



Appel à projet
« **Handicap et perte
d'autonomie :
innovation sociale
par le design** »

Repenser les Urgences pour les patients en situation de handicap et âgés en perte d'autonomie

Rapport du porteur de projet

Mars 2020

Sommaire

Note de synthèse	p. 3
Présentation du projet	p. 6
Description de la démarche	p. 12
Résultats de la démarche et perspectives	p. 19
Bilan critique de l'expérience de design	p. 30
Conclusion	p. 40

Note de synthèse

Note de synthèse

Présentation du projet

Description de la démarche de design

Résultats de la démarche et perspectives

Bilan critique de l'expérience de design

Conclusion

Note de synthèse

Partie 1/2

Point de contact critique entre la ville et l'hôpital, les services d'urgences font face à de nombreux défis étroitement liés au vieillissement de la population (augmentation continue de leur fréquentation, modification importante des profils et des demandes des patients dont les prises en charge ne doivent plus seulement être médicales mais psycho-médico-sociales, ...).

Compte tenu de leur situation critique, les urgences hospitalières et les soins non programmés font régulièrement l'objet de rapports et de propositions, souvent similaires et centrées sur le mode de fonctionnement des organisations de santé. **La Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo souhaitent s'inscrire dans un positionnement complémentaire en s'intéressant au vécu singulier des usagers des urgences, et plus spécifiquement à la population spécifique des**

personnes âgées en perte d'autonomie et en situation de handicap, afin d'améliorer la qualité de leur parcours.

À cet égard, une démarche de design a été entreprise dans le but d'imaginer et de concevoir de manière collaborative des solutions apportant du soin (care) aux usagers des Urgences. **La pertinence et la valeur de ces solutions ont été mises à l'épreuve du terrain, par l'intermédiaire de POC (proofs of concept), auprès de l'un des principaux partenaires terrains de ce projet, à savoir l'Hôpital Européen Georges-Pompidou (AP-HP).**

Les quatre solutions retenues s'inscrivent sur l'ensemble du parcours des patients.

En cas d'urgence est un livret de prévention et d'accompagnement des patients dans l'acquisition de compétences et de bons réflexes en amont des urgences.

Note de synthèse

Partie 2/2

Mon côté personnel agit sur le confort et l'autonomie des patients grâce à une sacoche fixée au brancard qui permet de conserver leurs effets personnels et les accessoires fournis à portée de main.

IT.néraire, à travers une solution de géolocalisation des patients, évite le risque de fugue tout en fluidifiant la prise en charge et facilitant le travail des soignants.

Les éclaireurs facilite la sortie des Urgences par une meilleure information des patients et contribue ainsi à désengorger le standard pour consacrer plus d'attention aux patients vulnérables.

Les quatre solutions et leur kit de déploiement sont mises à disposition par la Chaire de Philosophie à l'hôpital tous les établissements qui souhaiteraient les mettre en place à travers une **licence Creative Commons CC-BY-NC**.

Une approche réflexive et critique de la démarche de design a notamment permis de soulever quatre grands questionnements : (1) les limites et bénéfices d'un positionnement en tant que designers externes, (2) un mode de projet et d'interaction à repenser face au contexte du projet et des urgences, (3) le POC en environnement contraint : la nécessité d'aller au-delà de la désirabilité, et (4) dans un écosystème hospitalo-universitaire, le designer doit-il agir tel un scientifique ?

Ce projet de design vient plus largement nourrir les bases théorique et pratique du *Design with Care* et la méthodologie associée : les "Proofs of Care ©".

Présentation du projet

Note de synthèse

Présentation du projet

Description de la démarche de design

Résultats de la démarche et perspectives

Bilan critique de l'expérience de design

Conclusion

Présentation du projet

La Chaire de philosophie à l'hôpital

Ouverte en janvier 2016, abritée au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, association de loi 1901, dirigée et créée par Cynthia Fleury-Perkins, professeur de philosophie et psychanalyste, la Chaire de philosophie à l'hôpital propose de réinventer une fonction soignante en partage entre le médecin et son patient, entre l'hôpital et le reste de la société, en particulier l'école et l'université.

En introduisant les Humanités - la philosophie, les sciences humaines, les arts - au cœur de toute structure de soin grâce à l'enseignement, la critique, la recherche et le partage d'expérience, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital veut enrichir le soin et faire communiquer les sphères de connaissance comme celles et ceux qui les mettent en pratique ou en bénéficient, par le biais de séminaires comme d'expérimentations innovantes.



Cynthia Fleury-Perkins - Porteur du projet

Fondatrice de la Chaire de philosophie à l'hôpital, titulaire de la Chaire humanités & santé au CNAM et professeure associée à Mines ParisTech.

Présentation du projet

Les Sismo

Fondé il y a 22 ans, les Sismo est un studio de design indépendant. Depuis sa genèse, le studio a suivi toutes les mutations, jusqu'à investir l'ensemble des champs des métiers du design. Reconnu pour ses réponses pertinentes et élégantes dans l'accompagnement à l'innovation des organisations publiques et privées, le studio affirme son positionnement résolument humaniste par le *Design with care*.

Souvent primé pour ses créations iconiques, ses outils méthodologiques et ses expositions grand public, les Sismo constitue un collectif hors norme d'une trentaine de talents, des doubles profils, tous issus de formations en design. Les profils intégrés dans le studio sont les suivants : architecte, designer de services, designer stratégique, ingénieur, sociologue, anthropologue, entrepreneur, designer industriel, UX/UI designer, etc.



Les Sismo - Partenaire designer

Un studio de design qui affirme son positionnement résolument humaniste par le *Design with care*.

Présentation du projet

Constats ayant motivés la démarche de design

Point de contact critique entre la ville et l'hôpital, les services d'urgences hospitalières sont confrontés à une hausse ininterrompue de leur fréquentation, atteignant ainsi 21,4 millions passages annuels en 2017, soit 2 fois plus qu'en 1997 [1]. Bien que multiples et souvent systémiques, les motifs qui expliquent ce recours croissant sont intimement liés au **vieillessement de la population**.

En plus de drainer toujours plus de patients, cette dynamique démographique vient déstabiliser les structures et les équipes. En effet, il n'est plus seulement question d'assurer la prise en charge des urgences vitales mais aussi, voire surtout, d'assurer la **prise en charge de**

patients avec des complications inhérentes à leurs maladies chroniques, souvent multiples [2].

Cette prise en charge n'est bien souvent **pas seulement le résultat d'une fragilité médicale seule mais d'une fragilité psycho-médico-sociale**, nécessitant ainsi des modalités de soin d'autant plus holistiques et spécifiques [2].

A propos, il est reconnu que la **personne âgée est une "patientèle au profil particulier"**, e.g., elle y reste en moyenne 2 fois plus longtemps (soit en moyenne 4 heures), est soumise à un tiers d'exams supplémentaires, est 2,6 fois plus susceptible d'être hospitalisée que les 15-74 ans [3].

Référence [1] : DRESS (2019). La médecine d'urgence.

Référence [2] : Sénat (2017). Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières.

Référence [3] : DRESS. (2017). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier.

Présentation du projet

Objectifs et enjeux de la démarche

Compte tenu de leur situation critique, 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** [1]” Majoritairement, même s'il existe bien sûr des exceptions (voir e.g. [2]), ces rapports ont comme **point de focal les institutions et leur mode de fonctionnement plutôt que les patients en tant qu'individus singuliers.**

La Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo souhaitent s'intéresser au vécu singulier des usagers des urgences, plus spécifiquement celui des personnes

âgées en perte d'autonomie et en situation de handicap, afin d'améliorer la qualité de leur parcours de soin dans des situations d'urgence. Pour aborder cet enjeu crucial, la Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo souhaitent **adopter une approche par le design.**

Cette approche se devait d'être **centrée sur les parcours et vécus des usagers, afin d'imaginer de façon collaborative des solutions innovantes.** Certaines d'entre elles devaient ensuite être **testées en situation réelle, au contact du terrain, par l'intermédiaire de POC** (proofs of concept) dont les **apprentissage** devaient nourrir un **kit de déploiement** à destination de tout acteur intéressé.

Référence [1] : Sénat (2017). Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières.

Référence [2] : ARS & CRSA Pays de la Loire (2017). Etude sur les attentes des usagers des services d'urgences des établissements de santé en Région Pays de la Loire

Présentation du projet

Terrains d'étude : plusieurs modalités de participations



Observations et interviews terrain, atelier et expérimentations au SAU

Hôpital accueillant la 2^{ème} plus grande population de +75 ans d'IDF, avec comme sponsor du projet, Pr Juvin, chef de service des urgences



Observations et interviews terrain au SAU et à un EPHAD

Établissement, en fort contraste contextuel vis-à-vis de l'HEGP, composé de 2 EHPAD et d'un foyer d'accueil pour adultes handicapés.



Interview du directeur du CH

Hôpital avec un contexte proche du PSSSL, faisant office d'objet de comparaison et de validation des tendances observées.



Interview d'un médecin urgentiste

Hôpital privé reconnu par les experts du handicap pour sa qualité de prise en charge des personnes en situation de handicap.



.Paris 15^{ème} arr., milieu urbain
.Population de 75+ ans : 8,8%
.Établissement de grande taille
.160 passages / jour (adultes)

.Sud-Sarthe, milieu rural
.Population de 75+ ans : 12,5 %
.Établissement de taille moyenne
.70 passages / jour

.Guéret (Creuse), milieu rural
.Population de 75+ ans : 15,5%
.Établissement de taille moyenne
.59 passages / jour

.Antony (IDF), milieu urbain
.Population de 75+ ans : 9,1 %
.Plus grand service d'urgence du secteur privé
.180 passages / jour (adultes)

Description de la démarche de design

Note de synthèse

Présentation du projet

Description de la démarche de design

Résultats de la démarche et perspectives

Bilan critique de l'expérience de design

Conclusion

Description de la démarche de design

Synthèse des étapes et de la chronologie du projet

ENRICHISSEMENT

FÉVRIER - AVRIL 2019



- **Observations terrains** (HEGP + PSSL) **et des entretiens** dans une démarche la plus globale possible
- Synthèse des **apprentissages** et des **opportunités de création**
- **Cartographie de l'expérience** patient

ATELIER D'IDÉATION

JUIN 2019



- **Génération collective d'idées** de solutions en associant médecine de ville, spécialistes de la gérontologie, association de patient, ...
- Synthèse et enrichissement et **formulation des concepts**

SCÉNARISATION

JUILLET - AOÛT 2019



- **Présentation des concepts à l'HEGP**
- Présentation des concepts **à des associations et acteurs du handicap**
- Présentation des retours sur les concepts à l'HEGP et **sélection des concepts à tester**

PROOF OF CONCEPT / CARE

DÉCEMBRE 2019 - JANVIER 2020



- **Conception (démonstrateurs, partenariats, protocole de test)**
- **5 jours de test à l'HEGP avec animation** (formations, observations, entretiens, itérations, ...)
- **Restitution des apprentissages du POC**

VALORISATION

T1 2020



- **Elaboration d'un kit de déploiement**
- **Valorisation de la démarche** dans les travaux de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, la thèse "PoC générative" et auprès des acteurs publics

Description de la démarche de design

Étape 1 : Enrichissement



27
ENTRETIENS
(hors immersion)



+40H
D'IMMERSION



1 RECHERCHE
ACADÉMIQUE

Patients / aidants

4 patients âgés ayant fréquenté les urgences, 4 aidants

Professionnels des urgences

1 infirmière (CHU Nîmes), 5 médecins urgentistes (HEGP : Dr Patrick Pelloux, Marie Roux, Richard Chocron, Isabelle Vassor, Hôpital privé d'Antony : David Ammar), 1 directeur médical SAMU 94, 6 médecins de l'association "Les Transmetteurs"

Professionnels hors-urgences

1 infirmière à domicile, 1 aide soignante (EHPAD), 1 gestionnaire de cas complexes Maia, 1 directrice de CLIC, 1 ergothérapeute, équipe mobile de gériatrie, 2 médecins spécialisés (Thierry Billette, Bruno Philippe), 1 famille d'accueil adulte handicapé, 2 infirmières et une étudiante infirmière en foyer d'accueil pour adultes handicapés (PSSL), 1 directeur de CH (Guéret), 1 directrice et 1 cheffe de projet innovation (Serre AP-HP)

au sein de trois structures :

- . Le service d'urgence de l'**Hôpital Européen Georges Pompidou** (28h en binôme)
- . Le service d'urgences du **Pôle Santé Sarthe et Loir** (8h30 en binôme)
- . L'**EHPAD du Pôle Santé Sarthe et Loir** (3h30).

Ces observations ont permis de couvrir l'ensemble des plages horaires d'ouverture du service des Urgences, y compris en nocturne.

Dans le cadre de la thèse à l'école des Mines de Paris : Preuve de concept générative : quels processus pour soutenir la conception collective innovante ? Le cas des POC dans le soin

Sources

Rapports d'instances gouvernementales et régionales, thèses de médecine, mémoires de recherche, études de l'Ecole des Mines de Paris, littérature scientifique, articles de presse, ..

Thématiques

Notion d'urgence, histoire de la médecine d'urgence et de la gériatrie, innovations dans la prise en charge des patients gériatriques, pédiatriques, handicapés, conception collaborative en santé, ...

Périmètre

En France et à l'international.

Description de la démarche de design

Étape 2 : Atelier d'idéation



1

JOURNÉE

chez les Sismo

.**Tour de table** des participants et de l'équipe Sismo

.**Présentation du projet**, des **apprentissages** de la phase d'enrichissement et des opportunités de création associées (**hospitalité, attention, coordination**)

.3 sessions d'idéation collective (**amont, pendant et l'aval des urgences**) avec l'aide d'une **cartographie d'expérience** d'un couple de personnes âgées et d'une **matrice créative** ©.



9

PARTICIPANTS

bénévoles

.Aidant
.Chef de service de gériatrie retraitée
.Ergothérapeute au sein d'un CLIC
.Infirmier d'équipe mobile de gériatrie
.Médecin d'équipe mobile de gériatrie
.Médecin généraliste & patient
.Médecin généraliste retraitée spécialisée en gériatrie
.Médecin de l'association Les Transmetteurs
.Représentant de l'association d'aidants Avec nos proches



3 CATÉGORIES DE CONCEPT

générées

Se préparer à une situation imprévue



Sac contenant différents éléments qui augmentent le confort des patients au sein du service d'urgence ; déclinaison en plusieurs temporalités de déploiement (dans le service, juste avant, en prévention).

Mieux repérer pour fluidifier



Aide au personnel soignant à avoir plus de contrôle sur la situation et le repérage de différents éléments (patients chroniques, patients, lits) afin d'améliorer le parcours de nos usagers (plus de rapidité, plus de convivialité, plus de liberté, plus de confort, etc).

Intégrer l'écosystème du patient au parcours de soin



Meilleure intégration de l'ensemble des proches et personnels du quotidien ; différentes échelles (intégration dans le service de soins, intégration au soin, intégration au système de prévention).

Description de la démarche de design

Étape 3 : Scénarisation



8

CONCEPTS

scénarisés...

Apporter des éléments de confort au patient

- .Pack confort
- .Check-point SAMU
- .Préparer l'imprévu

Fluidifier le parcours patient

- .Pass chronique
- .IT.néraire

Intégrer l'entourage du patient

- .Accueil des aidants
- .Cure de jouvence
- .Les éclaireurs



... présenté sous un même
**format
pédagogique...**

.Brève **présentation du concept**

.**Design with care**

.**Bénéfices** acteurs

.**Scénario d'usage**

.**Coût et financement**

.Evaluation

- **critères éthiques** : rend capacitaire, valorise l'individu, valorise les savoirs de chacun

- **critères pragmatiques** : est facilement exécutable, déployable, prend en compte l'impact environnemental et sociétal)

.Pour aller plus loin



... lors d'une **JOURNÉE
DE PARTAGE**
aux urgences de l'HEGP

Pour quoi ? Présenter les concepts et recueillir des critiques pour enrichir et choisir les concepts qui seront testés

Comment ? Stands, composés de posters et maquettes, accompagnés d'une médiation

Qui ? aide-soignants, agent hospitalier, chef de service, infirmiers, internes, médecins, assistante du bed manager, médecins spécialisés, cellule innovation de la DPT + en différé : acteurs du monde du handicap (En 10 saveurs), association Les transmetteurs

Description de la démarche de design

Étape 4 : Proof of concept / Proof of care ©



4 CONCEPTS PROTOTYPÉS

Concepts retenus pour le test

Préparer l'imprévu, pack confort, IT.néraire, les éclairateurs

Conception des partenariats et des démonstrateurs

.Adéquat : customisation de pochettes achetées dans le commerce et fourniture des éléments de confort (masque, boules quies, plaid et lingettes)

.Ambu'stage - ICADE : fourniture des bracelets de géolocalisation et de l'interface soignant

Conception du protocole de test

Objectif du POC, planning, hypothèses, éléments d'évaluation et d'exploration, ...



5 JOURS DE TEST

en situation réelle à l'HEGP

Initialisation

.Installation des démonstrateurs
.Présentation et formation des équipes

Observations / Entretiens

.Observations macro (ambiance, parcours, ...)
.Observations micro (discours, postures, gestuelle, interactions, ...)
.Entretiens (remarques, ressentis,, ...)

Itérations (exemples)

.Nouveau lieu de mise à disposition des packs
.Ajout d'un schéma explicatif pour l'installation du pack
.Intégration des dispositifs des éclairateurs dans la pochette de sortie



1 RAPPORT DE RESTITUTION

Synthèse analytique des apprentissages du POC pour chacun des concepts sur la base des observations et entretiens

Recommandations pour la mise en oeuvre des solutions, sur la base des échanges avec les services support de l'hôpital (exemples)
.Intégration dans les procédures d'hygiène de l'hôpital
.Installations techniques

Description de la démarche de design

Étape 5 : Valorisation



AUPRÈS DE PRATICIENS

Élaboration et diffusion du kit de déploiement

- .Contenu : éléments pour pouvoir reproduire les solutions
- .Public : services et établissements intéressés par les solutions et la démarche
- .Canal : site internet de la CNSA et de la Chaire de philosophie à l'hôpital

Publications

- .Participation au Congrès National des Équipes Mobiles de Gériatrie (09/2020)
- .Participation aux 6^{èmes} Rencontres CNSA recherche & innovation (10/2020)
- .Articles programmés sur la période 2020-2021 dans des revues de praticiens



AUPRÈS D'EXPERTS

Conférences

- .Les nouveaux modes de conception dans le "bien-vieillir" (atelier Tarkett)
- .POC générative dans le soin (French Tech et sous-direction de l'innovation de la Direction Générale des Entreprises)

Rencontres

- .Directeur du living lab (cLLPAS) de l'ICM
- .Directeur technique du living lab (LUSAGE) de l'hôpital Broca
- .Facilitatrice d'innovation à la Matmut
- .Industrial process leader à Decathlon
- .Patient Experience Lab Manager à AstraZeneca



AUPRÈS DE CHERCHEURS

Conférences

- .Congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir "Prendre soin par le design" (Sherbrooke, 05/2020) : *Prendre soin des urgences hospitalières : exemple d'un proof of care* ©.
- .Autres conférences prévues en 2021 dans le cadre de la thèse de Caroline Jobin sur POC générative

Articles

- .Programmés sur la période 2020-2021 dans des revues généralistes en design/gestion et spécialisés dans la santé
- .Mémoire de thèse de Caroline Jobin (2021)

Résultats de la démarche et perspectives

Note de synthèse

Présentation du projet

Description de la démarche de design

Résultats de la démarche et perspectives

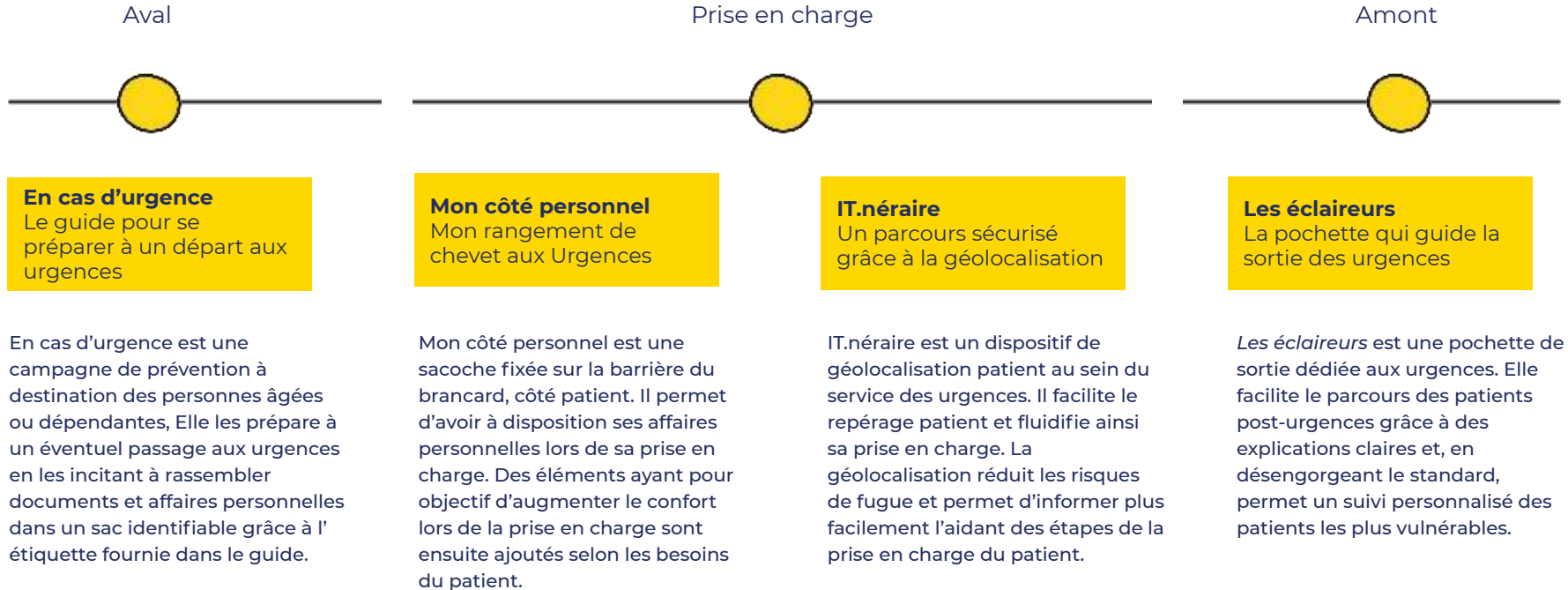
Bilan critique de l'expérience de design

Conclusion

Résultats de la démarche et perspectives

Synthèse des solutions proposées par les designers

Les quatre solutions portent sur l'ensemble du parcours des patients aux Urgences :



Résultats de la démarche et perspectives

En cas d'urgence : description de la solution et des bénéfices

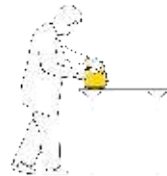
Comme la femme enceinte prépare sa valise de maternité pour faciliter son départ lors de l'accouchement, il nous est apparu important que **les personnes âgées ou vulnérables disposent d'un sac contenant le minimum nécessaire** (documents administratifs, informations de santé, coordonnées des personnes à contacter, objets personnels...) **immédiatement accessible et reconnaissable en cas d'hospitalisation en urgence, ou même planifiée.**

L'objectif est double :

- d'une part, **informer les soignants des antécédents, allergies et traitements en cours**, ce qui facilite le diagnostic et donc la mise en place d'un traitement adapté
- d'autre part, **préparer et rassurer les patients** qui peuvent conserver avec eux les affaires personnelles qu'ils ont souhaité emporter et dont la famille peut être prévenue.



Remise du guide par les professionnels de santé et médico-social, en direct ou via un aidant



Mise en oeuvre des recommandations : préparation d'un sac dédié à la prise en charge en urgence



Départ aux Urgences, utilisation du sac et transmission des informations de santé

Résultats de la démarche et perspectives

En cas d'urgence : reproductibilité de la solution et perspective de déploiement

Cette campagne de prévention et de sensibilisation pourrait être portée à différents niveaux :

- **au niveau national** directement par le ministère de la Santé par exemple, à travers une campagne média pour un impact général à l'échelle du pays ;
- **au niveau des départements** par l'intermédiaire des CLIC par exemple (centre local d'information et de coordination) dont la mission est d'accompagner et d'informer les personnes âgées ;
- **au niveau local par les prescripteurs de santé** que sont les médecins généralistes et les pharmaciens ;
- enfin **au niveau individuel** par toute personne concernée pour elle-même ou pour un proche.

Plan de mise en oeuvre

1. Impression et pliage des guides, dans la version proposée ou en l'adaptant

2. Distribution dans les points de contacts

3. Information des acteurs de santé de la mise en place de ce dispositif

4. Accompagnement des personnes vulnérables dans la préparation de leur sac et de la fiche santé



Résultats de la démarche et perspectives

Mon côté personnel : description de la solution et des bénéfices

Les personnes âgées ou vulnérables se trouvent facilement désorientées aux Urgences. Le fait de **disposer à proximité immédiate d'un espace faisant à la fois office de chevet, de rangement et de poubelle** s'avère très **rassurant tout en augmentant l'autonomie**. La personne hospitalisée peut ainsi garder à portée de main ses lunettes, ses papiers, éventuellement son téléphone portable, ... et les utiliser de façon autonome selon ses besoins.

En fonction des situations, différents éléments peuvent être remis au patient : masque pour le sommeil, mouchoirs en papier, bouchons d'oreille, etc.

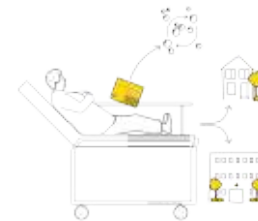
Fixé directement au brancard, ce dispositif améliore **le confort et l'intimité** des patients et leur offre un **point de repère** qu'ils peuvent s'approprier alors qu'ils sont dans un environnement inconnu et potentiellement stressant.



Remise de la sacoche par l'infirmier d'accueil et d'orientation, qui la fixe au brancard du patient



Rangement des effets personnels et des éléments additionnels fournis au patient en fonction de ses besoins



Sortie du patient
Intégration du dispositif dans le circuit de lingerie de l'hôpital

Résultats de la démarche et perspectives

Mon côté personnel : reproductibilité de la solution et perspective de déploiement

Cette solution est destinée aux services d'Urgences, ainsi qu'aux services d'hospitalisation ambulatoire en l'absence de table de chevet ou de mobilier permettant de conserver à portée de main ses effets personnels.

Plan de mise en oeuvre

1. Définition des besoins du service
Validation du budget associé

2. Fabrication ou achat des
sacoches

3. Achat des éléments
additionnels (poche papier,
masque, ...)

4. Mise en place du circuit de
distribution, recharge, stockage et
nettoyage



Résultats de la démarche et perspectives

IT.néraire : description de la solution et des bénéfices

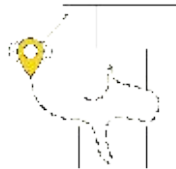
Le personnel soignant consacre un temps important au suivi et à la recherche des patients au sein des services d'urgences à travers des outils manuels dont l'efficacité est discutable.

En plus d'un **gain de temps grâce à la visualisation en temps réel de l'occupation des lits du service, la géolocalisation des patients permet de prévenir les situations de fugue ou de sortie intempestive du service auxquelles certains patients sont sujets, avec un risque important pour les patients fragiles.**

Par ailleurs, grâce à ce dispositif, le patient est rassuré sur sa prise en charge et sent plus libre de se déplacer au sein du service sans perturber le travail des équipes soignantes.



Recueil du
consentement et remise
du bracelet de
géolocalisation



Suivi du patient,
détection des sorties
non autorisées ou
fugues, gestion des
espaces disponibles



Sortie du patient
Intégration du dispositif
dans le circuit de
lingerie de l'hôpital

Résultats de la démarche et perspectives

IT.néraire : reproductibilité de la solution et perspective de déploiement

Cette solution peut être mise en place à plusieurs échelles dans un établissement de santé :

- uniquement au sein du service des Urgences, sur lequel nous nous sommes focalisés pour le projet
- ou **sur l'ensemble de l'établissement**, ce qui est apparu comme plus pertinent suite aux échanges avec les acteurs hospitaliers.

Plusieurs sociétés ont développé et commercialisent des solutions de géolocalisation adaptées aux hôpitaux et cliniques. Pour information, dans le cadre de l'expérimentation, nous avons utilisé la solution Ambu'stage, développée par le groupe Icade, qui dispose de l'ensemble du matériel hardware ainsi qu'une interface soignant dédiée à la localisation des patients sur un plan interactif du service.

Plan de mise en oeuvre

1. Validation des objectifs et du budget alloué au projet

2. Définition des besoins et du cahier des charges, y compris techniques

3. Sélection d'un partenaire et d'une solution de géolocalisation

4. Préparation à la mise en oeuvre opérationnelle (installation software et technique, gestion des bracelets, ...)



Résultats de la démarche et perspectives

Les éclaireurs : description de la solution et des bénéfices

En fournissant des informations pratiques dédiée aux Urgences dans une pochette de sortie, la solution Les éclaireurs améliore **la connaissance et l'autonomie des patients** sur la marche à suivre suite à leur passage à l'hôpital.

Si cette solution ne s'adresse pas spécifiquement aux patients âgés ou en situation de handicap, **en déchargeant le standard des questions les plus fréquentes, elle permet d'allouer du temps pour le suivi**

téléphonique des patients les plus fragiles et de limiter ainsi le risque de rechute.

Enfin, la mise en oeuvre de cette solution est une opportunité pour clarifier l'organisation et la répartition de certaines tâches au sein du service et de l'établissement. Une fois finalisé, ce document fait office de **référence sur les informations pratiques liées à l'aval des Urgences** et permet ainsi un discours homogène par l'ensemble du personnel.



Remise de la pochette de sortie, complétée par le médecin sur la suite de la prise en charge



Suivi téléphonique des patients les plus vulnérables

Résultats de la démarche et perspectives

Les éclaireurs : reproductibilité de la solution et perspective de déploiement

L'ensemble des services d'urgences peuvent mettre en place le concept Les éclaireurs, ainsi que tous les services et établissements de santé qui remettent des documents et un protocole de traitement aux patients à l'issue d'une hospitalisation.

Cette bonne pratique, frugale et peu coûteuse, a un impact positif sur l'image perçue du service par les patients.

Plan de mise en oeuvre

1. Adaptation de la pochette de sortie à l'établissement (fond et forme)

2. Impression, découpe et pliage des pochettes

3. Mise en place des pochettes dans le service

4. Organisation pour le suivi des patients les plus fragiles



Bilan critique de l'expérience de design

Note de synthèse

Présentation du projet

Description de la démarche de design

Résultats de la démarche et perspectives

Bilan critique de l'expérience de design

Conclusion

Bilan critique de l'expérience de design

Éléments de contexte et méthodologie

Dans cette partie, il est attendu que le porteur de projet, ici la Chaire de philosophie à l'hôpital, présente son analyse de l'expérience design. Dans le contexte de ce projet, il est important de rappeler que **le porteur n'est ni un service d'urgences, ni établissement en particulier.**

Afin que cette note critique soit la plus riche possible, nous avons fait le choix de **compléter le point de vue de la Chaire de philosophie à l'hôpital par celui des équipes du service des urgences de l'Hôpital Européen Georges-Pompidou**, principal partenaire et terrain d'expérimentation de ce projet, à travers les retours du **Pr Philippe Juvin**, chef de service, et du **Dr Olivier Bory**, interne de médecine générale et coordinateur du Health Lab du Centre de Recherche Interdisciplinaire.

Les rencontres réalisées auprès d'experts mentionnés à la page 18 ont également nourri cette note.

Ce bilan critique est organisé autour de **deux grandes parties**. La première partie est axée sur l'**analyse de chacune des quatre solutions**, tandis que la seconde partie porte sur une **analyse de la démarche de design**, thématique par thématique.

Bilan critique de l'expérience de design

En cas d'urgence

Ce concept, basé sur la prévention et l'accompagnement des patients dans l'acquisition de compétences et de bons réflexes à avoir en amont des urgences, avait provoqué des avis divergents parmi la communauté de l'HEGP lors de sa présentation. C'est justement la pluralité de ces positions qui a motivé le prototypage et le test de ce concept.

Par ailleurs, la montée en compétences et en capacité des patients afin qu'ils puissent être acteurs de leur santé est un sujet d'étude majeur pour la Chaire de philosophie à l'hôpital. Dans ce contexte, ce dispositif d'accompagnement pourrait réduire l'appréhension et la découverte de ce "nouveau monde", avec ses modalités propres de fonctionnement.

La mise à l'épreuve du dépliant auprès d'une personne âgée atteinte de maladie chronique, d'une personne en situation de handicap moteur et cognitif et de plusieurs pharmaciens ont permis de faire évoluer le contenu et le mode opératoire du dispositif.



Faisabilité du déploiement

Ce dispositif a vocation à être déployé par un acteur institutionnel (ministère de la santé, mutuelles, ...).

Il s'agit d'un outil de communication et de prévention facilement opérationnalisable, dont le contenu peut être adapté et dont la valeur tient à son potentiel de diffusion.

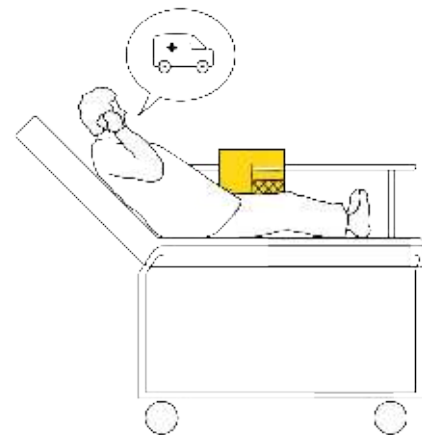
Bilan critique de l'expérience de design

Mon côté personnel

Cette solution a été retenue pour l'expérimentation car elle faisait écho à un projet initié à l'HEGP. Ce dispositif aspire à redonner aux patients une prise sur son environnement et sa prise en charge en lui donnant des capacités d'auto-soin. L'idée sous-jacente est de réduire la perte de repère des patients cibles aux urgences et *in fine* la perte d'autonomie lors du retour à domicile.

Une cadre de santé nous a mis en contact avec le groupe Adéquat, mandaté pour installer un distributeur de produits d'hygiène dans le service. Le groupe a retenu l'intérêt des designers parce qu'ils commercialisent déjà des trousse à l'hôpital (pas encore pour les urgences) et qu'ils ont offert les éléments de confort et la customisation pour 100 packs pour le POC.

Les tests, en conditions réelles au moyen de démonstrateurs que les patients pouvaient garder après leur sortie, ont été très positifs.



Faisabilité du déploiement

Pour être opéré de façon pérenne, ce dispositif nécessite de mettre en place un circuit efficace de gestion logistique des sacs et des éléments additionnels (stockage, commande, nettoyage, remise aux patients et récupération après usage).

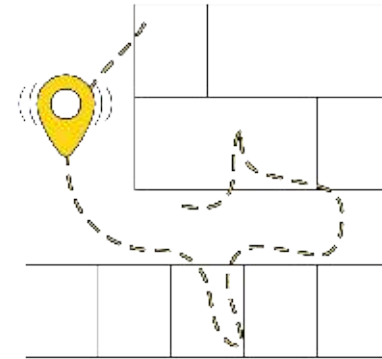
Bilan critique de l'expérience de design

IT.néraire

Sachant que le concept de géolocalisation des patients répondait à une demande forte des équipes pour des enjeux d'information, de sécurité et d'efficacité, ce concept a été retenu pour le test.

Un partenaire capable de prototyper le bracelet patient et l'interface soignant a donc été cherché. La société Ambu'stage d'ICADE a été retenue pour le POC car (1) elle commercialise déjà ce type de solutions dans un contexte de chirurgie ambulatoire, (2) leur technologie demande une infrastructure légère, de faible émission d'ondes et est associée à une application facile à prendre en main, et (3) cette mise à disposition était faite à titre gracieux.

Du fait de délais liés au développement technique et à l'attente d'autorisations diverses (SI, hygiéniste, ...), seul des tests d'acceptation et d'ergonomie du bracelet auprès des patients cibles et de l'interface soignant via une simulation ont pu être menés dans les temps impartis par le projet.



Faisabilité du déploiement

Pour être opéré de façon pérenne, ce dispositif nécessite un investissement financier et le lancement d'un projet dédié (définition d'un cahier des charges, appel d'offre et contractualisation avec un fournisseur de solutions, développements techniques, ...), qui peuvent être des freins.

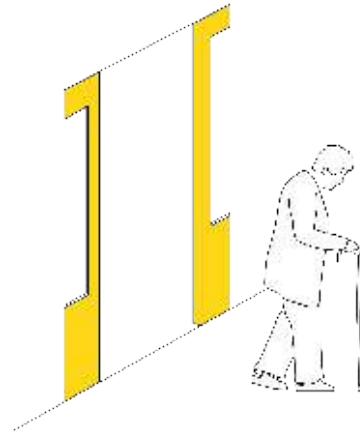
Bilan critique de l'expérience de design

Les éclaireurs

Ce concept d'accompagnement des patients en sortie des urgences a attiré l'attention du chef de service et des équipes car les bénéfices attendus seraient partagés entre les patients, les soignants et les administratifs. Ce concept avait également été retenu dans la mesure où il était le seul à traiter de l'aval des urgences.

Cet enthousiasme s'est largement confirmé par l'ensemble des parties prenantes lors de l'expérimentation de démonstrateurs frugaux sous forme de prospectus, élaborés en collaboration avec les équipes des urgences. Par exemple, une agent administrative a souhaité en faire des photocopies peu avant le retrait des designers et a clairement manifesté son souhait de les voir implantés.

Si la fiche de contact bénéficie clairement aux patients cibles et à leur entourage, les autres dispositifs peuvent quant à eux avoir un bénéfice rebond ou indirect en dégageant des ressources au standard pour améliorer le suivi des patients les plus vulnérables.



Faisabilité du déploiement

Sous réserve d'adapter le format et le contenu au contexte de l'établissement, ce dispositif est facilement déployable au sein des services d'urgences.

Bilan critique de l'expérience de design

Les limites et bénéfices d'un positionnement en tant que designers externes

La première difficulté à laquelle les designers ont fait face a été **l'indisponibilité des acteurs des Urgences liée à l'épidémie de grippe** au démarrage du projet. Cela a empêché la tenue d'une réunion de lancement qui aurait permis de mieux cadrer le projet et les attentes de chacune des parties prenantes.

Bien que dans l'ensemble l'implication des équipes du service d'urgence de l'Hôpital Européen Georges-Pompidou (HEGP) au projet soit remarquable, **l'absence de contractualisation formelle entre la Chaire de philosophie à l'hôpital et le service a probablement réduit le niveau d'engagement et la mobilisation des parties prenantes extérieures au service.**

Par ailleurs, **l'absence de chef de projet ou de relais stable au sein de l'HEGP**, autre que le chef de service des urgences, **a été source de complexification du projet et nécessité un engagement accru des designers.**

Malgré ces difficultés, les designers ont su particulièrement bien **s'intégrer auprès des soignants, tous métiers confondus, et leur transmettre un état d'esprit**, basé notamment sur la capacité à tester les solutions et à itérer à partir des retours terrain. En adoptant **une posture à la fois humble et constructive**, les designers ont mis en place une **collaboration fructueuse** avec les équipes des Urgences qui a permis d'enrichir les concepts et d'améliorer les solutions au fil des échanges et des POC.

Bilan critique de l'expérience de design

Un mode d'intervention à adapter face au contexte du projet et des urgences

Dans une certaine mesure, **les designers ont réussi à adapter leur démarche aux contraintes des Urgences**. Le remaniement de l'idéation est à ce titre un bon exemple : ne pouvant extraire les personnels des urgences sur une durée d'une journée, les designers ont organisé des stands de présentation au sein de l'hôpital où chacun pouvait se rendre selon sa disponibilité pour prendre connaissance et enrichir les éléments formalisés.

Cette initiative a été saluée de tous, notamment de profils qui sont très rarement mobilisés dans les projets relatifs au fonctionnement de l'hôpital.

Cependant, **les designers n'ont pas toujours su exploiter de la manière la plus efficace le temps limité** que leur ont accordé les équipes (modalité, fréquence d'interaction, gestion des rotations de personnel...). Par exemple, plusieurs réunions ont entraîné une **redondance**

d'information pour certains participants, provoquant parfois des frustrations.

Par ailleurs, **l'absence d'une figure de 'client' unique** - à la fois commanditaire et aux commandes du déploiement - **a contribué à distendre certaines phases du projet.**

Enfin, le Pr Juvin a souhaité agir en **autonomie vis-à-vis du reste de la structure**, un bon moyen d'accéder rapidement à l'expérimentation mais qui a freiné l'objectif de pérennisation des dispositifs. Dans ce contexte, les designers ont dû particulièrement faire preuve de **pédagogie et de diplomatie** pour intégrer a posteriori les acteurs et décideurs extérieurs au service et permettre l'avancée du projet suite aux POC.

Bilan critique de l'expérience de design

Le POC en environnement contraint : la nécessité d'aller au-delà de la désirabilité

Ce projet vient plus particulièrement questionner l'étape de POC (*proof of concept*) telle que l'appréhende les designers des Sismo, qui inclut notamment les phases de prototypage et de test, classiques en design thinking. **Cet exercice de mise à l'épreuve de leur pratique de POC faisait partie intégrante des objectifs initiaux de la Chaire de philosophie à l'hôpital et des Sismo.**

Selon les Sismo, un POC est "une étape d'expérimentation grandeur nature permettant de confronter ses idées à la réalité en testant l'appétence des utilisateurs concernés". **Ce projet a permis d'éclairer certaines limites du POC, centré sur la désirabilité**, notion clé pour les designers qui défendent une approche centrée sur l'humain.

Pour pouvoir déployer des solutions innovantes dans des environnements contraints tels que les services

d'urgence, il paraît indispensable de traiter de questions de la faisabilité (en regard des règles juridiques, d'hygiène, ...) et de la viabilité, principalement économique mais aussi environnementale.

Or, cela s'avère complexe à mettre en oeuvre dans le cadre d'un projet de design, à la fois en termes de temporalité (le POC étant frugal et limité dans le temps) **et de compétences** (les connaissances nécessaires doivent pouvoir être identifiées en amont pour ensuite être acquises voire sourcées).

Bien que les designers aient conscience de ces enjeux et de leur impact sur le potentiel de déploiement des solutions, **l'issue d'un projet de design exploratoire tel que celui mené aux Urgences ne peut prétendre aboutir à une mise en production immédiate** : des études complémentaires devront être menées pour valider et opérer le déploiement.

Bilan critique de l'expérience de design

Dans un écosystème hospitalo-universitaire, le designer doit-il agir tel un scientifique ?

L'écosystème hospitalo-universitaire, et plus particulièrement la recherche clinique qui s'y déroule, constitue l'un des environnements où la rigueur éthique et scientifique est la plus marquée. **Le designer peut-il aborder un projet de design en santé de la même manière qu'il peut le faire dans d'autres environnements plus traditionnels ?**

Cette rigueur s'incarne notamment dans la manière d'organiser, de mener et d'évaluer un projet de recherche. En ce sens, le **protocole de recherche** tient une place centrale dans la mesure où il apporte un cadre (qui a ses limites) qui explicite l'objectif de la recherche, les hypothèses associées et les méthodes de travail et d'évaluation. Bien que ce protocole ait été posé par les designers, il a été exploité uniquement en tant que document de travail interne, et non comme un **outil de communication** auprès des équipes médicales et

paramédicales. Même si ce protocole n'était pas intégralement construit comme l'aurait fait un hospitalo-universitaire, son partage aux équipes, en amont de l'expérimentation, aurait très probablement **facilité l'adhésion et l'engagement des équipes, notamment médicales**. Ce partage aurait également eu le mérite de sensibiliser les équipes à une approche plus qualitative des projets en santé, aujourd'hui largement restreinte au quantitatif et aux statistiques.

Au même titre qu'ils se sont **enrichis des pratiques d'autres disciplines** (e.g., l'ethnographie), les designers pourraient **faire de même avec la recherche qualitative voire quantitative, notamment pour gagner en robustesse et faciliter la décision de déploiement dans des environnements sensibles à ces arguments**.

Conclusion

Note de synthèse

Présentation du projet

Description de la démarche

Résultats de la démarche et perspectives

Bilan critique de l'expérience de design

Conclusion

Conclusion

Le *care* aux Urgences

Cette démarche a permis de **questionner la capacité du design à apporter du soin (*au sens de care*) aux usagers (patients, accompagnants, soignants, administratifs, ...) des urgences hospitalières, et plus spécifiquement les personnes âgées en perte d'autonomie et en situation de handicap**. Ce soin a non seulement été **apporté par les solutions** qui ont été imaginées et expérimentées mais aussi **par la démarche de design**. En ce sens, ce projet s'inscrit plus largement dans les travaux communs de la Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo autour du ***Design with care***, dont les bases théorique et pratique ont été enrichies par ce projet.

Au-delà du soin, l'approche centrée usager a permis de **re-questionner**, dans une certaine mesure, **l'hypothèse selon laquelle les soignants (et les politiques) sont en pleine connaissance des attentes des patients**.

Par ailleurs, du fait du contexte d'expérimentation, les solutions n'ont pu être que **peu mises à l'épreuve auprès de personnes en situation de handicap**.

Enfin les résultats de ce projet, traduits dans les **kits de déploiement**, sont disponibles en licence **Creative Commons CC-BY-NC** et accessibles à toutes les structures qui voudront les utiliser. Toutefois, selon les solutions et les contextes d'implémentation, le niveau d'effort à fournir peut être très variable, allant de simples adaptations à une mise en oeuvre plus complexe (appel d'offre, évolution de processus, développement industriel, ...).

Cela nécessitera probablement un accompagnement spécifique pour assurer la réussite du déploiement et le soin apporté aux usagers, qu'ils soient patients, aidants ou soignants, des urgences.

La Chaire de philosophie à l'hôpital

www.chaire-philosophie.fr/

Les Sismo

www.sismodesign.com/