

L'optimisation des flux patients en chirurgie de la cataracte

→ Jean-Pierre DANOS, Serge ZALUSKI

[Contexte

La chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué en France et représente une activité en constante progression. Le nombre de chirurgies est passé entre 2006 et 2015 de 560 000 à environ 800 000 : une augmentation de 42 %. Par ailleurs, le papy-boom est un phénomène inexorable qui va accroître l'activité de chirurgie de la cataracte.

On estime que la population âgée de plus de 65 ans devrait passer en Europe de 16 à 28 % entre 2010 et 2050 et, pour la France, le nombre de personnes de plus de 80 ans passera de 1,5 million en 2011 à 6,1 millions en 2035.

À l'inverse des volumes d'activité, le GHS (Groupe homogène de séjour) en privé a chuté entre 2007 et 2016 de 1 064 € à 727 € : une baisse de 32 % (39 % en euro constant). Le GHS des établissements publics a, quant à lui, vu sa valeur diminuer de 1 512 € à 1 266 € entre 2009 et 2016. Cette situation impose aux établissements de trouver des axes d'amélioration de la performance et donc d'augmenter leur productivité en limitant les coûts par acte.

L'optimisation des flux en chirurgie de la cataracte : un nouveau modèle organisationnel à développer

Cette chirurgie génère donc un flux patient parfois très important à traiter selon les établissements. Elle est

pratiquée à plus de 90 % en mode ambulatoire, et gérer ce flux dans chaque établissement n'est pas toujours aisé. Aujourd'hui, le patient n'aime pas attendre. Il souhaite une organisation "zéro défaut" non seulement en termes de risques et de qualité d'intervention mais aussi de fluidité de son parcours. Par ailleurs, 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. Ils consomment également plus de médicaments que ceux qui n'attendent pas.

Enfin, travailler dans une organisation fluide offre un certain confort de travail tant pour les ophtalmologues que pour les anesthésistes et les équipes paramédicales. Pour cela, il faut adopter et mettre en œuvre de nouveaux modèles organisationnels : **l'ambulatoire exige une organisation basée sur un modèle de gestion des flux centré autour du patient, de son parcours et des circuits qu'il emprunte, le tout assorti d'une démarche qualité/gestion des risques autour de processus de prise en charge.**

Plusieurs flux et circuits sont ainsi à organiser :

>>> **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 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).

[La durée de séjour et la rotation

Un indicateur majeur du flux patient est la durée de son séjour qui est associée à la possibilité de rotation. Plus son séjour est court, plus le flux sera rapide. Cela permet une plus grande rotation du nombre de patients sur la journée au regard des supports utilisés. On entend par support les lits ou les fauteuils. Aujourd'hui, en chirurgie de la cataracte, le patient ne devrait plus être alité lors de son intervention, sauf cas très exceptionnel. À titre indicatif, dans les établissements les plus performants, un patient traité pour une chirurgie du cristallin séjourne entre 1 heure 30 minutes et 2 heures 30 minutes. On atteint ainsi des rotations de plus de 10 patients sur le même fauteuil au cours d'une journée.

[Les accélérateurs de flux

Pour optimiser les parcours des patients, il convient de travailler dans chaque établissement sur les accélérateurs de flux. On appelle "accélérateur

de flux" tout élément de l'organisation (architecture, effectif, qualification, procédure, circuit, pratique ou technique professionnelle, méthode de travail, innovation thérapeutique, etc.) qui permet de réduire pour le patient les temps de chaque étape, de supprimer une ou plusieurs étapes, de supprimer ou limiter les temps d'attente, de réduire en final la durée de son séjour dans l'établissement et de fluidifier les flux de patients.

Partir du parcours patient

Pour améliorer le traitement du flux des patients, il faut en premier lieu procéder à une analyse par audit du parcours du patient et identifier tous les points anti-flux pour chaque processus (consultation praticien, pré-admission, etc.) (fig. 1).

Un accélérateur de flux puissant : la mise en place du circuit ultracourt en chirurgie de la cataracte

La chirurgie de la cataracte ambulatoire exige un changement profond dans les

modèles organisationnels hospitaliers, à commencer par une nouvelle conception des parcours et des circuits patients. Cela nécessite de concevoir des circuits de prise en charge spécifiques, notamment d'introduire ce que l'on appelle le circuit ultracourt.

Le principe qui guide le circuit court est que le patient doit attendre le moins possible à toutes les étapes de son séjour. À titre indicatif, on considère qu'il doit être convoqué au maximum 30 à 45 minutes avant son passage au bloc opératoire, sauf cas particulier (soins préopératoires d'une certaine durée). Dans ce circuit, la préadmission a été organisée de manière à ce que le patient n'ait pas à passer au bureau des entrées le jour de son intervention. Le pointage est fait par l'IDE (Infirmier diplômé d'État) de l'unité ambulatoire.

Cette organisation implique donc des convocations et arrivées des patients systématiquement échelonnées. Après le pointage et l'accueil par l'IDE, le patient passe au vestiaire puis range ses affaires personnelles dans un casier fixe ou mobile. Il passe ensuite en salle d'attente préopératoire. L'IDE procède à sa préparation, puis il est acheminé au

bloc à pied (éventuellement en fauteuil) en étant accompagné par le brancardier. Ce dernier peut, dans ce cas, encadrer 2 ou 3 patients en même temps. L'idéal est cependant la proximité immédiate de la salle d'attente, du vestiaire et du bloc opératoire, permettant de limiter au minimum l'accompagnement.

Après l'intervention, on pratique le *fast-tracking* (FT) de la salle de réveil chaque fois que possible, soit sous la forme complète, soit sous la forme d'un "pointage" en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Le patient revient du bloc de préférence à pied, si nécessaire en fauteuil ou en brancard. Il se change au vestiaire avant ou après un passage en salle de repos postopératoire (zone de fauteuils) ou dans des boxes, sous la surveillance de l'IDE. Il peut prendre une collation.

Après validation de sa mise à la rue, il quitte l'établissement. Il existe, selon les établissements, plusieurs variantes au circuit court : salle de sortie pour les collations séparée de la salle postopératoire ou des boxes, principe de la marche en avant sur la totalité du circuit ou sur une grande partie, etc. Il résulte de la mise en place du circuit

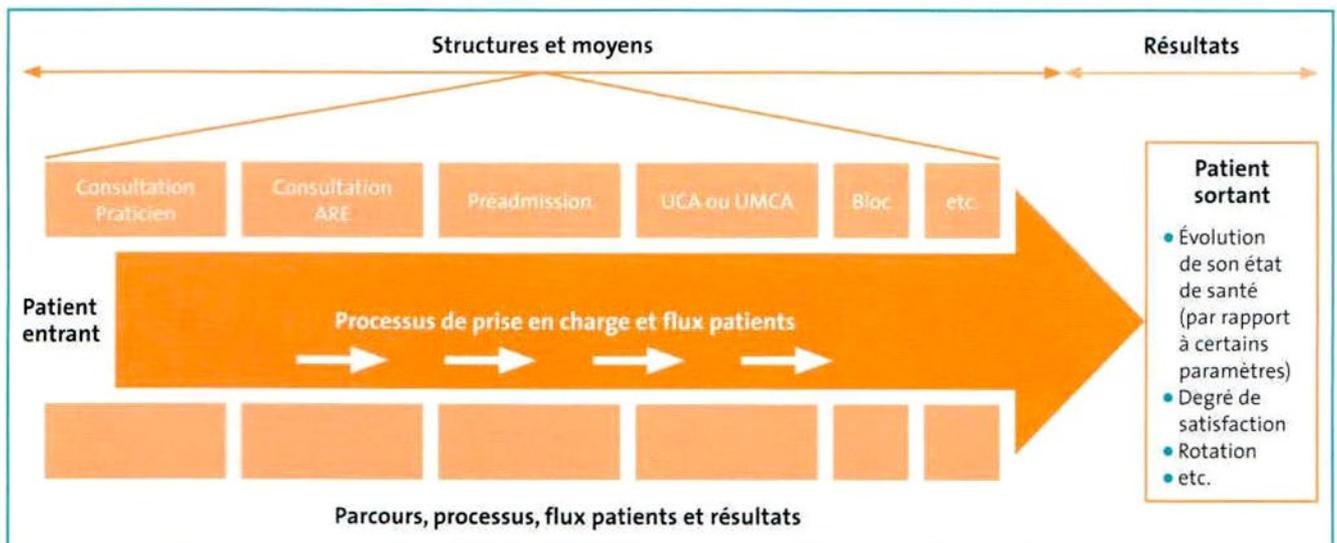


FIG. 1 : Parcours, processus, flux patients et résultats.

