

Le cabinet du futur

Un nouveau concept de cabinet en médecine de famille – partie 2

Il s'agissait maintenant de traduire les idées formulées dans la première partie en processus concrets, en agencement des locaux et en exigences informatiques appropriées.

Markus Steiner^a; Stefan Märke^b

^a Dr. med. EMBA, Leitung Gruppenpraxen, Sanacare AG; ^b M.A., Manager bei Vetterli Roth & Partners

Grâce au prototypage, les idées abstraites deviennent concrètes et les exigences spatiales claires

Il fallait donc désormais transformer ces idées abstraites en processus complets, en une configuration spatiale et en exigences informatiques adaptées. L'approche Integrated Facility Design, parente de la philosophie «lean», signifie également qu'en cas de projet de construction, plus de ressources sont investies dans le design de façon plus précoce afin de développer les processus main dans la main avec la configuration spatiale. Cette approche garantit d'une part des coûts de construction plus faibles car il y a moins de modifications ultérieures, et d'autre part des processus d'exploitation plus efficaces [1]. Par conséquent, nous avons mis sur pied une équipe de projet composée d'une partie de l'équipe du cabinet (assistantes et assistants ainsi que médecins du cabinet bernois, personnes du siège principal de Sanacare), qui a conjointement développé le nouveau concept de cabinet en matière de processus et d'espaces.

L'architecte et le personnel informatique ont également pris part aux ateliers de design. Il a été fait le choix d'une composition variée car cela correspond à la force novatrice des équipes de design [2, 6].

Accompagnés de Messieurs Ch. Vetterli et St. Märke (Vetterli Roth & Partners), nous avons débuté la phase de macro-design. Cette phase se caractérise par l'accumulation d'idées, le prototypage de premières hypothèses, l'examen du caractère adapté des solutions en découlant, et la transformation des connaissances acquises en solutions améliorées, selon la lo-

gique d'innovation du «Design Thinking» (fig. 1). De nombreuses itérations aboutissent à un développement rapide des connaissances et à des solutions toujours meilleures, adaptées au

cabinet [3], tout en réduisant les risques et en accélérant le processus global [4].

En outre, le mode de travail a des effets positifs à moyen terme, tels qu'une culture du

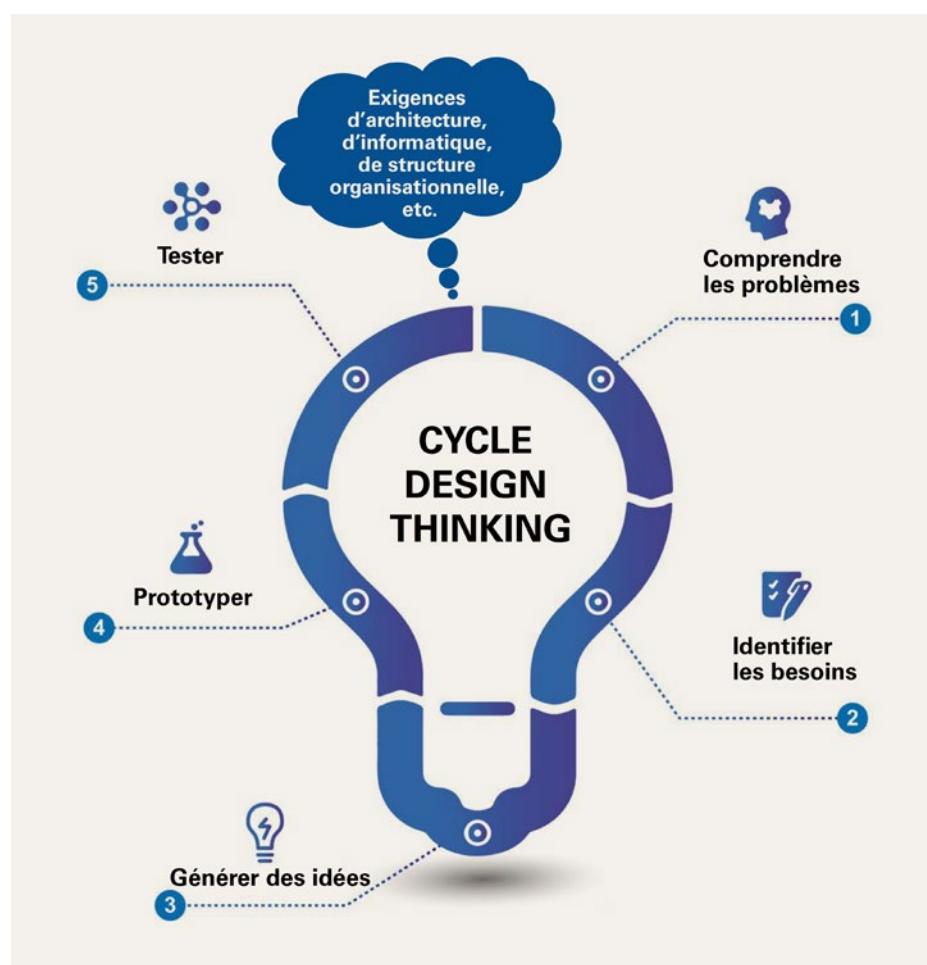


Figure 1: Le cycle «Design Thinking» génère des exigences en matière d'architecture, d'informatique et de structure organisationnelle.

travail subjectivement meilleure [4]. Étant donné que les utilisatrices et utilisateurs ultérieurs développent eux-mêmes leur solution dans le cadre d'un processus guidé, des solutions adaptées à chaque situation voient le jour avec une compréhension commune approfondie de l'avenir, ce qui facilite grandement la mise en œuvre ultérieure [4-6]. Il s'agit d'un processus d'apprentissage et de développement marqué par une compréhension commune, un prototypage, des tests et des améliorations.

Nous avons ici suivi le principe du «Patient first»: les besoins médicaux des patientes et patients doivent être au premier plan, les processus doivent s'orienter en fonction du flux de patients et donc éviter le superflu [7]. Le développement de solutions suit ainsi une logique de création de valeur du point de vue des patients.

Le prototypage est parfois l'étape principale de cette approche (fig. 2): la mise en œuvre tangible immédiate des idées et leur description détaillée progressive ainsi que leur développement. Avec des aides simples telles que des cloisons, des tables, des divans ou des boîtes en carton, des salles de cabinet sont modélisées et des processus de cabinet sont testés conjointement dans une pièce adaptée. Le prototype offre une base de discussion accessible à tous. Il est ainsi possible de détecter précocement les erreurs et de comparer différentes variantes pour les solutionner. Bien qu'un tel mock-up soit très abstrait, c'est une méthode très efficace et rentable pour développer notamment des processus sans accroc ou pour éviter les aménagements peu pratiques des pièces [8].

Test avec des personnages et de «vrais» patients et patientes

Grâce à des simulations, le prototype a été soumis à un test en conditions réelles et les idées concoctées ont été appliquées et développées. Il est ici essentiel de se mettre dans des situations concrètes du quotidien et d'adopter la perspective des patients. Le fondement est ici de faire abstraction des caractéristiques des groupes de patients fréquents en tant qu'individus fictifs, des «personnages» aux besoins différents [3]. Chez les personnes présentant des problèmes médicaux aigus simples, les besoins principaux sont différents de ceux des personnes atteintes de maladies aiguës complexes. À leur tour, ces besoins se distinguent de ceux des personnes aux maladies chroniques.

Enfin, pour le test final du prototype, de «vrais» patients et patientes sont conviés pour suivre le processus, décrire leur expérience et l'évaluer de façon critique, ce qui permet de nouvelles adaptations.

Résultat: le concept du cabinet de groupe Sanacare à Berne

Comment se présente le cabinet de groupe Sanacare à Berne (fig. 3)? Le cabinet s'articule en différentes unités fonctionnelles: une zone d'accueil principale et d'administration, une zone diagnostique et deux zones de consultation, disposant chacune d'une équipe interdisciplinaire.

Les patientes et patients n'entrent dans le système du cabinet que dans la mesure du nécessaire. Les zones d'attente sont décentralisées. L'équipe de consultation dispose à chaque fois d'une salle de travail pour la réalisation des affaires quotidiennes. Les équipes des différentes zones fonctionnent en tant qu'unités autogérées.

La zone d'accueil principale et d'administration se trouve dans l'entrée principale, là où l'ensemble des patientes et patients sont accueillis et dirigés vers leur zone de prise en charge. La pharmacie jouxte cette zone, et la zone d'attente pour le diagnostic est à portée de vue. Étant donné que les patientes et patients obtiennent d'éventuels rendez-vous de suivi directement dans les différentes unités, il n'y a ici aucune collision entre les personnes qui arrivent et celles qui partent. Un accès séparé pour le personnel permet de commencer la journée dans le calme.

Le laboratoire et les deux autres salles diagnostiques se trouvent à proximité de la zone d'accueil principale et d'administration. C'est là que sont réalisés tous les examens diagnostiques et les traitements qui sont prévus.

Les zones de consultation se composent chacune de huit salles de traitement et d'une salle de travail. Les patientes et patients y sont accueillis pour la consultation, les traitements prescrits y sont réalisés, les médicaments sont

délivrés et les rendez-vous de suivi sont posés. Si par exemple une électrocardiographie (ECG) est requise sur le champ et quelle est opportune pour les patientes et patients et judicieuse dans le processus, le médecin change de salle de traitement pour la consultation avec la patiente ou le patient qui suit, ou bien réalise dans la salle de travail les tâches qui ne concernent pas directement les patients. L'ECG peut donc être réalisée par une assistante ou un assistant dans la première salle.

Mais il peut aussi être indiqué que la patiente ou le patient attende dans la zone d'attente la réalisation des mesures diagnostiques par l'assistante ou l'assistant (par exemple un prélèvement sanguin qui sera réalisé dans une salle de traitement libre) et que le médecin lui demande à nouveau de se rendre en salle de consultation lorsque les résultats sont disponibles. Ces processus demandent une standardisation des équipements des salles, et nécessitent la disponibilité du matériel d'examen et de diagnostic nécessaire. Cette gestion flexible des locaux empêche les blocages mutuels et permet une utilisation optimale des salles de consultation.

La standardisation crée de la sécurité, de la fiabilité et de la flexibilité. Les écarts sont immédiatement mis en lumière. Pour économiser des trajets, les prélèvements sanguins et les médicaments sont envoyés dans les différentes zones du cabinet par tube pneumatique, pour les analyses ou les délivrances. Les prestations médicales sont fournies de façon interprofessionnelle. Tout le personnel travaille en fonction de ses compétences. Le Chronic Care Management Coaching s'intègre également au même mode de travail.

Grâce au flux informatique et à la circulation de l'information, le personnel a la possibi-



Figure 2: Lors du prototypage, tout le monde peut participer à la discussion.



Figure 3: Le plan du cabinet. Rouge = zone d'attente, violet = réception/Call Center/administration, vert = salle de traitement, jaune = diagnostic/laboratoire, orange = bureau, bleu = zone d'équipe

lité de s'identifier facilement et rapidement sur chaque ordinateur pour reprendre le travail commencé sur un autre appareil. Il est possible, depuis chaque ordinateur, d'accéder au dossier des patients et à des informations professionnelles numériques. L'organisation du processus est telle que la communication entre le médecin et l'assistante ou l'assistant se fait sans problème. C'est le prérequis pour pouvoir utiliser les locaux avec le maximum de flexibilité, comme décrit plus haut.

Conclusions

Le concept de cabinet décrit requiert une grande capacité d'adaptation de l'ensemble de l'équipe. Un concept détaillé d'exploitation de cabinet avec attribution du poste de travail et des tâches ainsi qu'une composition de l'équipe dans les différentes unités fonctionnelles guide vers une exploitation satisfaisante du cabinet. L'implication directe de l'équipe dans le processus d'innovation facilite les modifications ultérieures. Le reste des membres de l'équipe se voit présenter les solutions imaginées à l'occasion de séances d'équipe, et les questions sont recueillies par l'équipe du projet avant d'être traitées lors de la prochaine journée de simulation. Avec ce procédé, nous avons créé un fondement solide pour l'introduction commune à la nouvelle exploitation de cabinet. Pour les autres optimisations continues, nous utilisons le tableau Kaizen, sur lequel tous les membres de l'équipe peuvent écrire les problèmes rencontrés et les solutions proposées. Lors des séances d'équipe, ces propositions font l'objet de discussions, d'une mise en œuvre ou de développements.

Une enquête anonyme auprès des patients portant sur l'expérience de la visite du cabinet a donné un résultat réjouissant. Les patientes et patients se sentent bien guidés, bien pris en

charge, et trouvent l'atmosphère du cabinet paisible. L'évaluation des temps d'attente s'est améliorée.

Désormais, notre équipe se compose de plus de 30 personnes et, grâce à sa modularité, le concept peut évoluer même en cas d'agrandissement du cabinet et donc s'appliquer.

Vous trouverez la première partie de cet article dans le numéro 4/24 de PHC sous: <https://phc.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/phc-f.2024.1423922509/>

Responsabilité rédactionnelle

Sandra Hügli-Jost
Chargée de communication
mfe Médecins de famille et de l'enfance
Suisse
Secrétariat
Effingerstrasse 2
CH-3011 Berne
[Sandra.Huegli\[at\]hausarzt-schweiz.ch](mailto:Sandra.Huegli[at]hausarzt-schweiz.ch)

Références

- 1 Pelly N, Zealllear BB, Reed M, Martin L. (2013). Utilizing Integrated Facility Design to Improve the Quality of a Pediatric Ambulatory Surgery Center. *Pediatric Anesthesia*. pp. 1–5 <https://doi.org/10.1111/pan.12195>.
- 2 Vetterli C, Leifer L. (2021). Design Thinking. In Angerer, A. (Hrsg.) (2021). *New Healthcare Management: Erfolgreich Organisationen gestalten und managen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- 3 HPI D-School. Die sechs Schritte im Design Thinking Innovationsprozess. <https://hpi.de/school-of-design-thinking/design-thinking/hintergrund/design-thinking-prozess.html> Abgerufen am 13. November 2023.
- 4 Gerken, S., Uebernickel, F., & De Paula, D. (2022). *Design Thinking: a Global Study on Implementation Practices in Organizations: Past-Present-Future*. Universitätsverlag Potsdam.
- 5 Vetterli C, Schmelzer P. (2023): *The Approach of Design Sprints in Healthcare Transformation In: Pfannstiel, M.A. (Hrsg.) (2023). Human-Centered Service Design*

for Healthcare Transformation: Heidelberg: Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-031-20168-4_16.
6 Liedtka J. "Evaluating the Impact of Design Thinking in Action." *Academy of Management Proceedings*. Vol. 2017. No. 1. Acad Manage J. 2017.
7 Hollenstein E, Marquard J, Steiner M, Angerer A. Potenziale von Lean Management in der Hausarztmedizin. *Schweiz Arzteztg*. 2020;101(27–28):865–7.
8 Health Quality Council of Alberta. (2020). *Healthcare Facility Mock-up Evaluation Guidelines: Using Simulation to Optimize Return on Investment for Quality and Patient Safety*. Calgary, Alberta, Canada.