Organisation des centres médicaux en période épidémique

Jean-Marc Charpin, Montpellier

Interview menée par Houda Baïz - Neuilly-sur-Seine

rganisation des Centres, recrutement, formation, depuis 10 ans la société Nouvelles Trajectoires accompagne les acteurs de l'ophtalmologie – praticiens, laboratoires – dans la structuration et le déploiement des activités. J'ai le plaisir d'interviewer son fondateur, Jean-Marc Charpin, qui a accepté de partager les observations qu'il a menées durant l'épidémie de coronavirus Covid-19. En effet, la crise sanitaire et, surtout, le confinement ont bouleversé l'activité des praticiens et la prise en charge des patients.

Houda Baïz: Bonjour, Jean-Marc, vous avez maintenu le contact et accompagné de nombreuses structures médicales durant l'épidémie. Comment l'activité médicale s'est-elle modifiée pendant le confinement?

Jean-Marc Charpin: Du 16 mars au 11 mai 2020: 9 semaines de confinement total. Une situation complètement inédite qui s'est traduite dans la spécialité de l'ophtalmologie par une perte moyenne d'activité hebdomadaire estimée à 90 % d'un fonctionnement normal en consultation et chirurgie.

HB: En contactologie, il y a eu interruption des adaptations, et même un questionnement médiatique quant au risque de porter des lentilles en période épidémique. Plusieurs articles scientifiques ont été publiés suite à cette interrogation, et concluent à une absence de risque supplémentaire lié aux lentilles, tant que les règles d'hygiène habituelles sont respectées (lavage des mains, temps de port, entretien) (1-4).

Quant à la diminution drastique d'activité médicale et chirurgicale, comment analysez-vous ces données ?

JMC: Dès connaissance des consignes gouvernementales et interprofessionnelles, l'activité des centres s'est mise quasiment à l'arrêt :

- suspension totale des activités de consultations « tout-venant » et des chirurgies programmées (cataractes et réfractive, notamment),
- prises en charge garanties pour les urgences ainsi que pour les cas sensibles de pathologies chroniques (DMLA, glaucome), nécessitant pour ces derniers un travail de priorisation au cas par cas, dossier par dossier, réalisé par les praticiens. Certains centres de référence en rétine médicale ont maintenu une activité comprise entre 30 % les premières semaines et 80 % les derniers jours du confinement: en effet, équipées et organisées en conséquence, ces structures ont pu accueillir, en plus de leur activité prioritaire, celles des praticiens n'ayant plus accès aux salles dédiées IVT dans les établissements réquisitionnés COVID-19 sur la période ;

• mise en place, parfois stressante compte tenu de l'incertitude des délais de traitement, des mesures de « protections économiques » : chômage partiel, report de charges, PGE...

Les premiers jours post-confinement ont vu l'activité reprendre très progressivement : priorité étant donnée à la re-planification des rendez-vous de consultation, puis à la re-programmation chirurgicale.

Pour autant, la remontée en charge s'est, semble-t-il, concrétisée plus rapidement que ce qu'avaient anticipé les praticiens. S'il a fallu parfois insister auprès des patients pour les convaincre de revenir dans les centres « désormais sécurisés », la confiance a été globalement de mise.

HB: Est-il possible de s'organiser en centre ophtalmologique afin de préserver le rythme d'activité et répondre à la demande croissante de prise en charge, tout en respectant les consignes sanitaires?

JMC: À la reprise d'activité, la plupart des centres ont donc accusé un retard de 800 % de leur activité hebdomadaire habituelle. Est-il possible d'espérer rattraper ce retard en parallèle de la reprise d'une activité « normale » ? En théorie oui, et à condition de générer 25 à 30 % de capacité de travail supplémentaire par semaine (1 à 1,5 jour d'activité de plus par semaine et par praticien), ce retard pourrait se résorber au bout de 26 à 32 semaines... toujours en théorie.

En pratique, beaucoup de questions et peu de réponses, forcément tout cela est inédit :

- s'agissant du rattrapage de l'activité : comment concrètement créer des vacations de consultation supplémentaires (OPH + équipe ?); pour la chirurgie, les établissements suivrontils ?
- s'agissant de la mise en place des mesures de protection sanitaire en centre : les mesures barrières entraîneront-elles une baisse du rythme des consultations ? La limitation du nombre de personnes présentes en centres baissera-t-elle systématiquement le nombre de patients pris en charge ?

Pour autant, certaines bonnes pratiques ont émergé, toutes articulées autour de 4 axes :

- l'organisation du travail en mode « protégé »,
- l'adaptation des infrastructures,
- la mobilisation des outils numériques,
- l'engagement des équipes.

HB: Qu'entendez-vous par « l'organisation du travail en mode protégé » ?

JMC: Il s'agit d'adapter le fonctionnement du centre pour tenter de récupérer de la productivité malgré les freins des contraintes sanitaires. De ce que nous avons observé, 3 principes composent cette démarche:

> Travailler en flux tendu: essayer de « réguler » le nombre de patients présents en cabinet sur le rythme des praticiens en consultation au centre. Faire en sorte qu'il y ait toujours 1 à 2 patients maximum prêts à être pris en charge par le praticien, puis remonter le circuit patient — imagerie/préconsultation — jusqu'à l'attente initiale, de façon que l'on prenne en

charge uniquement le nombre nécessaire de patients afin d'éviter une rupture de rythme pour le praticien. On fixe ainsi la jauge mini-maxi de patients (sans accompagnants) à prévoir en permanence en attente initiale. Charge à l'équipe d'accueil de gérer les entrées en fonction du niveau de la jauge. Cette organisation entraîne quasiment la création d'une fonction de « régulateur des flux », concentrée sur la gestion des entrées, autorisant ou faisant patienter à l'extérieur (via les portables des patients et accompagnants). Cela implique également d'imposer une plus grande discipline dans la ponctualité des arrivées patients. Cela pose enfin la question de la gestion des patients en VSL : à faire patienter si possible dans une pièce dédiée en début ou fin de rendezvous.

La belle saison a facilité ce transfert de « l'attente résiduelle », à l'extérieur des centres ; « dès que la bise [sera] revenue », faudra-t-il inventer une attente dans les véhicules avant d'autoriser l'entrée dans le centre médical ou le cabinet ?

- > Augmenter le temps de fonctionnement des centres : par l'ouverture de nouvelles vacations OPH hebdomadaires et par l'allongement de l'amplitude horaire des cabinets : journées continues, etc. Cette création de temps de prise en charge compense non seulement la baisse du rythme des CS mais fluidifie également les flux patients sur la journée (moins de pointes d'affluence...). Évidemment, tout cela va s'appuyer sur une mobilisation des équipes existantes : augmentation du temps de travail, modification des horaires... et sur un effort de recrutement complémentaire: CDD, intérim, etc.
- > Spécialiser encore davantage les vacations : regrouper les actes par

typologie, selon des vacations dédiées, génère une meilleure **productivité** des équipes sur les séquences et **crée** de nouvelles disponibilités de prise en charge.

HB: En quoi l'adaptation des infrastructures a-t-elle joué un rôle dans « la bonne organisation sanitaire »?

Depuis 10 ans, nous accompagnons les centres dans leur réflexion d'optimisation de l'espace disponible et dans la maîtrise de la dimension logistique des activités de consultations; de ce que nous avons observé, les centres ayant anticipé la marche en avant dans le circuit patient (*Figure 1*) ou ayant déjà prévu des box multiples pour la réalisation des consultations et de l'imagerie (*Figure 2*), ont pu plus facilement s'organiser pour se conformer aux contraintes logistiques des règles de sécurité sanitaire.

Ces paramètres viennent s'ajouter au cahier des charges organisationnel que les praticiens nous soumettent désormais.

HB: Quand vous évoquez dans votre troisième axe la mobilisation des outils numériques, pensez-vous à la place croissante de la gestion numérique des prises de rendez-vous et des agendas?

JMC: Oui, complètement, les outils à disposition ont été d'un appui précieux pour les centres :

- exploitation par les praticiens des données de leurs patients pour prioriser les convocations,
- développement des fonctionnalités automatiques de **reprogrammation** ou d'**anticipatio**n de rendez-vous.

La période a été propice au test de dispositifs encore peu répandus comme les bornes d'accueil permettant d'orienter rapidement les patients; les éditeurs poursuivent également leurs investigations pour proposer rapidement des solutions de



Figure 1

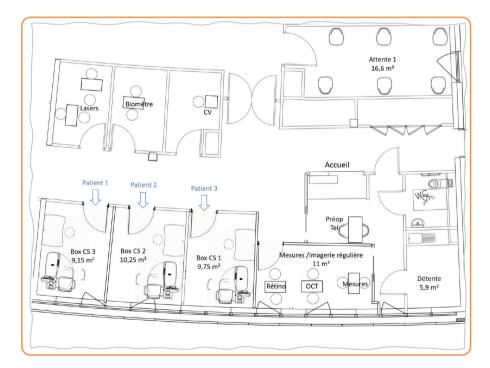


Figure 2

maîtrise de la **discipline de ponctualité** patients dont nous avons parlé plus haut.

HB: Concernant les équipes, on imagine aisément le rôle adaptatif qui est le leur dans ces phases complexes...

JMC: En effet, les équipes paramédicales sont au centre du dispositif :

- ajustement des effectifs selon les impératifs d'augmentation de la capacité de prise en charge des cabinets,
- apparition ou confirmation de nouvelles fonctions : régulateur de flux, assistant à la planification.

Plus globalement, la crise sanitaire que nous vivons est un test de souplesse et d'engagement des équipes et, visiblement, elles « répondent présent » malgré la déstabilisation qu'a constituée le confinement et les procédures de sauvegarde sociales aussi nouvelles qu'incertaines (en tout cas dans les premiers temps).

C'est la confirmation de la place indispensable de la fonction managériale dans les centres; une fonction assumée soit par les praticiens eux-mêmes, soit par les « chefs de centre », ces nouvelles compétence issues principalement du monde de l'entreprise et qui ont su épauler les médecins avec sang froid et pragmatisme.

HB: En appliquant ces « bonnes pratiques », dans quels délais peut-on espérer un retour du flux « à la normale »?

JMC: Lorsque l'on visite les centres aujourd'hui (en septembre), on sent un retour au rythme « d'avant » moyennant la généralisation du port du masque, notamment. On observe tout de même un certain relâchement dans l'application de certaines consignes, notamment celle concernant la présence des accompagnants... Difficile d'estimer un délai de stabilisation de l'activité satisfaisante pour tout un chacun. Disons que, tant que

la sérénité sanitaire ne sera pas revenue, ces bonnes pratiques pourraient permettre de mieux vivre cette période, à la durée incertaine, en limitant les impacts sur l'activité.

HB: Ces modèles d'organisation observés durant cette crise comporteraient-il des enseignements à conserver lors du retour à la normale sanitaire? Je pense par exemple à la gestion en flux tendu, qui a pour objectif de limiter l'attente des patients en salle d'accueil...

JMC: Si l'on schématise, on peut évoquer une organisation de crise préparée pour gérer l'incertitude de cette période de « répit » et pour assurer la continuité de l'activité en cas de reprise épidémique (tant que les centres restent ouverts). Cela implique qu'il faut poursuivre l'information pour rassurer les patients, anticiper et lever les freins des établissements chirurgicaux et sécuriser les tutelles.

Depuis 10 ans, nous avons toujours considéré l'ophtalmologiste comme un **médecin-entrepreneur**; aujourd'hui, on lui demande en plus d'être un « **entrepreneur** *agile* », une dimension supplémentaire qui façonnera certainement l'organisation de son activité de demain.

HB: Merci, Jean-Marc Charpin, pour vos observations et vos conseils, et pour l'accompagnement des acteurs de la santé dans la gestion de leur cabinet ou centre médical en temps d'épidémie. Chacun de nous a tenté d'apporter une réponse professionnelle adaptée à cette crise, une réponse plus ou moins pertinente, mais comme le dit John Powell, « la seule véritable erreur est celle dont

on ne retire aucun enseignement ». Votre expérience au contact des équipes de soin montre que cette période si particulière a été riche en enseignements et en pistes d'amélioration des pratiques.

Liens d'intérêts : Les auteurs ne présentent pas de conflit d'intérêts en lien avec cet article.

RÉFÉRENCES

- **1.** https://iacle.org/special-notice-position-statement-covid-19/
- 2. https://www.contactlensjournal.com/ article/S1367-0484(20)30050-3/fulltext?fbc lid=IwAR3GbhU9LEKZXCpe-XnF1T72QSE4QtxyVO9YMYtALS_j9ewgVBwaL3TlzY
- 3. https://euromcontact.org/2020/03/19/contact-lens-practice-and-covid-19-material-for-eye-care-professionals-in-case-they-need-to-fit-contact-lenses-in-context-of-covid-19/
- 4. American Academy of Ophthalmology. « COVID-19: Lowrisk of coronavirus spreading through tears ». Science Daily. 25 mars 2020.