

MOTS CLÉS

GHU Paris
 Psychiatrie & Neurosciences
 Chaire de Philosophie à l'hôpital
 Preuve de concept
 HEGP
 POC
 Personnes âgées
 Design
 Conception
 Urgences

réflexion

PERFORMANCE

Preuves de concept et capacités de conception collective

L'exemple d'un projet de design sur l'amélioration des urgences pour personnes âgées

L'étude des preuves de concept (POC) réalisées dans le projet de design mené par la Chaire de Philosophie à l'hôpital et l'agence de design les Sismo, et financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie⁽¹⁾, vient enrichir la description du pouvoir génératif des POC selon un versant organisationnel. La démarche peut aider au renouvellement du regard des soignants sur ce que veut dire prendre soin, mais aussi sur leurs propres vulnérabilités et compétences. Elle contribue à la valorisation réciproque des expertises de chaque profession dans le cadre d'une co-conception et catalyse de nouveaux projets grâce au développement de nouvelles représentations de l'existant et de futures alternatives, de nouvelles formes de coordination entre les équipes hospitalières, et donc de nouvelles capacités de conception collective.

Interfaces critiques entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, et chevilles ouvrières de la permanence des soins du système de santé français, les services d'urgence font l'objet d'insatisfactions voire d'inquiétudes grandissantes chez l'ensemble de leurs parties prenantes. Les problématiques contemporaines des urgences, au-delà du cas spécifique des personnes âgées, soulèvent des enjeux d'innovation profonds.

La soutenabilité du modèle actuel est ainsi questionnée par une multiplicité d'organisations : structures représentatives des professionnels d'urgence, associations de patients, Cour des comptes, Sénat, etc. En 2015, l'association Samu-Urgences de France affirme dans son livre blanc que « l'organisation actuelle de la médecine d'urgence ne permet

plus, et ne permettra pas demain, de faire face aux inéluctables évolutions des besoins de soins et de notre système de santé⁽²⁾ ». En 2017, le rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat souligne que les urgences hospitalières et les soins non programmés font régulièrement l'objet de rapports « soulevant bien souvent les mêmes interrogations, établissant des constats identiques, et avançant des propositions similaires⁽³⁾ ». L'enjeu de soutenabilité de notre modèle actuel de prise en charge des urgences médicales se pose notamment à la lumière de la hausse continue de la fréquentation des services d'urgence au global, avec néanmoins un rythme ralenti depuis 2016.

En 2019, la Drees faisait état de 20,2 millions de passages annuels dans les 697 services dédiés, contre deux fois moins en 1996⁽⁴⁾. Les épisodes de « délestage » (à cause d'une activité supérieure aux capacités du service) et/ou de fermeture temporaire (allant de plusieurs nuits à plusieurs jours) – impliquant la réorientation des patients vers d'autres établissements ou la médecine de ville

Caroline JOBIN

Ingénieure biomédicale
 Post-doctorante
 Mines Paris-PSL
 Centre de gestion scientifique (CGS)
 i3 UMR CNRS

– marquent de plus en plus l'actualité. Ces phénomènes, intimement liés au manque de personnel de plus en plus criant, et que la crise covid a souvent accentué, touchent aussi bien des centres hospitaliers (par exemple le CH du Pôle Santé Sarthe-et-Loir) que des centres hospitaliers universitaires (par exemple le CHU de Bordeaux).

Le cas spécifique des personnes âgées

Les problématiques contemporaines observées dans les services d'urgence, qui sont multiples et souvent systémiques, trouvent également leur source dans le profil des patients qui s'y présentent. Le vieillissement de la population, la désertification médicale et un taux de recours aux services d'urgence plus élevé aux âges extrêmes de la vie drainent de plus en plus de personnes âgées aux urgences⁽⁵⁾ et viennent déstabiliser l'institution hospitalière. En effet, cette dynamique démographique et épidémiologique vient perturber le mode de fonctionnement de l'hôpital contemporain qui s'est structuré autour de deux grands piliers :

» le diagnostic et la prise en charge d'un syndrome aigu et isolé, par un service d'hospitalisation de plus en plus spécialisé dans un organe ou un système d'organe (phénomène d'hyperspécialisation) – alors que les personnes âgées appellent de plus en plus à la prise en charge d'épisodes de décompensation liés à une maladie, voire bien souvent plusieurs maladies chroniques, et des défaillances multiples (polyopathologies) ;

» une prise en charge tournée vers le soin technique – quand bien même les personnes âgées ont souvent besoin d'une prise en charge plus holistique du fait d'une forte intrication entre des vulnérabilités physiques, psychiques, sociales et environnementales⁽⁶⁾.

Le profil des personnes décédées lors de l'épisode caniculaire de 2003, à savoir une écrasante majorité de personnes âgées bien souvent isolées, a renforcé la prise de conscience par les pouvoirs publics de l'importance et de leur responsabilité d'organiser la prise en charge de

la vieillesse et de la perte d'autonomie. Cette prise de conscience s'est traduite par la mise en place de plans nationaux successifs (par exemple, plan Urgences en 2003, plan Vieillesse et Solidarité entre 2003 et 2007, plan Solidarité Grand Âge entre 2007 et 2012, etc.). La canicule de 2003 a également été le déclencheur de la création, l'année suivante, de la Journée de solidarité visant à financer des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) chargée de la gestion de ce budget. Depuis le 1^{er} janvier 2021, la CNSA gère la branche autonomie de la sécurité sociale : la 5^e branche.

Une enquête réalisée par la Drees le 11 juin 2013 auprès des 734 points d'accueil d'urgence français a objectivé le caractère particulier de cette patientèle⁽⁷⁾. Comparée à la population générale (15-74 ans), la prise en charge des 75 ans et plus implique un temps de passage plus long (deux fois en moyenne) qui s'explique par davantage d'actes de diagnostic (imagerie, biologie, etc.) et de soins (pansements, points de suture, etc.), un passage plus fréquent par les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et un délai supplémentaire pour obtenir un lit d'hospitalisation.

Cette enquête a été reprise par le rapport d'information du Sénat de 2017 mentionné plus haut⁽⁸⁾, qui souligne que « les passages aux urgences récurrents des personnes âgées constituent une catastrophe à la fois humaine (les passages aux urgences tendant à désorienter les patients), médicale (l'inadaptation des prises en charge contribuant à dégrader l'état de santé des malades) et pécuniaire (les ruptures dans les parcours de prise en charge des personnes âgées tendant au total à allonger les durées de séjour) ». Ce même rapport relève que « de l'avis général des personnes rencontrées par vos rapporteurs, parmi toutes les filières qui peuvent être distinguées au sein de l'accueil des urgences, la gériatrie est celle qui pose le plus de difficultés ».

Dans la lignée des recommandations de la circulaire de 2002⁽⁹⁾ visant l'amélioration de la filière de soins gériatriques, notamment par la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie ou l'admission directe en circuits courts gériatriques, c'est-à-dire sans passage par les urgences, plusieurs initiatives locales ont émergé. Par exemple, des initiatives intrahospitalières sont nées à Limoges de la collaboration entre les équipes des urgences et les gériatres du CHU, dont l'Ephad Chastaingt fait partie. Parmi ces initiatives se trouvent la création d'une unité de recours de soins gériatriques (URSG) au sein d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2005, d'une unité de médecine d'urgence pour personnes âgées (Mupa) au sein du service d'urgence et d'une unité d'hébergement temporaire d'urgence médico-social (UHTU-MS) au sein de l'Ephad en 2014.

Le projet de design pour améliorer les urgences pour les personnes âgées

Dans ce contexte d'insatisfaction et d'émergence d'initiatives locales, la Chaire de Philosophie à l'hôpital et l'agence de design les Sismo ont souhaité s'intéresser au vécu singulier des personnes âgées, et plus largement des usagers des urgences (dont les proches et les personnels hospitaliers) à travers un projet de design de service.

NOTES

(1) L'auteure remercie la Chaire TMCI de Mines Paris-PSL (dont Sophie Hooge et Pascal Le Masson), la Chaire de Philosophie à l'hôpital (dont Cynthia Fleury et Flora Régibier), les Sismo (dont Antoine Fenoglio, Aurélie Leclercq, Margot Lenorais, Johan Viscuso et Diana Prak), l'hôpital européen Georges-Pompidou, la CNSA ainsi que toutes les personnes s'étant impliquées dans le projet de design décrit dans l'article.

(2) Association Samu-Urgences de France, *Livre blanc : organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir*, octobre 2015, p. 4.

(3) L. Cohen, C. Génisson, R.-P. Savary, « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », rapport d'information n° 685 (2016-2017) fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2017, p. 10.

(4) Drees, *Les Établissements de santé - Fiche 25 - La médecine d'urgence*, édition 2021.

(5) B. Boissguérin, L. Mauro, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », *Études et Résultats*, n°1007, Drees, mars 2017.

(6) P. Métails, M.-P. Pancrazi, « Application de la théorie du chaos à la clinique du sujet âgé », in *Les Chaos du vieillissement*, Érès, 2003, p. 109-127.

(7) B. Boissguérin, L. Mauro, 2017, *op. cit.*

(8) L. Cohen, C. Génisson, R.-P. Savary, 2017, *op. cit.*

Contexte et déroulé du projet

En 2018, l'une des missions de la CNSA était de financer des projets visant à concevoir de nouvelles solutions d'accompagnement pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Forte de cette mission, la CNSA a lancé en juin 2018 un appel à projets intitulé « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design » pour encourager des collaborations entre acteurs du champ du handicap et de la perte d'autonomie et designers. La CNSA entendait ainsi « acculturer le secteur aux approches de design ; intéresser les designers aux enjeux du handicap et de la perte d'autonomie ; faire émerger des réponses innovantes à partir de constats de terrain ; vérifier/donner à voir le potentiel du design comme mode de construction de solutions, de services et de politiques publiques dans le champ de l'autonomie ⁽¹⁰⁾ ».

La Chaire de Philosophie à l'hôpital – en tant que porteur de projet – et les Sismo – en tant que prestataire/partenaire design – ont déposé et remporté un projet de design visant à améliorer les urgences pour les personnes âgées en perte d'autonomie et personnes handicapées. Leur proposition s'inscrivait dans une approche complémentaire aux nombreux rapports, dont il est fait mention précédemment, qui ont bien souvent comme point focal l'institution hospitalière et dont les éléments de sortie sont des recommandations, certes souvent très pertinentes, mais pas toujours performatives.

Tout d'abord, un travail d'observation dans des services d'urgence et dans un Ehpad a permis d'identifier des paradoxes ou champs d'action. Ensuite, avec l'appui des compétences des designers, les concepts imaginés collectivement pour améliorer la qualité du parcours de soin des plus vulnérables ont été, pour partie, prototypés et testés au sein du deuxième service d'urgences d'Île-de-France qui accueille le plus de personnes âgées. Ce service est celui de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP – AP-HP). Un partenariat non contractualisé, sponsorisé par le chef du service des urgences qui fut administrateur

« Le POC peut être un outil de transformation organisationnelle pour faire face aux enjeux d'aujourd'hui et se préparer à ceux de demain. »

de la CNSA, a garanti l'accès au terrain de l'immersion à la preuve de concept (ou POC, *proof of concept*). Forts des apprentissages générés par la preuve de concept, les Sismo ont réalisé un « kit de déploiement » pensé comme un mode d'emploi des solutions en vue de leur mise en place à l'HEGP ou dans toute autre structure intéressée ⁽¹¹⁾. Pour chacune des solutions, le kit en présente les grands principes, les objectifs et les modalités de mise en œuvre, les scénarios d'usage, de même que les éléments qui permettront de reproduire les solutions et des points d'attention.

Les grandes étapes du projet ainsi que les activités associées sont retracées à la figure 1. L'équipe projet opérationnelle (désignée ci-après par nous) était constituée de deux designers Sismo, d'une chargée de mission de la Chaire de Philosophie à l'hôpital, et de l'auteur, alors doctorante Cifre auprès de ces deux organisations.

NOTES

(9) Circulaire Dhos/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

(10) CNSA, « Appel à projets : "Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design" », communiqué, juin 2018.

(11) « Repenser les urgences pour les patients en situation de handicap et âgés en perte d'autonomie », kit de déploiement, mars 2020. Disponible sur le site internet de la Chaire de Philosophie à l'hôpital, onglet Publications ou via le lien <https://drive.google.com/file/d/150i5u6qcs-f8DNBjorP2kvC00nGn4XUf/view>

FIGURE 1 Les grandes étapes de la démarche de design – Synthèse

<p>ÉTAPE 1 Enrichissement Février-Mai 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observation ethnographique à l'HEGP (AP-HP) (urgences) • Entretiens avec patients/aidants, professionnels des urgences, du grand âge, du handicap et de l'innovation • Restitution partielle à l'HEGP (Copil n°1) • Observation ethnographique au PSSL (urgences/Ehpad) • Enquête documentaire (rapports, thèses et mémoires de recherche, littérature scientifique) • Cartographie des parties prenantes et expérience patient
<p>ÉTAPE 2 Co-création et scénarisation Juin-Août 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Journée d'atelier de co-création avec acteurs hors HEGP (médecine de ville, spécialistes de la gérontologie, association de patients...) • Remise du rapport intermédiaire à la CNSA • Scénarisation de huit concepts sous format poster et maquettage de quelques-uns • Collecte des retours auprès des soignants de l'HEGP et d'acteurs du handicap • Restitution à l'HEGP et sélection des concepts à tester (Copil n°2)
<p>ÉTAPE 3 Prototypage et preuve de concept Septembre 2019-Janvier 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conception de la preuve de concept (conception de démonstrateurs, de partenariats avec des entreprises partenaires et du protocole) • Trois + deux jours de test à l'HEGP avec animation (formations, observations, entretiens, itérations...) • Restitution « à chaud » à l'HEGP devant une grande partie des parties prenantes du projet, internes et externes à l'HEGP dans la salle de staff • Synthèse des apprentissages de la preuve de concept
<p>ÉTAPE 4 Analyse de la preuve de concept et kit de déploiement Janvier-Juillet 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion entre l'HEGP (dont direction générale), les Sismo et l'entreprise partenaire n°2 (Copil n°3) • Remise du kit de déploiement aux cadres de santé des urgences de l'HEGP • Remise du rapport final et du kit de déploiement nourri des apprentissages du POC à la CNSA • Huit entretiens semi-directifs six mois après le POC (2 aides-soignants, 2 cadres de santé, 1 infirmier, 1 interne, 1 médecin urgentiste, 1 secrétaire médicale et le PDG de l'entreprise partenaire n°2)

Concepts prototypés et testés à l'HEGP

Parmi les concepts scénarisés, trois ont été retenus pour l'étape de prototypage et de preuve de concept, soit un concept par catégorie :

» le concept « Pack confort », catégorie « Hospitalité : apporter des éléments de confort ». Il s'agit d'une pochette accrochée au rebord du brancard qui apporte des éléments de confort (lingettes, masque de nuit, etc.) aux patients fragiles amenés à passer plusieurs heures voire la nuit aux urgences. Le pack a également vocation de permettre aux patients de garder à portée de main et de vue des objets personnels (montre, portable, etc.) supportant leurs repères et leur autonomie. *Référentes HEGP : les cadres de santé du service ;*

» le concept « IT. inénaire », catégorie « Coordination : fluidifier le parcours patient », un système de géolocalisation à disposition des soignants pour faciliter la localisation des patients alors qu'ils sont amenés à être déplacés régulièrement. Ce système permet de sécuriser et de fluidifier la prise en charge des patients, d'alerter et d'éviter les fugues involontaires des personnes désorientées. *Référent HEGP : un médecin urgentiste ;*

» le concept des « éclaireurs », catégorie « Attention : intégrer l'entourage du patient », un ensemble de dispositifs de communication visant à faciliter les démarches administratives du parcours

patient post-urgences. Ces dispositifs, dont une fiche de numéros de téléphone fléchés par rapport à des besoins patients (chercher un objet perdu aux urgences, récupérer un résultat d'examen...) et une fiche d'aide pour déclarer un arrêt ou un accident de travail, ont pour but de décharger le secrétariat médical pour permettre un suivi personnalisé des patients les plus vulnérables. *Référente : une secrétaire médicale du service.*

Quelques éléments de méthode

Pour chaque concept, nous avons explicité et décrit l'objectif du POC, c'est-à-dire les apprentissages recherchés, mais aussi rappelé les acteurs et les lieux clés. Des profils de patients cibles ont été présentés aux équipes lors de mini-séances de formation. Il s'agissait plus de recommandations que de prescriptions sachant la nature exploratoire de l'expérimentation. Pour chaque concept, un scénario d'usage du test synthétisait les grandes étapes et les acteurs impliqués. Dans la mesure du possible, ces étapes ont été réalisées par les équipes hospitalières. Pour chaque sous-élément du concept, des hypothèses ont été formulées, des itérations/alternatives pensées et des critères d'évaluation/exploration identifiés.

Quelques éléments d'analyse

Pour chaque concept, nous avons rappelé les principales hypothèses qui ont guidé la conception du POC. Chaque concept était composé de plusieurs éléments : les hypothèses s'intéressaient à chacun des concepts pris de façon unitaire et à leur combinaison. Lors du POC, nous avons mené des observations et des entretiens auprès des patients, de leurs proches et des personnels hospitaliers sur des points spécifiques qui avaient été définis dans le protocole et sur d'autres qui ont émergé. Chaque apprentissage a été co-validé par l'équipe projet opérationnelle et a été appuyé par des verbatims d'entretien et des photos issus des observations (respectant bien sûr l'intimité et l'anonymat des personnes).

TABLEAU 1 Impacts organisationnels générés par la preuve de concept

Impacts organisationnels	Verbatims
Renouvellement du regard des soignants sur ce que veut dire « prendre soin »	<ul style="list-style-type: none"> « Ce qui m'a le plus frappé dans ce projet, c'est de voir que le soin peut être autre chose que médical, technique. » (Cadre de santé, entretien post-POC) « Par rapport à cette expérimentation, j'ai vu que ça plaisait à un bon nombre de patients et c'est des questions toutes bêtes, mais en fait c'est ce qu'attendent les patients. » (Aide-soignant, à propos du Pack confort, entretien post-POC)
Renouvellement du regard des soignants sur leurs propres vulnérabilités et compétences	<ul style="list-style-type: none"> « Je ne connais pas quatre numéros sur cinq. » (Chef de service des urgences, à propos de la fiche de numéros de téléphone, pendant la conception du POC) « En vous parlant, je réalise que je fais, que je sais plein de choses. » (Secrétaire médicale, pendant le POC) « Je trouve le Pack confort intéressant pour nous aussi, pour les gardes. » (Interne en médecine générale, entretien post-POC)
Valorisation des expertises de chaque profession dans le cadre d'une co-conception	<ul style="list-style-type: none"> « Vous avez tapé à tous les niveaux [...] cadre sup, cadre, aide-soignant, infirmier, médecin [...]. Vous n'arrivez pas avec un produit tout fait quoi, la preuve les deux fois où on s'est rencontré, vous arrivez avec un prototype qui est développé après avec [nos] apports. » (Aide-soignant, entretien post-POC) « Quand je suis entrée dans la salle, j'ai été surprise de voir tout ce monde réuni... cadres de santé, médecins, aides-soignants. » (Secrétaire médicale, à propos de la restitution du POC dans la salle de staff, entretien post-POC)
Catalyse de nouveaux projets grâce au développement de nouveaux modèles de représentation et de coordination entre les équipes hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> « Je pense que ça a amélioré globalement l'entente entre les urgences et le service informatique [...] Eux, ça les a aidés à identifier les interlocuteurs chez nous et nous ça nous a aidés à identifier les acteurs chez eux, ce qui n'est pas toujours évident. Mais par exemple, depuis, on a mis en place l'intégration automatique des constantes de bases de déchocage dans les dossiers [...]. De même qu'on a instauré la dictée orale dans le service et on a tout de suite fait ça très conjointement avec le service informatique [...]. Si on les associe dès le départ, ils sont assez proactifs [...] ils ont des vraies compétences. » (Médecin urgentiste, entretien post-POC)

Analyse de l'impact organisationnel du POC

La documentation du cas entre janvier 2019 et juin 2020 (carnet de terrain, notes d'entretiens, compte-rendu de réunions, documents de travail et livrables) a été réalisée dans le cadre du travail de thèse de doctorat en sciences de gestion de l'auteure principale ⁽¹²⁾, mené avec le Centre de gestion scientifique (CGS)-i3 de Mines Paris-PSL.

Au-delà d'une analyse « classique » du POC centrée sur le concept qui consiste à valider, réfuter, amender les hypothèses initiales, voire en faire émerger de nouvelles (comme ont pu le faire les Sismo et la Chaire de Philosophie à l'hôpital), le travail de thèse a amené à s'intéresser au versant organisationnel des impacts du POC. Sachant ces hypothèses, la collecte de données a été clôturée par une vague d'entretiens post-POC (+ 6 mois) avec des professionnels des urgences de l'HEGP. Il s'agissait des référents des concepts : deux cadres de santé, un médecin urgentiste, une secrétaire médicale ainsi que deux aides-soignants, un infirmier et un interne en médecine générale. Quatre types d'impact organisationnel ont été identifiés :

- » renouvellement du regard des soignants sur ce que veut dire prendre soin ;
- » renouvellement du regard des soignants sur leurs propres vulnérabilités et compétences ;
- » valorisation des expertises de chaque profession dans le cadre d'une co-conception ;
- » catalyse de nouveaux projets grâce au développement de nouveaux modèles de représentation et de coordination entre les équipes hospitalières (tableau 1).

Illustration du mécanisme de développement de nouveaux modèles de représentation et de coordination grâce au POC

Pour illustrer le phénomène de développement de nouveaux modèles de représentation et de coordination entre les équipes hospitalières, nous allons nous appuyer sur le POC du concept IT. néaire, le système de géolocalisation des patients.

Avant le POC, le contact était très tendu entre les services d'urgences et des systèmes d'information (SI) de l'HEGP ; deux services aux expertises et régimes de fonctionnement très hétérogènes. Du fait de ce contexte, le chef de service d'urgence a recommandé aux Sismo puis à l'entreprise partenaire de conduire le POC sans le service SI, soit « en mode pirate ». Cette hypothèse d'indépendance s'est en fait révélée tardivement erronée, car il fallait pouvoir se connecter sur le réseau informatique de l'hôpital dont le service SI était garant. La mobilisation de la direction générale pendant la phase de conception du POC n'avait pas suffi pour obtenir l'accès permettant le test en vie réelle. Les Sismo ont malgré tout poussé à tester ce qui pouvait l'être, à savoir l'acceptabilité du patient vis-à-vis de la géolocalisation et l'ergonomie du bracelet ainsi que l'interface pour les soignants. La discussion collective réalisée dans la foulée du POC, à laquelle était présente la directrice adjointe de l'HEGP, a permis aussi bien de reconnaître collectivement la valeur du concept que les nombreux éléments qu'ils restaient à vérifier et à concevoir collectivement. À l'issue

NOTE

(12) C. Jobin, « La preuve de concept comme outil de développement des capacités de générativité collective : modélisation, expérimentation et conditions de performance », thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paris Sciences & Lettres, 2022.

» ZOOM La Chaire de Philosophie à l'hôpital

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé. Ses thématiques de recherche s'articulent autour de cinq pôles : Philosophie clinique et savoirs expérientiels/Santé connectée et intelligence artificielle/Design capacitaire/Résilience et clinique du développement/Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un espace doctoral composé de douze doctorants.

Les prochains articles publiés par *Gestions hospitalières* porteront, entre autres sujets, sur les facteurs humains au bloc opératoire pédiatrique, l'IA et la garantie humaine, le rôle de la médecine narrative dans la prévention du *burn-out* des soignants, le développement des sciences humaines et sociales (SHS) dans la formation des soignants, les arts visuels à l'hôpital comme soin, les humanités au service de l'attractivité de la psychiatrie en contexte de désertification médicale, l'amélioration de la communication médecin/malade en préopératoire par le biais d'interfaces digitales... toujours sous un angle philosophique, anthropologique et sociologique, avec une approche théorique couplée à un retour d'expérience. www.chaire-philos.fr



de cette discussion collective « animée », une réunion commanditée par la direction générale, à laquelle étaient conviés, entre autres, des personnels du service des urgences et du service SI, a abouti à un accord : un contrat signé entre l'HEGP et l'entreprise partenaire du POC pour qu'un test d'une semaine puisse être réalisé quelques semaines plus tard. Cependant, cette réunion s'est tenue début février 2020 et la crise covid est venue remettre en question cet accord...

Dans un entretien réalisé six mois après le POC avec le médecin urgentiste référent interne pour ce concept, ce dernier a clairement expliqué que les interactions qu'ils avaient eues dans le cadre du POC avec le service SI avaient permis à chacun de mieux se connaître et d'apprendre à travailler ensemble.

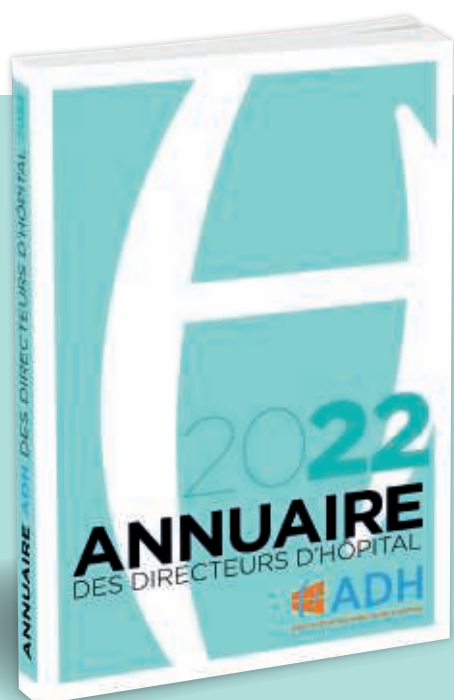
NOTE

(13) C. Jobin, S. Hooge, P. Le Masson, « La preuve de concept : un levier de régénération des organisations de santé par le développement de capacités de conception collective », 9^e congrès de l'Aramos, novembre 2021.

Cette double amélioration (des capacités de représentation et de collaboration) constitue un développement des capacités de conception collective, dont témoignent les initiatives ultérieures. Grâce au développement d'un nouveau modèle de représentation et de coordination des acteurs des deux services, ils ont pu mener depuis le POC au moins deux projets conjoints : l'intégration automatique des données des moniteurs dans les dossiers patients et la retranscription de dictées vocales.

Conclusion

L'étude des preuves de concept (POC) réalisées dans le projet de design mené par la Chaire de Philosophie à l'hôpital et les Sismo, et financé par la CNSA, permet de décrire la dimension organisationnelle du pouvoir génératif du POC là où, jusqu'alors, l'impact d'un POC était souvent seulement étudié selon le versant conceptuel. Certains verront dans cette étude du POC ⁽¹³⁾ la description de simples « effets secondaires ». Cependant, au vu des enjeux des urgences hospitalières, et plus largement de soutenabilité de notre modèle actuel de prise en charge des urgences médicales, les solutions à isomorphisme organisationnel se révèlent et se révéleront d'autant plus insuffisantes. Ainsi, bien géré, le POC peut être un outil de transformation organisationnelle (ou du moins un outil d'amorçage de cette transformation), dont l'institution hospitalière et plus largement les autres maillons du système de santé ont besoin pour faire face aux enjeux de santé d'aujourd'hui et se préparer à ceux de demain. ●



ANNUAIRE ADH 2022 DES DIRECTEURS D'HÔPITAL

Plus de 4 000 entrées recensant les coordonnées et les carrières du corps des directeurs d'hôpital (DH). Qu'ils soient en formation, en exercice dans les établissements publics de santé, en détachement, mis à disposition ou à la retraite, les DH sont classés par ordre alphabétique et promotion ENSP/EHESP. Actualisé par l'Association et par les intéressés, l'annuaire ADH est le support de référence pour connaître les membres de la profession.

TARIF 340 €

Tarif TTC franco de port (TVA en vigueur incluse)

Commander auprès de **héral**

13-17, rue de Pouy - 75013 Paris

Tél. : 01 45 73 69 20 - Fax : 01 46 82 55 15 - www.heral-pub.fr