

réflexion

PRATIQUES

Collaboration entre soignants et designers

Avec le "design with care", expérimenter de nouvelles preuves de soin ?

Les relations qu'entretiennent soignants et designers en milieu hospitalier méritent d'être étudiées, car elles peuvent être à l'origine de changements significatifs dans les pratiques de soin. En introduisant de nouvelles perspectives de sens, ainsi que de nouvelles valeurs dans le soin, les croisements que la rencontre de ces deux disciplines provoque ont une véritable portée éthique. Grâce à eux, la recherche du *cure*, qui constitue l'objectif principal des essais médicaux et du développement des techniques de soin, se voit élargie en direction d'une exigence de *care*, c'est-à-dire d'une valorisation toujours plus importante du vécu subjectif et du bien-être des patients et des soignants. Ce faisant, cette rencontre signe aussi l'avènement d'une nouvelle forme de « prendre soin » dont le propre est de réunir de nouveaux collectifs alliant les expertises et les savoir-faire des soignants, des patients et des designers. Et c'est par l'action de ces collectifs, par leur engagement envers le sens et la valeur du soin, que les pratiques médicales et institutionnelles s'en trouvent transformées.

ingénieurs. Ces derniers conçoivent leurs projets à partir de cahiers des charges déjà formalisés, tandis que les designers arrivent sur leurs terrains en acceptant de ne pas maîtriser tout ce qu'ils vont découvrir, et l'impact que cela aura sur les solutions proposées. Par ailleurs, les pratiques des designers se distinguent aussi des pratiques artistiques. Alors que les artistes se focalisent sur la dimension esthétique de leurs productions et produisent des imaginaires singuliers, les designers, quant à eux, bien que prenant en compte le facteur esthétique durant le processus de conception, ne se limitent pas à celui-ci. Ils s'inscrivent dans une démarche plus englobante visant à prendre en considération la multiplicité des dimensions de leur terrain [2] et à mettre au centre de leur démarche les usagers eux-mêmes (patients, aidants, médecins, agents d'entretien, familles..., nombreuses sont les parties prenantes du soin qui peuvent amener leurs vécus pour améliorer les situations étudiées).

L'importance accordée au terrain par les designers peut également conduire à rapprocher la pratique du design de celle des sciences sociales. Depuis les années 1980, la *design ethnography* [3] s'est disséminée dans la plupart des projets de conception en design, si bien qu'une appropriation particulière du

La spécificité du design

Afin d'étudier les apports des designers en milieu hospitalier, il convient d'abord de mettre en lumière la spécificité de l'approche par le design. Les designers pratiquent une discipline qui a pour particularité d'allier théorie et pratique. Reliant la main et l'esprit [1], le design se situe, en effet, à la jonction du dessin et du dessein. Le maniement habile de cette dualité fait l'essence et la richesse de la démarche pratiquée par le design. Démarche dont la spécificité est de proposer, en partant d'un terrain spécifique, des matérialisations et solutions concrètes s'appuyant sur l'observation dynamique des conditions de celui-ci. Ce rapport spécifique au terrain est également un élément permettant de distinguer l'approche des designers d'autres avec lesquelles elle est souvent confondue. En tant que discipline concevant des objets et des services, le design est souvent comparé à l'ingénierie. Cependant, le rapport au terrain des designers est sensiblement différent de celui des

Antoine FENOGLIO

Designer, cofondateur
de l'agence Les Sismo
Directeur de l'expérimentation
Chaire de Philosophie à l'hôpital
GHU Psychiatrie & Neurosciences

Daniel URIBE

Marcela MUSSI
Étudiants stagiaires
de philosophie
Agence Les Sismo

vocabulaire et des outils des pratiques ethnographiques s'en est suivie. Ainsi, les designers peuvent être amenés à réaliser, durant la phase consacrée à la recherche utilisateur, des observations ethnographiques [4] qui aident les designers à comprendre les besoins des usagers, à évaluer l'impact d'une idée ou encore à stimuler l'expérimentation de nouveaux objets et pratiques dans des contextes particuliers. L'observation et l'entretien sont des méthodologies pratiquées dans le but de produire l'immersion des designers au sein des problématiques et des ressentis des acteurs de terrain. Cependant, les designers doivent faire face à des contraintes temporelles strictes et ne peuvent déployer dans toute leur ampleur les méthodes ethnographiques mises en œuvre par les ethnographes de profession. Les designers s'approprient plutôt ces méthodologies sous une forme heuristique et mêlent différentes approches en fonction de la réalité du terrain. Les designers développent des «stratégies de mixage» sur leur terrain, concevant des formes de «bricolage

méthodologique [3]» pour traduire les observations de terrain en un travail de création. Cette traduction s'effectue de manière itérative, en vue d'observer un mouvement de va-et-vient entre les observations et les activités de création et de conception. Dans cette perspective, les designers interviennent comme des «traducteurs de terrain» ou des «ambassadeurs des usagers [4]».

Particularités du design pratiqué dans le milieu hospitalier

Si le design, de par ses capacités d'immersion ethnographiques, peut facilement s'adapter aux particularités des milieux hospitaliers – ce qui permet aux designers de proposer des objets et des services capables de produire de véritables transformations de ces milieux –, c'est l'intégration de la valeur soin dans la genèse des projets, dès leur conception, qui consacre sa singularité. L'agence de design Les Sismo ⁽¹⁾ a amorcé depuis 2015 un virage méthodologique inspiré des éthiques du *care*, l'ayant conduit à développer la notion de *design with care*, notion qui vise à inscrire les pratiques de l'agence, justement, dans l'horizon du soin. Le concept de *care*, plus vaste que celui de santé, s'inscrit dans le champ du design dans la mesure où il implique de penser la nécessité de soigner les liens d'interdépendance et de responsabilité au sein des organisations.

Réunissant des patients, des soignants et des administrateurs, les hôpitaux sont des organisations pouvant être définies comme des «entités regroupant des humains en vue d'atteindre certains objectifs [5]», dont le concept de *care* peut rendre compte. Abordées dans la perspective du *care*, les orientations strictement gestionnaires de certaines organisations médicales peuvent être revues et corrigées par des interventions de *design with care*, de façon que celles-ci retrouvent la vocation de soin qui était la leur au départ. Ce faisant, les systèmes de croyances et de valeurs des designers informés par les théories du *care* peuvent venir soutenir, voire compléter celles défendues par les soignants et le milieu hospitalier. Ces valeurs peuvent devenir des missions et se réaliser au niveau institutionnel.

Le groupe hospitalier universitaire Paris Psychiatrie & Neurosciences et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ont, par exemple, inscrit comme mission institutionnelle première l'hospitalité [6]. Cette mission s'est matérialisée par la création d'un laboratoire interne d'expérimentation en design. Ces initiatives prouvent que les pratiques conjointes des designers et des soignants dans les milieux hospitaliers peuvent se retrouver autour d'un idéal : celui de la valeur du soin.

Le *design with care*, à la croisée du design et du *care*, est une approche de coconception qui pense la création d'objets, de services et de lieux en fonction de leur capacité à venir réparer ou renforcer des liens d'interdépendance. Une telle conception repose notamment sur l'étude des différentes vulnérabilités en présence et de leurs impacts sur les relations. La notion de *care* a été développée par la psychologue Carol Gilligan dans le cadre d'une étude cherchant à mettre en évidence le caractère différencié et genré des critères utilisés par de jeunes hommes et de jeunes femmes ayant à

Dispositif de contenance par parcours verbo-sensoriel en test



faire un choix moral. Cette étude lui a permis de montrer que là où les hommes mettaient en avant des critères abstraits d'efficacité ou d'équité, les femmes préféraient agir selon des motivations altruistes et préserver la qualité des interactions sociales [7]. Dans le prolongement de cette étude séminale sur le *care*, la politologue Joan Tronto s'est proposé d'explorer la notion de *care* dans le champ de la philosophie politique en la définissant comme «une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie [8]».

Aujourd'hui, force est de constater que le milieu hospitalier se retrouve pris entre deux logiques quasi antithétiques. La première, qui relève du *care*, et dont la mission est de soigner des sujets dont la perte de vitalité rend la vulnérabilité centrale. Et une autre, plus rationaliste, qui vise à optimiser le temps et les coûts, en rendant l'institution hospitalière plus rentable. Or, si ces deux approches ne sont pas forcément incompatibles, elles deviennent bien souvent contradictoires. En effet, les contradictions entre *care* et gestion deviennent chaque jour un peu plus visibles, que ce soit au travers des témoignages récurrents de maltraitance et de violence hospitalière; ou bien à travers les *burn-out* des professionnels de santé toujours plus nombreux. Dès lors, déployer une approche de *design with care* qui valorise la prise en compte des états de vulnérabilité de l'ensemble des acteurs ouvre sur la possibilité d'une transformation bien plus profonde du sens que prend le soin dans le milieu médical.

Après avoir reconnu la vulnérabilité, encore faut-il pouvoir y répondre. Bien sûr, la reconnaissance de la vulnérabilité n'est pas spécifique au *design with care*. Depuis son origine, le design s'est efforcé de prendre en compte dans sa pratique la fragilité des personnes et des environnements. Néanmoins, le *design with care* a mis l'accent plus fortement encore sur cette dimension du design en y réintroduisant une composante intentionnellement éthique et philosophique. Nous pouvons aussi noter que l'aspect insaisissable du design, notamment la difficulté que nous avons à trouver une définition unique du design (se faufilant toujours dans les interstices des métiers de la création et de la conception), participe à la force de cette pratique. Bien que proche de l'art et de l'ingénierie, le design s'en différencie, tout comme le *design with care* se différencie des modes utilitaristes de conception en design ordinaire, et ce quel que soit l'environnement dans lequel le projet en *design with care* se concrétise. C'est pourquoi, d'ailleurs, les designers pratiquant le *design with care* ont des «modes de pensée design» (*designerly ways of knowing*) qui sont compatibles avec ceux que mettent en œuvre les soignants en milieu hospitalier. Comme le souligne le chercheur en design Nigel Cross, le travail des designers, et plus encore des *designers with care*, ne repose pas sur un examen prolongé des problèmes [9], mais sur une valorisation de la pratique et de l'empathie leur permettant de résoudre des problèmes durant le processus même de conception, et de produire rapidement des solutions satisfaisantes. De la même



Dispositif de contenance par immersion en test

manière, les soignants sont soumis à des contraintes temporelles et doivent résoudre des problèmes pratiques sur le terrain. Car le soin implique parfois pour les soignants de faire face à l'urgence de la maladie. Tout comme les designers, les soignants ne disposent pas toujours du temps nécessaire pour étudier les problèmes auxquels ils sont confrontés de manière exhaustive. Ils doivent faire preuve de stratégies.

Toutefois, il est important de le souligner, les conditions dans lesquelles les stratégies de terrain se construisent en milieu hospitalier sont bien souvent extrêmement difficiles à manœuvrer; que l'on pense ici au manque de moyens matériels et financiers, à la tension permanente entre le temps passé avec les patients et le nombre de tâches à accomplir, ou bien encore à l'exigence de conformation stricte aux protocoles médicaux en vigueur. Aux prises avec ces difficultés, les designers n'arrivent pas toujours à trouver des solutions à la fois éthiques et soignantes. Mais c'est aussi à l'endroit même de cette difficulté, de cette tension entre déficit de soin réel et exigence éthique, que la démarche *design with care* prend tout son sens. Une telle approche du design permet aux designers de s'approprier les valeurs et idéaux du milieu hospitalier, et aux soignants d'apprendre des pratiques des designers, notamment en intégrant les patients dans la coconception des stratégies de soin [11].

NOTE

(1) Agence de design française cofondée en 1997 par Antoine Fenoglio et Frédéric Lecourt. Aujourd'hui, designers, architectes et philosophes des Sismo articulent l'ensemble de leurs savoir-faire autour du *design with care*, pour des organisations privées ou publiques.

Le projet mené par la Chaire de Philosophie à l'hôpital au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, en partenariat avec les designers des Sismo, qui visait à repenser les dispositifs de contention à partir du concept de « contenance volontaire », constitue un bon exemple de *design with care*. Ce projet a mobilisé les compétences académiques, professionnelles et expérientielles de différents acteurs – soignants, patients, chercheurs et designers – pour imaginer et tester des dispositifs capables de produire des formes de contention incluant les patients comme décideurs. Autrement dit, des formes de contentions à l'opposé des protocoles d'immobilisation qui en sont la règle. Les expériences de l'ensemble des parties prenantes ont été recueillies et intégrées au projet, tant celles des usagers de la psychiatrie que des soignants et des proches aidants. Tous ont participé aux différentes phases de la conception et se sont approprié l'expérimentation des dispositifs de contenance. Le projet, en tant que projet de design, a mobilisé plusieurs types de savoirs. Les savoirs

et savoir-faire des professionnels soignants ont été enrichis par des apports académiques et par les expériences pratiques des usagers. Ces différents savoirs, pratiques et théoriques, sont au cœur de la démarche du design. L'acculturation des soignants aux méthodes du *design with care* s'est montrée un atout important dans la réorientation de leurs stratégies de terrain envers la valeur du soin. Ce qui nous conduit à penser que si des formations aux méthodes du design étaient dispensées au personnel soignant, ces formations permettraient une montée en compétence globale des équipes [11]. Le projet autour de la contention témoigne de l'émergence d'une réflexivité des équipes soignantes quant à leurs pratiques et à leur identité professionnelle, mais aussi quant à l'usage que ces équipes font de certaines méthodes de soin.

De fait, les rencontres entre designers, soignants et patients lors d'expérimentations *in situ* ont produit des collectifs mêlant différents acteurs, et donc différentes compétences et points de vue. Avec l'aide des designers, les équipes hospitalières ont appris à collaborer différemment. Les outils et méthodologies du design modifient la pratique des équipes, qui se coordonnent dès lors d'une manière nouvelle, créant ainsi une nouvelle approche holistique du soin. La coopération entre soignants et designers dans le milieu hospitalier implique que les fonctions d'acteurs aux statuts différents se mêlent. Nous empruntons au psychiatre Jean Oury la distinction entre statut et fonction car celle-ci nous permet de mettre en évidence que la fonction soignante est partagée par des personnes de statuts très différents [12]. Les personnes qui n'ont pas le statut qui prédispose à la fonction soignante peuvent dès lors en avoir la fonction, à l'instar des responsables des services d'hygiène à l'hôpital qui, interrogés sur les impacts des dispositifs médicaux, cherchent à produire un avis pratique sur la valeur de soin à partir de l'expertise qui leur est propre. Ce faisant, ils s'engagent dans le *care*.

Lors d'entretiens menés durant la phase exploratoire des projets de design, les designers en milieu hospitalier peuvent remplir une fonction maïeutique auprès des patients en recueillant leur parole. C'est ainsi que les designers qui sont intervenus dans le projet autour de la contention ont participé à une libération de la parole. La reconnaissance de l'expertise des patients par les soignants constitue un apport majeur de l'appropriation des méthodes du *design with care* par les soignants. À travers les outils du design, tels que la constitution de cartographies d'acteurs, les entretiens ou les ateliers d'idéation, les soignants peuvent réfléchir davantage sur la valeur du soin, plutôt qu'au fait de rendre efficace les protocoles existants. Les soignants sont dès lors invités à reconnaître l'expertise des patients et à l'intégrer dans la conception même des évolutions de leurs pratiques [11].

Cependant, il est important de remarquer que l'entrée de l'approche du design en psychiatrie ne s'est pas faite sans difficultés. En effet, il est difficile de mener des entretiens ethnographiques longs dans des milieux où les patients se fatiguent vite, et où le test des dispositifs s'avère lui aussi complexe. Outre cela, la sensibilité des données en psychiatrie et les règles applicables en matière de confidentialité constituent également un frein à leur exploitation et à leur

RÉFÉRENCES

- [1] J. Lichtenstein, « Disegno », in B. Cassin, *Vocabulaire européen des philosophies - Dictionnaire des intraduisibles*, Seuil, 2004, p. 322-325.
- [2] C. Jobin, F. Lecourt, C. Gayda, « Preuves de concept (POC) génératives : conception et expérimentation innovante pour mieux prendre soin », 1^{er} juillet 2020 - <https://hal.science/hal-03081926>
- [3] L. Hirt Léchet, N. Nova, F. Kilchör, S. Fasel, « Design et ethnographie », *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, éditions de l'EHESS, n°64, décembre 2015, p. 64-77.
- [4] N. Nova, L. Léchet Hirt, F. Kilchör, S. Fasel, « De l'ethnographie au design, du terrain à la création : tactiques de traduction », *Sciences du design*, vol. 1, n°1, PUF, 2015, p. 86-93.
- [5] S. Misset, « Introduction générale », in *Introduction à la sociologie des organisations*, Armand Colin, coll. Cursus, 2017, p. 11-13.
- [6] E. Bansard, « Le lab-ah, un laboratoire de design hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°616, mai 2022.
- [7] C. Gilligan, *Une voix différente*, Flammarion, 2008.
- [8] J.C. Tronto, *Un monde vulnérable*, La Découverte, 2009.
- [9] N. Cross, *Designery Ways of Knowing*, London, Springer-Verlag, 2006.
- [10] A. Leboucher, « Innovation et pratiques de soin à l'heure de la co-construction patients/soignants », *Gestions hospitalières*, n°613, février 2022.
- [11] J. Chomette, C. Tourette-Turgis, F. Hélie, M. Rahel Damamme, P. Oustric, « Reconnaître l'expertise des malades du Covid long », *Gestions hospitalières*, n°612, janvier 2022.
- [12] J. Oury, « Chemins vers la clinique », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 72, n°1, 1^{er} janvier 2007, p. 3-14.
- [13] C. Fleury-Perkins, A. Fenoglio, « Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de proof of care », *Soins*, vol. 64, n°834, avril 2019, p. 58-61.
- A. Fenoglio, C. Fleury, *Ce qui ne peut être volé : charte du Verstohten*, Gallimard, 2022.

partage. Ainsi, les perceptions de la valeur de soin d'un dispositif par les designers et les soignants se retrouvent parfois minorées par le manque de données quantitatives.

Les réponses qui peuvent être obtenues

Les sciences biomédicales, à l'origine des techniques de soin, opèrent traditionnellement la recherche du *cure* à travers l'obtention de preuves scientifiques objectives, constituées de marqueurs quantitatifs homogènes; alors que l'exigence du *care*, en tant que «prendre soin», considère le vécu subjectif comme le point de départ de la conception des pratiques de soin. Dès lors, pour faire émerger des stratégies nouvelles pouvant répondre aux défis que l'on rencontre dans le milieu médical, la collaboration entre soignants et designers est une opportunité de faire travailler les méthodes du design et les sciences et outils reconnus dans le soin. Le design en milieu hospitalier se donne ainsi pour tâche de concevoir, dans une perspective humaniste du soin, de nouveaux modes d'agencement et de savoir-faire existants, appuyés sur des preuves scientifiques homogènes.

Aujourd'hui, l'ensemble des protocoles médicaux est cadré par une science où l'*evidence-based medicine* (EBM) est de règle. Cela implique que les dispositifs proposés en expérimentation en milieu hospitalier sont systématiquement confrontés à l'exigence de preuve d'efficacité [6]. À la question de la preuve, le design applique la méthodologie des preuves de concept (*proof of concept*) qui repose sur la démonstration de la faisabilité d'une solution à partir de l'expérimentation. Bien qu'elle relève du design, cette logique de preuve par démonstration se trouve aussi dans l'industrie. La matérialisation d'une solution à travers l'expérimentation permet de confronter l'idée innovante aux aspects pratiques de la réalité [13]. L'expérimentation met en pratique des hypothèses théoriques, avant qu'elles soient produites à grande échelle. Cette confrontation des hypothèses avec la réalité du terrain se fait avant de considérer les stades ultérieurs de développement plus coûteux [2].

Alors que le domaine de la preuve dans le monde biomédical est largement dominé par les approches quantitatives, la valeur de soin dont une pratique curative est capable se doit d'être examinée avec des méthodes qualitatives [6] qui prennent en compte les récits des acteurs impliqués. Avec les projets *design with care*, ce dont il s'agit, d'abord, c'est de trouver des solutions de soin qui valorisent le bien-être, les relations d'interdépendance et l'autonomie des patients. C'est pourquoi Les Sismo et la Chaire de Philosophie à l'hôpital ont proposé d'adapter la méthodologie *proof of concept* de façon à viser l'obtention des preuves de soins (*proof of care* - POC), l'humanisation des dispositifs médicaux et la recherche de l'association des approches quantitatives et qualitatives d'évaluation des solutions. Les POC sont ainsi mobilisées dans des projets de design qui ont pour but l'*empowerment* auprès de publics en état de vulnérabilité. La *proof of care* est dès lors plus riche et plus exigeante que la *proof of concept*. Elle ne met pas seulement à l'épreuve les dispositifs, elle examine également les dimensions relationnelles, sociales, affectives et politiques qui relèvent du *care*. Les *proof of care* ont pour but de rendre capacitaires les acteurs concernés tout en produisant des externalités positives [13].

Bien que les soignants et les designers travaillent de plus en plus ensemble, cette coopération comporte des limites. L'un des enjeux majeurs de cette rencontre est de trouver des indicateurs d'évaluation communs; designers et soignants ont en effet des vocabulaires distincts. Par ailleurs, la posture du designer, qui arrive sur son terrain ne sachant pas ce qu'il va produire et acceptant l'incertitude des situations étudiées, est parfois difficile à faire accepter par les soignants. Si les apports mutuels des relations existantes entre soignants et designer sont établis et riches, le défi restant à surmonter consiste à définir et à analyser ce qui fait encore obstacle à leur collaboration, et pourquoi. Certaines initiatives (2) visent à dépasser ces difficultés, tel le diplôme interuniversitaire «Philosophie, éthique, design dans les domaines de la santé et du soin», fruit d'une collaboration entre le Cnam, la Chaire de Philosophie à l'hôpital et Les Sismo, en formant les acteurs du soin aux enjeux de la pratique du design. ●

NOTE

(2) L'ouvrage collectif *Éthique et design. Pour un climat de soin*, coordonné par Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio (à paraître aux PUF en 2024) réunit, par une approche collaborative, des réflexions sur la façon dont les politiques et initiatives doivent mettre la conception au service de l'habitabilité du monde, pour contribuer à l'édification de communs, respectueux de l'humain et du non-humain.

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 dispositifs de médiation artistique en milieu hospitalier, les arts visuels comme soin, une stratégie de communication sur les humanités médicales, un philosophe employé à l'hôpital, la recreation du lien entre nos aînés les plus vulnérables, la population et le territoire...

www.chaire-philo.fr

