

EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

La valeur transformatrice du design hospitalier

Quel usage pour les directeurs d'hôpital ?

*L'exemple de la Mission innovation organisationnelle et expérience
patient du CHU de Montpellier*

Coline MUSSOL

Remerciements

C'est un grand plaisir de pouvoir remercier très chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire, et qui marque intrinsèquement la fin de ce parcours avant de devenir directrice d'hôpital !

Ma construction professionnelle débute hors de l'hôpital il y a quelques années, mais s'est consolidée durant cette expérience du stage de direction au sein du CHU de Montpellier, notamment auprès d'Emmanuelle Garnier, que j'ai eu la chance de rencontrer et la gratitude d'échanger, à nombreux égards, sur le métier, son incarnation, sur nos visions hospitalières et le champ des possibles. Sa confiance, ses conseils avisés, sa bienveillance et son pragmatisme sont plus de qualités que l'on ne peut espérer d'une cheffe. Autour d'elle toute une équipe réunie avec la même ambition d'améliorer la vie des soignants et des patients, que j'ai pris plaisir à côtoyer : Hadrien Millet pour les réflexions aux pauses déjeuner et les lectures collectives, Caroline Tricaud pour son aide à toute épreuve et ses talents de designer, Stéphanie Bonjean dans l'accompagnement de la formation-action, mais aussi Marielle, Loélia, Cylia, Ophélie, Laurine, ou Clémence.

Un remerciement tout particulier à François Bérard, Directeur général adjoint du CHU de Montpellier, qui m'a aiguillé dans mes réflexions professionnelles.

Un grand merci à Laurent Wilmann-Courteau, Directeur du Pôle Numérique et Protection des données, mon maître de stage, d'avoir toujours été disponible pour des échanges de tous types, et pour son soutien sans aucun jugement.

Merci aussi à Marie-Ange, Julie, Pierre-Jean, pour les dossiers confiés et le travail commun, mais aussi Pierre-Joseph, Jérôme, Inès, Vanina, François, Lucas, Emilie, et Fabienne pour ne citer qu'eux, qui ont fait de Montpellier un très beau terrain de stage.

Mes remerciements vont aussi vers ceux avec qui j'ai eu la chance de pouvoir m'entretenir, des professionnels engagés, des personnes passionnées par leur travail, qui m'ont énormément inspirée. Je les remercie de m'avoir accordé de leur temps si précieux, de m'avoir permis d'aller au plus proche des préoccupations des hospitaliers, que j'essaie de traduire dans ce mémoire.

Sommaire

Introduction	3
1 Les démarches de design initiées à l'hôpital	7
1.1 Le design, une discipline singulière mais plurielle	7
1.1.1 Le design : quelques bases	7
1.1.2 Les principes de la méthodologie de projet d'innovation par le design	8
1.1.3 Les fondamentaux du design hospitalier	12
1.2 La rencontre du design et de l'utilisateur à l'hôpital	13
1.2.1 Le design « centré usager »	13
1.2.2 Expertise des utilisateurs et expérience des usagers (patients, proches, accompagnants, professionnels) : savoirs expérientiels	14
1.3 L'implémentation du design dans le monde hospitalier	15
1.3.1 Un historique du design hospitalier	15
1.3.2 Des enjeux sanitaires forts auxquels répondre	17
1.3.3 Exemples dans les CHU de France	18
1.4 Des prérequis pour une mise en œuvre réussie du design hospitalier	20
1.4.1 Le positionnement actuel du design hospitalier est à renforcer	20
Certains obstacles potentiels invitent à développer des stratégies pour les surmonter et asseoir le positionnement du design à l'hôpital	20
1.4.2 Certains points de vigilance imposeront de réviser sa posture	21
2 Les apports d'une démarche d'innovation par le design	23
<i>Evaluation de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient du CHU de Montpellier</i>	<i>23</i>
2.1 La MIOEP à l'épreuve du test	23
2.2 Culture de l'évaluation	25
2.2.1 La culture de l'évaluation dans le secteur de la santé est une pratique désormais admise	25
2.3 Méthodologie et terrain	27
2.3.1 Contexte de la recherche	27
2.3.2 Terrain de la recherche	27
2.3.3 Méthode adoptée	28
2.3.4 Questions de recherche	28
2.3.5 Limites de la démarche	29
2.4 Méthodes d'évaluation en design	30
2.5 Analyse des résultats	32

2.5.1	Une perception générale des professionnels très positive à l'égard de la démarche.....	32
2.5.2	La démarche a un fort impact sur l'organisation du travail interne, et sur la prise en charge proposée aux usagers	32
2.5.3	Une discipline singulière aux effets pluriels sur le plan individuel, collectif, et institutionnel.....	34
2.6	Ce que la démarche emporte	39
3	Le design hospitalier : quelle démocratisation possible ?	41
3.1	La démarche d'innovation par le design, levier de transformation pour la conduite du changement à l'hôpital	41
3.1.1	Des intérêts incontestables.....	41
3.1.2	Des défis à relever.....	42
3.2	Une transformation méthodologique et culturelle à mener	44
3.2.1	Repenser la gestion de projet	44
3.2.2	Travailler autour de parcours et thématiques transversales	45
3.2.3	Induire des changements d'ordre organisationnel, managérial et d'engagement professionnel	46
3.3	Perspectives souhaitables : ouverture à d'autres champs d'applications au sein des directions fonctionnelles et domaines d'activités	48
3.4	Guide de déploiement pour la démocratisation de la pratique du design à l'hôpital	50
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFD	Agence française du développement
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance sanitaire et médico-sociale
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
AVC	Accident vasculaire cérébral
CDS	Cadre de santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CNR	Conseil national de la refondation
DAQSS	Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
DG	Directeur général / Directrice générale / Direction générale
DGA	Directeur général adjoint
DITP	Direction interministérielle de la transformation publique
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ENSCI	Ecole Nationale Supérieure de Création Industrielle
ETP	Education thérapeutique du patient
GHU	Groupement hospitalo-universitaire
HAS	Haute autorité de santé
HCL	Hospices Civils de Lyon
HDJ	Hospitalisation de jour
IADÉ	Infirmier anesthésique diplômé d'Etat
IBD	Innovation by design
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IFEP	Institut français de l'expérience patient
LAB-AH	Laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité
MIOEP	Mission innovation organisationnelle et expérience patient
PH	Praticien hospitalier
PREMs	Patient-Reported Expérience Measures
PROMS	Patient-Reported Outcome Measures
PU-PH	Professeur des université – Praticien hospitalier
QVT	Qualité de vie au travail
SDIE	Schéma directeur immobilier et énergétique
SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
UX	User expérience OU expérience utilisateur

Introduction

« *Le design hospitalier est une discipline singulière, émergente, et agissante pour la transformation hospitalière* » (E. Garnier, 2021), pour autant, dans la sphère de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et du corps des directeurs d'hôpital, cette pratique est encore peu répandue.

Le Conseil national de la refondation (CNR) en santé lancé le 03 octobre 2022 par le Ministre de la Santé et de la Prévention avait pour objectif de réunir l'ensemble des parties prenantes de la santé – citoyens, professionnels de santé, agences régionales de santé, élus, usagers ... - pour se concerter, et autour d'un diagnostic partagé des besoins du territoire, répondre au mieux à ces derniers par des solutions concrètes et innovantes.

Faisant état de 250 réunions tenues en régions, et plus de 10 000 participants, cette démarche met en avant sa valence collaborative et basée sur l'expérience des parties prenantes.

Dans un contexte sanitaire complexe, 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. L'innovation en santé est un très vaste sujet qui recouvre des réalités plurielles que les établissements de santé ont tenté de qualifier en segmentant le sujet : innovation médicale, innovation numérique, (technologique, thérapeutique) innovation organisationnelle – comme axes majeurs et stratégiques.

L'innovation passe aussi par le design. En effet, selon le Réseau du design hospitalier, le design hospitalier « *est une discipline qui exploite la créativité pour résoudre les problèmes et co-crée des solutions dans le but d'améliorer les parcours, renforcer l'hospitalité, concevoir de nouvelles modalités de prise en charge pour soutenir le soin, résoudre les irritants du quotidien et penser les sujets de prospective hospitalière. La démarche globale s'appuie sur l'expérience des professionnels et des patients ; elle valorise leur implication, leurs savoirs et s'attache à une compréhension approfondie des besoins des utilisateurs. Le design produit pleinement ses effets de transformation dès lors qu'il collabore avec l'ensemble des disciplines, des acteurs et des métiers de l'hôpital.* » Appliquant les principes du design ou de la « conception orientée utilisateur » au monde hospitalier, la démarche d'innovation par le design pour permettre de conduire des projets de transformation à l'hôpital.

Le choix de ce sujet revêt une dimension profondément personnelle, au moment où je me lance dans une carrière en tant que directrice d'hôpital, et que je me pose énormément de questions sur l'hôpital, sur la complexité de ce métier, sur la manière de l'exercer, et les moyens et façons de contribuer positivement au système de santé. Depuis mes premiers pas au sein du CHU de Montpellier en février 2022 jusqu'à ce jour d'août 2023, un monde hospitalier complet s'est dévoilé devant moi, mais aussi complexe. J'ai eu la chance et le privilège d'en explorer une partie, et mes questionnements se sont renforcés sur le fonctionnement de cette institution. Déjà le stage d'immersion emportait de nombreuses admirations, sur la manière dont les professionnels de santé accompagnent les patients, centrés sur leurs expériences, leurs parcours, leurs besoins. De retour dans les directions fonctionnelles, je m'interrogeais sur la manière de conserver cette proximité avec le terrain, ses professionnels et les patients. Ces expériences m'ont poussé à interroger la manière dont les projets sont menés au sein de l'hôpital, ainsi que la place accordée aux professionnels et aux patients. Les interactions entre le corps de direction et les autres professions au sein de l'institution ont également suscité ma réflexion.

Ce sujet m'intéresse à plusieurs titres, et s'ancre profondément dans ma perspective, en tant qu'élève directrice d'hôpital en quête de réponses et de pistes de réflexion pour guider ma future carrière. Plusieurs constats viennent étayer mon intérêt :

- Tout d'abord, l'absence de mémoire d'élève directeur d'hôpital sur cette thématique. Cette lacune ouvre une opportunité d'une sorte de démocratisation de cette « science » nouvelle et émergente, pour tout un corps de futurs professionnels qui auront grand intérêt à s'initier à cette approche si ce n'est s'y familiariser. Je suis convaincue que les directeurs d'hôpital ont un intérêt d'acculturation et d'appropriation des principes du design hospitalier, en ce qu'il peut éclairer et façonner la manière réaliser notre profession.
- Le choix de ce sujet permet d'envisager de nouvelles perspectives novatrices de gestion de projet et de conduite du changement, d'amélioration de nos organisations, en redonnant du sens à sa pratique, et un regain de motivation aux professionnels de santé. Cela a été une découverte, de découvrir l'innovation par le design, le design dans le milieu de la santé, la démarche d'innovation par le design en santé, démarche centrée sur l'humain, et voir les illustrations de ces démarches à travers des projets réels.
- Au-delà de son aspect purement théorique, la découverte de cette « matière » a personnellement renforcé ma croyance en la faisabilité de l'exercice du métier de directrice d'hôpital.

- La maîtrise du design de services et son application au monde hospitalier permet de détenir des outils, des techniques et une démarche de transformation applicable à de nombreuses situations. Le design hospitalier me permettrait de conduire des projets qui ont du sens, construits à la demande et par les équipes de manière participative, à partir de l'écoute des problématiques de terrain et de la co-construction, et ancrés dans la réalité des défis sur le terrain médico-soignant.
- La méthodologie appliquée dans l'usage du design hospitalier me paraît être un mix entre de la gestion de projet, et le souci d'une contribution tangible pour l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT).
- Cependant, il est crucial de reconnaître que ce modèle demeure actuellement fragile et sujet à des contraintes considérables, caractérisées notamment par :
 - L'absence de financement dédié pour accompagner cette démarche, et les processus d'achat parfois difficiles à appréhender,
 - La difficulté à intégrer ces projets transversaux aux différents cycles de gouvernance, ainsi qu'à la culture institutionnelle,
 - Le manque de reconnaissance en tant que direction fonctionnelle à part entière, ou comme discipline hospitalière intégrale.

Cette singularité de positionnement, entre autonomie et reconnaissance, nécessite une énergie personnelle dépendante afin de déployer son plein potentiel de transformation et la pleine intégration dans le paysage institutionnel hospitalier. En effet, éprouvée au Canada, mais aussi dans les administrations publiques, la méthode d'innovation par le design dans le milieu sanitaire et tout particulièrement à l'hôpital est encore peu développée.

À partir de cette approche, qui semble prometteuse intuitivement mais qui manque encore de preuves solides issues d'expériences novatrices à l'étranger, et compte tenu du caractère récent des expérimentations en France, le CHU de Montpellier a fait le choix en 2022 de lancer une Mission innovation organisationnelle et expérience patient et d'user du design dans la gestion de projet et la résolution de problématiques, convaincu que c'est au travers de l'expérience patient que la transformation des pratiques se joue, et dont l'ambition est de « Faire autrement », Structurée autour d'une directrice et d'une designer, l'ambition est double : redonner une capacité aux équipes de terrain d'agir sur leur quotidien et centrer le travail mené sur l'expérience patient ; et en sus, promouvoir une transformation des pratiques issues du terrain en rupture avec celles actuelles très descendantes.

Nourrie par ces expériences et ces questionnements, mon mémoire se propose d'explorer le pouvoir transformatif du design à l'hôpital, en mettant en lumière sa capacité à

reconfigurer les dynamiques institutionnelles et à apporter une nouvelle dimension à la gestion hospitalière, d'en prouver qu'en mobilisant l'expérience patient, l'expérience professionnelle en ressortait valorisée. Comment développer cette pratique du design dans les hôpitaux ? Pour répondre à cette problématique, une étude a été réalisée au sein du CHU de Montpellier lors du stage de direction prévu dans le cadre de la formation de Directeur d'hôpital de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, en analysant la démarche d'innovation par le design sous l'angle de sa portée stratégique et transformative, et sa production en matière de qualité de vie au travail.

Comment valoriser les démarches issues du design hospitalier, de l'innovation par le design, et du recueil de l'expérience usager (patient, accompagnement, professionnel), auprès des directeurs d'hôpital ? Quels leviers pour conduire le changement – accompagner les équipes – dans des projets qui ont de l'impact ?

Afin de répondre à cette problématique, nous présentons la pratique singulière du design dans l'environnement hospitalier complexe (1). A partir de l'évaluation conduite de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient – dont la méthodologie sera présentée en propos liminaires – l'objectif de ce travail est de mettre en avant les apports de l'usage du design dans la résolution de problématiques de terrains, en termes d'implications sur l'organisation du travail, et sur le sens au travail des professionnels. (2) A plus large titre, cette évaluation vise à éclairer les pistes à suivre pour intégrer le design hospitalier comme une stratégie novatrice et percutante pour la gestion hospitalière du futur (3) en identifiant les limites actuelles et les défis à relever, et en proposant des domaines d'applications divers.

1 Les démarches de design initiées à l'hôpital

A travers l'explication des principes directeurs du design, et des premières expériences françaises et hospitalières, se dégagent des prérequis pour instaurer une véritable culture centrée sur l'expérience usager et usant du design à l'hôpital. A partir d'un diagnostic partagé, le design permet de passer de l'énonciation de problématiques à leurs résolutions.

1.1 Le design, une discipline singulière mais plurielle

Discipline a priori étrangère à l'administration publique et à l'administration sanitaire, celle-ci semble cependant nécessaire et intéressante à étudier, notamment pour le corps des directeurs d'hôpital afin d'en avoir quelques notions et d'appréhender son développement possible dans les années futures.

1.1.1 Le design : quelques bases¹

Il existe communément quatre grands types de design :

- Le design de produit (mobilier, objets du quotidien, transports, vêtements...)
- Le design d'espace (boutiques, restaurants, appartements, expositions...)
- Le design graphique (signalétique, identité, édition, affichage...)
- Le design d'interface (sites, applications, jeux vidéo, réalité virtuelle...)

Poser une définition du design n'est pas évident, de *designare* = marquer d'un signe, et de *to design* = concevoir, la syntaxe est également proche de *dessin* et *dessein*, de l'alliage de l'esthétique et de la fonction, une articulation entre les sciences humaines et l'ingénierie, pour concevoir du sens.

Selon l'Alliance Française des Designers (2022) « *La particularité du design est qu'il n'existe pas de définition unique et définitive, puisqu'il se réinvente à chaque époque, en suivant les évolutions, les cultures et les apports des designers du monde entier.* »

Dieter Rams (1976), designer industriel allemand contemporain, étroitement associé aux produits de consommation de la société Braun et à l'école fonctionnaliste du design industriel parlait du design à travers la compréhension des hommes et leurs usagers : « *You*

¹ Connaissances issues d'une demi-journée de sensibilisation suivie le 28 mars 2023 et dispensée par La Grande Bobine en tant qu'encadrante de la formation-action à destination des professionnels du CHU.

cannot understand good design if you do not understand people, design is made for people. »

Ainsi, le design est avant tout une façon de penser et une façon de créer, dont le cœur est le projet. Le design peut aussi désigner le processus, de l'idéation à l'évaluation, en passant par le prototypage, et la réalisation.

Appliquer une approche 'design' à ses projets, c'est aussi s'extraire d'une approche analytique pour aller vers une approche systémique, qui intègre l'incertitude comme une donnée du processus. La clef est de regarder les choses sous l'angle de l'expérience ; expérience patient, mais également professionnel, donnant toute la valeur aux problématiques qui émergent tant qu'aux pistes de solutions.

En s'intéressant aux expériences, la démarche par le design permet de s'attarder sur ce qui compte vraiment : « *We think in generality but we live in details* » (North Whitehead, 1926). A l'hôpital, comme dans d'autres institutions, les rôles et les fonctions sont tellement attribués, que l'on ne les questionne plus, ni du point de vue du professionnel, ni de celui du patient. Leurs vécus peuvent signifier des détails qui ont leur importance.

Qualifier le bon 'design' est également un exercice important afin de distinguer le bon grain de l'ivraie dans un contexte où tout est qualifié de design. Ainsi, plusieurs critères sont requis, afin de pouvoir évoquer du design. Le design se doit d'être :

- Fonctionnel : qui répond à un besoin, où résout un problème ;
- Économique : qui peut être produit, peut fonctionner dans le temps ;
- Utilisable simplement : ne demande pas d'apprentissage long, compréhensible ;
- Esthétique : est esthétique, est appétant, pour l'appropriation et la durabilité ;
- Respectueux : n'impacte pas la dignité de l'utilisateur, intègre une démarche éthique ;

Ces éléments sont primordiaux dans l'application qui sera ensuite faite au monde hospitalier.

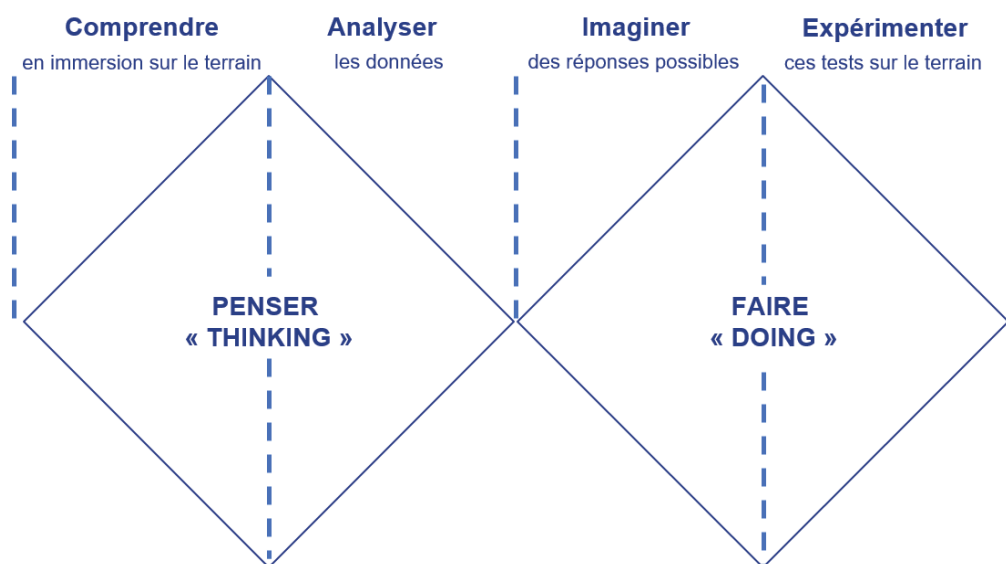
1.1.2 Les principes de la méthodologie de projet d'innovation par le design

Il est communément appliqué la méthode suivante, en quatre grandes étapes, par les porteurs de projet :

- L'immersion
- La co-conception
- Le prototypage / les tests
- La restitution / l'évaluation

Cette méthode se détache de ce qui est généralement fait en établissement de santé. Ses singularités sont notamment : une posture d'observation et de déplacement sur le terrain comme prérequis indispensable, l'implication dans une démarche participative, la remise en question des croyances antérieures, la qualification des bons problèmes, de l'itération, des déplacements sur le terrain en situation d'observation uniquement. La méthode est pertinente dans ce contexte, par la démarche participative qu'elle implique et par le droit à l'erreur qu'elle englobe.

Cette méthodologie de projet permet aussi de mettre en réflexion et au travail une équipe autour d'un sujet, dans une approche réflexive qui est adoptée dans les temps collaboratifs (Pihkala, Karasti, 2016). Cette réflexivité nourrie par les regards croisés et les points de vue complémentaires des participants permet notamment d'explicitier un certain nombre d'éléments que la pratique quotidienne a tendance à dissoudre et à rendre implicites. (Orlikowski, 2007).



Processus d'innovation par le design

Durant l'immersion, il s'agit de poser un diagnostic et d'établir les enjeux en présence. Pour ce faire, il convient d'identifier plus finement les problématiques à l'œuvre, d'impliquer dès l'amorce du projet les différentes parties prenantes dont les usagers, de relever une somme d'éléments tangibles, sensibles et rationnels permettant d'avoir une vision claire du périmètre du projet.

S'en suit la phase de conception et co-création, qui consiste à développer des réponses aux problématiques précédemment identifiées. Pour ce faire, permettre aux différents usagers de participer à la réflexion est un prérequis. Ainsi, il convient à cette étape de mettre en forme de manière tangible les premières idées, et d'arbitrer en temps réel sur la faisabilité des solutions imaginées. Il est important de rester vigilant à ne pas se tourner

uniquement vers des solutions classiques (amélioration technique, amélioration de fonctionnement, augmentation d'un budget, meilleure communication) mais d'aller chercher l'innovation en développant une approche plus holistique de la problématique, tout en étant créatif.

La phase de prototypage et de test consiste à mettre en forme les premières idées, à les déployer sur le terrain, et ainsi à valider et/ou invalider les hypothèses de travail, de sorte à consolider les réponses proposées, et à enrichir le dispositif imaginé. Une attention toute particulière doit être portée à cette étape afin de demeurer frugal, déployer des prototypes utiles au dispositif, et garder une flexibilité élevée quant à l'évolution des idées suite au travail de terrain.

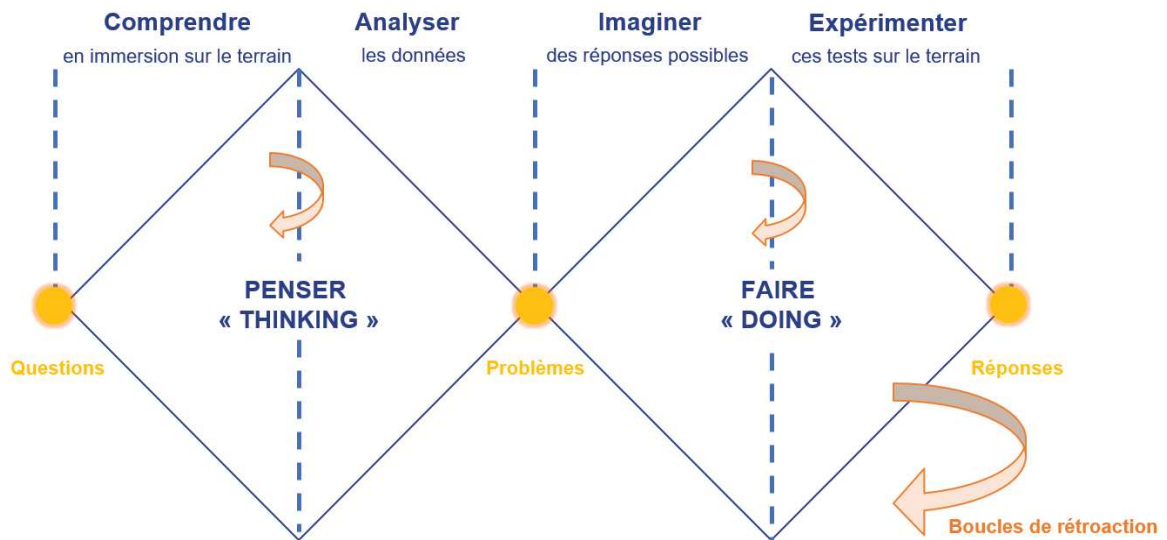
Enfin, le processus s'achève par la phase de restitution et d'évaluation, dont les enjeux consistent à présenter les réalisations consolidées à pérenniser ; donner des clefs pour un arbitrage efficace via des résultats de tests, de viabilité, des retours d'utilisateurs ; de clore les phases de conception et de passer à l'étape d'implémentation, ou d'initier de nouvelles phases de test après ajustement du dispositif ; et d'évaluer les résultats du projet au regard de ses objectifs.

La posture du design est de toujours s'essayer à un regard bienveillant et nouveau sur le sujet traité, en restant ouvert d'esprit, curieux, tout en garder une position neutre et empathique.



La gestion de projet par le design est un processus itératif, qui implique une certaine temporalité plus longue que communément admis dans les projets hospitaliers, ainsi que de la remise en cause de certaines certitudes, qu'il s'agisse d'évidences ou d'éléments communément admis.

Le design est réellement basé sur la pédagogie de l'action



*Processus d'innovation par le design itératif
(Figures du double diamant du Design Council)*

Au-delà des différentes étapes précédemment énoncées, plusieurs dynamiques sont également à l'œuvre durant la gestion de projet par le design :

- Une dynamique de divergence : multiplication, ouverture, génération (durant les phases 1 et 3) ;
- Une dynamique de convergence : définition, synthétisation, production (durant les phases 2 et 4).

Des livrables interviennent aussi aux différentes étapes du processus : des questions en étape 1, puis des données, des problèmes, des idées et enfin des réponses en étape 4.

Les itérations doivent pouvoir être permanentes, au besoin de l'avancée du projet et de sa maturité, et de la satisfaction des tests lancés.



Processus de co-design

L'ambition est également d'engager les acteurs pour une co-création tout au long du processus : engager dans l'exploration des expériences sur le terrain, pour prioriser les problématiques, pour imaginer et proposer des solutions. Il s'agit d'avoir une vision des utilisateurs en tant que partie intégrante du processus d'amélioration et d'innovation, avec un engagement réflexif et créatif.

1.1.3 Les fondamentaux du design hospitalier

Comme le définit le Collectif du design hospitalier, le design apparaît comme une discipline « singulière » à l'hôpital : une pratique culturelle et créative (qui ne se résume pas à une méthode), un métier, une éthique, une intention (d'hospitalité, de prendre soin) qui intègre des pratiques des sciences humaines et sociales, une manière de faire projet

Pour fonctionner, le design est une discipline qui fait alliance avec d'autres pratiques de l'hôpital : les pratiques managériales, les démarches culturelles, les sciences humaines et sociales, les démarches d'amélioration de la qualité et la promotion de l'expérience patient, l'innovation. C'est une discipline qui se réalise au contact d'autres spécialités à l'hôpital et se réalise au contact d'un milieu : c'est dans cette alliance qu'elle produit pleinement ses effets de transformation.

Les éléments essentiels du design hospitalier, par son ancrage fort dans le terrain, notamment au contact des différentes communautés d'utilisateurs et de professionnels, sont ainsi selon le Réseau du design hospitalier de :

- « - *Rendre visible un problème en qualifiant ou requalifiant les choses ;*
- *S'appuyer sur l'observation et les SHS pour comprendre ;*
- *Développer des pratiques centrées sur les usages ;*
- *Intégrer véritablement les usagers dans les projets : patients, proches, professionnels de l'hôpital ;*
- *Expérimenter : simuler et tester la valeur, les impacts et itérer ;*
- *Promouvoir une esthétique hospitalière pour contribuer au soin ;*
- *Concevoir des formes matérielles et immatérielles ;*
- *Apporter des réponses singulières à des publics et des problématiques spécifiques. »*

Tout ceci est également permis par la temporalité de la méthode, qui déploie l'accompagnement sur des périodes longues. Cet accompagnement long a notamment pour objectif d'insuffler une nouvelle dynamique de prise de recul sur les pratiques en proposant des espaces d'échanges autant pour les patients que pour les soignants. Le

design hospitalier vise à développer de nouvelles compétences, notamment la vision des usagers et de leurs usages permettant de trouver des solutions adaptées aux besoins des soignants et des patients et de consolider les pratiques de soin.

En contribuant à la transformation de l'hôpital via la mise en place d'une intelligence collective, le design hospitalier peut permettre d'en améliorer l'attractivité.

1.2 La rencontre du design et de l'utilisateur à l'hôpital

Le design a toujours été une question d'expérience, d'usages, et l'émergence du design à l'hôpital résulte, en partie, d'une approche nouvelle de conception de la place et du rôle de l'utilisateur dans les services publics. L'intrication entre design et expérience utilisateur est incontestable.

1.2.1 Le design « centré utilisateur »

Il existe une multitude de designs « centré utilisateur », dont les dénominations peuvent varier :

- Les disciplines classiques (produit, espace, graphique, interface), le design thinking (« La pensée Design » de Tim Brown), ou l'UX design (expérience utilisateur) ;
- Les designs d'expérience et de service ;
- Les designs sociaux, de politique publique, ou d'intérêt : tout comme le design hospitalier, il s'agit de mettre les méthodologies du design au service de projets avec une valeur humaine ajoutée.

Ces approches, ont en commun une recherche de solutions centrées sur l'utilisateur – l'utilisateur, avec un design qui s'applique à des environnements et des systèmes de plus en plus complexes que le simple objet initial, en incluant des interactions humaines, des services entre l'homme et une institution par exemple.

Dans le design social, dont le design hospitalier est une application à l'hôpital, la valeur ajoutée réside dans le fait que les utilisateurs (les bénéficiaires : les patients, les professionnels, les accompagnants...) sont considérés comme acteurs du projet et pas seulement comme des utilisateurs.

Intégrés à toutes les étapes de la conception, il s'agit de faire avec, et non plus seulement pour les utilisateurs. On retrouve ici les prémisses des premiers slogans de la participation des « représentants des utilisateurs » dans les établissements hospitaliers avec leur « *Rien pour nous, sans nous !* », leitmotiv de la démocratie sanitaire, depuis la consécration par la

loi dite Kouchner du 5 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Un souci particulier est porté au fait de développer des dimensions éthiques et engagées du projet. Contrairement aux usages qui peuvent être faits du design, « *le design social se caractérise par un rejet des dimensions marchandes comme objectif unique et la priorité donnée aux considérations sociales et environnementales de projets.* » (Béatrice Gisclard, Maîtresse de Conférences en design et co-responsable du master Design Innovation Société à l'Université de Nîmes).

L'objectif du design social est de modifier les interactions homme-environnement et de les transformer en interactions préférables, sa visée est prescriptive et sa démarche diagnostique (A. Findeli, 2005). Cela intéresse le monde hospitalier dès lors que l'on souhaite procurer aux patients la prise en charge et le parcours le plus adapté à leurs besoins, et non pas leur demander de s'adapter à une organisation hospitalière qui ne serait pas pensée initialement pour eux. Les usagers sont de vrais sujets porteurs d'un projet.

1.2.2 Expertise des utilisateurs et expérience des usagers (patients, proches, accompagnants, professionnels) : savoirs expérientiels

La notion d'expérience patient, telle que définie par l'Institut français de l'expérience patient (IFEP), elle-même inspirée par le Beryl Institute est « *l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée* » (2016).

Ce même institut se donne pour mission de promouvoir le concept d'expérience patient en France afin d'en faire un levier d'amélioration de la prise en charge de la population au sein du système de santé, concept repris dans « Ma Santé 2022 » du Ministère de la Santé avec un engagement de « Favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin ».

La Haute autorité de santé (HAS) considère également la prise en compte de l'expérience du patient dans ses critères de certification, et à travers le recueil de la satisfaction des patients. Depuis 2021, des indicateurs relatifs à la qualité des soins perçue par le patient ont été développés par la HAS à travers le Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) pour le résultat des soins, les Patient-Reported Experience Measures (PREMs) pour l'expérience des soins et les questionnaires de satisfaction des patients pour la réponse à leurs attentes.

La notion de qualité des soins, définie comme la « *capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* » (Institute of Medicine, 2000) est donc désormais évaluée par le patient lui-même, autour des différentes dimensions d'efficacité, de sécurité, d'accessibilité, de patient centré/réactivité, d'efficience et enfin d'équité.

L'ANAP a également récemment créé un réseau d'experts « expérience patient et usager » destiné à créer des ressources pour les professionnels et les établissements de santé.

La prise en compte de l'expérience patient est donc affirmée à plusieurs endroits (IFEP, Ministère de la Santé, HAS, ANAP) et énoncée comme axe stratégique, et vient donc s'imposer aux établissements de santé.

Alors que l'hôpital est un environnement de spécialistes (M. Coirié et D. Pellerin, 2017), le design apporte une culture des usages qui favorise la reformulation des problèmes en mettant le point de vue de l'expérience vécue par l'utilisateur au centre du projet. Travailler autour de l'expérience patient, présente ainsi l'avantage de placer cette expérience au centre de la stratégie du moins de la politique qualité, si ce n'est celle de l'amélioration continue des pratiques, des organisations, et intrinsèquement des vécus. La valorisation de ces savoirs expérientiels est à l'œuvre dans une démarche de projet par le design.

En s'appuyant sur l'expertise des utilisateurs – en l'occurrence à l'hôpital des patients, professionnels ou proches concernés –, dès le début du processus, et non plus à la fin, cela permet non seulement de valoriser l'expertise de ces professionnels du quotidien, mais aussi et surtout de rendre visibles les activités du quotidien.

L'approche du design participatif repose sur des valeurs démocratiques fortes (Beguin, 2003), en réaffirmant des espaces de dialogue où les différents acteurs peuvent faire état de leur situation actuelle et réaliser des projections sur l'avenir, sans jugement. Le processus de design est alors vu comme une occasion de penser collectivement des pratiques, et dans le même temps un processus d'apprentissage mutuel des expériences des autres (Bratteig et al., 2012).

1.3 L'implémentation du design dans le monde hospitalier

1.3.1 Un historique du design hospitalier

L'implémentation progressive du design dans l'administration publique en France, puis à l'hôpital, nous est conté par Emmanuelle Garnier dans ses travaux conclusifs à l'ENSCI

« Design hospitalier, émergence d'une discipline singulière et agissante pour la transformation hospitalière ».

Dans les grandes lignes afin de comprendre son émergence, les sources du design à l'hôpital sont plurielles, et son émergence en France est progressive voire tardive.

Les premières démarches d'innovation publique basées sur le design au sein de l'administration ont commencé à émerger dans les années 2000, avec le Mindlab du gouvernement danois, et le NHS Institute for innovation and improvement au Royaume-Uni, mais c'est véritablement dans les années 2010 qu'elle s'implantent en France. Le design apporte d'emblée de nouvelles méthodes d'organisations, et des approches renouvelées et inédites dans la fonction publique, ce qui lie naturellement la démarche en design aux enjeux du management public. L'impulsion politique en faveur de la modernisation de l'action publique (incarnée notamment par le SGMAP qui deviendra la DITP), sera progressivement accompagné de dispositifs de financements spécifiques. Cette dynamique conduit à soutenir la mise en œuvre d'initiatives expérimentales, dont l'exemple emblématique est la démarche de la 27^{ème} Région.

L'implémentation du design à l'hôpital est également inspirée de ce qui se fait outre Atlantique depuis le début des années 2000, notamment avec l'agence IDEO de Tim Brown, et l'expérience du SSM DePaul Health Center à Saint-Louis. Cette expérience, en dotant les patients aux urgences de caméras, a permis de faire ressortir un constat d'opacité du processus hospitalier, associé à une perte de repère et un sentiment d'impuissance. Le développement d'organisations « design driven » est notable, comme la Mayo Clinic avec la création du lab SPARK, pour accompagner des projets de transformation organisationnelle, ou bien le Kaiser Permanente, le plus grand opérateur de santé intégré des Etats-Unis. Ce dernier, à l'aide de l'agence IDEO a déployé un programme de formation à destination des cadres visant l'appropriation des démarches de conception de projets.

Dans les hôpitaux Français, à la fin des années 90, apparaissent les premiers objets exogènes aux soins que sont les délégations culturelles, avec des programmes et projets « Culture et Santé ». Malgré des intentions ambitieuses, ces organes sont peu intégrés et restent un peu en sus de l'organisation, sans véritablement la modifier.

La véritable émergence du design dans les hôpitaux français s'établit avec la Fabrique de l'Hospitalité des Hôpitaux universitaires de Strasbourg en 2010, puis du Lab-ah du Groupement Hospitalo-Universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences en 2016, permettant d'identifier de véritables structures intégrées. Les projets portés par la Fabrique

de l'Hospitalité interrogent le sens, les représentations et les pratiques au sein des différents services. Menés par les responsables de projets en lien avec des designers en résidence, ils touchent à la fois à l'amélioration des conditions de travail des professionnels comme à l'accueil et la prise en charge des patients et de leurs proches.

L'écosystème design et santé grandit en parallèle avec des labs avec des orientations variées : design thinker ou des facilitateurs (La Ruche, La Petite Fabrique), les living lab en santé (le plus souvent thématiques : Broca living lab, Care lab de l'Institut du cerveau) et les fab- lab.

L'hôpital Foch (Suresnes) a également été précurseur en créant la première direction de l'expérience patient française en 2018 sous l'impulsion de Valérie Moulins, alors directrice de la communication dudit hôpital.

Depuis dix ans désormais, de plus en plus de designers sont embarqués, ou intégrés dans une direction fonctionnelle au périmètre plus large (souvent de la qualité ou de la transformation), ou dans d'autres institutions par des actions isolées selon les projets des commanditaires ; tel est le cas à Montpellier avec la création en 2022 de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient.

Aujourd'hui, un véritable Réseau du design hospitalier s'est constitué en 2023.

1.3.2 Des enjeux sanitaires forts auxquels répondre

Sans conteste, l'hôpital public aujourd'hui est confronté à de nombreux défis, et certains enjeux ont été réaffirmés voire réactualisés avec la crise sanitaire du covid19.

Outre les tensions financières, le profil épidémiologique de la population (le vieillissement de la population, la croissance démographique, la complexité des maladies), l'adaptation aux crises sanitaires, et les besoins en terme d'offre de soins imposent de repenser non seulement les partenariats et collaborations des établissements de santé, mais également à l'échelle de l'institution, une transformation des organisations nécessaires : en termes de capacités, de filières de prises en charge, de nouvelles modalités de soins, de configuration architecturale.

En outre, la performance hospitalière impose de revoir ces mêmes organisations, et implique une conduite du changement, avec notamment une optimisation des ressources souvent recherchées.

En parallèle, et à l'échelle individuelle, l'autonomie des professionnels et des équipes est réaffirmée comme une priorité.

Rejoignant le sujet de la qualité de vie au travail comme enjeu prégnant depuis des décennies, faire de la qualité un levier de transformation des établissements est désormais également un impératif. Les sujets d'attractivité et de fidélisation constituent une des préoccupations principales des établissements hospitaliers, afin non seulement de pourvoir les postes de personnel médical et non médical, mais de leur assurer un bien-être au travail et une charge de travail satisfaisants.

Sur le patient, la promotion de l'expérience du patient dans les soins paraît aujourd'hui indispensable afin d'offrir des soins de qualité, de définir des parcours cohérents et adaptés, et de promouvoir l'attractivité de l'hôpital public.

Les thématiques de l'inclusion du numérique en santé avec l'adoption de nouvelles technologies médicales et l'intégration de solutions numériques dans les soins, de la transition écologique avec l'impact connu des établissements de santé sur le volume d'émissions de gaz à effet de serre, imposent à différents endroits, une conduite du changement, une gestion de projet, et des défis à relever.

Dans ce contexte, et si le design était un élément contributif à l'émergence d'une nouvelle conception de la performance, une manière de faire projet autrement, centrés sur l'humain, le respect des expériences et des individus ?

1.3.3 Exemples dans les CHU de France

Dans les établissements hospitaliers, on retrouve différentes approches du design.

Tout d'abord, le design intimement lié au concept d'éthique du care, et impliquant une réflexion sur les interactions entre le design et le soin, le prendre soin, le juste soin.

Exemples : l'agence User Studio (Care and Co de Denis Pellerin et Marie Coirié), l'agence d'intérêt général Vraiment Vraiment (travaillant en lien avec l'ANAP), les SISMO, adossé à la Chaire de philosophie à l'Hôpital de Cynthia Fleury.

D'autre part, le design centré sur l'amélioration du parcours patient, plus pragmatique en se basant sur l'expérience patient. La méthodologie y est très importante, avec des approches collaboratives, de patients partenaires.

Exemple : l'agence Oziris

Enfin, l'hôpital peut être considéré comme un lieu d'expérimentation et de co-portage de projets d'innovations, adossés à des tiers lieux.

Exemples : les tiers lieux (fab lab).

A travers l'émergence du Réseau de design hospitalier institué en 2023, un panorama des différents modèles plus ou moins intégrés d'innovation par le design dans les hôpitaux

français est désormais disponible. (cf. *Annexe n°1. Carte de France du Réseau du design hospitalier*)

De l'extension d'un programme « Culture et Hôpital » à Strasbourg avec la Fabrique de l'hospitalité, le laboratoire d'innovation des Hôpitaux universitaires, ou à travers la mission de préfiguration et les désormais « chantiers d'attention » du lab-ah du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, différents exemples de projets de design hospitalier réussis peuvent être présentés, ayant apporté des transformations significatives visant à améliorer la vie des patients et des professionnels grâce à des méthodes créatives et participatives, les premiers exemples concrets sont portés par ces deux établissements.

Des structures annexes se développent également adossées ou intégrées aux hôpitaux (les labs à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : la Petite Fabrique à Bichat-Beaujeon ; la Ruche pour la thématique transversale de l'innovation managériale ; Broca living lab pour l'innovation technologique et psychosociale pour les personnes âgées ; le fab lab Héphaïstos centré sur le numérique à Bicêtre), avec des compétences tournées davantage autour du design thinking ou de la facilitation pour les cadres et directions dans le pilotage de projets de transformation.

Enfin, on retrouve également des designers « embarqués » dans l'organisation hospitaliers, salariés, et associé à une direction afin de poursuivre un objectif spécifique (CHU de Nantes ; Direction de la Stratégie et de la Transformation de l'APHP, MIOEP du CHU de Montpellier)

Matthieu Ruthy, designer à l'APHP², a réalisé une classification du design qui permet de comprendre les différents usages qu'il peut en être fait. Il décrit ainsi six champs d'actions, que sont :

- Stratégie / organisation : aide à la définition de stratégies (analyse des usages, de l'expérience vécue, méthodes itératives)
- Service / expérience : conception ou amélioration de services (fonctionnalité, forme)
- Information : amélioration des dispositifs existants (pertinence, forme)
- Numérique : conception de dispositifs numériques (structuration de l'information, services proposés par l'outil)
- Outil / dispositif : production d'objets ou de dispositifs visant à améliorer le quotidien des usagers
- Espaces : réflexion sur les espaces, leurs usages, et la manière dont leur agencement impacte la perception et le comportement des usagers.

² Cartographie et explications des six champs d'actions du design de Matthieu Ruthy, designer à l'APHP.

Si les « soins » ont été le premier champ investi par ces projets de design à l'hôpital, impliquant parfois la sphère « administrative » de par les activités connexes réalisées (admission du patient, saisie du dossier médical, compte rendu d'hospitalisation...), les sphères « logistiques » et « techniques » font encore peu l'objet de projets, mais pourraient être envisagées dans le cadre de la conduite de projets plus largement transversaux.

1.4 Des prérequis pour une mise en œuvre réussie du design hospitalier

1.4.1 Le positionnement actuel du design hospitalier est à renforcer

Certains obstacles potentiels invitent à développer des stratégies pour les surmonter et assoir le positionnement du design à l'hôpital.

Un appui institutionnel fort

Le déploiement du design hospitalier nécessite un terreau favorable avec déjà quelques ouvertures sur le plan de l'innovation, un acteur hospitalier porteur du sujet, motivé et capable de jouer les traducteurs entre l'univers de l'hôpital et celui du design. Identifier un espace possible au croisement de la gouvernance, du terrain, et des écosystèmes d'innovation internes et externes. Le design doit être positionné à un niveau stratégique dans l'organisation pour pouvoir disposer d'une marge de manœuvre et une autonomie d'action pour agir en transversalité et dialoguer avec la gouvernance et les directions fonctionnelles. Souvent, le besoin institutionnel identifié au départ justifie un rattachement à haut niveau, le plus souvent directement à la Direction Générale, afin de développer l'expérience patient ou accompagner le rapprochement culturel.

Promouvoir la transversalité

Les interventions sont éminemment transversales, l'hôpital ayant peu l'habitude de la transversalité, le design hospitalier heurte nécessairement les silos de l'organisation. De ce fait, le modèle reste fragile et très fortement soumis au risque d'être mal compris à chaque changement de la gouvernance de l'établissement. On peut voir dans les exemples de labs des possibilités de projets transversaux menés sur le long terme.

La méthodologie et la temporalité du projet

La demande initiale dans les projets est principalement issue du terrain médico-soignant.

Les phases d'immersion sont globalement assez longues. Les points communs dans la conduite des projets sont les méthodes de co-construction, l'implication du regard patient aux côtés des équipes de soins et l'importance de la mise en récit, pour mettre en exergue la pluralité des regards ou pour rendre visible ce qui ne l'est plus. La démarche globale vise à formuler des solutions tangibles qui seront le fruit d'itération évaluées par les équipes et les patients.

La production de valeur

La transformation progressive des pratiques par l'intégration de l'expérience patient passe ainsi par la création de nouveaux outils de soins pour améliorer la prise en charge holistique du patient, la consolidation de la dynamique d'équipe, l'amélioration de la qualité de vie des équipes.

Un nouveau métier de designer à l'hôpital

Le designer, de par sa formation et sa sensibilité, a le sens de l'esthétique, des formes, des couleurs, de la lumière, des sons, des matières et des matériaux, de l'ergonomie et de la lisibilité, de l'interaction... Il développe une manière de penser combinant l'empathie pour se mettre à la place de l'utilisateur, la créativité dans la production de propositions et la rationalité d'analyse pour proposer des solutions adaptées aux problématiques, et est ainsi capable de transformer des idées et concepts en formes.

1.4.2 Certains points de vigilance imposeront de réviser sa posture

Des points de vigilance sont à intégrer, et portent principalement sur la tension permanente entre l'intégration et l'autonomie :

- Une fonction d'accompagnateurs de projets : L'implication des parties prenantes reste l'invariant, mais le tiers accompagnant doit guider la démarche et l'appropriation des outils et méthodes par les acteurs eux-mêmes.
- La conservation d'une posture exogène qui crée de la valeur dans le projet (l'étrangeté est féconde), par cette position de tiers naïf. Cette posture peut cependant isoler dans l'organisation hospitalière et pourrait contribuer à en faire un objet accessoire.
- Un besoin contradictoire de connaissance des codes internes, des contraintes, des zones de tension de l'hôpital – atout essentiel pour déjouer le risque de superficialité.

- Un besoin de conserver un « regard tiers » et de dévier le risque de s'institutionnaliser.

Répondant à ces principes généraux, la Mission innovation organisationnelle et expérience patient du CHU de Montpellier s'est établie comme un dispositif expérimental, visant à améliorer l'expérience patient – soignant – accompagnant et à faciliter la vie quotidienne des équipes et des patients, afin de renforcer l'hospitalité dans les espaces et les parcours. L'équipe de la MIOEP a ainsi été construite autour d'une directrice d'hôpital, Emmanuelle Garnier, et d'une designer, Caroline Tricaud, émanant de la volonté de créer une alliance pour ancrer la démarche au terrain, et pour ancrer la démarche à l'échelle de l'institution, en étant présent au comité de direction (CODIR) du CHU, et ainsi faire l'alliance stratégie et design.

La mission se trouve ainsi à l'interface vie institutionnelle et vie du terrain, pour s'assurer d'une place crédible à chaque niveau de l'institution. A cela, une dimension recherche a été ajoutée, afin de comprendre, prendre de la hauteur sur les pratiques, publier et évaluer, avec le travail d'une designer doctorante, Loélia Rapin.

~

A considérer sous toutes ses acceptions, le design est une discipline singulière dont la place à l'hôpital fait aujourd'hui sens.

L'enjeu de la seconde partie sera d'évaluer cette mission à l'aune de ses deux années d'existence, afin d'essayer d'objectiver ce que le design hospitalier et les projets accompagnés emportent véritablement pour les professionnels et les organisations, en termes de transformation.

2 Les apports d'une démarche d'innovation par le design

Evaluation de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient du CHU de Montpellier

Les objectifs initiaux de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient étaient de regarder les problématiques via de nouveaux prismes et ainsi de confronter les expériences et les différents récits, d'investir les soignants dans la résolution de leurs problématiques, et de susciter les interactions pluri-professionnelles, l'engagement et la mise au travail commune autour d'un dialogue d'équipe.

L'évaluation qui a été menée cherche à identifier les implications sur les professionnels d'une telle démarche, notamment en termes de qualité de vie au travail, et celles sur la transformation des organisations.

2.1 La MIOEP à l'épreuve du test

La mission innovation organisationnelle et expérience patient (MIOEP) du CHU de Montpellier a été créée en janvier 2022 et vise à améliorer la vie quotidienne et l'expérience utilisateur des patients, accompagnants et professionnels de santé du CHU de Montpellier. Pour ce faire, elle mobilise les outils de l'innovation centrée sur l'humain et du design global dans les accompagnements proposés.

Elle est structurée autour de plusieurs secteurs : un secteur digitalisation du parcours patient –un secteur promotion de l'expérience patient et un secteur innovation qui nous intéresse.

Le fil rouge est toujours d'améliorer pour et par les expériences patients, accompagnants, professionnels. Aux côtés des projets avec un outillage par le design (digitalisation du parcours patient, Aurores Méditerranée partenariat patient), de l'accompagnement à la prise en compte de l'expérience patient et de la promotion du partenariat en santé (patient partenaire, UTEP), ce sont plusieurs projets de démarche d'innovation par le design qui ont été lancés :

- Les urgences adultes
- Les urgences pédiatriques
- Le parcours AVC
- Le service d'urologie
- L'hospitalisation de jour (HDJ) nutrition-diabète

Le CHU a souhaité développer cette activité dans l'objectif de soutenir les équipes dans la résolution de problématiques diverses (parcours, performance, espace, hospitalité...) et

accompagner la transformation des pratiques au bénéfice d'une meilleure expérience globale pour les usagers.

La nature des projets accompagnés par la mission innovation était variée des projets institutionnels, des projets prioritaires du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des projets émanant d'un appel à projets interne visant à une appropriation des démarches d'innovation centrée sur l'humain et du concept d'expérience patient ou de l'animation d'une communauté de pratique interne et externe

Un processus d'organisation et d'intégration à la gestion de projet du CHU a été pensé, suite à une saisine libre des professionnels de la MIOEP, le projet est présenté en comité stratégique qui priorise et aide à l'orientation. De l'accord préalable découle une contractualisation avec le pôle définissant les engagements réciproques et les participations financières croisées. A l'issue de la phase exploratoire, le projet sera de nouveau présenté en comité projets.

De manière opérationnelle, la MIOEP souhaite contribuer à diffuser une nouvelle culture de la résolution de problématiques et de gestion de projet, en favorisant des ingénieries piochant des éléments du design pour davantage d'agilité et usant de la créativité, basées sur les usages, intégrant les parties prenantes, et laissant une place à l'essai-erreur et l'expérimentation

Les moyens financiers comprennent le budget d'expérimentation (fixe par projet) et de déploiement en lien avec l'enveloppe dédiée aux pôles, pour les projets d'accompagnement d'une équipe. Afin de compléter ces fonds propres, la mission a recours au Fonds Guilhem (le fonds de dotation du CHU) ainsi qu'à des appels à projets extérieurs.

Dès sa création, certains indicateurs d'évaluation ont été déterminés.

Il est prévu que la mission définisse avec l'équipe et le pôle, les objectifs attendus du projet a priori en intégrant des indicateurs permettant de mesurer :

- La satisfaction patient / professionnel : l'évaluation de la satisfaction utilisateur pourra être réalisée via des questionnaires, focus groupes ou entretiens individuels, des éléments quantitatifs (nombre de personnes formées, visibilité). Ces indicateurs seront repris en partie dans l'évaluation proposée de la mission elle-même.
- Les impacts d'organisation, de parcours, d'évolution des pratiques attendues dans le projet : pourront mobiliser différents outils (conception d'outil de mesure de l'efficacité à travailler avec l'ANAP ; schéma/outil de visualisation avant/après ; nouvelles procédures mises en place ; reportage photographique et articles de valorisation scientifique des réalisations ; documentations produites à l'appui de la

transformation : affiches, supports divers, intégration portail patient ; présentation et communication par les acteurs eux-même).

- Les impacts de qualité et sécurité des soins attendus (en lien avec la Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).

En parallèle, une évaluation par projet est également menée par les designers de la mission.

2.2 Culture de l'évaluation

2.2.1 La culture de l'évaluation dans le secteur de la santé est une pratique désormais admise

Évaluation de la qualité des activités de soins, évaluation de la performance des activités hospitalières et logistiques, évaluation des pratiques professionnelles, évaluation de la satisfaction du patient, elles se multiplient afin de faire état et d'améliorer les pratiques et les prises en charges dans les établissements hospitaliers.

Les enjeux de l'évaluation sont nombreux au regard grande liberté de méthode, de projets, et de réalisations, mais aussi dans une optique d'amélioration continue des pratiques et de l'accompagnement à la transformation proposé par la direction.

Cette nécessité d'évaluation découle tant des contraintes économiques et administratives que de la singularité de la mission. Comment le design hospitalier peut-il démontrer son impact pour pérenniser et conforter ses actions durablement ?

Pour mener à bien ma mission, je me suis interrogée sur la manière et le procédé pour évaluer ce type de mission et ses effets (ce que ça emporte), les indicateurs à utiliser et les objectifs initiaux fixés, avec l'idée de m'inspirer de ce qui se fait non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi des politiques publiques et de l'innovation publique.

2.2.2. L'évaluation des projets d'innovation publique, et d'innovation par le design se structure autour des impacts attendus et inattendus

Les premières évaluations des projets de design³ commencent à voir le jour. Parallèlement, les principes de l'évaluation des projets d'innovation publique sont renforcés, notamment par le travail de la DITP et d'Adélie Lacombe (designer), qui structure son évaluation autour des impacts attendus, inattendus, voire indirects (identifier les objectifs principaux du projet mené), d'hypothèses à vérifier, et d'indicateurs à prouver (de bilan, de résultats et

³ Journée de sensibilisation à l'évaluation de la DITP / équipe innovation, Juillet 2023

d'impacts), de la collecte des données (selon les indicateurs déterminés et les impacts attendus). En ce sens, les impacts sont considérés comme l'ensemble des changements et transformations induites par un projet, un dispositif ou une politique publique. L'évaluation d'impact a une définition bien précise et constitue le processus visant à comprendre, mesurer ou valoriser les effets, négatifs ou positifs générés par une organisation sur ses parties prenantes (AVISE, ESSEC et MOUVES, Petit précis de l'évaluation d'impact social, 2013)

En outre, la 27^e Région a également travaillé sur le sujet de l'évaluation⁴ et sur la posture à adopter, en posant quelques prérequis : orienté résultat, soucieux d'utilité, sceptique, systématique, attentif aux valeurs, curieux, empirique, et réflexif.

Les labonantes ont aussi construit des supports guidant la conduite de l'évaluation, décrivant les différents modes d'actions et méthodes, à partir du descriptif de la situation actuelle vers la projection de la situation désirée. A partir de cette théorie, le cabinet de conseil Quadrant a décrit cinq scénari d'évaluation dont il sera possible de s'inspirer.

Dans cette lignée, et en lien avec Strategic Design Scenarios, l'Agence française du développement (AFD) a développé une cartographie des usages afin de mener des évaluations d'impacts. Les usages sont classifiés en fonction de ce qu'ils produisent : usages stratégiques, d'amélioration continue, au service du dialogue (renforcer les capacités, dialoguer avec les partenaires), au service du pilotage (réfléchir avec l'équipe, suivre sur la durée). Selon chaque usage, une méthode d'évaluation est préconisée.

« Tout le monde prétend vouloir innover, transformer, co-concevoir...d'accord, mais dans quel but ultime, et comment ? Quels sont les résultats concrets à la fin ? Comment distinguer les démarches engagées et rigoureuses des initiatives dictées par la comm' et l'innovation-washing ? » (La 27^e Région)

Les vertus de l'évaluation ne sont, elles, plus à démontrer pour rectifier ou consolider des programmes ou des démarches. En effet, s'inscrire dans une approche évaluative permet de rendre visible les effets directs, mais aussi les effets indirects produits par la démarche. C'est dans ce cadre que l'évaluation de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient a été conduite.

⁴ « Et si, après tout, l'évaluation c'était cool ? », La 27^e Région, Juin 2023

2.3 Méthodologie et terrain

2.3.1 Contexte de la recherche

Initialement chargée d'une mission de rédaction d'un cahier des charges afin de proposer une formation-action aux professionnels du CHU, avec le concours d'une agence de design et d'accompagnement des projets de transformation publique (La Grande Bobine), il s'agissait ensuite de mettre en place cet appel à projet interne, définir ses contours, communiquer, sélectionner les projets lauréats, et organiser les sessions de formation afin d'encapaciter les professionnels dans la résolution de la problématique d'équipe énoncée. Dans ce cadre, j'ai été amenée à accompagner plusieurs équipes (réanimation médicale, réanimation digestive, et imagerie médicale) autour des différents temps de la formation-action.

En parallèle de cette mission, une évaluation de l'ensemble des projets accompagnés par la MIOEP devait être réalisée, afin d'évaluer, de préconiser et d'adapter l'accompagnement proposé ultérieurement au terme des deux années de la mission.

2.3.2 Terrain de la recherche

Cette recherche s'est déroulée au sein du CHU de Montpellier, et a impliqué les professionnels de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient, ainsi que l'ensemble des parties intégrées dans un projet accompagné par la mission (chef de service, praticien hospitalier, cadre de santé, cadre supérieure de santé, infirmiers, diététicien, assistante médico-administrative, aide-soignante, auxiliaire de puériculture...)

Il s'agit des projets d'innovation et d'accompagnement « terrain » à savoir :

- Les urgences adultes
- Les urgences pédiatriques
- L'urologie
- L'HDJ nutrition-diabète
- Le parcours AVC

L'objectif du projet de recherche est d'évaluer l'impact de la MIOEP propre au CHU de Montpellier, ses apports sur la thématique traitée, et l'amélioration des modalités de prise en charge du patient et d'organisation du travail pour les professionnels ; et intrinsèquement sur le travail réalisé par les professionnels accompagnés, la perception de leur travail, et sur leurs conditions de travail.

2.3.3 Méthode adoptée

Pour ce faire, plusieurs entretiens semi-directifs ont été menés avec ces différents professionnels, à partir d'une grille d'entretien favorisant les échanges, à partir d'une question simple d'exposition, puis autour de questions d'attitude, et de mesure positive du bien-être au travail (Biétry et Creusier, 2013).

Les entretiens ont duré approximativement trente minutes (entre vingt minutes et une heure). (cf. *Annexe 2. Liste des fonctions des personnes interrogées*)

L'ensemble des observations ont été complétées par une bibliographie issue d'articles spécialisés, de la littérature, et d'actualités dans le champ de l'innovation publique, du design public et hospitalier, du secteur sanitaire.

2.3.4 Questions de recherche

Trois angles ont été priorisés dans l'analyse des résultats :

- Sur l'intérêt de la démarche : ce qui a suscité de l'intérêt vs. ce qui a été décevant ;
- Sur la perception des différentes phases d'une démarche de projet d'innovation par le design et l'outillage proposé : du process, de l'immersion, des temps collectifs, des outils mis à disposition, des temps d'expérimentation ;
- Sur les échelles liées à la mesure du bien-être au travail : « *Est-ce que la démarche de design suscite de l'engagement pour les professionnels, joue sur la QVT, le sens au travail, donne du sens ?* ».

En effet, les interrogations portées par les professionnelles de la mission étaient de l'ordre de « *Que savons-nous en profondeur des effets que nous produisons ? Qu'est-ce que la démarche emporte ?* ».

Pour ma part, la recherche d'un impact QVT était particulièrement important au regard de la résonance qu'avaient eu ces projets dans ma perception de la conduite du changement et de la résolution des problématiques à l'hôpital. Aussi, je souhaitais m'intéresser à l'impact sur les agents impliqués : « *A-t-on renforcé la capacité d'agir, nourri une appréhension nouvelle des problèmes, de nouvelles compétences, un sens retrouvé ?* ». Un volet de l'évaluation devait porter sur la culture au sein de l'établissement « *La démarche de la mission et les projets menés ont-ils permis de questionner les normes et les procédures actuelles, de diffuser une culture de l'essai-erreur ; ont-ils fourni une démonstration de la pertinence d'un travail moins en silos, d'un management plus horizontal ?* »

L'ambition de l'évaluation portait également sur la démarche en soi : essayer d'identifier les process ou les méthodes les plus utiles, trouver une adéquation entre une situation donnée et une méthode à utiliser, selon l'objectif fixé ; identifier des outillages appréhendables facilement ; et surtout voir la transposition possible des travaux déjà menés pour permettre un passage à l'échelle à l'ambition de l'institution.

2.3.5 Limites de la démarche

Le cadre temporel, le temps de l'imprégnation dans les travaux de la mission innovation, et autres contraintes organisationnelles et de faisabilité ont conduit à certaines limites dans l'évaluation menée.

En premier lieu, cette évaluation des effets des démarches portées par la MIOEP a été menée sans que les projets accompagnés auprès des équipes soient aboutis, la majorité des projets en étaient encore à la phase soit d'expérimentation, soit de déploiement sans que toutes les solutions soient déployées. Cela a pu générer de la confusion pour les professionnels dans les questions portées.

En deuxième lieu, j'ai mené cette évaluation avec le parti pris d'interroger la valeur que cela produit en termes d'engagement au travail et de sens, afin de rechercher le lien entre les pratiques de design et la valeur des soins, et l'alignement des valeurs. Je souhaitais faire de la valorisation des expériences professionnelles, (au-delà des expériences patients) le cœur de cette évaluation.

En troisième lieu, aucune enquête d'évaluation n'a été menée du point de vue du patient, aucun patient n'a été interrogé dans ce cadre (contrairement aux projets pour lesquels ils étaient parties prenantes). Ce choix a été fait afin de se centrer sur les effets de la démarche sur les professionnels.

En quatrième lieu, cette évaluation est centrée uniquement sur la MIOEP du CHU de Montpellier puisqu'une des ambitions de cette évaluation était d'établir des enseignements sur les points forts et pointes faibles de la démarche à cette échelle. Le mémoire tente néanmoins d'établir par analogie les apports d'une pratique du design intégré à l'hôpital, de manière générale. L'expérience des autres établissements hospitaliers a été perçue et complétée uniquement par des lectures académiques, des visionnages de colloques, formations ou podcasts.

Enfin, évaluer nécessite des points de comparaison parfois peu évident à identifier dans une démarche si singulière.

2.4 Méthodes d'évaluation en design

La phase d'évaluation vient conclure le processus de conception itératif après la planification, l'exploration, l'idéation et la génération.

Plusieurs évaluations pouvaient être menées autour des projets accompagnés par la mission innovation organisation et expérience patient (MIOEP) du CHU de Montpellier : celle afin de tester la qualité des solutions proposées auprès des patients, mais également celle afin d'identifier l'impact sur les professionnels de ce type de démarche, et intrinsèquement sur la perception de leur travail et la potentielle incidence sur leur bien-être au travail.

La matière issue de cette évaluation permet de valider ou infirmer ces solutions, de proposer des améliorations, et des perspectives sur l'accompagnement proposé.

Les méthodes de démarche UX proposent une typologie de démarches d'évaluation, parmi lesquelles :

- La complétion de phrases : est une méthode qualitative dont le principe est de proposer aux utilisateurs des débuts de phrases à compléter spontanément (« Quand j'utilise ce produit, je me sens... »). Il s'agit d'une méthode qui peut se faire à distance ou en ligne, permettant de collecter des données qualitatives nombreuses et extrêmement riches ; méthode ouverte, elle permet de produire des réponses au plus près des sentiments et attitudes des utilisateurs (patients, proches, et professionnels). Cette méthode sera utilisée pour compléter les entretiens semi-directifs.
- Les courbes d'évaluation UX : est une méthode qui permet d'évaluer l'expérience utilisateur de manière rétrospective. Cette méthode est davantage adaptée à la fin du processus de conception, ou après le déploiement, quand les solutions sont fiabilisées.
- Les échelles d'utilisabilité : est une méthode qui permet principalement de mesurer la facilité d'utilisation d'un système, perçue par les utilisateurs. Il s'agit d'un moyen fiable et reconnu pour recueillir l'avis des utilisateurs.
- Les échelles UX : est une méthode qui permet d'évaluer la qualité globale de l'expérience utilisateur à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Il a l'avantage de pouvoir être réalisé pendant les multiples cycles itératifs. Les résultats sont facilement exploitables de manière quantitatives sous forme de scores ou de

graphiques. Cette méthode pourra être utilisée sur les solutions déployées dans les services (*La mise en place de paravent en consultation d'urologie répond t'elle au besoin ? Disposer du temps d'attente dans la salle d'attente aux urgences rend t'elle mon expérience aux urgences moins pénible ?*).

- Le test des 5 secondes permet d'évaluer la première impression d'une solution, et pourrait servir la même fonction que la précédente, une fois les solutions déployées et testables.
- L'évaluation des émotions : est une méthode qui permet d'évaluer la composante subjective de l'expérience émotionnelle. Il s'agit d'aller plus loin que l'utilisabilité, de ne plus seulement prévenir les émotions négatives, mais aussi de susciter des émotions positives. Les émotions étant de puissants facteurs de motivation.
- Les tests utilisateurs : est une méthode qui permet d'évaluer la manière dont les utilisateurs réalisent leurs tâches, à partir d'observations.
- L'évaluation experte (fait partie des méthodes dites d'inspections), tout comme l'inspection cognitive.
- Le journal de bord peut permettre le suivi de la démarche – mais cet outil devait être construit par l'équipe projet dès le lancement de la démarche. Il n'est pas possible de le créer à posteriori.

L'enjeu est de dépasser les biais du questionnement direct. En effet, les personnes interrogées ont du mal à exprimer leur expérience quand on leur demande explicitement de le faire, et le biais de désirabilité sociale fait que chacun souhaite montrer une image positive de soi. Aussi, le questionnement direct amène souvent des informations générales, l'idée est de permettre un meilleur recueil du feedback négatif des utilisateurs, indispensables à l'amélioration des solutions, et des accompagnements proposés.

L'idée – en l'espèce – est de pouvoir questionner : le process, les temps collectifs, les outils mis à disposition, les différentes phases du projet, les expérimentations, l'appréhension de la temporalité, ce qui a suscité de l'intérêt et ce qui a pu être décevant.

Pour ce faire, à des entretiens semi-directifs (cf. *Annexe 3. Grille d'entretien semi-directif*) (organisés autour d'une question simple d'exposition, des questions d'attitude en 4 items, puis une mesure positive du bien-être au travail), a été ajouté un questionnaire exploratoire à partir de la méthode « Complétion de phrases ». (cf. *Annexe 4. Questionnaire complémentaire autonome*) dans lequel était associée une évaluation des émotions à chaque étape du process a également été proposée.

2.5 Analyse des résultats

2.5.1 Une perception générale des professionnels très positive à l'égard de la démarche

L'ensemble des entretiens démontrent une perception extrêmement positive de la démarche, comme processus dans sa globalité, illustré par des verbatims extrêmement laudatifs.

La démarche semble avoir eu un impact largement positif, et en tout état de cause a été appréciée, tant par les professionnels sur les temps qu'ils y ont consacrés, que par les effets produits sur leur service et sur les patients pris en charge.

Sur les effets qu'elle emporte, les résultats sont plus mitigés, toutes les hypothèses n'étant pas validées.

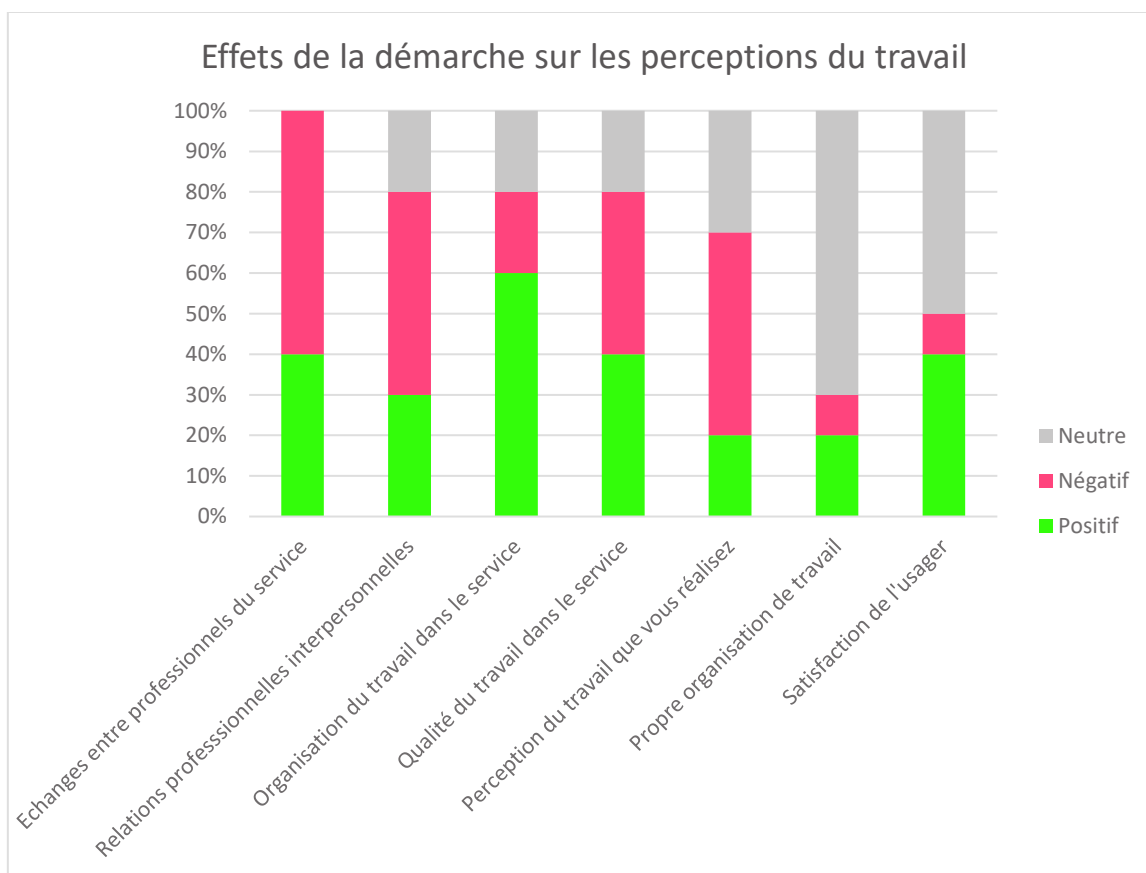
2.5.2 La démarche a un fort impact sur l'organisation du travail interne, et sur la prise en charge proposée aux usagers

L'utilisation des échelles a permis via un indicateur objectif de fournir un support aux échanges avec les professionnels. Elle nous permet, dans une moindre mesure, sur ce petit échantillon, une comparaison entre les différents répondants.

Les résultats sont analysés autour de différentes échelles : une échelle de bien-être au travail ; la limite étant qu'aucune mesure à proprement parler du bien-être au travail ayant été réalisée avant la mise en place de la mission, la mesure après actions ne pourra pas être comparée avec un résultat antérieur, une échelle de transformation organisationnelle.

Selon Biétry et Creusier (2013) et leur proposition d'une échelle de mesure positive du bien-être au travail, les analyses hédoniques et eudémoniques du concept conduisent à mesurer des éléments sur le plan organisationnel (effets sur la qualité du travail, les comportements pro-sociaux, la productivité organisationnelle, la satisfaction de l'utilisateur), ainsi que sur le plan individuel (résilience psychologique, sentiment de compétence, de performance individuelle, fidélisation).

Nous présentons ci-dessous les résultats provenant de ces échelles, pour leur interprétation, nous complétons ces résultats par l'analyse des verbatims provenant des entretiens eux-mêmes.



En majorité, les interviewés n'estiment pas que la démarche menée a favorisé les relations interpersonnelles (à deux exceptions notables). Cela est principalement dû au fait que les professionnels témoignaient qu'ils interagissaient déjà facilement avec leurs collègues pour les prises en charge.

En revanche, il y a une forte hétérogénéité de perception concernant l'effet sur les échanges entre professionnels du service. Les journées de lancement, de retour d'immersion et de sélection des expérimentations ont été largement appréciées notamment dans leur aspect de facilitateur pour regrouper une équipe. La convivialité de ces moments, et le fait même de sacraliser ces temps sur les plannings ont été salués (« *Les temps de partage, ça a fait du bien, l'occasion aussi de sanctuariser du temps avec l'intégralité de l'équipe* », Praticien hospitalier, Urologie)

En tout état de cause, la démarche est perçue comme ayant amélioré l'organisation du travail par quasiment tous les répondants. Le fait de se réunir volontairement autour d'un sujet commun, pour l'amélioration du travail réalisé dans le service, de partager autour des difficultés rencontrées, d'exposer chacun son avis du point de vue de son métier et de son

poste de travail, permet d'aboutir à une organisation du travail plus fluide, tant dans la communication, que dans les outils déployés pour agir collectivement.

Cependant, la perception est plus ambivalente concernant la qualité du travail elle-même, tant sur ce qu'elle engendre que sur la perception qu'ils ont de leur propre travail (le faire mieux).

Enfin, les répondants sont convaincus que la démarche a amélioré l'expérience patient, et intrinsèquement la prise en charge de l'utilisateur, que les solutions (si elles sont déjà déployées) sont bienvenues (et manifestent une certaine hâte d'évaluer objectivement les résultats pour celles qui ne le sont pas encore), mais perçoivent déjà à ce stade, que ça solutionne les problématiques soulevées par eux et par les patients.

2.5.3 Une discipline singulière aux effets pluriels sur le plan individuel, collectif, et institutionnel

Les entretiens font ressortir plusieurs thèmes fréquents sur les effets perçus de la démarche sur le collectif, l'engagement professionnel, l'organisation du travail et l'amélioration tant des conditions de travail que des conditions de prise en charge du patient. Les éléments valorisés sont donc de plusieurs ressorts :

La prise en compte de l'expérience professionnelle

Le vécu professionnel a été un des entrants de l'immersion, et la valorisation de cette donnée semble être appréciée par les dits professionnels.

« On a été très impliqués, ils (la mission innovation) ont su nous questionner, et ça valorise. On voit que ce qu'on dit est entendu » (IDE, Urgences adultes).

Le partage d'expérience entre collègues

Les professionnels interrogés soulignent l'intérêt de la démarche de permettre des temps d'échange et de partage d'expériences entre collègues d'un même service, ou intervenants sur le même parcours de prise en charge du patient.

« Tous les intervenants de la chaîne étaient autour de la table, et c'était efficace pour un partage des expériences de chacun (...). Ça a amélioré notre connaissance des problématiques des uns et des autres, connaître les difficultés des autres. », (Cadre de santé, SAMU Centre 15 sur le Parcours AVC)

« De connaître les tâches de chacun, ça a permis de remonter les soucis. (...) de s'écouter, d'essayer de trouver des solutions, autre que du matériel » (IDE puéricultrice, Urgences pédiatriques)

Une réflexion commune sur ses pratiques, autour d'un but commun

Les professionnels ne font pas tant part de l'aspect fédérateur de ce type de démarche, mais valorisent en revanche l'enrichissement mutuel permis par les temps collectifs, lors des confrontations de pratiques, de points de vue, d'expertises et de compétences.

« Ça remotivait, c'était super de se poser ensemble des questions sur la manière d'accueillir » (IDE puéricultrice, Urgences pédiatriques)

Si la démarche était à l'initiative du service, les professionnels qui y prenaient part étaient libres. Ainsi, « chaque personne savait pourquoi il était là », « tous autour du même but », dans une optique d'amélioration des conditions de travail et de prise en charge. La première étape consistait justement à formuler ensemble la/les problématique(s) sur lesquelles travailler collectivement.

La démarche d'innovation par le design comme révélateur des dysfonctionnements

A maintes reprises, les répondants ont pu signifier que la démarche permettait de « pointer du doigt », « mettre en évidence », « des difficultés évidentes que l'on ne voit plus », comme un révélateur extérieur des difficultés intérieures.

« J'avais l'impression que le projet innovation était plutôt pour lever des verrous sur un sujet sur lequel les gens ne voulaient pas voir, sur des choses évidentes » (Cadre de santé IADE, SMUR sur le Parcours AVC)

La démarche d'innovation par le design a également été évaluée, sur les aspects méthodologie et outils proposés, le format, et la posture du designer.

En effet, il a également été très largement souligné différents aspects de la démarche d'innovation par le design qui ont permis de réunir les conditions propices à un travail collaboratif, à l'émulation d'idées ingénieuses et adaptées à la situation de terrain.

Malgré parfois, une appréhension initiale (certains répondant se disaient « sceptique que ce soit superficiel, mais j'ai été vite convaincue »), la démarche déployée a été fortement appréciée.

L'expertise et le positionnement extérieur du design

Deux points principaux ont été mis en exergue :

- L'expertise du designer, et sa créativité permettent de conduire le projet de manière facilitée, et d'aboutir à des solutions innovantes.

Le designer « *lève les contraintes techniques, il a du temps dédié que nous n'avons pas, c'est quelqu'un qui s'occupe, et fait évoluer la pensée, via l'intelligence collective, en permettant la visualisation et pour ça je lui suis très reconnaissante* » (Diététicienne, HDJ Nutrition-diabète).

D'autres soulignent l'apport des designers, non seulement leur expérience et leurs compétences permet d'imaginer des solutions innovantes, mais dans la facilitation à la compréhension, leurs qualités graphiques « *permettent de tangibiliser les éléments sous forme d'éléments visuels, ce qui permet d'avoir des supports communs au sein de l'équipe* » (Chef de service, Urologie) et ainsi développe un langage commun et de faciliter la projection à l'échelle individuelle et collective.

Cela est d'autant plus précieux que les projets menés sont souvent transversaux, touchent à des problématiques d'espace, d'orientation, d'information, de répartition des tâches. L'approche du designer permet ainsi de faciliter la compréhension de cette complexité, complexité amendée par l'absence de visibilité a priori des solutions auxquelles l'accompagnement va aboutir,

- La posture extérieure du designer

Le designer apporte « *Un œil neuf* » (Secrétaire médico-administrative, Urgences adultes) « *Avoir des personnes extérieures capables de synthétiser, avec des idées auxquelles on ne pense pas est un plus énorme* » (Médecin urgentiste, Urgences pédiatriques)

L'approche de la démarche est un plus, sans l'intervention de la mission innovation, les équipes ne semblent pas se dire en mesure d'aboutir à ces solutions (« ce n'est pas notre métier, on ne peut pas le faire sans vous »), ni de traiter les sujets de cette manière, réinterroger les expériences, proposer des solutions extérieures.

Le 'besoin' d'une personne extérieure – à savoir le designer – et compétente, interrogera ensuite le souhait d'une encapacitation des professionnels pour faire sans forcément l'intervention d'un tel professionnel.

Le format des ateliers collaboratifs : innovant, libérateur

Tranchant avec le fonctionnement hospitalier très hiérarchisé et vertical, la démarche d'innovation par le design use de méthodes et d'outils collaboratifs, afin de proposer des ateliers collaboratifs, de co-construction notamment.

De ces temps, certains professionnels en ont fait « *l'apprentissage sur la cohésion de groupe, la conduite de réunions* » et soulignent des temps « *détendus, et opportuns* ».

Ces modalités conduisent à une certaine libération de la parole : « *Les gens étaient très à l'écoute, moins crispé, comme on peut l'être parfois au CHU* » ; « *J'ai pensé : c'est trop cool, on va tout révolutionner, j'étais pleine d'espoir. Tout le monde se sentait libre de parler* » ; « *Les ateliers sont innovants, on n'a pas l'habitude de travailler comme ça* » (Coordinatrice, HDJ Nutrition-diabète).

Les temps collectifs sont appréciés : « *J'ai apprécié les ateliers de fin d'immersion pour faire les choix collectivement des pistes à tester* » (Médecin urgentiste, Urgences pédiatriques)

La temporalité du projet

La démarche n'a pas été décevante « *car on s'attendait à rien, et au contraire plus concluant que les autres projets de réorganisation ou de travaux habituels* » (Praticien hospitalier, Urologie).

Cela rejoint la question de la temporalité, d'une démarche d'innovation par le design, qui aurait pu paraître chronophage, ou sur un temps long, mais n'a pas semblé être un point de crispation ni de frustration pour les équipes accompagnées. Au regard des résultats obtenus in fine, les professionnels n'ont pas eu l'impression que la démarche était trop distendue dans le temps : « *Cela n'a pas paru si chronophage, dans le mesure où à la fin nous avons des améliorations pour notre service* » ; « *Cela a pris un peu de temps certes, mais ça a été bénéfique* » (Cadre de santé, Parcours AVC).

Au contraire, il a été souligné la célérité de la démarche contrairement à la gestion de projet / des travaux de transformation habituellement menée à l'hôpital. Les designers ont souvent été qualifiées de « *rapides et réactives* », le processus a été qualifié de « *plus rapide que d'habitude au CHU, vous êtes efficaces, je ne suis pas déçue par vos délais* », cette réactivité a ainsi été qualifiée « *d'agréable* ».

La temporalité et le flou induit par cette démarche exploratoire et itérative ne semblait pas poser de problème pour les équipes, qui ont confiance dans les professionnels qui les accompagnent.

La prise en compte de l'expérience patient

La prise en compte de l'expérience patient ressort également comme une plus-value de la démarche, notamment du temps d'immersion, où chaque expérience est récoltée, interrogée pour ensuite être valorisée.

« *L'étape la plus intéressante pour moi était l'immersion, qu'ils aillent auprès des patients, leur poser des questions directement* » (Educateur en activités physiques adaptées, HDJ Nutrition-diabète)

Les professionnels interrogés sont d'autant plus convaincus que la démarche a amélioré l'expérience patient, les solutions sont bienvenues, et manifestent de l'impatience d'évaluer objectivement les résultats des projets aboutis, mais perçoivent déjà à ce stade que les premières pistes solutionnent les problématiques soulevées par eux-mêmes et par les patients.

~

Les premières conclusions sont les suivantes : l'utilisation du design, dans des projets de résolution d'une problématique de terrain d'une équipe hospitalière emporte une très grande satisfaction des professionnels qui y ont été initiées de par la création de valeur intrinsèque à la démarche.

Elle semble remettre en position d'agir – du fait de la valorisation de leur propre expérience professionnelle, redonner du sens à sa pratique – par des échanges collectifs enrichissants et en adéquation avec l'expérience patient.

En revanche, et dans les limites de l'étude menée, elle ne semble pas emporter de conséquences sur le long terme sur le « travailler ensemble ».

Si l'impact, sur le bien-être au travail sur le plan individuel n'est que modéré (peu d'impact mesuré sur l'engagement au travail ou la perception de leur propre travail), celui sur l'organisation du travail à l'échelle collective d'une part, et sur l'amélioration de l'expérience patient d'autre part, semble absolument avéré. Cette perméabilité des expériences permet toutefois d'agir sur celle des professionnels à travers celle des patients, et inversement.

L'expertise des designers principalement est fortement valorisée, les professionnels ayant pris part à une telle démarche apprécient : la discrétion de l'immersion, la qualité visuelle,

esthétique, et ludique des restitutions/rendus d'atelier, le sens de l'écoute lors des ateliers de co-construction, la concrétisation rapide en solutions concrètes à leurs problèmes, l'apport d'une vision globale d'un parcours dans leur service, tout cela autour d'un partage d'expérience de chaque professionnel de l'équipe.

2.6 Ce que la démarche emporte

Un de mes axes de recherche était de savoir si les projets en design avaient un impact sur la qualité de vie au travail.

Si dans l'enquête directe sur les effets de la démarche sur leurs perceptions du travail, le sujet ne ressort pas directement, une corrélation plus indirecte a pu être établie.

En effet, Coirié et Delanoë-Vieux (2021) posent l'hypothèse que la qualité de vie au travail 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 attitude à traduire ces valeurs d'hospitalité dans les faits. L'apport du design se traduit par le fait de doter les soignants de moyens leur permettant de réaliser leurs missions en cohérence avec leur éthique professionnelle* » (Emmanuelle Garnier, 2021).

En parallèle la démarche a d'autres nombreux impacts :

- La création d'une plus-value pour le patient, par l'optimisation du parcours patient, et un alignement des expériences professionnelles et patients.
- L'amélioration de l'organisation du travail des professionnels, notamment par le renforcement des collaborations ;
- La mise en réflexion des professionnels sur leurs pratiques, leurs modalités de prise en charge proposées aux patients : ce qui en re-questionnant permet de redonner du sens ;
- La co-construction des projets pour favoriser leur appropriation, tant par les professionnels que par les patients : ce qui génère un pouvoir d'agir ;
- L'attention portée à la forme dans ce qui est produit par la démarche.

Du côté des professionnelles de la MIOEP (Emmanuelle Garnier, Caroline Tricaud, Loélia Rapin), la pratique est commune mais des modalités différentes sont appliquées selon les sujets adressés aux travers des projets (accueil et attente, intimité, parcours, information, coordination), et de la diversité des solutions mobilisées et retenues (numérique, objet, outil de communication, espace, mobilier, services).

La conduite des projets comporte de nombreux enjeux de coordination et d'appui pour « faire », même si – comme l'a démontré l'évaluation – les équipes ont une forte appétence

pour la démarche qui leur est proposée ; de coordination également avec les pôles et les projets institutionnels.

Il existe également un enjeu autour des besoins « urgents » et la possibilité d'être en capacité de tester très rapidement, même en version dégradé mais permettant une concrétisation, ce qui est complexe et met trop de temps.

A l'échelle de l'institution, le temps et l'investissement que demandent les projets, la production « artefact » peuvent être déceptifs avec un sentiment de mener trop peu de projets, pas suffisamment connectés aux ambitions de l'hôpital.

~

L'évaluation de cette mission permet d'identifier ce que la démarche d'innovation par le design emporte pour les patients en premier lieu, mais également pour les professionnels, à l'échelle individuelle et institutionnelle.

La troisième partie permettra d'établir des enseignements généraux, sur la valeur transformative de ce type de démarche, sur les leviers organisationnels et culturels, et l'évolution des pratiques professionnelles. En termes de méthode de gestion de projet, il s'agira d'identifier les champs d'actions dans lesquels les directeurs d'hôpital pourraient intégrer des éléments issus du design hospitalier.

3 Le design hospitalier : quelle démocratisation possible ?

Par ces multiples intérêts, la démarche de design hospitalier présente un attrait fort, que ce soit pour l'amélioration de l'expérience usager mais également pour la mise en place de méthodes de travail collectif. Cependant, celle-ci est encore peu répandue dans les hôpitaux. Comment démocratiser les démarches issues du design hospitalier, de l'innovation par le design, et du recueil de l'expérience 'usager' (patient, accompagnement, professionnel), auprès des directeurs d'hôpital ?

3.1 La démarche d'innovation par le design, levier de transformation pour la conduite du changement à l'hôpital

3.1.1 Des intérêts incontestables

De l'expérience des professionnelles de la MIEOP corrélée avec l'enquête auprès de professionnels ayant pris part à un projet, les intérêts de la démarche d'innovation par le design telle que menée par la mission sont divers.

Tout d'abord, elle permet de conduire les projets avec un ancrage dans la réalité et les pratiques quotidiennes sur le terrain permet non seulement d'adresser des problématiques réelles, mais aussi de proposer des réponses adéquates.

Ainsi, elle permet une bonne compréhension des besoins institutionnels, et des besoins du terrain.

Ensuite, elle favorise la résolution de problématiques avec une perspective de mise test, ce qui permet non seulement d'initier les professionnels hospitaliers à une approche ouverte de l'essai – erreur, mais aussi de réunir les acteurs autour d'un projet, d'un format innovant, qui provoque les interactions, les échanges, et l'apport mutuel.

Par la réflexion conjointe, enrichie des points de vue croisés des différents professionnels et corps de métiers, des différents acteurs en présence, des usagers, et sublimée par la créativité de la discipline du design, elle conduit à l'émergence de solutions innovantes, adaptées aux besoins en présence et à venir.

Enfin, il s'agit de faire avec l'implication des acteurs terrain au cœur du projet quels qu'ils soient. Travailler sous ce prisme permet non seulement un repositionnement des acteurs, mais de surcroit une valorisation de ces acteurs de terrains comme des experts, et les

mieux placés pour permettre une juste adéquation des pistes de solution aux problématiques du terrain.

Elle conduit à penser collectivement les transformations, et à changer de posture, et mener des projets en horizontalité, avec un très faible impact de la hiérarchie sur les décisions finales. Contrairement à la gestion de projet classique, ou conventionnelle, la démarche d'innovation par le design conduit à impliquer un grand nombre de professionnels, de différents corps de métier, dans la définition de leurs propres organisations de travail et de construction des parcours de soins. Peu importe le niveau dans l'organigramme, la représentativité est celle de l'équipe de soins qui contribue à la prise en charge.

De pair, la démarche d'innovation par le design conduit à la diffusion d'une culture de travail en équipe, plus structurante et engageante pour les professionnels. En fédérant autour d'un but commun, les professionnels sont et se sentent impliqués autour du projet de leur service.

3.1.2 Des défis à relever

Les limites actuelles de la démarche sont également plurielles, et sont principalement liée au fait que le design reste une discipline émergente, voire marginale, nécessitant des compétences nouvelles, et imposant une vision transversale de la gestion de projet.

En effet, le design n'est pas encore une pratique intégrée, ni acculturée à l'hôpital malgré les quelques exceptions précitées, et la structuration progressive d'un réseau du design hospitalier.

Cela tient d'abord à la difficulté à appréhender la démarche lorsque l'on n'a pas participé à un projet ; d'un point de vue extérieur, il est difficile de conceptualiser ce en quoi la démarche consiste et sur quoi elle joue. Le design est souvent réduit à l'esthétisme. La culture du test, et de l'erreur, ne sont pas communes dans le milieu de la santé. A cela s'ajoute le fait que la démarche par le design s'inscrit sur le temps long, et sur le temps de travail des équipes, ce qui vient complexifier son immixtion dans le quotidien des professionnels, et dans les injonctions institutionnelles imposant des résultats visibles à courte échéance.

Ensuite, une des difficultés réside dans la complexité de la reproductibilité de la démarche. Chaque situation de terrain est propre, et la transférabilité des réponses n'est pas évidente. En outre, le monde hospitalier est très sectorisé, voire cloisonné, et cet environnement en silo peut apparaître comme un frein, entre services, pôles, et directions fonctionnelles.

La complexité procède également des difficultés liées à l'implication des acteurs terrains. Si l'enquête a montré que les professionnels impliqués étaient convaincus de l'intérêt de la démarche, la volonté d'impliquer au maximum les équipes se heurte à la taille des équipes en présence. En outre, les personnes non impliquées peuvent développer certaines incompréhensions de la démarche et donc une résistance à ce qui est proposé. In fine, la recherche d'un équilibre pour améliorer l'expérience patient et professionnel peut revêtir malgré tout ce qui est déployé une certaine complexité.

Le dernier défi me semble être de devoir prouver à une chefferie d'établissement l'intérêt d'une telle démarche.

La transversalité des projets impose d'avoir un mandat clair pour pouvoir agir au niveau institutionnel, afin de pouvoir se coordonner avec les autres fonctions supports notamment, pourvoyeuses de services. En effet, l'intrication avec les autres directions (les directions des soins et direction des ressources humaines, pour l'aspect formation des cadres, les directions des travaux et directions des achats pour la phase de déploiement et la concrétisation des solutions notamment), est essentielle afin qu'ils se saisissent de certains pans du sujet.

La question de la compréhension de ce qui est fait par la MIOEP dans l'institution, dans l'équipe de direction a minima, est également un prérequis pour faciliter son action. Au-delà, la compréhension même de la valeur des pratiques du design à l'hôpital, est complexe à appréhender mais nécessaire.

Il s'agit également de s'interroger sur la répliquabilité dans l'établissement et au-delà. A l'échelle institutionnelle, à l'échelle nationale, il convient de travailler sur la visibilité de ce qui est réalisé, des effets produits par les projets, pour familiariser le grand public et les hospitaliers à la plus-value de la démarche. L'enjeu est également celui du passage à l'échelle, dans lequel il faut entendre « déploiement », « reproductibilité », « répliquabilité », dans l'établissement mais également inter-établissement pour en faire une discipline commune. Cette visibilité est un premier pas afin de développer ensuite de la formation-action et permettre à des professionnels de devenir autonomes sur ce type de projets et de démarches. Ceci pourrait se faire par la diffusion plus large de référentiels sur lesquels les cadres et les directions s'appuieraient dans la conduite des projets. Il y a ainsi un enjeu d'appropriation des éléments de méthodes pour que ceux qui ont des idées puissent mener des projets à l'avenir de manière plus autonome et d'encapacitation des professionnels. Il s'agit d'arriver à déterminer les modalités pour mener ce type de démarche à une plus grande échelle, l'échelle institutionnelle, tout en respectant les singularités de chaque terrain.

3.2 Une transformation méthodologique et culturelle à mener

3.2.1 Repenser la gestion de projet

La démarche d'innovation par le design impose de repenser une gestion des projets à l'hôpital complexe à plusieurs égards.

En effet, du fait des circuits de décisions (longs, fastidieux, opaques pour les professionnels de terrain qui réclament de la transparence et une célérité dans la prise de décision (*éléments issus du Grand débat organisé par le CHU de Montpellier le 28 juin 2023*), et la de hiérarchie et des responsabilités qui en découlent à l'hôpital, nombre d'acteurs ressentent une marge de manœuvre et donc un pouvoir d'agir limité.

Le cloisonnement évoqué supra, complexifie le travail en transversalité à l'hôpital.

S'agissant des projets, leur faisabilité en termes médico-économique doit aussi côtoyer une évaluation de la performance en termes d'amélioration des conditions de travail, et d'amélioration des parcours, dans une temporalité qui se doit d'être davantage à long terme.

Au CHU, le Schéma directeur immobilier et énergétique (SDIE) qui impose de revoir l'architecture hospitalière pour les décennies à venir, impose un le prisme de lecture de la gestion de projets révisé.

Non seulement la démarche d'innovation par le design revient aux basiques en s'intéressant en première intention aux acteurs de terrain – qu'il s'agisse des professionnels ou des usagers, patients, proches ou accompagnants – mais elle permet aussi de dépasser des cadres limitants, par une approche du projet en design à l'aise avec la complexité et l'incertitude.

La démarche d'innovation par le design rompt avec la linéarité de la gestion de projet habituelle, puisqu'elle est par principe itérative, la production se poursuit jusqu'à aboutir à des solutions testées et approuvées, le « pensé » est sans cesse concrétisé, revisité et révisé par le « faire ».

La place des directions de l'innovation et de l'expérience patient n'est pas non plus figée, tantôt auprès des secrétaires généraux, dans des directions de l'innovation et de la recherche, tantôt au sein de direction de la transformation, parfois auprès des directions qualité et gestion des risques dont les process peuvent mutuellement s'inspirer et le cœur de l'action autour de la juste prise en charge et l'hospitalité est partagée, ou bien autonomes.

3.2.2 Travailler autour de parcours et thématiques transversales

L'intégration de la pratique du design au CHU de Montpellier (comme ailleurs à La Fabrique de l'hospitalité, au Lab-ah, etc...), a montré le pouvoir d'agir sur certaines thématiques transversales, ayant une incidence directe sur la qualité de la prise en charge et des parcours au sein de l'institution. Il s'agit donc de dépasser les projets menés habituellement par direction, ou par service ou pôles, pour s'intéresser à des sujets transversaux, illustrés infra, tels que :

L'accueil

Repenser des espaces d'accueil (Repenser l'espace d'accueil des urgences du CHU de Montpellier, Accueillir les patients en ambulatoire par La Fabrique de l'hospitalité afin de fluidifier le parcours ; Accueil et parcours en chirurgie pédiatrique par La Fabrique de l'hospitalité)

L'attente

Améliorer le confort des espaces d'attente (aménagement pour rendre l'espace plus accueillant, chaleureux, confortable ; mise en place de bippers permettant aux patients et familles d'attendre hors de la salle d'attente) et l'adéquation de ces espaces aux besoins, aux temps d'attente, aux conditions d'attente.

L'orientation

Réorganiser les flux (Séparer les flux de valides et de brancards pour faciliter l'accès aux urgences)

Guider dans l'espace (Indiquer le bureau des infirmières pour éviter l'interruption de consultations ; Indiquer le secrétariat pour que le patient se sente accueilli ; Accompagner la séparation des flux en travaillant sur la signalétique)

La qualité

Concevoir des espaces permettant l'intimité (Travail sur une lumière plus tamisée en salle d'examen et installation de rideaux pour protéger du regard ; Test d'un nouvel aménagement pour éviter la chambre double)

L'information

Informer le patient (conception d'un livret pour répondre aux questions intimes des patients ; Informations au mur sur le parcours patient ; Hiérarchiser l'information de la convocation ; Aplats de couleur au mur pour définir les zones d'affichage ; Informer les patients par SMS)

L'organisation du travail

Accompagner les équipes dans la coordination de leur travail (Concevoir le parcours patient « idéal » pour accélérer la prise en charge des AVC)

Gérer des projets dans un lab d'innovation (à la Ville de Nancy afin de structurer les parcours des projets au sein d'un lab d'innovation selon leur nature).

Evaluation 360 des managers dans le cadre du programme Hospitalents du CHU de Montpellier, afin d'imaginer une manière de faire un feed back à son manager sur ses pratiques, ses aptitudes, et lui permettre de progresser

Repenser l'organisation et les espaces de travail (de la DAM du CHU de Montpellier avec Vraiment Vraiment)

La place de chacun

Autonomisation et accompagnement du patient

Penser la place des accompagnants (au sein du GH Saint-Anne par le Lab-ah)

Le numérique

Le portail patient au CHU de Montpellier

L'annuaire numérique pour les laboratoires de biologie de l'APHP

Le lab-ah quant à lui, classifie ses travaux autour de quatre thématiques : l'apaisement, l'hôpital e(s)t la ville, la sensorialité, l'orientation/désorientation.

3.2.3 Induire des changements d'ordre organisationnel, managérial et d'engagement professionnel

En outre, et au-delà de l'amélioration des parcours, l'impact de ces démarches « terrains » est également d'ordre managérial et d'engagement :

- Partage de problématiques de manière pluri-professionnelle
- Identification de pistes de travail collectivement

- Réflexion des équipes soignantes autour de leurs pratiques
- Clarification de la démarche d'accompagnement auprès de toutes les parties prenantes
- Mobilisation des équipes dynamisées par le projet, dynamique d'équipe stimulée par les échanges autour de la place des accompagnants
- Visibilité et transparence des process
- Valorisation du travail de l'équipe médico-soignante

User du design hospitalier, c'est ainsi faire « *Que chacun soit en capacité de reprendre sa part d'actions et sa part d'impacts sur le système. (...) Le pouvoir d'agir est d'abord en ultra-local.* » (Inès Gravey, 2023).

Redonner un pouvoir d'agir aux acteurs de terrain, c'est aussi leur permettre d'aligner leurs propres valeurs au sein de son environnement de travail, malgré les contraintes inhérentes au monde sanitaire et à l'hôpital tout particulièrement. Car « *quand on est alignés sur ses valeurs, on n'a pas du tout la même perception à la charge de travail. Quand on est désalignés, le conflit intérieur, la charge mentale intérieure que ça crée, c'est ça qui est intenable.* »

Ce pouvoir d'agir fait de la démarche d'innovation par le design une « *Méthode hyper puissante pour encapaciter à l'échelle individuelle (...), pour en faire un levier de transformation organisationnelle, et culturelle (...) avec des postures très importantes, être en capacité de se mettre en empathie et connexion émotionnelle avec les autres* »

Ce qu'Emmanuelle Garnier nomme « *la transformation des pratiques à pas feutrés* » est le fait même que le travail en design a un impact sur les pratiques soignantes.

Le fait de mener un projet, sous le prisme de l'expérience des patients bénéficiaires de cette prise en charge aux différentes étapes du parcours, ainsi qu'à celles des professionnels, aux différents postes et tâches, conduit à réinterroger chacune de ses pratiques. Les pratiques actuelles sont requestionnées, pour distinguer ce qui est fait par confort, par habitude ou par contrainte, de ce qui est essentiel pour le patient, pour distinguer ce qui ne semble plus très éthique, de ce qui pourrait être optimisé, ou facilité au quotidien, dans la répétition des tâches, dans leurs coordinations. En posant des questions que plus personne ne se pose, certains éléments vont émaner. Surtout, la réflexion sur ses propres pratiques est libre, sans contrainte externe, motivée par le souhait de s'adapter aux besoins issus de l'expérience patient.

3.3 Perspectives souhaitables : ouverture à d'autres champs d'applications au sein des directions fonctionnelles et domaines d'activités

Pour le Réseau du design hospitalier « *le design doit occuper une place stratégique à l'hôpital pour contribuer activement à la transformation et à la performance de nos organisations au service des patients et des professionnels. Le réseau soutient une pratique intégrée du design hospitalier qui cherche à apporter des réponses concrètes aux problématiques du terrain et participe ainsi à :*

- *Soutenir le soin par l'innovation et l'intégration de nouvelles compétences à l'hôpital*
- *Redonner du temps aux communautés hospitalières et les aider à retrouver du sens*
- *Agir pour une refondation durable et culturelle de l'hôpital »*

La démarche d'innovation par le design peut être utilisée à différents endroits, afin de porter un projet à l'échelle d'un pôle ou d'une thématique transversale mais aussi au niveau des directions fonctionnelles.

Instiller des éléments dans sa pratique

Comment les directions mettent en œuvre des politiques innovantes dans les solutions proposées afin de transformer l'hôpital public ?

Ces techniques peuvent être utilisées pour classiquement œuvrer à l'amélioration de la qualité (des prises en charge, des circuits logistiques), de conduite des projets des directions fonctionnelles de toute nature (accompagnement au changement, management d'équipes, déménagements de service) dès lors que les fondamentaux du design sont maîtrisés.

Cela peut aussi permettre uniquement de changer sa lecture notamment de la temporalité des projets (en acceptant différentes phases : de test, d'expérimentation, d'évaluation)

Mais aussi, d'impulser une nouvelle culture (du provisoire, de l'erreur) dans le rapport entre un manager et ses équipes.

Il s'agit donc de transformations d'ordre managérial, mais pouvant aussi être appliqué dans de nombreuses matières (*cyber-résilience, circuits logistiques, qualité...*), telles que les thématiques suivantes plus détaillées par l'exemple :

En matière de ressources humaines, sur la thématique attractivité/fidélisation notamment

Appliquer une démarche de design sur une problématique de ressources humaines entendue au sens large, qu'elle soit médicale ou non médicale, permet de qualifier le problème justement, en s'intéressant en première intention aux concernés : les professionnels de santé.

Or, « *sur le sujet attractivité/fidélisation, pendant longtemps ceux qui ont défini le problème à la place des autres ont dit que c'était un problème de rémunération. Et je ne dis pas que c'est pas un problème de rémunération, il faudrait que les soignants soient rémunérés à hauteur de la valeur sociale de leur travail. Mais ce n'est pas que ça. Les gens parlent de reconnaissance, de sens au travail, de respect. C'est là où on va qualifier le bon problème.* » (Inès Gravey dans La Fabrique des soignants, #2 Restaurer le dialogue, 13 juin 2023).

Dès lors, réaliser des enquêtes de terrain permet de dégager une plus-value considérable, malgré le temps à y consacrer, afin de nommer justement les problématiques, mais aussi les pistes de solutions émanant directement des personnes concernées.

En matière de développement durable

Le développement durable appliqué au secteur de la santé est un enjeu majeur pour réussir la transition écologique à laquelle l'hôpital doit répondre.

A titre d'exemples, le pôle design de services publics de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) a mis en synergie le Plan HealthFaire® avec deux autres initiatives initialement séparées, au sein d'un programme cohérent, expérimenté avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine - Agence régionale de Santé. Le programme « Comprendre Agir Promouvoir l'hôpital durable » comprend également « Les Unités Durables », démonstrateurs opérationnels à l'échelle d'unité hospitalière du CHU de Bordeaux, dispositif déployé au Centre hospitalier de Niort ; ainsi que l'Agenda 2030 appliqué à la santé, une boîte à outils qui permet de passer à un véritable projet d'établissement, pour embarquer durablement l'ensemble du collectif, du Centre hospitalier de Niort, prochainement déployé au GHU de La Rochelle.

L'usage du design des politiques publiques, s'applique donc tant au champ de la santé qu'à celui du développement durable, à l'hôpital.

En matière de projets de transformation, sur un schéma directeur immobilier (SDI) notamment, ou dans les programmations hospitalières architecturales

Le travail réalisé par l'agence de design Vraiment Vraiment en lien avec le Lab-ah, en amont de la réhabilitation d'un bâtiment pour le Pôle Neuro-Sainte-Anne, est une illustration de l'usage du design dans les projets de transformation immobilière.

Du constat que les procédures de définition et de rédaction des programmes architecturaux ne se basent aucunement sur une démarche d'empathie avec le vécu des usagers, les membres du groupe de travail (soignants, ingénieurs, administratifs et designers), le Lab-ah a fait la proposition d'intégrer une étude sur l'hospitalité au programme de conception du bâtiment. Ainsi, une analyse "expérience patient" a été commandée dans le but de penser une accessibilité et une intelligibilité de l'hôpital par et pour les usagers. Ce sont des designers de l'agence Vraiment Vraiment qui sont allés à la rencontre de patients aux parcours critiques, afin de garantir une richesse de témoignages de patients. En les invitant à leur partager librement leur expérience globale (avant, pendant et après leur prise en charge), ils ont constitué une base de données sous forme de récits et de cartographies de parcours afin de comprendre leur expérience de patient. Dix thématiques sont ressorties de leur analyse : la prise en charge (la place de la prise en charge par les professionnels), les relations sociales (la place de la famille, des amis, des autres patients ou des professionnels), l'information (les enjeux de circulation et parfois de fiabilité des informations médicales ou sociaux), l'environnement avec plusieurs sous thématiques, les espaces (les enjeux de circulation d'usage, etc.), les repas (la place de l'alimentation), l'hygiène (la question de la propreté dans la chambre et de manière générale dans l'établissement), le son (la place des bruits), la temporalité (la place des durées), l'intimité (la place du regard de l'autre), et prises en compte dans le programme architectural.

Le design hospitalier peut trouver sa place dans une véritable assistance à maîtrise d'usage préalable à une maîtrise d'ouvrage efficace et maîtrisée. Il s'agit alors de prendre du temps en amont pour améliorer la qualification du besoin en partageant les enjeux collectivement pour gagner du temps dans les phases aval.

3.4 Guide de déploiement pour la démocratisation de la pratique du design à l'hôpital

La démarche d'innovation par le design semble constituer un levier pour conduire le changement – accompagner les équipes – dans un contexte non seulement de

réorganisations hospitalières et capacitaires, mais surtout de perte de sens au travail, ce, pour redonner du sens et ainsi porter projets qui ont de l'impact.

Le design hospitalier doit accepter de s'inscrire dans la complexité des organisations hospitalières, et d'y trouver sa place, aux côtés des disciplines traditionnellement exercées, afin d'avoir l'impact escompté.

De leur côté, les organisations hospitalières peuvent toutes appliquer cette méthode, autant qu'elle répond aux besoins renouvelés et réaffirmés de management collaboratif, participatif, d'implication dans la prise de décision et de pouvoir d'agir dans les changements organisationnels. L'association plus étroite des enjeux de terrains et des usagers répond à cette volonté de retrouver du sens.

Dès lors, il paraît tout à fait opportun pour les établissements qui le souhaitent de se lancer des démarches d'innovation par le design similaire, ou inspirées de ce type de pratiques. La démocratisation et la valorisation des démarches issues du design hospitalier, de l'innovation par le design et du recueil de l'expérience des usagers auprès des directeurs d'hôpital peuvent être entreprises en adoptant plusieurs approches :

Faire le choix d'une démarche d'innovation par le design dans sa politique institutionnelle

Si la démarche peut paraître un peu contre intuitive pour un directeur d'hôpital, formé à qualifier les problèmes afin d'établir la méthodologie pour les résoudre, de manière certaine. Elle l'oblige à s'inscrire dans un cycle de non-décisions.

« Il y a toujours du monde pour qualifier les problèmes à la place des autres. (...) Le rôle du manager, du décideur et du leader, c'est ce repositionnement là aussi. Moi je ne suis pas là pour résoudre les problèmes à la place des autres. Le métier de DH est caractérisé par le fait de je décide. Ce qui conduit parfois à des décisions à côté de la plaque » (I. Gravey, 2023).

L'apprentissage par l'erreur est au cœur d'une méthode de design d'innovation.

« Les obstacles restent nombreux (à l'implémentation du design dans l'administration) : 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 vit comme une action militante en contradiction culturelle avec la posture traditionnelle du fonctionnaire. » (E. Garnier, 2021)

La sélection des projets accompagnés par la démarche est aussi à définir.

Dès lors qu'un établissement a repéré un projet qui comporte un potentiel élevé de transformation, organisationnelle, managériale, en termes de parcours de soins, il convient tout d'abord de déterminer la pertinence de le conduire par cette démarche, et selon quelles modalités d'accompagnement.

Garantir l'implication de la direction et du top management

Elle conduit à réviser l'approche managériale : quelle est l'organisation du travail existante et comment peut-elle évoluer ?

A cet endroit, le passage à l'échelle des démarches de design à l'hôpital ne pourra se faire sans un travail étroit avec la gouvernance, le « top management », qu'il s'agisse de l'équipe de direction ou de la gouvernance médicale (chefs de pôles, chefs de service, cadres supérieurs de santé) ; en privilégiant en première intention ceux pouvant être facilitateurs, curieux ou non opposants.

L'identification rapide des experts internes des directions sera aussi un facilitateur pour permettre l'avancée des dossiers, et le déploiement des projets dans leur phase terminale.

Former les cadres

Afin de s'assurer une diffusion de cette culture et d'approche par le design, il semble judicieux de lancer une sensibilisation et une formation des cadres, cadres administratifs et cadres de santé, au regard notamment des effectifs, et du turn over des professionnels de l'établissement. Expliquer et appréhender les démarches d'innovation par le design, en montrant des exemples concrets de projets réussis, les améliorations tangibles qu'ils ont apportées aux expériences des patients, du personnel et de l'efficacité globale, permettrait de les convaincre et les outiller pour mener de telles démarches.

Pour assurer une compréhension solide de l'approche novatrice axée sur le design hospitalier et favoriser une appropriation efficace des outils employés, ainsi qu'une culture collaborative, il est essentiel de dispenser une formation complète à tous les membres de l'équipe projet dès le début de celui-ci. De plus, il est recommandé d'offrir une formation dédiée à la fonction de chef de projet aux responsables au sein des services, afin de les préparer spécifiquement à leurs responsabilités. Cette démarche vise à instaurer une compréhension approfondie de l'innovation par le design et à cultiver un environnement propice au travail en équipe.

L'expérience de la formation-action menée au CHU qui avait comme enjeu pour l'établissement de permettre la diffusion d'une culture centrée expérience patient et d'une pratique de projet issue du design centrée sur l'humain à plus grande échelle au sein de l'institution, a montré l'importance de ces temps, d'une phase d'appréhension initiale, à une adhésion au dispositif. Pour ce faire, il convenait de donner aux professionnels des équipes en gestion de projets les compétences leur permettant d'intégrer dans leur conception projet l'expérience utilisateur, d'expérimenter une gestion de projet non linéaire basée sur l'expérimentation, et d'appréhender la démarche et les outils issus du design pour la conception. Le principe pédagogique retenu est une appropriation des compétences/capacités/postures par le projet, au-delà d'apports théoriques.

Recruter un designer, et le positionner au bon endroit

Il s'agit d'une démarche qui nécessite un savoir-faire.

Il est ainsi essentiel d'avoir une personne ressource formée à la démarche dans la structure. Les compétences de mise en forme et le travail de conception sont spécifique à ces métiers et non substituable si l'on veut aboutir à des actions de qualité. Cette personne aura également l'atout d'apporter un œil externe, un regard tiers naïf et pourra susciter un engouement plus facile de la démarche auprès des professionnels.

Consolider un modèle financier et consacrer des moyens

Enfin, elle impose d'envisager une approche financière : quelles sont les contraintes et comment asseoir la viabilité économique d'un changement de pratiques ?

La démarche d'innovation par le design impose des moyens financiers dès le lancement du projet, mais surtout au moment du déploiement des solutions. Elle nécessite donc des moyens d'ordre humains, financiers et matériels.

Ne pas promettre l'impossible

Il est essentiel d'assurer une transparence totale dès le commencement d'un projet en ce qui concerne ses contraintes inévitables et sur la prévalence de la faisabilité dans toutes les hypothèses énoncées. Cette approche vise à éviter des frustrations superflues en communiquant de manière exhaustive dès le début du projet au sujet de ses contraintes fondamentales, lesquelles restreindront les actions des parties impliquées. Une attention particulière doit être accordée aux contraintes financières, immobilières et aux fluctuations d'effectifs, car ces trois aspects présentent le plus grand potentiel pour engendrer des

tensions au sein de l'équipe du projet. En outre, une définition précise des limites du projet et une communication précoce à cet égard s'avèrent efficaces pour prévenir les répercussions non désirées sur d'autres projets ou secteurs qui ne relèvent pas du périmètre du projet en question.

Valoriser les expériences

La diffusion des bonnes pratiques, et d'une culture nouvelle ne peut se faire qu'en renouvelant les expériences, mais aussi en les valorisant. Le partage de pratiques dans le corps hospitalier est important, et à l'échelle nationale, la première journée du Réseau du design hospitalier répond à cette même ambition d'échanger et de fédérer autour du design comme outil pour répondre aux défis de l'hôpital.

Conclusion

Intégrer le design dans ses pratiques oblige à questionner les usages.

Dans le contexte de perte de sens au travail, eu égard notamment à la complexité organisationnelle des établissements hospitaliers et aux réformes successives obligeant à une certaine rationalisation des moyens et des fonctionnements, mobiliser les équipes et les patients autour de projets transformatifs, et user de démarches d'innovation par le design semble être une réponse bienvenue pour aborder les défis de l'hôpital de demain.

Si le design, hospitalier notamment, ne peut pas tout, il peut certainement des choses. Les professionnels interrogés ont pu me confier s'être « *senti écouté, même valorisé dans ce que je fais au quotidien, ce que je sais faire* », « *j'ai eu un espace où j'ai pu parler librement, et où nous nous sommes chacun intéressés à ce que fait l'autre* », avoir pu ainsi « *travailler ensemble* », « *se reconnecter au patient par le soin réfléchi* », « *retrouver les raisons de notre engagement au service du patient* ». Et ces endroits où il agit sont pourvoyeurs d'une valeur forte. Le design donne ainsi aux valeurs hospitalières un espace où s'épanouir, en favorisant une relation de soins renouvelée, plus « hospitalière », pour les patients, mais aussi pour les professionnels eux-mêmes.

En effet, l'évaluation de la Mission innovation organisation et expérience patient du CHU de Montpellier, permet de tirer quelques enseignements de cette pratique et ses impacts, tant à l'échelle individuelle que collective.

Les nouvelles pistes d'organisations de travail, les solutions proposées à destination des patients pris en charge et le faire ensemble semblent être les trois apports principaux, de l'utilisation d'une démarche de résolution d'une problématique terrain en usant du design et de ses outils.

Les retours d'expérience de projets menés selon la démarche d'innovation par le design s'accordent sur l'apport de cette démarche en matière de pouvoir transformatif, dans les organisations de travail, au service de la conduite du changement : des organisations plus agiles, un schéma de pensée, et des professionnels impliqués.

Le questionnement même de la problématique de départ, le travail de co-construction, avec une implication permanente des parties prenantes, permet non seulement d'aboutir à des pistes de solutions adaptées aux usages, mais aussi sous le prisme professionnel, à familiariser à des démarches plus horizontales, un engagement collectif, et ainsi répondre au besoin de sens et aspirations de potentiel d'action des acteurs hospitaliers.

L'approche du design hospitalier apparaît comme une solution intéressante pour faire face à la complexité posée par des projets de terrain, et pour retrouver du sens au travail.

Et si le design aujourd'hui peut beaucoup, comment pourra-t-il, demain, faire plus encore ? En travaillant en complémentarité avec d'autres process et méthodes certainement ; mais l'enjeu aujourd'hui est et reste aussi d'acculturer à ces démarches, la communauté hospitalière et le corps des directeurs d'hôpital en première intention.

Je quitte le CHU convaincue que c'est en concevant l'hôpital de demain et ses usages, autour de l'expérience patient et de celle des professionnels, que nous arriverons à améliorer les organisations de travail et la qualité des parcours au sein de l'hôpital public !

Bibliographie

Ouvrages

BROWN T., Avril 2019, « L'esprit design », Pearson France, 256 pages.

FLEURY C., Mai 2019, « Le soin est un humanisme », Tracts Gallimard, n°6, 48 pages.

LALLEMAND C., GRONIER G., Novembre 2021, « Méthodes de design UX, 30 méthodes fondamentales pour concevoir des expériences optimales », Editions Eyrolles, 696 pages.

Articles

BURGADE L., GARNIER E., GRAVEY I., LEBEE-THOMAS E., ROBILLARD L., 2021, « L'innovation centrée sur l'humain : s'engager dans une transformation durable », Gestions Hospitalières, n°605, pp208-214.

CHEVALIER P., 2006, « L'hospitalité au cœur de l'éthique du soin », Revue Laennec, 200/4 Tome 54, p.33-49.

COBLENC E., VIVANT E., 2017, « Le design est-il soluble dans l'administration ? Trois trajectoires d'institutionnalisation de l'innovation publique », Sciences du design, n°5, pp 52-68.

COBLENC E., PALLEZ F., 2015, « Nouvelles formes d'innovation publique », Revue française de gestion, n°251, pp 97-114.

KERLEO J-F., 2021, « La démarche design au sein de l'administration », AJDA, p 1552.

DELANOË-VIEUX C., COIRIE M., COUBARD-MILLOT J., FIGUEROLA X., « L'expérience du patient en design, une ressource pour la conception d'un parcours d'hospitalité dans un hôpital neuf », Octobre 2019, Ocula20, pp 136-155.

DELANOË-VIEUX C., COIRIE M., Novembre 2021, « Le design au service de la qualité de vie au travail des professionnels de l'hôpital », Soins, n°860, pp44-48.

GRENIER C., HUDEBINE H., PAUGET B., 2021, « Innovations en santé : un renouvellement conceptuel et méthodologique pour transformer durablement le champ de la santé », Innovations n°65, p 5-19

GROSJEAN S., BONNEVILLE L., MARRAST P., 2019, « Innovation en santé conduite par les médecins et infirmières : l'approche du design participatif à l'hôpital », Innovations n°60, p 69-92.

JOBIN C., Juin 2022, « Preuves de concept et capacités de conception collective. L'exemple d'un projet de design sur l'amélioration des urgences pour personnes âgées », Gestions hospitalières, n°617.

KACHIRSKAIA I., MATE K.S., NEUWIRTH E., Juin 2018, « Human-Centered Design and Performance Improvement : Better Together », NEJM Catalyst – Care Redesign, p1-9.

KLETZ F., MARCELLIN O., 2019, « L'innovation avec le patient : un renouvellement par le design organisationnel », Innovations, n°60, p 93-120.

LEWIS J.M., 2020, « Le design thinking et les laboratoires d'innovation », Action Publique, recherche et pratiques, n°7, p21.

PELLERIN D., COIRIE M., 2017, « Design et hospitalité : quand le lieu donne leur valeur aux soins de santé », Sciences du design, n°6, pp 40-56.

Contributions

COIRIE M., FONTAINE C., 2023, « Le design appliqué aux politiques publiques : retours d'expérience et perspectives pour demain », p1-7.

GRAVEY I., GARNIER E., COUILLARD G., Table ronde lors de SANTEXPO 2023, 23 mai 2023, « Quelle portée transformative du design et du lean à l'hôpital ? Approches comparées » : retour d'expérience du Kaizer Permanente, de la pratique de design intégré dans un CHU et du déploiement d'un réseau du design hospitalier au CHU de Montpellier, et du projet BAUREALS des HCL.

Réseau du design hospitalier, Septembre 2023, « Le design au service des défis de l'hôpital – Un tour de France ».

Podcast La Fabrique des soignants, « #2 Restaurer le dialogue », 13 juin 2023, interventions d'Inès GRAVEY.

Ressources numériques

ANAP, Avril 2023 « Expérience patient et usager : les outils de l'ANAP ; 4 piliers pour en faire un levier de performance ; Recueillir l'expérience patient et usager.

Chantiers d'attention du Lab-ah, 2016-2020, du GHU Paris psychiatrie & neurosciences.

La Fabrique de l'Hospitalité, 2018, « La Fabrique de l'Hospitalité : un espace pour expérimenter de nouveaux modes de conception de projet ».

Les sites internet de la 27^{ème} Région, de l'IFEP, et de l'alliance française des designers.

Les supports de la MIOEP en interne au CHU de Montpellier, et du Réseau du design hospitalier.

Mémoires

GAMBA T., 2016, Mémoire « Innover en France avec le design thinking », Mémoire de Mastère spécialisé « Innovation by design » de l'ENSCI – Les Ateliers.

GARNIER E., 2021, Mémoire « Design hospitalier, émergence d'une discipline singulière et agissante pour la transformation hospitalière », Mémoire de Mastère spécialisé « Innovation by design » de l'ENSCI – Les Ateliers, sous la direction de Marie COIRIE.

DELGADO BAUTISTA L., 2023, Mémoire de diplôme « Être designer à l'hôpital : comment collaborer dans un écosystème complexe et vulnérable ? » de l'ENSCI – Les Ateliers, sous la direction de Carine DELANOE-VIEUX.

JENN M., 2022, Mémoire de diplôme « Design et expérience patient » de l'ENSCI – Les Ateliers, sous la direction d'Apolline LE GALL.

BENMOUSSA R., Octobre 2019, Mémoire « Le Design thinking à l'hôpital », Mémoire de l'EHESP, filière Directeur d'hôpital.

Liste des annexes

Annexe 1. Carte de France du Réseau du design hospitalier

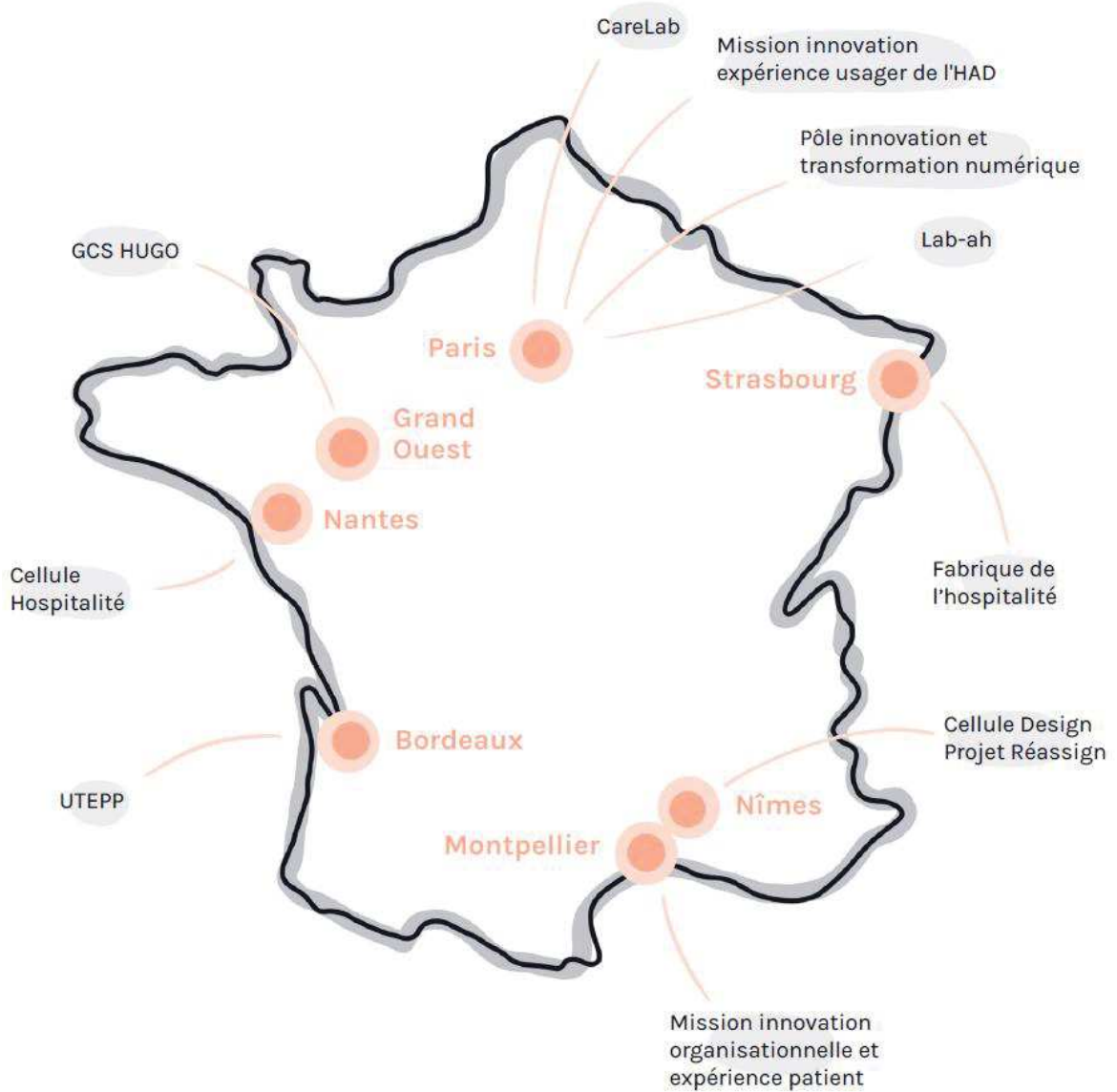
Annexe 2. Liste des personnes interrogées (professionnels du CHU)

Annexe 3. Grille d'entretien semi-directif

Annexe 4. Questionnaire autonome

Annexe 5. Kakémono de présentation des parcours / projets accompagnés par la MIOEP et évalués dans le cadre de ce travail, supports aux échanges avec les professionnels lors de l'évaluation

Annexe 1. Carte de France du Réseau du design hospitalier



Annexe 2. Liste des personnes interrogées (professionnels du CHU)

Accélérer la prise en charge des AVC

- Cadre de santé SAMU Centre 15
- Cadre de santé IADE
- Cadre de santé
- Docteur

Améliorer le respect de l'intimité en consultation d'urologie

- Praticien hospitalier, chef de service

Améliorer l'accueil et l'attente aux urgences pédiatriques

- Médecin urgentiste, cheffe de service
- Docteur, pédiatre
- IDE puéricultrice
- Aide-soignante
- Auxiliaire de puériculture

Améliorer l'accueil et l'admission aux urgences (adultes)

- IDE
- Assistante médico-administrative, secrétaire de sortie

Améliorer le parcours et l'organisation de la prise en soins en HDJ Nutrition-Diabète

- Ingénieure de Recherche Hospitalier, Coordinatrice
- Educateur en activités physiques adaptées
- Diététicienne

Département d'anesthésie réanimation du Pôle digestif :

- Cadre de santé
- Médecin anesthésiste
- IDE

Mission innovation organisationnelle et expérience patient (échanges informels)

- Emmanuelle Garnier, Directrice d'hôpital et responsable de la mission
- Caroline Tricaud, Designer intégrée à la mission
- Loélia Rapin, Doctorante et designer
- Hadrien Millet, Ingénieur, chargé du portail patient

Annexe 3. Grille d'entretien semi-directif

1. Propos introductif

Objectif initial : évaluation de la perception des professionnels de la démarche menée dans leur service, et intrinsèquement de leur bien-être au travail.

Centrée sur la démarche d'accompagnement, les techniques d'immersion, de co-constructions, d'expérimentation – plus que sur les résultats.

Réelle évaluation pour ajuster les missions de la Mission innovation, tout le positif, mais aussi le négatif, à partir de vos besoins, votre vision.

2. Eléments de profil du répondant :

- Service :
- Fonction :
- Ancienneté au CHU :
- Profil (Âge/ Tranche d'âge) :

3. Question simple d'exposition :

- Avez-vous pris part à ce dispositif ?
- Pourquoi avez-vous fait appel à la Mission innovation ?
- Quelle était votre problématique initiale ?

4. Questions d'attitude :

- Qu'est-ce que vous avez apprécié ?

- Qu'est-ce que vous avez trouvé efficace ?

- Quelle est votre perception aux différentes étapes (satisfait, sceptique, déçu... : émotions / stabilité dans le temps)
- Y'a-t-il eu des moments plus compliqués pour vous ?
 - o Lancement – énonciation des premières problématiques

- o Expérimentations – test

- Déploiement des premières solutions

5. Mesure positive du bien-être au travail (EPBET de Biétry et Creusier (2013))
Ce que ça produit pour eux dans leur travail / Questions avec un degré d'accord

La démarche menée dans votre service visait notamment à

La démarche menée a favorisé les échanges entre professionnels du service (partage sur ces difficultés ou autres sujets) ?

- Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

La démarche menée a amélioré les relations professionnelles interpersonnelles au sein du service ?

- Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

La démarche menée a amélioré l'organisation du travail entre les différents professionnels ?

- Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

La démarche menée a amélioré la qualité du travail dans le service ?

- Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

La démarche menée a amélioré positivement la perception du travail que vous réalisez ? (Sentiment de compétence)

- Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

La démarche menée a amélioré votre organisation propre de travail (performance individuelle, productivité organisationnelle) ?

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

Est-ce que vous pensez que la démarche menée a amélioré la satisfaction de l'utilisateur / du patient pris en charge ?

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

6. Positionnement aujourd'hui et projection

- Est-ce que cette démarche vous a paru collaborative ?
- Est-ce qu'il y a des techniques / manières de faire – collaboratif – que vous réutiliserez dans votre pratique ? Pour votre service ?
- Auriez-vous fait des choses différemment ?
- Est-ce que vous recommanderiez l'accompagnement de la Mission innovation à un collègue d'un autre service ?
- De quel accompagnement auriez-vous potentiellement besoin ?
- Compléments / ajouts que l'on n'aurait pas abordés et qui vous semblent importants ?

Annexe 4. Questionnaire complémentaire autonome

Complétez les phrases suivantes (12 à 24 phrases recommandées) :

Vous êtes invités à répondre à ce questionnaire afin d'évaluer l'accompagnement proposé par la Mission innovation au sein de votre service.

Essayez de répondre spontanément, sans trop réfléchir, en donnant la première idée qui vous vient à l'esprit, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, mais un retour d'expérience sincère de votre participation et vision du dispositif !

Vous pouvez laisser des phrases sans réponse si vous avez l'impression qu'elles ne correspondent pas bien à votre situation.

Merci beaucoup par avance. Ce qui compte, c'est votre expérience !

Durée de remplissage : 15 minutes environ.

Expérience globale

1. Avant de connaître l'accompagnement de la Mission innovation, j'imaginai

2. Désormais, la chose la plus importante pour moi dans la démarche lancée est

.....

...

3. Je trouve que l'expérience globale de la démarche d'accompagnement de la Mission innovation est

4. Par rapport au fonctionnement habituel, cette démarche est

Utilité / utilisabilité (efficacité, efficience et satisfaction)

5. Je trouve ce fonctionnement utile pour

6. La démarche est facilement compréhensible car

7. Elle serait plus facile à comprendre si

Première impression

8. La première fois que j'ai intégré la démarche d'accompagnement par le design / que j'ai rencontré la Mission innovation, j'ai pensé.....

Besoins, valeurs et attentes

9. J'aurais besoin que la démarche soit

10. Pour que j'aie envie de m'impliquer dans la démarche, il faudrait

Points forts / points faibles

11. Le principal défaut est que

12. J'apprécie cette démarche parce que
13. Ma meilleure expérience avec la démarche lancée, c'est
14. Ce qui me frustre le plus avec ce système, c'est.....
15. Si je pouvais changer quelque chose, je
16. Ce système est particulièrement utile quand


Autre complément (Champ libre)

Questionnaire PANAS (Positive And Negative Affect Schedule) en version française et Smile-O-Meter :

Pour chacune des phases de la démarche d'innovation par le design, veuillez indiquer votre/vos émotions avec la cotation suivante :

1. Très peu ou pas du tout 2. Un peu 3. Modérément 4. Beaucoup 5. Extrêmement

	Phase d'immersion	Phase de restitution	Phase d'idéation	Phase de tests	Phase de consolidation
Intéressé					
Excité					
Perturbé					
Bouleversé					
Fort					
Coupable					
Apeuré					
Hostile					
Enthousiaste					
Fier					
Irritable					
Vigilant					
Honteux					
Inspiré					
Nerveux					
Déterminé					
Attentif					
Agité					
Actif					
Effrayé					

	
Contribution aux objectifs du projet	
Stimulation	
Esprit d'équipe	
Expérience globale	

Annexe 5. Kakémono de présentation des parcours / projets accompagnés par la Mission innovation et évalués dans le cadre de ce travail

Accélérer la prise en charge des AVC

ACCÉLÉRER LA PRISE EN CHARGE DES AVC

PRÉSENTATION

Les patients victimes d'AVC perdent chaque minute 2 millions de neurones. Les équipes des UTIC, de neurologie et de neuro-radiologie travaillent donc à réduire au maximum le temps de prise en charge de ces patients, afin limiter la perte d'autonomie après les soins. Le Pr. Costalat a fait appel à la mission innovation pour accompagner ce travail des équipes.

MÉTHODE

Après un mois d'immersion dans les services d'urgence et de neuro-radiologie et d'enquête sur ce qui se fait dans d'autres pays, nous avons réuni sur une journée des représentants de tous les acteurs du parcours de prise en charge des AVC.

Le matin, les participants ont réfléchi ensemble aux gestes et actions indispensables à la prise en charge. Nous avons pu également partager des expériences à l'international. L'après-midi, ils ont pu concevoir en équipe un parcours patient « idéal ».

3 RÉFLEXION AUTOUR DES ACTIONS

Après avoir eu un aperçu de la prise en charge globale, nous avons proposé aux participants de rentrer dans le détail en analysant chaque action faite actuellement pour voir s'il est pertinent de faire autrement. Nous avons séparé le groupe en deux équipes à qui nous avons laissé un temps d'une heure pour travailler à partir de cartes actions.

EXEMPLES DE CARTES ACTIONS

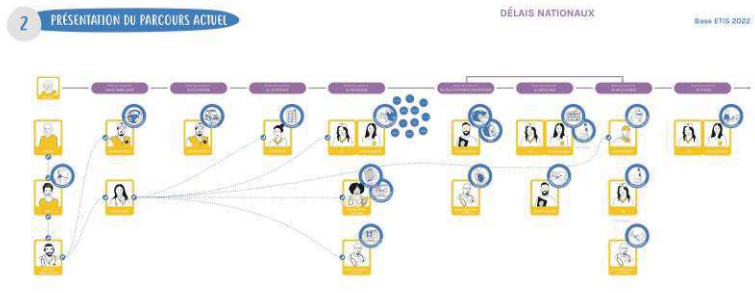
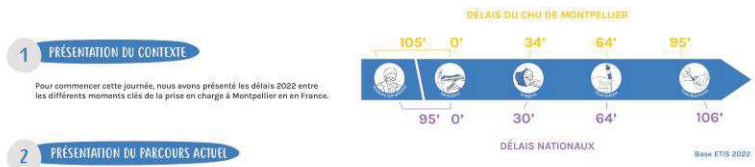


ET SI ON FAISAIT AUTREMENT ?

À partir de chaque carte « action », les équipes étaient invitées à remplir une carte « Et si on faisait autrement ? ».


Cette carte sert de support de réflexion pour réinterroger chaque aspect du geste (qui le fait, où et quand il est fait et pourquoi il est fait) et trouver ainsi des idées innovantes.

Pour finir, chaque équipe devait présenter à l'autre les points forts de leurs échanges.

4 QUELQUES INSPIRATIONS

Pour inspirer les participants avant la phase de création, nous leur avons présenté différents éléments mis en place dans d'autres centres AVC à travers le monde dans le but d'accélérer la prise en charge des patients victimes d'AVC.



Cette section présente plusieurs exemples d'innovations et de pratiques utilisées dans d'autres centres AVC à travers le monde, illustrées par des photos et des descriptions brèves.

5 CONCEPTION DU PARCOURS PATIENT IDÉAL

TEMPS DE FORMULATION DES IDÉES

Le temps de l'après-midi était consacré à la conception du parcours patient idéal, dans lequel les actions, les échanges et les déplacements seraient optimisés pour gagner du temps.

Dans un premier temps, les participants ont reconstruit leurs idées d'amélioration, les idées issues des temps d'inspiration et les pratiques actuelles du CHU de Montpellier qui fonctionnent bien.



TEMPS DE CONCEPTION EN ÉQUIPE

Les participants ont pu ensuite partager leurs idées au sein de leur équipe, puis décider ensemble de celles à retenir.

À partir des idées choisies, chaque équipe a construit une frise du parcours patient idéal à l'aide de cartes lieu, acteur de la prise en charge et actions.



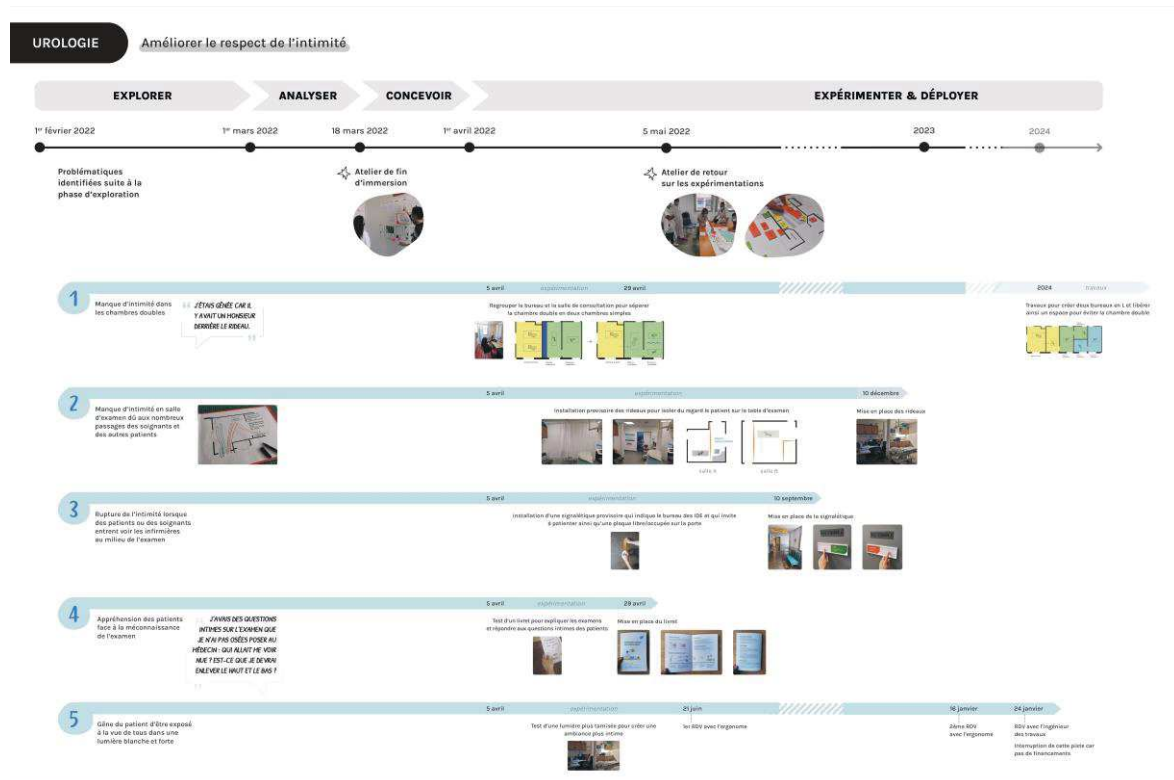
TEMPS DE RESTITUTION

Chaque équipe a ensuite présenté son parcours aux autres équipes et à des personnes extérieures au service venues apporter un regard tiers.

Ce fut l'occasion de partager l'expérience entre des filières de prise en charge urgentes et notamment celle du centre polytraumatisé du CHU de Montpellier.



Améliorer le respect de l'intimité en consultation d'urologie



AMÉLIORER LE RESPECT DE L'INTIMITÉ EN CONSULTATION D'UROLOGIE

CONTEXTE

Suite à des retours négatifs de certains patients sur la question de l'intimité dans ce service, nous avons été sollicités par le Dr Guillon, référente de la délégation à l'amélioration de la qualité pour ce projet.

MÉTHODE



Nous avons commencé le projet par une phase d'immersion d'un mois :

- Observations lors des consultations, des examens et de l'attente
- Entretiens avec les médecins, infirmières, AS et secrétaires
- Recueil de l'expérience des patients par des entretiens sur place et au téléphone ainsi que des questionnaires en ligne

Nous avons ensuite organisé un atelier avec les équipes pour présenter les dysfonctionnements observés en lien avec la problématique et des propositions de solutions.

Ensuite, nous avons mis en test les différentes solutions validées par les équipes pour les mettre à l'épreuve des usages. L'objectif est de repenser les solutions qui ne fonctionnent pas et de pérenniser celles qui fonctionnent.

1 ÉVITER LA PROMISCUITÉ EN CHAMBRE DE SOINS

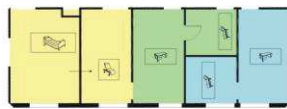
De nombreux patients ont exprimé leur gêne d'être nus à côté d'un autre patient, hommes et femmes mélangés, pendant leurs soins dans cette pièce. Nous avons donc cherché une solution pour libérer une pièce supplémentaire afin de séparer ces deux lits.

Pour cela, nous avons expérimenté un regroupement du bureau et la salle de consultation, mais l'espace s'est révélé trop petit à l'usage. Nous avons donc opté pour un bureau en L, permettant de libérer une pièce tout en ayant un espace suffisamment conséquent pour les consultations.

Etat actuel



Schéma cible : bureau en L



2 EMPÊCHER LES INTURSIONS D'AUTRES PATIENTS

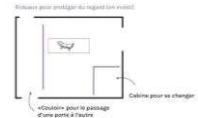
La salle d'examen servant également de bureau aux infirmières, de nombreux patients entrent sans frapper. Le patient attendant son examen est donc exposé à la vue de tous et à l'appréhension qu'une nouvelle personne entre.

Nous avons donc installé une signalétique au mur et au sol pour indiquer l'espace d'attente des infirmières. Le test a été très concluant.



3 PROTÉGER DU REGARD

La plupart des patients ressentent une rupture d'intimité dans la salle d'examen où différentes personnes sont susceptibles de passer : patients, soignants, médecins, cadres... Nous avons donc installé des rideaux pour protéger le patient du regard pendant qu'il se déshabille, qu'il attend le médecin et pendant son examen. Le test ayant été concluant, nous avons décidé de le pérenniser en faisant installer des rideaux anti-bactériens.



4 TRAVAILLER LA LUMIÈRE

En salle d'examen, la lumière forte du plafonnier contribue à la sensation de malaise du patient, qui se sent exposé à la vue de tous. Nous avons donc installé une lampe d'appoint sur le bureau des infirmières pour leur permettre d'allumer le néon au mur, dont la lumière est moins intense, plutôt que le plafonnier.

Cette lumière a un effet apaisant pour le patient, mais les infirmières manquent de luminosité côté bureau. Nous allons donc travailler sur une lumière plus intense, mais toujours chaleureuse du côté du bureau infirmier.



Avant : plafonnier - lumière forte

Après : néon - lumière douce

5 INFORMER LE PATIENT SUR SON EXAMEN

D'après notre recueil de l'expérience patient, il ressort que la plupart d'entre eux manquent d'information sur la manière dont va se dérouler leur examen, particulièrement concernant les questions intimes qu'ils n'osent pas poser au médecin. Nous avons donc conçu un livret à destination du patient pour lui expliquer le déroulé de son examen.



6 AXES EN COURS

RÉGULER L'AFFLUENCE

La répartition inégale des examens au cours de la semaine implique des jours de forte affluence qui contribuent au sentiment d'insécurité du patient (s'il y a du monde dans les couloirs, peur que quelqu'un rentre pendant l'examen). Pour une meilleure répartition des examens dans la semaine, nous avons travaillé avec les secrétaires pour faire apparaître le planning de tous les médecins en même temps sur DX Planning.

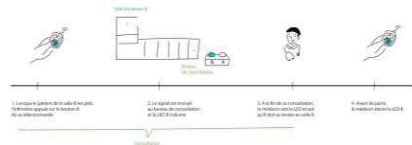


DÉVELOPPER UNE COMMUNICATION À DISTANCE

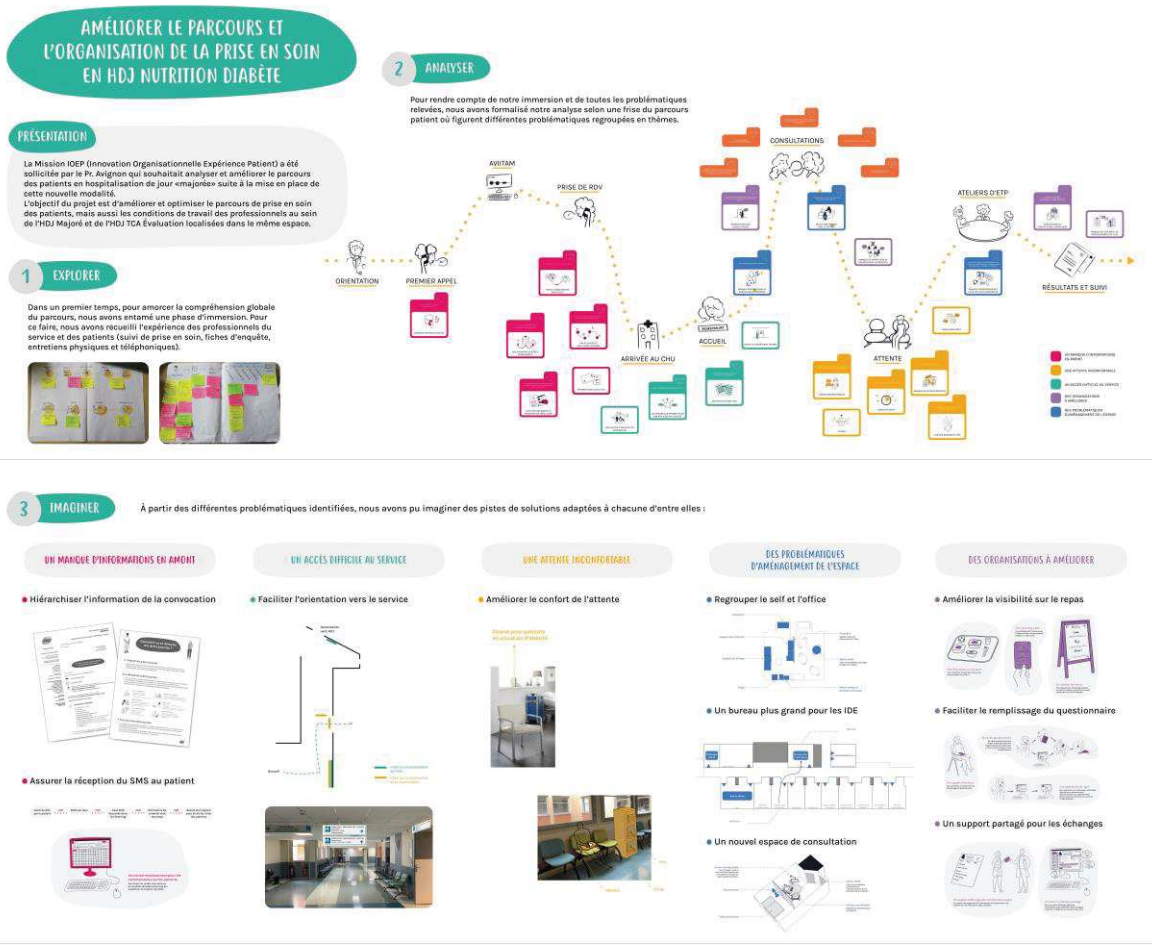
Lorsque le patient est prêt à être examiné, les infirmières appellent le médecin pour qu'il vienne à la fin de la consultation, mais cela pose différents problèmes :



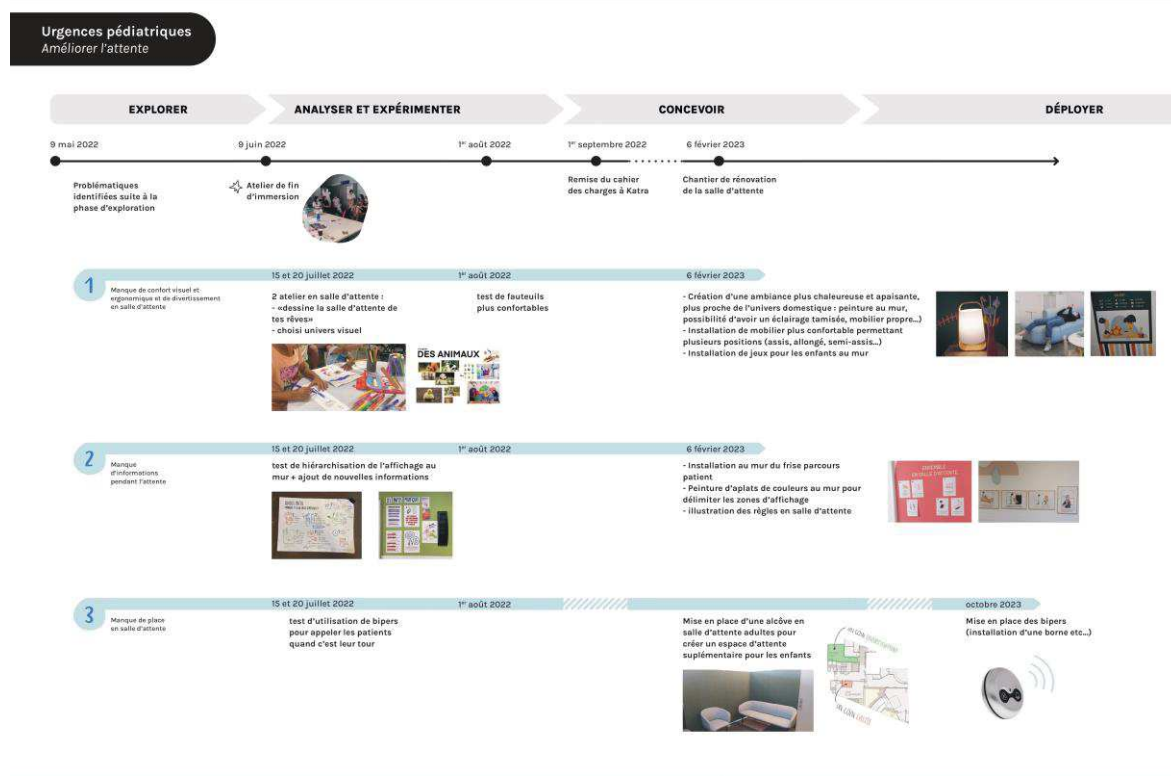
Solution en cours de test :



Améliorer le parcours et l'organisation de la prise en soins en HDJ Nutrition-Diabète



Améliorer l'accueil et l'attente aux urgences pédiatriques



AMÉLIORER L'ACCUEIL ET L'ATTENTE AUX URGENCES PÉDIATRIQUES

PRÉSENTATION

Les urgences pédiatriques entrent dans le cadre du programme de modernisation des urgences à l'horizon 2025. Dans l'intervalle, les équipes, par l'intermédiaire du chef de pôle, sollicitent un appui pour travailler sur l'amélioration des conditions d'attente dans un contexte de saturation des espaces.

La Mission IOEP (Innovation Organisationnelle Expérience Patient), sollicitée par la Direction Générale pour accompagner les équipes, propose la mobilisation d'une dotation du Fonds Guilhem qui était destinée à l'amélioration des urgences (donateur particulier).

Le travail a été conduit avec l'appui d'une designer stagiaire de la Mission IOEP et de la designer référente. Le principe retenu était de travailler avec les équipes à la définition des besoins, pour construire un cahier des charges à confier à un tiers extérieur pour le déploiement. Le chef de l'unité et les cadres de santé étaient particulièrement impliqués dans le projet.

1 EXPLORER

L'observation de terrain a mobilisé les outils classiques de l'immersion : shadowing, photo reportage, entretien, visite commentée, lien avec le parcours adulte.



2 ANALYSER ET IMAGINER

Le travail d'analyse et les premières pistes de travail ont été présentés lors d'une réunion d'équipe le 9 juin 2022 pour mettre en évidence :

- Un espace IOA non ergonomique
- Un manque d'espace pour l'attente
- Un espace d'attente inconfortable
- Des problèmes d'information pendant le parcours
- Des problèmes d'organisation lors de l'accueil

3 EXPERIMENTER

À partir de juillet, plusieurs tests ont été réalisés pour permettre l'avancement dans le projet et la recherche de solutions :

- Mise en place concluante de bipeur test
- Hiérarchisation non pérenne de l'information



Parallèlement, des ateliers spécifiques ont été menés avec les enfants et les familles pour mieux identifier le besoin d'information et de confort :



Ce travail a permis la formalisation d'un cahier des charges intégrant les différentes composantes prioritaires du projet : confort, espace (physique ou déporté), information transmis en août 2022.

4 DÉPLOIEMENT

Le prestataire retenu pour le déploiement des solutions est le studio Katra avec une réunion de lancement en équipe le 15/11 et une perspective de mise en place début 2023.



Améliorer l'accueil et l'admission aux urgences adultes

URGENCES ADULTES

Améliorer l'accueil et l'attente

1) Explorer (octobre 2021)

🌟 Début octobre : Réunion de lancement

Avec les équipes:



Avec les patients:



🌟 Fin octobre : Réstitution de l'observation

2) Analyser (novembre 2021)



Passage de nombreuses personnes des équipes dans la salle dédiée près des urgences

🌟 Fin novembre : Réstitution de l'analyse

3 problématiques

Interférence des flux (co-production)

Information des patients (co-conception)

Espace d'attente (conception participative)

3) Co-concevoir



🌟 Décembre - janvier : ateliers maquette et challenge des flux



Analyse des résultats du questionnaire patient en ligne puis échange avec les patients en salle d'attente pour savoir de quelles informations ils ont besoin.



Analyse des résultats du questionnaire patient en ligne pour guider la conception de la salle d'attente.

4) Expérimenter



Expérimentation modification flux : mars 2022



- Expérimentation information par SMS : octobre 2022
- Expérimentation affichage des temps moyens : août 2022



Expérimentation confort en salle d'attente : août 2022

5) Evaluer l'expérimentation



Evaluation quantitative de la nouvelle répartition des flux.



6) Déployer



Mise en place de la signalétique : une forme et une couleur par parcours



🌟 SMS : 3 ateliers sur des sujets juridiques, techniques et organisationnels



Echanges avec les patients et les soignants à partir des supports de conception :

- choix du mobilier (environnement, couleur)
- choix de l'aménagement de l'espace
- choix des couleurs au mur
- choix patients



🌟 Temps d'attente : atelier de définition des usages pour l'affichage des temps moyens d'attente



Aménagement de la salle d'attente : peinture faite, mobilier à venir



🌟 SMS : atelier de définition des usages pour l'envoi de SMS automatisé

7) Evaluer le déploiement



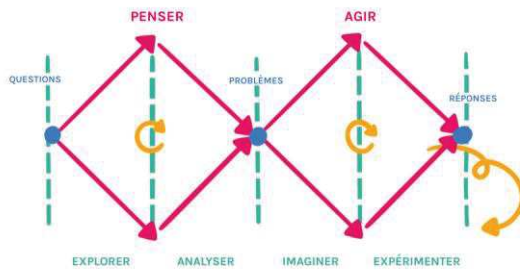
Cartes d'évaluation de la signalétique

AMÉLIORER L'ACCUEIL ET L'ADMISSION AUX URGENCES ADULTES

CONTEXTE

Été 2021, une alerte CHSCT amène le CHU à réfléchir à des travaux « coup de poing » pour permettre une amélioration des parcours internes aux urgences adultes. Dans ce périmètre, le sujet de l'accueil et de l'admission est identifié comme un espace de tension sans qu'une orientation très claire ne soit posée. La mission IOEP (Innovation Organisationnelle et Expérience Patient), en cours de création à cette époque, propose d'accompagner le questionnement de l'amélioration de l'accueil et de l'admission aux urgences adultes avec l'appui d'une designer doctorante.

MÉTHODE



Nous nous sommes appuyés sur un groupe de volontaires (cadres, médecins, soignants, secrétaires) d'une dizaine de personnes. La démarche a ensuite permis d'agréger autour des propositions environ 70 personnels des urgences. Chacune des phases a été pensée et outillée spécifiquement pour le projet. La démarche globale s'inspire des projets en EBCD (Evidence Based Co Design).

La spécificité de la démarche a également consisté dans la définition de différents niveaux d'engagement des acteurs dans le projet : écouter, consulter, conseiller, imaginer, décider, tester.

1 EXPLORER

La particularité de l'exploration dans ce projet a consisté à impliquer les parties prenantes dans le dispositif d'observation en co-définissant des lieux pertinents d'observation, en proposant des outils d'observation et en formant les équipes à leur utilisation.

LES MODALITÉS D'OBSERVATION



Visites commentées



Observations participatives



Entretiens



Recueil de l'expérience patient



2 ANALYSER

Une salle dédiée au projet à proximité a permis de réaliser les ateliers avec les professionnels pour rendre compte de cette immersion et de rendre visible les problématiques repérées (cartographie, reportage photographique, parcours ...).

LES PROBLÉMATIQUES RELEVÉES

- Interférence de flux
- Difficulté à se repérer et s'orienter dans l'espace en autonomie
- Manque d'information et de communication sur l'attente
- Mésusage des espaces
- Manque d'intimité et de confidentialité

Les équipes ont choisi de prioriser le sujet de l'interférence de flux entre les différents parcours et de l'information aux patients.



3 IMAGINER

Des ateliers de co-conception ont été organisés avec les soignants sur la base de maquettes, mais également avec des représentants des usagers. Ces maquettes ont fait l'objet d'un partage avec un collectif plus large de soignants pour tester leur pertinence et leur faisabilité. Un travail de recombinaison des idées a alors été réalisé par la designer doctorante de la mission IOEP pour aboutir à un schéma d'organisation des parcours gradué dans le temps et l'espace. Ce schéma a été repartagé avec l'équipe avant d'engager les tests. Ces travaux ont nourri le projet de conception du futur espace d'attente dans le cadre du programme de restructuration des urgences.



4 EXPÉRIMENTER

LES TESTS RÉALISÉS

- La séparation des flux brancard/valide
- La signalétique
- La hiérarchisation de l'information
- L'identification d'un espace IOA à l'arrière de la bulle
- L'ordonnement de l'appel de l'infirmier organisateur de l'accueil



L'évaluation (tableau de bord quotidien, bilan collectif de test...) a permis de conforter le maintien de la séparation des flux et la zone d'accueil IOA dans une optique de pérennisation. Elle a aussi conduit à l'agrandissement de l'espace d'attente dans le cadre des opérations « coup de poing ».

5 RÉTROACTION

Tout au long du projet, nous sommes allées à la recherche de l'expérience patient avec un questionnaire complété à la sortie avec la secrétaire et un questionnaire en ligne (QRcode en salle d'attente) en place pendant 5 mois.



Ce recueil a mis en évidence la nécessité de travailler sur 3 axes de travail :

- Le confort de l'attente (mobilier)
- Les services pendant l'attente
- L'information sur l'attente

6 NOUVEAUX TESTS

Deux autres tests ont été lancés en septembre et octobre 2022 :

- Un espace d'attente repensé en terme de « standard » d'accueil



- La transmission de l'information sur l'attente aux patients ou aux proches



Une information personnalisée par SMS aux patients et aux proches



Affichage du temps d'attente moyen

AVANCEMENT ACTUEL



- **Les éléments déjà en place**

- Flux séparés
- Salles d'attente étendues
- Dispositif d'appel IOA
- Contribution au programme de modernisation (animation cahier des charges)

- **Les éléments à pérenniser**

- Salle d'attente : mobilier, console d'information, services ...
- Espace IOA : isolation acoustique
- Signalétique (2 ans)

- **Les éléments en cours de travail**

- Information personnalisée du patient et des proches : groupes de travail en cours (juridique, organisationnel, réponse téléphonique et technique : ERIOS ?)
- Projet avec Urgences Chrono : affichage des temps moyens d'attente

MUSSOL

Coline

Octobre 2023

Directeur d'hôpital

Promotion 2022-2023

La valeur transformative du design hospitalier

Quel usage pour les directeurs d'hôpital ?

*L'exemple de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient
du CHU de Montpellier*

Résumé :

Appliquant les principes du design au monde hospitalier, la démarche d'innovation par le design permet de conduire des projets de transformation à l'hôpital, construits à la demande et par les équipes de manière participative, à partir de l'écoute des problématiques de terrain. Au carrefour entre l'innovation (l'organisation, les flux, la transformation, la digitalisation) et l'expérience patient (la qualité des soins et des parcours, les partenariats en santé, les relations avec les usagers), le design hospitalier propose des démarches novatrices et des pistes d'amélioration des organisations. Cette démarche bien que peu étudiée dans le cadre hospitalier, a démontré ses effets positifs sur l'expérience usager quel qu'il soit. En interrogeant la manière dont les projets sont menés au sein de l'hôpital, cette recherche permet d'envisager les effets de la démarche sur les professionnels et sur leur organisation de travail, la place des interactions entre le corps de direction et les autres professions au sein de l'institution, ainsi que l'usage potentiel pour les directeurs dans une transformation des organisations.

Pour répondre à cette problématique, une étude a été réalisée au sein de la Mission innovation organisationnelle et expérience patient du CHU de Montpellier. Cette étude comportait trois phases : une immersion en formation action puis une série d'entretiens semi directifs avec des agents pluri professionnels ayant participé aux cinq projets de la mission, et enfin un questionnaire administré à tous les participants à un atelier de la mission.

Les premières conclusions sont les suivantes : l'utilisation du design, dans des projets de résolution d'une problématique de terrain d'une équipe hospitalière emporte une très grande satisfaction des professionnels qui y ont été initiées de par la création de valeur intrinsèque à la démarche. Si l'impact, sur le bien-être au travail sur le plan individuel n'est que modéré, celui sur l'organisation du travail à l'échelle collective d'une part, et sur l'amélioration de l'expérience patient d'autre part, semble avéré. L'évaluation de cette mission permet d'identifier ce que la démarche d'innovation par le design emporte pour les patients en premier lieu, mais également pour les professionnels, à l'échelle individuelle et institutionnelle. Elle incite également à une plus grande visibilité de ce type de démarches en vue de les démocratiser. Il semble indéniable aujourd'hui que leur appropriation dans les pratiques des directeurs soit un levier de changement organisationnel fort.

Mots clés :

Design hospitalier, innovation, expérience usager, parcours patient, gestion de projet, process, transformation, qualité de vie au travail, engagement, sens au/du travail, création de valeur, encapacitation.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.