



# Design hospitalier, émergence d'une discipline singulière et agissante pour la transformation hospitalière

• ENSCI - Les Ateliers

• Emmanuelle Garnier  
2020/2021

• Mastère Innovation  
by design



## *REMERCIEMENTS*

Etonnamment, c'est au début d'un mémoire qu'est positionné l'exercice du remerciement alors même que c'est au bout du travail, laborieux, au terme de la maïeutique de l'écriture, que nous nous y employons véritablement. Tant pis, je me plie à l'exercice où qu'il se trouve tant il est agréable de remercier avec sincérité les contributeurs invisibles et masqués de cette aventure.

Je pense d'abord à celles et ceux qui m'ont conduit sur le chemin du design et lentement vers sa compréhension : nos cousins et collègues Québécois, Manon, Guillaume, Inès, Clémence, Valérie et Xavier pour commencer.

Je pense à ceux qui ont alimenté la flamme : les étincelles et Marie Coirié, la plus lumineuse et inspirante d'entre elles qui m'a guidée sur le chemin de ce travail.

Mes pensées vont aussi vers ceux qui ont accepté de participer à cette recherche, qui ont pris de leur temps pour exprimer leur vision du sujet. Merci donc aux contributeurs, équipes de direction et aux équipes de soins des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, du GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, du GHU Bichat Beaujon et du CHU de Nantes. Un très grand merci à Christelle Carrier, de la Fabrique de l'Hospitalité, Carine Delanoë-Vieux du lab-ah et Chloé Schiellein, de la Petite Fabrique.

Je pense à ceux qui ont rendu ce travail possible et que je remercie de croire en moi, Thomas le Ludec, Directeur Général et François BERARD, Directeur Général Adjoint du CHU de Montpellier.

Je pense à mes complices du CHU de Montpellier qui m'encouragent et me soutiennent chaque jour, les Emilie(s), Patricia, Judith, Loélia.

Je remercie Stéphane Gaultier et Mathias Béjean qui nous ont guidé dans ce Mastère malgré les contraintes et les confinements successifs.

Je suis infiniment reconnaissante à ma famille, enfants et parents qui, à chacune de mes « reconversions », sont d'un soutien sans faille.

Je remercie Sylvain GARNIER, mon fabuleux conjoint, soignant exceptionnel qui a toujours un coup d'avance et a compris la portée du design bien avant moi.

# SOMMAIRE

Introduction .....	6
Partie 1 : Les labs intégrant la pratique du design à l'hôpital : un objet nouveau et pourtant familier .....	8
1. A la source .....	8
1.1. <i>Le roulis de l'innovation publique</i> .....	8
1.1.1 <i>L'influence des pionniers du design thinking à l'hôpital outre Atlantique</i> .....	9
1.1.2 <i>Les prémices en France : la culture à l'hôpital ou l'expérience de l'exogène</i> .....	10
2. Le partage des eaux : de quel design parle-t-on ? .....	11
2.1. <i>Le design des designers</i> .....	11
2.2. <i>Le design des thinkers</i> .....	11
2.3. <i>Le design des makers</i> .....	11
3. La montée des eaux : émergence des pratiques du design dans les hôpitaux en France .....	12
3.1. <i>La fabrique de l'hospitalité, premier modèle du genre</i> .....	12
3.2. <i>Le Lab-ah, à la convergence du design et de la culture</i> .....	12
3.3. <i>L'émergence des thinkers et des makers à l'hôpital</i> .....	12
3.4. <i>Les designers embarqués</i> .....	13
3.5. <i>Les petites touches</i> .....	13
Partie 2 : Mécanique des fluides : études des comportements et des forces associées .....	14
1. Géomorphologie des ruisseaux : démarche d'exploration et terrains de recherche .....	14
1.1. <i>La démarche d'exploration</i> .....	14
1.1.1. <i>Analyse préliminaire</i> .....	14
1.1.2. <i>La méthode et les outils de l'enquête pour les 3 labs intégrés</i> .....	14
1.1.3. <i>Limites de la démarche</i> .....	14
1.2. <i>Échantillon retenu, cartographie synthétique des 3 terrains de la recherche</i> ..	15
2. Rendu d'immersion .....	16
2.1. <i>Positionnement du lab : le corps immergé</i> .....	16
2.1.1. <i>Au croisement des pères fondateurs, des Hommes de l'hôpital et des</i>	

<i>histoires institutionnelles</i> .....	16
2.1.2. <i>L'amarre : Connexion et déconnexion du projet institutionnel</i> .....	17
2.1.3. <i>Le choc des cultures</i> .....	18
2.1.4. <i>Les stratégies d'alliance pour naviguer en haute mer</i> .....	19
2.1.5. <i>Les décalages temporels</i> .....	20
2.1.6. <i>Les fragilités consubstantielles au modèle du lab intégré</i> .....	20
2.2. <i>La portance : revisiter le projet</i> .....	21
2.2.1. <i>Point d'entrée ou prétexte à une démarche de transformation</i> .....	21
2.2.2. <i>À l'abri du vent pour démarrer</i> .....	22
2.2.3. <i>Les îlots : Le territoire médico-soignant (avec une bascule progressive vers l'institutionnel)</i> .....	22
2.2.4. <i>Les fondamentaux du design hospitalier</i> .....	23
2.3. <i>Promesse</i> .....	25
2.3.1. <i>La compréhension de la valeur passe par l'expérience du projet</i> .....	25
2.3.2. <i>La transformation des pratiques à pas feutrés</i> .....	25
2.3.3. <i>La création de nouveaux objets de soin</i> .....	26
2.3.4. <i>L'ancrage par la collaboration en équipe</i> .....	26
2.3.5. <i>Une contribution à la qualité de vie au travail</i> .....	27
2.4. <i>Postures des labs et de leurs designers</i> .....	28
2.4.1. <i>Porteur de projet versus accompagnateur de projet</i> .....	28
2.4.2. <i>Posture exogène : entre naïf, imposteur, révélateur, consultant et médium</i> .	28
2.4.3. <i>La connaissance fine de son terrain, l'atout des labs intégrés</i> .....	28
2.4.4. <i>Posture du praticien du design : l'étranger familial</i> .....	29
2.4.5. <i>Peurs et précautions</i> .....	29
2.5. <i>Perspectives envisagées par les labs observés dans l'étude</i> .....	29
2.5.1. <i>Déploiement en tension dans l'univers hospitalier : la complexité du passage à l'échelle</i> .....	29
2.5.2. <i>Assurer l'ancrage par l'encapacitation, une autre conception du passage à l'échelle</i> .....	30
2.5.3. <i>Poursuivre les stratégies d'alliance, non sans risque</i> .....	30

Partie 3 : Manifeste pour un design hospitalier durablement intégré .....	32
1. Enseignements pour les directions hospitalières .....	34
1.1. Le design à l'hôpital, contribution à la transformation culturelle .....	32
1.1.1. Repenser la gestion de projet à l'hôpital par la pratique du design .....	32
1.1.2. Réaligner les valeurs qui soutiennent le soin avec la réalité de l'environnement du patient : enjeu de forme et d'esthétique. ....	33
1.1.3. Management et design à l'hôpital : la poule et l'œuf .....	34
1.1.4. Approche complémentaire dans le champ de l'amélioration continue de la qualité .....	34
1.2. Penser la place du design à l'hôpital .....	35
1.2.1. Le terreau propice, condition sine qua none .....	35
1.2.2. Enjeux du maintien d'une position d'autonomie, connectée avec le temps et les projets de l'institution .....	35
1.3. Stratégie de déploiement : Définir le cap, quitter le port, et naviguer en flottille 36	
1.3.1. Le cap ! Clarifier les objectifs et les interfaces dès le départ.....	36
1.3.2. Apprendre en faisant .....	36
1.3.3. Les alliances et l'essaimage par la formation-action : une autre approche du passage à l'échelle .....	37
1.3.4. Les nécessaires moyens alloués pour éviter de sombrer avant d'exister ....	37
1.3.5. Les liens avec l'université et la recherche, une manière complémentaire de faire grandir les projets de design intégrés à l'hôpital .....	38
2. Jeter l'ancre et rejoindre la terre ferme : Pour un design hospitalier .....	38
2.1. Une pratique du design sur mesure qui respecte les fondamentaux de la discipline mère .....	38
2.2. Un design qui prend de la hauteur : l'extension des territoires de l'organisation 39	
2.3. Un design augmenté au contact d'autres disciplines .....	39
3. Illustration pratique : quel espace d'innovation by design au CHU de Montpellier ? vers la construction d'un outil de mise en discussion .....	40
3.1. les éléments du diagnostic initial.....	40
3.1.1. Point de départ : des convictions personnelles et la volonté de s'engager ..	40
3.1.2. Le contexte général du CHU de Montpellier : un terreau favorable .....	41

<i>3.1.3. Sensibilisation préalable des acteurs</i> .....	41
<i>3.2. Démarche de préfiguration : proposition de méthodes</i> .....	42
<i>3.2.1. Qualifier la raison d'être : Pour quoi faire ?</i> .....	42
<i>3.2.2. Réaliser une matrice de maturité</i> .....	42
<i>3.2.3. Analyse préalable de faisabilité inclusive et partagée : outils d'appétence</i> .	42
<i>3.2.4. Donner à voir : ... tester !</i> .....	43
<i>3.2.5. Préfigurer pour qualifier et identifier une zone d'action et de positionnement</i> .....	43
<b>CONCLUSION</b> .....	45
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	46
<b>ANNEXES</b> .....	48
Annexe 1 : Sigle .....	48
Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés .....	48
Annexe 3 : Les guides d'entretiens .....	49
Annexe 4 : Les curseurs .....	50
Annexe 5 : Structure d'Inno Canvas .....	52

## Introduction

Plongée, immergée dans la vie hospitalière depuis plus de 20 ans, il m'est apparu utile, vital, de remonter à la surface et de porter un regard nouveau sur cet écosystème à mes pieds.

L'hôpital est un monde en soi. Il est une ville gigantesque dans laquelle grouille une foule plurielle, multiculturelle, le jour comme la nuit, semaine comme week-end. Un pôle où jamais la lumière ne s'éteint. Une présence constante, rassurante. Il est à l'image de la vie, un lieu d'émotion, de tension, de forces contraires et d'unité.

J'y suis née et j'y ai grandi. J'ai fini par m'y sentir chez moi. Je me souviens des débuts, arpentant les unités, dans ma blouse trop grande, ma jeunesse en guise de protection, et l'envie d'être là, engagée, pour soutenir des patients et familles, dans ce temps de l'hôpital. Travailleur social à l'hôpital pendant 8 ans, j'y ai appris l'empathie et l'attention à l'autre, mais pas seulement. On apprend l'hôpital comme on entre en religion : ses codes, ses strates, ses hommes de pouvoir, sa fraternité.

Les (presque) hasards de la vie m'ont conduit à franchir des étapes pour me retrouver aujourd'hui en position de responsabilité à l'hôpital. L'engagement des débuts est intact mais les questionnements, au fil du temps, grandissent, s'empilent, s'entremêlent jusqu'à devoir rechercher le sens profond pour soi et pour les équipes qui m'entourent.

Comment remettre au centre de l'organisation, le patient et le soignant ? Comment redonner une place au collectif de travail pour transformer et innover ? Comment rompre avec une organisation pyramidale qui bride l'autonomie et l'innovation de terrain ? Comment la singularité des individus prend place dans cette masse complexe qu'est l'hôpital ?

Dans ce questionnement, la rencontre avec les équipes du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Estrie (Sherbrooke) au Québec en 2018 a été fondatrice. J'ai été profondément marquée par leur capacité à co-construire le « vrai nord », à outiller leurs démarches par le management visuel, à concevoir un parcours intégré du patient avec son environnement et à être dans une présence relationnelle intense. De retour en France, j'ai cherché à repérer des précurseurs qui comme moi, percevaient intimement qu'il y avait mieux à faire, autrement. Une

autre façon de penser la conception des projets et l'implication de chacun existait indéniablement. C'est dans cette quête que j'ai croisé la pratique du design et ceux qui avaient déjà commencé à tester des modèles à l'hôpital. D'emblée, il m'a semblé qu'il y avait une sorte de familiarité naturelle entre le design et le « prendre soin » : l'empathie, la compréhension holistique, la co-construction ou l'alliance thérapeutique, l'itération.

J'ai donc cherché à faire entrer une première expérimentation en design, nommée Hospitalents, au CHU de Montpellier avec l'appui de financements du Ministère de la Santé. Bien que très partielle, l'expérience Hospitalents, visant à accompagner des projets de promotion du travail en équipe, m'a permis de mesurer l'intérêt de la démarche du point de vue des acteurs de terrain : satisfaction d'agir, valorisation, autonomisation, transdisciplinarité. En revanche, d'un point de vue institutionnel, le constat était plus mitigé. L'organisation hospitalière résiste dans sa chair et fait parfois obstacle à l'expérimentation, malgré un sponsorship très présent. Le projet Hospitalents, un peu hors cadre, a pu être perçu comme accessoire voire « gadget » au regard du petit nombre de professionnels impliqués et d'un accompagnement en design externalisé. Pourtant, des expériences d'une très grande valeur ont pu y être menées, parfois probablement en avant-garde des fonctionnements actuels mais capables indéniablement de mettre en discussion l'existant et de nourrir nos réflexions.

Ainsi, le sujet des modalités d'intégration du design dans les établissements de santé m'est apparu comme majeur. Comment développer une pratique intégrée du design dans les hôpitaux en France, pour favoriser, depuis l'intérieur, une appropriation des outils, méthodes et postures mais aussi donner forme à un design singulier, modelé sur mesure, un design hospitalier ?

Me voici donc une nouvelle fois, partie en quête, à l'écoute des structures pionnières du design à l'hôpital, en France, pour comprendre ce qu'elles sont, ce qu'elles produisent du point de vue des différents acteurs, les limites et les contraintes auxquelles elles ont à faire face.

Ce travail de recherche se propose de mettre en lumière les sources du design à l'hôpital et les labs inscrits dans cette démarche en France (partie 1), d'analyser l'activité de trois labs hospitaliers intégrés

impliquant une pratique en design, de comprendre leur fonctionnement et positionnement dans l'organisation (partie 2) pour en tirer des enseignements à l'attention des directions hospitalières (partie 3).

Enfin, ce mémoire est le support de mon futur projet professionnel puisque je m'appête à créer avec l'appui de la Direction Générale du CHU de Montpellier, un espace d'innovation centré sur l'expérience patients-soignants, intégré à l'établissement.

## *Partie 1 : Les labs intégrant la pratique du design à l'hôpital : un objet nouveau et pourtant familier*

L'innovation en santé est devenue un sujet d'intérêt majeur tant l'univers se prête au développement de la nouveauté pour contribuer à faire progresser toutes les dimensions de la prise en charge des usagers du système de santé. Le monde économique ne s'y est pas trompé et nombreuses sont les start-up qui se positionnent sur ce segment, poussées par une impulsion forte des pouvoirs public au travers des financements des plans d'investissement d'avenir (PIA).

L'innovation dans les établissements de santé recouvre des réalités plurielles et prend des formes très variées. De l'innovation technologique, en passant par l'innovation thérapeutique ou organisationnelle, les compétences auxquelles l'innovation en santé fait appel sont elles aussi très diversifiées. Les Centres Hospitalo-Universitaires, pionniers dans le champ de la recherche, développent depuis le milieu des années 2010, de nouvelles stratégies visant à s'inscrire dans le champ de l'innovation comme en témoigne le recueil « tour de France de l'innovation » réalisé en 2020-2021 par la Direction de la Stratégie et de la Transformation de l'AP-HP. Y sont décrites les principales orientations stratégiques des grands établissements de santé qui déploient l'innovation en santé. Le développement de l'innovation dans les établissements en santé s'inscrit dans trois axes majeurs : l'innovation médicale (portée par les directions de la recherche), l'innovation numérique (portée par les directions du système d'information) et l'innovation organisationnelle, portée très diversement dans les établissements. Nous allons, dans le cadre de ce travail de recherche, nous intéresser à cette dernière dimension car c'est dans ce champ, plus spécifiquement, que les espaces d'innovation intégrés voient le jour et développent la pratique du design à l'hôpital.

Je vous propose d'embarquer à mes côtés pour comprendre l'origine de ces pratiques et leur développement à l'hôpital.

## *1. A la source*

Un petit détour s'impose. En effet, l'émergence du design à l'hôpital résulte, en partie, d'une approche nouvelle de l'utilisateur dans les services publics.

### *1.1. Le roulis de l'innovation publique*

Le design émerge au sein de l'administration dans les années 2000 mais s'inscrira véritablement en France, dans le champ de l'innovation publique, dans les années 2010. D'emblée, le design renvoie à de nouvelles méthodes d'organisation et de nouvelles « manières de faire » dans la fonction publique ce qui lie naturellement la démarche en design à la question du management public.

La dénomination varie, on parle tantôt de design thinking, d'UX design (expérience utilisateur) de design public ou de design des politiques publiques. Ces approches, qui ont en commun une recherche de solutions centrées sur l'utilisateur-usager, résultent d'une extension progressive du design qui s'applique désormais, non plus seulement à des objets, mais aussi à des systèmes plus complexes incluant des interactions et des services (Vial, 2017).

Parmi les précurseurs, il est convenu de citer l'économiste Herbert Simon (Les sciences de l'artificiel, 1969) et Richard Buchanan, qui publie un article intitulé Wicked problems in design thinking (1992), qui présente le design comme une façon unique et utile d'aborder un problème et de trouver des solutions. L'approche sera ensuite popularisée par Tim Brown, fondateur de la société américaine IDEO, en collaboration avec l'Université de Stanford, qui défendra l'esprit design comme moteur de la stratégie d'entreprise. L'approche sera donc d'abord déployée dans le secteur privé avant de toucher lentement le domaine public. On notera l'influence du designer australien Victor Papanek qui œuvre pour un rapprochement du design avec des préoccupations sociales, sanitaires et environnementales (Kerléo, 2021).

Le design appliqué à la sphère publique trouve donc ses racines dans le design thinking en l'abordant comme une manière de penser et de faire autrement pour répondre aux besoins, non plus des clients mais des citoyens-usagers du service public.

L'ambition du design public serait donc de « concevoir ou reconcevoir l'action publique pour la hisser à la mesure d'une demande sociale que les voies habituelles de la bureaucratie rationnelle ne parviennent plus à saisir dans sa complexité et encore moins à satisfaire » (Gélédan, 2020).

Les premières expérimentations du design dans la sphère publique viennent de l'étranger : le Mindlab du gouvernement Danois (2002) et le NHS institute for innovation and Improvement sont les pionniers du genre.

En France, en 2012, le coup d'arrêt de la révision générale des politiques publiques (RGPP) décidé par la nouvelle majorité ouvre la voie à une réflexion nouvelle sur la stratégie de modernisation de l'État. Le Secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP), sous l'égide du premier Ministre est chargé de construire un nouveau projet. C'est à ce moment-là qu'émerge de manière plus visible, la 27<sup>ème</sup> Région, association fondée en 2008 qui avait ouvert la voie de l'innovation par le design, auprès des collectivités territoriales, avec ses projets de « résidence ». Stéphane Vincent, co fondateur, explique qu'il s'agissait de passer d'un modèle d'expertise à un modèle d'ingéniosité basé sur l'enquête de terrain, associant les parties prenantes, le « faire », l'expérimentation, en convoquant le design parmi d'autres pratiques (Vincent, conférence Projekt, 2020). La 27<sup>ème</sup> Région va ouvrir la voie aux laboratoires d'innovation publique en France, qu'elle accompagnera d'ailleurs dans le programme « la Transfo ».

Les financements publics à destination de l'innovation se développent dans la deuxième partie des années 2010 via les différents plans investissement d'avenir (PIA), la création du fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP en 2017) ou le fond pour l'innovation en ressources humaines (FIRH).

Dans ce cadre, l'écosystème de l'innovation publique se développe comme le montre les travaux de Jean Marc Weller et Dominique Pallez, qui recense, dans le cadre d'un projet ANR (Agence Nationale de Recherche) en 2017, plus de 200 projets qualifiés de nouvelle Forme d'Innovation Publique (FIP) « par le design ». Ils notent, qu'après une période de forte expansion (2008-2013), la tendance de la mobilisation des FIP par le design est en baisse. Les hôpitaux représentent dans cette étude moins de 4%

des projets recensés tandis que le domaine de la santé représente 11 % des secteurs d'activité public impliqués. Le développement des projets semble très fortement corrélé à la présence « d'agents d'intermédiation » qui mettent en relation sur un territoire les opérateurs des FIP et les agences de design, à l'existence d'un écosystème pré existant mais également à la présence des écoles ou pôle universitaires dédiés à la formation des designers (Nantes, Strasbourg, Paris ou Nîmes).

L'implémentation du design reste lente dans l'administration car « c'est toute une organisation et un management administratif qui doivent être repensés pour que le design puisse prendre son essor » (Kerléo, 2021). Les obstacles restent nombreux : une grande perplexité quant au recours aux sciences humaines, jugées moins objectives que les approches coûts-bénéfices, l'intégration de profils inédits (designer, sociologue, ethnologue ...) qui ne correspondent pas aux fiches métiers des organisations publiques, une pratique qui se vit comme une action militante en contradiction culturelle avec la posture traditionnelle du fonctionnaire.

Le design, sous l'impulsion de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP), ex SGMAP), va donc se déployer essentiellement au sein des labs d'innovation publique, en position transverse par rapport aux services en silo mais en développant pour la majorité des stratégies d'accompagnement et de formation des agents. Cette posture « marginale » permet d'apporter de nouvelles méthodes sans heurter le management classique mais rend fragile son intégration pérenne dans l'organisation du fait du faible impact sur la hiérarchie administrative et la décision finale (Kerléo, 2021).

Le développement du design à l'hôpital va certes être influencé par le développement dans la sphère publique tel que nous l'avons vu mais également par les pionniers du secteur sanitaire outre Atlantique.

### *1.1.1 L'influence des pionniers du design thinking à l'hôpital outre Atlantique*

Nous avons déjà évoqué le rôle central d'IDEO et de son CEO, Tim Brown dans la démocratisation du design thinking. Dans son ouvrage L'esprit design, Tim Brown décrit l'expérience du SSM DePaul Health Center à St

Louis menée en 2000 (p 48-51). Le designer chef de projet, Kristian Simsarian, va tenter d'appréhender l'expérience du patient au service des urgences, en s'allongeant sur un brancard muni d'une caméra. Il en ressortira un constat d'opacité du processus hospitalier associant une perte de repère et un sentiment d'impuissance. Ce sera le point de départ d'un travail de co-design ambitieux avec les équipes de soins. L'intégration de l'expérience du patient sera pour l'équipe l'occasion de se confronter à des nouvelles questions et de réfléchir à un juste équilibre entre des tâches médicales et administratives nécessairement cadencées et le respect de l'être humain.

Cette expérience du design à l'hôpital donne à voir l'intérêt de la pratique pour améliorer l'expérience du patient et sa qualité d'accueil au sens large.

Sous l'influence d'IDEO, la Mayo Clinic s'est lancée, dès 2002, dans la création du lab SPARK, une équipe agile, autonome, dotée d'une grande marge d'autonomie pour accompagner des projets de transformation organisationnelle « sous les radars ». Les accompagnements proposés par les designers d'abord avec les médecins de médecine interne se sont progressivement élargis, forts de leur succès. L'institution a donc misé sur le modèle en 2010, en créant le centre d'innovation. Des professionnels qualifiés ont été recrutés et du temps dédié des acteurs de première ligne a été identifié pour mener ces projets. Un axe formation a commencé à émerger (cours, symposium) et une plateforme de recueil des idées a été ouverte à tous les professionnels de la Mayo clinic. À partir de 2016, la formation et la transmission de la culture de l'innovation est au cœur de la stratégie et différents programmes sont développés sous l'angle de la transformation managériale et du leadership (Lebée Thomas, 2021).

De manière un peu similaire, Kaiser Permanente, le plus grand opérateur de santé intégré des Etats Unis (12.5 Millions de personnes couvertes, 300000 salariés, 39 hôpitaux), s'est associé en 2003 à l'agence IDEO pour un partenariat de 18 mois afin de développer des moyens plus efficaces de réaliser certaines activités à forte valeur (échange d'informations pendant les quarts d'infirmières, sécurité des médicaments). L'entreprise a progressivement fait sa mue. Kaiser a développé un vaste programme d'appropriation/ formation à destination de ses cadres qui a profondément transformé les démarches de conception de projets et

de développement de l'offre de soins. L'usager est devenu une partie prenante incontournable et le design centré sur l'humain est décrit par l'entreprise comme l'axe stratégique de succès. Kaiser a d'ailleurs breveté sa démarche, construit ses outils au bénéfice de ses professionnels pour déployer une culture des équipes « by design » devenant la norme.

En France, pays où le design et la culture ont longtemps entretenu des liens étroits, c'est d'abord la culture qui s'est introduite dans l'univers hospitalier.

### *1.1.2. Les prémices en France : la culture à l'hôpital ou l'expérience de l'exogène*

En France, l'hôpital s'est développé par l'extension des compétences techniques et du savoir médical en intégrant des professionnels du soin de plus en plus spécialisés et des technologies toujours plus performantes. Comme à contre-courant, le développement des projets « culture et santé » à l'hôpital qui débutent au milieu des années 90, viennent apporter un vent nouveau dans l'univers de l'hôpital. La convention nationale culture et santé et les financements dédiés à partir de 2010 viennent conforter ces projets.

La culture s'installe à l'hôpital avec, en fonction des sites, des ambitions variées : divertir, ouvrir, mettre en discussion, intégrer. Le projet le plus emblématique est probablement celui de la Ferme du Vinatier qui voit le jour en 1997. Le projet culturel s'intègre au projet d'établissement et ambitionne de répondre aux problématiques de l'établissement avec comme enjeux, l'ouverture sur le territoire et le développement de la fonction de médiation (Delanoë-Vieux, 2005). Les hôpitaux psychiatriques, accueillant des patients au long court, vont développer plus fortement ces projets (résidences d'artistes notamment).

Dans cette mouvance, les délégations culturelles voient le jour. Elles sont un objet exogène aux soins mais pourtant de plus en plus présent à l'intérieur de l'hôpital.

Malgré la force de ces projets, ils sont rarement perçus comme des outils de transformation des pratiques et des organisations. La culture est donc une forme de nouveauté pour l'hôpital mais qui ne vient pas véritablement bousculer ses fonctionnements ou

l'organisation bureaucratique en place.

Pourtant, c'est à partir d'une délégation culturelle, celle des Hôpitaux universitaires de Strasbourg que le premier laboratoire intégré d'innovation par le design va voir le jour en 2010. Il s'agit de la Fabrique de l'Hospitalité.

Avant de s'intéresser plus précisément aux structures d'innovation by design des hôpitaux français, il convient de préciser que nous allons sur notre chemin rencontrer différentes « écoles », à savoir le design dans la diversité de son acception et de ses origines.

## *2. Le partage des eaux : de quel design parle-t-on ?*

De manière à clarifier l'écosystème du design autour des établissements de santé, je propose un panorama simplifié autour de 3 « origines » du design en santé : le design des designers, le design des thinkers, le design des makers.

### *2.1. Le design des designers*

Le design « des designers » en santé est plutôt celui issu des grandes écoles françaises de design industriel. Ce design des designers a fait son pivot vers le design de service en gardant un attachement très puissant à la forme, à la dimension de création et d'expérimentation. C'est un design éthique, souvent attaché au concept d'éthique du care et qui cherche sa juste place dans l'écosystème hospitalier. Les pionniers français sont des « Ensciens » parmi lesquels l'agence User Studio et son volet « expériences de soins innovants », nommé Care and Co créée en 2013 par Denis Pellerin et Marie Coirié. On notera dans cette mouvance, les travaux portés par Marine ROYER en design social qui, avec une posture universitaire, propose avec ses étudiants des démarches dans le champ sanitaire et médico-social.

Plus récemment, l'agence d'intérêt général Vraiment Vraiment, en s'appuyant sur des acteurs institutionnels (Agence National d'Appui à la Performance) et les SISMO, en s'adossant à la chaire de philosophie à l'Hôpital (présidée par Cynthia Fleury) développent également des projets en design à l'hôpital.

Le point commun de ces démarches est d'être positionné dans des postures de recherche-action

(comme le laboratoire Projekt adossé à l'Université de Nîmes) ou a minima réflexives sur les modalités d'interaction du design et du care.

### *2.2. Le design des thinkers*

Le design des thinkers s'inscrit dans la droite ligne des expériences nord-américaines. Les agences offrant cette approche sont le plus souvent des agences d'innovation by design, qui proposent une offre de service centrée sur la transformation et l'amélioration du parcours du patient. On peut citer l'agence lyonnaise Oziris qui défend une pratique pragmatique du design thinking et du design de service centré sur l'expérience patient. Ces offres ont le mérite d'être facilement lisible pour les acteurs institutionnels et en lien avec des approches de travail collaboratif plus connues.

Les thinkers ont en commun un attrait très fort pour les outils et méthodes au travers de démarches de formation-action.

### *2.3. Le design des makers*

Le design des makers puise son origine dans le développement des tiers lieux (fab lab) et d'une approche de co-construction de projets ayant une portée de développement économique. L'hôpital et les patients sont des partenaires susceptibles de tester la valeur d'usage du produit dans les différentes étapes de sa conception. Il ne s'agit pas là véritablement d'un objet de design « intégré » mais d'un co-portage de projets d'innovation en santé, impliquant aux côtés des établissements, des industriels, comme l'illustre le mouvement des living lab en santé autonomie (Picard, 2021). Le cadre général est porté par la mise en œuvre des « approches collaboratives centrées sur les futurs utilisateurs » capable de générer du « bien commun ».

Cette catégorisation simplifiée vise à mieux appréhender les différents courants à l'œuvre dans l'écosystème hospitalier français.

### ***3. La montée des eaux : émergence des pratiques du design dans les hôpitaux en France***

Revenons donc au plus près de notre sujet pour décrire l'émergence des structures intégrées d'innovation par le design dans les hôpitaux français, directement liées à une volonté de transformation des cultures et des organisations.

#### ***3.1. La fabrique de l'hospitalité, premier modèle du genre***

Historiquement, la Fabrique de l'Hospitalité trouve ses racines dans le programme « culture et hôpital » et deviendra en 2001, une délégation culturelle au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). Rapidement la structure va dépasser ce cadre pour être positionnée comme « une cellule d'accompagnement de l'hôpital de demain en valorisant et en traduisant dans une dimension prospective le projet médical et soignant de l'institution » (Bay, Carrier, 2015).

Ce n'est qu'en 2012 que l'espace de réflexion, d'expérimentation et d'action est formalisé sous le nom de La Fabrique de l'Hospitalité. Le projet initial vise à développer des approches de collaboration créative pour expérimenter des méthodes et outils favorisant l'implication des parties prenantes. L'ambition est que l'usager, qu'il soit professionnel ou patient, sorte de son rôle et de ses représentations traditionnelles pour penser de nouvelles solutions. Des phases d'immersion et d'exploration y sont menées pour comprendre et faire émerger des problématiques nouvelles souvent éloignées de la demande initiale. Le designer, l'artiste, le coloriste vont progressivement entrer dans les projets. La fabrique revendique un travail « d'esthétique hospitalière » et une approche en « design des politiques publiques ». Elle publie en 2018, un recueil de ses activités qui reflète sa pratique singulière dans l'univers hospitalier, une approche centrée sur les usages, un diagnostic partagé et l'expérimentation.

La Fabrique enracine des collaborations avec l'univers des arts (école, artistes) et est le premier modèle du genre en France.

#### ***3.2. Le Lab-ah, à la convergence du design et de la culture***

Le lab-ah, pour laboratoire de l'Accueil et de l'Hospitalité, trouve aussi son origine dans ce qui a d'abord été qualifié de délégation culturelle au sein du Groupement Hospitalo-Universitaire (GHU) Psychiatrie Paris Neurosciences. Comme nous le verrons, il est à l'origine issu de la volonté du Directeur Général de travailler sur les leviers culturels pour accompagner le regroupement de plusieurs établissements de santé mentale. Une mission de préfiguration est confiée à Carine Delanœ-Vieux qui va pendant 6 mois s'immerger dans l'institution et réaliser un rapport préparatoire à la création de la délégation culturelle. Dès sa création en 2016, il implique la pratique du design par l'intermédiaire de sa co-responsable Marie Coirié, ancienne étudiante de l'ENSCI, formée sur les bancs de la 27<sup>ème</sup> Région et co-fondatrice de l'agence Care and Co (User Studio). Le lab-ah est un laboratoire de design et de culture, se revendiquant de la filiation de la Fabrique de l'Hospitalité et explore les nouvelles formes d'hospitalité pour les patients, les familles et les professionnels. Il cherche à améliorer la vie des patients et des professionnels grâce à des méthodes créatives et participatives. Ses « chantiers d'attention » retracent les 4 premières années d'existence du lab-ah qui compte à présent, 3 designers en son sein.

Dans l'écosystème du design hospitalier, encore modeste, des structures nouvelles émergent au carrefour de l'innovation organisationnelle, managériale et technologique.

#### ***3.3. L'émergence des thinkers et des makers à l'hôpital***

Parallèlement depuis moins de 10 ans, des structures de type labs intégrés se développent dans les hôpitaux, principalement d'ailleurs à l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) avec des compétences plutôt de design thinking ou de facilitation pour les acteurs au pilotage. C'est le cas de deux labs créés très récemment tels que la Petite Fabrique (Bichat Beaujeon) ou la Ruche (lab d'innovation managériale).

D'autres structures tel que le living lab en santé, Broca living Lab (innovation technologique et psychosociale pour les personnes âgées) ou le fab lab Héphaïstos (centré sur le numérique à l'hôpital Bicêtre) intègrent

quant à eux des profils assez diversifiés en lien avec leurs activités d'expertise.

Au-delà des labs à proprement parler, le design « embarqué », c'est-à-dire, intégrant des designers dans l'organisation, est une nouvelle façon de positionner la compétence de designer dans les établissements.

### *3.4. Les designers embarqués*

Les établissements ayant opté pour un design « embarqué » sont encore peu nombreux. Les designers « embarqués » sont salariés de l'établissement mais intégrés comme d'autres acteurs au sein d'une direction qui poursuit un objectif spécifique.

En dehors des espaces d'innovation estampillés « Labs », quelques hôpitaux disposent de compétences de designer intégrées. C'est le cas du CHU de Nantes ou de la Direction de la Stratégie et de la Transformation de l'AP-HP (DST). Il est apparu intéressant de les interroger sur une pratique, qui de premier abord, semblait plus intégrée aux organisations hospitalières.

Le CHU de Nantes a ainsi intégré une designer au sein de sa direction des relations avec les usagers et des partenariats innovants, à partir d'une expérience réussie de partenariat et d'accueil de stagiaire avec l'École de Design Nantes Atlantique. La designer recrutée est alors positionnée dans cette direction avec une mission d'amélioration de l'expérience patient principalement centrée sur les sujets de signalétique au départ. L'enjeu porté par cette direction hospitalière était de faire entrer le design par la « petite porte » pour lui permettre d'être compris, accepté et de se déployer ensuite dans d'autres dimensions. L'intention initiale d'extension du domaine du design reste présente mais le design peine à sortir de sa zone initiale de travail.

L'équipe innovation de la DST de l'AP HP intègre deux designers qui travaillent au sein d'une équipe aux compétences plurielles (agile, lean...). Les compétences s'entremêlent et l'équipe vient en soutien, 3 jours par semaine, des projets de la direction. L'équipe innovation a donc une fonction de support. Le design se déploie principalement pour améliorer le parcours administratif du patient. Son déploiement est rendu difficile dans les phases

d'expérimentation et surtout de déploiement dans la mesure où l'engagement financier n'appartient pas à l'équipe elle-même mais aux directions des différents sites hospitaliers.

Le modèle de design embarqué, s'il permet une intégration en douceur, peine à atteindre, actuellement une intention de transformation véritable des organisations et des parcours à grande échelle.

### *3.5. Les petites touches*

Enfin, l'exploration nous a conduit à la rencontre du design des « petites touches ». Il s'agit là d'un usage ponctuel du design, avec l'appui d'un prestataire (agence de design ou élèves designers) qui vient répondre à une commande institutionnelle spécifique. On note parmi les établissements ayant ce type de recours, le CHU de Lille, CHU de Montpellier, les Hospices Civil de Lyon, le CHU de Nîmes ou le CH de Chollet (projet des urgences). La pratique est perçue avec intérêt par les professionnels qui l'expérimentent mais avec un sentiment de rester en surface car il est un design de passage, et parfois perçu comme une forme de consulting par la brièveté de son intervention.

Je vous propose à présent, d'aller à la rencontre du design intégré, dans le champ de l'innovation organisationnelle et centrée sur l'humain dans les établissements de santé en France.

## ***Partie 2 : Mécanique des fluides : études des comportements et des forces associées***

Ce travail d'exploration m'a conduit à identifier des mouvements, des lignes force de fonctionnement des labs hospitaliers. Il s'agit donc à présent de figurer ces espaces dans leur écosystème afin d'approcher leur positionnement, leur complexité, leurs valeurs pour l'hôpital.

### ***1. Géomorphologie des ruisseaux : démarche d'exploration et terrains de recherche***

#### ***1.1. La démarche d'exploration***

À l'image de la phase d'immersion en design, l'exploration s'est construite autour de trois intentions : écouter, comprendre et documenter.

##### ***1.1.1. Analyse préliminaire***

L'analyse préliminaire comprend :

- Une revue de littérature portant sur l'innovation publique, les pratiques de design en santé en France et à l'international, l'expérience patient ;
- Des entretiens virtuels (inspiration Carine LALLEMAND)

Cette phase m'a permis de définir la problématique, de cadrer le périmètre du sujet traité et de le situer dans sa dimension historique.

Les entretiens virtuels, sous la forme d'une correspondance, ont éclairé le sujet de manière à comprendre ce que des « pionniers » intéressés par le design à l'hôpital étaient allés y chercher. Ainsi, une première correspondance a été menée en mai-juin 2021 avec Inès Gravey, directrice d'hôpital à l'AP-HP qui travaille sur le développement d'actions innovantes sur le terrain de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) après avoir passé une année au contact des activités de design de Kaiser Permanente. Une

seconde correspondance a été menée avec le Dr Adrienne Reix, médecin urgentiste, qui a rejoint le Ministère de la Santé en 2019 et a contribué à déployer le programme Hospitalents. Une troisième correspondance a été menée avec le Dr Lucile Carlier, médecin psychiatre au sein de l'établissement public de santé de Ville-Evrard.

De ce travail exploratoire a découlé une recherche centrée sur 3 terrains d'enquête.

#### ***1.1.2. La méthode et les outils de l'enquête pour les 3 labs intégrés***

Pour réaliser ce travail de recherche, j'ai développé différentes techniques :

- Des entretiens semi directifs réalisés auprès de 3 publics cibles : les institutionnels de l'hôpital (directeurs, acteurs de la gouvernance), les membres du lab (designers et apparentés) et les soignants (ayant participé aux activités du lab). Trois grilles d'entretien ont servi de fil conducteur aux échanges. Au total, j'ai réalisé et retranscrit 17 entretiens (liste en annexe 2).
- Un entretien fil rouge avec Marie Coirié, co fondatrice du Lab-ah et directrice de mémoire
- Des observations terrain :
  - Contribution à l'animation d'un atelier du lab-ah avec les soignants et de patients au sein de l'Unité Henry Ey.
  - Inauguration de l'espace d'apaisement de l'unité de soins intensif d'Avron permettant les échanges directs avec les équipes sur site
- Construction d'un outil dédié à l'évaluation des impacts et de la promesse du labs : « les curseurs » (annexe 3)
- Revue des documents émanant directement des 3 terrains de recherche : productions visuelles, diaporamas de présentation, bilan des activités, publications d'articles.

#### ***1.1.3. Limites de la démarche***

Plusieurs limites sont à souligner dans le cadre de cette recherche :

- La taille de l'échantillon : l'échantillon des labs étudiés est réduit à 3, ce qui limite la portée de

généralisation des conclusions. Les contraintes de temps pour l'exploration et l'analyse ont conduit à cette limitation.

- Un accès différent aux terrains : la facilité d'accès au terrain du Lab-ah a clairement permis un recueil plus exhaustif que sur les autres terrains comme en témoigne le nombre d'entretiens menés.

- L'absence d'analyse du point de vue du patient est à souligner. En effet, hormis le temps passé au contact du patient lors d'un l'atelier avec le lab-ah (2 juillet 2021), le point de vue du patient sur l'activité du lab n'a pu être questionné. Ce point de vue est manquant et mériterait de faire l'objet d'un travail ad hoc.

La recherche proposée ne prétend pas couvrir tout le champ des projets proposés par la grande famille des labs en santé mais bien un périmètre limité à ceux qui peuvent s'inscrire directement dans des projets de transformations culturelles des pratiques hospitalières.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, le développement des labs intégrés aux établissements publics de santé est encore émergent.

Nous avons retenu pour cette étude un échantillon de 3 laboratoires intégrés qui présente l'intérêt d'avoir des niveaux de maturité distinct (entre 10 ans et quelques mois) et des approches de la pratique du design assez différentes.

## *1.2. Échantillon retenu, cartographie synthétique des 3 terrains de la recherche*

### **Terrain 1 : La Fabrique de l'Hospitalité**

**Contexte** : living lab (labellisé ENOLL<sup>1</sup>), acteur historique et pionnier. Au départ, délégation culturelle, la fabrique s'est structurée en Lab au tournant les années 2010 au contact de la 27<sup>ème</sup> Région. La Fabrique dispose de deux mi-temps de designer (ETP) qui interviennent dans le cadre d'un marché public avec les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) et de deux chefs de projets salariés des HUS (un poste vacant au moment de l'étude). La Fabrique de l'Hospitalité dispose d'une réelle notoriété dans le champ de l'innovation publique. Elle a très régulièrement publié sur ses travaux depuis 2001 et a diffusé en 2018, un document formalisant

10 ans de travail en mode Lab intégré. La Fabrique est caractérisée par ses collaborations externes notamment avec l'univers des arts et a co-porté des projets artistiques.

### **Les personnages principaux :**

- Christelle Carrier, cheffe de projet (seule salariée) et membre fondateur.
- Barbara Bay, cheffe de projet (partie en 2019)
- Mathilde Rousseau, chef de Cabinet des HUS

**Rattachement** : la Fabrique est à présent rattachée à la direction de Cabinet des HUS (niveau central) au sein d'une direction qui intègre également le développement durable, la marque HUS, la coopération internationale et le mécénat. La Fabrique de l'hospitalité est mentionnée dans l'organigramme sous le nom « projet de design global usagers-soignants »

**Orientations principales** : design d'auteur ou artisanat d'art, projets conçus sur le temps long, analyse sensible préalable très forte, maîtrise d'usage

**Budget** : projets très largement financés par le mécénat ou les partenariats avec les collectivités publiques.

**Signe distinctif** : haute couture

### **Terrain 2 : Le lab-ah, pour accueil et hospitalité,**

Contexte : fondé en 2016 à l'initiative du Directeur Général de l'époque Jean-Luc Chassagniol, du GHU (Groupement Hospitalo-Universitaire) Paris Psychiatrie et Neurosciences sur la base du projet porté par Carine Delanœ-Vieux et co-construit avec Marie Coirié, designer. La création résulte d'une volonté institutionnelle dans le cadre d'un projet de rapprochement de 3 sites hospitaliers. Le lab-ah se définit comme un laboratoire d'innovation culturelle par le design au GHU et a publié son rapport d'activité sous le titre « 4 premières années de chantiers d'attention ». Le lab-ah revendique une approche mêlant des compétences diversifiées : design, développement culturel et sciences humaines.

Il dispose de 3 ETP de designers, accueille de nombreux stagiaires et thésards.

### **Les personnages principaux :**

- Marie Coirié, cheffe de projet
- Carine Delanoë-Vieux , cheffe de projet
- Aline Coudray, Directrice des Opérations, achats et logistique
- Catherine Boiteux, vice-présidente de la Commission Médicale d'Établissement (CME)

**Rattachement :** Directement rattaché à la Direction Générale Adjointe avec une participation du Conseil de Direction

**Orientations principales :** design d'espace et de service, approche participative et créative, implication patients, amélioration de la vie quotidienne des patients et des professionnels

**Budget :** projets financés sur le budget propre de l'hôpital, et dans le cadre de certains appels à projets (DITP, CNSA, Fondation de France).

**Signe distinctif :** recherche -action

### **Terrain 3 : La Petite Fabrique**

**Contexte :** Fondée en mars 2021, sous l'impulsion de Pauline MAISANI, directrice du site hospitalier Bichat-Beaujon à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP). La Petite Fabrique se revendique comme un lab d'innovation « par et pour le patient ». La création résulte d'un projet porté au fond APRES, fond d'innovation de l'AP-HP par Pauline MAISANI, engagée depuis plusieurs années dans le partenariat patient. La structure « Petite Fabrique » repose sur un triptyque : le comité d'engagement patients (regroupant une trentaine de patients partenaires), l'unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEP) et la Direction des Opérations.

Le Lab repose sur un seul ETP dédié, Chloé Schiellein, formée à l'innovation par le design thinking et disposant d'un contrat de 2 ans.

### **Les personnages principaux :**

- Chloé SCHILLEIN, responsable de la Petite Fabrique
- Pauline MAISANI, directrice du site Bichat-Beaujon
- Lucie CABREJO, médecin responsable de l'UTEP

**Rattachement :** directement rattachée à la direction de site Bichat-Beaujon

**Orientations principales :** design thinking, engagement patient, approche communauté et formation, répliquabilité des méthodes et outils

**Signe distinctif :** partenariat patient

## ***2. Rendu d'immersion***

Le rendu d'immersion est ici présenté de manière à rendre compte des différentes dimensions explorées à savoir : le positionnement du lab au sein de l'institution, sa capacité à faire projet, sa proposition de valeur, sa posture et celle des designers qui le compose, et leurs perspectives d'évolution.

### ***2.1. Positionnement du lab : le corps immergé***

Le positionnement est ici entendu de manière extensive allant de la place dans la structure en passant par les enjeux institutionnels auxquels il répond.

#### ***2.1.1. Au croisement des pères fondateurs, des Hommes de l'hôpital et des histoires institutionnelles***

Quel que soit le modèle étudié, le lab hospitalier est une histoire de rencontres humaines, interpersonnelles qui dépasse la stricte réponse à un besoin de l'institution hospitalière. Christelle Carrier de la Fabrique de l'Hospitalité raconte « La rencontre centrale est celle avec le Pr Nisan. On a senti de suite qu'on n'allait pas faire un projet de déco mais autre chose. Et puis il y a eu la rencontre avec Patrick Guillot, DGA, d'une grande proximité très accessible. » Marie Coirié raconte elle aussi l'histoire de la rencontre de deux désirs au fondement de la collaboration avec Carine Delanoë-Vieux au lab-ah, cette dernière ayant une expérience de plus de 20 ans dans les hôpitaux français.

De ces rencontres humaines naissent une forme systématique de compagnonnage, entre l'hospitalier sponsor et le fondateur du Lab. On « apprend » l'hôpital dans le cadre de ce compagnonnage, on décrypte les codes et les cultures, on détecte les pièges et les risques, on identifie les lieux du pouvoir. Cette

acculturation est une étape indispensable du point de vue des acteurs du Lab même si elle ne les prémunit pas des « erreurs de débutants ».

Les fondateurs du Lab (designers ou praticien du design) imposent une « patte » durable au Lab tant dans son point d'entrée que dans ces méthodes et sa philosophie. Chloé Schiellein, responsable de la Petite Fabrique, vient dessiner cette nouvelle structure avec sa personnalité et sa compétence initiale. Formée à l'innovation en agence, elle structure la démarche par le design thinking, impose un rythme élevé, développe des « offres » comme cadre de d'action du lab, organise la gouvernance et la validation des projets.

Le lab-ah est, quant à lui, fortement imprégné d'une alliance design et culture de par la mixité des profils de ses deux fondatrices. La démarche de conception privilégie le temps long (jusqu'à récemment) pour une transformation durable des cultures professionnelles. Les temps d'immersion dans les équipes, sur les terrains et les phases de conception peuvent dépasser l'année. La restitution des réalisations fait l'objet d'une « célébration ». Les modalités de gestion interne du circuit des projets ne sont pas formalisées et cette démarche est assumée. La Fabrique de l'Hospitalité avec une approche centrée sur les espaces et leurs usages, l'architecture et l'art renvoie directement à la formation initiale de Christelle Carrier (histoire de l'Art/architecture).

Au-delà des hommes, il y a évidemment les éléments de contexte qui sont au démarrage des projets de lab, comme autant de catalyseurs de la démarche. Il s'agit donc d'une rencontre entre des hommes qui ont fait alliance et d'un contexte propice. Pour exemple, « l'engagement patient » est une histoire ancienne qui avait acquis un niveau de maturité suffisant à Bichat Beaujon, la personnalité du sponsor était « appréciée de tous. Il faut que ce soit porté par une personne respectée et par des équipes qui existent déjà » raconte Chloé Schiellein. C'est donc de cette rencontre avec une ambition institutionnelle, que la Petite Fabrique va voir le jour.

La création du lab-ah répond aussi à une demande institutionnelle explicite, en 2016, à savoir accompagner le rapprochement de 3 établissements de soins aux cultures diversifiées et la création du Groupement Hospitalier de Territoire. Le Directeur Général de l'époque souhaitait dans ce contexte

proposer un accompagnement du changement « différent ».

### *2.1.2. L'amarre : Connexion et déconnexion du projet institutionnel*

Les 3 labs étudiés bénéficient d'un rattachement à haut niveau institutionnel : DGA, chef de Cabinet, directeur de site. Seul le lab-ah dispose d'une place au CODIR dont l'usage réel est limité à la bonne connaissance des sujets institutionnels donc à l'information interne de l'équipe du lab-ah. Cette présence permet également de « capter les sujets dont on pourrait se saisir ensuite » indique Marie Coirié. Cette présence permet également d'être dans une relation de « collègue » avec les directeurs de l'hôpital. Cette place témoigne également de l'importance accordée par la Direction Générale aux projets du lab, « montre que leur parole a autant d'importance que celle des autres directions » me dira une directrice de site du GHU Paris psychiatrie et Neurosciences.

Cependant, le rattachement à haut niveau n'est pas une garantie pérenne de la reconnaissance institutionnelle de l'activité du lab. En effet, il apparaît clairement que c'est la qualité du sponsorship à l'instant T de la vie du lab et son ancrage dans la vie de l'institution qui font de lui, un véritable objet institutionnel, du point de vue de la gouvernance.

La création récente de la Direction de Opérations au GHU Paris psychiatrie et Neurosciences avec à sa tête, Aline Coudray, vient positionner plus fortement le lab-ah dans la dynamique institutionnelle. Cette directrice a un mandat clair de sponsorship du lab-ah, émanant directement du Directeur Général, et assure un appui pour le passage à l'échelle des projets du Lab. On peut parler ici d'un réaligement du lab-ah avec le projet porté par le nouveau directeur général autour de l'amélioration continue de la qualité. Le sponsorship vient à la fois soutenir le lab mais également conforter sa place institutionnelle.

Dans son histoire, la Fabrique de l'Hospitalité semble avoir été très dépendante des évolutions de la gouvernance au plus haut niveau des HUS. La complicité avec le premier DGA, Patrick Guillot avait permis son essor dans les années 2010. Les mouvements successifs des directeurs généraux semblent avoir réduit la visibilité de l'activité de la Fabrique dans les sphères de la gouvernance des HUS. Mathilde Rousseau, cheffe de cabinet, ayant repris

depuis très récemment la supervision de la Fabrique l'exprime ainsi : « Pour les collègues (directeurs), ils sont entendus comme ceux qui font du joli, du bien agencé, ils ne sont pas pris au sérieux. D'ailleurs, certains collègues n'en parlent même pas » et plus loin « Ce sont des îlots de succès plutôt que des succès institutionnels. C'est plus connu à l'extérieur qu'en interne. Il y a un fossé entre la connaissance externe et la reconnaissance interne ». Mathilde Rousseau perçoit clairement le potentiel des activités de la Fabrique mais souligne l'absence de visibilité et la difficulté intrinsèque à comprendre la démarche a priori : « Et en même temps, en restant une petite équipe, impossible de donner une suite à tout. A chaque fois, ils font des petits projets mais ceux qui en ont bénéficié, eux ont compris. C'est un enjeu de les présenter en équipe de direction ». Christelle Carrier en miroir évoque le sujet de la manière suivante « Je me sens reconnue en tant que personne car finalement j'incarne une sorte de mémoire de l'institution. Dans les équipes de direction, il y a beaucoup de mouvements et donc peu de mémoire. A chaque fois qu'un nouveau directeur arrive, il ne sait pas ce que l'on fait. Et pour comprendre, il faut éprouver par le projet ».

Cette question de la compréhension de ce qui est fait et produit par le lab est centrale dans l'appropriation par l'institution. L'accès à cette compréhension est parfois complexe et la lisibilité de la discipline du design dans sa pluralité est très difficile à appréhender par les équipes de direction. Anne Sophie Maure, directrice adjointe au CHU de Nantes, raconte son expérience au contact de l'école de design avec laquelle elle décide d'initier un partenariat « Au départ, le contact avec l'école de design, c'était funky, ils me paraissaient complètement perchés, on a passé des heures et des heures à essayer de se comprendre, moi j'étais loin de savoir ce que c'était que le design de service, pour moi, il faisait des meubles. Au départ, je me suis dit que je n'arriverai jamais à comprendre et que, si je faisais entrer ça à l'hôpital, mes collègues allaient me prendre pour une folle ».

Il apparaît que certains acteurs ont finalement pris le parti de gommer le jargon « design et innovation », pour éviter les anticorps (Petite Fabrique et Marie Coirié).

### *2.1.3. Le choc des cultures*

L'hôpital est une organisation bureaucratique très structurée, depuis sa création. Les lignes hiérarchiques de responsabilité y sont pyramidales avec des organigrammes en râteau. Le Directeur Général porte la responsabilité juridique et financière de l'établissement mais se trouve en situation de co-gouverner avec une communauté médicale puissante qui contribue à la conduite de l'établissement, par la voie de son représentant : le Président de la CME (Commission Médicale d'Etablissement). Parallèlement, les soignants disposent d'une ligne hiérarchique dédiée, communément appelée Direction des Soins. L'univers hospitalier est ainsi le théâtre de jeux entre ces différentes catégories de pouvoirs : soignant, administratif et médical qui sont une source potentielle de ralentissement de l'action. L'infrastructure administrative est construite en silo avec des directions dites supports et régaliennes. Chaque direction est entendue comme ayant un territoire de travail propre et une zone de compétence spécifique sous la responsabilité d'un directeur adjoint. Les interfaces entre ces organisations de travail sont des zones de tension et les difficultés de collaboration, comme dans toutes les organisations bureaucratiques restent présentes.

Au-delà des organisations administratives, l'hôpital est composé de cultures professionnelles très normées qui coexistent pour produire des soins. Chaque corps professionnel (infirmier, aide-soignant...) est apte à réaliser un corpus de tâches règlementairement énumérées par des décrets de compétences. La connaissance médicale implique des rapports de « prescription » dans les pratiques quotidiennes (le médecin prescrit à l'infirmier, l'infirmier à l'aide-soignant...) qui peuvent s'apparenter à des rapports hiérarchiques qui n'en disent pas le nom. Le médecin de par son savoir scientifique, dispose d'une place centrale dans la responsabilité des soins.

Finalement, les rapports interprofessionnels y sont complexes, symboliques et inscrits dans l'histoire de l'évolution des pratiques médicales.

Dans cet univers, le lab revendique une posture d'agilité, une proximité au terrain, une volonté de « faire autrement » qui vient, à l'échelle des directions, bousculer les pratiques en place et les territoires d'expertise.

De par la nature transversale de ses projets et l'absence

de visibilité précise de la solution a priori, le lab va venir s'insérer ou percuter le calendrier de travail des directions fonctionnelles (achat, logistique, travaux, communication) pour concrétiser ses projets. La démarche d'itération peut d'ailleurs renforcer cette mobilisation. Ce faisant, le lab peut se retrouver en position de « donneur d'ordre » et donner le sentiment d'empiéter sur un territoire. Dans ce domaine, l'articulation avec la direction des travaux reste un sujet central probablement du fait d'une certaine « proximité ressentie » des métiers. Avec l'arrivée du designer au sein de son équipe, Anne Sophie Maure, directrice de l'expérience patient au CHU de Nantes en a fait son sujet numéro 1 : « Au départ, je me suis donnée une mission simple : aller voir les travaux qui impactent l'expérience patient, convaincre la direction des travaux. Si on ne fait pas cela, l'expérience patient ce ne sera jamais reconnue, toujours perçue comme optionnel la cerise sur le gâteau.... Au départ, ce n'était pas gagné car les travaux avaient la crainte de quelque chose d'irréalisable mais Caroline (designer) a su rassurer en montrant les limites de ses compétences en respectant les compétences des ingénieurs. Elle n'est plus une menace et sait faire partie de l'équipe ».

« On suscite du désir dans notre posture du faire autrement, faire un pas de côté, s'autoriser autre chose, être dans la joie de ce qu'on fait » souligne Carine Delanœ-Vieux. Une directrice adjointe du GHU parle même d'une forme de « jalousie » de ceux qui sont dans « la soute ». Les équipes du lab-ah sont alors perçus comme ceux qui « font des trucs cool ». Dès lors que le lab vient solliciter une direction fonctionnelle et mettre en lumière ses rigidités intrinsèques (qui d'ailleurs sont aussi le fruit de la réglementation : des marchés publics ou du statut des fonctionnaires), ce sentiment de rupture est vécu plus intensément et peut rigidifier des postures d'opposition.

La Petite Fabrique aborde ce sujet de collaboration très différemment car le parti pris est une implication, dès le départ, des directions dans les groupes terrain aux côtés des patients et des soignants. Ils sont d'emblée en position d'être acteurs du projet et y contribuent.

Enfin, les acteurs du lab sont également perçus comme faiblement capables de s'approprier réellement ce que les directions considèrent être la contrainte publique (modalités de recrutement, achat public) du fait des profils des designers issus du monde de l'entreprise.

Ce fossé « naturel » implique souvent un travail fort de conviction, de compréhension bienveillante, de patience, la mise en place de stratégies d'alliance...et d'inévitables tensions.

#### *2.1.4. Les stratégies d'alliance pour naviguer en haute mer*

Outre la qualité d'appui du sponsor, pour concrétiser ses projets, les labs vont développer des alliances internes et externes de nature à renforcer leur capacité à agir.

Les alliances internes sont de plusieurs natures :

- Alliance avec la gouvernance (des directeurs adjoints « complices » ou gouvernance médicale) : ceux-là ont compris l'action du lab, sont facilitateurs, curieux ou non opposants.
- Alliance avec les experts internes aux directions : les complices sont alors infiltrés dans les directions adjointes et facilitent l'avancement des dossiers
- Alliance avec les cadres de terrain : ces cadres ont vécu des expériences de travail avec le lab, ils sont convaincus de la valeur, ils nouent de « liens de connivence » avec le lab et participent à sa promotion sur le terrain (même échelle de responsabilité).

Ces alliances participent à l'ancrage du lab dans l'institution, à la visibilité de ses projets et à sa capacité d'action. Marie Coirié explique « La meilleure chose que l'on puisse faire, ce sont les alliances, c'est hyper organique, comme les plantes, tu sais, les plantes prédatrices, on se réalise au contact d'autres métiers ». Les alliances internes deviennent une condition de réalisation de l'action du lab, constitutives de la matrice et de la mécanique de réalisation.

Hormis la Petite Fabrique encore en phase de lancement, le lab-ah comme la Fabrique de l'hospitalité ont noué des partenariats académiques forts avec des écoles d'application. Le lab-ah entretient des collaborations avec l'ENSCI et l'ENSAD de Paris notamment et accueille en routine des étudiants et des thésards, de plus en plus nombreux à s'intéresser aux sujets de santé. La Fabrique de l'Hospitalité collabore avec l'université de Strasbourg, l'École des arts de Nancy et est impliquée dans deux chaires (créativité avec HEC Montréal - design des milieux

avec l'École des Arts de Nancy). Le CHU de Nantes a développé des collaborations avec l'École de design de Nantes Atlantique. Ces partenariats viennent conforter les actions du lab (implication très concrète des étudiants dans les projets) mais aussi acculturer les étudiants à l'univers de l'hôpital.

Les partenariats plus spécifiques de recherche-action sont développés au lab-ah exclusivement.

D'autres partenariats existent dans le champ associatif et culturel et viennent soit s'intégrer dans un projet spécifique ou aider à croiser le regard sur les pratiques. Ils constituent alors un apport complémentaire de connaissances venant interagir et questionner les représentations.

La Fabrique de l'Hospitalité est un living lab, ce qui implique une approche un peu spécifique de la question de la collaboration avec l'écosystème externe. Il s'agit d'un modèle organisationnel en essor depuis une quinzaine d'année dans le monde entier et en France particulièrement. Il s'agit « d'un modèle centré-patient qui a été pensé pour lutter contre les pesanteurs organisationnelles et hiérarchiques traditionnelles par la mise en réseau d'acteurs, pour permettre de constituer un espace de co-construction dans l'environnement de la vie réelle des usagers » (Kletz, Marcellin, 2019). Le living lab par nature s'inscrit dans un écosystème d'innovation en impliquant des communautés qui constituent un levier de connaissance. La Fabrique a très largement développé des ponts avec l'univers artistique et accueillis des artistes en résidence.

### *2.1.5. Les décalages temporels*

L'injonction du résultat visible à courte échéance, voulue par l'institution hospitalière, vient entraver la logique de gestion du temps des labs. La liberté de travail du lab consiste justement à prendre le temps de la disponibilité à l'équipe et au terrain avec le plus souvent un travail sur le temps long.

« Dès lors qu'on travaille à l'échelle institutionnelle, on est pris dans des modes de travail plus techno, plus éloignés de nos pratiques et avec des calendriers qui ne sont plus les nôtres » raconte Carine Delanöe-Vieux. L'engagement institutionnel demandé au lab le contraint à ajuster le cadencement et le spectre de ces projets pour trouver le tempo juste avec celui de l'institution. Marie Coirié renchérit avec ce constat :

« C'est vrai qu'il faut être dans la temporalité pour être crédible ».

Aux HUS, un directeur adjoint récemment arrivé me rapportait « mon collègue me dit régulièrement, surtout ne fait pas appel à la Fabrique, ça va nous prendre trop de temps ».

On notera que cette perception du temps long est éminemment relative. La cadre de santé de l'Unité de Soins Intensifs (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences) témoignait de l'intervention du Lab-ah : « Après, ils jouent un rôle d'interface avec la direction, c'est eux qui valident avec la direction, on ne perd pas de temps pour présenter le projet à la direction, pour demander les sous, pour acheter ça. Ils coordonnent tout ça. Si on faisait sans le labo, ça nous prendrait beaucoup plus de temps ». Les acteurs de soins perçoivent le lab-ah comme un accélérateur de projets, via sa fonction de coordination.

La Petite Fabrique semble se construire d'ores et déjà avec une intégration de la contrainte du temps institutionnel puisque Chloé Schiellein a deux ans pour faire la preuve du concept et démontrer la valeur des projets. La formalisation de l'offre et le cadencement des projets est un enjeu fortement relié au projet porté par la direction du site autour du développement de l'expérience patient.

### *2.1.6. Les fragilités consubstantielles au modèle du lab intégré*

Les 3 modèles étudiés à des échelles variables portent en eux une forme de fragilité.

La Fabrique de l'hospitalité pourtant inscrite dans la vie des HUS depuis plus de 10 ans est en position instable. Christelle Carrier l'évoque sans détour : « On est sur une fin de séquence à la Fabrique. Comment on poursuit ? On aurait la possibilité d'arrêter à l'automne car tous les gros projets seront terminés. La séquence d'après doit se jouer sur une décision et il faut, après 20 ans, une mise de départ ». Le contexte financier de l'établissement est un élément de fragilisation supplémentaire comme l'indique Mathilde Rousseau, cheffe de cabinet « Est-ce qu'on a besoin d'eux dans le contexte actuel ou pas ? ... Certains collègues diraient « pas besoin » ». La fragilité repose également sur le faible nombre de professionnels salariés, qui réduit mécaniquement son portefeuille de projet. De manière étonnante, la Fabrique de l'hospitalité a

largement contribué à autofinancer ses projets, certains excédant le million d'euros, en allant chercher à l'extérieur (mécénat, collectivités publiques) le budget pour ses projets. Cette « externalisation » financière a pu contribuer à masquer le coût réel de l'activité et symboliquement à en faire un objet accessoire.

Le lab-ah se situe dans un moment de transition. Comme tout moment de transition, il comporte des opportunités et des risques associés. « Avec l'arrivée du nouveau directeur général, on voit se vérifier que le travail fait porte des valeurs et mérite de passer à l'échelle mais il y a aussi des écueils...des points de vigilance institutionnels assez forts. En fait, je ne sais pas exactement comment on va y faire face. Il va falloir mixer nos expériences locales approfondies et le passage à l'échelle » dit Carine Delanöe-Vieux.

La « précarité » de la Petite Fabrique interroge également : un budget pour deux ans, une structure reposant sur un unique acteur.

Au final, le lab reste un objet qui ne répond pas aux cadres classiques de la nomenclature hospitalière, ni une direction, ni un service. Cécile Bergot, cadre au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences souligne : « Ils ne sont pas indispensables, ils sont un ajout, ils viennent s'ajouter mais ils ne sont pas une direction comme la direction des soins qui est incontestable ». Cet « autre chose » a parfois du mal à être qualifié au plus haut niveau de l'institution : la Fabrique de l'Hospitalité n'apparaît pas sous son nom dans l'organigramme des HUS mais sous la dénomination « design global usagers-soignants ». La Petite Fabrique n'apparaît simplement pas dans l'organigramme en date du 26 mai 2021.

L'outil des curseurs (annexe 3) souligne, pour 5 répondants, une vision du lab qui renvoie à la proposition suivante : « c'est intéressant mais il faut davantage démontrer sa valeur ».

Malgré cette posture visiblement fragile, comment le lab trouve-t-il sa place et poursuit-il son chemin ?

## ***2.2. La portance : revisiter le projet***

Le Design est une discipline du projet par essence (VIAL, 3<sup>ème</sup> édition, 2021). C'est ce que l'analyse terrain à tous les échelons vient mettre en exergue. Le projet est au cœur de l'activité des labs, c'est la matière à

penser, à faire, à transformer. Nous verrons ici en quoi les pratiques en design se proposent de revisiter la version « classique » du projet à l'hôpital.

### ***2.2.1. Point d'entrée ou prétexte à une démarche de transformation***

On note que chacun des labs étudiés affiche clairement un point d'entrée :

- L'accueil et l'hospitalité pour le lab-ah avec en sous-titre un laboratoire d'innovation culturelle par le design. La mission est la suivante : améliorer la vie quotidienne des patients et des professionnels grâce à des méthodes participatives et créatives.

- L'hospitalité pour la Fabrique de l'hospitalité avec en sous-titre un espace pour inventer de nouveaux modes de conception des projets. La mission est la suivante : améliorer les conditions de travail des professionnels hospitaliers, l'accueil et la prise en charge des patients et des accompagnants

- L'accueil et la prise en charge du patient pour la Petite Fabrique avec en sous-titre un laboratoire d'innovation par et pour le patient. Sa mission est la suivante : accompagner les projets tournés directement vers le patient.

On perçoit rapidement qu'il y a plusieurs niveaux de lecture de l'action pour chacun des labs : un point d'entrée, une finalité ou mission explicite et une finalité implicite.

Regardons le lab-ah. Il qualifie son point d'entrée par la notion de l'accueil et de l'hospitalité et légitime ainsi son action sur les lieux et les espaces. Sa mission explicite renvoie à une amélioration du quotidien avec deux cibles : le patient et le professionnel. Sa mission implicite est à comprendre sous le terme « laboratoire d'innovation culturelle ». De quoi s'agit-il ? Carine Delanöe-Vieux explique « Trouver les ressources qui soutiennent, analysent et transforment les cultures, au sens anthropologique de l'hôpital. C'est dans les cultures que se nichent toutes les promesses du soin bienveillant mais aussi toutes les failles d'hostilité ». La finalité implicite va donc toucher à une ambition plus profonde, la transformation culturelle de l'hôpital en mettant au travail les représentations du soin et du patient à l'échelle individuelle et collective.

De la même manière, l'implication des patients dans les projets mis en avant par la Petite Fabrique est une

autre manière d'aborder la transformation des pratiques de soins. Ces pratiques de partenariat patient ont largement été plébiscitées par la Haute Autorité de Santé (HAS) sous l'impulsion du modèle de Montréal pour leurs aptitudes à faire basculer les pratiques.

Christelle Carrier parle ainsi de la transformation à l'œuvre dans la démarche de la Fabrique : « La démarche intègre une sorte de douceur, la transformation est faite sans forcer car co-construite ».

Les acteurs du soin eux même ne sont pas dupes. Audrey, ergothérapeute au GHU l'exprime clairement « Pouvoir aborder ces sujets qui peuvent paraître un peu léger et ludique autour du soin, c'est un peu un prétexte. »

On pourrait donc considérer que le point d'entrée est un prétexte à la mise en discussion des pratiques du soin au service d'une transformation pensée comme plus durable.

### *2.2.2. À l'abri du vent pour démarrer*

Le début de la vie des labs observés suit un chemin semblable : celui de la discrétion. Une arrivée à pas feutrés pour comprendre les enjeux, tester le principe, les méthodes et les outils. Chloé Schiellein explique sa stratégie de lancement de la Petite Fabrique « il faut des petites histoires à raconter, attention aux projets de transformation trop ambitieux car sinon on bloque tout... Il y a un risque de trop communiquer au départ, il faut miser sur le bouche à oreille et éviter d'être trop politique au départ ». Christelle Carrier souligne l'importance de se situer au départ « hors des zones de pouvoir » pour éviter d'être pris dans des enjeux de territoire qui dépassent le projet. Le lab-ah a travaillé pendant 1 an et demi en immersion terrain et avait négocié une absence de communication institutionnelle au départ.

L'enjeu initial du lab est véritablement de comprendre le terrain, tester son modèle en évitant les annonces et les promesses qui pourraient peser secondairement sur le lab, et se donner des espaces de liberté pour ajuster la démarche initiale. Cette précaution est probablement nécessaire dans un univers où le fonctionnement managérial n'intègre que très peu la question de l'adaptabilité constante des pratiques, encore fréquemment perçue comme une forme d'instabilité ou d'absence de fiabilité.

### *2.2.3. Les îlots : Le territoire médico-soignant (avec une bascule progressive vers l'institutionnel)*

La majorité des projets portés ou accompagnés par les labs sont directement issus d'une demande du terrain médico-soignant. Il peut s'agir d'un problème complexe non résolu par les approches traditionnelles (ex : la place des accompagnants), d'un projet émanant de l'équipe (ex : repenser les modalités d'isolement, améliorer la communication sur le parcours des enfants hospitalisés en chirurgie pédiatrique). Marie Coirié explique « Notre angle, c'est aller sur le terrain, métaboliser et aller jusqu'au bout sur le terrain ».

Il est à noter que seul le terrain médico-soignant est « traité », les autres territoires (secteurs administratifs, logistiques, techniques) ne sont pas accompagnés par les labs observés. Le terrain qui impacte directement le patient est donc priorisé.

A ce stade, dans les modèles observés, un petit nombre de projets sont strictement issus de commandes institutionnelles bien qu'il semblerait que cette modalité soit inscrite dans une sorte d'évolution, de temps 2 de l'activité du lab. Le lab-ah est aujourd'hui mandaté sur une « charte des environnements » visant à travailler sur une homogénéisation des espaces d'accueil de tous les sites. Carine Delanœ-Vieux explique : « On élabore un référentiel commun pour les espaces d'accueil à partir d'un sujet à l'échelle institutionnelle avec un COPIL. On est parti du haut vers le bas, à l'inverse de ce qu'on fait d'habitude ». Le projet reprend un teinte « institutionnelle » au sens où il se raccroche à un processus institutionnel de gestion de projets.

La Fabrique de l'Hospitalité et la Direction des HUS s'accorde actuellement sur un projet transversal pour le développement de la RSE (responsabilité sociale de l'entreprise) qui constitue une bascule par rapport à l'activité « classique » de la Fabrique. Mathilde Rousseau, directrice adjointe compte s'appuyer sur l'expérience de conduite de projet innovante de la Fabrique : « C'est comme ça que je me suis dit que peut-être on pouvait imaginer une autre façon de faire, une nouvelle manière avec l'expérience de la Fabrique. Plus englobant. En fait, c'est Romain G qui a fait le lien avec la Fabrique sur le sujet de la mobilité. Puis à la Fabrique, ils ont pris conscience qu'il y avait quelque chose de plus large à proposer ».

## 2.2.4. Les fondamentaux du design hospitalier.

Intéressons-nous à présent à la manière singulière du lab à « faire projet ».

### Immersion exploration

Les deux labs intégrant des designers développent des phases d'immersion très poussées, empruntant les outils des sciences sociales, réalisant des états de l'art, un travail d'inspiration artistiques et techniques. Les interfaces avec les équipes sont très nombreuses dans le souci de toucher un maximum de membres de l'équipe, les ateliers sont dupliqués (horaire de jour et de nuit). Audrey raconte « On ne savait pas trop ce que ça allait être, ils sont venus 3 fois présenter le projet ... Ils se sont vraiment adaptés pour que tout le monde puisse participer. »

La formalisation des rendus d'atelier est soignée, régulière à l'image d'une correspondance qui maintient le lien entre le lab et l'équipe engagée dans le projet. La posture de disponibilité est retracée par la forme qui crée le lien mais également par une écoute permanente du chef de projet. Béata, cadre de l'USI au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences me montre son classeur : elle y a archivé méticuleusement les lettres, dessins, affiches, propositions et échanges avec le labah tout au long du projet de l'espace d'apaisement. Cette trace laissée de la conduite du projet (existence physique du classeur), au-delà de sa réalisation, vient s'inscrire dans la vie du service.

La mise en interaction avec la nouveauté, avec des éléments qui sortent du champ du soin est régulièrement repris par les soignants comme un temps « d'aération », « une bouffée d'oxygène, c'est hyper frais ! » dit Audrey, ergothérapeute.

L'intégration d'autres compétences (designer), non soignantes, est aussi un gage d'engagement et de participation des équipes. Il n'y a pas de jugement des pairs ou de la ligne hiérarchique, on sort du cadre classique de conduite de projet et l'équipe y trouve un espace de liberté propice aux interactions et à l'échange.

L'approche de La Petite Fabrique est sensiblement différente. « Je crois que l'enjeu c'est de mettre les bonnes personnes au bon moment autour de la table et s'assurer qu'on se pose les bonnes questions, qui fait la bonne gestion de projets » explique Chloé Schiellein. Cependant, les phases d'analyse préalable

sont présentes avec notamment l'encadrement soignant. La contrainte du temps et l'approche test très rapide sont également des éléments d'explication concernant la « contraction » de la phase d'exploration. On peut aussi noter qu'il n'y a pas, du fait de la formation du porteur de projet, d'intention spécifique portée à la forme dans l'interaction avec l'équipe soignante qui est d'ailleurs appelée équipe projet.

La reformulation de la problématique ou demande initiale est un invariant.

### La co-construction, révolution dans la gestion de projet

L'intégralité des projets portés intègrent, dans leur démarche, l'ensemble des parties prenantes (patients, soignants, +/- accompagnants).

« Ils ont fait des ateliers participatifs où ils installaient de grandes tables et ils avaient d'énormes brainstorming en direct, des thématiques et ça avec les soignants, et les patients mélangés » indique Audrey, ergothérapeute. « Quand le lab arrive, il ne faut pas qu'on se dise, ils vont nous donner la solution car c'est la co-construction qui fait la solution » renchérit Catherine Boiteux, médecin.

Christelle Carrier rappelle « La co-construction est un autre pilier, notre sujet est d'être tout de suite dans un partage. La forme est produite pour donner à partager. D'ailleurs, ce qui est produit ensemble est fait pour être partager au-delà des présents. On veut prendre en compte tous les acteurs, on travaille par cercles concentriques... Ce qui a été pensé collectivement résiste au temps ». Le Dr Julie Rolling qui travaille avec la Fabrique renchérit « la co-construction est une condition de l'appropriation ».

Les limites de la gestion de projet « classiques » sont soulignées par Romain Gérard, directeur adjoint des HUS : « On a une gestion de projet très superficielle. On consulte sans consulter, on fait 2/3 réunions mais pas de proto. Le design sort des projets plus intéressants ».

Les pratiques de design à l'œuvre dans ces labs s'inscrivent largement dans la mouvance du co-design ou du design participatif qui contribue à l'augmentation du pouvoir d'agir des individus et communauté (Vial, 2020). Ces pratiques sont clairement nouvelles dans l'institution hospitalière et viennent apporter une conduite de projet plus ouverte aux contributions des parties prenantes et

révolutionne la conduite du changement.

Les démarches de co-construction viennent questionner le management hospitalier « classique » (groupe d'experts, sachants). La pratique de design met en lumière qu'une appropriation du changement « efficace » résulte d'un travail de co-construction sensible et susceptible de générer l'engagement.

### **Le Vrai Nord : L'expérience sensible du patient**

Dans les expériences observées, le patient est un partenaire visible ou discret mais toujours incontournable. Il est amené à témoigner de son expérience, des attentes avec des formats adaptés. L'animation d'ateliers avec des patients de psychiatrie, dans des unités fermées impose des outils et formats adaptés à leur contribution, à leur capacité de mobilisation, d'attention, d'interaction. Le lab doit donc en permanence ajuster ces contenus et ces outils. Ce travail de préparation représente une mobilisation en temps non négligeable et un ajustement constant au fil des ateliers.

Cette contribution « mêlée » soignants -patients ouvre un champ nouveau à l'hôpital beaucoup plus ancré sur le terrain que les modalités plus traditionnelles de contribution des patients (dans le cadre de la démocratie sanitaire par l'association des représentants d'usagers dans les instances notamment). Elle vient toucher non plus l'avis mais l'expérience propre du patient dans son savoir « profane » mais pourtant, bien réel, de sa maladie. Cette contribution peut aussi toucher à son expérience de l'institution plus globalement à savoir son parcours de soins dans ses différents points de contact avec l'hôpital. Cette dernière approche est un axe fort de la Petite Fabrique.

Florence Patenotte, directrice de la communication au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, souligne « j'y vois un premier bénéfice, celui d'introduire une culture client ou utilisateur ». Le directeur Général, Guillaume Couillard, de compléter : « La posture empathique du designer apporte clairement dans le projet, une vision inédite. Il énonce du point de vue du patient, un sujet plus souvent pensé du point de vue des experts. »

### **Parcours, pensée systémique cartographie : la mise en récit**

Le design observé fait entrer le projet hospitalier dans une dimension visuelle, systémique pour rendre

compte de la complexité des parcours et de la diversité des regards. La pratique des designers des labs rend visible, ce qui est tu, ou vu partiellement. « Le lab est un médium ...notre méthode, c'est la pensée systémique, on pense en cartographie car c'est une forme de pensée qui permet d'être inclusif » explique Christelle Carrier, de la Fabrique de l'Hospitalité.

Les livrables peuvent être des parcours d'usage, des cartographies, des récits, des personas. Dans l'interaction avec les équipes de soins, la mise en récit, visible, retraçant notamment les phases initiales d'immersion, sont une manière d'initier les conversations et de faire progresser le processus de co-conception.

Il est à noter que la notion de parcours n'est pas strictement nouvelle pour l'hôpital puisque les cadres de santé, par exemple, apprennent dans les écoles de formation à élaborer des chemins cliniques ou plus récemment, les équipes de soins sont engagées dans la démarche des patients ou parcours traceurs. Ces approches constituent les nouveaux nés de la démarche qualité à l'hôpital et sont plébiscités par la HAS (Haute Autorité de Santé). Il s'agit de décrire un parcours de soins, d'identifier les points de difficultés et d'en tirer un plan d'action visant à l'amélioration des prises en charge. Ces démarches, très codifiées, sont encore perçues comme relativement arides par un certain nombre d'équipes et pourraient être utilement croisées avec les outils du design pour en favoriser l'usage.

### **Un résultat tangible mis à l'essai**

Coté soignants, Marie Coirié témoigne « Ils ont l'impression que quelque chose avance, qu'ils participent aux choix, que quelque chose s'arrange visiblement, qu'ils sont entendus, avec l'espoir de la possibilité d'agir sur le quotidien face à un sentiment d'impuissance intériorisé ». L'accompagnement des projets par le lab est clairement perçu par les soignants comme une manière d'avancer, « de faire » des choses visibles à leur échelle dans un environnement perçu comme une boîte noire ou nécessitant une énergie démesurée pour mettre en œuvre un projet.

En cela, l'action du lab vient répondre, de manière indirecte, aux revendications récurrentes des soignants et des communautés médicales pour davantage d'autonomie d'action au niveau des services de soins. Le récent rapport Claris et sa

déclinaison réglementaire, la loi RIST (avril 2021), visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, imposent aux établissements de repenser un modèle d'action plus centré sur les besoins du terrain, à l'échelle du service de soins, en confortant l'autonomie des équipes.

L'expérimentation (test and learn), pour les équipes ayant déjà eu à travailler avec le lab-ah, est entrée dans les mœurs. « On est en test, on fait une fiche d'évaluation pour chaque passage dans l'espace d'apaisement » me dit la cadre de santé de l'USI. La mise en test par l'intermédiaire des projets en design propose aux soignants de nouvelles modalités d'évaluation. Les indicateurs de l'évaluation du projet sont définis par l'équipe et en lien avec la nature du projet. Là encore, le design vient proposer des outils de mesure philosophiquement opposés aux modèles standardisés existants. L'indicateur se singularise et retrouve du sens.

### **La forme au service du fond**

Julie Rolling, médecin du CAMPA (HUS) souligne la fonction de restauration de la forme dans les travaux de la fabrique de l'Hospitalité : « Ça contribue à valoriser les compétences de l'équipe et ça a aussi une fonction de renforcement narcissique pour les ados ».

Elle poursuit : « Finalement, l'effort sur la forme, c'est une manière de les prendre en compte et de les reconnaître. Finalement, ça remet la compétence universitaire, l'excellence à sa juste place. On propose des soins de haut niveau mais dans des environnements qui ne le sont pas toujours. Finalement cette attention à la forme, elle évite la dissonance entre la qualité du soin et le lieu ».

Le design par la qualité et l'esthétique globale des formes produites vient réaligner les valeurs du soin, l'exigence éthique des soignants et les environnements. Pour le patient, le design agirait comme un outil de mise en cohérence du soin avec son environnement, tendant à créer un continuum sécurisant et respectueux de sa personne.

## **2.3. Promesse**

« Ce qu'ils font, c'est très précieux », « Ils ont un regard précieux et outillé ». Voici qu'à plusieurs reprises, les soignants m'invitent à penser la valeur de la pratique du Lab. Allons voir de plus près.

### **2.3.1. La compréhension de la valeur passe par l'expérience du projet**

Il est une chose unanime dans les entretiens : la compréhension de la valeur des pratiques du design à l'hôpital, quelle qu'elles soient, restent complexes pour qui n'a pas vécu l'expérience d'un projet.

Autrement dit par Cécile Bergot, cadre de santé : « L'expérimentation fait foi ! Quand on expérimente, on prend conscience de suite du lien entre la pratique et le lieu. Et ça agit sur les représentations dès qu'on expérimente. Par exemple, elles ont travaillé sur les espaces de restauration, dans un service. Au départ, les soignants ne pensaient pas du tout qu'il y avait quelque chose à creuser. Au final, ils ont expérimenté un repas test et la relation s'est transformée, ils ont créé une alliance thérapeutique qu'ils n'avaient pas imaginée ». Marie Coirié renchérit « Pour percevoir la plus-value, il faut être dedans, ça ne marche que par l'expérimentation, la formation action. »

Les entretiens menés sont, de ce point de vue, très révélateurs. Les acteurs ne l'ayant pas expérimenté pour eux-mêmes ont une vision partielle de la valeur. Les interviewés, non impliqués dans les projets, perçoivent la valeur du côté de l'aménagement intérieur, des espaces plus agréables et adaptés, conscients cependant de l'impact du lieu et de l'environnement dans la contribution au soin.

Ce qui est visible naturellement, c'est la valeur forme finale. « Au final, ce que tu captes, c'est ce qu'il reste sur la photo » conclut Marie Coirié.

Pourtant, la pratique des lab hospitaliers vient toucher, si l'on considère l'intégralité de sa démarche projet, d'autres éléments de l'organisation et du soin.

### **2.3.2. La transformation des pratiques à pas feutrés**

De nombreux témoignages des soignants viennent valider cette hypothèse d'un impact du travail en design sur les pratiques soignantes.

Guillaume Couillard, Directeur du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences admet que le design participe de la transformation des pratiques mais tempère : « Oui mais d'autres projets pourraient faire pareil. C'est le fait de vouloir porter un projet à partir de l'expérience des patients dès le départ qui fait que finalement, on s'interroge sur nos pratiques ».

Cette finalité implicite de transformation des pratiques soignantes est parfaitement relevée par Cécile Bergot, cadre de santé du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences : « ça mobilise les soignants sur l'analyse de pratiques mais sans dire le mot. On fait forcément l'analyse de l'existant quand on parle des espaces et on est contraint d'imaginer comment le soin s'insère dans ces espaces ».

Audrey, ergothérapeute, raconte l'expérience depuis l'intérieur : « Je pense que l'alliance thérapeutique, elle a été réussie aussi par ce que le lab-ah est passé par là aussi. Ce n'est quand même pas rien ». Et accompagner les moments de doutes « Il pouvait y avoir des moments de tensions car on bouscule des habitudes, ils ont su nous accompagner là-dedans, ne pas donner tort ou raison à un tel et ça a été un très beau travail ».

Beata IWANCZUK, cadre de l'USI souligne que le travail mené dans le cadre de l'espace d'apaisement est venu interroger leurs pratiques : « C'est pas très en accord avec notre propre éthique humaine. Donc qu'est-ce que nous pouvons proposer ? On est au 21ème siècle, on n'est pas un établissement psychiatrique asilaire. Les patients hospitalisés sont enfermés et sous contrainte donc que pouvons-nous proposer d'autre que l'isolement ? »

La démarche d'accompagnement par le design libère également les soignants d'un cadre de réflexion limité aux périmètres connus, ouvre des espaces de liberté aux questionnements comme l'explique le Dr Julie Rolling, médecin du CAMPA (Fabrique de l'Hospitalité) : « Leur pratique vient questionner les endroits à partir desquels on ne se serait jamais autorisé à se questionner ».

La transformation semble s'opérer sans contrainte externe, auto-portée par l'équipe, par le truchement du regard tiers et de la mise en questionnement empathique.

### *2.3.3. La création de nouveaux objets de soin*

Au-delà des pratiques en elle-même, les formes produites dans le cadre des projets, outillent le soin.

Catherine Boiteux, médecin de l'USI d'Avron, raconte l'histoire de la bibliothèque mobile. L'équipe se questionne à l'époque sur la façon dont les patients sont confrontés à l'ennui lors de leurs hospitalisations, le temps n'étant pas entièrement « rempli » par les

soins. Elle adresse avec son équipe cette question au lab-ah qui va construire avec eux et les patients, un concept de bibliothèque mobile. Elle conclue « On a pensé des objets qui sont devenus des objets de soins. On croise l'ergonomie, le beau, le fonctionnel et le thérapeutique... Le lab-ah c'est cela, un outil pour nous permettre d'améliorer les outils du quotidien qui sont thérapeutiques ».

### *2.3.4. L'ancrage par la collaboration en équipe*

Il apparaît clairement que la pratique du lab met l'équipe en discussion, en échange, et agit dans un renforcement des liens intra équipes.

Audrey, ergothérapeute témoigne, « ça reste pour du soin mais ce n'est pas le même soin que d'habitude, c'est-à-dire qu'on n'est pas dans nos rôles habituels, on n'est pas dans les mêmes perspectives et du coup ça permet de créer un dialogue, là où il n'y en avait pas forcément avec certains soignants ». Carine Delanöe-Vieux, co-responsable du lab-ah, renchérit dans la même idée « l'étrangeté est féconde, elle suscite la rencontre ».

La démarche du projet avec le lab est vécue comme un temps fort de la vie du service qui marque et renforce potentiellement le sentiment d'appartenance : « Ce travail est un outil d'ancrage pour l'équipe de soins car il fait partie de l'histoire de l'équipe et du service et du soin. On peut dire « on y était ». Ce temps-là fait partie de l'histoire et peut aider à ancrer les individus dans une équipe à l'heure où les attaches, le sentiment d'appartenance est faible avec des enjeux forts de recrutement » explique Cécile Bergot, cadre de santé.

### 2.3.5. Une contribution à la qualité de vie au travail

L'impact des projets en design sur la qualité de vie au travail (QVT) est perçu davantage par les acteurs de terrain que par les directions des établissements. « Ça améliore le quotidien des équipes qui est quand même rude... Ce qu'il faut dire c'est que ce travail rend les équipes très fières d'elles même » me dira le Dr Boiteux, médecin au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. Le Ministère des Solidarités et de la Santé (MMS) élabore depuis plusieurs années différents programmes et a consacré un colloque à cette thématique en novembre 2019. La position du MMS est la suivante : « Développer la qualité de vie au travail, c'est être attentif à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de développement professionnel offertes à chacun et à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Développer la qualité de vie au travail, c'est donc améliorer le quotidien des personnes, c'est leur redonner la fierté du travail bien fait, ce qui permet in fine de renforcer la qualité de la prise en charge des patients ».

Marie Coirié et Carine Delanöe-Vieux, dans un article de la revue Soins (2021) posent l'hypothèse que la QVT résulte de la capacité pour les hospitaliers à mettre en œuvre au quotidien, « une éthique de l'hospitalité, valeur consubstantielle au soin » et que le design y contribue par son aptitude à traduire ces valeurs d'hospitalité dans les faits. Les auteures y rappellent l'apport du design pour doter les soignants de moyens leur permettant de réaliser leurs missions en cohérence avec leur éthique professionnelle.

De nombreux impacts, précédemment identifiés, tels que le renforcement des collaborations en équipe, la mise en réflexion des pratiques de soins, l'attention portée à la forme comme un respect de l'autre, la co-construction des projets pour favoriser leur appropriation sont autant d'éléments contributifs à l'amélioration de la QVT.

En synthèse, ces différents constats renvoient aux travaux de Stéphane Vial, dans son Court Traité du Design (2014) qui met au cœur du design, la production d'effets de 3 sortes : ontophanique (amélioration de la qualité de l'expérience vécue), callimorphique (exigence du beau et de l'harmonie) et socioplastique (renouvelle la manière d'exister ensemble par des formes matérielles).

### Cascade des promesses

(issue de l'outil curseurs - annexe 4)

Le lab aide les patients et les professionnels qui veulent améliorer leurs prises en charge et leur qualité de vie au travail en apportant la méthodologie du design et en développant des modes de réflexion différents de celle des directeurs

Le lab aide les équipes de soin qui veulent améliorer leurs pratiques en repensant les objets et en développant un travail collaboratif

Le lab aide les professionnels qui veulent améliorer leur environnement pour eux ou pour le patient en utilisant des approches de type design

## **2.4. Postures des labs et de leurs designers**

### **2.4.1. Porteur de projet versus accompagnateur de projet**

Dans les 3 modèles observés, on constate que la position des labs au regard de la question du projet est sensiblement différente :

- d'un côté les labs « porteur de projet » (La Fabrique de l'Hospitalité et le lab-ah). Ils évaluent leur possibilité de prendre en charge le projet, répondent à une demande qui leur est adressée en le faisant entrer dans leur portefeuille de projet. Un chef de projet designer est positionné. Pour autant, le lab ne dépossède pas l'équipe de sa demande mais finalement le projet « appartient » à l'équipe et appartient au lab dans une forme de co-portage.

- de l'autre côté, le lab « accompagnateur de projet » (La Petite Fabrique). Hormis dans sa phase de test du modèle et pour impulser la dynamique, la Petite Fabrique se positionne comme un appui à la gestion de projet. Il est chargé d'outiller et de former des acteurs, de les guider dans la conduite de leur équipe projet mais sans être lui-même porteur. De fait la stratégie de formation, d'essaimage des méthodes et outils est centrale. Pour autant, l'ambiguïté reste présente dans la mesure où le lab cherche tout de même à porter un regard tiers sur les sujets, à interagir avec le projet pour le faire avancer.

### **2.4.2. Posture exogène : entre naïf, imposteur, révélateur, consultant et médium**

« Je crois beaucoup à la naïveté du design qui fait qu'on oublie presque qu'il fait ce qu'il fait » dit Anne Sophie MAURE, directrice de l'expérience patient, au CHU de Nantes. La posture du designer naïf est celle retenue dans la totalité des entretiens réalisés. Le naïf interroge, il est légitime à questionner les choses établies car a priori il ne sait pas. Le naïf met le groupe en posture de questionnement, en dialogue, met en lumière les contradictions. Il apporte une « ouverture sur des sujets où nous on pouvait avoir une certaine crainte » raconte Audrey, ergothérapeute au GHU Paris Psychiatrie Neurosciences. Catherine Boiteux, médecin de l'unité complète : « Et puis, les gens du lab ne sont pas des soignants, ils posent des questions

poils à gratter, donc on se questionne ».

Du point de vue des équipes, la compétence métier hors soin des professionnels des lab est regardée comme « une richesse ». Ce regard exogène amène l'équipe, elle aussi, à porter un regard en surplomb de ses pratiques, à regarder ce qui n'était plus visible au quotidien. « Nous sommes exogènes et juste notre présence est un état de fait qui participe à la transformation » raconte Carine Delanoë-Vieux, co responsable du lab-ah.

Le positionnement d'accompagnement de la Petite Fabrique est probablement plus proche d'une démarche d'appui de type consultant intégré. Chloé Schiellein, responsable du lab, est en position de coach qui outille, forme et accompagne. La nouveauté est apportée sous l'angle de la méthode et des outils mais surtout par l'implication du regard patient dans le projet.

Le « syndrome de l'exogène » ou « de l'imposteur » est retenu par certains designers qui, en dehors du périmètre des projets, se confrontent à une institution qui les renvoie à leur singularité, à leur position flottante du ni dedans ni dehors.

Christelle Carrier, de la Fabrique de l'Hospitalité positionne le lab comme un outil de médiation « On vient faire le lien dans un parcours de soins ou un parcours professionnel, le lab est un médium ».

### **2.4.3. La connaissance fine de son terrain, l'atout des labs intégrés**

Les soignants interrogés soulignent l'intérêt d'avoir au sein de l'établissement, une équipe qui connaît l'hôpital. « Elles connaissent très bien le fonctionnement de l'hôpital. L'apport extérieur c'est bien mais le fait qu'elle soient intégrées, elles ont la connaissance, sont au fait du fonctionnement, elles sont familières avec les cultures hospitalières » soulignent le Dr Rolling des HUS.

Marie Coirié souligne également la nécessité de cette acculturation à l'organisation hospitalière à laquelle les designers qui sortent des écoles ne sont pas nécessairement préparés. C'est probablement d'ailleurs la limite des interventions des agences sur des projets en design dans les établissements de santé. L'intervention des agences de design est parfois pilotée par les labs en complément de leurs propres actions et nécessite un accompagnement de proximité

comme l'explique Marie Coirié du lab-ah « J'ai un filtre du politiquement correct donc je sais ce qui peut être dit ou pas. Et j'essaie de faire gommer le jargon du design et de l'innovation. Les designers ont tendance à avoir une posture jargonneuse, souvent par ce qu'ils ont peur ».

L'hôpital s'apprend et les équipes intégrées des labs, avec leurs compétences spécifiques hors soin, rassurent par leur compréhension fine des enjeux.

#### ***2.4.4. Posture du praticien du design : l'étranger familier***

« On fait partie du service quand on travaille sur un sujet, je suis invitée aux fêtes ! Je suis à leur côté pour que ça s'améliore » dit Christelle Carrier de la Fabrique de l'Hospitalité. Le travail sur le temps long aux côtés des équipes, le souci d'inscrire dans le projet l'ensemble des équipes (nuit/jour) crée une proximité et une familiarité de travail entre les designers et les équipes.

L'observation des interactions entre les équipes de l'USI d'Avron et du lab-ah, lors de l'inauguration de l'espace d'apaisement, témoigne de cette relation singulière qui s'instaure au travers du projet : une intensité émotionnelle liée à une aventure partagée au long court et la satisfaction d'avoir proposé ensemble quelque chose de tangible, d'avoir fait œuvre commune.

Le designer est ainsi, dans le projet, l'étranger familier, un membre de l'équipe par intermittence, ce qui conforte les liens et ouvre la voie pour accompagner de nouveaux projets. C'est ainsi que dans un même territoire de soins, plusieurs projets du lab-ah, de natures différentes, voient le jour.

#### ***2.4.5. Peurs et précautions***

Comme dans toutes les structures d'innovation intégrées, la crainte de perdre le regard tiers, neuf, naïf est constamment présente. Cette crainte est d'autant plus présente qu'elle est au cœur de la stratégie de transformation proposée par la pratique du design. « On est en train de se « mamouthiser », on est là depuis 5 ans » dit en riant Marie Coirié, du lab-ah. Plusieurs façons d'envisager cette difficulté s'expriment : la possibilité de s'en aller lorsqu'en conscience, on pense qu'on ne peut plus apporter cette nécessaire fraîcheur, ou encore s'abriter derrière le

regard du patient qui fera office de regard tiers au long court.

Les acteurs des labs observés sont également confrontés à la nécessité de gérer leurs risques. Fortement sollicités, ils ne peuvent répondre à toutes les demandes et doivent distinguer ce qui relève d'une « problématique singulière » et qui mérite l'intervention des équipes du lab. Il s'agit donc de sélectionner pour faire face à la charge de travail en lien avec le dimensionnement de l'équipe. Conscient que l'hôpital est un territoire de pouvoir, le lab peut être facilement instrumentalisé pour promouvoir la place de certains acteurs. La vigilance est donc la règle pour garder une posture prudente vis-à-vis des jeux de pouvoir internes.

Enfin, la crainte de l'aspiration par la techno structure et ses COPIL (comité de pilotage) est prépondérante. La demande institutionnelle de répliquabilité et d'accélération fait craindre une perte de la valeur des projets par les acteurs des labs. Il existe objectivement une tension entre la nécessité de se déployer à une échelle plus stratégique, pour exister de manière pérenne et la crainte d'être englouti par la gestion de projet interne très normalisée.

Dans ce contexte, il convient d'analyser la façon dont les labs observés projettent leur devenir.

### ***2.5. Perspectives envisagées par les labs observés dans l'étude***

On peut souligner que l'incertitude et la remise en question sont l'ADN de ces structures intégrées. Elles ont conscience de leurs fragilités intrinsèques et des formes de défiance auxquelles elles ont à faire face au sein de l'institution.

#### ***2.5.1. Déploiement en tension dans l'univers hospitalier : la complexité du passage à l'échelle***

Comme le souligne, Fabien Gélédan, listant les difficultés du design à pénétrer les sphères des administrations, « il existe une difficulté à trouver des voies de généralisation des pratiques hypersituées du designer qui ne se laissent pas réifier sous la forme de simples bonnes pratiques prêtes à l'emploi ».

Et pourtant, la question du déploiement « à l'échelle » reste centrale notamment du point de vue des

directions hospitalières. Guillaume Couillard, directeur du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, illustre sa demande : « ils font plein de petites expériences très riches et intéressantes ...mais je trouve que ça reste expérimental et pas suffisamment ancré dans l'institution au sens du fonctionnement institutionnel. Malgré tout, c'est une partie intégrante du GHU. Je leur ai dit « vous avez planté plein de petits bonzaïs et il faut que ça devienne de vrais arbres pour faire une forêt », aller vers du déploiement, vers le passage à l'échelle ». Ainsi, derrière la question du déploiement à l'échelle, il y a celle de l'ancrage institutionnel qu'il représente. Au lab-ah, les acteurs ont pleinement conscience qu'ils sont mandatés dans cette perspective et y travaillent déjà. « On va mixer des expériences locales et approfondies avec des stratégies de passage à l'échelle. On a commencé à y travailler en créant des alliances, des référentiels, des études partagées avec tous » explique Carine Delanœ-Vieux, co-responsable du lab-ah.

Du côté de la Fabrique de l'Hospitalité, Christelle Carrier, chef de projet, exprime « je n'ai pas les moyens du passage à l'échelle, je considère que c'est le sujet des autres directions (soins, travaux) de s'en saisir ». Pour autant, la Fabrique de l'Hospitalité est sur une fin de séquence et la question du territoire et de l'échelle se pose. Ainsi, l'idée est de porter un premier projet « au niveau institutionnel » sur la thématique du RSE (responsabilité sociale de l'entreprise) en sortant strictement du cadre des soins. Il s'agit d'un déplacement du territoire des projets à l'intérieur de l'institution. « Il nous faut peut-être aussi changer d'échelle par exemple porter un ou des projets à l'échelle d'un pôle » souligne Christelle Carrier. Finalement, cette orientation est aussi partagée par Romain Gérard, directeur adjoint aux HUS : « Le mieux c'est d'avoir des compétences internalisées mais d'être sur des sujets stratégiques. On commence avec les DOP à l'hôpital (direction des opérations), ce serait intéressant d'avoir un designer dans une DOP, dans le CODIR pour se saisir des sujets stratégiques. Ce serait un vrai signal ».

### ***2.5.2. Assurer l'ancrage par l'encapacitation, une autre conception du passage à l'échelle***

C'est l'ambition initiale de la Petite Fabrique, la formation pour disséminer la pratique comme l'explique Chloé Schiellein, responsable : « Le principe

est de leur permettre d'être autonomes, créer un environnement capacitant. Plus tu formes, plus les gens sont autonomes. On veut faire de la formation action pour être concrètement dans la mise en pratique ». Cette stratégie est facilitée par l'orientation design thinking de la structure, centrée sur la méthode et les outils.

Le lab-ah travaille également au développement d'une offre de formation mais commence aussi à produire des référentiels sur lesquels les cadres et les directions (achats notamment) pourraient s'appuyer dans la conduite des projets. La Fabrique de l'hospitalité reconnaît l'intérêt de la dimension formation mais ne l'intègre pas dans ses priorités d'action, faute de temps.

Le sujet est bien d'engager, au travers de l'expérience des projets en design et par la formation action, les managers et les équipes dans des pratiques vertueuses de co-construction impliquant les patients.

Le Dr Boiteux, médecin du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, ajoute cependant : « le sujet n'est pas que les cadres deviennent des designers. Chacun doit être au bon endroit. Le lab, c'est une équipe recours ».

Ainsi, Fabien Gélédan propose une « mise en capacité des territoires à formuler les solutions les plus adaptées à leur contexte » comme réponse pragmatique au prétendu « passage à l'échelle » (Géledan, 2020).

### ***2.5.3. Poursuivre les stratégies d'alliance, non sans risque***

Comme nous l'avons vu, les liens de connivences se sont créés au travers des projets et les labs ont dans les sphères du soin de nombreux soutiens. En revanche, les appuis au sein de la gouvernance sont souvent moins nombreux, ce qui tend à fragiliser ces structures.

Chacun perçoit donc la nécessité de s'appuyer sur des profils « éclairés » au plus haut niveau, susceptibles de percevoir la valeur des pratiques et d'être contributeur à leur pérennisation. Ainsi, les labs veulent conforter les alliances et se voient dans l'obligation de rendre leurs sujets plus synergiques avec les orientations institutionnelles. Ainsi, le lab-ah réfléchit aux modalités de rapprochement avec la direction des opérations, aux croisements possibles avec les démarches d'amélioration continue de la qualité,

portées par le nouveau Directeur Général. La Fabrique de l'Hospitalité perçoit également l'intérêt de s'adosser à la Direction de cabinet qui a saisi la nature du travail du lab et souhaite le voir se développer pour venir conforter les sujets stratégiques du Cabinet.

De fait, les labs, dans cette quête de développement ou de survie, rattrapés par les attentes institutionnelles se retrouvent à devoir jouer la partie des luttes d'influence. Ils construisent de fait « une ingénierie organisationnelle », une construction d'intéressements pour consolider un réseau d'alliés internes et externes.

Après ce temps d'analyse des terrains, il convient d'en tirer quelques enseignements à destination des directions hospitalières de nature à proposer des pistes de déploiement partagées.

## ***Partie 3 : Manifeste pour un design hospitalier durablement intégré***

L'hôpital ne cesse, depuis 30 ans, de vivre au gré d'un balancier de réformes qui visent tantôt à renforcer sa performance, tantôt à conforter la gouvernance administrative puis médicale, tantôt à simplifier son organisation ou à réformer son financement. Au-delà des réformes, l'organisation hospitalière reste aux prises avec différentes logiques fortement en tension : la logique professionnelle (valorisée par les médecins, infirmiers...) et la logique technocratique (gestionnaires et évaluateurs qui fondent leurs décisions sur la rationalité formelle).

Les décideurs hospitaliers occupent, dans le système, une place singulière, chargés de la gouvernance qui consiste à concevoir, conduire et évaluer l'action collective à l'hôpital (Contandripoulos, 2008). Ce travail s'inscrit dans un environnement plus large de contraintes liées à la régulation du système de santé dans son ensemble : contraintes économiques, inflation réglementaire et normative, complexité des systèmes de soins, concurrence entre les offreurs de soins. Le pilotage est ardu : répondre aux enjeux de santé publique, moderniser les techniques de soins, gérer l'hyperspécialisation de la médecine, personnaliser les soins et soigner toutes les populations y compris les plus fragiles.

Dans ce contexte, la crise de la COVID 19 a agi comme un révélateur d'une difficulté profonde et plus ancienne, celle de la crise du sens pour les professionnels du soin et de l'hôpital plus largement. Une crise qui affecte et qui génère la désaffectation.

Évidemment, l'immersion dans ce minuscule écosystème du design à l'hôpital fait naître des espoirs. Y'a-t-il matière à intégrer des compétences nouvelles à l'hôpital pour mieux appréhender la complexité et relever les défis de demain ? Pour redonner une place à la parole de chacun dans l'action collective ? Pour formaliser des récits partagés qui rassemblent et créent un sens pour la communauté ?

### ***1. Enseignements pour les directions hospitalières***

Je me propose de tirer les enseignements de cette

immersion en assumant un parti pris militant, parce qu'engagée personnellement dans le développement d'une démarche interne d'intégration de la pratique du design dans ma propre organisation de travail.

#### ***1.1. Le design à l'hôpital, contribution à la transformation culturelle***

La culture hospitalière est le fruit d'une longue histoire alliant hospitalité et soins, mêlant une multitude de corps professionnels complémentaires et souvent en tension, comme nous l'avons déjà décrit. Pourtant, le « faire ensemble » est une garantie de la qualité des soins in fine.

##### ***1.1.1. Repenser la gestion de projet à l'hôpital par la pratique du design***

Les dispositifs de gestion de projet à l'hôpital viennent traditionnellement du monde de l'entreprise (démarche linéaire, Gantt, fiche action, COPIL...) et se sont peu à peu hybridés au contact des cultures hospitalières. Les projets y sont nombreux : évolution des modes de prise en charge, modernisation, intégration des nouvelles technologies...

Pourtant, la gestion de projet à l'hôpital reste un point de tension pour différentes raisons :

- L'organisation de l'hôpital impose un circuit long, fastidieux et parfois opaque à l'échelle des professionnels de terrain
- Les échelles des responsabilités et d'autonomie dans les projets sont souvent peu ou mal définies
- La difficulté à faire vivre la transversalité engendre un ralentissement de la résolution de problèmes
- Les cadres de direction ont une activité centrée sur l'exploitation et peu de « bande passante » pour la gestion de projet
- Le prisme de la performance médico-économique impliquant des résultats court-termistes freine l'aboutissement de projets clefs de transformation.

Le travail d'immersion, réalisé par une équipe d'étudiants du Mastère IBD au CHU de Montpellier, en

2021, dans deux territoires de soins (psychiatrie et cardiologie), souligne l'intérêt de repenser l'accompagnement des projets issus du terrain, par la pratique du design, avec différents objectifs :

- Favoriser la prise d'initiative et la réalisation des projets pour engager, motiver et être acteur du changement
- Favoriser l'apprentissage mutuel et la mise en relation des soignants pour une réappropriation de l'organisation
- Développer la transversalité à l'hôpital pour favoriser un soin plus global
- Renforcer l'image innovante du CHU pour fidéliser le personnel, attirer soignants et patients faire rayonner le CHU
- Proposer de nouvelles approches de soin en renforçant la relation patient-soignant, pour une meilleure satisfaction des patients, un meilleur bien-être des soignants

Le projet en impliquant la pratique du design, repensé dans ses différentes phases, pourrait ainsi remettre le sens au cœur des pratiques de soin et des organisations. Le projet, porteur de sens, fait clairement écho aux pratiques de design centré sur l'humain telles que décrite par Krippendorf : « le design est une fabrique du sens des choses » (Vial, 2020).

Les problèmes de l'hôpital sont de plus en plus complexes, deviennent des wicked problems qui nécessitent la mise en place de dispositifs de co-production avec les usagers, pour trouver les voies de passage et de résolution.

L'approche du projet en design, particulièrement à l'aise avec la complexité et l'incertitude, pourrait permettre un dépassement des cadres limitants dans la résolution de problème à l'hôpital grâce notamment à l'apport de l'expérience patient, la mise en récit des processus complexes et la visualisation des impensés.

Il est important de souligner ce que le projet en design comporte de singulier dans sa démarche intrinsèque. Il rompt clairement avec la linéarité de la gestion de projet telle qu'elle se déploie « classiquement » (étape 1 puis 2 puis 3 ...). En effet, dès le démarrage, le projet en design génère une production et une connaissance susceptible d'être partagée. Le Dr Sylvain Garnier, chef d'unité de la réanimation médicale au CHU de Nîmes,

fait part de son étonnement, lors de la venue dans son service des élèves du master « design innovation et Société » de l'Université de Nîmes : « Ils produisent en même temps qu'ils sont présents en observation, ils déclinent des parcours, des images avec une rapidité incroyable ». Cette production de formes, quasi instantanée, entraîne une interaction immédiate avec les parties prenantes, et permet d'affiner, par une confrontation à la forme, la compréhension de la problématique.

### *1.1.2. Réaligner les valeurs qui soutiennent le soin avec la réalité de l'environnement du patient : enjeu de forme et d'esthétique.*

Le travail sur la forme, par sa présence permanente, tout au long du projet, assure différentes fonctions.

En premier lieu, la forme, au décours du projet, donne à voir ce qui ne l'était plus. Elle joue un rôle de révélateur par la mise en lumière immédiate des zones d'ombre, des points de tension, des divergences à travers la production d'artefacts.

Dans le même mouvement, la forme stimule le collectif de travail, entraînant l'itération dans un mouvement naturel et collaboratif. Il s'agit d'une spécificité centrale du projet en design qui est susceptible, par la médiation de la forme, de proposer une métabolisation par le collectif, d'un concept, d'une proposition dans l'objectif d'une appropriation plus durable. La forme vient donc se poser comme un accélérateur du projet.

Enfin, le design produit des formes d'une grande diversité si on en juge les productions réalisées par les labs de l'étude. Les formes produites touchent aux espaces, aux interactions humaines, aux parcours, aux objets du soin. Ces formes portent en elles une intention première : soutenir le soin et dire l'attention portée aux patients, aux accompagnants et aux soignants. L'esthétique globale est alors mobilisée pour répondre à cette intention dans les différents codes symboliques mobilisés et les techniques employées. L'environnement du patient et ses interactions multiples sont « soignées » à travers des formes conçues à son attention.

Le projet du lab-ah « penser la place des accompagnants » peut être pris pour exemple. La proposition finalisée, au terme du projet, témoigne

d'une intention de l'institution et de l'équipe soignante de respecter l'accompagnant, de lui donner une place dans le service et dans les soins (informations bienveillantes, compréhensibles et création d'espaces-relais). La forme traduit les valeurs et vient proposer une forme de réalignement avec l'intention du prendre soin, pour « réduire la dissonance cognitive » pour le patient, comme le souligne Christelle Carrier de la Fabrique de l'Hospitalité.

Le design contribue au soin dans sa capacité à générer, via la forme, une confiance et un respect de l'autre.

### *1.1.3. Management et design à l'hôpital : la poule et l'œuf*

Le management hospitalier, comme en témoigne les multiples réformes de la gouvernance depuis bientôt 30 ans, cherche sa voie. L'hôpital comme les autres institutions publiques, s'est inscrit dans le courant du New Public Management qui revendiquait « sa capacité à traiter des défis actuels en proposant une approche inter-organisationnelle centrée sur l'impact pour l'utilisateur plus que sur une efficacité jugée trop restrictive » (Coblence, Vivant, 2017). Pourtant comme nous l'avons vu, les contraintes externes et les organisations internes parfois figées n'ont pas laissé la place à ce mouvement, pour lequel, il faut le souligner, la déclinaison pratique en matière de formation des cadres n'a jamais vraiment eu lieu.

Le design public est parfois pensé comme un successeur du New Public Management. Il revendique outre sa méthode immersive, sa qualité de « mise à l'horizontal » des lignes managériales, d'aplatissement des organigrammes dans le temps du projet (confirmé par mon travail d'immersion). La pratique du design, dans sa démarche de co-construction, vient questionner le management « traditionnel » pour accompagner la bascule vers un management collaboratif ou participatif. L'expérience de l'innovation collaborative fait en quelque sorte bouger la posture du cadre : perception de nouvelles compétences propres au sein de l'équipe, compréhension du mécanisme de co-construction et de son potentiel en matière d'accompagnement du changement, identification des leviers d'empowerment ... On notera d'ailleurs que, dans les administrations publiques tout comme chez les champions américains du design en santé (Mayo

Clinic), le développement du design passe par des programmes ou écoles de management internes chargés de former les cadres ou des ambassadeurs. Le lien entre design et management est donc perçu comme un lien « naturel » sans que l'on puisse identifier clairement les mouvements à l'œuvre dans l'interdépendance de ces 2 notions.

Linsey Cole, fondatrice du Solution Lab (billet de juin 2020, 27<sup>ème</sup> Région) souligne que le vocabulaire de l'innovation, de la transformation, appliqués aux organisations et aux systèmes doit s'appliquer aux individus eux même. Réinterroger les organisations, en regardant au-delà des paradigmes et des systèmes de pensée qui les ont créés, impose une réflexion individuelle (ce qu'il faut cultiver de soi et autour de soi) « pour créer un leadership et des conditions propices à ce type de transformation ».

Outre les transformations impactant le leadership, le design peut utilement faire levier pour lever les irritants et contribuer à l'amélioration continue de la qualité.

### *1.1.4. Approche complémentaire dans le champ de l'amélioration continue de la qualité*

Les directions « qualité-gestion des risques » (QGR) sont les « petits derniers » (ou presque) à s'être installés dans les organigrammes hospitaliers, depuis une quinzaine d'années. Toujours en recherche de la bonne place, ces directions Qualité peinent à se départir d'une image centrée sur les process, la rigidité des grilles d'analyse des pratiques, les certifications harassantes, des méthodologies étriquées alors même que l'intention première se situe dans l'amélioration de la prise en charge des patients.

Il est notable que dans les établissements de santé où la démarche qualité « prend », les acteurs de la qualité sont en proximité, à l'écoute du terrain, développant et acculturant aux démarches du patient traceur et jouant un rôle de coordination entre les services pour améliorer les flux ou les interactions.

L'exploration réalisée dans les labs de la présente étude révèle que les pratiques en design améliorent la compréhension des processus, favorise l'interdisciplinarité et suscite par l'étrangeté du processus créatif, un intérêt et une appétence des équipes dans la prise de hauteur sur leurs pratiques.

Le design participe ainsi à l'amélioration continue de la qualité. On peut faire l'hypothèse qu'une intrication des approches en design avec la démarche qualité de l'établissement serait de nature à raccrocher le travail de ces directions qualité au terrain et à favoriser la reconnexion entre démarche qualité et intérêt des soignants par un langage plus simple, plus accessible, favorisant son appropriation.

## ***1.2. Penser la place du design à l'hôpital***

Quelle est la juste place du design à l'hôpital ? Le design peut être conçu comme un vecteur, contributeur de changement en profondeur. Le changement n'advient pas naturellement et ses déterminants sont divers. On notera la difficulté à intégrer les fonctions transversales à l'hôpital, source d'ambiguïtés, de malentendus et parfois de conflits. C'est pourquoi l'intégration des pratiques de design à l'hôpital impose un terreau préexistant favorable.

### ***1.2.1. Un terreau propice, condition sine qua non***

Les travaux d'Emmanuel Coblenz et Elsa Vivant, sur les laboratoires d'innovation publique, intégrant la pratique du design, qualifiés d'Équipes dédiées à l'innovation (EDI) montrent que leur émergence bénéficie d'un « terreau organisationnel favorable et d'une maturation des idées ». Ainsi, l'expérience de la transversalité au sein de l'organisation, l'appétence affichée pour l'innovation et la conviction que la place de l'utilisateur est cruciale dans la conception des services sont des facteurs clés d'implémentation.

Comme nous l'avons vu, à l'initialisation, un portage politique fort qui soutient les idées de changement est un facteur d'enracinement des projets de labs interne. Le support de responsables stratégiques intéressés par « les nouvelles formes de management » et disposant d'une bonne compréhension des pratiques du design est également un atout notamment dans les phases de démarrage. Le terreau favorable est donc à rechercher du côté d'une gouvernance médico-administrative suffisamment réceptive à la nouveauté, convaincue de l'intérêt que le projet est un moteur d'attractivité pour les équipes.

Il y a donc deux conditions initiales favorisant le développement des pratiques en design à l'hôpital :

un sponsorship institutionnel ou politique fort, et des sponsors de proximité qui agissent comme des passeurs, des médiateurs, des traducteurs pour amorcer une diffusion entre pairs.

### ***1.2.2. Enjeux du maintien d'une position d'autonomie, connectée avec le temps et les projets de l'institution***

« Je crois qu'il faut qu'il conserve une forme d'autonomie car ça leur permet de rester plus libres, d'apporter du neuf de maintenir leur créativité. C'est peut-être grâce à cela qu'ils nous ouvrent des espaces et pas que physiques » rappelle le Dr Aubriot, Présidente de la CME du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences.

Comme dans toutes les pratiques de design intégrées, le lab doit rester en capacité de « faire tiers » pour véritablement remplir sa mission. Le travail « en autonomie » est donc une posture nécessaire. Il s'agit d'un exercice nécessitant un réglage fin : permettre au lab de se créer une zone de liberté dans l'espace des orientations institutionnelles. À l'inverse, la position d'objet exogène ne semble pas tenable sur le long terme et dans les conditions actuelles de maturité du management hospitalier.

Pour produire ses effets, le lab doit disposer d'un minimum d'intégration dans les organisations hospitalières sous peine d'être rejeté, comme un corps étranger, et de ne pas être en capacité de produire la transformation qu'il entend porter.

En fonction des organigrammes d'établissement et des objectifs initiaux, sa position peut être bien entendu différente. Le rattachement à un pôle administratif comme une « direction » semble être une piste susceptible de conforter son positionnement. L'enjeu est que le « lab » contribue de manière visible, d'un point de vue institutionnel à une ou plusieurs orientations clef de l'établissement.

Le cadencement de ses projets doit donc être pensé à l'aune des orientations générales portées par l'établissements. Le lab doit rendre visible son processus de sélection des projets et le rendre cohérent avec le dispositif de gestion de projet de l'établissement.

La question du tempo des projets est fondamentale et le rôle du pilote du lab est en ce sens centrale. En interne, le lab doit nécessairement piloter un

portefeuille de projets qui se situe sur différentes lignes rythmiques :

- des projets exploratoires longs pour identifier des leviers de transformation des pratiques à l'initiative des acteurs des secteurs de maladie chroniques ou d'hospitalisation au long cours
- des projets de « commande institutionnelle » (de moyen terme) favorisant l'appropriation des outils et méthodes pour les acteurs internes et le déblocage des problèmes complexes et systémiques intéressants l'institution
- des projets « rapides » visant à accompagner un collectif de travail pour initier une démarche participative et donner à vivre la mise en commun des récits et expériences.
- Des projets de « diffusion » pour imaginer différentes manières de passer à l'échelle

Ce portefeuille de projets, calé sur différents tempos, est une cible à atteindre, dans un contexte de maturité du lab. La maturité implique un chemin, parfois long de compréhension des enjeux et de déploiement.

### ***1.3. Stratégie de déploiement : Définir le cap, quitter le port, et naviguer en flottille***

Le déploiement d'une démarche intégrée en design à l'hôpital procède d'une lente métabolisation, d'une attention prudente aux acteurs internes et d'une approche plastique de la discipline en elle-même.

#### ***1.3.1. Le cap ! Clarifier les objectifs et les interfaces dès le départ***

Un lab : pour quoi faire ? L'enjeu de clarification de(s) l'objectif(s) initial est important pour le positionner correctement dès son installation et définir ses ressources. Ce canevas initial doit faire l'objet d'une concertation et d'une co-construction avec la gouvernance, les services supports et les acteurs internes.

Les travaux de Molloy en 2018 soulignent une double intention le plus souvent repérée sans son étude conduite auprès de 17 labs en santé à travers le monde : opérer un changement culturel et accélérer l'innovation. Selon Molloy, les labs en santé contribuent globalement en divers points de

l'institution : stratégie, qualité, expérience patient, leadership d'équipe, innovation et recherche.

Il y a bien évidemment une intention initiale qui émane d'un acteur interne au départ (chef d'établissement, adjoint, médecins en responsabilité) qui cherche à répondre, par le lab, à une question ou une difficulté. Pour autant, la volonté seule du porteur initial ne suffit pas pour poser des bases saines à son déploiement et seul un travail exploratoire partagé sera de nature à légitimer son action.

Ce temps doit permettre de poser les bases des objectifs de la future structure, de sa contribution aux objectifs de l'institution et plus spécifiquement à ceux des équipes de soins et administratives, des communautés hospitalières et des directions fonctionnelles. Les conditions très opérationnelles de la gestion des projets du lab doivent y être traitées et s'inscrire à une place clairement définie dans la gestion de projet de l'établissement. Le projet initial du lab est nécessairement situé puisqu'il répond à des besoins singuliers de l'institution dans un temps donné.

#### ***1.3.2. Apprendre en faisant***

Les différentes expériences étudiées révèlent que le projet, dans l'acceptation du « faire projet » est primordiale au départ. L'enjeu est donc rapidement de se raccrocher à de véritables projets.

Le dimensionnement du lab (temps dédié et moyens alloués notamment) va conditionner le portefeuille initial de projets qu'il conviendra de bien choisir car il y a un enjeu à réussir vite, sans bruit au départ.

Si différentes possibilités existent au démarrage (faire avec les compétences existantes de gestion de projet de l'établissement, s'appuyer sur un réseau de volontaires dans différentes directions, recruter un designer), l'intégration d'une compétence spécifique de designer se pose rapidement pour faire la preuve de concept et garantir une implantation durable.

On notera que l'intégration, dans l'équipe, de professionnels déjà familiers de l'hôpital peut faciliter l'appropriation de la culture hospitalière pour la structure. L'inverse est aussi vrai. En effet, le design est difficile à « appréhender » en première intention tant il semble éloigné de la culture hospitalière ou cantonné à faire des beaux espaces. C'est ici que la fonction de traducteur patient et pédagogue est importante. Je

parle ici de professionnels capables de faire la traduction entre le langage de l'hôpital et celui du design, de lui proposer un espace protégé et de le guider prudemment dans son déploiement, par sa connaissance des pièges et chausse-trappe de l'institution hospitalière. Ici, le rôle d'un IBD (élève du mastère innovation by design) peut véritablement aider à l'émergence de ces structures intégrées.

En synthèse, ces constats plaideront en faveur d'équipe mixant la connaissance hospitalière et des compétences nouvelles.

L'adaptation de l'offre de services et du portefeuille de projet devra être réalisée en permanence dans un souci constant de mesurer de ce qui est produit.

### ***1.3.3. Les alliances et l'essaimage par la formation-action : une autre approche du passage à l'échelle***

Le déploiement des équipes d'innovation implique le développement d'une stratégie d'acculturation ou d'appropriation de l'innovation. Cette appropriation passe nécessairement par une levée des réticences liées à « l'effet de mode » mais également une compréhension immédiate du bénéfice pour soi, pour son organisation ou pour le patient. La démarche d'appropriation doit permettre de projeter quasi instantanément ce que la pratique en design peut apporter à ma pratique, dans « mon » écosystème en tant que professionnel de l'hôpital. C'est probablement par l'intégration de professionnels des fonctions supports, dans les projets d'innovation, dès leur conception, que se trouve une des voies de passage et de contournement des obstacles liés aux organisations en silo. Ainsi, intégrer un ingénieur qualité ou un ingénieur des travaux dans un co-portage avec l'équipe de designers semble être une piste d'intégration et de diffusion des pratiques. Elle pourrait être envisagée comme un temps 1 de la stratégie d'acculturation. L'équipe d'innovation reste ainsi « connectée » aux directions supports, crée des liens de collaboration et facilite la construction d'alliances.

Le projet en lui-même est un vecteur d'appropriation dans le cadre de la promotion de démarches de formation-action. La conduite des projets doit donc se soucier de produire simultanément un corpus d'éléments susceptibles d'être réappropriés par les acteurs eux-même, y compris de manière imparfaite.

L'expérience du projet est apprenante, elle permettra d'essaimer et de construire les prémices d'une communauté interne agissante.

La transversalité des espaces-équipes d'innovation ne peut se concevoir que dans une posture d'appui, d'accompagnement qui vise à soutenir une idée, un projet sans se substituer aux acteurs. L'équilibre de la posture est complexe car il convient à la fois de soutenir la construction de récits communs tout en respectant le positionnement des acteurs dans l'institution (organisation hiérarchique).

Au regard des expériences observées, le temps 2 de déploiement des projets repose probablement sur l'élargissement du terrain d'exploration pour aller au soutien de problèmes complexes d'organisation, perçus comme périphériques aux soins mais impactant fortement l'organisation hospitalière dans son ensemble.

L'appui d'agence externe, prestations le plus fréquemment financées par les pouvoirs publics, peut avoir un intérêt dans le déploiement du portefeuille de projets. Cela impose au pilote du lab un travail de management de la prestation externalisée afin qu'elle entre en cohérence avec les objectifs internes de l'institution et reste appropriable par elle.

### ***1.3.4. Les nécessaires moyens alloués pour éviter de sombrer avant d'exister***

Quelque soient les objectifs initiaux dévolus au lab, il paraît indispensable dès sa conception qu'il dispose de moyens minimaux pour fonctionner notamment en matière de ressources humaines.

Bien évidemment, le calibrage de départ dépendra de la feuille de route assignée. Les observations réalisées montrent qu'un minimum de deux personnes physiques est à envisager, sauf à inscrire le lab au sein d'une équipe plus large déjà constituée. Une équipe comprend au moins 2 individus !

Outre les moyens humains, l'établissement doit définir au départ la manière d'allouer des ressources au lab dans les projets qu'il s'agisse d'un budget dédié aux activités du lab ou d'un droit de tirage. Il s'agit d'un enjeu fort car la structure d'innovation ne peut pas se borner à qualifier les problématiques. Elle doit aussi, pour valider son utilité, produire des résultats tangibles pour les équipes et les patients et soutenant dans la réalité le travail de soin. La proposition d'un

« produit fini » reste un objectif clef qui nécessite incontestablement des moyens mobilisables.

### ***1.3.5. Les liens avec l'université et la recherche, une manière complémentaire de faire grandir les projets de design intégrés à l'hôpital***

Comme dans toutes les démarches innovantes, il est important de regarder en surplomb les impacts de transformation et d'alimenter la réflexion en permanence pour faire évoluer les pratiques des acteurs du lab. Ce travail de nature analytique est d'autant plus important dans l'univers de l'hôpital biberonné à la culture de l'evidence based medicine.

L'accueil de chercheurs et de stagiaires est une manière de renouveler le regard, de maintenir la posture de tiers qui pourrait parfois échapper à des acteurs trop intégrés. Les productions écrites résultant de ces travaux sont aussi une façon de produire de la connaissance externe sur les activités du lab.

Enfin, outre la recherche en design, il semble indispensable de positionner les sciences de gestion dans le spectre de ces travaux de recherche. En effet, la circulaire dite circulaire Claris parue le 6 août 2021 détaille le contenu du projet de gouvernance et de management participatif qui s'impose à présent aux hôpitaux. Le management par le design pourrait utilement s'inscrire dans la lignée du management participatif attendu, encore faudra-t-il pouvoir le démontrer dans le cadre de projet de recherche spécifique à cet environnement.

Les activités de recherche et l'interaction avec des stagiaires sont également une manière de créer une communauté d'innovation en prise avec les sujets hospitaliers, capable de venir en soutien des activités, de contribuer à développer des projets, à formuler des réponses communes pour accéder à des financements nationaux ou internationaux.

Le lab est donc à l'interface entre l'interne et l'externe assurant la fonction de lien entre les acteurs dans chacun des secteurs comme le schématise Sean Molloy au travers de son étude en 2018 sur les labs internes en santé.

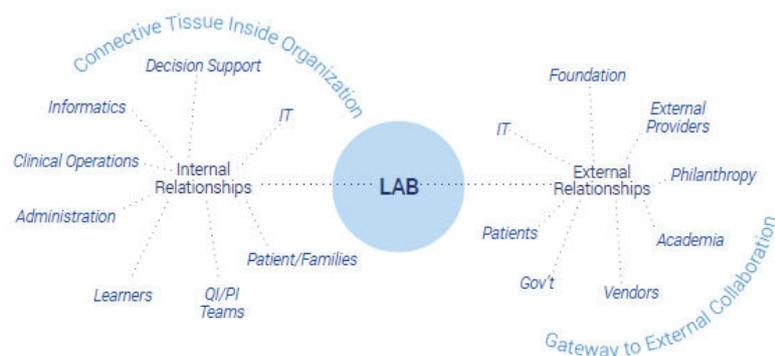


Fig 1 : S. Molloy, internal and external relationship

## ***2. Jeter l'ancre et rejoindre la terre ferme : Pour un design hospitalier***

Après des heures de navigation, il me faut accepter de regarder cette île qui émerge du brouillard. Une forme aux contours irréguliers mais pas un mirage, la terre ferme.

Et s'il fallait donner une forme à ce design hospitalier, le définir comme une discipline singulière, comment nous y prendrions-nous ?

### ***2.1. Une pratique du design sur mesure qui respecte les fondamentaux de la discipline mère***

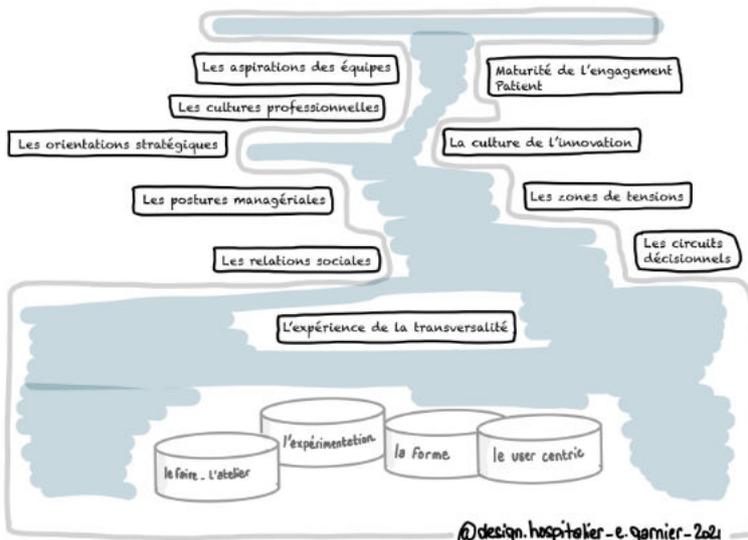
Comme nous l'avons esquissé, la pratique du design à l'hôpital est nécessairement située. Le contexte institutionnel et social, la maturité des organisations dans le champ de la transversalité, son expérience de l'innovation, l'équilibre des pouvoirs médico-administratifs sont autant de facteurs à prendre en compte dans le positionnement et l'exercice du design dans un établissement.

L'enjeu est donc avant tout de proposer une pratique du design résolument attachée à ses fondements. Les éléments « socle » de la pratique du design doivent être au cœur du projet car ils sont les leviers de la transformation et ainsi capables d'infléchir les cadres de pensée. Ces éléments socles et singuliers du projet en design qui doivent être garantis sont les suivants :

- La pratique ou le doing: le projet en design passe par l'atelier et « le faire »
- Le user centric : l'utilisateur, qu'il soit patient, soignant ou aidant est au cœur du projet

- L'expérimentation : la démarche de test and learn est la garantie d'un résultat adapté aux besoins
- La forme : elle génère l'interaction entre les parties prenantes tout au long du projet, participe de la médiation-traduction entre les acteurs et porte en elle, une éthique visant le respect de la dignité de l'individu.

Armé de ces fondamentaux, la pratique en design vient épouser les formes de l'hôpital, en s'adaptant à son niveau de maturité, ses forces et ses rigidités, et en proposant ainsi un soutien adapté et évolutif à l'organisation générale de l'établissement. La pratique du design agit en discrétion, en accompagnement avec une intention claire de transformation et connectée aux enjeux de l'établissement en question.



Dessin 1 : Design, une pratique qui prend forme au contact de l'hôpital

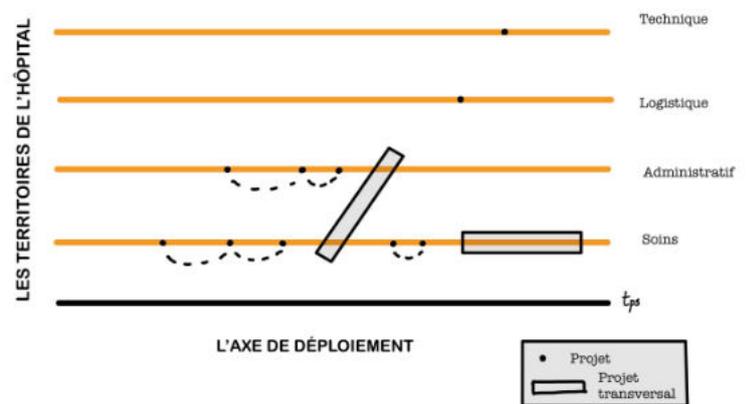
## 2.2. Un design qui prend de la hauteur : l'extension des territoires de l'organisation

Les labs analysés aux détours de l'étude se sont principalement centrés sur des projets touchants aux territoires du soin à l'interface directe avec le patient. Ces projets, dont nous avons pu citer quelques exemples, ont été à la fois porteurs de solutions concrètes mais aussi de dynamiques mobilisatrices dans le collectif de travail. En matière de déploiement, le passage à l'échelle, tel qu'il est le plus souvent pensé, consiste à étendre et adapter les projets en place à d'autres territoires de soin (exemple : l'espace d'apaisement du lab-ah).

L'hôpital comprend en son sein bien d'autres secteurs d'activité, tous au service du soin : restauration,

logistique, pharmacie, ressources humaines, achats, finances... ces acteurs ont aussi à penser leurs projets internes au service des objectifs de l'institution pour conforter leur posture « au service de ». Ils sont indirectement au service du soin et leurs actions impactent fortement l'accueil, l'hospitalité et les conditions de travail des équipes soignantes.

Ainsi, le design centré sur le soin doit également soutenir, par le projet, les secteurs plus périphériques au soin pour contribuer effectivement à une transformation systémique. Il en résulte un déploiement sur deux axes : dans l'horizontalité des soins et dans la verticalité des organisations comme schématisé ci-dessous.



Dessin 2 : La forme cartographique (inspiration Loélia Rapin et équipe IBD CHU) - Réalisation E. Garnier

Cette extension des territoires peut permettre une appropriation plus large de la pratique du projet en design et contribuer ainsi « à l'effort de guerre » pour soutenir des secteurs qui se sentent souvent déconsidérés.

## 2.3. Un design augmenté au contact d'autres disciplines

Lorsque l'on regarde la diversité des projets accompagnés par le design dans les hôpitaux, il apparaît que le design hospitalier, s'il est singulier, emprunte aux différentes disciplines du design qu'il s'agisse du design UX, du design de services, du design d'espace, du design industriel, du design graphique, du design social et du co-design. Le design hospitalier opère alors une synthèse des apports de ces « sous-disciplines » par inclusion avec une perspective ultime : améliorer la vie quotidienne des patients et des professionnels.

Bien entendu, le design, s'il ne peut pas tout, n'est pas le seul acteur de la transformation dans l'écosystème

hospitalier. Il est un parmi d'autres avec lesquels il partage des communs. Ainsi, il peut s'allier à d'autres disciplines telles que les sciences de gestion, les sciences humaines et sociales, les sciences comportementales, les sciences médicales dont il partage les valeurs force : l'approche holistique, l'empathie, l'erreur apprenante, l'observation documentée, la confiance...

Le design hospitalier se révèle et construit son identité propre au contact d'autres champs disciplinaires à l'œuvre à l'hôpital. À l'image des écosystèmes écologiques, le design hospitalier en est l'un des composants et développe un réseau de dépendances, d'échanges d'énergie, d'information et de matière qui contribuent à le définir et le faire évoluer. Ainsi, le design n'est en capacité de produire de la transformation pérenne que dans un système de connexion générant un enrichissement mutuel avec les disciplines soutenant le changement à l'hôpital.

Il y a fort à croire que la mixité des profils de compétences (designer, project manager, soignants, chercheurs en sciences humaines, ingénieur...) au sein des labs d'innovation à l'hôpital sera la clef pour décupler la puissance transformative du design à l'hôpital.

### ***3. Illustration pratique : quel espace d'innovation by design au CHU de Montpellier ? vers la construction d'un outil de mise en discussion***

Les éléments recueillis au travers du travail d'enquête et d'analyse de l'existant sont venus nourrir la mise en pratique au sein de mon établissement (CHU de Montpellier). Je me propose de retracer ce cheminement professionnel pour éclairer de manière concrète une démarche d'implémentation terrain dans sa phase initiale.

## ***3.1. les éléments du diagnostic initial***

### ***3.1.1. Point de départ : des convictions personnelles et la volonté de s'engager***

Comme nous l'avons vu au travers de l'étude, les structures d'innovation sont fortement marquées par les porteurs de projet originels. Comme eux, je porte des convictions fortes qui m'amènent à défendre l'intérêt du développement d'une structure intégrée by design.

Ces convictions reposent sur l'analyse de ce que j'ai pu réaliser suite à cette immersion dans l'univers du design hospitalier. Ainsi, je crois en sa capacité à reconnecter les soignants à leur éthique professionnelle, parce qu'il y a, dans la pratique du design, dans le regard empathique posé sur les hommes et les organisations, une familiarité avec le soin. Le design, malgré la complexité apparente du terme et de ce qu'il recouvre, devient une pratique évidente pour les soignants.

Je crois en la capacité du design à produire une transformation profonde, agissante sur les pratiques professionnelles par l'intégration des parties prenantes et par l'implication des patients dans les projets. Ces transformations, portées par les équipes, peuvent être plus inclusives et plus durables. En cela, elles sont possiblement les prémices de transformations culturelles plus profondes.

Je crois en la capacité du design à redonner la parole, à se sentir acteurs dans son monde et je relierai volontiers cette posture au concept développé par le Dr Sylvain Garnier, celui « d'agentivité », c'est-à-dire « la perception de soi comme acteur du monde qui fait arriver les choses et pas seulement quelqu'un à qui les choses arrivent ». Dans le contexte actuel de l'hôpital, il me semble qu'il peut être de nature à recréer un lien d'attachement entre les soignants et l'hôpital.

Enfin, je crois en la capacité du design à produire du sens, de la confiance, de la réassurance et de la dignité en réduisant la « dissonance cognitive » trop souvent ressentie par le patient peu ou mal accueilli.

C'est donc, soutenue par ces convictions, que j'aborde la conception de la structure intégrée by design au sein de mon établissement.

### **3.1.2. Le contexte général du CHU de Montpellier : un terreau favorable**

Le CHU de Montpellier est le 7<sup>ème</sup> CHU de France et bénéficie d'une gouvernance stable depuis 5 ans. Le CHU défend un projet architectural structurant et d'envergure qui a fait l'objet en 2021 de la publication d'un livre blanc. Le CHU a conforté récemment son positionnement dans le champ de l'innovation en s'adossant à la démarche de la commune de Montpellier (projet Medvallee, développement économique par l'innovation en santé) et en identifiant une fonction de directeur de l'innovation.

Depuis une dizaine d'années, le CHU de Montpellier développe des projets d'innovation managériale, de qualité de vie au travail. Il a notamment investi dans la formation de professionnels en appreciative inquiry, visant à améliorer la qualité relationnelle et le fonctionnement des équipes. Il a aussi contribué au projet Hospitalents sur la thématique du travail en équipe, démarche accompagnée par les designers de Vraiment Vraiment.

Le Directeur Général (DG), Thomas LE LUDEC et le Directeur Général Adjoint (DGA), François BERARD, sont attachés à déployer des projets d'innovation et convaincus de la portée de ces démarches dans la transformation culturelle des organisations sur le temps long. Très attachés à l'amélioration continue de la qualité, le DG et le DGA perçoivent intimement que c'est au travers de l'expérience patient que la transformation des pratiques se joue. Ainsi, ils entendent défendre cette orientation dans le cadre du futur projet d'établissement (2023-2028). Parmi les convictions fortement portées par la gouvernance du CHU de Montpellier (administrative et médicale), il y a celle d'une nécessité de laisser une place aux acteurs de terrain pour mettre en œuvre les solutions du quotidien. La gouvernance du CHU de Montpellier est donc pleinement consciente des lourdeurs ressenties par le terrain et souhaite favoriser des organisations plus agiles et transparentes. Cette volonté de facilitation est très synergique avec les orientations nationales issues du SEGUR de la santé qui encourage la simplification, la co-gouvernance et le management participatif.

Enfin, parmi les éléments de contexte, il faut souligner l'accord donné par la Direction Générale pour qu'un de ses cadres de direction réalise une année de formation dédiée au Mastère Innovation by Design de l'ENSCI.

Cette formation a été pensée avec la perspective claire d'un réinvestissement des acquis au bénéfice du CHU.

### **3.1.3. Sensibilisation préalables des acteurs**

Sans considérer que le CHU de Montpellier dispose d'une expérience réelle de la pratique du design, il a cependant de diverse manière pu se familiariser avec quelques-uns de ses outils :

- Le programme Hospitalents, après avoir réuni une centaine d'agent lors d'un créathon en 2019, a permis l'accompagnement du projet de 5 équipes soit une trentaine d'agents qui ont été accompagnés par l'agence Vraiment Vraiment. Le retour d'expérience (réalisé en juin 2021) a mis en évidence l'intérêt du travail pluriprofessionnels, le sentiment de retrouver du sens dans la démarche et le fait de « retrouver du souffle ».
- La transmission régulière de publications et d'inspirations sur les expériences de design en santé avec notamment la publication d'un article dans la revue « Gestion Hospitalière » a permis de mettre en exergue le champ des possibles en matière d'innovation centrée sur l'humain.
- La formalisation d'une proposition de structuration de l'innovation organisationnelle centrée sur l'expérience patient-soignant-aidant en avril 2021 à l'attention du Directeur Général a contribué à rendre visible l'apport de ces pratiques et à faire le lien avec les enjeux de l'institution.
- La mission fil Rouge menée par 4 étudiantes d'IBD a permis de rendre tangible ce que la pratique du design pouvait permettre de concevoir. Le concept retenu, visant à constituer une équipe d'appui aux idées innovantes des équipes de soins, intégrant la pratique du design, a beaucoup intéressé la Direction.

Ces « graines » plantées ont donné à réfléchir et ont suscité l'intérêt de la Direction Générale et sa décision de lancer une expérience d'innovation centrée sur l'expérience patient-soignant (POC de 2 ans) à partir de janvier 2022.

### 3.2. Démarche de préfiguration : proposition de méthodes

Il s'agit ici de proposer un cadre méthodologique susceptible d'être réutilisable pour réfléchir collectivement à la création d'une structure intégrée d'innovation impliquant la pratique du design.

#### 3.2.1. Qualifier la raison d'être : Pour quoi faire ?

Ce point de départ est fondamental pour conduire la démarche. Il convient de s'interroger sur la raison d'être de la future entité tout autant que sur les valeurs qu'elle entend porter.

Dans le contexte du CHU de Montpellier, l'ambition est double : redonner aux équipes de terrain une capacité à agir sur leur quotidien et positionner l'amélioration de l'expérience du patient, dans la relation à l'institution mais aussi dans la relation soignant-soigné, au cœur des projets de terrain comme institutionnellement. En filigrane, l'intention est de promouvoir une transformation des pratiques issue du terrain en rupture avec un management top down et de faire ainsi bouger les cadres managériaux de référence.

La structure devra promouvoir les valeurs au fondement de cette ambition : le respect et la considération de chacune des parties prenantes, l'ouverture à la nouveauté et l'empathie.

Une fois l'intention posée, l'analyse du potentiel d'intégration peut intervenir.

#### 3.2.2. Réaliser une matrice de maturité

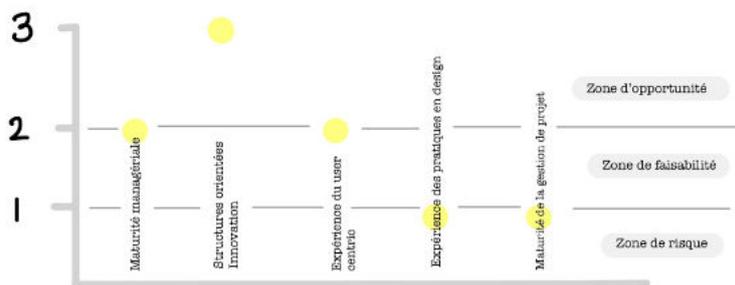
L'enjeu ici est d'identifier les éléments de maturité concernant les domaines qui gravitent autour des projets en design. Ainsi, l'établissement est invité à réfléchir à son niveau de maturité sur une échelle de 1 à 3 sur les items suivants :

- Existence de structures orientées innovation
- Expérience des pratiques en design
- Expérience du « user centric » ou partenariat patient
- Maturité de la gestion de projet institutionnelle

#### - Maturité managériale

Chacun des items doit être détaillé afin de justifier le positionnement sur l'échelle de maturité.

Matrice de maturité du CHU de Montpellier



#### Maturité managériale

- Intérêt pour l'innovation managériale
- Déploiement du coaching
- Management médical peu formé
- Opportunité d'une vice présidente de CME sensible à l'innovation

#### Existence de structures orientées innovation

- Création récente d'une direction de l'innovation
- Présence d'un extracteur d'innovation
- Lab appréciatif émergent
- Implication dans l'écosystème d'innovation MedVallee

#### Expérience du user centric - partenariat patient

- 70 programmes d'éducation thérapeutique faisant appel aux patients
- Pas de structure dédiée expérience patient
- Sensibilité forte de la Direction Générale au sujet

#### Expérience des pratiques du design

- Programme Hospitalants
- Expérience localisée

#### Maturité de la gestion de projet

- Comité des projets en place
- Faible visibilité depuis le terrain
- Difficulté à faire vivre les missions transversales

Fig 2 : Modèle de matrice de maturité basé sur l'expérience du CHU de Montpellier

### 3.2.3. Analyse préalable de faisabilité inclusive et partagée : outils d'appétence

L'analyse préalable de faisabilité passe par une interaction directe avec les potentiels partenaires, complices, sponsors de la future structure afin de tester leur appétence mais également identifier les freins potentiels.

Il est proposé de travailler en 4 étapes successives :

- **Étape 1** : identification des acteurs partenaires de la future structure d'innovation
- **Étape 2** : création d'outils dédiés pour tester l'appétence
- **Étape 3** : rencontrer les acteurs partenaires pour comprendre leur intérêt à agir ou non dans le cadre du futur projet ainsi que la nature des interactions à imaginer avec eux
- **Étape 4** : en tirer les axes force d'orientation du futur projet et les points de vigilance à partager avec la gouvernance

# expérience

n. féminin (latin de experientia, de experiri, faire l'essai)  
 Pratique de quelque chose, de quelqu'un, dont découle un savoir, une connaissance, une habitude. Connaissance tirée de la pratique



## Un espace d'innovation centré sur l'expérience patients-aidants-soignants, ce pourrait être ...

Une **équipe** disposant de compétences, outils et méthodes pour analyser l'expérience, la rendre visible auprès de **toutes les parties prenantes** favorisant les interactions dans les collectifs de travail pour co-construire avec eux des solutions améliorant **la qualité et l'expérience globale**.

Une **structure d'appui aux projets** existants ou une contribution aux actions portées par les différentes directions/pôles

Un **espace de réflexion** favorisant les relations inter professionnelles

Un **espace d'expérimentation** dans lequel il est possible d'essayer et de se tromper et de refaire

Nom :

Selon vous, à quoi pourrait servir un espace ou une équipe d'innovation centrée sur l'expérience patient-aidant-soignant pour le CHU ?

	1	2	3	4	5
Améliorer les parcours des patients	●	●	●	●	●
Résoudre les irritants du quotidien	●	●	●	●	●
Soutenir les projets en impliquant tous les acteurs	●	●	●	●	●
Améliorer les conditions de travail des hospitaliers	●	●	●	●	●
Améliorer les conditions d'accueil des patients	●	●	●	●	●
Renforcer les compétences managériales	●	●	●	●	●
Contribuer à l'amélioration de la qualité	●	●	●	●	●
Apporter des réponses innovantes aux problèmes	●	●	●	●	●

Et à vous, à quoi ça pourrait vous servir dans vos activités ?

.....

.....

.....

.....

Pensez vous que certains membres de votre équipe ou vous-même pourriez être contributifs aux activités de cet espace ? Si oui, de quelle manière ?

.....

.....

.....

.....

Avez-vous identifié de bonnes pratiques dans le champ de l'expérience patient-soignant ? Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

Fig 3 : Exemple d'outils construits pour tester l'appétence au projet

### 3.2.4. Donner à voir : ... tester !

Comme nous avons pu le démontrer au travers de l'étude, c'est par le faire et l'expérimentation que la démarche en design peut être rendue compréhensible.

Il est possible de donner à voir par l'exemple de ce qui existe déjà. Un carnet d'expérience ou des revues de littérature facilement accessibles peuvent être diffusés aux acteurs/professionnels à sensibiliser.

#### CHU EVALUATION 360 DES MANAGERS

L'intention : Imaginer un moyen de faire un feedback à son manager sur ses pratiques, ses aptitudes et lui permettre de progresser.



#### HOSPITALENTS

La proposition : Le groupe, composé de soignants et de cadres a proposé, suite à différents tests de solutions, une grille d'évaluation partagée pour évaluer son manager et un coffret permettant d'engager les échanges de manière respectueuse et ludique. L'outil « prototype » doit être encore testé avant d'être proposé en déploiement, notamment pour s'assurer de la bienveillance des échanges. Le projet, porté dans le cadre d'Hospitalents, a été accompagné par les designers du collectif Vraiment.

Les impacts :  
 - Une équipe de soignants mobilisés et dynamisés par le projet  
 - Des outils qui peuvent contribuer utilement à la démarche managériale du CHU, faire réagir, créer des interactions  
 - Une démarche progressive de test and learn éprouvée par l'équipe

#### CHU AMELIORER L'ACCUEIL DES MEDECINS AU CHU

L'intention : réfléchir aux organisations d'une DRH médicales pour améliorer les pratiques et l'accueil des médecins



La proposition en cours : l'équipe complète pose un diagnostic sur ses pratiques, identifie les points de tension, imagine des solutions. Les praticiens sont entendus dans le cadre d'entretiens pour mieux comprendre leur expérience d'accueil au sein du CHU. Cette expérience complète le travail en atelier de l'équipe.  
 Une agence de design en parallèle accompagne les membres volontaires de l'équipe pour réfléchir à l'adaptation des espaces de travail et développer un accueil plus adapté aux attentes.  
Work in progress.

Fig 4 : Extrait du carnet d'inspiration conçu pour le CHU de Montpellier

La première expérimentation terrain permet de tester véritablement in situ l'intérêt des professionnels, la méthode et les outils et de donner à voir. Le choix du premier terrain est donc très important. Partir d'un « vrai » problème soulevé par les équipes semble être une bonne manière de débuter même si la démarche viendra bien entendu requalifier le problème initial.

Cette première expérimentation permet d'emblée de mesurer l'intérêt des outils, les modalités possibles d'intervention au sein des unités de soins et permet des premiers ajustements.

### 3.2.5. Préfigurer pour qualifier et identifier une zone d'action et de positionnement

Cette dernière étape avant la phase effective de lancement permet de définir collectivement, au-delà des porteurs de projet, l'offre de service de la structure d'innovation by design, son positionnement et son articulation avec l'écosystème de l'établissement.

Pour ce faire, je propose l'utilisation du Health design Lab canvas, contruit par Sean Molloy en 2018 et librement adapté.

Le modèle adapté, nommé structure d'inno canvas, peut être largement réutilisable et intègre les principales questions à soulever pour penser la structure (annexe 5) à savoir :

- Les partenaires clefs
- Les activités clefs
- Les ressources clés
- La proposition de valeur (centrale)
- La relation aux usagers de la structure
- Les canaux de communication
- Les usagers de la structure
- Les coûts de la structure
- Les revenus de la structure

Dans l'optique de co-construire l'offre de service, certains éléments du canvas pourront être traités dans le cadre d'un atelier de lancement impliquant notamment les partenaires clefs.

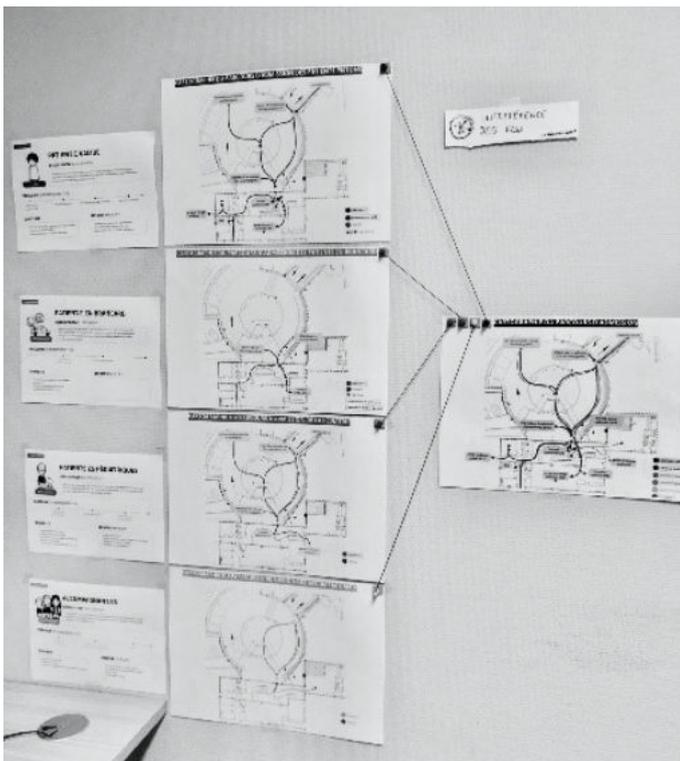


Fig 5 : Rendu d'immersion, cartographie des parcours d'admission  
 Réalisation de Loélia Rapin, doctorante-designer

## CONCLUSION

Me voici rendue au terme de ce voyage et à l'aube d'une expédition nouvelle. Quelle aventure ! Rencontrer des pionniers, militants convaincus, des équipes hospitalières remobilisées au travers du projet et de sa nouveauté, conforte mon hypothèse initiale : la pratique du design à l'hôpital est une source de motivation, de reconnexion avec le sens du soin, d'humanité repositionnée au centre du jeu.

Il faut croire (et espérer) que le moment est venu pour l'hôpital de s'inscrire dans le mouvement de l'innovation publique tant elle répond aux enjeux du moment : autonomie des équipes de terrain dans la lignée du rapport Claris, faire de la qualité un levier de transformation, promouvoir l'expérience du patient dans les soins.

Indéniablement, le design à l'hôpital peut être un élément contributif à l'émergence d'une nouvelle conception de la performance, une performance centrée sur l'humain qui favorise la symétrie des attentions, les récits communs, le prendre soin, le respect des individus et l'hospitalité.

Le design hospitalier s'est lentement dessiné, singulier et pragmatique. Empruntant à la pluralité des courants du design, connecté aux fondamentaux de sa matrice, le design hospitalier doit accepter de s'inscrire dans la complexité des organisations hospitalières, d'y prendre sa part. Il ne semble pouvoir grandir que dans une posture décomplexée, s'alliant sans crainte aux disciplines de l'hôpital pour grandir, se consolider et produire ses meilleurs effets.

Dans la période actuelle, où l'hôpital est bousculé dans ses fondations, le design pourrait prendre sa part pour réconcilier les hommes, les lieux de soins et les organisations. Un peu à l'image de ce tableau de réconciliation exposé au musée Oberlin qui permettait au XVIIIème siècle, par un système de visualisation des perceptions, de générer de l'empathie et ainsi, de gérer les conflits de voisinage.

Il ne suffit pas cependant de nommer les choses pour qu'elles adviennent. La pratique du design m'a appris cela, il faut les faire. Permettez-moi alors de souscrire pleinement à la confiance que Marie Coirié m'a faite, un après-midi de printemps : « Ce que ça produit, c'est ça l'important, c'est ça la valeur. Tu sais Emmanuelle, personne n'en a rien à faire du design ».



« Pour comprendre son prochain et son point de vue, il faut se mettre à sa place. » Pour illustrer ce précepte qui lui est cher, le pasteur Oberlin, lorsqu'on lui demande de juger un différend, a pour coutume de recourir au tableau dit « de réconciliation » : grâce aux plis en accordéon, selon qu'on se place en haut ou en bas, on distingue comme image soit une rose, soit un ange.

# BIBLIOGRAPHIE

- BEJEAN, Mathias ; PICARD, Robert ; BREDA, Gabrièle : Living labs, innovation collaborative et écosystèmes : le cas de l'initiative « concept maturity levels » dans les medtech in Innovations, n°65, 2021, p 81-110.
- BOUSSARD, Anne Sophie ; Coirié, Marie, DELANOE-VIEUX, Carine ; GIRAUD-ROCHON, François : L'hôpital est-il (encore) hospitalier ? in Soins cadres, n°107, 2018, pp 49-51.
- BROWN, Tim : L'esprit design, Pearson, 2019, 247 pages.
- BURGADE, Lise ; GARNIER, Emmanuelle ; GRAVEY, Inès ; LEBEE-THOMAS, Emilie ; ROBILLARD Laetitia : L'innovation centrée sur l'humain : s'engager dans une transformation durable in Gestions Hospitalières, n°605, 2021, pp 208-214.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre : La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée vers la performance in Santé Publique, Volume 20, n°2, pp 191-199.
- COBLENCÉ, Emmanuel et PALLEZ, Frédérique : Nouvelles formes d'innovation publique in Revue française de gestion, n°251, 2015, pp 97-114.
- COBLENCÉ, Emmanuel et VIVANT Elsa : Le design est-il soluble dans l'administration ? Trois trajectoires d'institutionnalisation de l'innovation publique in Sciences du design n°5, 2017, pp 52-68.
- COIRIE, Marie ; DELANOE-VIEUX, Carine : Le design au service de la qualité de vie au travail des professionnels de l'hôpital in Soins, N°860, Novembre 2021, pp 44-48.
- FLEURY, Cynthia : Le soin est un humanisme, Tracts Gallimard, n°6, 2019.
- GELEDAN, Fabien : Le design peut-il réenchanter l'action publique ? in Action Publique- recherche et pratiques, n°7, 2020, p 34.
- DELANOE-VIEUX, Carine ; COIRIE, Marie ; COUBARD-MILLOT, Justine ; FIGUEROLLA, Xavier : L'expérience du patient en design, une ressource pour la conception d'un parcours d'hospitalisé dans un hôpital neuf in Ocula, n°12, 2019, pp 136-155.
- HABRAN, Enguerrand : Innovation en santé, conférence FHF (webconférence), 24-02-21.
- GRASS, Etienne : Vers des administrations apprenantes in Horizons Publics, n°22, 2021, pp 56-67.
- GRENIER Corinne : Comment favoriser l'absorption de l'innovation dans les organisations en santé ? in The conversation (en ligne), 2019. (consultée le 20 mai 2021) <https://theconversation.com/comment-favoriser-labsorption-de-linnovation-dans-les-organisations-de-sante-125125>

KERLEO, Jean-François : La démarche design au sein de l'administration in AJDA, 2021, p1552.

KLETZ, Frédéric ; MARCELLIN, Olivier : L'innovation avec le patient : un renouvellement par le design organisationnel in Innovations, n°60, 2019, p 93-120.

LEFEBVRE, Philippe : Comment procède réellement les démarches de design ? Le double diamant à l'épreuve, Association Internationale de Recherche en Management Public (AIRMAP), May 2018, Biarritz, France.

LEFEBVRE, Philippe : Innovation et Administration ; Quelles avancées récentes ? in Horizons Publics, 2018.

LEFORT, Hugues ; PSIUK, Thérèse : Patient partenaire, patient expert : de l'accompagnement à l'autonomie, Vuibert, 2019, 118 pages.

LEWIS, Jenny M : le design thinking et les laboratoires d'innovation in Action Publique, recherche et pratiques, n°7, 2020, p21.

MARTY, Laurent, BERKESSE, Alexandre ; PELLERIN, Denis ; RAPIN, Loélia : design en santé, lors de la Chaire de design en santé, 9-11-2020 (webconférence).

MOLLOY, Sean j.: Innovation labs in healthcare, A Review of Design Labs as a Model for Healthcare Innovation, 2018

MINVIELLE, Etienne : Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades in Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, volume 7, 2000, pp 8-22.

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, pp 40-53.

PICARD, Robert : Les living labs, une nouvelle approche de l'expérimentation en santé autonomie in Horizons Publics, n° 22, 2021, pp 68-75.

VAILLANT Lydwine : Réinventons le secteur de la santé, Afnor, 2019, 157 pages.

ZACKLAD, Manuel ; ARRUABARRENA, Béa ; BERTHINIER-PONCET, Anne ; GUEZEL, Naïk : Les labs d'innovation interne : typologie des innovations, approche plateforme rôle du design in ATIC (Approches théoriques en Information-communication), n°2, 2021, pp 127-161.

VIAL, Stéphane : le design in Que sais-je ? n°3991, 2021, 127 pages.

WELLER, Jean-Marc ; PALLEZ Frédérique : Les formes d'innovation publique par le design : un essai de cartographie in Sciences du design, n°5, 2017, pp 33-51.

La Fabrique de l'Hospitalité, un espace pour expérimenter de nouveaux modes de conception de projet, 2018. Disponible sur : [https://www.lafabriquedelhospitalite.org/\\_data/1588/f\\_5c5814d0d21c7.pdf](https://www.lafabriquedelhospitalite.org/_data/1588/f_5c5814d0d21c7.pdf)

Chantiers d'attention du lab-ah, 2016-2020 disponible sur Le lab-ah | GHU Paris psychiatrie & neurosciences (ghu-paris.fr)

Tour de France de l'innovation, 2020-2021, APHP, document provisoire.

# *ANNEXES*

## *Annexe 1 : Sigle*

AP HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

CAMPA : Centre d'accueil Médico-Psychologique pour Adolescent

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

DST : Direction de la Stratégie et de la Transformation

DG : Directeur Général

DGA : Directeur Général Adjoint

DST : Direction de la Stratégie et de la Transformation à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

GHU : Groupement hospitalo-Universitaire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCL : Hospices Civils de Lyon

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

UTEP : Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient

USI : Unité de Soins Intensifs

## **Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés**

### **Entretiens préliminaires**

Inès Gravey	Directrice en charge des projets innovants HAD de l'APHP
Adrienne Reix	Médecin urgentiste en charge des projets innovants HAD de l'APHP
Anne-Sophie Maure de Lima	Directrice chargée des usagers et partenariats innovants au CHU de Nantes
Thomas Daloglou	Designer à la Direction de Stratégie et de la Transformation à l'APHP

### **Pour le lab-ah (GHU de Paris Psychiatrie Neurosciences)**

Marie Coirié	Co-responsable du lab-ah
Carine Delanoé-Vieux	Co-responsable du lab-ah
Guillaume Couillard	Directeur Général du GHU
Aline Coudray	Directrice des achats et opérations du GHU
Florence Patenotte	Directrice de la communication du GHU
Dr Catherine Boiteux	Vice-Présidente de la CME du GHU
Dr Béatrice Aubriot	Présidente de la CME du GHU
Cécile Bergot	Cadre de Santé (recherche)
Florence Michon	Cadre de santé (formation)
Béata Iwanczuk	Cadre de santé USI d'Avron
Tom et Audrey	Psychomotricien et ergothérapeute USI d'Avron

### **Pour La Fabrique de l'Hospitalité (HUS, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg)**

Christelle Carrier	Cheffe de projet Fabrique de l'Hospitalité
Mathilde Rousseau	Secrétaire Générale des HUS
Romain Gérard	Directeur Adjoint
Dr Julie Rolling	Médecin responsable du CAMPA

### **Pour la Petite Fabrique (APHP, GHU Bichat-Beaujon)**

Chloé Schiellein	Responsable de la Petite Fabrique
Dr Lucie Cabrejo	Médecin responsable de l'UTEP

## **Annexe 3 : Les guides d'entretiens**

### **Grille d'entretien - acteurs internes du Lab**

#### A l'origine...

En 5 mn, peut tu me raconter la naissance du Lab ?  
Quelle était l'intention initiale de l'institution et la tienne ?

Positionnement institutionnel

Où est-il positionné dans l'institution ? Est-ce la bonne place selon toi ?

Qui sont tes « commanditaires » les plus fréquents ?

Qui sont les sponsors du Lab ?

Qui sont les fervents défenseurs ?

A tu repéré des opposants ?

Les projets portés

Si tu devais en 1 phrase décrire ce qu'est le lab ? A quoi sert le Lab selon toi ? les piliers ?

Comment entrent les projets ? comment sont-ils sélectionnés (critères) ? Combien de projets par an ?

Un projet type il débute comment ?

Quels outils, approches, méthodes, mobilisez-vous en particulier et le plus fréquemment ?

Quelle est la place du design dans la conduite des projets du lab ?

Quelle est l'importance de l'accélération de projets dans les méthodes mis en œuvre par le lab ?

Quelle est l'importance du lab dans les démarches d'innovation du CHU ?

Quelle est l'importance de la gestion du collectif et de la co construction dans les méthodes mise en œuvre par le lab ?

Inputs, outputs

Qu'est-ce qu'il produit d'explicite ? gains économiques ?

Qu'est-ce qu'il produit de plus implicite (bénéfices intangibles) ?

Qu'est-ce que le design vient produire selon toi ? sur quoi il agit ? Qu'est-ce qu'il transforme ?

Quels sont les effets sur le management ?

Quels sont les effets du lab sur le bien-être au travail ?

Comment le lab contribue-t-il à l'animation de communauté ? à la montée en compétence des « bénéficiaires » (diffusion des pratiques) ?

Avez-vous des partenaires académiques ? des prestataires ?

#### Lieu et dispositif

Disposez-vous d'un lieu dédié dans lequel vous pouvez réaliser vos ateliers ?

Comment réfléchissez-vous au cadencement de vos séquences de travail sur un projet ?

Quel environnement numérique est déployé dans le lab ? Disposez-vous de documentation/outils particuliers ?

#### Équipe

Quelle est l'équipe du Lab ? les compétences ?

Y'a-t-il une stratégie de développement des compétences ?

#### Budget

Comment le lab est-il financé ?

#### Perspectives

Les clefs du succès selon toi ?

Peut-il perdurer dans les mêmes conditions ? Doit-il évoluer et vers quoi ?

### **Grille d'entretiens Institutionnels**

#### A l'origine...

Comment êtes-vous entré en lien avec le Lab ?

Positionnement institutionnel

Où est-il positionné dans l'institution ? Est-ce la bonne place selon vous ?

Qui sont les « commanditaires » les plus fréquents ?

Qui sont les sponsors du Lab ?

Qui sont les fervents défenseurs ?

Avez-vous repéré des opposants ?

#### Inputs, outputs

Si vous deviez décrire en une phrase ce qu'est le lab ? A quoi sert-il selon vous ? quels en sont les piliers ?

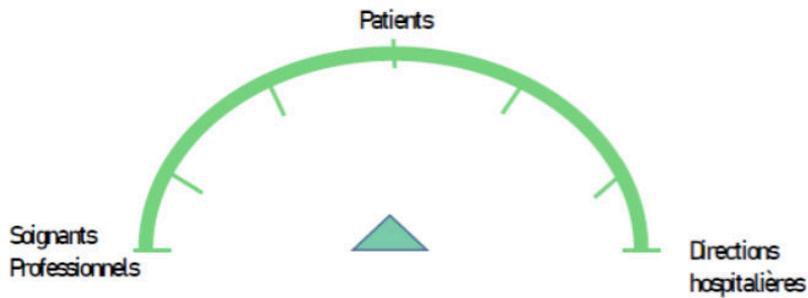
Quelle est l'importance du lab dans l'accélération des projets ?

Quels sont les effets sur le management ?

Quels sont les effets du lab sur le bien-être au travail ?

## Annexe 4 : Les curseurs

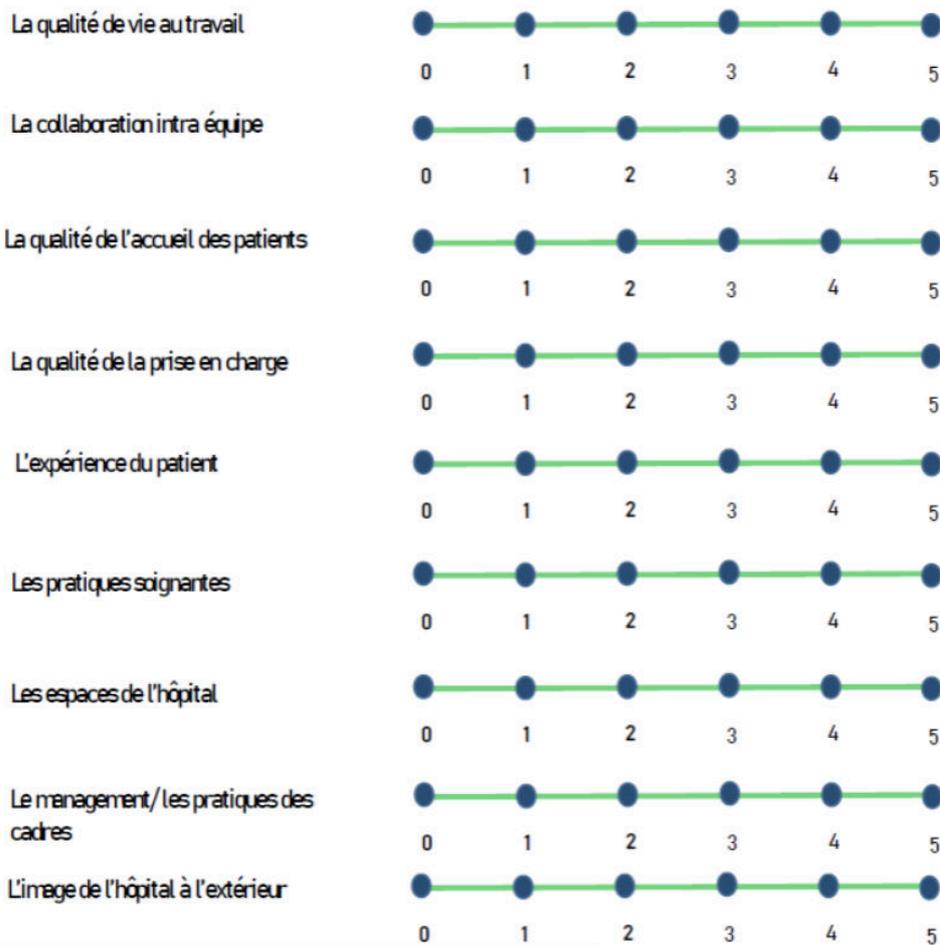
Selon vous, le point d'entrée du Lab, c'est



Nom :  
Fonction

Positionner sur le cadran l'orientation perçue du Lab (plusieurs flèches possibles)

Selon vous, le Lab au travers de son action agit sur ...



Selon vous, le Lab est très bien identifié par ...

