

# Cataracte



## L'opération de la cataracte en ambulatoire

Dan Alexandre Lebuissou

**E**nviron 90% des cataractes sont opérés en ambulatoire mais 80% le sont dans des locaux aménagés par rapport à la réglementation et non pas à la fonctionnalité ambulatoire.

L'ambulatoire est un mode de circuit du patient indépendamment des techniques anesthésiques. La procédure peut aussi bien concerner une analgésie locale (topique simple), une anesthésie locale (injection périlbulbaire ou sous-conjonctivale), une anesthésie locorégionale, une anesthésie générale et toutes les méthodes d'adjuvants pharmacologiques. La durée ne doit pas dépasser 12 heures alors que dans la littérature anglo-saxonne, elle est de 24 heures ce qui n'est pas sans conséquence sur la comparaison des évaluations.

### Les structures

À ce jour, les véritables structures autonomes n'existent pas car elles ont été dès l'origine combattues par le lobby administratif et hospitalier. Le médiocre rapport de l'HAS (Haute Autorité de santé) sur les conditions d'exercice de la chirurgie de la cataracte n'a rien arrangé par son emploi massif du conditionnel, de souhaits et de formules alambiquées traduisant une méfiance, sans apporter aucun argument ni preuve, à l'égard des chirurgies « foraines ». Tant est si bien que nous ne connaissons que des salles ophtalmologiques partagées ou non au sein de blocs. L'organisation, contrairement à la légende, ne se centre plus alors sur le patient mais sur le système choisi par la structure. Pour l'exemple, le service ambulatoire le plus coûteux de France possède sa salle de préparation à 200 m de l'entrée du bloc opératoire ! Un autre, à forte activité, transborde deux fois le patient avant que celui-ci n'arrive sur la table opératoire ! Tout ceci est possible car la réglementation française n'impose pas un modèle mais des obligations.

La chirurgie à récupération rapide (RRAC), ou *fast-track*, est une notion apparue ces dernières années qui a beaucoup concerné la chirurgie de la cataracte car, somme toute, la majorité des opérations sous anesthésie locale et locorégionale se déroulait selon un tel schéma, mais ce n'était pas formalisé. Le *fast-track* est une chirurgie au circuit accéléré se situant entre l'ambulatoire et l'hébergement traditionnel. C'est schématiquement un mouvement

de soins opératoires faisant l'impasse sur la salle de récupération sans lever les points de sécurité.

### L'équation sécuritaire anesthésique française

Traditionnellement en France, 40 années d'effort viennent de porter sur une équation sécuritaire anesthésique : un patient = une salle opératoire = une unité de temps = pour un patient examiné plus de 24 heures avant l'opération. Il est impossible légalement de modifier cette attitude et à chaque ébauche d'allègement, on entend des protestations au nom de la sécurité. En vérité, rien n'a été fait pour adapter les règlements à un profil particulier d'encadrement, et toutes les chirurgies ambulatoires sont soumises aux mêmes contraintes. Il ne faut pas aller chercher bien loin les raisons du retard français (le seul effet positif a été la suppression des bornes basses). D'autant que les exigences de certification alourdissent énormément la plasticité des circuits.

Une tentative d'amélioration des modes de gestion du circuit ambulatoire est intervenue en 2012 : le 22 août 2012 a été publié au J.O. le décret n° 2012-969 relatif aux alternatives à l'hospitalisation. Parmi les nouveautés à retenir :

- le remplacement de la norme générale d'un infirmier pour cinq patients par un principe de présence permanente minimale médicale et infirmière (Code de la santé publique [CSP] D6124-303),
- la possibilité d'ouvrir les structures pendant une durée plus longue, la durée de séjour des patients demeurant quant à elle limitée à 12 heures au maximum [CSP D6124-301-1),
- la possibilité, à certaines conditions, de mutualiser moyens et personnels des structures d'hospitalisation à temps partiel et à temps complet [CSP D6124-301-1 alinéa 4, 5, 6 et D6124-303),
- la suppression de l'obligation de disposer systématiquement d'une réanimation pour les établissements de santé assurant la continuité des soins par convention [CSP D6124-304 alinéa 2).

Ce décret a immédiatement été contesté par plusieurs corporations. La Société française d'anesthésie et de réa-

Clinique de la Vision, Paris

nimation (SFAR) défend des propositions nouvelles qui accroissent la dépendance à l'égard de l'organisation. Rien n'est faux mais tout est alourdi sans preuve d'un bénéfice sécuritaire en ophtalmologie. Nous retrouvons en anesthésie la pusillanimité organisationnelle constatée en ophtalmologie. Les rapports contraignent bien plus qu'ils ne promeuvent.

### Réduire les interfaces

L'ambulatoire demande d'assimiler l'unité de temps. Edgar Morin dit : « *Ce n'est pas simple, ce n'est pas compliqué mais simplement complexe.* » L'ambulatoire est un système dynamique à inertie variable. Il faut réduire les interfaces, seule condition pour gagner du temps. Le savoir-faire est connu mais se heurte aux hiérarchies et bouleverse les métiers : fin du brancardage, moins de monitoring (pour la plupart des cas), plus de table opératoire mais un fauteuil spécifique, positionnement de vastes salons de sortie et surtout mise en place d'un système de gestion et d'information efficient (figure 1).

La circulation doit être fluide comme un écoulement au fil de l'eau sans goulot d'étranglement. Le battement de cœur de l'ambulatoire (*Tack Time*) est la résultante d'une organisation pensée par une chaîne d'acteurs dans un modèle structurel le plus souvent imposé (figure 2).

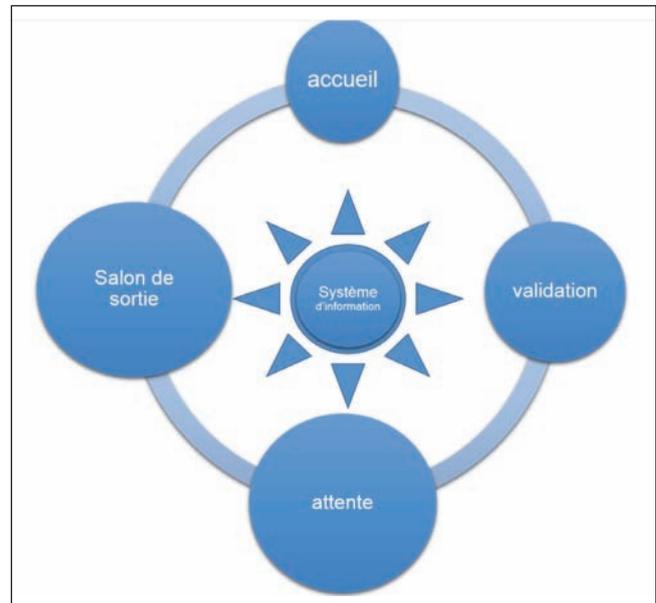


Figure 1. Fonctionnement d'un vrai circuit ambulatoire.

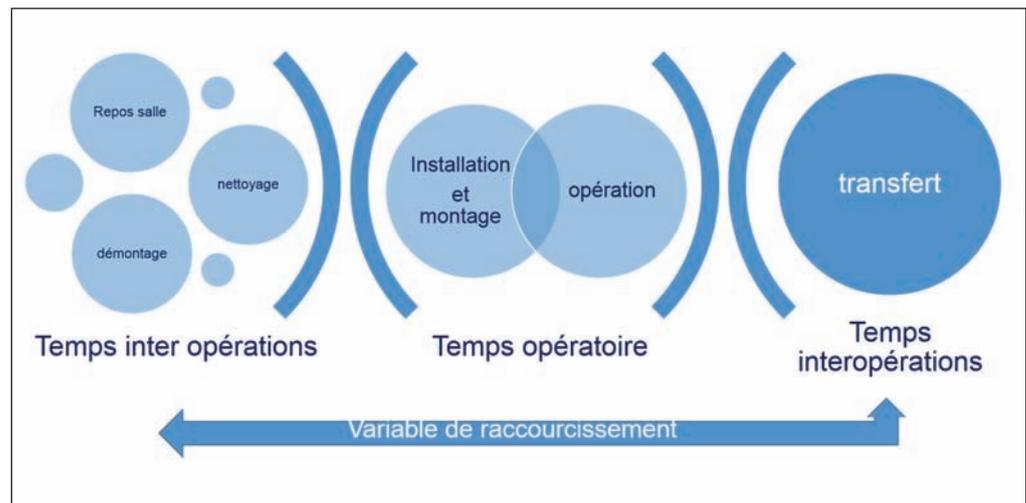


Figure 2. Le temps de transfert doit être superposé au temps d'interopérabilité.