



École nationale supérieure de création industrielle
Mastère spécialisé *Innovation by design*
Thèse professionnelle

Accompagner
le secteur médico-social
par le design

Pour une mobilisation en conscience
de sa portée transformatrice

Lise Burgade

4 janvier 2021

Remerciements



Je me souviens avoir lu les pages de remerciements des mémoires des promotions précédentes avec une gourmandise teintée de voyeurisme, y cherchant la trace humaine et émotionnelle du travail de rédaction du mémoire, et des indices du processus qui avait conduit à ces travaux partagés sur le site de l'ENSCI. A mon tour désormais de l'écrire !

Immense merci tout d'abord à Marie Coirié, qui a non seulement guidé la rédaction de mon mémoire de façon experte, encourageante et stimulante, mais dont les travaux dans le secteur de la santé et du social ont également été les premiers à susciter mon intérêt pour le design et continuent de m'inspirer.

Merci à Mathias Béjean et Stéphane Gauthier, formidables enseignants et chefs d'orchestre de ce cursus, inspirants et soutenant dans nos cheminements personnels.

Merci à mes fabuleux camarades de promotion, dont la chaleur et la solidarité exceptionnelles – résistantes même à la « distanciation sociale » - ont été un ingrédient clé dans la délicieuse recette IBD et le plaisir que m'ont apporté les dix-huit derniers mois. Leurs encouragements ont aussi accompagné de manière décisive ma prise de risque professionnelle cette année.

Sincères remerciements à toutes les personnes qui ont accepté que je les interroge dans le cadre de ce mémoire et de mon cheminement à travers le design « social ». Merci à Romain Sibille (CNSA) qui a facilité ma démarche et a toujours répondu avec réactivité à mes sollicitations. Merci beaucoup aux équipes (designers et leurs collègues) et aux porteurs des projets « CNSA » pour leur confiance et leur ouverture lors de nos échanges sur leurs projets qui m'ont énormément nourrie. Ils m'ont marquée par leur réflexivité et leur générosité.

Et je suis profondément reconnaissante à ma famille pour son soutien dans cette reprise d'études et tout ce qu'elle a impliqué.

Sommaire

Introduction.....	6
Origine et choix du thème	6
Problématique	8
Méthode employée	9
Structuration de ce mémoire	9
Partie 1 – Les apports du design au secteur santé/social.....	11
1.1. Le social : inhérent au design, et de plus en plus investi par les designers.....	11
1.1.1. Le design, une discipline engagée et humaniste.....	11
Dans ses finalités	11
Dans ses méthodes : design participatif	12
1.1.2. Une accélération de la rencontre entre design et secteur du care	12
1.2. Qu’apporte le design au secteur du care ?	14
1.2.1. Synthèse et médiation dans un environnement complexe multi-acteurs.....	14
Un rôle de médiation et de traduction	14
Un langage commun visuel et créatif qui renouvelle les modalités de participation.....	14
1.2.2. Soigner l’environnement pour prendre soin tout court	15
1.2.3. Une approche centrée sur l’humain, attentive à l’expérience et aux usages	17
La subjectivité assumée comme une force.....	17
L’attention aux détails et aux bricolages révélateurs.....	17
1.2.4. Des formats ouverts de co-construction itérative.....	18
1.2.5. Décalage du regard et imaginaires lointains	18
1.3. Sur la piste d’une portée transformatrice du design.....	19
1.3.1. Origine du cadre théorique du « transformation design »	19
1.3.2. Des projets aux ambitions transformatrices ?.....	19
Partie 2 – Accompagnement et innovation par le design dans le secteur médico-social : des projets à la loupe	21
2.1. Le secteur médico-social face au défi de sa transformation	21
2.2. L’appel à projets de la CNSA : un pas vers la légitimation du design comme levier pour accompagner le secteur	23
2.2.1. Un appel à projets à visée exploratoire	23
Soutenir l’innovation de terrain et la montée en compétence du secteur	23
Acculturer le secteur au design et bénéficier de compétences nouvelles.....	24
2.2.2. 16 projets soutenus, dont 4 analysés pour ce mémoire	25
Diversité de projets soutenus.....	25
Sélection de projets analysés pour ce mémoire	25
2.2.3. Matériaux recueillis sur les « terrains »	27
2.3. Analyse de démarches de design dans le secteur médico-social.....	28
2.3.1. Le déroulé des démarches d’innovation sociale par le design	28
2.3.2. Les projets analysés	29
2.3.3. Cadre d’analyse en cinq axes	34
2.3.4. Analyse de la portée transformatrice des démarches de design à partir de 4 projets.....	35
Axe 1 : Évolution de la place des usagers et leur « prise » sur les solutions.....	35

Axe 2 : Valorisation de la contribution des équipes et évolution des « places » de chacun	37
Axe 3 : Enrichissement du sens du travail et renforcement de la cohésion des collectifs	39
Redéfinir la performance et la qualité pour y introduire le bien-être et l'hospitalité.....	39
Rénchanter les formes pour valoriser le soin / le travail	40
Soigner la cohésion et le plaisir du travail en équipe	40
Axe 4 : Progression de l'orientation « usager » et de la vision systémique dans la façon d'aborder les problèmes	41
Axe 5 : Introduction de facteurs favorables à une plus grande « capacité d'innovation » dans les structures	42
Banalisation de l'essai – erreur	42
Décentrage	43
<i>Partie 3 - Mobiliser en conscience la portée transformatrice du design.....</i>	45
3.1. Synthèse des principaux effets transformateurs du design.....	45
3.1.1. Une redéfinition (subversive ?) de la performance et de la qualité de l'accompagnement...	45
3.1.2. Un effet de réflexivité et d'apprentissage organisationnel	46
3.1.3. Une valorisation de l'intelligence des acteurs de terrain.....	47
3.1.4. Un levier d'évolution du climat managérial et relationnel, clé de la capacité à innover.....	49
3.2. Qui dit portée transformatrice dit responsabilité	51
3.2.1. Une portée transformatrice à mobiliser <i>en conscience</i>	51
3.2.2. Une responsabilité proportionnelle aux impacts potentiels.....	52
3.2.3. Un déplacement de la posture des designers : de créateur à facilitateur ?	53
3.3. Institutionnaliser le design sans le « démonétiser »	53
3.3.1. Signaux et risques d'une institutionnalisation du design.....	53
3.3.2. Conditions de réussite.....	54
Des équipes pluridisciplinaires.....	54
Le temps long.....	55
Le portage stratégique	55
Une approche raisonnée de la répliquabilité.....	56
<i>Conclusion</i>	57
Le design, levier d'accompagnement de la transformation du secteur médico-social	57
Par le processus.....	57
Par l'action sur la forme.....	57
Résonance avec un engagement	57
<i>Bibliographie.....</i>	59

Introduction



Origine et choix du thème

Mon parcours professionnel m'a amenée à être témoin et actrice de la façon dont une politique publique est conçue, traduite dans un cadre juridique, transmise d'un échelon à un autre, comprise et mise en œuvre « sur le terrain », et finalement incarnée dans des gestes et décisions quotidiens. Le domaine dans lequel j'ai le plus observé et participé à ce processus est celui de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Cette expérience m'a conduite à un certain nombre de constats insatisfaisants voire frustrants :

- Des politiques, des cadres législatifs et réglementaires conçus sur la base de perceptions incomplètes et notamment peu nourries de la réalité (de l'expérience) vécue et ressentie, subjective ;
- Des usagers peu impliqués et des dispositifs de participation formelle insuffisants pour rééquilibrer l'asymétrie liée à leur vulnérabilité et aux difficultés de communication ;
- Des modalités de coordination et d'intégration entre acteurs institutionnels et opérationnels tenant peu compte de la dimension psychologique, sociologique, sensible, émotionnelle, de la coopération ;
- Une asymétrie entre les rapports inter-acteurs aux différents échelons (verticalité, contrôle, prédominance des préoccupations gestionnaires) et les rapports prônés avec les usagers (accompagnement bienveillant, respectueux, développant les capacités des personnes) ;
- Une complexité faisant obstacle à la réflexion et source de perte de sens, ayant même un effet tétanisant, excluant, enfermant... et un passage trop rare par la forme, le dessin, en guise d'outil de réflexion et de synthèse cognitive¹ dans ce type d'environnement ;
- Une misère formelle et esthétique, dans un secteur où le beau peut être vu comme superflu, luxueux, face à l'ampleur des besoins plus « primaires » à couvrir.

C'est dans ce contexte que je me suis intéressée au design, donc selon une orientation précise : celle de la *volonté de changement* sur le plan de l'élaboration des politiques et de leur conduite (y compris le volet managérial et organisationnel), de *la volonté de m'engager* pour un fonctionnement des politiques sociales plus horizontal, plus collaboratif, plus inclusif, plus ouvert à la diversité des expériences.

Ce que j'entends par « design » dans ce contexte

Si la plupart des interlocuteurs non sensibilisés au sujet pensent d'abord aux objets (design industriel), aux espaces, à l'architecture, et peut-être aux interfaces numériques (design UX/UI), il faut commencer par expliciter le fait que le design s'applique aussi aux services, immatériels mais incarnés dans des « points de contact » et des interactions, et même aux politiques publiques.

Cette « extension du domaine du design » porteuse d'une certaine « dilution de la notion » (Vial, 2019, p. 51) ne doit pas empêcher de formuler ce qu'il a de spécifique. En m'inspirant librement du Que sais-je relatif au design (Vial, 2019), je l'expliquerais de la façon suivante.

¹ Terme emprunté à Gand et Périac (2018), p. 44

Le design est une discipline de conception, porteuse d'un regard singulier centré sur l'humain, et d'une démarche propre, visant un idéal « d'amélioration de l'habitabilité du monde dans toutes ses dimensions » (formule d'Alain Findeli).

Les designers donnent forme à des usages et produisent des connaissances, en réaction à une demande, à un problème complexe (*wicked problems*) se prêtant mal à une logique analytique et linéaire.

Ils déploient une méthodologie rigoureuse, pragmatique, collaborative, créative et itérative qui entremêle en permanence pensée et action, conception et exécution. Celle-ci a donné lieu à diverses modélisations simplificatrices, dont le Design Thinking², largement popularisé mais ne pouvant résumer les démarches de design. Je développerai plus loin dans le mémoire une telle modélisation des étapes « habituelles » d'un projet en design.

Ma première rencontre avec le design dans ce contexte du champ social date du début des années 2010. Ayant réalisé des missions de conseil pour le Département du Val d'Oise, et échangé à nouveau quelques années plus tard avec les acteurs de ce Département, j'ai eu l'occasion d'entendre et de lire des témoignages sur ce qui fut l'une des premières incursions du design dans la conception d'une politique locale du handicap et sa traduction dans l'espace et le processus d'accueil à la MDPH³. Suivant, depuis lors, les travaux de la 27^{ème} région, m'intéressant à l'innovation sociale et managériale, j'ai continué de suivre avec attention l'émergence progressive du design dans le champ social et de la santé au sens large en développant l'intuition qu'il y avait là une réponse intéressante à plusieurs des frustrations que j'évoquais.

C'est forte de cette curiosité et de cet *a priori* positif que j'ai contribué avec enthousiasme à monter en 2018 l'appel à projets (AAP) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA⁴, où je travaillais en tant que directrice adjointe d'une direction métier) intitulé « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design »⁵. L'objectif de cet AAP était d'encourager la rencontre entre designers et acteurs du secteur médico-social et le montage de projets communs permettant d'explorer les apports du design à l'amélioration des politiques de l'autonomie et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap.

Les entretiens réalisés lors du cadrage de cet appel à projets à la mi-2018, avec des designers intervenant dans le secteur santé/social notamment, ont entretenu mon intérêt, voire ma fascination, pour une approche des problèmes différente de celle classiquement employée dans ce

² Tim Brown, *Change by design. How Design Thinking transforms organizations and inspires innovation*, Harpers Collins, 2019 (édition révisée)

³ Voir le récit de cette intervention : Sibieude, T ; Kauffmann, G ; Michel, D-A (2013)

⁴ La CNSA est un établissement public contribuant à concevoir et de mettre en œuvre les politiques publiques en direction des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. La CNSA dispose d'un budget dédié au soutien d'innovations sociales. J'y ai travaillé de début 2012 à fin 2018.

⁵ Lien vers le site CNSA : <https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation-deposer-un-projet/actions-innovantes-thematiques/appele-a-projet-handicap-et-perte-dautonomie-innovation-sociale-par-le-design>

secteur. Inscrite à l'ENSCI un an plus tard pour explorer plus avant cette question, j'ai choisi d'ancrer le présent mémoire dans l'analyse de projets soutenus par la CNSA dans le cadre de cet appel à projets.

Problématique

Le secteur médico-social fait, comme les autres pans de l'action publique, l'objet d'injonctions à se transformer, pour être plus efficient sur le plan de sa gestion mais aussi davantage tourné vers le milieu ordinaire, faire plus de place à la participation des usagers, s'inscrire dans une logique de parcours de vie en étant co-responsable, avec d'autres acteurs spécialisés et ceux du droit commun, de la fluidité et de la qualité de l'expérience des usagers. Séduite *a priori* par les démarches d'innovation sociale par le design, j'ai souhaité m'interroger sur la nature (potentielle) de leur apport et l'ampleur de leur portée, notamment en termes d'accompagnement (définition et conduite) de ces transformations.

Par l'observation de projets soutenus par la CNSA, mon intention était d'aller vérifier et infirmer ou confirmer des intuitions et hypothèses ayant guidé le choix de la CNSA de lancer cet AAP et ayant contribué à mon propre cheminement vers le design. Passer d'un attrait pour le design possiblement fondé sur des « fantasmes » pour porter un regard plus rigoureux, systématique, éclairé par une littérature scientifique, visait également à rendre plus factuel et argumenté mon regard et mon discours sur l'apport du design aux politiques sociales.

Je cherche à répondre dans ce mémoire à la problématique suivante :

Le design peut-il contribuer à accompagner la transformation du secteur médico-social et si oui de quelle manière ?

Mon intuition de départ est que les démarches de design produisent des effets transformateurs (font bouger les rapports de force et la culture) non seulement par la *nature des propositions* auxquelles elles aboutissent mais aussi par le *processus* lui-même.

J'explore donc dans ce mémoire la nature des apports des démarches d'innovation par le design dans le secteur médico-social, et suggère des conditions de développement de ces démarches en tant que contribution à la transformation du secteur.

La transformation qui m'intéresse est celle qui fait bouger les lignes des rapports de pouvoir, contribuant au progrès social par un meilleur partage de celui-ci. *Empowerment* des usagers (dans leur pluralité) et des professionnels, renforcement de leur autonomie et de leur « prise » sur leurs conditions de vie et de travail, reconnaissance de nos interdépendances et vulnérabilités, et valorisation du travail du care, coopération, transparence et dialogue pour éclairer les décisions et partager les responsabilités, le tout au service d'une qualité de vie meilleure, du bien-être et d'une plus grande justice sociale.

De manière certainement trop ambitieuse, je dirais que mon mémoire aura été une contribution utile si :

- ...des acteurs du secteur médico-social curieux du design y trouvent une source de compréhension plus fine de ce que ces démarches peuvent leur apporter, et idéalement

envisagent en conscience de faire de telles démarches un levier d'accompagnement de leurs transformations ;

- ...Et/ou si les designers impliqués dans le secteur médico-social enrichissent à la lecture du présent mémoire leur propre réflexivité, et partagent l'envie d'engager plus durablement des échanges au sein d'une communauté de pratiques ou d'intérêt.

Méthode employée

La réalisation de ce mémoire, comme tous les autres événements de l'année 2020, est marquée par la contrainte imprévue de la pandémie, dont les répercussions ont été particulièrement fortes pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap et pour l'ensemble du secteur qui les accompagne. Si je l'ai initialement souhaité « immersif » et au contact du terrain avec mes cinq sens, les événements en ont décidé autrement. Les projets ont été parfois retardés, et mon accès aux terrains empêché.

Je dois donc ici souligner deux limites de la démarche.

- D'une part certains projets inclus dans mon échantillon se sont avérés être suspendus par la pandémie, et n'ont donc pas abouti. Cela m'a conduit à réduire mon échantillon en cours de rédaction ;
- D'autre part l'analyse des projets n'est nourrie que d'entretiens et de documents. Contrairement à mon projet de départ ayant justifié de choisir des démarches encore en cours plutôt que déjà terminées, je n'ai pas pu porter mon propre regard sur les projets et les réalisations en train de se faire, choisir la façon de les documenter, ni bénéficier de la spontanéité d'échanges que permet la présence longue sur place.

Il m'a donc fallu revoir l'ambition de mon étude et en faire, plutôt qu'une analyse concluante de projets dont je pourrais arguer de la portée plus ou moins transformatrice, *une étape de réflexion sur le potentiel de transformation* que les démarches du design apportent dans leur sillage et les conditions pour le renforcer (si tant est qu'on le souhaite).

La démarche que j'ai suivie a consisté à conduire de façon entremêlée ces différentes activités :

- Choix des projets à analyser (parmi les 16 soutenus par la CNSA), puis rétrécissement de l'échantillon au vu des aléas liés à la crise ;
- Conduite en parallèle d'une analyse de la littérature (courants critiques du design, innovation sociale et innovation publique par le design, design & care, design social, *transformation design...*) et d'entretiens qualitatifs avec les designers et les commanditaires des projets, et avec la CNSA ;
- Itérations entre la structuration d'une grille de lecture des projets synthétisant les dimensions « transformatrices » que je souhaitais analyser, et la lecture systématique du matériau recueilli sur les projets à l'aune de cette grille, me conduisant à la reformuler ;
- Montée en généralité par la synthèse de l'analyse des projets et de mes lectures.

Structuration de ce mémoire

En partie 1, je m'attache à rappeler que la dimension engagée du design et son orientation sur des problématiques sociales et politiques est souvent décrite comme « intrinsèque » à cette discipline. Sur la base d'une analyse de la littérature, je souligne les différents apports des démarches de design

au secteur du soin et de l'accompagnement, et introduis l'idée que ces apports peuvent avoir une portée transformatrice.

En partie 2, je présente le contexte dans lequel une institution comme la CNSA a fait le choix d'expérimenter le recours au design pour accompagner les dynamiques d'innovation dans le secteur médico-social, et sur la base d'une grille de lecture de la portée transformatrice des projets que j'ai élaborée, j'analyse la matière recueillie sur 4 projets d'innovation sociale par le design.

En partie 3, je synthétise les enseignements tirés de l'analyse des projets pour mieux caractériser la portée transformatrice du design et formuler des hypothèses quant aux mécanismes par lesquels il agit (notamment sur le volet culturel et managérial). Suggérant une utilisation plus intentionnelle du design comme levier de transformation, j'identifie des écueils possibles de son institutionnalisation et quelques conditions de réussite de projets de transformation par le design.

Partie 1 – Les apports du design au secteur santé/social



1.1. Le social : inhérent au design, et de plus en plus investi par les designers

1.1.1. Le design, une discipline engagée et humaniste

Dans ses finalités

Pour certains spécialistes, le champ social est « inhérent au design » (Catoir-Brisson, Vial et al, 2016, p. 5) et la finalité sociale en est « l'essence originelle », en tant que « pratique tournée vers l'amélioration de la vie d'autrui et de la collectivité » qui « participe inévitablement à définir les contours du vivre-ensemble. » (Vial, 2019, p. 76)

L'investissement des questions sociales et sociétales par les designers trouve en tout cas sa racine dans l'histoire de la discipline, « agitée par diverses perspectives et discordes » (Midal, 2009, p.9) notamment du fait du tiraillement entre sa finalité marchande et industrielle d'une part et sa finalité politique et sociale d'autre part.

Chez les deux principaux précurseurs du design, l'engagement social et politique est au cœur de leur approche, comme le défend Alexandra Midal dans son *Histoire du design*. L'américaine Catherine Beecher, qui engage lors de la première moitié du XIX^{ème} siècle une démarche de rationalisation des aménagements intérieurs, est portée par un engagement féministe et abolitionniste. Le design a donc à cette époque « une dimension plus politique et idéologique que strictement fonctionnaliste » (Midal, 2009, p. 26). Le mouvement des Arts and crafts mené par William Morris en Angleterre (période 1880-1910) constitue, lui, une réaction de résistance face à la mécanisation et à la condition ouvrière qu'elle implique. Le design, dans une perspective de progrès social, « est investi d'une fonction politique et porte une responsabilité non seulement esthétique, mais aussi, et à travers elle, une responsabilité éthique » (Brun, 2013).

Les utopies portées par le mouvement Arts and crafts se retrouvent ensuite dans la mouvance du Bauhaus (école créée en 1919) (« idéaux de probité morale, de transparence et de progressisme social ») et dans le modernisme scandinave (Brun, 2013).

Si le fort développement de la consommation dans les années 1950 et 1960 fait appel au design en soutien de logiques marchandes et consuméristes, de forts courants critiques se font entendre. La fondation de l'Ecole d'Ulm dans les années 1960, notamment, qui promeut un design au service de l'individu, puis le mouvement radical italien (des années 1960-années 1980), réaffirment les responsabilités politiques et sociétales des designers.

Dans son livre de 1971, le designer austro-américain Victor Papanek utilise des mots très forts pour dénoncer le dévoiement du design et la complicité des designers dans la destruction de la vie et de l'environnement par l'industrie et la consommation à outrance : profession « pernicieuse » (p. 23), responsable d'« aberrations », produisant une « société du gadget », « profanant la terre », le design industriel est réduit à « un argument de vente au service du monde des affaires » (p. 129). Pour Papanek, un designer devrait mettre ses compétences au service du « bien-être social » (p. 79-80) et de la réponse aux « besoins réels (...) d'un monde qui est au pied du mur » (p. 130). Vingt ans après,

la lettre aux designers d'Ettore Sottsass (1990) formule un appel proche de celui de Papanek : « opposer au primitivisme et à la barbarie de la culture industrielle une nouvelle dignité, une conscience plus aiguë de la valeur de l'existence, une vision claire d'aspiration au calme, au bonheur, au jeu et au plaisir que poursuit l'humanité. » (cité par Vial, 2019, p. 46)

Depuis les années 2000, « de nouvelles formes de design s'imposent et s'ajoutent au design industriel », cherchant à « humaniser », « (ré)enchanter », « moraliser » ou « responsabiliser » le complexe hyperindustriel contemporain (Vial, 2019, p.51-53). On assiste alors à un investissement explicite et de plus en plus assumé du champ des questions sociales et sociétales par les designers.

Dans ses méthodes : design participatif

Cette pratique du design, dont on va analyser comment elle agit et ce qu'elle apporte dans le secteur du *care*, revendique à la fois un impact en termes de progrès social, et une fonction de démocratisation.

Manzini (2015, p. 64-65) distingue design social (intervention dans une logique de « charité » et un contexte d'urgence, sur des problématiques comme la pauvreté, la maladie, l'exclusion sociale) et design pour l'innovation sociale (« tout ce que le design expert (professionnel) peut faire pour activer, faire durer et orienter les processus de changement social vers la durabilité/soutenabilité »), mais ils ont tous deux en commun d'influencer « la façon dont se construit la société » (p. 62).

Derrière cette idée de changement social, beaucoup des textes consultés et discours entendus relaient une idée de redistribution du pouvoir, de rééquilibrage de la parole au profit de ceux qui n'ont pas suffisamment « voix au chapitre »⁶. Cette fonction de renforcement de la démocratie est ainsi soulignée sous l'angle de la parole donnée à ceux qui n'en ont pas et de la « contribution aux 'conversations sociales' à propos de ce qu'il faut faire et comment le faire » (Manzini, 2015, p. 63). Il fait ici écho au rôle du designer que suggérait Papanek qui le voyait comme « rien de plus (et rien de moins) qu'un outil mis entre les mains du peuple » (1971, p. 133) pour « attirer l'attention des fabricants, des agents du gouvernement etc., sur les besoins réels des gens. »

En effet, le design social ou pour l'innovation sociale, « par essence collaboratif et participatif (...) suppose que l'expertise est partagée entre destinataires et bénéficiaires. Le design social véhicule donc une figure du designer plus modeste, plus en retrait, qui prend place au sein d'un système complexe qu'il ne maîtrise pas de bout en bout. » (27^e région, p. 72). Il emprunte en cela au courant du « participatory design » né dans les pays scandinaves.

Dans ses finalités (bien-être, progrès social), et ses modalités (participatives), la discipline du design repose donc sur une philosophie compatible avec les politiques sociales et de santé.

1.1.2. Une accélération de la rencontre entre design et secteur du care

Dès la première moitié du XX^e siècle, les acteurs du modernisme s'impliquent dans la « lutte contre l'inadéquation de l'aménagement des lieux de soin » et interviennent dans la conception et

⁶ Certains designers en font très explicitement une de leurs missions. L'agence InWithForward par exemple et son approche du « plaidoyer de la redistribution », visant à « redistribuer le pouvoir aux groupes les plus marginaux et à permettre un épanouissement humain » (Sarah Shulman, in 27^e région, 2015, p. 156)

l'aménagement de sanatoriums (Brun, 2013). Mais depuis ces racines d'il y a un siècle, les démarches de design dans le secteur du soin et de l'accompagnement ont connu un important développement, en lien avec celui du design de services. Les problématiques traitées dépassent désormais l'aménagement intérieur et les objets.

Du côté de la *demande*, la montée de la préoccupation de l'expérience patient (cf. Collectif, 2020) dans les organisations sanitaires (sous l'influence des Etats-Unis, plus avancés), et le souci d'une plus forte orientation-usager des politiques publiques en recherche de légitimité et de proximité, font une place aux compétences des designers dans les équipes projet. Les commanditaires s'acculturent progressivement au design, même si le phénomène est plus récent en France qu'aux Etats-Unis, où l'agence IDEO a joué le rôle de précurseur (Brown, 2019) dès le début des années 2000. Encore peu d'établissements de santé ont internalisé la compétence de design : c'est le cas des Hôpitaux universitaires de Strasbourg avec la Fabrique de l'hospitalité, pionnière, et du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences avec le laboratoire Accueil et hospitalité (lab-ah), ou encore du Fab lab du GH Paris-Sud de l'APHP. Kaiser Permanente, grande organisation intégrée de soins aux Etats-Unis, accompagnée par IDEO en 2003, a non seulement internalisé la compétence en créant sa Kaiser Permanente Innovation Consultancy mais aussi formé depuis des milliers de personnes en interne à l'approche du design centré sur l'humain, conçu comme un véritable levier de différenciation et de transformation (Gravey, 2021).

Caractérisé par sa complexité et ses cloisonnements sources de ruptures dans le parcours des usagers, le secteur de la santé est en effet par excellence un « environnement serviciel multi-acteurs » (Pellerin & Coirié, 2017, p. 41) où le design peut apporter de la valeur. Denis Pellerin et Marie Coirié, qui ont été parmi les premiers à réaliser des projets de design dans le champ hospitalier et médico-social en France il y a une dizaine d'années, y constatent une « détresse de spécialistes dans la conception de services » face à la « demande d'innovation » qui leur est faite, ce qui conduit à un certain « engouement pour le design comme remède » (Pellerin & Coirié, 2017, p. 41). Ainsi, « longtemps passé sous les radars, le care design ou design du soin, est aujourd'hui en plein essor » (Godfrain, 2020).

Du côté de *l'offre*, une génération de designers sortis de l'ENSCI à la fin des années 2000 s'est largement emparée des enjeux d'amélioration de l'expérience des usagers du système de santé et des politiques publiques. Contribuant à la fondation de la 27^e région⁷ et accompagnant ses travaux, des personnes comme Romain Thévenet, Julien Defait, Laura Pandelle, Denis Pellerin, Marie Coirié, Matthew Marino, Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Yoan Ollivier, Grégoire Alix-Tabeling, Xavier Figuerola (liste non exhaustive) ont apporté la preuve aux organisations publiques (collectivités, MDPH, Ministères) et aux acteurs de la santé et du médico-social (établissements de santé, médico-sociaux) que le design pouvait contribuer à répondre à leurs enjeux d'innovation et d'amélioration de l'offre de services.

Un panorama des designers s'intéressant au champ de la santé et du social serait donc aujourd'hui formé d'une assez longue liste d'agences ou de collectifs (&si, Aino, Care and co, Détéa, Humaniteam, Itinéraire bis, Open communities consulting, Sensipode, Signes de sens, Les Sismo, Vraiment vraiment, etc.), de designers indépendants, mais aussi d'écoles (Care design lab de l'Ecole

⁷ L'association La 27^e région cherche à « créer des espaces dans lesquels citoyens, agents et élus étudieraient ensemble les modes de conception des politiques publiques et mettraient au centre du débat la manière dont elles sont fabriquées : pour faire quoi ? avec qui ? pour qui ? en utilisant quels outils ? »

de design de Nantes Atlantique ; In Situ Lab à Strasbourg ; l'université de Nîmes ; l'ENSCI bien sûr), et de designers « intégrés » (notamment au sein des laboratoires d'innovation dans les plus grandes organisations).

Si la place du design progresse dans le secteur des politiques sociales et de santé, il n'en reste pas moins une pratique émergente qui doit encore faire ses preuves, démontrer sa spécificité. La littérature analysée dans le cadre du présent mémoire permet déjà d'identifier une série d'apports spécifiques aux démarches de design.

1.2. Qu'apporte le design au secteur du care ?

1.2.1. Synthèse et médiation dans un environnement complexe multi-acteurs

Un rôle de médiation et de traduction

Victor Papanek soulignait déjà le rôle du designer comme acteur de la synthèse (1971, p. 52-53), créant des « ponts de communication » entre les différents spécialistes participant à un projet et « chargé de synthèse de l'équipe ». La littérature portant sur les projets d'innovation sociale par le design confirme cette figure du designer coordinateur et facilitateur de la collaboration, valorisant et mettant en relation les différentes expertises et compétences nécessaires au projet (Catoir-Brisson, Vial et al., 2016, p. 6 ; Deni, 2014, p. 129 et 134).

Les designers sont également décrits comme des médiateurs ou des interprètes/traducteurs facilitant le travail collaboratif (Catoir-Brisson & Royer, 2017, p. 74). Ce rôle de « traducteur des expériences des usagers (gestion du dialogue interprofessionnel et interdisciplinaire, mais aussi traduction des mots, expériences, points de vue, valeurs en scénarios d'usage) » (Catoir-Brisson & Royer, 2017, p. 74) est illustré dans le récit de la démarche de co-conception d'un bâtiment neuf à l'hôpital Sainte-Anne (Delanoë-Vieux et al., 2019, p. 152) : « L'étude montre qu'avec des outils de recueil et de formalisation différents des outils traditionnels dans le monde institutionnel classique (...) les postures traditionnelles (patient/professionnel) peuvent changer. Ce changement de posture contribue à faciliter l'échange et la collaboration entre les deux parties. (...) Le contenu transmis par les designers n'est pas le contenu capté auprès des usagers. » En « rendant les propos audibles », le designer médiateur « permet de faciliter l'appropriation de la parole des usagers par des professionnels ».

Un langage commun visuel et créatif qui renouvelle les modalités de participation

Le design est « une méthode de conception par les signes », les dessins (Vial, 2019, p. 15).

Qu'il s'agisse des formats d'enquête (avec des « objets à réaction »), de restitution du diagnostic (plus sensibles que de simples écrits) ou du test des concepts de solution avec les usagers et les parties prenantes (à l'aide de modèles, dessins, prototypes), les designers manient la forme et des outils de représentation spécifiques, visuels et créatifs (Catoir-Brisson & Royer, 2017, p. 73). Ces moyens d'expression, liés à la « culture créative » propre aux designers (Cross, 1982) viennent à l'appui de leur rôle de médiation et de traduction.

Les supports, visuels, graphiques, tangibles, constituent un langage rassembleur qui permet de dépasser les jargons qui divisent et excluent, de se figurer des idées et d'y réagir, et de faciliter l'implication des parties prenantes (Pellerin & Coirié, 2017, p. 41). La conduite d'entretien par exemple en est enrichie par rapport à un entretien qualitatif classique : « Afin de faciliter le traitement ultérieur de l'information, l'équipe design utilisait des supports visuels : une frise chronologique qui était remplie tout au long de l'entretien de manière à visualiser les événements. La modélisation en direct de la frise donnant lieu à un jeu d'ajustements avec le patient » (Delanoë-Vieux et al. 2019, p. 144).

Pour Ezio Manzini (2015, p. 121), les « raccourcis graphiques » et la visualisation sont « utiles non seulement pour penser la démocratie et les sociétés complexes mais aussi pour donner aux gens des outils pour orienter leur *projet de vie**»⁸. Il résume les artefacts utilisés dans les démarches de design en trois catégories (p. 133-134) :

- Ceux qui forment des « sujets de conversations » en tant que tels (visualisation de ce qui *pourrait être*)
- Ceux qui servent de « déclencheurs de conversation » (état des lieux - sous forme de cartographie participative par exemple-, alternatives possibles à la situation actuelle – sous forme de scénarios ou récits fictifs par exemple - , kit de répliation...)
- Ceux qui sont des « catalyseurs d'expérience » (prototypes qui permettent de *faire l'expérience* d'un concept ou d'une solution).

Il s'agit là sans conteste d'une compétence distinctive et d'une spécificité de la « touche » des designers dans les projets qu'ils accompagnent.

1.2.2. Soigner l'environnement pour prendre soin tout court

L'attention que portent les designers à la forme et à l'esthétique de l'environnement matériel, mais aussi à l'expérience vécue (parcours de l'usager), fait d'eux des participants à l'activité de prise en soin, d'accompagnement.

Bien que l'importance des facteurs autres que la stricte qualité des soins, du suivi clinique, des gestes métier, soit souvent sous-estimée, les designers intervenant dans le secteur de la santé considèrent « venir en soutien de l'activité soignante » (Pellerin & Coirié, 2017, p. 52). Les porteuses de La fabrique de l'hospitalité, laboratoire d'innovation pionnier au sein des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, parlent « d'esthétique hospitalière » (en référence à « ce qui s'appréhende avec les sens »), pour décrire « l'attention portée aux usagers par la mise en place d'un parcours fluide, d'une information claire, d'une lumière adaptée, de mobilier confortable, de matériaux de qualité, d'une attention aux sons et aux odeurs ou encore à la température ». Leur ambition est ainsi « de ne pas ajouter à l'affliction, de soulager et d'apporter (...) un peu de mieux-être » mais aussi, en agissant sur les espaces de travail, de « rendre possible l'évolution des pratiques professionnelles vers une nouvelle façon de prendre soin des patients. » (Bay et Desflaches, 2019, p. 85).

⁸ (*c'est moi qui accentue). Ce dernier terme fait évidemment écho, pour une professionnelle du secteur médico-social, au « projet de vie » que les personnes en situation de handicap sont invitées à formuler à l'appui de leurs demandes d'ouvertures de droits à la MDPH

A l'heure où l'on prend davantage conscience de la notion d'expérience patient/usager et de son rôle comme levier d'amélioration de la prise en charge, le fait que le design agisse sur plusieurs aspects sensibles et visibles de cette expérience, et la considère dans sa globalité, en fait un allié important. Comme le rappellent Pellerin et Coirié (2017, p. 51), « la confiance des patients se bâtit autour d'un ensemble de conditions : l'environnement, la fluidité de la communication, la fluidité du parcours de soin, la cohérence des formes et des signes. »

La psychologie sociale de l'environnement qui analyse les liens entre l'espace, sa forme, son état, d'une part, et les comportements, ressentis, interactions sociales d'autre part, fournit de ce point de vue des clés utiles de compréhension du rôle que peuvent jouer les formes de l'environnement de soin et d'accompagnement.

Gustave-Nicolas Fischer (2011) qualifie ainsi l'espace de « matrice de l'existence sociale » (p. 23), « matrice de l'expérience individuelle et collective » et « organisateur de l'interaction sociale » (p. 25) : « les valeurs inscrites dans l'espace jouent comme des éléments normatifs sur les comportements et les représentations » (p. 25). Or, l'environnement dans les structures du secteur sanitaire, social ou médico-social est souvent pensé selon des critères strictement fonctionnalistes et sécuritaires. Il est parfois dégradé faute d'investissement suffisant, pouvant véhiculer l'idée d'une *moindre valeur*, d'une exclusion, une forme de mépris, de non-appartenance, de non-mérite de mieux. Cette dévalorisation inscrite dans l'espace quand il est inconfortable, inhospitalier, inesthétique, voire glauque et inhabitable, se répercute sur les personnes et l'image qu'elles ont d'elles-mêmes.

Gustave-Nicolas Fischer explique également (p. 77-78) que « si l'espace social est conçu à partir d'un principe de répartition des individus et des groupes qui les affecte à des lieux désignés, ces lieux, en outre, les placent dans une position déterminée à l'intérieur de la pyramide sociale. Toute organisation de l'espace fonctionne ainsi comme un système d'assignation (...) qui sous-entend la distribution des statuts et des rôles sociaux, et la donne à voir. »

En travaillant sur les espaces, la qualité d'usage et la qualité formelle de l'environnement de soin et d'accompagnement, les designers travaillent donc à réduire la distance qui sépare personnes vulnérables et personnes « valides », et à réinterroger l'assignation des personnes accueillies/soignées à un statut dévalorisant.

Dans l'ouvrage collectif *Design écosocial*, Ludovic Duhem et Kenneth Rabin (2018, p. 14-15) font également le lien entre environnement et rapports sociaux, et vont jusqu'à considérer l'enjeu esthétique comme « un enjeu majeur de la critique écosociale ». Ils évoquent une « misère esthétique » (redoublant la misère écologique et la misère sociale) liée à la dégradation objective de l'environnement et à une « insensibilisation généralisée ». Situation à laquelle le design contribue à apporter des réponses.

La posture assumée et affichée par les designers de l'agence des Sismo, qui développent une approche et un programme de formation *Design with care*, renvoie également à cette figure du designer qui « prend soin ». Comme le souligne Roxane Andrès, « (...) un certain nombre de designers ont déployé des manières de faire menant sur le territoire du soin et développant un « art de soigner » (...). Des designers réparateurs apparaissent, ils se font soignants d'une production qu'ils vont traiter comme des patients malades ou vieillissants. (...) Ainsi, (...) soigner le corps et

soigner les objets relèvent alors de la même attitude, celle qu'Ezio Manzini a pu qualifier d'« attention aux choses », en écho à l'éthique du care. » (Andrès, 2017, p. 95)

1.2.3. Une approche centrée sur l'humain, attentive à l'expérience et aux usages

Pour poursuivre cette identification de ce que le design apporte au secteur de la santé et de l'accompagnement social et médico-social, on peut souligner combien cette discipline donne une réalité concrète aux discours sur « l'humain / l'utilisateur au centre ». Les chercheurs britanniques Davey et Wooton (2016, P.72) voient « la valeur clé du design (comme venant) de l'adoption d'une approche centrée sur l'humain, dans laquelle l'expérience intrinsèque de l'utilisateur est comprise de façon riche et signifiante. » En s'intéressant à l'expérience humaine au sens large, aux perceptions, émotions, aspirations, et en déployant leur créativité, les designers produisent un effet de « catalyse » pour que les projets « améliorent significativement la vie des gens ».

La subjectivité assumée comme une force

La culture des designers « met le point de vue de l'expérience vécue par l'utilisateur au centre du projet. » (Pellerin & Coirié, 2017, p. 41). Cette observation du parcours des usagers/utilisateurs, et l'intérêt pour qu'ils perçoivent, ressentent et pensent (leur subjectivité) est spécifique au regard des designers. La phase d'immersion au début des projets est à ce titre de première importance « pour explorer les subtilités de l'expérience vécue (...). Par exemple, il nous aurait été difficile de saisir combien préserver la sérénité des patients est déterminant pour le service, si nous n'avions pas vu les patients angoissés prendre la direction de la sortie à dix reprises dans la même journée. » (Pellerin & Coirié, 2017, p. 45)

Cette place faite à la subjectivité et aux émotions fait partie de ce qui m'a intéressée dans le design, en tant que cette approche me paraît éminemment complémentaire à la rationalité ou l'objectivité privilégiées pour informer les décideurs des politiques publiques et fonder les orientations de conception des dispositifs, même quand ceux-ci touchent pourtant à l'intime et à la vie personnelle et sociale des usagers. Roxane Andrès (2017, p. 94) souligne combien cette prise en compte de la subjectivité est une pratique assumée au sein de la pratique du design. Davey et Wooton (2016, p. 71-72) distinguent ainsi la recherche (au sens des dispositifs d'enquête et de diagnostic terrain) conduite dans l'objectif de gagner en « insight »⁹, de dispositifs qui auraient pour objectif « de collecter de la donnée » : l'emploi de l'empathie, l'introspection, l'intelligence émotionnelle, y sont des outils tout à fait valables.

L'attention aux détails et aux bricolages révélateurs

Le regard des designers se porte sur des détails ou aspects concrets qui sont des marques de l'inventivité des acteurs, et valorisent la « ruse » dont ils font preuve pour contourner au quotidien les difficultés qu'ils rencontrent. C'est un trait commun à ce que feraient des chercheurs spécialisés dans l'analyse du travail¹⁰.

Qu'ils interviennent en milieu professionnel comme les établissements de santé ou au domicile de personnes vulnérables, des designers remarquent en effet les « maladresses de l'aménagement », les

⁹ Insight peut être traduit par : une nouvelle compréhension, sensible et profonde, révélée par l'observation.

¹⁰ Voir par exemple les travaux de recherche sur le travail des aides à domicile : Hennion et al., 2012

« aménagements spontanés parfois à la marge des réglementations » (Pellerin & Coirié, 2017, p. 44) ou encore la « pratique qui reste méconnue et discrète : les bricolages d'aidants, de proches et de la personne âgée elle-même, afin d'adapter son environnement » (Andrès, 2017). C'est ainsi le savoir expérientiel, les compétences tacites des personnes et des équipes qui sont mis en lumière, qui nourrissent le diagnostic sensible du problème et l'identification des ressources pour y répondre, et qui peuvent ainsi être mobilisés dans les démarches de co-construction, plutôt qu'être vues comme des déviances qu'il s'agirait de corriger.

Les stratégies de détournements, astuces, et procédures alternatives sont également des indices de pistes de solutions à systématiser : « L'observation attentive de ces situations est importante pour un designer car elle permet d'identifier avec clarté les conditions dans lesquelles son travail peut être nécessaire pour trouver des solutions systématiques réutilisables à grande échelle. » (Deni, 2014, p. 132)

1.2.4. Des formats ouverts de co-construction itérative

Les démarches d'innovation sociale par le design déployées dans le secteur du care sont généralement participatives. Cette participation des usagers et des agents de terrain et autres parties prenantes relève d'un niveau de co-construction ou co-design plutôt que de consultation (Catoir-Brisson & Royer, 2017, p. 73). On cherche des insights et des idées et non des alibis ou à « conduire le changement ».

L'implication des usages « est aussi une source d'inspiration si cette présence est individuelle, incarnée dans des situations, la démarche design réfutant les représentations instituées, statistiques, ou complètement abstraites. » (Özdirlik et Pallez, 2017, p. 77)

1.2.5. Décalage du regard et imaginaires lointains

Une source importante de créativité et de légitimité des propositions des designers réside dans leur connaissance d'autres univers, notamment sectoriels et professionnels. Le designer est en quelque sorte un « importateur » d'idées et d'inspirations, dans des univers qui sont parfois un peu étanches au reste du monde (car ils se considèrent comme très spécifiques – ce fut parfois mon impression dans le secteur médico-social) ou trop concentrés sur leurs missions dans un faisceau de contraintes importantes (« l'exploitation »), pour se nourrir « d'explorations » dans d'autres champs (cf. O'Reilly et Tushman, 2004).

« Dans le processus de génération d'idées, les communautés extérieures auxquelles sont connectés les innovateurs jouent un rôle crucial (...). Ce que lisent et entendent les (designers), leurs expériences passées dans de tout autres domaines, les échanges qu'ils peuvent avoir avec les communautés auxquelles ils sont reliés, alimentent leur réflexion et activent leur créativité au même titre que les informations strictement issues du terrain, notamment leurs échanges avec les usagers et les agents. » (Özdirlik & Pallez, 2017, p. 82-83). C'est ce décalage du regard notamment qui permet un « déplacement ou changement de sens » au sens des thèses de Norman et Verganti sur l'innovation radicale.

Ainsi, Michela Deni met en garde contre une trop forte spécialisation des designers dans un secteur : « (...) pour rendre plus efficace son action, un designer doit connaître les besoins et les possibilités des spécialistes d'autres secteurs qui, dans des occasions particulières, deviennent des

figures complémentaires à la réussite de « son » projet. » (Deni, 2014, p. 138) Pellerin et Coirié l'illustrent dans leur récit de la démarche à Strasbourg : « (...) comment aider les acteurs à se libérer des réflexes et représentations issues de leurs domaines pour envisager des conceptions différentes ? (...) A plusieurs reprises dans cette phase d'exploration créative, nous avons recours à des imaginaires étrangers au soin. » (Pellerin & Coirié, 2017, p. 47)

Le designer apporte donc d'autant plus de valeur à un projet qu'il est « hors système », que son profil est original par rapport au cœur de métier du secteur dans lequel il intervient, et qu'il se nourrit d'autres univers, sources de métaphores fertiles.

1.3. Sur la piste d'une portée transformatrice du design

1.3.1. Origine du cadre théorique du « transformation design »

La notion de *transformation design* est apparue pour la première fois en Grande-Bretagne en 2006, dans un article de l'équipe dite RED du Design council (Burns et al., 2006) revendiquant la spécificité de son approche, qui s'avère politiquement et historiquement située¹¹. Ayant disparu depuis des publications britanniques, la notion est plus usitée en Allemagne, comme en atteste la publication en 2016 du livre *Transformation design - Perspectives on a New Design Attitude*¹². Je propose de traduire *transformation design* par : projets de transformation par le design, dans le souci de rendre compte de l'intention transformatrice des projets de design dont il s'agit.

1.3.2. Des projets aux ambitions transformatrices ?

La chercheuse milanaise Daniela Sangiorgi (2011) propose un cadre théorique pour décrire la pratique de design de services au sein de projets de transformation. Synthétisant les apports de la recherche en changement organisationnel et celle sur l'action communautaire pour nourrir l'analyse des projets de transformation par le design, elle identifie les 7 « principes transformationnels » suivants (traduction libre par mes soins) :

1. Des citoyens actifs : conçus comme « agents », co-producteurs du service, (re)prenant le pouvoir sur leur vie, leur santé, interrogeant les structures de pouvoir existantes par l'exercice de leur droit à participer.
2. Une intervention à l'échelle de la communauté : prenant en compte les dynamiques sociales, les territoires et les groupes électifs dont font partie les individus
3. La construction de « capacités » et de partenariats de projet, le processus d'apprentissage entre designers et participants au projet conduisant non seulement à l'appropriation partagée du résultat du projet mais aussi des méthodes mêmes.
4. Une redistribution du pouvoir entre designers et usagers (elle évoque le « dilemme du contrôle » : les participants doivent être actifs dans le processus mais les designers ne peuvent pas perdre complètement le contrôle). Concernant la redistribution du pouvoir *entre les acteurs d'une organisation*, Sangiorgi estime par ailleurs que le *transformation*

¹¹ Davey et Wooton (2016) pensent que cette notion a été utilisée par le Design Council pour obtenir l'accord et le soutien du gouvernement du Royaume-Uni (son financeur). Caroline L Davey et Andrew B Wooton sont Directeurs du Design Against Crime Solution Centre de l'Université de Salford à Manchester.

¹² Ouvrage coordonné par Wolfgang Jonas, Sarah Zerwas et Kristof von Anshelm (éd. Birkhäuser, Bâle)

design s'y est peu intéressé contrairement au courant du design participatif (recherche scandinave notamment, Pelle Ehn).

5. Un développement de l'imagination et de l'espoir : la capacité des designers à penser « hors de la boîte » et à proposer de nouvelles visions du futur contribue aux processus de changement
6. La construction d'infrastructures et de plateformes d'encapacitation au sens de pratiques, outils, rôles et règles qui « se fondent dans les structures » et permettent à des pratiques et des comportements (innovants notamment) d'émerger et qui favorisent la durabilité et maintenabilité des solutions issues des projets de design
7. Une évaluation du succès et de l'impact des démarches.

Si ces principes constituent un apport utile pour situer les démarches de transformation par le design, le papier initial du Design council en propose un cadre d'analyse plus opérationnel (Burns et al., 2006, p. 20-22) autour de 6 caractéristiques que les projets de transformation par le design démontrent. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- Le fait de « redéfinir la commande » : La nature ambiguë des problèmes auxquels sont confrontées les organisations (ni le problème ni la solution ne sont complètement clairs au départ) implique que les designers remontent « en amont » de la commande pour venir la reformuler et définir « le vrai problème ».
- Le fait d'agir en synthèse et médiation entre disciplines : « Reconnaissant que les problèmes complexes ne peuvent être analysés d'un seul point de vue, et relèvent rarement d'une seule partie de l'organisation ou d'un seul type de compétences, le processus de design crée un espace neutre au sein duquel un ensemble de personnes, dont l'expertise est pertinente pour le problème à traiter, peuvent travailler ensemble. »
- L'emploi de techniques de conception participatives et inclusives puisant dans l'expertise d'usage et les savoirs expérientiels des usagers et des professionnels de première ligne. (→ cf. principes n° 1 et 4 de D. Sangiorgi)
- L'engendrement de nouvelles capacités et non de dépendance aux intervenants (→ cf. principe n° 6 de D. Sangiorgi) : « le design pour la transformation cherche à laisser derrière lui non plus la forme d'une nouvelle solution, mais les outils, compétences, et capacités organisationnelles pour une adaptation permanente. »
- Le dépassement des solutions traditionnelles, ce type de design s'aventurant – au-delà des produits et services - sur le terrain des processus, des expériences, des organisations, des systèmes.
- L'ambition de produire un changement en profondeur : « dans le secteur public, poursuivre un objectif de progrès social, dans le secteur privé, susciter chez son client une évolution de la culture organisationnelle pour qu'elle soit plus centrée sur l'humain, aider à transformer les organisations en leur donnant la capacité de concevoir des expériences depuis une perspective humaine. »

Ces travaux font donc état de projets de design *dont l'intention, l'ambition, est de transformer*. Ils nourrissent mon cadre d'analyse des projets d'innovation par le design dans le secteur médico-social, mais l'idée que je développe dans les parties qui suivent est que l'expérience de démarches de design, mises en œuvre pour résoudre un problème, est porteuse de transformations pour le secteur médico-social, *sans en avoir nécessairement eu l'intention, ni en avoir toujours conscience*.

Partie 2 – Accompagnement et innovation par le design dans le secteur médico-social : des projets à la loupe

J'analyse dans cette deuxième partie la façon dont les démarches de design conduites dans le secteur médico-social peuvent contribuer à la dynamique de transformation engagée dans le secteur. Après avoir rapidement caractérisé cette dynamique, je décris l'approche de la CNSA l'ayant conduite à soutenir des démarches de design par le biais d'un appel à projets. J'analyse enfin 4 projets de design soutenus dans ce cadre, sous l'angle de leur portée transformatrice.

2.1. Le secteur médico-social face au défi de sa transformation

Le secteur médico-social existe en tant que tel depuis une loi de 1975, mais le développement d'une offre d'accueil et d'hébergement a commencé bien plus tôt, trouvant son origine dans les hospices, et s'accéléralant à partir des années 1960 notamment sous l'impulsion de personnes et de familles.

Une dynamique de transformation du secteur est engagée depuis le milieu des années 2010, au sens d'une évolution des paradigmes et des cadres législatifs et réglementaires qui le régissent. Plusieurs éléments hérités de l'histoire du secteur médico-social se trouvent aujourd'hui percutés par les aspirations des personnes concernées et les tendances sociétales.

Un certain nombre de tensions notamment sont à l'œuvre :

- Tension entre sécurité et inclusion dans la société, vie « comme les autres, avec les autres »¹³. Les établissements médico-sociaux sont invités à s'ouvrir sur leur environnement et à se positionner comme des sources d'expertise pour les autres acteurs, notamment du milieu ordinaire. On parle ainsi de « virage inclusif » dans le secteur du handicap et de « virage domiciliaire »¹⁴ pour le secteur du grand âge.
- Tension entre expertise et polyvalence/souplesse, car la sophistication progressive de la réglementation, pour reconnaître les différents types d'offres et prévoir des mécanismes de financement ad hoc, est devenue source de rigidités, créant des situations d'incompatibilité de l'offre et de la demande que de récentes réformes cherchent à corriger.
- Tension entre proximité, « taille humaine » et logiques de concentration et de mutualisation : une tendance observée dans le champ des personnes âgées, et plus récemment aussi du handicap notamment sous l'effet de politiques d'organisation de l'offre et de contractualisation visant plus d'efficacité par la mutualisation de fonctions, fait progressivement évoluer le paysage fragmenté du secteur.
- Tension entre une gouvernance éclatée et une coresponsabilité pour répondre à des besoins multidimensionnels et des situations individuelles complexes. La dynamique « Une réponse accompagnée pour tous » a notamment souligné la nécessité de raisonner en termes de *réponses* (le cas échéant composées de multiples modules) et non plus simplement de *places*, au service de la continuité des parcours de vie des personnes.

¹³ Le diagnostic est posé en ces termes dans le partenariat récemment renouvelé entre la CNSA et l'EHESP pour poursuivre les travaux de recherche relatifs aux évolutions du secteur.

¹⁴ « Virage inclusif », « virage domiciliaire » : on peut noter, à l'instar de Stéphane Velut (2020) au sujet du virage ambulatoire pour l'hôpital, la connotation de vitesse du changement. On emploie aussi le terme plus progressif de « transition inclusive ».

- Tension entre culture managériale hiérarchique et demande d'innovation : les acteurs du secteur prennent conscience progressivement¹⁵ de la nécessité d'engager un changement de culture et de pratiques managériales pour éviter une injonction contradictoire à la coopération et à la créativité dans des organisations hiérarchiques et cloisonnées.

En résumant ici les grandes orientations de la transformation engagée, je cherche à les rendre lisibles, pour identifier plus aisément en quoi les démarches de design peuvent y contribuer.

Paradigme de départ	Cible de la transformation	Reformulation en tant qu'axe de transformation
Raisonnement en « places »	Raisonnement en réponses modulaires au service du parcours de vie	L'inclusion et la continuité et fluidité des parcours de vie, enjeux de la coopération entre acteurs co-responsables
Protection dans les murs d'un établissement	Inclusion en milieu ordinaire, les établissements devenant des plateformes dont les ressources expertes « sortent des murs »	
Multiplier quantitativement les places	Diversifier qualitativement l'offre	Une capacité d'innovation et une souplesse accrue du secteur médico-social
Hyper spécialisation des structures et rigidité pour aller de l'une à l'autre ou combiner les accompagnements	Polyvalence et souplesse, ajustement permanent des réponses à l'évolution de la situation	
Coordonner des opérateurs	Intégrer les composantes de l'offre dans une logique de coresponsabilité	
Programmation et maîtrise de l'évolution de l'offre par les autorités de contrôle et de tarification, à travers des appels à projets	Combinaison de l'approche programmatique avec une co-construction des innovations (appels à manifestation d'intérêt par ex.)	
Compenser les déficits	Valoriser les capacités, l'expertise d'usage, encourager la pair-émulation	Un pouvoir accru des usagers, une prise en compte de leurs capacités
Silos institutionnels et cloisonnement des opérateurs territoriaux	Gouvernance territoriale partagée, accent sur la coopération	Une culture managériale plus horizontale, favorisant la participation, la transversalité et l'expression de l'intelligence collective
Accent sur la professionnalisation et la qualification des intervenants	Accent sur la fidélisation et l'engagement	
Accent sur la prévention des risques professionnels	Focus croissant sur les risques psycho-sociaux, accent sur la qualité de vie au travail	Un retour au sens du métier et une amélioration de la soutenabilité du travail, notamment par un rééquilibrage des dimensions humaines et sensibles face aux dimensions règlementaires, gestionnaires et techniques
Intervention des régulateurs sur l'organisation « macro » de l'offre	Intérêt des régulateurs étendu aux problématiques managériales internes comme facteurs de réussite des évolutions de l'offre	

¹⁵ Des évolutions concrètes sont engagées, cf. la démarche de la CNSA d'évaluation de transformations managériales de services d'aide à domicile vers des équipes autogérées, ainsi que l'intégration de la composante managériale dans les travaux de l'ANAP relatifs à la transformation de l'offre médico-sociale.

2.2. L'appel à projets de la CNSA : un pas vers la légitimation du design comme levier pour accompagner le secteur

C'est dans ce contexte de transformation du secteur médico-social, faisant appel à sa capacité à s'ouvrir à son environnement et à innover, que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, acteur clé de l'évolution des politiques de l'autonomie au niveau national, a pour la première fois explicitement mobilisé le design au service de l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes. Lancé en juin 2018, l'appel à projets intitulé « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design » s'inscrivait dans une politique de soutien à l'innovation.

2.2.1. Un appel à projets à visée exploratoire

Soutenir l'innovation de terrain et la montée en compétence du secteur

La CNSA compte parmi ses missions le soutien à la recherche et à l'innovation dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie et y consacre annuellement environ 15 millions d'euros. La principale modalité de mise en œuvre du soutien à l'innovation a d'abord été « un dispositif ouvert et permanent de soumission de projets (AAP permanent) », dans une logique ascendante, « renforcé depuis 2015 par un appel à projets thématique annuel » (CNSA, 2018, p.4), procédé laissant plus de place au cadrage descendant.

L'objectif affiché de l'appel à projets permanent était « double : amélioration de la connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie, et leurs conséquences, et expérimentation de nouveaux dispositifs, actions et méthodes pour améliorer l'accompagnement des personnes » (CNSA, 2018, p. 4). Il reposait sur les hypothèses suivantes¹⁶ : les bonnes idées viennent des acteurs de terrain, et dans un secteur très réglementé, des démarches expérimentales « hors des cases » doivent être encouragées.

Ce dispositif purement ascendant présentait des inconvénients :

- difficulté à capitaliser et à essaimer faute de pouvoir croiser plusieurs expériences proches,
- inadéquation de la nature des projets par rapport aux attentes (financement prédominant de guides, d'études, d'enquêtes, et insuffisamment d'expérimentations)

C'est pourquoi la CNSA a introduit des appels à projets plus ciblés. Ils ont été thématiques tout d'abord (aides aux aidants, aides techniques, accès aux loisirs), puis à partir de 2017 relatifs aux *méthodes* d'innovation, notamment face au constat d'un besoin de progrès du secteur sur ce plan.

Après celui sur les voyages d'études, l'appel à projets Design était donc le deuxième à proposer d'explorer la façon dont une méthode particulière de conception de solutions pouvait soutenir le secteur médico-social dans sa dynamique d'innovation et de transformation. A travers des projets ponctuels proposés dans le cadre de l'AAP permanent, la Direction scientifique de la CNSA avait repéré l'émergence du design dans la palette de démarches possibles, et constaté que cette approche se heurtait aux critères habituels de sélection des projets par le Comité des subventions, qui ne les retenait pas¹⁷. Pressentant néanmoins l'intérêt d'une telle approche (notamment la plus-value de

¹⁶ Source principale pour cette sous-partie : Entretien CNSA (direction scientifique), 17 juillet 2020

¹⁷ L'un des projets avait été « vivement critiqué par le jury, avec une vraie incompréhension de ce que pourrait vouloir dire le design, une impression qu'on demandait un chèque en blanc. » (entretien avec la directrice scientifique de l'époque)

l'observation terrain sur un temps long avec un regard neuf, et la co-construction avec les usagers), la Directrice scientifique a proposé, parmi 3 thèmes possibles, une exploration des apports du design. En tant que directrice adjointe des Établissements et services médico-sociaux (l'une des deux directions métier), j'ai exprimé mon soutien à cette option, que la Direction générale a entérinée.

Avec cet AAP, la CNSA a donc fait une sorte de pari, et pris un risque – mesuré et permis par son enveloppe dédiée à l'innovation – en *essayant* une démarche sans garantie ni de succès auprès du secteur, ni de pertinence des résultats. En cofinçant des projets, elle a aussi facilité cette prise de risque pour les acteurs du secteur médico-social, en prenant en charge une partie de l'enjeu budgétaire de cette démarche innovante.

Acculturer le secteur au design et bénéficier de compétences nouvelles

L'appel à projets affichait les objectifs suivants :

- Acculturer le secteur aux approches de design ;
- Intéresser les designers aux enjeux du handicap et de la perte d'autonomie ;
- Faire émerger des réponses innovantes à partir de constats de terrain ;
- Valider le potentiel du design comme mode de construction de solutions, de services et de politiques publiques dans le champ de l'autonomie.

Il s'agissait donc « d'aérer le secteur » en y faisant entrer des compétences nouvelles, émergentes, susceptibles de contribuer à « résoudre des problèmes concrets » (entretien CNSA).

Le texte même de l'appel à projets et sa méthode, notamment l'idée d'un site de rencontre pour mettre en relation porteurs de projets médico-sociaux et designers intéressés (cf. extrait ci-contre du dossier de candidature) ont été conçus à l'issue d'une série d'entretiens exploratoires avec des designers et d'une analyse de la littérature, auxquelles j'ai contribué aux côtés de l'équipe de la Direction scientifique de la CNSA.

Site de rencontre...

Vous intervenez dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie et vous êtes intéressés par le projet mais :

- Vous avez besoin de mieux comprendre les démarches de design
- Vous ne trouvez pas de partenaire Designer

Vous êtes une agence/ unité de recherche / école de design intéressée par l'appel à projet :

- Vous avez un projet et vous cherchez un porteur
- Vous souhaitez rentrer en contact avec un porteur qui a un projet mais pas de partenaire

INSCRIVEZ-VOUS SUR NOTRE OUTIL DE MISE EN RELATION
(clic ou ctrl+clic ou clic droit ouvrir le lien hypertexte)

Renseignez vos coordonnées dans l'onglet qui vous concerne (porteur ou Designer)
Utilisez les contacts mis à disposition par les personnes

N'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante : innovation2018@cnsa.fr
Pour tout renseignement sur la démarche de design
Pour toute question relative à une mise en relation

Le dossier de l'appel à projets constituait déjà, en soi, un outil d'acculturation et d'éveil de la curiosité du secteur aux apports du design, dont il soulignait la cohérence avec la « philosophie du médico-social » (réponse à des besoins sociaux, centralité de la dimension humaine).

Les équipes de la CNSA mises à contribution pour qualifier les projets reçus ont été sensibilisées aux démarches de design, et ont dû « changer de regard » et adopter un « nouveau logiciel d'analyse » (au sens figuré) compte tenu de la nature spécifique de ces projets¹⁸. En termes d'accompagnement des projets par la suite, la CNSA a organisé un séminaire de lancement commun, puis réparti le suivi des projets entre différents chargés de mission, préalablement sensibilisés à la spécificité des démarches de design. Ils ont pu y consacrer un temps inégal selon les projets. La crise sanitaire a compromis l'organisation de temps supplémentaires de partage.

¹⁸ Source : entretien CNSA

2.2.2. 16 projets soutenus, dont 4 analysés pour ce mémoire

Diversité de projets soutenus

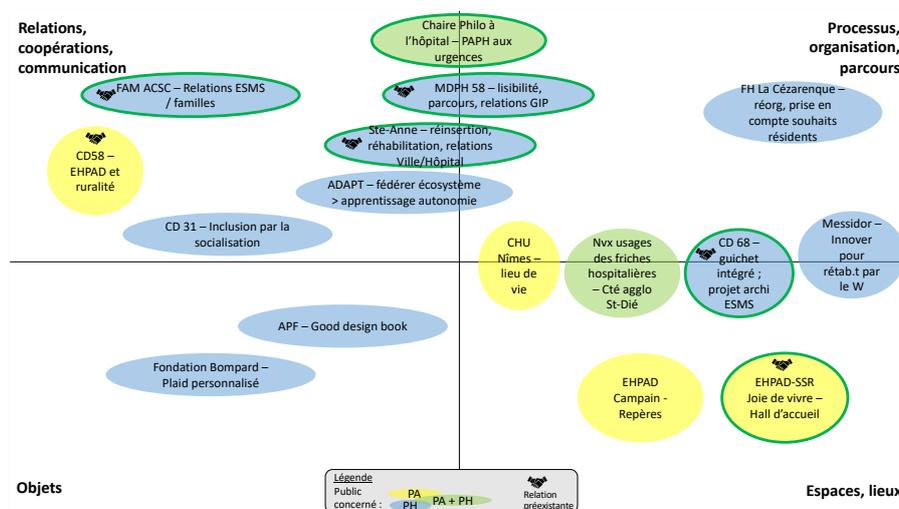
109 projets ont été déposés en septembre 2018, et examinés par la Direction scientifique et les Directions métier de la CNSA à l'aune des critères suivants :

- En première analyse : un problème bien identifié, concret et centré sur l'utilisateur, une bonne justification du besoin ; des projets qui permettent de capitaliser en allant jusqu'à la phase de prototypage et de test ; un binôme designer/ acteur médico-social
- Et sur la base d'un regroupement thématique de projets réalisé au vu des dossiers reçus : choix d'une diversité d'objets et d'acteurs ; pertinence comparée des projets au sein d'un ensemble thématique de plusieurs dossiers

16 projets ont été finalement soutenus à hauteur d'un total de 1,3 million d'euros.

Sélection de projets analysés pour ce mémoire

Ayant pris connaissance de résumés des différents projets (version rédigée avant leur déroulement), j'ai identifié quatre champs d'intervention, et procédé à la cartographie des projets sur une matrice en vue de composer mon échantillon (cf. illustration).



J'ai fait le choix de diversifier les projets du point de vue des publics concernés (personnes âgées, personnes handicapées) et des champs, et de privilégier des « territoires » où l'on attend moins le design, c'est pourquoi je n'ai pas inclus dans mon échantillon de projet dans la catégorie objets. Ma connaissance préalable des acteurs (côté commanditaires ou designers) a joué un rôle dans mon choix, pour sécuriser une facilité d'accès aux terrains en m'appuyant sur mon réseau.

Mon échantillon initial a donc été composé des projets suivants (extrait du tableau CNSA) :

Porteur	Titre du projet (dossier initial)	Public cible	Agence de design
Maison départementale des personnes handicapées de la Nièvre	Les personnes en situation de handicap à « l'épreuve » de l'administration	PH	DETEA
Département du Haut-Rhin	Le design social au service de la transformation de l'offre dans le champ du handicap	PH	DETEA
GHU Psychiatrie et Neurosciences, site d'Avron	Le patient, l'hôpital et son quartier : construire la résilience des personnes en souffrance psychique	PH (handicap psychique)	Collectif composé de : Norent Saray-Delabar et Brice Dury ; Bivouac ; ESOPA
Association des Cités Caritas : FAM Cité Jacques Descamps à Bagneux (92)	Améliorer la communication au sein d'un FAM grâce au design social	PH (troubles du spectre de l'autisme)	Les beaux jours
Chaire de Philosophie à l'hôpital, service des urgences de l'Hôpital européen Georges Pompidou	Repenser les urgences pour les patients handicapés et âgés en perte d'autonomie.	PA (et dans une moindre mesure PH)	Les Sismo
Association Joie de vivre : Centre médicalisé de Lolme (Dordogne)	Repenser le hall d'accueil d'un EHPAD	PA	User Studio

Au regard du déroulé des projets et de l'impact de la crise, j'ai été conduite à réduire mon échantillon de 6 à 4 projets.

2.2.3. Matériaux recueillis sur les « terrains »

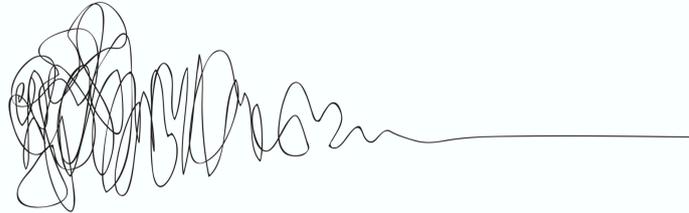
Je résume dans le tableau suivant les entretiens conduits et documents analysés pour chacun des projets de mon échantillon. Pour les projets finalement sortis de mon échantillon, les entretiens réalisés ont néanmoins nourri ma réflexion.

Projets	Matériaux récoltés en vue de l'étude des projets			
	Entretien commanditaire	Entretien designer	Livrables du projet	Autres sources d'information
MDPH de la Nièvre	Marie-Pierre Duchemin, Directrice de la MDPH (10 juin 2020)	Gwenaëlle Leleu, designer, et Perrine Lebourdais (7 avril 2020)	Rapport intermédiaire Rapport final et kit et déploiement	Participation à la réunion (visio) de restitution aux partenaires (8 juillet 2020)
GHU Psychiatrie et Neurosciences, site d'Avron	Carine Delanoë-Vieux et Marie Coirié, responsables du lab-ah (11 juin 2020)	Norent Saray-Delabar, designer indépendant (9 juin 2020)	Rapport intermédiaire et rapport final	Etude poïétique de Carine Delanoë-Vieux (cf. bibliographie)
Chaire de Philosophie à l'hôpital, service des urgences de l'Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP)	Sonia Lejuste et Muriel Domergue, cadres de santé du service des urgences (entretien conduit avec la chercheuse Caroline Jobin) (15 juillet 2020)	Auréli Leclerc co-directrice chez les Sismo, et Caroline Jobin, doctorante en CIFRE (20 avril 2020)	Rapport final Kit de déploiement	
Association Joie de vivre : Centre médicalisé de Lolme (Dordogne)	Brigitte Verdon, Directrice du centre (17 juin 2020)	Denis Pellerin et Audrey Spaulding, designers User studio (10 mars 2020)	Rapport final Livret de restitution	Participation (en visio) à une réunion interne de partage des enseignements de projets dans le champ de la santé (9 juin 2020)
<i>Projets abandonnés du fait de leur arrêt avant la phase de test dans le contexte de la crise</i>				
<i>Département du Haut-Rhin</i>		<i>Gwenaëlle Leleu, designer, et Perrine Lebourdais</i>		
<i>Association des Cités Caritas : FAM Cité Jacques Descamps à Bagneux (92)</i>		<i>Julien Bottriaux, Les beaux jours</i>	<i>Présentations intermédiaires</i>	

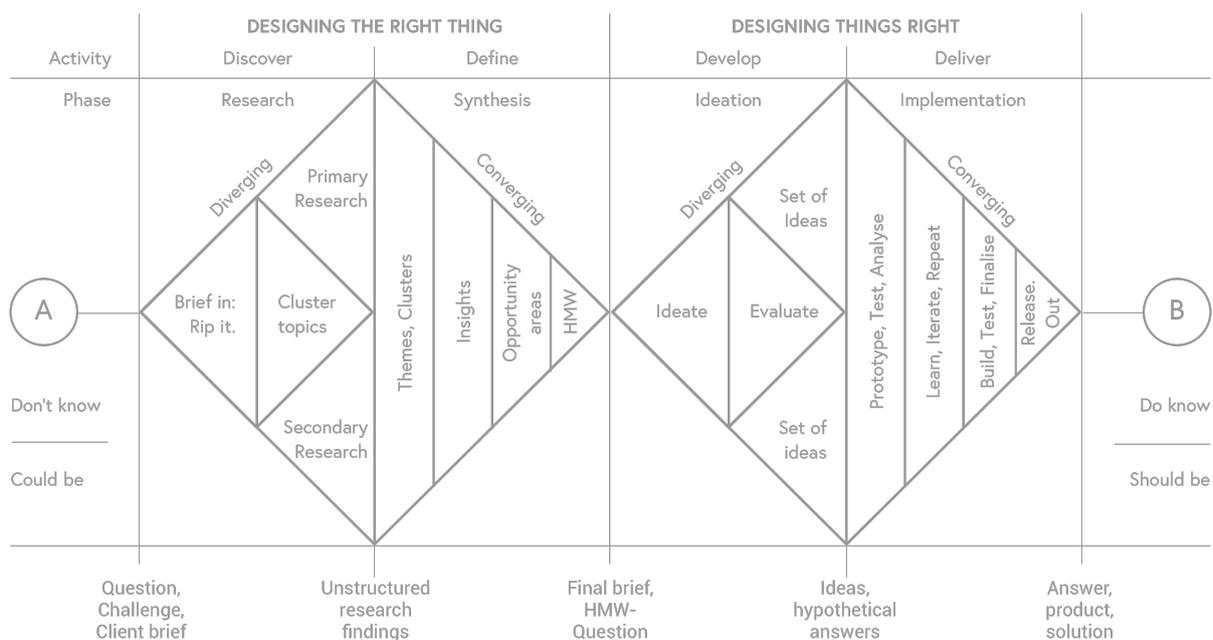
2.3. Analyse de démarches de design dans le secteur médico-social

2.3.1. Le déroulé des démarches d'innovation sociale par le design

On décrit souvent les démarches de design avec le schéma suivant (de Damien Newman), illustrant leur caractère exploratoire, non linéaire, ni standardisé.



Afin de faciliter l'appropriation de mon propos par des lecteurs non familiers du design, j'en rappelle néanmoins de façon schématique les grandes étapes, la linéarité ayant le mérite de la lisibilité. Une illustration utile est celle du « double diamant » (inspirée du Design Council mais complétée ici par Nessler) schématisant deux phases successives de divergence – multiplication des points de vue, des idées – et de convergence – définition d'une problématique, choix d'une solution. Elle met en avant l'importance de la phase de compréhension et de redéfinition du « vrai » problème.



Source : Nessler (2016)

J'adopte en page suivante une description en 6 étapes, qui en réalité souvent se chevauchent. Les projets que j'ai étudiés ont globalement suivi ce déroulement, et les spécificités éventuelles des démarches sont décrites dans les fiches par projet (pages suivantes).



Immersion

Empruntant aux méthodes d'enquête ethnographique (sans néanmoins toujours obéir à la rigueur méthodologique des sciences humaines et sociales), c'est l'observation *in situ*, dans la durée, et le déploiement de capacités d'empathie permettant de « se mettre à la place » de l'utilisateur. La phase d'immersion aboutit souvent à des représentations visuelles (frises du parcours de l'utilisateur par ex.).



Elle débouche sur une **reformulation de la problématique**.



Idéation

Veille tous azimuts, recours à des analogies et des imaginaires éloignés du secteur en question, constituent des sources d'inspiration pour l'émergence d'idées de solutions.

Des sessions de travail collaboratives sont généralement organisées avec les parties prenantes, y compris les utilisateurs, afin de multiplier puis hiérarchiser des pistes de solution. Des techniques et postures de facilitation de l'intelligence collective et d'encouragement de la créativité y sont employées.



Prototypage

La conception de prototypes, rapidement après l'identification de pistes de solutions, vise à les rendre tangibles (même lorsqu'elles sont plutôt de nature immatérielles).

D'un niveau de « fidélité » progressivement croissant, les prototypes sont des outils pour compléter la compréhension du problème et des besoins tout en progressant vers la forme finale de la solution. La compétence technique des designers intervient de façon importante à ce stade de la démarche.



Test

Les tests réalisés sur la base des prototypes visent à vérifier la pertinence des solutions, par l'usage (conforme ou détourné) ou le non-usage de la solution. Ils ont d'autant plus de valeur d'enseignement qu'ils obéissent à une démarche expérimentale rigoureuse, s'appuyant sur un protocole de test. Plusieurs itérations ont lieu pour tenir compte des observations et modifier les prototypes.



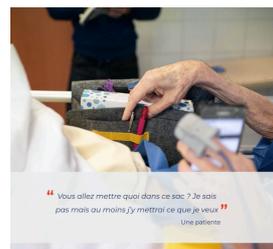
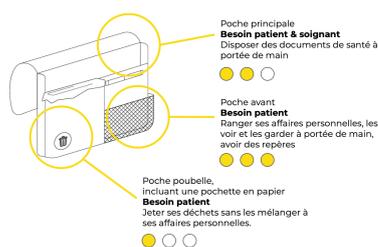
Finalisation et déploiement

Lors de cette dernière étape, l'équilibre entre désirabilité, faisabilité et viabilité des solutions est affiné, et leur déploiement préparé de façon opérationnelle. Le caractère co-construit des solutions facilite leur adoption.

2.3.2. Les projets analysés

Les pages qui suivent présentent de façon synthétique les 4 projets étudiés, sous forme de « cartes d'identité ». Les illustrations sont issues des livrables des projets.

Repenser les Urgences pour les patients âgés en perte d'autonomie à l'HEGP



Les acteurs

Le projet a été porté et déposé par la Chaire de philosophie à l'hôpital dirigée par Cynthia Fleury. Le service hospitalier « terrain » du projet est le service des urgences de l'hôpital européen Georges Pompidou, dirigé par le Professeur Juvin. L'équipe de designers est celle de l'agence Les Sismo, accompagnée d'une doctorante (Caroline Jobin).

La genèse

Partageant une volonté commune d'explorer la notion « d'hôpital géré par les patients », la Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo ont proposé à plusieurs services d'urgences de déposer un dossier à la CNSA. Le service des urgences de l'HEGP, « le plus enthousiaste », a été retenu.

Les spécificités de la démarche

- Une phase d'observation répartie sur plusieurs sites;
- Un atelier réunissant des professionnels et des personnes concernées, en dehors de l'Hôpital et sans les représentants du service concerné qui manquaient de disponibilité (grippe saisonnière, avant le COVID);
- L'usage par les Sismo de leur « matrice créative » pour susciter un état d'esprit propice à la créativité et au décentrage;
- Les modalités de sélection des concepts : pendant plusieurs demi-journées, les soignants pouvaient passer, en marge de leur service, dans une salle où des posters et maquettes frustes présentaient 8 « avant-concepts ». Ils pouvaient y lire les posters, manipuler les maquettes, et s'exprimer sur les propositions. Sur la base de leurs suggestions et critiques, et dans un souci de couvrir plusieurs étapes du parcours patient, 4 concepts ont été retenus pour être expérimentés.

Les solutions proposées à l'issue de la démarche

- Le concept « En cas d'urgence » concerne la préparation des personnes âgées à un éventuel passage aux urgences, dans une logique de prévention. Il consiste, en remettant aux personnes âgées une étiquette à bagage spécialement conçue et accompagnée d'explications, à les inciter à préparer un sac « au cas où » avec des affaires personnelles et une fiche de santé indiquant leurs pathologies, traitements... C'est donc un « kit de départ aux urgences » qui doit être connu et visible de leur entourage, et d'une équipe de secours qui viendrait les chercher à leur domicile. L'étiquette à bagages est conçue pour être distribuée en CLIC et en pharmacie. Inspiré par la valise de maternité que préparent les femmes enceintes en fin de grossesse, ce concept est pensé comme potentiellement utile aux patients ayant une maladie chronique avec de fréquentes décompensations et hospitalisations.
- Le concept « Mon côté personnel » part du constat que le fait de perdre de vue ses effets personnels (lunettes, téléphone, livre) contribue au stress et à la désorientation pour les personnes sur un brancard aux urgences. La solution consiste donc à distribuer aux patients arrivant aux urgences une pochette s'attachant de façon pratique aux barres de côté du brancard ou lit médicalisé et composée de poches pour ranger leurs effets personnels ainsi que d'un kit « confort » (plaid, masque pour dormir, lingette, bain de bouche, bouchons d'oreilles). Inspirée du kit Air France pour les vols long courrier, cette pochette vise à apporter une valeur tant par son contenu que par son contenant – le fait d'avoir un espace à soi, approprié, fermé, accessible, facile à manipuler.
- Le concept « ITnéraire » est une solution de géolocalisation des patients visant à prévenir les « fugues » de patients désorientés et à faire gagner du temps aux équipes très sollicitées. Le test a porté non pas sur la solution technique mais sur le processus de remise du bracelet par les soignants aux patients pour en mesurer l'acceptation, et l'ergonomie (durée pendant laquelle les patients gardaient le bracelet).
- Enfin le concept des « Eclaireurs » visait à faciliter la sortie des patients des urgences, à les autonomiser en leur remettant une pochette spécifique de sortie avec des fiches d'information explicitant à qui s'adresser.

Utilité pour l'analyse

Enseignements particulièrement intéressants sur...

- Le rôle du portage par la direction : le montage de ce projet s'est fait sans passer par les fourches caudines de l'administration de l'hôpital et sans l'associer;
- L'exercice d'une démarche design dans un contexte extrêmement contraint (service d'urgences).

Faciliter le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique, au GHU Paris Psychiatrie et neurosciences



Les acteurs

Le projet a été porté par le Laboratoire Accueil et hospitalité (lab-ah), du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, en lien avec les équipes (secteurs psychiatriques) exerçant sur le site d'hospitalisation d'Avron. L'équipe d'intervenants a réuni un pôle design (Norent Saray-Delabar, Brice Dury, Adélie Lacombe), un pôle ingénierie culturelle (ESOPA Productions) et un pôle paysage (collectif BIVOUC).

La genèse

Le projet se concentre sur le site d'Avron, lieu dégradé et dégradant (cf. rapport du CGLPL), pour lequel la perspective de travaux reste incertaine et lointaine. L'opportunité de l'AAP CNSA conduit le lab-ah à proposer une approche décentrée du problème du bâtiment et axée sur le parcours de vie des patients et le lien entre l'hôpital et les acteurs de la ville.

Les spécificités de la démarche

- Dans le contexte de l'environnement hospitalier, caractérisé par des contraintes importantes de sécurité et d'hygiène, et a fortiori sur un site où la souffrance des patients et des équipes ne leur permet pas facilement de se projeter, les prototypes ont été particulièrement aboutis. Conçus « pour durer », ils restent de l'ordre de l'expérimentation (une évaluation est prévue).
- L'équipe du lab-ah, commanditaire de la démarche et elle-même en position d'accompagnement des services hospitaliers, a démontré qu'il était utile de s'inscrire de façon pérenne dans l'établissement pour créer de la confiance autour de la démarche. Cette appartenance à l'hôpital permet aussi d'affiner l'approche au regard de la culture et de l'histoire locale. L'accès aisé à la direction de l'hôpital a facilité la prise de décision, mais il a aussi pu jouer un rôle de « filtre » ou « modérateur » dans la relation entre les intervenants et l'hôpital.
- La responsable du lab-ah, engagée dans la rédaction d'une thèse en design, a rédigé une étude dite poïétique (étude d'une situation de conception) prenant du recul sur cette expérience.

Les solutions proposées à l'issue de la démarche

Les concepts proposés sont les suivants. La crise sanitaire a reporté l'expérimentation de certains d'entre eux.

- L'introduction, dans le patio du site d'hospitalisation d'Avron et l'arrière-cour du foyer post-cure de La Métairie, de pépinières sous forme de serres mobiles (microarchitecture sur roulettes), en tant que supports à des activités d'ergothérapie permettant symboliquement au site d'hospitalisation de rayonner dans le quartier. Au sein des pépinières, à partir de boutures collectées dans le quartier, des plantes sont produites, que les patients emportent à leur départ, pouvant ainsi contribuer à végétaliser les structures ambulatoires et partenaires.
- La création d'un lien symbolique entre intérieur et extérieur en transformant le long couloir d'accès au site depuis la rue en un espace d'exposition – le couloir culturel – pour les œuvres de patients, soignants, d'acteurs extérieurs, notamment les photographies et autres œuvres créées par les patients au sein du CATTP le Bouffadou. Des outils d'animation ont été créés pour que les professionnels s'en saisissent plus facilement : canevas de co-conception d'une scénographie d'exposition, d'un événement, conseils sur les modalités d'accrochage des œuvres.
- La création d'un poste de médiateur socio-culturel pour le territoire, chargé de créer et entretenir des dynamiques partenariales avec les acteurs du territoire en opérant la traduction entre les langages et les cultures professionnelles des milieux sanitaires et culturels, et de faire vivre la pépinière et le couloir d'exposition, entre autres. Des pistes de partenariat ont déjà été identifiées ainsi que des actions concrètes que pourrait animer le médiateur pour donner corps et vie aux partenariats. Le prototypage de cette solution a consisté à rédiger la fiche de poste du médiateur avec les membres du comité de pilotage et la DRH et à concevoir des outils pratiques pouvant accompagner sa prise de poste.
- Enfin, un outil simple et attractif destiné à améliorer la connaissance de la psychiatrie par les partenaires a également été prototypé : « le petit guide sur la psy ».

Utilité pour l'analyse

Enseignements particulièrement intéressants sur...

- L'inscription de la démarche dans le temps long de l'évolution d'un établissement hospitalier;
- La spécificité du lab-ah, acteur interne à l'hôpital;
- La délicatesse d'une intervention sur un terrain marqué par la souffrance d'une part, et d'importantes contraintes techniques d'autre part, potentiels obstacles à une logique d'hospitalité.

Améliorer l'expérience d'accueil d'un centre médico-social à Lolme



Les acteurs

Le Centre médicalisé de Lolme est un établissement associatif (EHPAD, accueil de jour et SSR) dans le Sud de la Dordogne. Par l'intermédiaire de la CNSA, la directrice a repéré l'agence de design de service User Studio, et sa branche santé Care & co, cofondée et dirigée par des designers passés par l'ENSCI.

La genèse

Faisant face à la croissance de son activité en SSR, l'établissement a obtenu une subvention d'investissement de l'ARS pour moderniser son hall d'accueil. A la fois nœud de passage et vitrine de l'établissement, ce hall est encombré (source de tensions) et peu lisible pour les arrivants... bref : il « n'accueille pas du tout » (entretien designers) et accentue les difficultés de cohabitation entre résidents de l'EHPAD et patients en SSR.

Les spécificités de la démarche

- D'une problématique d'aménagement du lieu, les designers amèneront le projet sur le terrain de « l'expérience d'accueil », comme les y incite leur approche globale des problématiques de parcours des utilisateurs d'un service. Cet élargissement de la focale est vécu par le commanditaire à la fois comme déstabilisant et enrichissant : « si l'on avait seulement demandé des conseils à l'architecte, il n'aurait pas eu toutes ces idées ».
- Lors de la phase d'immersion, l'emploi du dessin en direct au feutre, en complément de la prise de notes et de photos, crée de l'échange avec les résidents et dédramatise la présence des designers observateurs, en même temps qu'il permet de capter la réalité de la vie dans le hall d'accueil.
- L'architecte de l'établissement est convié à l'atelier d'idéation, aux côtés de représentants des usagers et de membres de l'équipe. La participation effective des représentants des usagers est faible lors de l'atelier.
- Le prototypage des solutions et leur test en revanche sont sources d'enseignements et conduisent notamment à éliminer une solution qui s'avère non appropriée par les résidents.

Les solutions proposées à l'issue de la démarche

Les solutions proposées s'intéressent tant au confort des résidents et patients, qu'à la qualité de l'expérience d'accueil pour les visiteurs et nouveaux arrivants, ainsi qu'à l'ergonomie et la praticité des espaces et aménagements pour les professionnels (de l'agent d'accueil au cuisinier maniant les charriots).

Elles se résument en 4 concepts principaux :

- Un repositionnement du comptoir d'accueil face à l'entrée et non sur le côté, en renforçant la lisibilité et la complétude des informations disposées à cet endroit (support d'information, signalétique, sonnette pour se signaler en cas de non-occupation du comptoir par la secrétaire d'accueil) et en concevant le comptoir comme un outil de travail pratique pour le personnel d'accueil (aménagement et affichage de documents support à sa pratique) ; l'aménagement d'un espace d'attente pour les visiteurs, entre l'accueil et l'administration, distinct du lieu où s'installent les résidents
- Une mise en cohérence et une meilleure lisibilité de la signalétique dans l'ensemble de l'établissement : visibilité des différents secteurs de l'établissement dès l'accueil, rappels à chaque intersection pour éviter aux visiteurs de s'égarer, indication en début de couloir des numéros de chambre qui s'y trouvent, mise en visibilité des bureaux des professionnels par un dispositif en relief encadrant leur porte, et modification de l'affichage des numéros de chambre et noms des résidents afin qu'ils restent lisibles même lorsque la porte est ouverte.
- L'aménagement d'un lieu « place du village », dédié au « papotage » et à l'observation de la vie de l'établissement, protégé des courants d'air et vitré pour ne pas gêner la visibilité et rester lumineux.
- Une réorganisation des flux pour éviter l'encombrement du hall avant et après les repas, en proposant des animations dans les étages avant le repas, en affectant les espaces proches du hall (espace d'attente visiteurs et espace « papotage ») au stockage des fauteuils et déambulateurs, étiquetés avec un code couleur en facilitant la gestion pour le personnel.

Utilité pour l'analyse

Enseignements particulièrement intéressants sur...

- L'implication des usagers ayant des troubles cognitifs via la « mise en situation d'usage » ;
- L'impact du projet sur les habitudes de travail dans l'établissement, la co-construction avec les équipes et les résidents ayant fait les preuves de sa pertinence ;
- L'utilité d'une analyse complémentaire de la dimension « faisabilité / viabilité ».

Faciliter les démarches des usagers à la MDPH de la Nièvre



Les acteurs

La Nièvre est un département familier des démarches de design et engagé dans une dynamique d'innovation publique. La Direction de l'autonomie a initié le projet et en a confié le pilotage à la directrice de la MDPH. La designer Gwenaëlle Leleu, du collectif Détéa, est intervenue avec la psychosociologue Perrine Lebourdais.

La genèse

Recevant beaucoup de demandes non éligibles, et constatant par ailleurs un non-recours de la part de personnes éligibles à ses aides, la MDPH souhaite simplifier la compréhension de ses missions par son environnement, usagers et professionnels. Elle souhaite aussi « réhumaniser » son service, créer plus de proximité et mieux accompagner les personnes.

Les spécificités de la démarche

- Les intervenantes animent une formation-action de deux jours à destination de l'équipe projet de la MDPH et des représentants des usagers à la CDAPH, visant à les familiariser avec la démarche de design, dans l'objectif initial d'en faire une « équipe relais » prenant en charge certaines activités;
- L'immersion amène les intervenantes à rencontrer un large panel d'acteurs et partenaires de la MDPH sur le territoire;
- La formalisation des prototypes des concepts issus des ateliers d'idéation;
- L'évaluation des tests est participative : elle implique largement les équipes et usagers mobilisés pour la démarche;
- Une réunion de restitution de la démarche est organisée, à laquelle l'ensemble des partenaires du territoire sont conviés, ainsi que d'autres directions des services du Département.

Les solutions proposées à l'issue de la démarche

- Des outils de communication externe refondus dans le sens d'une simplification : une plaquette dessinée, une vidéo pédagogique et une plaquette en braille;
- Une différenciation des accueils selon 3 niveaux, avec des temps et modalités différents selon la situation et le besoin de l'utilisateur : accueil simple, accueil question ponctuelle, entretien d'accueil accompagné par un binôme de professionnels (et à terme un binôme professionnel/représentant associatif), pour aider l'utilisateur à remplir son dossier;
- Pour soutenir l'échange lors de l'entretien d'accueil accompagné, un outil pédagogique au format « nuancier » avec des fiches aidant l'utilisateur à préciser son projet de vie et ses besoins;
- L'organisation de permanences de la MDPH sur des sites partenaires, dite la « MDPH mobile », pour informer les habitants des missions de la MDPH et réaliser des entretiens d'accueil accompagnés en proximité. Une réflexion est produite sur les outils nécessaires à son fonctionnement et sa visibilité : calendrier partagé, tableau des permanences, kakemono indiquant la présence de la MDPH ; et sur l'organisation à mettre en place, notamment le rôle d'agent régulateur au sein de la MDPH.

Utilité pour l'analyse

Enseignements particulièrement intéressants sur...

- L'implication des partenaires de la MDPH et l'effet de la démarche sur les coopérations;
- Les déterminants de la capacité d'innovation d'une structure;
- L'articulation designer/commanditaire en vue de favoriser l'autonomisation de ce dernier et la durabilité des fruits de la démarche.

2.3.3. Cadre d'analyse en cinq axes

Afin de structurer l'analyse des projets de design de mon échantillon et d'en interroger la portée transformatrice, j'ai « croisé » deux approches :

Les critères et principes caractérisant les projets de transformation par le design (transformation design) proposés par le Design council et par les travaux de Daniela Sangiorgi : mon intention était d'interroger le fait que les projets étudiés « cochaient – ou non – les cases » qui en feraient des projets de transformation par le design.

Une reformulation personnelle des grands axes guidant les dynamiques actuelles de transformation du secteur médico-social (cf. supra le tableau « Résumé des évolutions en cours dans le secteur médico-social ») : mon intention était d'identifier de quelle façon les démarches facilitaient les changements à conduire dans le secteur médico-social.

La formulation de mes axes d'analyse a évolué au cours de mes travaux, sous le double effet des enseignements de leur usage (après relecture des matériaux recueillis par ce prisme, et identification de manque de données pour étayer mon regard sur certains axes) et d'une réflexion ultérieure m'ayant conduite à distinguer plus clairement *transformation design* comme des projets ayant *l'intention* de transformer par le design, et démarches d'innovation sociale par le design produisant – quasi-*incidemment* – des effets transformateurs.

Je suis parvenue à une grille de lecture en cinq axes.

Axes d'analyse des projets	
Empowerment des usagers	Dans quelle mesure ces démarches de design font-elles évoluer la place des usagers et leur « prise » sur les solutions ?
Empowerment des équipes et culture managériale	Dans quelle mesure ces démarches de design produisent-elles des changements en matière de culture et de pratiques managériales, notamment en termes d'autonomie et de reconnaissance des équipes « de première ligne » ?
Sens du travail de soin et d'accompagnement	Dans quelle mesure ces démarches de design réaffirment-elles ou enrichissent-elles le sens du travail et renforcent-elles la cohésion des acteurs autour de ce sens ?
Approche systémique et centrée usagers	Dans quelle mesure ces démarches de design contribuent-elles à faire progresser l'orientation « usager » par leur redéfinition du problème et leur approche des solutions ?
Capacité à innover	Dans quelle mesure ces démarches de design introduisent-elles des facteurs favorables à une plus grande « capacité d'innovation » dans les structures ?

Compte tenu du manque de recul sur les projets analysés, et des difficultés d'accès au terrain pour en faire une analyse de première main, ces 5 axes constituent moins une grille définitive pour l'analyse de projets de design dans le secteur médico-social qu'une contribution à la réflexion – à poursuivre – sur le positionnement du design dans la palette de démarches et de compétences pouvant accompagner la transformation du secteur, et sur la façon de conduire les projets de design de façon à en maximiser la portée transformatrice.

2.3.4. Analyse de la portée transformatrice des démarches de design à partir de 4 projets

Axe 1 : Évolution de la place des usagers et leur « prise » sur les solutions

La participation des usagers et l'effectivité de leur prise de pouvoir sur les décisions qui les concernent est un point sur lequel le secteur médico-social peut encore progresser. Les démarches de soutien entre pairs, l'implication d'usagers en tant qu'experts d'usage ou formateurs, se développent. Elles contribuent à reconnaître les savoirs expérientiels et à valoriser les capacités de personnes. Mais ces initiatives sont émergentes, et dans une large partie des structures la recette d'une participation réelle n'a pas encore été trouvée ou appropriée, et les acteurs ne sont pas totalement satisfaits.

Les démarches de design représentent-elles une opportunité d'explorer de nouvelles formes de participation des usagers ?

Pour ce qui est de la phase habituellement décrite comme la co-construction des solutions, l'idéation, elle donne parfois lieu à une implication directe des usagers dans le cadre des démarches d'innovation sociale par le design, lorsque leurs capacités de compréhension et d'expression le permettent.

Dans le cas du projet aux Urgences de l'HEGP, des aidants ont été impliqués, et des professionnels eux-mêmes aidants dans leur vie personnelle, mais pas des patients à proprement parler. Le projet de la MDPH de la Nièvre a également impliqué des usagers lors des ateliers. Si les designers du projet de Lolme étaient peu satisfaits du niveau de participation des représentants d'usagers lors de l'atelier, la démarche a néanmoins laissé des traces. Pour la directrice, le projet mis en évidence la valeur du point de vue des usagers dès lors que l'on s'intéresse à l'expérience humaine. Elle explique ainsi en entretien : « On arrive dans nos métiers à une sophistication des outils et un niveau d'expertise qui fait que ce n'est clairement pas très démocratique. Les représentants des usagers sont perdus. Là tout à coup on est sur des sujets qui les concernent, (...) ils ne peuvent pas avoir tort ! L'expérience dont ils témoignent est forcément légitime. (...) Après cette démarche de design, une équipe d'usagers a été créée pour refondre le questionnaire de sortie avec la qualicienne (...). Je ne sais pas si on aurait été capables de le faire avant. »

Cependant il ressort globalement de mes entretiens que les ateliers d'idéation ne sont souvent pas la modalité la plus adaptée pour la mobilisation d'usagers vulnérables, en situation de handicap intellectuel, cognitif, ou psychique.

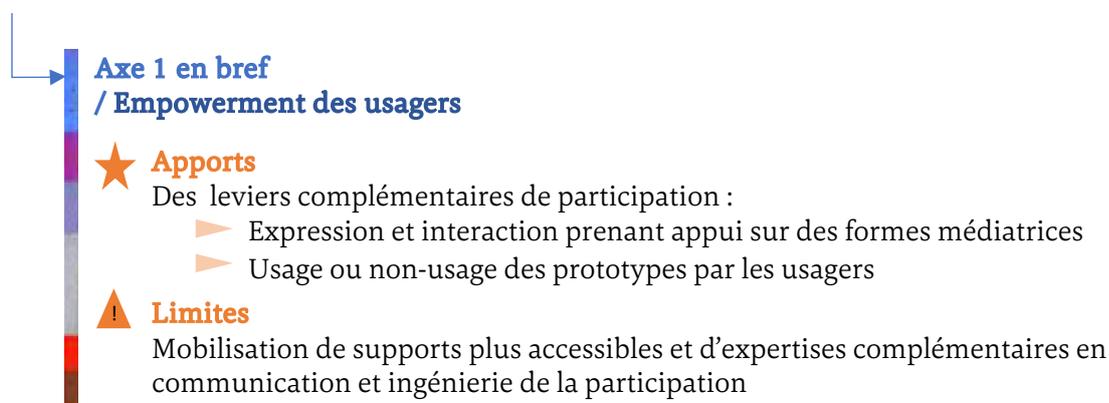
J'ai globalement perçu une difficulté des intervenants à accéder aux usagers et à communiquer avec eux de façon à faire avancer la compréhension de leur situation ou de leur avis par des échanges verbaux. Pour des patients fréquentant l'hôpital psychiatrique, donc plutôt en phase de crise ou de décompensation de leur maladie, le recueil de leur parole nécessite un encadrement soignant, des outils *ad hoc* (rapport final p. 32). Aller rencontrer des patients dont l'état est plus stable à leur domicile représente un effort d'organisation particulièrement chronophage. Pour des personnes soignées au service des urgences d'un hôpital, la situation de grande vulnérabilité de ce moment ne se prête pas aisément non plus à une prise de contact directe, c'est pourquoi les designers passaient par le personnel soignant pour être introduits auprès des usagers afin de s'entretenir avec eux.

Les entretiens / échanges oraux informels fournissent cependant une matière sensible que les designers traduisent en compréhension du problème et en « matériau » pour la conception de solutions. Sur la base de témoignages divers et de paroles singulières, ils reconstituent ainsi une frise de parcours d'un usager, fictif mais ressemblant de très près aux situations rencontrées dans le secteur. Les perceptions subjectives ainsi recueillies ont la force du témoignage. L'écoute attentive des designers leur permet de repérer des « signaux faibles », des bouts de phrases qui leur « mettent la puce à l'oreille » (entretien les Sismo) et nourrissent leur intuition.

Mais les modalités d'implication des usagers dans le cadre des démarches de design sont plus riches que la seule conduite d'entretiens ou implication dans des ateliers. Il me semble particulièrement que la phase de test des prototypes constitue une réelle occasion d'expression des usagers sur ce qui leur convient ou non : pas par la parole, mais par l'usage – conforme au plan du concepteur ou détourné – ou par le non-usage des prototypes de solutions mis en place.

Comme le soulignent les designers du projet HEGP, « la matérialité génère des apprentissages ». La directrice du centre de Lolme trouve « la confrontation des usagers à un scénario de solution par le test très novatrice » et porteuse d'enseignements. Un format d'horloge devant rendre plus lisible le passage du temps et l'arrivée des horaires de repas par exemple s'est avéré inadapté au profil des usagers et a été abandonné. Le format des prototypes proposés à la MDPH a également permis d'identifier un défaut de respect des règles d'accessibilité, repéré par les professionnels. Les designers du projet d'Avron ont réalisé, enfin, que la matérialisation des concepts suscitait d'autant moins de réaction des usagers qu'elle était abstraite, ce qui va dans le sens d'une utilité des prototypes permettant une réelle « mise en situation d'usage », pour reprendre l'expression des designers de User studio.

En outre, les prototypes sont des objets de médiation qui donnent lieu à des conversations, servent de support inclusif à une expression, qui n'aurait pas eu lieu en leur absence. Ainsi, les prototypes mis en place dans le cadre du projet de la MDPH « ont permis des discussions inédites » (entretien directrice), ceux de Lolme ont « délié les langues » (présentation interne User studio). Les échanges autour des prototypes ont d'ailleurs été comparés, en entretien avec la directrice, aux « questionnaires, conseils de la vie sociale, commissions...où les usagers sont désarmés par le jargon », pour en souligner le caractère inclusif car tangible et appréhendable par les 5 sens.



Axe 2 : Valorisation de la contribution des équipes et évolution des « places » de chacun

Si les démarches d'innovation sociale par le design se caractérisent par une volonté de co-construction, d'ouverture, de transparence, elles sont mises dans le secteur du *care* face à la contrainte du manque de disponibilité des professionnels. Le temps pris pour participer à un atelier, réagir à des propositions, accorder un entretien, est du temps qui n'est pas passé auprès du résident ou du patient dans des contextes où les ressources sont souvent déjà tendues.

Les designers intervenus sur nos 4 projets ont vécu cette contrainte comme une frustration mais l'ont prise en compte en s'efforçant de rendre les travaux accessibles et inclusifs au regard du rythme de travail des équipes. Le projet à l'HEGP a ainsi donné lieu à des stands de présentation des concepts et des prototypes, installés pendant plusieurs jours dans une salle dédiée dans laquelle les professionnels passaient quand ils en avaient le temps en marge de leur service. De la même façon, un « atelier en libre-service » a été organisé sur le site d'Avron (GHU Paris Psychiatrie et neurosciences), permettant aux personnes passant devant les tables sur lesquelles étaient disposées les propositions, d'y réagir à leur rythme et de poser des questions.

Au-delà des dispositions arrangeantes prévues dans le cadre des projets, on perçoit dans les échanges avec les équipes une volonté réelle de contrer explicitement les logiques hiérarchiques et de prestige social prévalant habituellement, et d'impliquer des profils de participants rarement convoqués à la table des travaux.

Ainsi les Sismo m'expliquent avoir volontairement rendu tous les métiers *visibles* dès la frise représentant le parcours de l'utilisateur et avoir « mis tout le monde au même niveau, médecins, infirmiers, aides-soignants... ». Leur sensibilité aux enjeux de pouvoir et de valorisation sociale des différents métiers les conduit à la réflexion suivante : « En termes d'expérimentation, d'habitude les essais cliniques sont l'apanage des médecins. Là c'était intéressant d'impliquer d'autres fonctions soignantes. Les acteurs du concept « Mon côté personnel » étaient les paramédicaux, les médecins ne se sentaient pas concernés. (...) Il y a une concurrence sur les objets et les acteurs de l'innovation au sein du service. Les médecins ne sont pas les seuls à pouvoir être moteurs. C'est une vraie plus-value de ce projet-là. Le design démocratise ! » (entretien Les Sismo).

Démocratie, c'est aussi le terme qu'utilise la directrice du Centre de Lolme en constatant que « tout le monde était au même niveau. Aide-soignante de base, architecte, vice-président de l'association, représentants des usagers. Tout le monde était à égalité et on s'aperçoit que tous les points de vue sont intéressants. A la tête d'une structure de ce type, d'habitude on est entre cadres et avec les membres du CA de l'association et on doit penser le projet pour tout le monde. Là, c'était très démocratique ! ».

Au GHU, le rapport final (p. 29) valorise également la création « d'espaces de participation et d'action » : « les projets issus des immersions et des diagnostics partagés ont toujours été présentés, avant qu'une sélection soit opérée, à toutes les parties-prenantes. Cette stratégie en « entonnoir » active leur part de décision (...). Et c'est là une véritable posture révolutionnaire du design : ne plus accepter que nous vivions passivement dans un monde dessiné et choisi par d'autres, experts et politiques. »

Il me semble aussi que le caractère non seulement extérieur mais atypique des designers dans le milieu médico-social leur ouvre un terrain relationnel plus neutre, vierge de représentations, et leur

facilite l'adoption d'une posture accessible – les Sismo disent « humble et constructive » - voire (faussetment) naïf et de ce fait capable de « mettre les pieds dans le plat », donner des « coups de pied dans la fourmilière » ou « mettre la pagaille » pour reprendre des expressions entendues lors des différents entretiens.

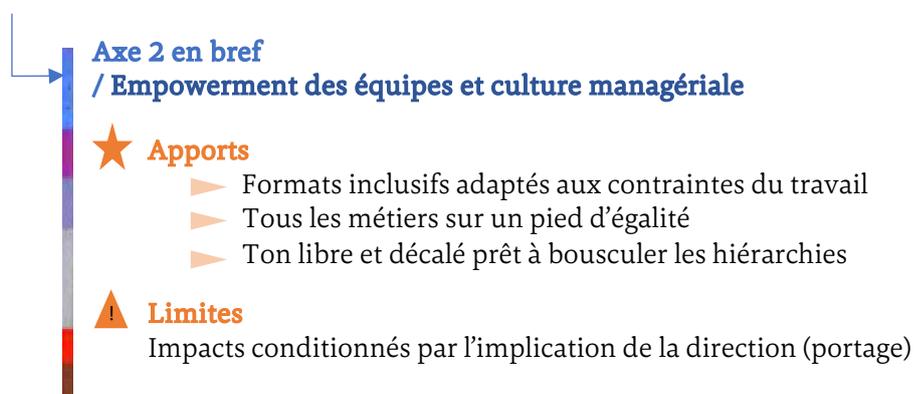
Les changements effectifs et durables que cela peut induire sur la culture managériale et les modalités de travail dans les établissements et services sont cependant indexés sur le niveau de portage par la direction et sa capacité de remise en question.

Dans le cas du Centre de Lolme, la directrice, impliquée dans la démarche, témoigne d'un impact fort sur ses représentations et ses pratiques. Elle écrit ainsi dans le rapport final du projet qu'elle a été conduite à « requestionner les pratiques de gouvernance », sous l'effet d'un nouveau regard porté sur les usagers et les professionnels. Elle explique que « la co-construction des solutions en associant les résidents ou leurs représentants produit des solutions intelligentes » et elle reconnaît en entretien que le projet a « modifié des choses même dans mes pratiques professionnelles. Dans ma manière de co-construire les décisions avec les gens de terrain, par exemple récemment nous avons co-construits les changements de planning, un sujet épineux, les instances représentatives du personnel. », ce qu'elle n'aurait pas fait avant.

Le projet à l'HEGP en revanche, n'a pas impliqué la direction de l'établissement. Construit à l'échelle du service des urgences en échange direct avec la Chaire de philosophie à l'hôpital, il n'a donné lieu à une information des directions fonctionnelles concernées qu'en fin de processus. Cumulé à l'effet de la crise qui a « coupé l'élan » de l'équipe (entretien avec les cadres), cette configuration n'a pas été favorable à une inscription dans la durée des effets « transformateurs » de la méthode en termes de culture managériale.

Au GHU Paris Psychiatrie et neurosciences, l'implication de la cheffe de pôle dans le portage du projet, facteur facilitant grâce aux liens de confiance et de connivence entre pairs qu'elle mettait au service de l'appropriation de la démarche, s'avère aussi un facteur de réussite de la pérennisation des actions. Le recrutement d'un médiateur socio-culturel notamment, et son inscription effective dans la dynamique d'équipe, reposera largement sur la bonne collaboration avec la cheffe de pôle.

A la MDPH de la Nièvre, la dimension participative et collaborative de la démarche est venue s'inscrire dans un fonctionnement déjà imprégné de dialogue et de co-construction. La directrice reconnaît que « si le design n'a pas apporté cette dimension, il l'a accentuée ».



Redéfinir la performance et la qualité pour y introduire le bien-être et l'hospitalité

L'étude des projets de mon échantillon met en évidence la façon dont les démarches de design peuvent contribuer à redonner du sens ou à revivifier le sens du travail de soin et d'accompagnement pour les équipes.

Axées sur l'humain, mettant les ressentis et les émotions au premier plan, les démarches de design ne contribuent-elles pas d'une certaine façon à redéfinir les notions de qualité et de performance, socialement construites et donc par définition plastiques ? Il me semble qu'elles contribuent à intégrer le bien-être, le confort, le plaisir, dans les critères de ce qui fait « un bon soin », « un bon accueil », « un bon accompagnement », comme en témoignent ces extraits d'entretiens et de rapports :

- Pour les Sismo : « le design vient bousculer les critères d'évaluation : au-delà des constantes des patients, chiffrées, on va regarder des aspects plus qualitatifs. Le design donne de la valeur à des solutions d'un autre ordre, on sort des carcans de mesure en taux de réhospitalisation etc. Cela permet d'aller plus en profondeur sur le vécu singulier des patients. »
- C'est ce qu'ont perçu également les cadres paramédicaux du service des urgences : « On a été émerveillés par le fait qu'on pouvait apporter autre chose au patient, le bien être qui est un soin aussi. (...) Au début on se demande ce que quelqu'un d'extérieur peut nous apporter, et on le découvre, cela fait prendre conscience aux équipes que l'on peut sortir du soin technique à un organe malade pour tomber dans du bien-être, du confort. »
- Comme l'explique la directrice du Centre de Lolme (rapport final) : « Nos organisations sanitaires et médico-sociales sous tendues par la volonté de produire une culture qualité et de prévenir tous les risques, ont évolué vers un fonctionnement par processus (démarche issue de l'industrie) et recourent à des techniques de mesure des résultats qui sont obtenues au moyen d'indicateurs quantitatifs appliqués à des aspects qualitatifs de la prestation. (...) Or la présence des partenaires designers a permis de réintroduire toute la complexité des relations et des interactions que suppose la résolution de problème lorsqu'on l'applique aux besoins qualitatifs de personnes. (...) cette approche a permis de déconstruire des modes de réflexions uniquement basés sur des techniques réductrices ».
- A la MDPH de la Nièvre, la démarche de design est ainsi considérée « avoir apporté une vision à 360 degrés de la qualité de service, vision qui était plus limitée avec le RMQS¹⁹ » (rapport intermédiaire p. 35). La cheffe de service de la MDPH évoquait une évolution quasi-paradigmatique, lors de la réunion de restitution à laquelle j'ai pu assister : « on a changé de conception de l'accueil : de l'accueil administratif à l'accompagnement, en cohérence avec nos savoir-faire et valeurs humanistes que nous sommes fiers de porter ».

L'approche centrée utilisateurs accompagne donc une réaffirmation du sens du travail, et un élargissement de la focale par rapport aux démarches normatives de mesure et de benchmark utilisées pour piloter les politiques publiques et les établissements.

Évoquant une crise institutionnelle rencontrée par l'un des secteurs d'hospitalisation du site d'Avron (notamment une « hémorragie » de personnel) et ayant entraîné des questions profondes

¹⁹ RMQS : Référentiel de Missions et Qualité de Service pour les MDPH (<https://www.cnsa.fr/node/2983>)

pour la démarche de design en cours, l'équipe s'est finalement retrouvée autour de la conviction « que les différents projets participaient d'un élan systémique visant à redonner du sens et du plaisir dans l'activité de soin, et pouvaient donc contribuer à son "attractivité" » (rapport final P. 35).

Il est intéressant de voir combien cet apport potentiel du design rencontre aussi des résistances. Le design peut être perçu comme un luxe dont il est superflu de faire bénéficier le secteur médico-social. En outre, le rapport final du lab-ah souligne « les résistances entretenues par certaines équipes médico-soignantes vis à vis de tous les projets relatifs à l'hospitalité. La logique de cette résistance veut que tout projet en faveur du bien-être et des activités des patients dans les sites intra et extra-hospitaliers freine leur élan à réintégrer la cité, en faisant de l'hôpital un refuge qui lui-même fabrique de la chronicité. C'est la tension inscrite dans la formule "Il faut que les espaces et services soient bien...mais pas trop, sans quoi les patients vont être tentés de rester." »

Réenchâter les formes pour valoriser le soin / le travail

De façon consciente et explicite, les designers mobilisent leurs compétences de conception et de formalisation dans l'objectif de favoriser l'appropriation et la valorisation des lieux et des objets. Ils soulignent par leur approche « ce qu'il y a derrière une forme » (image, valeur sociale,...), contredisant l'impression première d'un caractère superflu et luxueux de celle-ci et soulignant le caractère inséparable de la forme et du fond.

Pour le lab-ah, la « qualité de finition » est essentielle. Tous « ces détails qui passent par la qualité du dessin, de l'ergonomie et de l'usage (...) font l'ergonomie et la maniabilité des solutions. Cela crée du désir, de l'attachement et de l'appropriation » notamment dans un contexte de stigmatisation de la psychiatrie associé au manque de soin apporté à ses bâtiments (entretien lab-ah). Le rapport du lab-ah, faisant référence notamment au soin apporté à la forme des pépinières, souligne tout le sens « d'intégrer du décor ornemental dans un univers majoritairement fonctionnaliste » (rapport final p. 23).

A Lolme, l'impact de l'encombrement du hall d'accueil sur l'image de l'établissement, pour les autres (visiteurs, patients) mais aussi l'image qu'il a de lui-même (au sens de son équipe) est soulignée explicitement par les designers dans le livrable final du projet (p. 23). « Si le repositionnement de la zone d'accueil a de réels impacts positifs sur le travail de la secrétaire et des équipes administratives, il permet de redonner un visage à l'établissement dès le franchissement de la porte. L'enjeu de valorisation de l'identité de l'établissement reste primordial pour son image sur le territoire. Cet effort mis sur l'expérience d'accueil permettra d'autant plus de porter les différents projets de l'établissement qui feront augmenter les flux dans ce hall d'entrée. »

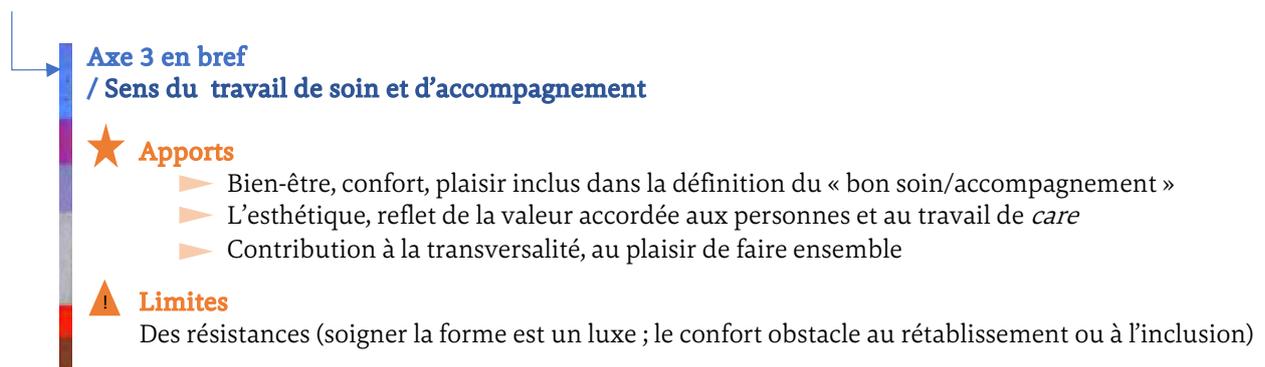
Soigner la cohésion et le plaisir du travail en équipe

Une autre façon de nourrir le sens du travail est de renforcer la cohésion des équipes et leur plaisir au travail.

Le rapport intermédiaire du projet du GHU souligne ainsi la convivialité et la chaleur imprégnant la démarche : « l'ensemble des professionnels impliqués dans le projet, soignants, administratifs et directions fonctionnelles, ont été interpellés et agréablement surpris par la dimension inclusive et conviviale des formats de travail proposés par l'équipe partenaire. Résolument nouvelles à l'hôpital,

les méthodes et l'approche sensible et chaleureuse de l'équipe ont permis de mobiliser des agents restés jusque-là sceptiques (...). » Les Sismo relèvent aussi en entretien le plaisir des soignants à participer à la qualification et sélection des concepts : « on voyait qu'ils étaient contents d'être là, entendus, ils prenaient le temps »

Les projets sont décrits, par leurs porteurs et par les intervenants interrogés, comme des occasions de décloisonnement des équipes et de cohésion : entre les ergonomes des trois secteurs de psychiatrie du site d'Avron par exemple, entre les équipes de la MDPH et entre celles-ci et leurs collègues du Département (présence de la Direction Culture lors de la réunion de restitution et identification des médiathèques comme des lieux relais pour la présence territoriale de la MDPH), entre les professionnels du Centre de Lolme.



Axe 4 : Progression de l'orientation « usager » et de la vision systémique dans la façon d'aborder les problèmes

Sur ce point, les apports des projets que j'ai étudiés ont une portée inégale.

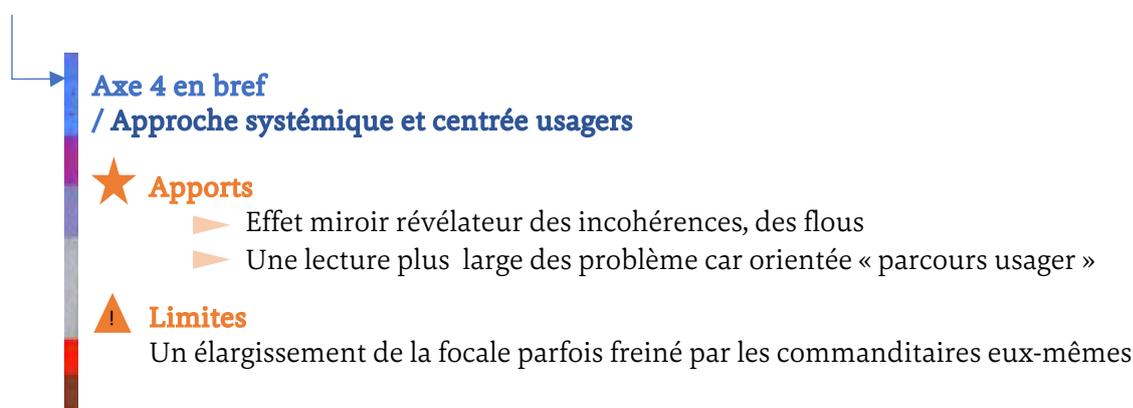
D'une certaine façon, l'intervention des designers a permis aux structures commanditaires de bénéficier d'un regard extérieur et donc d'un effet miroir qui – bien que n'étant pas propre au seul design – est de nature, d'une part, à pointer des paradoxes, des incohérences, des flous, et d'autre part à « réviser la focale » initiale pour reformuler les problèmes de façon plus systémique et globale que leur cadrage de départ.

Les projets du GHU et de la MDPH, explicitement orientés vers l'inscription de la structure dans son environnement et le renforcement des liens avec ses partenaires, ont contribué à inscrire la problématique de départ (un bâtiment dégradé ; un recours inadéquat à la MDPH) dans une perspective plus large et territoriale. Les coopérations de la MDPH avec ses partenaires ont été approfondies grâce au projet : la notion de « structures relais » de la MDPH a été affirmée, les acteurs du département ont changé de regard sur la MDPH. Le bâtiment de l'hôpital psychiatrique a été redéfini comme un point d'ancrage dans un parcours d'ensemble plus large comprenant d'autres étapes et impliquant d'autres acteurs. Le projet de médiateur œuvrant à la coopération ville/hôpital incarne dans un nouveau métier cette lecture systémique des conditions d'un parcours patient fluide et axé vers le rétablissement.

La lecture « parcours usager » également au cœur de l'approche des Sismo pour le service d'urgences s'est incarnée dans les concepts de pochette de sortie, et dans le choix de développer des concepts servant différents moments du parcours patient (« on s'est posés en garants de la vision d'ensemble, (...) chaque acteur ne voit que son petit périmètre »).

Même le projet de Lolme centré sur le hall d'accueil a fait le lien avec l'enjeu d'image de l'établissement pour ses partenaires et le contexte de croissance de l'activité du Centre appelant de façon d'autant plus urgente à repenser sa « vitrine ». La directrice en retire la conviction que « le design donne les moyens de compréhension des problématiques qui se posent à ces organisations complexes, fournit des solutions à la fois pluridimensionnelles et transversales qui permettent de dépasser la complexité en misant sur les intelligences additionnées des acteurs qui co-construisent les solutions » (rapport final).

Si les projets ont tendance à souligner la dimension systémique des problématiques, et à viser donc des impacts plus transformateurs qu'ils ne le sont envisagés au départ, c'est paradoxalement parfois le commanditaire qui freine cette volonté de recadrage des designers. Ainsi à Lolme, le rapport final du commanditaire s'interroge sur la tendance à vouloir embrasser « trop de sujets » au détriment de leur approfondissement. Au GHU, les designers soulignent combien l'enquête terrain a été « cannibalisée par l'hôpital à plus de 70 % », malgré leur volonté de passer aussi du temps dans le quartier et les structures ambulatoires.



Axe 5 : Introduction de facteurs favorables à une plus grande « capacité d'innovation » dans les structures

On n'observe pas, sur les projets que j'ai étudiés, de réel transfert de la capacité à conduire des démarches de design (les témoignages des commanditaires sur 3 des 4 projets vont dans ce sens, le GHU Paris Psychiatrie et neurosciences faisant exception car internalisant déjà la compétence avec le lab-ah). Même la formation-action proposée à l'équipe de la MDPH ne semble pas avoir eu l'effet d'appropriation espéré.

Cependant, l'intervention des designers me semble avoir un effet potentiel sur le développement de la capacité d'innovation des structures médico-sociales dans lesquelles elle se déploie, suivant deux principaux mécanismes repérés sur les projets de mon échantillon.

Banalisation de l'essai – erreur

Les démarches de design donnent le droit d'essayer et de se tromper, dans des environnements frileux et très contraints par les normes. Comme l'écrit le lab-ah dans le rapport final du projet (p. 35), « le droit d'expérimenter reste encore à conquérir dans les contextes (...) des établissements

sanitaires et médico-sociaux (...) dominés par les doctrines hygiénistes, techniques et réglementaires qui les régissent (...)».

Ce que confirment les Sismo : « au travers des expérimentations très concrètes, les designers ont dédramatisé le passage à l'acte » (rapport final), notamment sur des idées ou envies qui étaient présentes avant leur arrivée et que leurs concepts ont permis de concrétiser. « On est dans une logique totalement autre que celle de l'audit/recommandations/mise en œuvre. Les soignants ont du mal à comprendre la logique de test pendant une semaine. En général dans leur milieu on ne teste pas, on met en place quelque chose pour longtemps, quand c'est mis en œuvre c'est que ça a été décidé et pensé de bout en bout, c'est bouclé de A à Z quand on déploie. » (entretien Les Sismo)

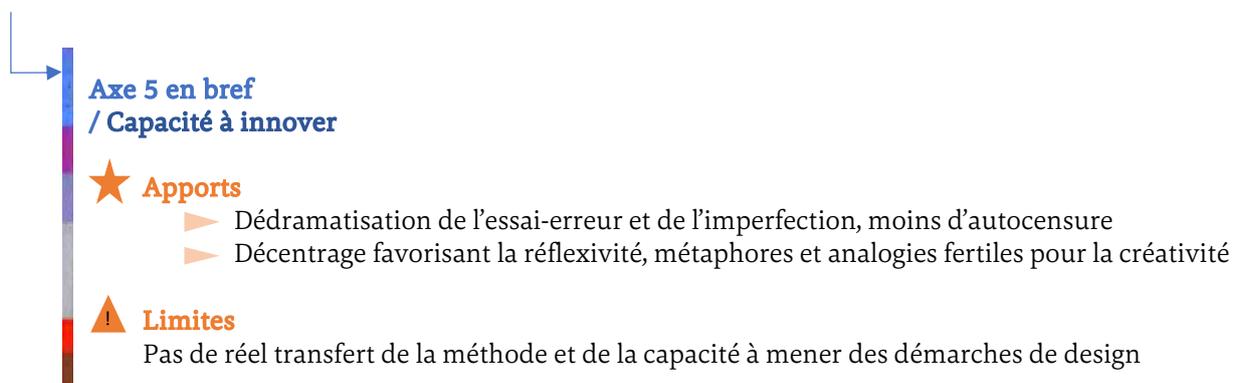
Ce choc culturel que représentent le test et les boucles d'itération est aussi formulé dans le cas de la MDPH : « Le travail en flux tendu est un frein à l'innovation (...). On a l'impression qu'il n'y a pas de droit à l'erreur car cela pourrait augmenter les retards de traitement des dossiers. (...) La volonté de maintenir un bon indicateur de délai de traitement des dossiers est un facteur de pression qui décourage la prise de risques. » (entretien designers). Le témoignage des designers suggère un effet de la démarche en termes de prise de conscience des équipes, qu'il serait utile de vérifier sur la durée : « on a donné un élan ; ils ont compris qu'ils pouvaient tester, réajuster, commencer par un petit bout... On a enlevé la pression de toute faire parfaitement dès le début. »

On en revient à cette idée de « pieds dans le plat » et de « pagaille » introduite par les démarches de design et source d'une sorte de levée de l'inhibition.

Décentrage

Les designers ont aussi la capacité de « défixer les participants » c'est-à-dire d'apporter des imaginaires, des métaphores, des analogies, extérieurs au secteur sanitaire ou médico-social, et sources d'inspiration et de réflexivité.

Cette façon « d'ouvrir les chakra », « les portes, les horizons » (expressions employées en entretiens), propre au design contribue à débloquent des capacités de créativité et d'innovation. Elle se nourrit souvent de croisements inattendus voire improbables entre la problématique du commanditaire et des idées ou solutions déployées ailleurs. Les Sismo proposent ainsi une « matrice créative© », les designers au GHU effectuent un « pas de côté » à partir des premières propositions des professionnels, et procèdent à une hybridation entre des inspirations venant du développement territorial et de la médiation culturelle.



L'appel à projets de la CNSA – 1,3 M alloués à 16 projets – a donc permis à des acteurs du secteur médico-social de faire l'expérience d'un projet d'innovation ou de résolution de problème par le design, contribuant à l'acculturation du secteur à une démarche encore émergente. Celle-ci produit des solutions d'une nature spécifique : créatives, pragmatiques, porteuses de confort et d'ergonomie pour les usagers et professionnels dans leur pluralité, soignées dans leur forme.

Mais le processus lui-même est porteur d'évolutions, que j'ai analysées sur la base de mon échantillon, selon 5 axes au croisement des orientations poursuivies par la transformation du secteur médico-social et des caractéristiques des projets de transformation par le design. Porteur de nouvelles modalités de participation des usagers, de relativisation des logiques hiérarchiques, ce processus contribue à nourrir le sens du travail d'accompagnement et de soin, à inscrire l'action des opérateurs dans une logique systémique ayant un impact global sur le parcours des usagers, et à accroître les capacités d'innovation des acteurs médico-sociaux.

Partie 3 - Mobiliser en conscience la portée transformatrice du design

3.1. Synthèse des principaux effets transformateurs du design

3.1.1. Une redéfinition (subversive ?) de la performance et de la qualité de l'accompagnement

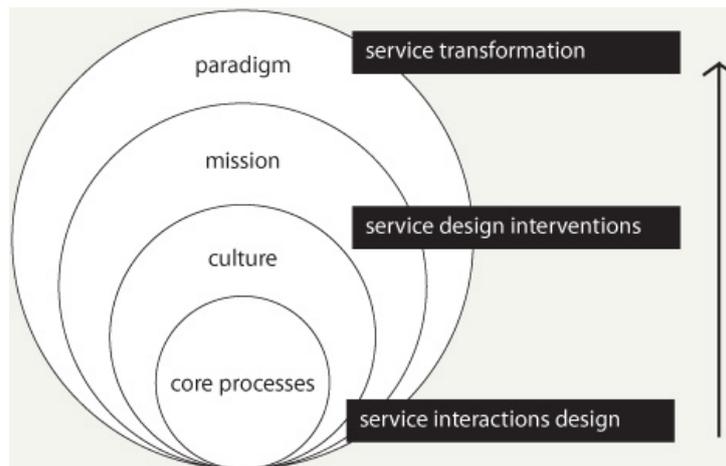
Je soutiens que les démarches de design dans le secteur santé-social sont porteuses d'une redéfinition des critères de qualité, de performance, de ce qui est « bon ».

La performance est un construit social: la définition que l'on donne d'un « soin ou accompagnement performant » n'est donc pas « objective » en soi, elle reflète l'éthique et la morale majoritaires dans notre société à un moment donné. Or, les démarches de design me semblent porteuses d'une forme de subversion de la définition majoritairement acceptée de la performance et de la qualité et des traductions règlementaires et instrumentales de cette définition (dans les référentiels, les normes etc.). Elles y introduisent en effet l'expérience subjective des usagers et des professionnels, les émotions, l'esthétique, le confort, l'ergonomie, la praticité.

J'identifie plusieurs points de résonance entre les apports du design et l'éthique du care, et fais l'hypothèse que le design peut être une façon « d'outiller » l'éthique du care dans la pratique de l'accompagnement des projets et des changements dans le secteur de la santé et du médico-social.

C'est pourquoi j'irais jusqu'à dire que les démarches de design ont un potentiel transformateur au sens qu'évoque Daniela Sangiorgi (2011): elles sont porteuses d'un changement d'ordre paradigmatique, c'est-à-dire un changement des méta-règles du jeu régissant le système.

Niveaux de changement au sein de la pratique du design de services



Source: Sangiorgi (2011)

Le changement « transformationnel » touche au paradigme, à la « vision du monde » et aux hypothèses fondatrices d'une organisation. N'est-ce pas ce qui est à l'œuvre quand une discipline, une approche particulière des problèmes, vient interroger voire redéfinir les critères de ce qui est « bon » et « performant » ?

Redéfinir la performance : interroger « qui décide de ce qui est important »

Cette réflexion se nourrit d'un parallèle avec l'éthique du *care* :

« Chez les auteurs de tous ces travaux, Carol Gilligan et Joan Tronto d'abord, on trouve une critique féministe des théories morales et politiques majoritaires, (qui) fait apparaître dans le champ moral et politique, des voix subalternes, jusqu'alors disqualifiées. Ces voix demandent *qui* décide de ce qui est *important* moralement et politiquement et de ce qui l'est moins (...). Ces voix ne sont pas seulement celles des femmes mais de toutes les catégories sociales désavantagées, ethnicisées, racialisées. Ce sont les voix de toutes les personnes qui réalisent majoritairement le travail de *care* dans la sphère domestique et dans les institutions de soin, c'est-à-dire qui s'occupent pratiquement des besoins d'autres qu'elles-mêmes, officiellement dépendants ou non. Toutes ces personnes qui réalisent un travail indispensable et vital sont mal payées, mal considérées, leurs besoins ignorés, leurs savoirs et savoir-faire rabaissés et déniés. (Elles) composent cette armée invisible reléguée dans les coulisses d'un monde de la performance, qui veut les ignorer. (...) »

Extrait de : Sandra Laugier, (2010)

L'intérêt de labs internes aux hôpitaux n'est-il pas aussi d'être en position « d'infiltration », position plus favorable pour faire évoluer de l'intérieur la définition de la performance et de la qualité ? C'est ce que pointe le rapport final du projet du lab-ah (p. 36-37) en faisant référence au fab lab de l'hôpital de Bicêtre, « espace de conception pluridisciplinaire encadré par des règles "mesurées" en matière de sécurité et d'hygiène, qui garantissent la possibilité de concevoir autrement et peut-être d'innover. Outre la qualité des dispositifs produits dans cet espace, celui-ci recrée des *zones de négociations** et de débat autour de la réglementation afin de l'amener à évoluer » (*c'est moi qui souligne).

3.1.2. Un effet de réflexivité et d'apprentissage organisationnel

J'ai identifié dans le cadre des projets que j'ai étudiés plusieurs moyens par lesquels une capacité d'influence et de décision était donnée aux usagers et aux professionnels de première ligne : par l'observation empathique, par les modalités et supports de dialogue inclusifs, par le recours au prototypage rapide et aux tests permettant des « mises en situation d'usage ».

L'immersion et l'observation empruntant aux méthodes ethnographiques notamment, sont source d'une connaissance plus riche et profonde des attentes des usagers. Ils constituent à ce titre un levier de réflexivité pour les acteurs des organisations en leur tendant un miroir.

Les travaux de la professeure allemande Sabine Junginger mettent en effet en évidence « un lien entre le design centré sur l'humain et l'apprentissage organisationnel : le fait d'adopter des méthodes de recherche offrant une compréhension plus fine et profonde des utilisateurs agit comme un révélateur des forces et des faiblesses de l'organisation dans ses interactions avec ses clients et ses collaborateurs » (Sangiorgi, 2011). Marie Coirié (2019) le formule dans des termes proches dans un chapitre d'ouvrage relatif au métier de designer hospitalier : « En travaillant au plus proche des situations réelles, il s'agit de mettre à jour les connaissances de l'institution sur ses patients, de révéler des situations qui n'avaient jamais été vues ou que l'on n'avait pas souhaité voir. »

Il me semble en effet qu'en permettant une compréhension nouvelle, fine et sensible des situations de vie des usagers et des acteurs de terrain, on est nécessairement conduit à interroger les politiques publiques et les organisations telles qu'elles sont conçues et déployées.

Je vois d'ailleurs dans les démarches de design un levier prometteur pour penser des offres de service d'opérateur à opérateur, ou « B to B », dans le monde complexe des politiques de l'autonomie où doivent se développer la coopération entre différents niveaux de recours (fonction ressource, EHPAD plateforme) et différentes compétences (communautés 360, MAIA, etc.) d'acteurs manquant souvent de connaissance mutuelle, et finalement d'empathie les uns envers les autres.

Cependant, des marges de progression importantes existent, notamment pour renforcer l'implication des usagers et professionnels de première ligne dans la phase d'idéation, caractérisée par des formats d'ateliers encore imparfaitement adaptés.

La participation des usagers est identifiée comme un point de progrès dans les démarches d'innovation sociale par le design, « soulevant de nombreuses questions méthodologiques » (Catoir-Brisson & Royer, 2017, p.71-72).

Développer des collaborations entre designers et spécialistes de l'ingénierie de la participation peut constituer à ce titre une perspective intéressante pour dépasser ces difficultés. Les designers souhaitant s'investir dans le secteur médico-social doivent aussi savoir s'entourer de professionnels formés aux techniques de communication avec des personnes particulièrement vulnérables, et inventer de nouvelles formes d'échanges et d'interaction. Un échange de pratiques au sein d'une communauté de pairs serait particulièrement bénéfique sur ce sujet.

3.1.3. Une valorisation de l'intelligence des acteurs de terrain

Dans les démarches de design, les « bricolages », contournements, détournements, sont considérés comme intéressants car révélateurs de problèmes de « facilité / qualité d'usage », d'inadaptations de l'environnement (au sens large) aux besoins, et témoignent de savoirs pratiques et expérimentiels utiles au processus de conception.

Le lab-ah adopte très explicitement cette posture. Il distingue « les pratiques dégradées qui sont des expédients compensatoires aux déficits organisationnels et les *arts de faire* qui sont des interprétations, des appropriations, des déplacements, des mises en action créatives à l'intérieur de structures imposées » et considère que les seconds sont en germe dans les premiers. « Les expédients sont repérés par les outils d'enquête du design qui y portent attention » (Delanoë-Vieux, 2020, p. 4). La démarche créative du design consiste ensuite à « leur apporter une dignité dans leur usage et les instaurer ainsi en *arts de faire* » (p. 12).

Ce faisant, et c'est aussi ce qui peut déranger, les démarches de design permettent une revalorisation des « faisant » vis-à-vis des « sachants ». Comme le développe Bernard Darras, en dépassant le dualisme communément admis entre la phase de « délibération/conception » (première chronologiquement, et supérieure) et celle de l'exécution ou de la pratique (seconde et moins valorisée), les démarches de design remettent en question la hiérarchie produite par « l'asymétrie culturelle et sociale au sujet de l'esprit et de la matière, de la théorie et de la pratique, des savoirs et du faire (...) » (Darras, 2014, p. 34). En cela il rejoint les théoriciens du *care* qui

pointent l'essentialisation de la nature féminine des activités de soin, et leur dévalorisation, ignorant la technicité et les stratégies nécessaires à la production de ces soins.

Darras (2014, p.38-39) explique que « le plus souvent, l'activité du designer est hybride, elle consiste à confronter les modèles lisses issus de la phase de conception (design thinking) aux objets chevelus qui peuplent le monde instable de la réalisation du projet (design doing), des pratiques et des usages (...). ». Ainsi, les designers (et tous les acteurs de ces projets) acceptent de « prendre le risque de se lier intrinsèquement au faire, aux pratiques, aux usages et à la compétition des intérêts divergents, dans des milieux et environnements concrets, sensibles, complexes, paradoxaux et souvent conflictuels et imprévisibles. » C'est précisément cette « prise » avec les contextes concrets et complexes qui m'avait parfois semblé manquer dans mon expérience de conception des politiques de l'autonomie.

Correspondances entre éthiques du care et postures des projets en design

Je pointe ici quelques éléments de résonance perçue entre approches du *care*, telles que résumées par la philosophe Sandra Laugier, et les attitudes et valeurs des projets en design, telles que décrites et perçues dans mon analyse de la littérature et des démarches de design.

> *Un caractère contextuel et appliqué*

« L'éthique du care requiert un examen des situations particulières et, comme le dit Gilligan, un mode de pensée plus contextuel et narratif que formel et abstrait ».

> *La contestation du dualisme et de la valorisation différenciée du « penser » et du « faire »*

« Le retour à un discours apparemment neutre et universel est la meilleure façon de rester ignorant de ses propres impensés de genre, ceux-là même qui organisent toute la série des dualismes – raison/émotion, esprit/corps, culture/nature, Blanc/couleur – que Gilligan, par la critique énoncée dans *Une voix différente*, a permis de contester. »

> *L'attention aux détails non perçus, et à ce qui compte pour les gens*

« Entendue d'une voix différente, la morale ne se fonde pas sur des principes universels mais part d'expériences rattachées au quotidien et des problèmes moraux de personnes réelles dans leur vie ordinaire. Elle trouve sa meilleure expression, non pas sous la forme d'une théorie, mais sous celle d'une activité : le *care* comme action (*taking care, caring for*) et comme travail, autant que comme attitude, comme perception et attention aux détails (...) non remarqués parce que trop proches (...). »

> *La légitimité des émotions et de l'affectivité*

« La notion de *care*, recouvrant à la fois des activités très pratiques et des sentiments ou une sensibilité, une attention soutenue à l'égard d'autrui et un sens des responsabilités, rompt avec une conception de la justice qui exclurait la texture affective de nos engagements les plus concrets, ce qui fait le grain de la morale quotidienne. » « Les approches du care se caractérisent par une « compréhension de la dimension politique des sentiments (...) ».

Citations issues de : Sandra Laugier (2010)

3.1.4. Un levier d'évolution du climat managérial et relationnel, clé de la capacité à innover

Ezio Manzini (2015) considère les designers comme « d'efficaces agents de changement » (p. 67) qui « introduisent de la turbulence » (p. 53) et peuvent avoir un « impact sur la culture, les institutions ou les visions qui sont partagées par ceux qui y vivent » (p. 52). Il estime que le design pour l'innovation sociale « cherche à rendre à la fois possible et probable l'existence d'organisations collaboratives » « où les gens collaborent (*choisissent* de le faire) pour atteindre un résultat qu'ils n'auraient pas pu atteindre seuls, ce qui produit de la valeur sociale plus largement au-delà du résultat atteint » (p. 77).

J'ai cherché à travers mes entretiens et mes lectures, à expliciter de façon plus claire la façon dont les démarches de design pouvaient agir, indirectement et subtilement, sur le climat relationnel et la culture ou les pratiques managériales dans les organisations. Ces évolutions me paraissent en effet déterminantes dans la capacité du secteur médico-social à conduire ses transformations « métier ».

A travers l'analyse de la littérature et des terrains, j'avancerais l'hypothèse que les démarches de design agissent à la façon de « microstructures » - ensemble de contraintes organisant la collaboration et l'expression - qui contribuent à façonner des modes d'interaction et de travail à même de libérer l'intelligence collective et l'initiative. J'emprunte ce terme de microstructure au courant des « *liberating structures* » (MacCandless et Lipmanowicz, 2013) proposant des modalités de facilitation de l'intelligence collective, c'est-à-dire des façons de contraindre l'organisation de l'espace et les interactions pour les rendre propices à l'expression dans un cadre protecteur et à la production collective. Ces techniques ont été largement mises en œuvre - aux États-Unis principalement - dans le secteur de la santé et dans des environnements complexes caractérisés par les cloisonnements et la hiérarchie.

Une autre image proche de cette idée de « microstructure » ayant des effets transformateurs plus « macro » est celle utilisée par François Jégou (2011). Il prend pour sa part la métaphore de l'acupuncture pour suggérer que des projets localisés agissant sur des points bien précis et activant « une énergie latente » et « des forces vives de transformation », peuvent avoir un effet de changement systémique bien que « l'échelle à laquelle ils fonctionnent semble comparativement insignifiante » (p. 84-85).

Pour préciser de quelle façon les projets de design introduisent des ingrédients de changement dans les postures managériales, j'ai également fait un parallèle avec un cadre d'analyse proposé pour caractériser l'innovation managériale (Boyer et Yves, 2020, p. 58) en 6 piliers : parmi eux, 4 me semblent résonner avec les caractéristiques des démarches de design et les apports dont j'ai rendu compte dans les précédentes parties de ce mémoire. Ce parallèle est illustré ci-dessous.

Être ensemble

Confiance	(Ré)instaurer des relations saines afin que chacun se sente autorisé à s'exprimer en toute transparence et sans crainte
Responsabilité	Faire en sorte que chacun se sente auteur et acteur de ses actes et assume ses choix et ses décisions
Plaisir	Identifier et prendre en compte les facteurs d'épanouissement personnel dans l'attribution des missions et cocréer les conditions de la convivialité

Convivialité des démarches, plaisir des participants

Faire ensemble

Collaboration	Resserrer les liens entre tous les salariés et valoriser l'intelligence collective
Agilité	Offrir plus de souplesse dans la réalisation des missions
Créativité	Encourager l'expression de nouvelles idées et les soutenir dans leur concrétisation

Caractère transversal des démarches, valorisation de l'intelligence émergeant des croisements de regards entre les différents métiers

Logique de tests et d'itération inhérente aux démarches de design

Créativité inhérente à la discipline du design, apport d'imaginaires étrangers au secteur par les designers

Source du schéma initial : Boyer et Yves, 2020, p. 58 ; les ajouts en orange sont de moi

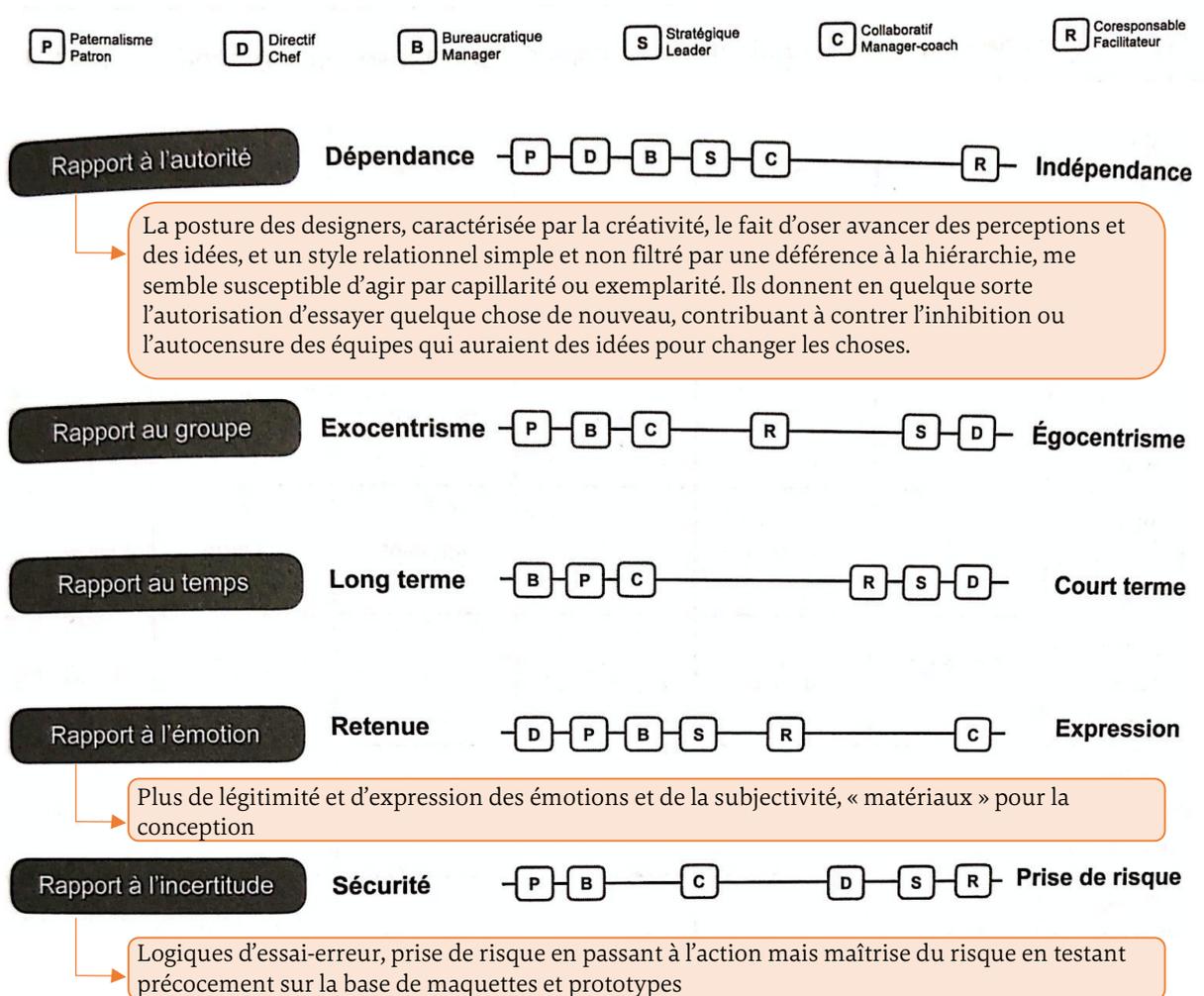
On peut noter ici que la concentration des apports du design sur les axes relatifs au « faire ensemble » peut plaider en faveur d'une implication complémentaire de professionnels de l'accompagnement des collectifs sur le volet « être ensemble » (psychologues et sociologues du travail, coachs). Je reviens à cette idée plus loin.

Les auteurs présentent aussi 5 axes de distinction entre différents types de cultures managériales (Boyer et Yves, 2020, p. 43) : les rapports à l'autorité, au groupe, au temps, à l'émotion, et à l'incertitude, dont trois sur lesquels les démarches de design me paraissent agir, tendant à déplacer la culture managériale vers une culture dite « collaborative » et/ou « coresponsable », associées respectivement à des « managers-coachs » et « facilitateurs ». J'illustre ces rapprochements sur le schéma ci-dessous, construit à partir d'un extrait de l'ouvrage de Boyer et Yves.

Il serait intéressant d'analyser plus rigoureusement dans quelle mesure le climat dans les organisations – ainsi modifié par l'introduction du design, la légitimation de l'expression des émotions et des intuitions, la banalisation de l'essai-erreur apprenant – se caractérise par une plus grande *sécurité psychologique*, dont Amy Edmondson (2019) a montré qu'elle était un trait important des organisations capables d'innover et de se développer.

Les 6 cultures managériales identifiées par Boyer et Yves (2020) et leurs axes de différenciation

→ En orange : mes ajouts relatifs aux apports du design



Source du schéma initial : Boyer et Yves, 2020, p. 43 ; les ajouts en orange sont de moi

3.2. Qui dit portée transformatrice dit responsabilité

Si les projets de design créent en effet de tels déplacements dans les organisations et les relations, il en découle à la fois :

- une portée transformatrice digne d'être davantage mobilisée : plus souvent, plus explicitement, plus consciemment ;
- et une responsabilité importante des acteurs chargés de les conduire.

3.2.1. Une portée transformatrice à mobiliser *en conscience*

J'espère avoir apporté des éléments de compréhension du fait que les projets d'innovation sociale par le design peuvent aussi être des leviers de transformation : vers une culture managériale plus collaborative et favorable à l'innovation, vers une culture métier plus centrée sur les usagers et sur les besoins de ses partenaires, vers une nouvelle vision de ce qui fait la performance de l'accompagnement. Les mobiliser comme tels, et prêter attention à la façon de les conduire et de les articuler avec les autres leviers de transformation, suppose de conduire ces démarches en ayant conscience de leurs effets.

Dans un contexte de politiques publiques orientées vers la transformation, enjoignant les acteurs opérationnels à modifier leurs organisations, leurs modes de fonctionnement, de financement, leur métier, le design peut constituer un levier de « traduction verticale » des orientations de transformation du secteur, au sens où l'entendent les chercheurs québécois Johnson et Groulx (2020). C'est-à-dire qu'il peut faciliter la reformulation d'objectifs stratégiques et systémiques (venant du Ministère, de la CNSA) en objectifs faisant sens sur le plan humain, ancrés dans l'expérience humaine et reliés aux irritants opérationnels (Johnson et Groulx, 2020).

Il n'est cependant pas certain aujourd'hui que beaucoup de designers et de commanditaires aient cette portée transformatrice à l'esprit quand ils déploient une démarche de design.

3.2.2. Une responsabilité proportionnelle aux impacts potentiels

Je rejoins ainsi la conclusion que Daniela Sangiorgi (2011) tirait de son analyse des projets de transformation par le design. Selon elle, les designers de service doivent mieux comprendre les dynamiques et les qualités du changement organisationnel, mais aussi réfléchir à leur influence sur les dynamiques de pouvoir dans différents types de milieux. Il convient selon elle d'introduire de nouvelles compétences et de nouveaux outils de pratique réflexive au sein des projets poursuivant des objectifs de transformation. L'enjeu est de pouvoir réfléchir *consciemment* sur les processus, les conflits, les rôles, les moments de prise de décision, les différentes perspectives et interprétations des situations et des résultats de design.

Sean Molloy (2018) qui a étudié le fonctionnement de labs d'innovation dans le champ de la santé, a schématisé la corrélation entre l'investissement par ces labs de questions stratégiques et systémiques, et le degré de complexité et d'ambition de ces démarches (cf. illustration ci-contre). Il évoque un « dilemme » pour ces labs souhaitant accroître leur impact transformateur mais se confrontant, ce faisant, d'une part à un décalage par rapport aux attentes des autres acteurs de leur organisation (non conscients de tout ce que le design peut apporter), et d'autre part à des niveaux de difficulté et de complexité importants.

Eudes et Maire (2020, p. 269), de la Chaire industrie, design et innovation sociale, estiment aussi que « la liberté exploratoire que porte en soi le projet de design (...) engage la responsabilité du designer, tant par l'ouverture du spectre des solutions proposées que par l'efficacité du soin finalement choisi et apporté ».

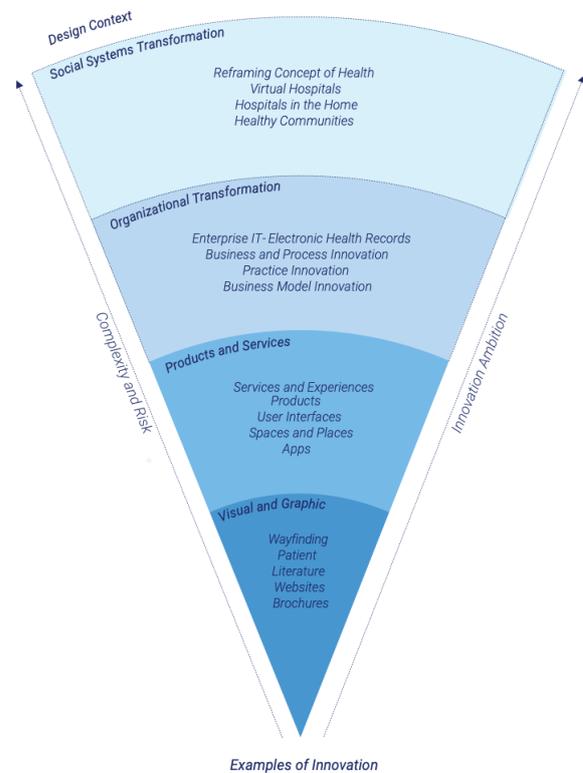


Figure 11: Ambition and Complexity Model

La responsabilité que portent les designers se retrouve à toutes les étapes de leur démarche. Dès l'usage qui est fait de la parole recueillie en phase d'immersion auprès des usagers, le positionnement choisi n'est pas neutre. Il ne s'agit pas de dire qu'il doit l'être, mais de souligner l'importance d'avoir conscience de sa posture et de ses impacts. Ainsi, la figure du designer médiateur, traducteur, peut conduire à s'interroger, me semble-t-il, sur les garde-fous éthiques mis en place pour que ce pouvoir du design en tant que traducteur soit utilisé dans le sens de l'intérêt commun. Victor Papanek (1971, p.173) assumait de faire des designers des « avocats des utilisateurs ». Dans un contexte aussi complexe que les organisations du champ de la santé et du médico-social, de qui le designer se fait-il l'avocat, jusqu'où « prend-il parti » et avec quelles conséquences sur les perspectives de réussite du projet ? Cette question mérite d'être réfléchie projet par projet en analysant finement la pluralité des parties prenantes et de leurs enjeux.

3.2.3. Un déplacement de la posture des designers : de créateur à facilitateur ?

Mobilisés pour accompagner ou faciliter des transformations, les designers sont également amenés à interroger leur propre posture.

Beucker (2016, p. 39) suggère une assimilation au rôle de facilitateur. « Les transformateurs ne sont pas ceux qui conçoivent le futur, ils facilitent un processus qui permet aux usagers concernés dans un contexte de faire émerger le *momentum* nécessaire pour co-crée leur propre futur. Cela peut être difficile pour ceux qui sont habitués à revendiquer la maternité/paternité créative. »

Marie Coirié souligne une posture du designer au service des projets des équipes, mais moins connotée d'effacement du designer que ce que suggère Beucker : le designer « doit mettre ses compétences de création et de conception, d'animation d'ateliers collectifs, de fabrication de maquettes et de suivi de production au service des projets portés par les équipes et pour elles-mêmes. Cette posture peut paraître évidente à l'hôpital, et pourtant elle déplace nettement le design vers une mission d'appui au développement des idées internes, dans laquelle il n'a pas le monopole des bonnes idées. » (Coirié, 2019, p. 93)

Il me semble que l'enjeu est de trouver le bon équilibre entre la préservation des apports propres au design et l'articulation réfléchie avec le milieu dans lequel le designer intervient, et les autres métiers nécessaires à l'accompagnement des transformations. Si la facilitation est une compétence requise, ce n'est pas nécessairement au designer lui-même de jouer ce rôle.

3.3. Institutionnaliser le design sans le « démonétiser »

3.3.1. Signaux et risques d'une institutionnalisation du design

L'appel à projets de la CNSA de 2018 a été suivi d'autres appels à projets, notamment celui relatif à la gestion de la crise en 2020, qui ont permis le soutien de projets faisant intervenir des designers. La CNSA cite désormais explicitement le « design social » parmi les approches qu'elle cherche à soutenir à travers ses appels à projets. Avant même la tenue du séminaire de capitalisation ou la valorisation des projets de l'AAP Design lors des rencontres Recherche et Innovation de la CNSA (événements annulés en 2020), il me semble donc pouvoir dire que le design trouve une place légitime dans le secteur, en tout cas pour cet acteur institutionnel.

L'ANAP, de son côté, engage la définition d'une offre de service « Design et innovation collaborative », comme en témoigne son appel à manifestation d'intérêt « La pépinière des territoires » visant à apporter à 5 projets pilotes le soutien d'équipes de designers, et son appel d'offres de novembre 2020²⁰ pour structurer cette offre, où elle attendait « une majorité de profils ayant des compétences en design de services ».

Ces marqueurs d'un début d'institutionnalisation du design témoignent de sa légitimité croissante. Ils peuvent aussi faire craindre une « démonétisation » du design au sens d'une sous-estimation de sa portée subversive et transformatrice et d'un usage n'utilisant pas ce potentiel voire l'empêchant de se réaliser.



Écueils possibles d'une institutionnalisation du design



- un choix de projets pilotes trop « politique » ne tenant pas compte des conditions de réussite, notamment le portage stratégique ;
- des démarches trop rapides, trop courtes ;
- des problèmes mal définis et insuffisamment reformulés (lié au temps trop court pour la phase d'immersion et de reproblématisation) ;
- des démarches pensées comme une succession de « temps forts », visibles (donc « vendeurs ») et fédérateurs ou enthousiasmants sur le moment, mais non relayés par un travail de fond d'accompagnement des collectifs, et donc *in fine* déceptifs ;
- une approche manquant de subtilité ou mal outillée dans des contextes minés (conflictuels, ou de souffrance, par ex.) ;
- des démarches plus attachées à la méthode – standardisée à l'excès – qu'au fond des problèmes qu'elles cherchent à résoudre.

Pour éviter ces écueils, je soulignerais, de façon non exhaustive, quatre pistes, à l'appui de mon invitation à conduire les démarches de design en conscience de leur portée transformatrice.

3.3.2. Conditions de réussite

Des équipes pluridisciplinaires

Pour assumer cette responsabilité et pouvoir accompagner les transformations de façon plus pérenne et efficace encore, le design peut être inclus dans une démarche pluridisciplinaire. Ceci a du sens dans une logique de recherche (comme y appellent Pellerin et Coirié, 2017 ; Andrès 2017), mais cela semble également nécessaire dans une logique de conduite de projet.

Pour que les projets de design puissent réellement prendre en compte les « vicissitudes de l'action en milieu complexe » (Darras, 2014, p. 39) il est important que les équipes disposent de clés de compréhension et de compétences techniques pour aller jusqu'au bout de l'analyse des impacts et des conditions de faisabilité des solutions proposées.

Ainsi, en matière de chiffrage du coût des solutions, d'inscription de celles-ci dans des plans d'action réalistes, de réflexion sur les leviers d'adoption de nouvelles pratiques et de nouveaux comportements, et sur les impacts organisationnels et managériaux des solutions mais aussi des processus eux-mêmes, les designers ont besoin de collaborer avec d'autres.

²⁰ « Appui au développement de l'offre ' innovation collaborative et design de service ' et à son lancement »

Experts sectoriels, consultants en organisation et en management, coaches, sociologues des organisations, facilitateurs en intelligence collective, psychosociologues, par exemples, ont des compétences complémentaires utiles à la « maîtrise » et l'optimisation de la portée transformatrice des démarches. La conjugaison de ces compétences sur des projets n'a rien d'évident. Elle suppose notamment, de la part de chacun, suffisamment de maturité et d'aisance pour faire humblement de la place aux autres et accepter de concentrer son apport sur ses points forts spécifiques et complémentaires du reste de l'équipe.

Le temps long

Le designer et chercheur allemand Nicolas Beucker soutient que le design est porteur de changement progressif et que son impact transformateur peut n'être visible que des années après sa mise en œuvre. Il parle d'une démarche « lente mais persistante » et nécessitant de la patience pour produire des effets à long terme (Beucker 2020, p. 38-39).

C'est le constat que font les responsables du lab-ah (page 41 du rapport final du projet) : « les projets de design social, s'ils ont besoin d'un déclencheur tel que l'appel à projet, ne peuvent se produire et se réaliser - au sens existentiel du terme - que sur le temps long », autrement dit « le temps de s'intéresser à la culture et à l'histoire d'une organisation, avant de chercher à la faire évoluer ». Elles en concluent que l'expérience plaide en faveur de « l'existence du lab-ah en tant qu'équipe intégrée, pour intervenir sur un temps long, avec des projets successifs, plutôt qu'une intervention ponctuelle. » Les responsables de la Fabrique de l'hospitalité défendent, elles, l'utilité d'un positionnement intégré en soulignant le caractère exploratoire et expérimental connoté par l'organisation « sous forme de laboratoire » qui permet de « bousculer les hiérarchies » tout en agissant par touches successives au gré des projets (Bay et Desflaches, 2019, p.80). Et donc là aussi, progressivement dans la durée.

Le portage stratégique

Si l'on admet que les démarches de design peuvent constituer un levier d'accompagnement des transformations, ou elles-mêmes produire des changements de nature « transformationnelle », il devient d'autant plus important qu'elles fassent l'objet d'une attention et d'un soutien forts de la part des échelons de direction pour que ce potentiel puisse se réaliser.

C'est le cas notamment quand la logique de la qualité d'usage peut entrer en conflit avec celle de la sécurité ou de la réglementation (comme dans un hôpital, cf. Delanoë-Vieux et al., 2019). La direction – ou le cas échéant les acteurs institutionnels chargés de la régulation - peuvent alors avoir le pouvoir de déroger, de créer des espaces de liberté et de renégociation des règles. D'où l'importance de leur implication et d'une réelle volonté politique de faciliter le changement.

Si la CNSA choisit de continuer d'investir dans la capacité du secteur médico-social à innover, et si elle confirme son intérêt pour les apports du design dans ce contexte de transformation, son portage stratégique et politique sera essentiel pour créer les marges de manœuvre suffisantes. Il pourrait se traduire aussi par l'impulsion d'une communauté de pratiques autour du design dans le secteur médico-social (ou d'un ensemble de démarches d'accompagnement de transformations dont il ferait partie), tant les besoins d'échanges et la soif de réflexivité sont grands sur ce territoire en émergence.

Une approche raisonnée de la répliquabilité

L'appel à projets de la CNSA exigeait des projets qu'ils aboutissent à la formalisation d'un « kit de déploiement » facilitant l'appropriation des solutions par d'autres acteurs du secteur. Cette attente de répliquabilité reflète le souci de la CNSA de maximiser l'impact de ses subventions. En soutenant un projet, la caisse souhaite légitimement permettre à d'autres de bénéficier de ses fruits et/ou de ses enseignements. Mais cette attente ne manque pas d'interroger les acteurs des projets, conscients du caractère situé des solutions auxquels ils aboutissent et de l'importance du *processus* ayant conduit à ces solutions.

Les responsables de la Fabrique de l'hospitalité plaident, elles, pour une diffusion « par capillarité » plutôt que descendante, et la « dissémination latérale des expériences et la réappropriation des processus de travail pouvant inspirer d'autres travaux sur d'autres territoires » (Bay et Desflaches, 2019, p. 86), faisant le parallèle avec l'éthique du care « liée à des conditions concrètes, au lieu d'être générale et abstraite » (Laugier, 2010). Cela pourrait se traduire par l'organisation plus fréquente de sessions de témoignages et d'échanges de pratiques entre porteurs de projets soutenus par la CNSA, l'ANAP etc., dans une visée d'inspiration et de diffusion des approches design.

Je pense en outre qu'il y a lieu de se méfier de logiques visant à reproduire / plaquer / importer des « bonnes pratiques » : ne peut-on pas y voir un symptôme d'une approche verticale marquée par une défiance envers les équipes de terrain, sous-estimant leur capacité à inventer leurs propres solutions si tant est qu'on leur propose un cadre facilitant ? (MacCandless et Lipmanowicz, 2013, p. 28)

Conclusion



Le design, levier d'accompagnement de la transformation du secteur médico-social

Par le processus

A condition d'un portage par la direction, d'une inscription dans le temps long, d'une conjugaison de compétences adaptée aux enjeux, et d'une acceptation du nécessaire cheminement local et contextualisé, les démarches de design peuvent avoir une portée transformatrice. Le secteur médico-social pourrait activer en conscience ce potentiel de transformation de la culture métier (orientée usager, ouverte, porteuse d'empowerment) et de la culture managériale (plus horizontale, collaborative, favorable à l'innovation) en recourant davantage au design pour résoudre ses problématiques et développer des réponses innovantes, en complément d'autres approches.

Par l'action sur la forme

Les démarches de design, en apportant des qualités d'empathie, de créativité, d'ouverture, et des compétences de conception et de formalisation, facilitent la transformation du secteur car elles contribuent à résoudre une sorte de dissonance que chacun peut ressentir entre le fond et la forme.

- Le fond qui parle d'inclusion, de participation, de coopération, de co-responsabilité, d'autonomie, de bienveillance et de bienveillance ;
- Et la forme qui ressemble à des circulaires, des comités, des environnements dégradés ou inhospitaliers, des indicateurs quantitatifs de performance, des leviers réglementaires et budgétaires pour faire travailler les gens ensemble, des modèles managériaux verticaux et contrôlants appliqués à l'échelle de tout le système.

Face à des évolutions – transition inclusive, virage domiciliaire, diversification et transformation de l'offre...- qui bousculent des modes de fonctionnement ancrés et rassurants et ouvrent vers un inconnu insécurisant, l'intervention de designers peut permettre, me semble-t-il, « d'y mettre les formes », c'est-à-dire de procéder de façon progressive, respectueuse des savoirs expérimentiels des acteurs, et littéralement de *concevoir des formes* porteuses de dignité, d'hospitalité, de valorisation et de qualité d'usage. Des formes cohérentes avec les valeurs que portent les acteurs du secteur. Des formes médiatrices pour mieux se comprendre.

Ainsi pourrait-on dire, à la manière de Paul Klee²¹, que « la forme fait éclore la fonction » : la forme, apportée par la démarche de design et les fruits qu'elle produit, permet d'incarner, et donc de rendre réel, le fonds de l'évolution souhaitée des politiques de l'autonomie.

Résonance avec un engagement

Je me suis intéressée à la portée transformatrice des démarches de design au sens où – par leurs spécificités – elles peuvent faire progresser le secteur médico-social vers plus de collaboration,

²¹ Reformulation empruntée à l'enseignement de Pierre-Damien Huyghe, philosophe des arts, qui aura marqué notre promotion. Il partageait son analyse d'un texte de Paul Klee, « Remonter du modèle à la matrice ».

d'adaptation aux besoins des personnes, d'inclusion, de soutenabilité du travail, et *in fine* faire progresser la société vers plus de justice, de participation, de bien-être.

En relisant les textes de Sandra Laugier sur l'éthique du *care*, et en y trouvant des échos importants avec le design (que les auteurs de l'ouvrage dirigé par Jehanne Dautrey ont déjà soulignés), j'ai mieux compris qu'une partie de la « résonance » ressentie dans le cadre de mon parcours de découverte du design tenait probablement à cette cohérence avec des convictions personnelles (notamment féministes), m'ayant conduite à cheminer depuis deux ans à la recherche de modalités d'intervention plus en adéquation avec mes valeurs et l'impact que je souhaite avoir.

Je retire de ma relecture croisée des textes relatifs au *care* et au design (deux mots qui ont d'ailleurs en commun d'être difficiles à traduire) une préoccupation pour la suite : comment conduire des projets de transformation par le design *en conscience et en responsabilité*, en appliquant jusqu'au bout l'éthique du *care* : « une moralité centrée sur l'équité, l'impartialité et l'autonomie (...) et fondée non sur des principes mais une question : *comment faire, dans telle situation, pour préserver et entretenir les relations humaines qui y sont en jeu ? Et, comment le faire sans renforcer les inégalités de genre, de classe et de race ?* » (Laugier 2010 ; c'est moi qui accentue).

J'espère, à travers mes activités professionnelles et les échanges que je pourrai nouer (qui sait, peut-être sur la base de la présente réflexion ?), avoir l'occasion d'aller plus loin dans la formulation et la pratique d'une *autre façon* d'accompagner les évolutions du système de santé.

Bibliographie



ANDRES, Roxane : « *De l'universel au singulier : prendre soin « des » vieillissements* », in : *Sciences du design*, n°6, 2017, p. 92-102

BAY, Barbara et DESFLACHES, Anne-Laure : « *Fabriquer l'hospitalité aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg* », in : DAUTREY, Jehanne (dir.) : *Design et pensée du care - Pour un design des microluttes et des singularités*, Les Presses du réel, 2019, 352 pages, P. 77-87

BEUCKER, Nicolas : *Transformation design : A Piecemeal Situational Change*, in : JONAS, Wolfgang ; ZERWAS, Sarah et VON ANSHELM, Kristof : *Transformation design - Perspectives on a New Design Attitude, 2016*; éd. Birkhäuser, Bâle, 281 pages, p.33-42

BOYER, Francis et YVES, Olivia : *L'innovation managériale en action. 50 pratiques managériales innovantes. S'inspirer et apprendre d'entreprises qui ont su concilier épanouissement individuel et performance collective*, Eyrolles, 2020, 303 pages.

BROWN, Tim : *Change by design. How Design Thinking transforms organizations and inspires innovation*, Harpers Collins, 2019 (édition révisée), 294 pages.

BRUN, Jeanne : Texte de l'exposition de la Cité du design *Histoire des formes de demain*, *Collection de design du musée d'Art moderne de Saint-Etienne métropole*, 2013 ; <https://www.citedudesign.com/ressources/chronologie/> (consulté en juin 2020)

BURNS, C., COTTAM, H., VANSTONE, C., & WINHALL, J. : *RED paper 02: Transformation design*. London: Design Council, 2006, consulté en juin 2020: <https://www.designcouncil.org.uk/resources/report/red-paper-02-transformation-design>

CATOIR-BRISSON, Marie-Julie; VIAL, Stéphane; DENI, Michela et WATKIN, Thomas : « *From the specificity of the project in design to social innovation by design : a contribution* », *Design + Research + Society – Future-focused thinking*, Design research society (conférence du 50ème anniversaire – Brighton), Juin 2016, p. 2287-2300

CATOIR-BRISSON, Marie-Julie et ROYER, Marine : « *L'innovation sociale par le design en santé* », in : *Sciences du design*, n°6, 2017, p. 65-79

COIRIE, Marie : « *Designer hospitalier : Une démarche en émergence* », in : Dautrey, Jehanne (dir.) : *Design et pensée du care - Pour un design des microluttes et des singularités*, Les Presses du réel, 2019, p. 89-98

COLLECTIF : « *Changement de paradigme autour de l'expérience patients* », Dossier, in : *Le Quotidien du médecin*, n° 9843 du mardi 23 juin 2020 – dossier consultable sur le site de l'institut français de l'expérience patient : https://experiencepatient.fr/wp-content/uploads/2020/06/20200623_Quotidien_du_medecin_Tribune_PMI-AKO.pdf

CNSA (document interne), *La politique de soutien à l'innovation de la CNSA. La procédure d'appel à projet ouvert et permanent en question*, Rapport de stage de Claudia Marquet, 2018

CROSS, Nigel : « *Designing ways of knowing* », in : *Design studies*, vol. 3 n° 4, octobre 1982, p. 221-227

DARRAS, Bernard : « *Le design entre la conception et la pratique, la fin du dualisme. Approche pragmatique* », in : Bernard DARRAS et Alain FINDELI (dir.), *Design : savoir & faire. Savoir pour mieux faire et faire pour mieux savoir*, Lucie éditions, 2014

- DAUTREY, Jehanne (dir.) : *Design et pensée du care - Pour un design des microluttes et des singularités*, Les Presses du réel, 2019, 352 pages
- DAVEY, Caroline L. et WOOTTON, Andrew B. : Transformation Design : Creating Security and well-being, in : JONAS, Wolfgang ; ZERWAS, Sarah et VON ANSHELM, Kristof : *Transformation design - Perspectives on a New Design Attitude*, 2016 ; éd. Birkhäuser, Bâle, 281 pages, p.61-74
- DELANOË-VIEUX, Carine ; COIRIE, Marie ; COUBARD-MILLOT, Justine et FIGUEROLA, Xavier : « L'expérience patient en design, une ressource pour la conception d'un parcours d'hospitalité dans un hôpital neuf », in : *Ocula, Semiotic eye on media*, n° 20, Octobre 2019 (<https://www.ocula.it/files/OCULA-20.pdf>)
- DELANOË-VIEUX, Carine : *Le patient, l'hôpital et son quartier: construire la résilience des personnes en souffrance psychique. Étude poïétique : contribution à une recherche-action*, avril 2020 (document non publié)
- DENI, Michela : « *Le design de services : projeter le bien-être* », in : *Communication et organisation*, n°46, 2014, p. 129-141
- DUHEM, Ludovic et RABIN, Kenneth (dir.) : *Design écosocial – Convivialités, pratiques situées et nouveaux communs*, Les Presses du réel, 2020
- EDMONDSON, Amy C : *The fearless organization. Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation and growth*, Wiley, 2019, 233 pages
- FISCHER, Gustave-Nicolas : *Psychologie sociale de l'environnement*, Dunod, 2e édition, 2011, 246 pages
- GAND S. et E. PERIAC : « Représenter la complexité pour agir en gouvernance multi-acteurs sur les territoires : proposition d'une instrumentation sur le cas de l'aide aux proches aidants », in : *Politiques et Management Public*, 35:1, 2018, pp. 27-47
- GODFRAIN, Marie : « Le « care design », des objets aux petits soins », in : *Le Monde*, 10 juin 2020
- GRAVEY, Inès: *Lessons from Kaiser Permanente's experience of integrating human-centered design at scale*, à paraître en 2021 (rapport de la recherche réalisée dans le cadre de la bourse Harkness du Commonwealth Fund en 2019-2020)
- HENNION, Antoine ; VIDAL-NAQUET, Pierre ; GUICHET, Franck ; HÉNAUT, Léonie : *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie : Treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs*, Rapport de recherche, 2012
- JEGOU, François : « Innovations sociales et acupuncture régionale vers un développement durable », in : GAUTHIER, Léa (dir.), *Design for change*, Presses du réel, 2011, 400 pages
- JOHNSON, Kevin J. et GROULX, Patrick, « Le sens, gardien de la cohérence », in : *Revue Gestion*, vol. 45, n°2, été 2020 (Dossier : « Saturés de changement ? »)
- JONAS, Wolfgang ; ZERWAS, Sarah et VON ANSHELM, Kristof (dir.) : *Transformation design - Perspectives on a New Design Attitude*, 2016 ; éd. Birkhäuser, Bâle, 281 pages
- LA 27^{ÈME} REGION (coor. Pauline Scherer) : *Chantiers ouverts au public. Design des politiques publiques*, La Documentation Française, 2015
- LAUGIER, Sandra : « L'éthique du care en trois subversions », in : *Multitudes*, vol. 42, no. 3, 2010, pp. 112-125.

- MACCANDLESS, Keith et LIPMANOWICZ, Henri : *The Surprising Power of Liberating Structures. Simple rules to unleash a culture of innovation*, ed. Liberating structures press, 2013, 353 pages
- MANZINI, Ezio : *Design, When Everybody Designs. An Introduction to Design for Social Innovation*, MIT Press, 2015, 256 pages
- MIDAL, Alexandra : *Design, introduction à l'histoire d'une discipline*, Pocket, 2009, 203 pages
- MOLLOY, Sean j.: *Innovation labs in healthcare, A Review of Design Labs as a Model for Healthcare Innovation*, 2018
- NESSLER, Dan : *How to apply a design thinking, HCD, UX or any creative process from scratch*, Article publié sur Medium, Mai 2016 (<https://medium.com/digital-experience-design/how-to-apply-a-design-thinking-hcd-ux-or-any-creative-process-from-scratch-b8786efbf812#.z59znzn48>)
- O'REILLY, Charles A. et TUSHMAN, Michael L.: "The ambidextrous organization", in : *Harvard business review*, avril 2004
- ÖZDIRLIK, Burcu et PALLEZ, Frédérique : « *Au nom de l'utilisateur : co-concevoir la relation au public dans une mairie* », *Sciences du design*, n°5, 2017, p. 69-84
- PAPANÉK, Victor : *Design pour un monde réel. Écologie humaine et changement social*, Mercure de France, 1971, 362 pages
- PELLERIN, Denis et COIRIE, Marie : « *Design et hospitalité : quand le lieu donne leur valeur aux soins de santé* », in : *Sciences du design*, n°6, 2017, p.40-53
- POUILLOT, Manon : « Soigner le geste : le feutre, matière et forme de l'expérience sensible », in : DAUTREY, Jehanne (dir.) : *Design et pensée du care - Pour un design des microluttes et des singularités*, Les Presses du réel, 2019, p. 117 à 126
- SANGIORGI, Daniela : "Transformative services and transformation design », in : *International Journal of Design*, 5(2), 2011, p. 29-40.
- SIBIEUDE, Thierry ; KAUFFMANN, Guy et MICHEL, Dominique-Anne, *Dessignons notre maison* (livre édité par le Département du Val d'Oise), 2013
- VELUT, Stéphane : *L'Hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme*, Tracts n°12, Gallimard, 2020, 48 pages
- VIAL, Stéphane : *Le design*, PUF, Que sais-je, 2019, 128 pages

En couverture et quatrième de couverture : extraits du tableau de Paul Klee, Le Feu le Soir, 1929

