

Recréer les espaces de travail à l'hôpital : le design au service d'une démarche de management

Christophe LERCH, Bureau d'Economie Théorique et Appliquée (BETA), Université de
Strasbourg (UDS)

lerch@unistra.fr

Résumé court :

La « Fabrique de l'hospitalité » est un service de la direction générale du CHU de Strasbourg qui vise à améliorer la prise en soin des patients avec des outils et des démarches de création et du design. C'est en transformant les espaces de travail que l'équipe cherche à faire évoluer de manière durable les interactions entre les personnels hospitaliers et les patients. L'étude du projet « bon séjour » permet de comprendre la logique qui sous-tend la démarche de conception qui a pour vocation de réinstitutionnaliser l'hôpital. Le projet est emblématique du travail effectué par la fabrique de l'hospitalité dans la mesure où il s'assimile à une démarche de management à part entière qui interprète de manière moderne les principes défendus par l'école des relations humaines.

Mots clés :

Design, créativité, conception, singularité, hôpital, école des relations humaines.

Recréer les espaces de travail à l'hôpital : le design au service d'une démarche de management

1 Introduction

La « Fabrique de l'hospitalité » est un service de la direction générale du CHU de Strasbourg qui a pour objet de favoriser la co-création des agents hospitaliers et des usagers afin d'améliorer la prise en soin des patients et de leurs proches avec des outils issus des sciences humaines, de la création en général et du design en particulier. Elle est une plate-forme de collaboration entre les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) et de nombreux partenaires autour des mêmes objectifs d'amélioration des espaces et du temps vécu à l'hôpital. Depuis une quinzaine d'années les membres de l'équipe, qui sont directement sous la responsabilité du directeur des HUS, mènent des projets visant à transformer durablement les interactions entre les personnels hospitaliers et les patients. Cette quête s'appuie sur la mise en application de trois principes qui caractérisent la plupart des projets qui ont été menés :

« Better, et pas uniquement faster et cheaper »

Faster, Better, Cheaper est un vieil adage popularisé par Dan Goldin lorsqu'il administrait la Nasa. L'objectif était de mettre en application dans la production des fusées et des satellites les règles de la production de masse qui ont fait le succès de l'industrie automobile.

Dans le contexte où les Etats souhaitent maîtriser les dépenses de santé, les principes de Dan Goldin ont commencé à être appliqués dans les hôpitaux depuis plusieurs années déjà. Il s'agit notamment de transposer la philosophie du toyotisme (tel que le lean manufacturing, la qualité ou le Business process reengineering) dans le management des processus opérationnels et administratifs. A ce propos Gentil (2012) : interviewant une infirmière en salle de réveil souligne la diffusion du vocabulaire de l'optimisation industrielle au sein des établissements de santé : « *On fait énormément d'interventions par jour, c'est l'usine. Des fois, on n'a plus de lits pour accueillir les patients ; on doit garder les patients plus longtemps en salle de réveil, parce que les transferts ne se font pas (...) L'impression que j'en ai, c'est que l'on travaille à flux tendu : on n'a pas vraiment de marge pour pallier les imprévus* » p.34

La transposition des outils de la gestion industrielle à l'hôpital, ainsi que la tarification à l'acte ont permis, dans certains cas, d'augmenter la productivité du travail (cheaper) et également d'accélérer les cycle des processus opérationnels (faster). Cependant, comme le suggère la citation précédente la question de l'impact de ces démarches sur la qualité des prestations de service (better) fait débat.

La fabrique de l'hospitalité propose une logique différente dans la mesure où sa philosophie est de **mettre la bienveillance, la qualité des prestations (better) au service de l'efficacité économique** (et non l'inverse). Dans les projets que nous avons étudiés, la question de la bienveillance concerne à la fois le patient et les personnels hospitaliers.

D'une part, il s'agit de prendre en compte la singularité du patient dans les processus opérationnels. D'autre part, il s'agit de penser une dynamique de changement qui tienne compte du professionnalisme des acteurs de l'hôpital et de leur besoin d'interaction dans la mise en œuvre des ces processus.

« Produire de la singularité à grande échelle »

La transposition des principes de management du système Toyota dans une organisation complexe comme l'hôpital n'est pas chose aisée. Comme le souligne Minvielle (1996) le défi qui reste à relever par les hôpitaux est de parvenir à traiter la singularité à grande échelle. Par exemple, on a pu penser à une époque que le cancer était une maladie unique, puis les médecins ont découvert que les cancers différaient selon les organes. Aujourd'hui ils savent qu'il y a probablement un cancer différent par patient. Le développement de technologies telle que l'imagerie médicale, conduit de plus en plus à individualiser les procédures de soin. Ceci n'est pas sans poser des problèmes d'organisation.

En effet, la programmation des processus de prise en charge des patients est limitée par la contingence et la complexité de ce processus. Comme le souligne Minvielle (1996) : « *Les pathologies en cause, mais aussi les caractéristiques personnelles des patients de leur entourage, définissent dès le départ des modes de prise en charge très différents à accomplir. Par ailleurs chaque processus dessine une combinaison spécifique entre différentes phases d'investigation-diagnostique, de début de traitement, de surveillance ou de bilan... Cette richesse potentielle d'investigation diagnostique et thérapeutique explique pourquoi il n'existe pas un mode de circulation homogène du processus sur une même ligne. Ici les processus se déroulent sans ordre de passage préétabli, ni véritablement d'étapes prédéterminées.* » p.115

Dans le même ordre d'idée Pascal (2003) assimile le processus de prise en charge des patients à une trajectoire : « *chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire propre qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter d'en maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle.* » p.192

Nous sommes dans une configuration de processus semi-structuré [Lanoux & alii, 2003, Lerch 1998]. Le problème à résoudre est défini, cependant la mise en œuvre de la solution reste en partie au moins à concevoir. Dans un tel contexte, il n'est pas possible de spécifier à l'avance les décisions et actions optimales correspondants à chaque cas de figure. La mise en œuvre et l'ordonnancement des activités résultent d'arbitrages locaux opérés par les acteurs en charge de la réalisation en fonction des caractéristiques particulières de l'output ou de la prestation demandée. L'acteur se trouve dans un contexte de travail où il dispose d'une latitude dans le choix et la mise en œuvre de son action : il analyse les caractéristiques de son environnement, choisit l'action adaptée (dans le cadre de ses compétences) pour réaliser l'objectif prescrit et exécute son action.

On retrouve également de tels processus dans les entreprises industrielles. Il s'agit, par exemple, d'adapter un produit à une demande personnalisée, ou de traiter un ensemble problèmes ayant des similarité avec ceux résolus dans le passé (leur résolution exploite les mêmes compétences), mais qui implique la conception d'une solution spécifique. Le pilotage de processus de travail semi-structuré doit beaucoup aux réflexions Simoniennes sur la rationalité procédurale prenant en compte les capacités cognitives limitées des acteurs, capacités limitées par rapport à la complexité et l'incertitude de situations qu'ils affrontent. Les principes de résolution collective, décentralisée et de décomposition modulaire des problèmes facilitent la mise en œuvre de tels processus.

De tout temps, l'artiste et l'artisan ont su utiliser leur créativité pour élaborer des œuvres singulières. Cependant ce mode d'organisation est limité à cause de son manque d'efficacité. Dans le travail artisanal la conception du travail et sa réalisation son indissociable.

C'est ce principe qui a été remis en question lors de l'avènement de la production industrielle.

Afin de mieux intégrer la dimension économique du travail, la conception du travail est confiée à la direction scientifique, les ouvriers étant limités aux tâches d'exécution. Dans le cas du fordisme le « prix à payer » pour cette productivité est la standardisation des produits et des prestations. Dans le cas de l'hôpital, lorsque la prescription des tâches est orientée trop exclusivement sur la question de l'efficacité, le risque est grand d'ignorer les processus collectifs nécessaires à la gestion des aléas inhérents à l'activité de soin. Dans ce cas extrême, lorsqu'au formalisme du « monde professionnel », s'ajoute le formalisme du « monde administratif », c'est le « monde l'arrangement interindividuel » qui risque d'être mis sous l'éteignoir au détriment de la qualité des soins. [Minvielle, 2000]

Cependant depuis la fin du 19ème siècle, et donc avant même l'ère Taylorienne, les entreprises industrielles ont cherché à concilier la production de masse (et ses avantages en termes de coût) et la flexibilité. Le développement du système américain répondait déjà à cette époque à une volonté de concilier productivité et flexibilité. Cette préoccupation est centrale dans la littérature sur le thème de la Mass Customization [Pine II, 1993]. Comme l'ont montré les travaux de Da Siveira & all (2001) ou encore ceux de Lampel & Mintzberg (1996), il est possible de recenser différents degrés dans les stratégies de production de masse personnalisées (mass customizatton)

Mass Customization (MC) generic level	MC approche (Gillmore and Pine, 1997)	MC strategy (Lampel and Mintzberg, 1996)	Stages of MC (Pine, 1993)	Types of customization
8- Design	Collaborative; Transparent	Pure Customization		
7- Fabrication		Taylorized Customization		
6- Assembly		Customized Standardization	Modular production	Assembling Standard Components into Unique Configurations
5- Additional Custom Work			Point of Delivery Customization	Performing Additional Custom Work
4 – Additionnal Services			Customized Services; Providing Quick Response	
3 – Package and distribution	Cosmetic	Segmented Standardization		Customizing Packaging
2- Usage	Adaptive		Embedded Customization	
1- Standardization		Pure Standardization		

Tableau 1: Les formes de production de masse personnalisée
source : Da Silveira, Borenstein, Fogliatto, 2001.

Le modèle du fordisme étant situé au niveau 1 de la typologie, il est comme nous venons de l'évoquer peu adapté à la mise en œuvre d'une logique de production singulière à grande échelle.

En revanche le toyotisme a permis de combiner efficacité et la réalisation de petites séries de produits ou de prestations diversifiées. Sa diffusion massive, en dehors du secteur automobile (et notamment dans les hôpitaux) a été présentée comme un moyen de construire un avantage concurrentiel. Les principes de la division verticale du travail ne sont cependant pas véritablement remis en question dans ce modèle: il s'agit d'une « diversité sur catalogue » qui est obtenue selon une logique modulaire par une recombinaison (programmée à l'avance) de briques standardisées. La créativité reste limitée aux phases amont de la conception du produit (ou prestation) et du travail. Les acteurs chargés de la réalisation du produit ou des prestations restent quant à eux des exécutants. On peut situer ce modèle au niveau 6 de la typologie.

De notre point de vue, si l'objectif consistait à industrialiser le fonctionnement de l'hôpital, il serait probablement nécessaire de penser une forme d'organisation industrielle (post toyotiste) qui autorise une latitude décisionnelle aux acteurs chargés des activités de réalisation. En effet, à l'hôpital on a besoin de créativité également dans les activités aval afin d'adapter les actions à la singularité de chaque situation à la manière de la *Taylorized Customization* de la typologie de Mintzberg (qui est située au niveau 7 dans le tableau). Si un tel modèle venait à connaître le succès au sein des hôpitaux, il deviendrait très certainement à son tour un modèle de référence pour un bon nombre d'organisations industrielles.

Les expérimentations menées par la fabrique de l'hospitalité constituent un champ d'étude utile car elles visent justement à faciliter voire à reconstruire les processus opérationnels collectifs et semi-structurés de résolution de problème en cours d'action. **Fabriquer de l'hospitalité et mettre en avant la bienveillance consiste ici à porter une attention particulière à la sphère interindividuelle.**

Réinstitutionnaliser plutôt que réorganiser

La réorganisation fait référence à un processus de décision hiérarchisé dans lequel les leaders de l'organisation qui sont chargés de mettre en application une nouvelle stratégie déterminent également une nouvelle division du travail. Il s'agit généralement de redéfinir les postes de travail et de contrôler la mise en application des nouveaux principes. Cette manière de faire peut être opérante dans les entreprises industrielles organisées selon le modèle des bureaucraties mécanistes (bien qu'elle ne le soit pas toujours). En revanche, elle est mal adaptée à des organisations dont le centre opérationnel est composé de professionnels ayant des niveaux élevés d'autonomie telle que dans les hôpitaux. Voici la réflexion d'Etienne Minvielle (1996) à ce sujet :

« Sur un autre plan, notre expérience nous a rappelé que le changement ne peut s'envisager en référence à l'ordre social existant... Cela suppose de tenir compte dans la conduite du changement des déterminants qui régulent l'ordre social actuel plutôt que d'imposer un objectif de rationalisation. Car cette vision aurait la naïveté de croire que qu'un échafaudage théorique peut être accepté dans un univers social dont les repères de l'action sont déjà solidement ancrés. Si un certain degré de standardisation est nécessaire dans l'organisation du travail, il doit laisser une part d'autonomie suffisante pour l'expression des savoirs organisationnels. Dans le cas contraire, ce serait un douloureux paradoxe qu'en se cantonnant à cette représentation de l'organisation construite à partir de repères essentiellement administratifs et professionnels, le personnel hospitalier mais

*aussi les patient y perdent les moyens de s'organiser dans leurs pratiques quotidienne. »
p.121*

Comme le souligne Norbert Alter (2013) : « une idée ne devient bonne qu'en se déformant au contact de la pratique » p 11. De ce point de vue, les processus opérationnels réels ne sont pas simplement la mise en application plus ou moins réussie d'une rationalité organisationnelle préalablement établie. Ils constituent une source de création (par déformation selon le point de vue d'Alter) par laquelle est susceptible d'émerger de nouveaux processus collectifs de résolution efficace. Les processus opérationnels sont donc autant les moteurs que les sujets de l'innovation managériale.

Réinstitutionnaliser plutôt que réorganiser suppose de mettre en application certains des principes identifiés par Kurt Lewin. Le premier principe auquel nous faisons référence est « l'effet gel » selon lesquels il faut commencer par faire évoluer les comportements des acteurs pour initier le processus de transformation de leurs représentations. La théorie de l'engagement suppose la mise en œuvre d'un acte préparatoire au changement. Cette vision est différente d'une certaine approche dite « rationnelle » selon laquelle les acteurs agiraient en fonction de leurs représentations du monde. Il suffirait de changer les représentations pour que les comportements suivent.

Or un changement d'idée ne signifie pas nécessairement un changement de comportement [Joules & beauvois, 2002]. Selon ces auteurs l'art de la persuasion, pour peu qu'on le maîtrise, peut déboucher sur les changements d'idées. Cependant cette manière de procéder n'est pas nécessairement efficace pour transformer les comportements. Même la persuasion accompagnée de l'autorité aurait ses limites dans la mesure où elle permettrait difficilement d'assurer la pérennité du changement : retirez la figure de l'autorité et les anciennes habitudes reprennent le dessus.

Les démarches de changement menées par la fabrique de l'hospitalité s'inscrivent dans cette logique. Il s'agit de faire évoluer le comportement des personnels soignants et des patients. Mais à travers ces changements de comportements, c'est bien la perception du vivre et travailler ensemble que la fabrique de l'hospitalité cherche à mettre au centre de l'attention. Afin d'initier le changement de comportement, ils mobilisent dans chacun de leurs projets des compétences dans le domaine artistique et du design afin de modifier les espaces de travail. C'est donc le changement d'espace (et le processus de conception de ces nouveaux espaces) qui est censé impacter les comportements des acteurs. Lorsqu'une équipe de soins accepte de recevoir la fabrique de l'hospitalité pour évoquer la possibilité d'un projet, il s'agit là d'un premier acte préparatoire au changement. Lorsque, au cours du processus de conception des espaces certaines expérimentations sont menées, on assiste parfois à des premières évolutions de comportement avant même que les travaux de réaménagement aient débuté.

Le deuxième principe de Kurt Lewin auquel nous faisons référence est que le changement a d'autant plus de chance de s'opérer que si les acteurs concernés collaborent à ce changement. C'est ce principe qui confère, selon lui, une certaine supériorité au leadership de style démocratique.

Là encore, la démarche de la fabrique de l'hospitalité s'inscrit dans cette vision. En effet, la conception des nouveaux espaces de travail, que ce soit pour le projet que nous allons évoquer ou ceux qui l'ont précédés, a toujours été mise en œuvre selon une démarche collaborative avec l'ensemble du personnel concerné. La hiérarchie peut être conduite à donner l'aval au lancement du projet, mais elle ne peut maîtriser à elle seule la complexité du problème à traiter et la diversité des points de vues. D'un autre côté, la fabrique de l'hospitalité refuse la

mise en œuvre de démarches de co-conception dans laquelle les acteurs participeraient à la définition des solutions : il s'agit de limiter autant que faire se peut les biais d'ancrage. Dans une démarche collaborative, les acteurs participent à l'identification des problèmes, des tensions, des dissonances, mais ils délèguent la conception des solutions. C'est l'équipe de designer qui prend en charge l'élaboration des solutions.

2 Le terrain et la méthodologie

Le terrain d'étude et les données mobilisées

Dans le cadre de cet article nous souhaitons focaliser notre attention sur un projet particulier : le projet « bon séjour ». L'espace hospitalier concerné par la commande artistique et de design « bon séjour » se situe à l'hôpital gériatrique de la Robertsau. Les personnes qui se rendent dans cet hôpital de jour - CM2R y viennent pour y faire des bilans mémoire, orientées par leur médecin traitant par exemple. Ouvert du lundi au vendredi, l'hôpital accueille les personnes venues consulter de 8h à 16h afin de leur proposer tout un ensemble d'examen. Entre chaque examen et pour le repas de midi, la quinzaine de patients accueillis chaque jour se retrouve dans une grande salle dont les baies vitrées ouvrent sur un parc arboré.

Après plusieurs mois de travail pour définir un cadre de projet singulier, la Fabrique de L'hospitalité publie en novembre 2012 un appel d'offre pour une commande artistique et de design dans l'hôpital de jour gériatrique.

Cette commande pour l'hôpital de jour gériatrie de l'hôpital de la Robertsau a été l'occasion pour la Fabrique de l'hospitalité d'initier une collaboration convier une équipe de designers : le Labo des usages. Ce dernier est spécialisé dans les problématiques médicaux-sociales d'aménagement d'espace et de conception d'objet et de service. Cependant ils interviennent le plus souvent dans les phases aval des projets, c'est à dire lorsque le cahier des charges est déjà établi. Cette fois la fabrique de l'hospitalité, les a sollicités pour participer dès les phases amont du projet. Ils ont pour mission d'élaborer le cahier des charges du projet en collaboration avec l'équipe de l'hôpital de jour et de piloter la réalisation des travaux. Pour ce faire le labo des usage a constitué une équipe de 5 personnes : 3 designers qui travaillent à l'échelle de l'objet et du service, un designer graphiste et une architecte

Pendant trois mois, d'avril à mai 2013, l'équipe a effectué quatre visites de deux jours qui lui ont permis de rencontrer l'équipe élargie de l'hôpital de jour Saint François : équipe de soin, secrétariat, cadres de soin et cadres hospitalier; direction, bureau de pôle, médecin hygiéniste, ingénieur sécurité et direction de la qualité. Aussi, dans la mesure du possible, les membres du Labo des usages se sont entretenus avec les patients et leurs familles pour comprendre leurs points de vue et leurs besoins par rapport au service existant. Ces visites leur ont peu à peu permis d'avoir une image plus nette du parcours du patient, et d'apprécier l'importance des phases en amont et en aval de la journée d'évaluation.

En parallèle, le Labo des usages a très vite formalisé ses idées et intentions de projets pour les présenter à cette même équipe élargie. Avec eux, les designers ont affiné, précisé et reformulé chaque piste. Les pistes comprenaient des propositions variées et complémentaires qu'ils n'avaient pas encore triées : sur le repérage dans le périmètre de l'hôpital de jour, l'identification de l'équipe, l'aménagement intérieur de l'hôpital de jour, etc.

Grâce aux retours qui leur ont été faits et aux nouveaux enseignements de cette présentation, les pistes de travail se sont consolidées en un pré-projet global pour le service qui a été présenté au début du mois de juin 2013 à l'équipe élargie. Ce rendez-vous a permis d'échanger le plus largement possible autour du projet, avec des interlocuteurs connaissant bien, peu ou pas le projet et recueillir ainsi des points de vues différents venus de personnes extérieures.

C'est à la suite de ce rendez-vous que le Labo des usages a repris des éléments du projet validé pour construire le projet Bon séjour.

La méthode utilisée

Ce travail de recherche s'appuie sur une étude de cas. Pour ce qui est de l'activité générale de l'équipe, nous avons pu assister aux présentations de la plupart des projets passés réalisés par la fabrique de l'hospitalité. Les rapports rédigés par les acteurs projets étaient à notre disposition. Il existe également un site internet sur lequel la description des projets passés est consultable (méthode de projet et résultat final de la transformation des espaces).

En ce qui concerne le projet bon séjour, nous avons pu être présent lors des 4 phases d'interaction entre l'équipe des designers et le personnel du service de gériatrie. En disposant deux enregistreurs dans la salle de séjour nous avons pu capter les interactions entre le personnel de l'hôpital, les patients et l'équipe de designer. Notons que malgré la présence des designers, les activités du service de gériatrie étaient assurées comme les autres jours. Pendant ces interactions nous avons également pris des notes. Finalement, nous disposons d'environ une vingtaine d'heures d'enregistrement et une trentaine de pages de notes. A l'heure actuelle le projet a été validé par la hiérarchie hospitalière. Les travaux de réaménagement n'ont pas encore débutés, bien que l'espace de travail a déjà été en partie réorganisé suite aux interactions avec les designers.

Notre travail de recherche a consisté à formaliser le processus de conception des nouveaux espaces de travail. En quelque sorte les acteurs de la fabrique de l'hospitalité nous ont demandé d'identifier « les principes actifs » de leurs actions sur le terrain. La description de ce processus ne résulte donc pas de la connaissance d'une démarche a priori dont nous aurions été instruits par l'équipe de designer. Elle est le fruit d'une interprétation ex-post fondée sur l'interprétation des matériaux empiriques collectés préalablement.

3 L'étude de cas : le projet bon séjour

Ce travail de formalisation permet non seulement de comprendre la logique qui sous-tend la démarche, mais aussi de faciliter sa transposition dans des contextes différents. Nous avons identifié 4 phases distinctes qui se caractérisent chacune par un objectif et un rôle des participants différents.

Phase 1 : l'observation

	Objectif	Output pour la phase suivante	Rôle des participants
Phase I :	Observer	Reformuler le problème général	Sujets d'observation

L'équipe de designer a, dans une première phase, choisi de s'immerger pendant deux jours au sein de l'hôpital de jour. Le but était à la fois d'observer le travail des membres de l'équipe mais également de mener quelques entretiens avec ces derniers dans le but de mieux comprendre leur activité. Comme l'a souligné Minvielle (1996) : « Il existe des situations de travail dans lesquels les modes d'organisation s'avèrent parfaitement appropriés, mais comme

il s'inscrivent dans un contexte incertain et dans l'urgence, ils laissent croire à un désordre mal maîtrisé » p. 116

Dans le cas hôpital de jour on pourrait parfois avoir également cette impression de désordre mal maîtrisé. En effet, la salle de soin et les services administratifs sont situés à proximité d'une grande salle de séjour qui est en quelque sorte le lieu de toutes les interactions. On y attend, on y sommeil, on y déjeune, on y déambule, on y effectue des tests de kinésithérapie... Dans cette salle se croisent du personnel médical, des patients et leurs proches, des agents de services hospitaliers.

Il a donc été important pour la compréhension des processus de prise en charge des patients de capter les représentations du personnel à travers des entretiens. Dans cette phase, le rôle du personnel de l'hôpital de jour s'est « limité » à celui d'un sujet d'observation. Quand à l'équipe de designers, son travail a abouti à une reformulation du problème général. Il s'agit de donner une référence commune qui permette d'articuler les représentations partielles et partiales des différents acteurs. Ce besoin de reformulation est particulièrement important dans le cas des problèmes complexes, ou mal définis. Ici c'est la singularité des parcours qui rend difficile la définition d'un objectif de performance quantifiable. En particulier l'état cognitif des patients influe grandement sur la nature de la prise en charge.

Reformuler les problèmes contribue parfois à s'interroger la stratégie d'une organisation, à redéfinir ses frontières, mais aussi, à ouvrir de nouveaux espaces de solution non envisagés jusqu'alors. La reformulation peut s'opérer par exemple en passant de la conception d'un système à celle de son méta-système. Mais dans le cas bon séjour les designers ont procédé par analogie avec un autre système. Ils ont utilisé la métaphore du voyage pour construire une nouvelle représentation du parcours du patient dans l'hôpital de jour. Voici une version synthétique cette métaphore du voyage telle qu'elle a été verbalisée par un des membre de l'équipe des designers :

« On commence par le transport pour se rendre sur les lieux. Généralement on vient accompagné, mais parfois on se déplace seul. On franchit des frontières, on présente des papiers, on remplit des formulaires et l'on se présente. Dans un voyage, il y a souvent l'angoisse de l'inconnu. Mais chez nous il y a un guide qui connaît votre nom. Il y a des moments d'attente, des nouveaux langages (alsacien, Français, langage médical), une nourriture différente. Pendant ce voyage il y aura des épreuves à passer avec de nouveaux guides qui poseront des questions. Il y aura des moments de déambulation qui nous permettront de faire des découvertes de fabriquer du souvenir à partager avec ses proches. Mais le soir au moment de rentrer certains auront tout oublié. »

Cette perspective du voyage permet d'intégrer l'arrivée dans l'hôpital (depuis la réception du carton d'invitation) dans la réflexion : on repousse en quelque sorte la frontière de l'organisation. Mais surtout elle favorise la caractérisation des points de rencontre et d'orientation ainsi que des repères spatio-temporels : ce qui conduit à s'interroger sur la signalétique sur le moyen d'orienter les déambulations des patients. Cette métaphore a été structurante dans la mesure où elle a permis d'associer des fonctionnalités à des espaces et à des moments de la journée. Il s'agit de comprendre, à chaque moment de la journée, quelle zone de l'espace est activée

Phase 2 : L'identification des fonctionnalités de l'espace

	Objectif	Output pour la phase suivante	Rôle des participants
Phase II :	Identifier les fonctionnalités de l'espace	Identifier les problèmes et les tensions	Réagir à une mise en contexte

Cette phase réunit l'ensemble de l'équipe des designers avec celle du personnel hospitalier. La

La séance débute par la formulation de la métaphore du voyage.

L'équipe de designer met en place plusieurs ateliers d'échange avec le personnel autour de grands thèmes clés qui conditionnent le voyage : le nom et l'identification du pavillon lors du trajet d'arrivée ; la signalétique à l'intérieur de l'hôpital ; l'orientation de la déambulation des patients ; la question du multilinguisme ; la gestion de l'attente des patients ; la fonctionnalité du vestiaire ; la pause repas et la fonctionnalité de la table ; la représentation de l'équipe soignante ; la fiche de suivi du patient, le panorama du patient dans la pièce principale, ... Pour chacun de ces thèmes l'équipe de designer a construit un certain nombre d'outils très simples (des post-it, des représentations stylisées des espaces en carton, des représentations du parcours du patient, ...) qui permettent de mettre en contexte le personnel hospitalier mais sans suggérer une architecture d'espace.

Par exemple, en ce qui concerne le panorama, l'équipe a disposé sur la table une représentation de la baie vitrée sous la forme d'une maquette en carton. Différents objets sont proposés pour enrichir le panorama. Les représentations sont essentiellement symboliques. L'objectif n'est pas de construire des représentations fidèles de la réalité présente ou futur, mais de constituer un support pour l'imaginaire. Le personnel est invité à envisager comment ce panorama pourrait être un facteur de stimulation pour les patients. L'évolution des saisons est également prise en compte. Depuis la première visite de l'équipe de designer une expérience a été menée. La table où sont pris les repas et qui peut accueillir une quinzaine de personnes a été déplacée. Sa position barrait le chemin vers la baie vitrée, ce n'est déjà plus le cas aujourd'hui. Le personnel témoigne de l'évolution du comportement des patients. Le changement est déjà en marche. Lorsqu'une idée intéressante est proposée elle est inscrite sur un post-it et collée à proximité de la représentation de la baie vitrée. Les petits groupes qui se succèdent enrichissent la représentation et discutent spontanément des idées formulées par leurs collègues.

Dans cette phase, le rôle des participants est plus actif que dans la phase précédente. Leurs réactions, leurs propositions, leurs échanges avec l'équipe de designer facilitent l'identification des fonctionnalités clés de l'espace ainsi que les tensions qu'elles génèrent.

Problèmes	Tensions
« Trouver le pavillon Saint-François »	Logique du piéton / logique de l'automobiliste
	Logique du patient / logique du visiteur
	Logique de la personne autonome en terme de marche / non autonome

Recueillir les effets des patients	Vestiaire ouvert et fermé
	Vestiaire fixe et mobile
	Vestiaire visible et invisible
Configurer la table de la salle de séjour	Table lieu de pause, lieu de repas
	Table fixe et mobile
« Signaler la sortie du bâtiment »	Sortie visible et invisible
Multilinguisme et pratique de l'Alsacien	Communication orale / Communication écrite
	Les patients d'aujourd'hui / ceux de demain
	Dialecte germanique qui rassure et qui agresse
Gestion de l'attente des patients	Signalétique précise et floue
Eviter les fugueurs	Dispositif efficace / Dispositif non stigmatisant
Ambiance sonore	Bruit nuisance / Bruit source d'information

L'exemple du vestiaire est intéressant car il illustre bien le caractère multifonctionnel des espaces. Le vestiaire est une étape qui suit celle de l'accueil des patients. La plupart des patients ayant des difficultés d'ordre cognitif il est important de bien identifier leurs effets et de les mettre en sécurité. Cependant ils vivent souvent difficilement le fait de devoir se séparer de leurs effets. Voir, ou même toucher leurs vêtements les rassure. Idéalement le vestiaire devrait être ouvert pour rassurer et fermé pour des raisons de sécurité. Les patients apprécient d'avoir un contact visuel avec leurs effets, mais lorsqu'ils en sont privés cela les incite à explorer la pièce où ils se trouvent. Idéalement le vestiaire devrait être visible pour rassurer et invisible pour inciter à l'exploration. Du point de vue du flux, l'emplacement souhaitable pour ce mobilier est le couloir d'entrée. Cependant cet emplacement constitue un facteur de risque car il rend difficile le passage d'un brancard. Un vestiaire mobile permet de concilier l'impératif pratique et de sécurité. Mais à quel endroit disposer le vestiaire lorsqu'il n'est pas dans le couloir sans que cela perturbe les patients et remettent en question les principes de sécurité des effets. Idéalement le vestiaire devrait être fixe et mobile. A l'heure actuelle le vestiaire est mobile et le personnel est invité à tester la pertinence de différents emplacements. Là encore le changement est déjà en marche.

Phase 3 : Tester les concepts de solution

	Objectif	Output pour la phase suivante	Rôle des participants
Phase III	Tester les concepts de solution	Identifier les consonances et les dissonances	Remise en question et affinage des concepts de solution

Comme nous l'avons vu dans la phase précédente les tensions qui émergent peuvent s'expliquer en grande partie par la multifonctionnalité des espaces. La focalisation de l'attention sur les tensions oriente les concepteurs vers l'adoption de raisonnements dialectiques. Il s'agit de dépasser des contradictions, d'identifier des concepts de solutions en

rupture avec les pratiques passées plutôt que d'adopter une logique d'optimisation, d'arbitrage entre des contraintes.

Afin de présenter les concepts de solution les designers ont choisit cette fois de réaliser des esquisses et des maquettes qui constituent cette fois en majorité des représentation du futur espace. Cependant, ces représentions laissent encore une large part à l'interprétation dans la mesure où les choix de couleurs, de matériaux et les formes ne sont pas encore figés.

Les esquisses et des maquettes sont disposées selon un parcours qui symbolise le voyage du patient au sein de l'hôpital de jour. Le personnel est invité par petit groupe à faire le « voyage ». Aux différentes étapes clés, les membres de l'équipe des designers sont présents pour expliquer au personnel le sens de leurs propositions et répondre à toutes les questions qui peuvent se poser. Le personnel est pour la première fois confronté à des propositions concrètes qui vont impacter leur espace de travail. Ils découvrent des cloisons qui disparaissent, un plafond qui s'abaisse, la création d'un espace kiné fermé, la création d'une ouverture dans le mur de la salle de soin, la création d'un « mur des souvenirs », l'émergence d'un véritable espace repas, un espace belvédère... Dans la phase précédente le personnel était invité à alimenter la réflexion des designers mais sans (ou presque) formuler des proposition d'aménagement de l'espace. Cette fois les choses sont différentes, dans la mesure où ils peuvent affiner ou remettre en question les concepts de solution. Selon les situations les réactions diffèrent.

Par exemple certains concepts de solutions entrent en consonance avec les représentations du personnel et suscite des réactions d'enthousiasme : « Pourquoi n'y avons nous pas pensé ? C'était pourtant évident ! »

Concepts de solution consonants

La nouvelle table de repas

La rampe

Le parcours du patient

Le belvédère

La carte mémo

Le vaisselier

L'espace Kiné

D'autres concepts de solution créent des dissonances dans la mesure où ils entrent en conflit avec les représentations du personnel [Festinger 1957]. La solution proposée remet en question les théories de l'actions des acteurs ce qui entraîne un inconfort mental. Dans ce contexte l'expression du conflit a été dans la majorité des cas vécue de manière constructive. L'expression des réticences c'est l'occasion d'écarter ce qui est jugé à tort ou à raison comme un mauvais choix.

Concepts de solution dissonants

La nouvelle entrée de la grande salle (remise en question des décisions prises dans le passé récent)

L'accueil du secrétariat (remise en question de l'organisation telle qu'elle est prescrite)

Le faux plafond (remise en question de la représentation de la salle)

La climatisation (remise en question de la sécurité)

Le miroir à l'accueil (solution pouvant être déstabilisante pour certains patients)

La photo de l'équipe en taille réelle (occasionne une gêne pour le personnel)

Cependant la dissonance, c'est également l'occasion d'affiner un concept de solution voire même d'initier un échange qui permette de faire évoluer les représentations individuelles. Les dissonances sont probablement dans bien des circonstances le signe que l'organisation pourrait réaliser un apprentissage en boucle double [Argyris & Schön, 1978].

Concepts de solution discutés qui aboutissent à une consonance

Emplacement et taille des portes, des ouvertures

Nature de la cloison dans le vestiaire (translucide)

Aménagement de la salle de Kiné

La création de l'espace kiné est assez emblématique du travail effectué à cette étape. Premièrement notons que la création de cet espace ne correspond en rien à une demande explicite de la part du personnel hospitalier. C'est une proposition innovante qui émerge de la réflexion des designers. L'objectif est de permettre une plus grande intimité lors des soins. Une maquette permet au personnel d'apprécier une première vision globale de la proposition des designers qui surprend mais est accueillie avec un certain enthousiasme. Mais, plusieurs points posent problème. L'alignement des deux entrées fait craindre un flux de circulation. L'emplacement des matériels : fauteuils, fauteuils roulants, barre parallèle, lit de rééducation, lit de repos est discuté. Le mode d'ouverture de la porte et sa transparence (transparente, translucide ou opaque) fait débat. Les remises en question sont systématiquement étayées par des exemples de problème concrets rencontrés au quotidien par les équipes : l'accès au fauteuil roulant le matin, éviter la circulation intempestive des patient au sein de l'espace, donner une intimité au patient mais ne pas rompre le contact avec l'extérieur, permettre aux personnes qui le souhaitent de dormir dans de bonnes conditions, ...

Les discussions s'effectuent à bâton rompu pendant une demi heure. Puis un designer fini par proposer un nouvel emplacement du matériel, les portes sont à présent en quinconce, l'entrée vers la salle de séjour devient une porte coulissante (qui permet de doser l'intimité) elle sera opaque sur la partie basse et translucide sur la partie haute, les fauteuils roulants sont disposées en deux endroits différents de l'espace,... La proposition fait l'unanimité l'aménagement de l'espace kiné vient d'évoluer très sensiblement.

Phase 4 : La validation de la solution

	Objectif	Output pour la phase suivante	Rôle des participants
Phase IV	Validation des esquisses de solution	Autorisation de réalisation du projet	Avocats du projet

La phase finale de validation passe par la présentation des esquisses aussi fidèles que possible avec la réalisation du nouvel aménagement de l'espace.

L'objectif de cette phase est double. Premièrement il s'agit de procéder à la validation des esquisses par le personnel hospitalier concerné. Cependant il est également important d'obtenir l'autorisation de la poursuite du projet par la hiérarchie hospitalière. Dans ce cas, il s'agit donc de convaincre des acteurs qui n'ont pas participé au processus de conception.

L'enjeu est le suivant : si le projet est accepté ce sont les responsables de la fabrique de l'hospitalité qui se chargent du montage financier du projet. Par conséquent dans ce projet particulier, le service bénéficiaire n'a pas à participer financièrement à la réalisation du projet. Ce n'est pas pour autant que décision de poursuivre le projet est acquise. En effet, d'une part le projet influence le déroulement des processus opérationnels. D'autre part, le déroulement des travaux occasionnera inévitablement des perturbations au sein du service.

Au départ, il était prévu de réaliser la validation en deux étapes. Dans un premier temps il semblait indispensable que le projet final puisse avoir l'assentiment de l'équipe travaillant à l'hôpital de jour. Il était important de vérifier que les propositions de réaménagement d'espace vont bien dans le sens d'une harmonie grandissante dans le processus collectif de traitement des patients.

Dans un deuxième temps, l'objectif était de convaincre la hiérarchie hospitalière (direction des HUS comprise) du bien fondé du projet. Cette fois il s'agissait également de prendre en considération certains jeux politiques. Par exemple, la direction chargée des travaux à l'hôpital de Strasbourg accueille avec une certaine méfiance les projets de réaménagement des espaces de travail piloté par un service à vocation culturelle. Récemment des travaux avaient déjà été effectués dans cet espace et donc l'idée même de ce nouveau projet provoque une certaine circonspection voire même quelques rejets.

Lors d'une première réflexion il semble logique que le laboratoire des usage soit le mieux à même pour piloter la présentation qui donnera lieu à la première validation. Quand à la seconde validation, la connaissance des jeux politiques au sein de l'hôpital de Strasbourg nécessite l'expérience des responsables de la fabrique de l'hospitalité qui travaillent directement sous l'autorité du directeur du HUS.

Cependant, l'idée de procéder à cette double validation pose des difficultés comment réaliser deux présentations différentes d'un même projet ? Après de nombreux échanges la fabrique de l'hospitalité a eu l'idée de d'intégrer les deux validations. Les responsables politiques et l'équipe de l'hôpital de jour furent réunis le même jour sur les lieux même de l'hôpital de jour. Ils eurent l'idée de confier la présentation du projet à l'équipe de designer qui avait pour consigne d'adresser leur discours au personnel hospitalier. A l'issue de la présentation qui dura environ une heure, l'équipe de direction questionne les designers sur les différentes orientations de leur projet. Ces derniers fournissaient chaque fois les éclaircissements nécessaires. Cependant les personnels hospitaliers qui se reconnaissent dans le projet intervenaient à leur tour. Leur enthousiasme et leur capacité à expliquer eux même le bien fondé du projet fini par apporter l'assentiment de l'équipe dirigeante. Alors que ce n'était pas prévu, le personnel hospitalier est sorti du rôle qui lui avait été prescrit pour se transformer en avocat de « son » projet. Les deux objectifs de validations qui semblaient opposés se sont avérés complémentaires.

4 Le projet bon séjour : un exercice de conception créative ?

Au moment où ce texte a été rédigé, le financement du projet a été entièrement bouclé et le début des travaux est programmé pour l'été 2015. Il n'est donc pas encore possible d'évaluer précisément l'évolution des processus de traitement des patients. Nous focaliserons donc notre attention sur la démarche qui a présidé à la conception des espaces de travail. Nous constatons que la conduite du projet « bon séjour » emprunte certaines caractéristiques aux démarches de conception créatives.

Permettre la construction des objectifs de l'organisation chemin faisant

« On a building, I don't know where I'm going when I start. If I knew where I was going, I wouldn't go there, that's fore sur. It's not interesting to me to go do something that is preordained. And the randomness is part of an opportunistic process of working with the clients and with the constraints and the way they stimulate you in developing the buildings »
Citation de Gehry, reprise de Yoo, Boland et Lyytinen 2006, p.217

Cette déclaration de l'Architecte Frank Gehry, suggère que l'idée selon laquelle les processus créatifs qui le stimulent sont ceux dont l'objectif se construit au cours du déroulement du processus. Cette idée est présente au travers du concept de « stratégie chemin faisant » d'Avenier (1999) qui privilégie l'adaptation de la stratégie au fil de sa mise en acte de manière à tirer parti des situations qui émergent.

Dans le cas du projet bon séjour, la fabrique de l'hospitalité et le labo des usages ont pris le temps de construire leur projet en interagissant avec le personnel de l'hôpital. Ils ne sont pas partis d'un cahier formalisé. Ils n'ont pas non plus transposé des concepts de solutions dont ils avaient préalablement testé l'efficacité dans d'autres services médicaux comparable et dont ils sont les spécialistes en terme d'implémentation. Le projet bon séjour, à la manière de la trajectoire du patient à l'hôpital a adopté un parcours singulier dont on ne pouvait prévoir au départ la destination finale.

Faciliter la reformulation des problèmes

Lorsqu'une entreprise internationale comme Steelcase décide que son métier n'est plus « la conception et la fabrication de mobiliers de bureaux », mais « la conception l'aménagement des espaces de travail » elle reformule la catégorie générique des problèmes qu'elle avait l'habitude de résoudre. Il ne s'agit plus « simplement » de concevoir une nouvelle évolution d'un bureau ou d'un fauteuil, mais d'imaginer comment un ensemble d'objets diversifiés peuvent donner une fonctionnalité à des espaces de travail. Grâce à ce changement de perspective, Steelcase s'est mis à réfléchir sur les moyens d'améliorer l'efficacité des espaces intermédiaires (couloir, hall d'entrée, salle d'attente, espace devant la machine à café, entrée des salles de réunion) qui sont des lieux importants pour la création et la communication des idées.

Une telle démarche de conception correspond à la création d'un champ de solution nouveau à explorer et non simplement d'une solution nouvelle au sein d'un champ dont les contours sont déjà balisés. Le Masson, Weil et Hatchuel (2006) évoquent le terme de rationalité expansive pour rendre compte de ce phénomène. Dans le cas du projet bon séjour, la métaphore du

voyage qui adopte la perspective du patient permet de ne pas focaliser l'attention uniquement sur les activités de diagnostic et de soins médicaux. Le courrier d'invitation, le parcours pour se rendre à l'hôpital, la déambulation des patients, la gestion de leur attente est directement prise en considération dans la réflexion au même titre que les activités de soin.

Observer, analyser, accumuler les informations avant de s'engager dans la résolution des problèmes

« I could have come to the Weatherhead School and said, and I have the poxer the most part to do it, "You build it the way I want it or forget it" And I could have build an incredible sculpture that had nothing to do with de faculty and students. There are many buildings that don't function. Somme architects sell buildings that are irrational and irreverent about how people use a building. That wouldn't happen to me. I do listen. I compromise and I compromised here. I spent time listening to the people on campus. I worry about the neighbourhood. You may not think I did, but I spent a lot of time worrying about the law school. I listened to their objections and made the bulding as a result more interesting. I compromised in a way. So, I think the word compromise is not so pure. I'm very happy with the building. I don't think I compromised my level of where I wanted to be with it, co I can be proud of it.» Citation de Gehry, reprise de Yoo, Boland et Lyttinen 2006, p. 220

Souvent les besoins où les attentes des clients et des parties prenantes sont en partie indicibles, difficilement exprimables avec des mots. Ils se manifestent alors de manière indirecte et inconsciente au travers du comportement des individus. La créativité tient beaucoup à l'aptitude des concepteurs de solution à capter des signaux faibles, à faire émerger leur sens à travers l'élaboration de mots, de concepts, de dessins, de maquettes, de prototypes. Cette volonté de ne pas s'ancrer trop vite sur des concepts de solution a été une préoccupation constante du laboratoire d'usage et de la fabrique de l'hospitalité. L'émergence de « l'espace kiné » ou même de « l'espace belvédère » ne répond pas une demande formulée de manière explicite par le personnel ni à une vision idéalisée de l'équipe des designers. C'est en écoutant, suggérant parfois, interagissant en testant des solutions partielles que les concepts de solution finissent par émerger.

Privilégier les raisonnements dialectiques

Un courant de chercheurs défendent l'idée que les organisation les plus créatives, en mesure de faire émerger de nouvelles trajectoires, seraient celles qui sont capables de mettre en œuvre à la fois les principes de la logique formelle et ceux de la dialectique (Livingstone, Palich et Carini, 2002 ; Norman et alli., 2004 ; Belleval et Lerch 2010).

Depuis Socrate, nous connaissons les vertus du plan dialectique au sein duquel « la synthèse » permet de dépasser les contradictions de « la thèse » et de « l'antithèse ». Dès lors, l'emploi de raisonnements dialectiques pour résoudre les problèmes de conception fait naturellement émerger un certain nombre de contradictions. La présence de contradictions est même considérée comme le signe qu'un changement révolutionnaire positif est possible (Ford et Ford, 1994). La philosophie d'Altshuller (1984), promoteur de la méthode de conception TRIZ¹ s'inscrit dans cette logique : les problèmes intéressants pour le concepteur sont formulés sous la forme de contradictions physiques ou techniques.

¹ **TRIZ** est l'acronyme russe de la théorie de résolution des problèmes inventifs : *Teorija Reshenija Izobretateliskih Zadatch*

La résolution de problèmes au sein du projet bon séjour, découle directement de la mise en application de ces principes. Nous avons pu observer que la multifonctionnalité des espaces étaient génératrice de tensions qui pouvaient s'exprimer sous la formes de contradictions. Ces contradictions non pas été analysées selon la logique formelle aristotélicienne, comme des incohérences, un manque de rationalité à corriger, mais au contraire les designers les ont considérées à la manière d'un dialecticien comme les aiguillons permettant de faire émerger des solutions créatives.

Privilégier une démarche participative pour le changement

Plusieurs chercheurs ont souligné que les processus d'apprentissage étaient souvent défaillants. March, a montré que les trappes de compétences, la surexploitation des routines, ou les contraintes de sentiers pouvaient freiner l'émergence de solutions innovantes. Les succès passés peuvent donc être à l'origine des échecs présents. Inversement, Staw (1981), Baumard et Starbuck (2005), ont eux, mis en évidence la difficulté de tirer les leçons des échecs passés.

Ces travaux indiquent qu'il n'est pas naturel pour les acteurs, notamment à cause de ce phénomène de dissonance cognitive, de remettre en question leurs représentations, leurs théories de l'action, leur comportement.

Ce qui apparaît comme décisif pour répondre à ce type de problème est la capacité d'une organisation à faire émerger les conflits au sein des équipes en privilégiant la participation critique au détriment de l'obéissance passive. L'étude de Blake et Mouton (1969) présente la gestion par le travail en équipe comme le mode de leadership susceptible de permettre de concilier les objectifs opérationnels de l'organisation avec ceux du personnel.

Dans le cas du projet bon séjour c'est en promouvant l'engagement des acteurs dans le processus de résolution de problème que l'on accroît leur motivation au travail. C'est parce qu'ils ont coopéré à la décision que l'idée du changement a été acceptée. Tout au long du projet l'implication des acteurs a été croissante. Après avoir été des sujets d'observation, ils sont progressivement passés à la remise en question des concepts solutions pour finir en avocat du projet. Tout au long du processus nous avons pu constater que la préoccupation des patients a été constante. Ce n'est pas parce que l'on met en avant le bien-être des employés que les préoccupations opérationnelles deviennent secondaires : au contraire [Mc Gregor, 1966].

Conclusion

Depuis une dizaine d'année la fabrique de l'hospitalité met en œuvre des projets au sein de l'hôpital de Strasbourg. Avant « Bon séjour » il y a eu d'autre réaménagement comme « Arbre de vie, source de vie » qui concernait la maternité de Hautepierre, « Les sentiers qui bifurquent » qui touchait une unité de soin palliatif ou encore « climat et transition » qui concernait un service de neurologie (la liste est loin d'être exhaustive).

L'objectif de cette recherche était d'analyser ces actions, les abstraire de leur contexte, les traduire dans un vocabulaire de gestion afin de pouvoir partager ces expérimentations avec une nouvelle communauté. L'idée forte qui émerge à l'issue de se travail est que les projets de réaménagement d'espace de la fabrique de l'hospitalité sont des démarches de gestion à part entière. Leur objet est l'amélioration des interactions au sein des processus opérationnels.

La fabrique de l'hospitalité pratique une forme de business process reengineering qui tient compte de la dimension humaine de l'organisation. C'est en permettant aux professionnels d'être dans un contexte de travail favorable que l'on cherche à améliorer la qualité de la prise en charge du patient qui est l'objectif prioritaire de l'hôpital.

Le transfert vers l'hôpital des démarches de rationalisation du travail testée dans l'industrie s'avère très utile dans un contexte où l'on cherche à maîtriser les dépenses de santé. Mais dans un environnement où les innovations technologiques et la culture de la mesure et du contrôle impactent de plus en plus significativement le travail des professionnels, il est d'autant plus important de veiller à l'opérationnalité des processus collectifs de prise en charge. Les démarches de conceptions créatives constituent un moyen de répondre à cette attente. La fabrique de l'hospitalité contribue probablement à l'émergence de la fonction d'innovation (que Lemasson, Weil et Hatchuel appellent de leur vœux) au sein de l'hôpital de Strasbourg.

Bibliographie

- Alter N. (2013) : « Les trois piliers de l'innovation », Paris Tech Review, vol 1, pp. 10-20
- Altshuller, G., (1984) : *Creativity as an exact science: The theory of the solution of inventive problems.* : New York: Gordon and Breach Publishers.
- Avenier, M.J., (1999) : « La complexité appelle une stratégie chemin faisant », *Gestion 2000*, Septembre-Octobre, p.13-34.
- Belleval et C. Lerch C. (2010) : "L'innovation envisagée comme un processus de résolution de contradictions techniques, organisationnelles et cognitives.", *Working Paper du BETA*, N°27.
- Da Silveira G., Borenstein D., Fogliatto F.S. (2001), "Mass customization: Literature review and research directions", *International Journal of Production Economics*, n°72 , p.1-13.
- Festinger, L. (1957) : *A theory of cognitive dissonance.*, Stanford: Stanford University Press.
- Ford, J. et Ford, L. (1994) : Logics of identity, contradiction, and attraction in change, *Academy of Management Review*, Vol 9, N°4, p. 756-785.
- Gentil S. (2012) : « Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles », *Annale des mines, gérer et comprendre*, Vol 3, N°109, pp. 34-43
- Lampel, J., Mintzberg, H., (1996) : "Customizing Customization", *Sloan Management Review*, Vol. 38, p. 21-30.
- Lanoux B., Lerch C., Bénézech D., Lambert G. (2003) : « Système documentaire de l'assurance qualité et structure des processus : comparaison de deux cas d'implantation de l'ISO 9000 », *Systèmes d'Information et Management*, N°4, Vol. 8, pp. 61-85.
- LeMasson, P., B. Weil et A. Hatchuel, (2006) : *Les processus d'innovation : Conception innovante et croissance des entreprises*, Hermès Science Publications.
- Lerch C. (1998) : « Une Nouvelle Représentation du Contrôle Organisationnel : Le Pilotage des Processus », *Thèse de Doctorat de Sciences de Gestion*, sous la direction de P. Cohendet, 1998, Université Louis Pasteur, Strasbourg.
- Lerch C. (2013) : "Quelques pistes pour la gestion dans un environnement créatif", *Économie & Management*, n°148, juin, pp. 17-23.
- Lewin K. (1947) : « Group decision and social change » in Newcomb T., Hartley E. (Eds.), *Readings in Social Psychology*, New York : Holt.
- Livingstone, L.; Palich, L. et Carini, G. (2002) : « Promoting creativity through the logic of contradiction », *Journal of Organizational Behavior*, N°23, p. 321-326.
- Mc Gregor D. (1966) : *Leadership and motivation*, Combridge, Mass., MIT Press

- Minvielle E. (1996) : « L'organisation du travail à l'hôpital : Gérer la singularité à grande échelle », *Revue Française de Gestion*, N°109, pp. 114-123.
- Minvielle E. (2000) : « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation et de la prise en charge des malades. », *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, Vol 7, N°1, pp. 8-22.
- Norman, M.; Palich, L.; Livingstone, L. et Carini, G., (2004) :« The role of paradoxical logic in innovation: The case of Intel », *Journal of High Technology Management Research*, N°15, p. 51-71.
- Pascal C. (2003) : « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue Française de Gestion*, N°146, pp. 191-204.
- Pine II J. (1993) : *Mass Customization : The new frontier in business competition*, Harvard Business School Press.
- Staw, B. (1981) « The escalation of commitment to a course of action », *Academy of Management Review*, Vol 6, N°4, p. 577-587.
- Yoo Y., Boland J.R. et Lyytinen K. (2006) « From Organization Design to Organization Designing », *Organization science*, Vol 17, N°2, p. 215-229