution de codes temporaires donnant aux patients opérés un accès en ligne pour des rendez-vous urgents.

Parcours en établissements de soins

La chirurgie de la cataracte est pratiquée à plus de 90% en mode ambulatoire. Elle génère donc un important flux de patients mais les organisations diffèrent beaucoup d'un établissement à l'autre. Nous avons analysé la dispersion et l'hétérogénéité des pratiques organisationnelles au sein de 23 cliniques d'un même groupe d'établissements réalisant un total de 42 000 interventions (étude par questionnaire réalisée en 2016 sur l'activité 2015). Les taux de mode ambulatoire variaient de 80 à 99,5%, avec une moyenne de 89,7% ; 74% des patients ambulatoires étaient hébergés en chambre, soit dans 3 cliniques sur 4 ; 71% des établissements qui hébergaient en chambre ne disposaient pas de chambres au même niveau que le bloc (36% des patients). Seuls 11% des patients étaient acheminés au bloc opératoire à pied, les autres en fauteuil (46%) ou en brancard (43%). Les délais entre l'admission et l'entrée au bloc pouvaient atteindre 4 heures. La sortie avait lieu entre 30 minutes et 2 heures 30 après la sortie du bloc.

Par ailleurs, un recueil observationnel de données réalisé sur un nombre restreint de blocs opératoires montre, selon les établissements et les chirurgiens, des disparités allant d'environ 3 à plus de 15 patients par demi-journée opératoire. Ces écarts sont également mis en évidence dans le cadre de l'étude réalisée au mois de mai 2017 sur la chirurgie de la cataracte par le cabinet Gallileo. Ces différences interpellent et doivent certainement nous amener à reconsidérer nos pratiques au regard des intérêts médico-économiques pour les patients, les praticiens, les établissements et la société.

Nouveautés dans le domaine de l'organisation

Des mots nouveaux sont apparus dans le domaine de l'organisation des flux patients comme le *fast tracking* et le *lean management*.

Fast tracking

Le terme anglais *fast track* signifie raccourci ou *shunt* dans un circuit préétabli. Pour nous, il s'inscrit dans une fluidification du parcours depuis l'admission jusqu'à la sortie et suggère l'absence de passage en salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI). Or, s'il est évident pour (presque) tous que ce passage n'est pas justifié chez un patient parfaitement conscient après une anesthésie topique, même potentialisée, il n'en reste pas moins inscrit dans certains textes. Nous adhérons à la déclaration suivante rédigée par Bruno Frattini, expert en prévention des risques, et Éric Lopard, médecin anesthésiste (MACSF, juin 2016) : « *Les sociétés savantes et les praticiens de terrain semblent souhaiter que le cadre réglementaire évolue dans ce sens, car un passage obligatoire en SSPI, pour les patients opérés par exemple d'une cataracte sous topique [...] ne présente à l'évidence aucune valeur ajoutée en terme de sécurité.* » Sur ce même sujet, Kim Thia Soui Tchong et Pierre Cunnac, du CHU de Grenoble, ont réalisé une étude observationnelle s'intéressant à l'organisation de la chirurgie de la cataracte en l'absence de SSPI qui sera présentée lors du congrès 2018 de la SAFIR.

Lean management

Ce terme sert à qualifier une théorie de gestion de la production qui se concentre sur la gestion sans gaspillage, ou encore une gestion au plus juste ou en juste à temps. Le juste à temps, la qualité à tous les niveaux des processus et la réduction des coûts en sont les moyens et les objectifs primordiaux. J'aime à emprunter à Christophe Durand (symposium SAFIR 2017) l'image qu'il donne de personnes devant éteindre un incendie avec des seaux d'eau : « *...Si on porte tous en désordre, on se rentre dedans et on n'éteint pas le feu, si on se passe les seaux, on est plus efficace, moins fatigué et on éteint le feu. Le lean n'est pas travailler plus vite mais travailler mieux...* »

Acteurs des changements

L'évolution des pratiques ne peut se concevoir que si elle est partagée sur le plan de sa réflexion et de sa mise en application. Elle concerne les établissements au niveau de leur direction, des cadres de santé et des personnels soignants ; on peut y intégrer les pharmaciens, responsables en grande partie des flux de consommables. Des

consultants en organisation de soins peuvent être sollicités. Le rôle des praticiens est fondamental pour plusieurs raisons :

- nous sommes les seuls à avoir l'expertise du circuit patient depuis la consultation préopératoire jusqu'au suivi postopératoire ;
- nous sommes garants du maintien et de l'amélioration de la qualité des soins pour nos patients ;
- nous sommes en veille permanente sur les innovations ;
- nous sommes les acteurs majeurs et responsables de la chirurgie.

Mais force est de constater que l'investissement dans les pratiques organisationnelles n'est parfois pas la priorité des ophtalmologistes. Plus étonnamment encore, les établissements de santé, en règle capables de réaliser une comptabilité analytique des dépenses de consommables pour chacun de leurs praticiens, sont peu concernés (ou n'ont pas les outils idoines) par l'analyse des organisations dont le coût, exorbitant si elles sont de piètre qualité, est mal ou pas évalué. Raft, en 2015, chiffrait à environ 650€ le coût horaire d'un bloc opératoire avec SSPI, et à 900€ si l'on y intégrait la logistique en amont et en aval. Une rotation de patient décalée de 15 minutes coûte en théorie à l'établissement de l'ordre de 200€. Quoiqu'il en soit, seules des évolutions concertées expliquées, acceptées par tous et également favorables à tous, pourront être développées harmonieusement.

En pratique dans nos établissements

Les éléments qui suivent ne concernent que les cataractes opérées sur des patients ne présentant pas de comorbidité grave ou invalidante et pouvant bénéficier d'une chirurgie sous anesthésie topique (ou parfois encore caronculaire ou péribulbaire), soit la quasi-totalité de nos patients.

Travailler dans une organisation fluide offre donc un confort de travail pour tous. Pour cela, il est nécessaire d'adopter et de mettre en œuvre des modèles organisationnels fondés sur une gestion des flux centrée autour du patient, de son parcours et des circuits qu'il emprunte, et assortis d'une démarche de qualité et de gestion des risques.

Le patient souhaite une organisation « zéro défaut » pour les risques et pour la qualité de l'intervention, mais aussi pour la fluidité de son parcours. D'autre part, les établissements sont confrontés au défi de l'amélioration de leur efficacité. Des patients qui attendent mobilisent des ressources en espaces, en personnel et en hôtellerie.

Organisation des flux

Les flux et circuits patients (les plus courts possibles et planifiés de manière précise au niveau de l'admission, de l'entrée, du passage au bloc, de la sortie). Ces flux et

Dossier

processus sont dits opérationnels.

Les flux et circuits d'information (information du patient spécifique, passeport ambulatoire, dossier médical, pilotage du parcours du patient, etc.).

Les flux et circuits logistiques (matériels, médicaments, bionettoyage, évacuation des déchets, restauration/collation).

Durée de séjour et rotation

Plus le séjour est court, plus le flux est rapide. Cela permet une plus grande rotation du nombre de patients sur la journée au regard des supports utilisés. Un passage en chambre n'est aujourd'hui aucunement justifié pour une chirurgie de la cataracte. Dans les établissements les plus performants sur le plan organisationnel, un patient traité pour une chirurgie du cristallin séjourne entre 1 heure 30 et 2 heures 30.

Accélérateurs de flux

Pour optimiser les parcours, on peut s'appuyer sur les accélérateurs de flux. Il s'agit de tous les éléments de l'organisation (architecture, effectif, qualification, procédure, circuit, pratique ou technique professionnelle, méthode de travail, innovation thérapeutique, etc.) qui permettent de réduire les temps de chaque étape, d'en supprimer, de limiter les temps d'attente et de réduire, au final, la durée du séjour dans l'établissement.

On insistera ici sur l'intérêt de l'accès au dossier médical informatisé du patient depuis la salle d'opération afin de vérifier les informations nécessaires pour la chirurgie et pouvoir éditer en temps réel comptes rendus opératoires et ordonnances éventuelles.

Conception de circuits de prise en charge spécifiques courts

Le patient est convoqué 30 à 45 minutes avant son passage au bloc opératoire. La préadmission, par exemple en ligne, est un moyen de fluidifier l'accueil administratif. Les convocations et les arrivées des patients sont échelonnées en fonction des heures d'interventions programmées. Après le pointage et l'accueil, le patient passe au vestiaire puis range ses effets personnels dans un casier et se dirige vers la salle d'attente préopératoire. L'infirmière le prépare à l'intervention, instille éventuellement des collyres, puis le conduit au bloc à pied (éventuellement en fauteuil). L'idéal est la proximité immédiate de la salle d'attente, du vestiaire et du bloc opératoire. Après l'intervention, on pratique le *fast tracking* de la salle de réveil chaque fois que possible soit sous la forme complète, soit sous la forme d'un «pointage» en SSPI. Le patient revient du bloc à pied, si nécessaire en fauteuil. Il se change au vestiaire avant de passer en salle de repos

postopératoire (zone de fauteuils) où il peut prendre une collation. Après la validation de sa mise à la rue, il quitte l'établissement. Il résulte de la mise en place du circuit court que la durée du séjour est en général inférieure à 3 heures. On comprend ici l'importance des éléments liés à l'architecture de l'unité. Lorsque celle-ci est inexistante, une réflexion sur les améliorations doit être engagée, parfois un réaménagement ou une construction *de novo* nécessiteront en premier chef la participation des chirurgiens à la conception du circuit.

Une ou deux salles opératoires ?

Opérer sur deux salles ne modifie en rien la qualité des soins et peut parfois être considéré par les établissements comme une dépense irrationnelle, voire un caprice de chirurgien. S'il n'y a aucune justification à opérer sur deux salles pour un programme court (disons moins de 8 ou 9 patients), ou si le temps de la chirurgie dépasse de loin celui de la rotation entre deux patients, il n'en va pas de même pour des chirurgiens opérant de gros volumes et ayant des temps opératoires courts.

Pour illustrer, 2 chirurgiens opérant 8 cataractes chacun dans sa salle ou un chirurgien en opérant 16 sur deux salles représentent toujours le même gain pour l'établissement et cela semble équivalent. C'est cependant méconnaître le fait qu'avec la démographie médicale actuelle, l'élément le plus précieux est le temps médical. Un chirurgien qui réalise 16 interventions en une demi-journée gagne une demi-journée supplémentaire de temps médical permettant la prise en charge de nouveaux patients.

Place des innovations thérapeutiques

Les systèmes de guidage pour la chirurgie type Verion ou Callisto eye permettent de récupérer sur le microscope opératoire des informations utiles à la chirurgie saisies lors de la consultation. Si ces systèmes peuvent être un apport à la précision de la chirurgie, elles jouent peu sur l'organisation des flux.

Le laser femtoseconde, dans sa forme actuelle, a démontré son absence de supériorité, son surcoût et la nécessité d'un schéma organisationnel plus complexe.

L'injection peropératoire de tropicamide, de néosynéphrine, de lidocaïne, commercialisée depuis peu (Mydrane), présente en revanche un intérêt potentiel dans les schémas organisationnels. Faire arriver le patient seulement quelques minutes avant l'heure programmée de sa chirurgie a des conséquences sur sa durée de séjour, sur l'heure d'ouverture du centre et d'arrivée des personnels d'accueil, sur la qualification des personnels requis, sur l'évitement des ruptures de flux pour retard à la dilatation... Savoir si le surcoût lié à l'utilisation de ce produit est compensé par les gains en productivité et les économies

annexes est le sujet d'une évaluation médico-économique. Cette solution pourra, pour certains établissements, être l'opportunité de repenser leur fonctionnement.

Nouveaux métiers

La chirurgie de la cataracte nécessite une parfaite coordination entre le bloc opératoire et la pharmacie pour la disponibilité et l'acheminement des consommables de tous types (champs, gants, liquides d'infusion, cassettes, pharmacie, dispositifs médicaux implantables...). Il n'est pas rare de voir les infirmières effectuer les tâches de commande, de réception, de rangement et de mise à disposition de ces matériels. Nous avons créé, avec bonheur, un poste de logisticien de bloc (sic) dont la fonction est de gérer tous les flux de matériel sans perturber le fonctionnement des infirmières du bloc opératoire.

Évolution prévisible

La productivité en chirurgie de la cataracte va rapidement devenir un des enjeux de la performance globale (couple maintien de la qualité/maîtrise des coûts). Les ophtalmologistes, peu attirés par les processus organisationnels, vont certainement devoir s'y intéresser et ne pas laisser les décisions ou l'inertie aux seules mains des directeurs d'établissements ou de groupes financiers. Les établissements de santé, toujours prompts à analyser des lignes comptables (coût du consommable et des salaires et non coût global de fonctionnement), vont aussi devoir réaliser de véritables analyses médico-économiques de leurs pratiques organisationnelles. L'architecture des futurs centres de chirurgie de la cataracte va être profondément affectée par les exigences d'aujourd'hui et les évolutions de demain.

Pour en savoir plus

Danos JP. Organisation des parcours dans les établissements et gestion des flux. In : Aissou M, Danos JP, Jolivet A, eds. Structurer les parcours de soins et de santé. LEH Édition, 2016:143-73.

Danos JP, Zaluski S. L'organisation des flux patients en chirurgie de la cataracte. *Réalités Ophtalmologiques*. 2016;235(3):72-4.

Labetoulle M, Findl O, Maleceze F *et al.* Evaluation of the efficacy and safety of a standardised intracameral combination of mydriatics and anaesthetics for cataract surgery. *Br J Ophthalmol*. 2016;100(7):976-85.

Raft J, Millet F, Meistelman C. Example of cost calculations for an operating room and a post-anaesthesia care unit. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2015;34(4):211-5.

Zaluski S. Pratiques organisationnelles en chirurgie de la cataracte. In : Nouveautés en chirurgie de la cataracte et implants cristalliniens. *Réflexions Ophtalmologiques*. 2016;198:26-8.

Observatoire Strat'Ophtas. Étude : chirurgie de la cataracte mai 2017. *Revue de l'ophtalmologie française*. 2017;208:42-3.

Symposium SAFIR 2017 sur les pratiques organisationnelles. <https://www.youtube.com/watch?v=hOS-pt0Q1iY>