



L'organisation du cabinet en délégation de tâches

Jean-Philippe Colliot

Dans le contexte tendu de la demande accrue de soins et des perspectives en baisse de la démographie en ophtalmologie, la réflexion sur une nouvelle organisation de la consultation s'impose.

Recentrement de l'activité quotidienne sur le cœur du métier, gestion des urgences, réduction des délais de rendez-vous programmés sont les cibles principales, mais aussi privilégier une activité particulière sans se couper de l'ophtalmologie générale.

La certification ISO a permis de décrire une à une les différentes étapes, suivant les modes d'exercice variés.

La modification de l'activité nécessite son analyse préalable, une documentation, la visite de cabinets réorganisés et un bilan financier de faisabilité compte tenu de l'incertitude tarifaire actuelle.

Les principes de base

- Faire tout ce qui relève de notre métier de médecin, mais ne faire que cela.
- Déléguer sous contrôle, rester réactif, ce qui nécessite une unité de lieu et de temps.
- Salarier l'assistance (ce poste pouvant évoluer au gré de la législation à venir vers une collaboration libérale).
- Se donner les moyens matériels et humains.

Pourquoi déléguer ?

La consultation peut s'analyser comme une suite logique de processus de prise en charge du patient, dont certains nécessitent une technicité de niveau basique (placer le patient dans une pièce, enregistrer ses coordonnées, s'occuper des formalités).

Une place à part est accordée à la prise des rendez-vous qui impose une stratégie de gestion de l'agenda et une connaissance des règles conduisant à l'inscription en urgence à bon escient.

Le gain de temps des actes répétitifs par délégation à des collaborateurs après une formation courte (appareils automatiques) ou plus techniques (dans le cadre du décret de compétence des orthoptistes) permet de reporter celui-ci sur la consultation.

Chantilly.

Que déléguer ?

- L'accueil, le recueil des informations administratives.
- Les mesures diverses :
 - soit systématiques (par exemple : frontofocomètre, réfracto-kératomètre, tonomètre, rétinographie),
 - soit orientées par les premiers éléments d'examen (par exemple : topographies, biométrie, pachymétrie).
- Le pré-interrogatoire et la documentation du dossier avec les éléments qu'il dévoile.
- Le bilan de la vision binoculaire.
- La réfraction.
- Les examens complémentaires rendus nécessaires après l'examen médical (par exemple : OCT, champ visuel).
- Les explications supplémentaires pour s'assurer de la bonne compréhension du patient (manipulations de lentilles, processus chirurgical).
- La facturation, l'encaissement et les formalités de sortie (autre rendez-vous).

Suivant la sur-spécialité de l'ophtalmologiste, la formation des aides peut être plus poussée dans des domaines particuliers (photos et conseils pré- ou post-opératoires).

Déléguer à qui ?

Si les orthoptistes ont un champ d'activité normé, les limites sont moins nettes pour celui des secrétaires-

assistant(e)s et la coexistence de ces deux catégories au sein du même cabinet permet d'un commun accord quelques chevauchements, d'où l'idée de promouvoir une formation unifiée de ces derniers, sujet de discussion d'actualité entre les représentants des différents métiers.

À noter que l'instillation de collyre ne peut être légalement confiée qu'à un médecin ou une infirmière... ou au patient lui-même ou à son accompagnant !

Le circuit patient

Plusieurs options qui imposent un agencement spatio-temporel propre à chacune. Le circuit patient sera expliqué ou rappelé dès l'accueil.

Option de travail en salles successives : le patient est déplacé à chaque étape

1. Après l'accueil, l'enregistrement administratif, la création ou la mise à jour de son dossier et la mesure des corrections optiques portées au frontofocomètre automatique,
 2. le patient est dirigé vers un espace d'attente initial,
 3. d'où il est conduit vers l'étape de mesures automatiques avant d'atteindre un deuxième espace d'attente.
 4. La réfraction et l'examen de la vision binoculaire, s'ils n'ont pas été intégrés à cette deuxième étape, font l'objet d'un temps supplémentaire.
 5. Enfin, le patient est introduit dans le bureau de consultation du médecin.
 6. Il retournera à l'accueil à l'issue de la consultation.
- Cette option impose donc une ou deux salles d'examen précédant la consultation et autant d'espaces d'attente, mais un seul bureau pour le médecin.

Option de travail dans les bureaux de consultation : les intervenants se déplacent auprès du patient

1. L'étape d'accueil-enregistrement est identique, ainsi que les mesures automatiques.
2. Une fois celles-ci réalisées, le patient est conduit dans l'un des bureaux de consultation d'où il n'aura plus à sortir.
3. L'orthoptiste puis le médecin viendront à tour de rôle, passant d'un bureau à l'autre.
4. Un minimum de deux postes équipés permet déjà un gain de temps, mais la consultation sera bien plus fluide avec trois postes (ou plus) par médecin.

Il n'y a pas de poste dédié et personnalisé, chaque bureau est interchangeable.

Dans ces deux options, certains matériels sont uniques et en amont de la prise en charge médicale (tonomètre à air, kérato-réfractomètre, rétinographe, frontofocomètre).

Le ou les bureaux seront équipés d'une lampe à fente

et d'un matériel de réfraction, optotypes et réfracteur (ou boîte de verres) ; tous les postes ont la même fonctionnalité.

Les appareils d'exploration (champ visuel, OCT, biométrie, topographes) ou de traitement (lasers) ne seront pas situés dans les postes d'examen.

Cette organisation est facilitée par l'informatisation en réseau, pivot du concept (mais certains savent à merveille s'en passer). Elle rend les échanges fluides et le réseau doit permettre de voir de chaque poste n'importe quel dossier, de connaître l'identité et la localisation du patient suivant, de consulter son dossier avant d'entrer dans le bureau, de visualiser les noms des patients en attente.

Un circuit interne vidéo ou webcam peut aider à identifier la localisation des membres de l'équipe.

Les locaux

La surface minimum optimale est de 100 mètres carrés par médecin.

L'architecture des locaux est spécifique, permettant de recevoir le patient comme un invité, d'être attentif à chacun et de ne pas donner l'impression de mouvement.

Suivant sa sensibilité personnelle, on peut s'attacher à soigner la décoration (figures 1, 2) et quelques principes seront utiles à suivre :

- éviter les grands espaces communs (qui génèrent une augmentation du niveau sonore et un échauffement en cas de retard),
- faire communiquer les salles d'examen afin de se montrer le moins possible hors des postes, entrées et sorties créant une agitation intempestive.

Une salle de confidentialité peut être dédiée aux assistant(e)s pour l'explication des procédures envisagées



Figure 1.

Dossier

(contactologie, chirurgie, examens complémentaires).

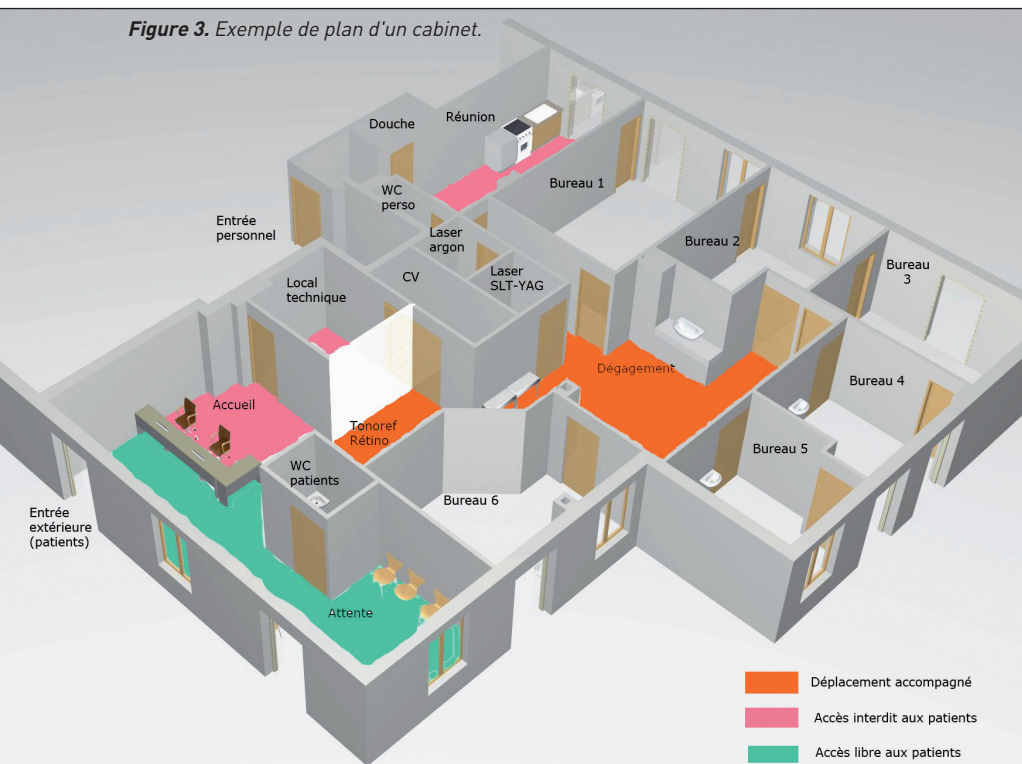
Se garder un endroit privé pour pouvoir rencontrer l'équipe ou les visiteurs (figure 3).



Figure 2.

Figures 1 et 2. Exemple de décoration d'un cabinet
(Cabinet des Oiseaux, Abbeville)

Figure 3. Exemple de plan d'un cabinet.



L'immobilier

Toutes les formes d'acquisition ou de location sont possibles, mais la surface de 100 mètres carrés par médecin nécessite souvent une délocalisation, dans le cas de la transformation de l'activité.

Le matériel

Le coût unitaire d'un poste de travail équipé d'un réfracteur et d'une table avec lampe à fente est d'environ 50 000 euros.

Pour l'informatique en réseau, le passage des câbles doit faire l'objet d'une attention particulière pour sa stabilité.

La gestion des rendez-vous

Si elle n'est pas au sein du cabinet, elle peut être confiée à un secrétariat téléphonique à qui l'on aura fourni une liste écrite de recommandations, régulièrement mise à jour en fonction de l'expérience et des besoins, limitant ainsi les coûts et contraintes salariales et rendant la ligne téléphonique accessible.

La publication de l'agenda sur l'intranet (ou même sur Internet accessible aux patients) et le transfert d'appel permettent de rendre cette procédure invisible, avec la possibilité de modifier l'agenda de tout poste connecté.

Si la délégation présente des avantages, elle a ses inconvénients et ses limites

Les avantages

- L'abaissement du délai de rendez-vous, qui augmente l'accessibilité.
- Le temps passé à s'entretenir avec le patient est bien plus gratifiant (moins de technique), d'autant que l'examen peut commencer par la reformulation des motifs de consultation retranscrits sur le dossier par l'orthoptiste, confortant son impression de prise en charge personnalisée.
- La redondance de certaines étapes permet de diminuer le risque d'erreur, tout détail insolite étant signalé à chaque étape.
- Privilégier une activité particulière

(chirurgie, contactologie, réfractive, rétine, pédiatrie...) est possible en orientant la formation des assistant(e)s.

- Le travail avec délégation n'impose pas un rythme fixe mais tient compte des habitudes du médecin. L'analyse préalable du gain de productivité permet le calcul du temps moyen de consultation. Celle-ci sera alors vécue sans stress temporel inutile : un médecin travaillant lentement pourra garder un temps médical de consultation identique, mais réduira sa présence face au patient de 30 à 50 %.

Les contraintes

- Gérer une équipe n'est pas une tâche à laquelle nous avons été préparés. La gestion de la structure elle-même impose un travail quotidien supplémentaire pendant une année avant sa réalisation et l'année suivante :
 - le travail est plus fluide avec, par médecin, un(e) secrétaire-assistant(e) et un(e) orthoptiste,
 - il faut bien convenir des tâches attribuées à chacune (par l'établissement de fiches de poste).
- Salaires et charges doivent être largement couverts par l'augmentation d'activité dans la même unité de temps.
- Le nombre d'orthoptistes formés à la délégation de tâches est actuellement faible, mais le cursus relativement court des études va modifier rapidement l'offre.
- Le transfert de l'activité ne peut se concevoir qu'en cas de surcharge préalable de travail et de délai moyen de rendez-vous supérieur à un mois.
- Bien que réalisées par certains ophtalmologistes isolés, ces structures verront leur intérêt majoré en cabinet de groupe.
- La création d'un centre en travail aidé pouvant susciter, de la part des ophtalmologistes locaux travaillant de façon classique, réticences, craintes et incompréhensions, le travail d'explication est indispensable.

Des objections sont souvent citées par les confrères en activité

- Incompatibilité avec une consultation sur-spécialisée qui ne peut déléguer qu'une faible partie de l'examen (neuro-ophtalmologie, uvéites).
- Difficulté financière en secteur conventionné strict en dehors de certaines activités spécifiques : chirurgie, contactologie, réfractive, examens complémentaires et traitements particuliers.
- Cessation d'activité proche (deux ans sont nécessaires pour le retour sur l'investissement).
- Lourdeur des charges pérennes en cas de volonté de réduction d'activité.
- L'immobilier : dans certaines zones urbaines, il est difficile de trouver une surface suffisante, d'autant que la transformation de logements en locaux professionnels y est sévèrement réglementée.

En conclusion

Notre évolution démographique voit l'émergence de ce type d'exercice, même si les conditions de réalisation d'une structure en délégation de tâches, faisant appel à des moyens humains, immobiliers, techniques et financiers, n'est pas toujours simple à mettre en œuvre.

Le travail en délégation est cependant un moyen d'exercer plus sereinement en se recentrant sur le côté médical de la prise en charge, et rares sont ceux qui s'installent en travail direct après l'avoir testé à la faveur de remplacements.

Le rôle de chacun des acteurs est encore sujet à modifications suivant les compétences acquises et reconnues.