

Usages et effets du design thinking dans l'innovation en soins hospitaliers : une lecture organisationnelle située

GILBERT Patrick

IAE Paris-Sorbonne, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

gilbert.iae@univ-paris1.fr

LAPORTE Marie-Eve

Université Paris-Saclay, RITM

marie-eve.laporte@universite-paris-saclay.fr

Résumé :

Cette communication interroge les effets du design thinking (DT) dans l'univers hospitalier public, un contexte a priori éloigné de ses valeurs d'origine. Outil de gestion désormais emblématique, le DT est souvent perçu comme vecteur d'innovation. Mais que produit-il réellement lorsqu'il est mis en œuvre ? À partir d'une étude de cas rigoureuse, cette recherche propose une lecture nuancée, attentive aux usages concrets plutôt qu'aux discours, et interroge le DT non comme simple méthode de conception, mais comme révélateur de dynamiques organisationnelles inédites.

Le cadre théorique s'appuie sur les approches reconnaissant aux outils de gestion une agence propre et rejetant le dualisme humain/technologie. La méthodologie qualitative combine observations (plus de 100 heures), entretiens (N=15) et analyse documentaire (un millier de pages).

Les résultats révèlent trois contributions principales du DT : pragmatique (structuration de l'action collective), épistémique (apprentissage collectif et diffusion d'une vision de l'innovation publique), et politique (redistribution du pouvoir). L'étude montre comment le DT, décrit comme un « cheval de Troie » par ses promoteurs, sert d'instrument de transformation organisationnelle au-delà de ses objectifs affichés d'amélioration de l'expérience patient.

Mots-clés : Design thinking, hôpital, management de l'innovation, sociomatérialité, dynamiques collectives.

Usage et effets du design thinking dans l'innovation en soins hospitaliers : une lecture organisationnelle située

INTRODUCTION

Le design thinking (DT, par la suite) est un outil de gestion qui accompagne la transformation des organisations et de leur mode de fonctionnement, comme d'autres outils contemporains tels que l'agilité, le lean management, ou encore la méthode Six Sigma. Si chacune de ces approches a des finalités qui lui sont propres, comme lui, elles mettent en avant la collaboration, l'itération, et une forte orientation client, afin de repenser les processus, produits et services, de manière innovante et adaptée aux besoins des organisations.

Concept protéiforme, valorisant le travail collaboratif et promouvant une créativité désormais érigée en principe de performance, le DT a transformé la compréhension de l'innovation organisationnelle. Initialement développé par quelques pionniers, il dépasse aujourd'hui largement sa dimension initiale de méthode de conception pour devenir un parangon de modernité. Sa mobilisation dans le monde de l'hôpital public qu'on associe plus volontiers aux valeurs traditionnelles de la fonction publique (continuité, engagement, intégrité, légalité, loyauté, neutralité, respect, etc.) qu'aux valeurs de modernité et d'innovation peut surprendre. L'ambition de la présente communication est de comprendre de quelle façon le DT matérialise de nouvelles dynamiques organisationnelles dans l'univers hospitalier et quelles sont les effets qu'il produit. S'appuyant sur l'analyse rigoureuse d'un cas, ce texte propose une lecture nuancée, dépassant les discours convenus, tant apologétiques que critiques, afin de dépasser la vision ingénierique d'un simple ustensile à la main de managers publics en quête d'innovation.

Nous défendrons dans ce travail la position selon laquelle pour comprendre ce que produit un outil de gestion, en l'occurrence le DT, il convient de ne pas s'arrêter à ce qu'en disent ses concepteurs et ses diffuseurs : les effets réellement produits par tel ou tel outil ne résultent pas de ses « impacts » supposés, mais des usages qui lui sont concrètement assignés dans un contexte d'action et qui ne peuvent être déduits que de l'analyse des situations. Autrement dit, nous postulons d'emblée que le DT peut faire autre chose que d'aborder les problèmes organisationnels comme des problèmes de design.

Dans une première partie, nous nous attacherons à présenter la portée et les spécificités du DT, évoquant brièvement son histoire en contexte organisationnel, les vertus dont il est paré aussi bien que les critiques dont il a été l'objet. Puis, dans une deuxième partie, nous exposerons la méthodologie que nous avons adoptée pour réaliser une enquête de terrain dans un groupe hospitalier. Nous exposerons ensuite, dans une troisième partie, les résultats auxquels nous sommes parvenus, avant de les mettre en discussion dans une quatrième et dernière partie.

1. REVUE DE LITTERATURE

1.1. LE DESIGN THINKING : UNE RESSOURCE ORGANISATIONNELLE

1.1.1. Un concept mobilisateur

Depuis les années 1980, le design thinking a fait couler beaucoup d'encre. Cette approche d'innovation collaborative est voulue centrée sur la compréhension profonde des besoins des utilisateurs et l'expérimentation de solutions co-construites (Brown, 2008). Le DT recouvre aujourd'hui une grande variété de courants. On identifiera, à la suite de Lucy Kimbell (2011), trois approches principales : le DT en tant que style cognitif (la manière dont les concepteurs abordent et donnent un sens à leur propre travail), en tant que théorie générale de la conception et en tant que ressource pour les organisations afin de les accompagner dans l'innovation.

C'est la troisième approche qui retiendra notre attention, sans ignorer pour autant l'orientation culturelle qui marque l'ensemble : le « nouvel esprit » du capitalisme, selon la formule de Boltanski et Chiapello (1999), qui exprime la valorisation du passage des hiérarchies aux réseaux et de la discipline bureaucratique au travail d'équipe et à la polyvalence. Le DT est en plein accord avec la formation de la « cité par projets » décrite par ces deux sociologues dont il incarne certains principes (e.g. logique connexionniste, flexibilité, adaptabilité) considérés comme favorables à l'innovation dans les organisations modernes : « pour un designer, rien ne semble plus naturel que la notion de projet » (Vial, 2024, p. 78).

La forme moderne du DT a été développée dans les années 1980, notamment sous l'impulsion de Rolf Faste, professeur de design à l'université de Stanford en Californie et de David Kelley, cofondateur de l'agence de design IDEO, l'un des plus grands réseaux internationaux d'agence de design, et enseignant dans cette université. Cette approche entend transcender les frontières traditionnelles entre design, gestion et innovation. Selon Tim Brown (2008, p. 86), qui fut président d'IDEO et a beaucoup contribué à la diffusion du DT, c'est « une méthodologie qui imprègne l'ensemble des activités d'innovation d'une éthique de conception centrée sur l'humain », en puisant dans la boîte à outils des designers pour résoudre des problèmes en prenant mieux en compte les utilisateurs. Le DT séquence le processus d'innovation en plusieurs étapes, cinq dans l'école de design d.school de l'université de Stanford : l'empathie (pour comprendre en profondeur les besoins des utilisateurs), la redéfinition du problème sur cette base, l'idéation par intelligence collective (pour trouver des solutions au problème), le prototypage de solutions, et enfin, leur test.

Appliqué aux organisations, le DT est considéré par ses promoteurs comme une démarche puissante pouvant constituer un avantage compétitif (Martin, 2009). Il vise à aborder les problèmes complexes et stimuler l'innovation (Prud'homme van Reine, 2017).

1.1.2. Au-delà d'un enthousiasme ambiant, les critiques du DT

Le DT est souvent glorifié car supposé doté d'une vertu intrinsèque de transformation à grande échelle. Ainsi, affirme Brown (2008, p. 85), « penser comme un designer peut transformer la façon dont vous développez des produits, des services, des processus – et même une stratégie. »

Le DT n'est cependant pas exempt de critiques. Certaines sont radicales. A contre-courant de la ligne dominante, Iskander (2018, p. 1) estime qu'il est fondamentalement conservateur et ne fait que préserver le statu quo : « présentée comme un ensemble d'outils pour l'innovation, la pensée design a été adoptée avec enthousiasme et, dans une certaine mesure, sans critique, par les entreprises et les universités comme une approche pour le développement de solutions innovantes à des problèmes complexes. Mais le scepticisme à l'égard de la pensée design a commencé à se répandre dans les pages des magazines d'affaires et des publications éducatives ». Dans le même registre, Kipum Lee (2021, p. 497) reproche au DT d'être resté ancré dans le paradigme de la fabrication : « Malgré les affirmations selon lesquelles la conception a dépassé la fabrication d'artefacts et de produits, les théories dominantes de la pensée design dans les organisations restent ancrées dans le paradigme de la fabrication ou de la technē. Ironiquement, cela permet de maintenir le statu quo et d'étouffer le progrès ».

Fabien Bonnet (2021, p. 32) tempère les critiques, estimant que le discrédit relatif de la méthode réside dans « le caractère réducteur des discours sur le “design thinking”, discours managériaux insistant avant tout sur le phasage d'un processus pensé comme un outil à maîtriser. »

En dépit de ces quelques critiques, le DT est aujourd'hui utilisé dans de nombreux domaines, tels la création de nouveaux produits, les services numériques, l'éducation, ou encore la santé.

1.1.3. L'application du design thinking dans le secteur de la santé

Le DT a trouvé dans le secteur de la santé, sur lequel nous nous centrerons, une place reconnue en Amérique du Nord, encore émergente en France où il se déploie en résonance avec le concept d'expérience patient mis à l'honneur par Fred Lee (2004) au Shawnee Mission Medical Center (Kansas), où il fut vice-président chargé du marketing et du développement. Une des premières missions de DT dans la santé a été réalisée au début des années 2000 par IDEO chez Kaiser Permanente, un des principaux groupes de santé aux Etats-Unis. Elle a notamment conduit à résoudre le problème de transmissions longues (autour d'une heure) et souvent incomplètes entre les équipes infirmières dans les hôpitaux. La solution imaginée puis déployée a consisté en une nouvelle procédure – réaliser les transmissions dans les chambres plutôt que dans le bureau infirmier, de façon à impliquer les patients et à mieux prendre en compte leurs besoins – et un logiciel très simple permettant aux infirmiers d'ajouter des notes dans les dossiers patients tout au long de la journée et qu'elles soient ensuite synthétisées pour l'équipe suivante. Kaiser a estimé que cette solution a réduit le temps de transmission de moitié, tout en améliorant l'expérience des infirmiers et des patients.

Pour Kim, Myers et Allen (2017, p. 5), « le design thinking peut être utilisé pour relever des défis dans divers domaines liés à l'expérience du patient ». Ainsi, poursuivent-ils, « une approche qui commence par l'étude du point de vue des patients, y compris de leurs principales difficultés, peut donner aux administrateurs des idées sur la manière de rendre l'expérience des urgences plus supportable ».

Dans un article qui fait référence dans ce domaine, Roberts et al. (2016, p. 13) estiment qu' « il n'existe pas de solution 'correcte' ou facile aux défis auxquels les soins de santé sont confrontés aujourd'hui et à l'avenir, mais [que] le design thinking offre une approche accessible et reconnaissable pour découvrir, développer et fournir des services (anciens et nouveaux) qui répondent mieux aux besoins des individus et des communautés ».

Quant à l'évaluation de l'efficacité du DT dans les soins de santé, la question reste en suspens. A la suite d'une revue systématique de littérature, Altman, Huang et Breland (2018, p. 6) concluent de façon prudente : « le design thinking est utilisé dans divers contextes et conditions de soins de santé, bien que l'application varie. Le design thinking peut déboucher sur des interventions utilisables, acceptables et efficaces, bien qu'il y ait des limites méthodologiques et qualitatives. D'autres recherches sont nécessaires, notamment des études visant à isoler les composantes essentielles de la réflexion conceptuelle et à comparer les interventions fondées sur le design thinking avec les interventions traditionnelles ». Le travail de ces auteurs met en évidence certaines difficultés liées à l'application du DT, notamment il apparaît que la philosophie de prototypage rapide peut entrer en conflit avec l'aversion au risque des soignants. Notre recherche n'a pas pour objectif de trancher les débats autour du DT. Nous prendrons donc nos distances vis-vis des récits de *success stories* comme des critiques, nous attachant à un aspect souvent négligé par la littérature, la contribution effective du DT au processus d'innovation. Produit d'une construction sociale, nous postulons qu'il est un vecteur de sens qui contribue à façonner l'action collective. Nous nous attacherons donc moins aux propriétés substantielles du DT qu'à ce qu'il permet effectivement de faire en situation.

1.2. LE DT, COMME OUTIL DE GESTION

1.2.1. Au-delà de la neutralité apparente de l'outil de gestion

Depuis plusieurs décennies se sont développés des courants de recherche reconnaissant aux objets, et notamment aux outils de gestion, une capacité à agir sur leur environnement, une « agence ». Bien que venant de traditions différentes, la théorie de l'acteur réseau (Akrich et al., 2006), la sociomatérialité (Leonardi, 2012; Orlikowski, 2007) ou le concept d'affordance (Gibson, 1977) convergent sur des points clés : le rejet du dualisme humain/technologie, l'accent sur l'interaction et l'émergence, et la vue relationnelle et contextuelle des propriétés du

système socio-technique. Ces courants sont inspirants pour engager de nouvelles voies d'analyse des outils de gestion

Dans cette perspective, on réfutera l'idée d'un outil de gestion réduit à ses fonctions utilitaires premières, pratiques et concrètes. On le percevra plutôt comme une construction sociale qui porte une signification culturelle et organisationnelle dépassant ses fonctions premières.

Dire que le DT ne peut être réduit à ses fonctions utilitaires, c'est affirmer qu'il dépasse largement son rôle d'outil méthodologique attaché à son statut d'objet, à la manière dont il se manifeste concrètement aux yeux des acteurs, ce qu'Hatchuel et Weil (1992) désignent comme le substrat technique de l'outil de gestion. On ne peut ignorer les deux autres dimensions mises en évidence par ces auteurs : une philosophie gestionnaire, et une vision des relations organisationnelles ; toutes deux incorporées dans l'outil. Le DT incarne des valeurs contemporaines comme l'innovation et la créativité. Il structure des pratiques professionnelles (standardisation des étapes de conception, création d'un langage commun et de rituels partagés, utilisation d'outils et méthodes spécifiques). Il représente aussi une forme de démocratisation des processus créatifs. Sa compréhension comme outil de gestion permet donc de mieux saisir ses effets dans les organisations modernes. Cette perspective demande de dépasser la lecture instrumentale du DT, ce que l'on peut appeler ses fonctions utilitaires, pour révéler ses contributions réelles.

1.2.2. Penser le DT autrement : une entrée par les usages

Dans une perspective inspirée de Chiapello et Gilbert (2016), le DT n'est pas seulement un moyen mis au service d'objectifs explicites – tels que favoriser l'innovation collaborative – mais produit également des effets qui excèdent ces finalités affichées. L'intérêt des outils de gestion réside justement dans ce qu'ils permettent d'observer : non pas ce pour quoi ils ont été conçus, mais ce qu'ils font concrètement dans les situations où ils sont mobilisés. Ces effets,

souvent indirects ou non intentionnels, relèvent de trois dimensions principales. D'abord une dimension pragmatique, en structurant les interactions et les prises de décision. Ensuite une dimension épistémique, en contribuant à façonner les savoirs mobilisés et les représentations partagées. Enfin une dimension politique, en redistribuant parfois les pouvoirs au sein des collectifs.

Loin d'une approche fonctionnaliste, cette lecture invite à analyser les usages situés du DT, et à en étudier les effets à partir de ce qu'il produit réellement en contexte. Elle ne dispense pas d'une lecture « internaliste » du DT, de ce que Martineau (2023) désigne son « anatomie ». Selon cet auteur, tous les outils de gestion ne se valent pas du point de vue de la place qu'ils accordent à leurs utilisateurs. Certains, les outils fermés, sont conçus pour cadrer strictement les comportements, en limitant les marges d'interprétation et en réduisant les usages possibles à ceux prévus par le concepteur. D'autres au contraire, les outils ouverts, laissent davantage de latitude, en tolérant – voire en favorisant – des interprétations plurielles et des appropriations situées, ouvrant ainsi la voie à des usages plus souples et adaptatifs. Le DT est d'évidence un outil ouvert, ce qui rend d'autant plus nécessaire une lecture organisationnelle située ; c'est-à-dire, refusant de voir les outils comme neutres ou universels, et préférant les interroger dans l'action à laquelle ils concourent.

C'est dans cet esprit que nous avons conduit notre enquête empirique visant à comprendre comment le DT contribue à une nouvelle dynamique organisationnelle d'innovation.

2. METHODOLOGIE

2.1. PRESENTATION DU CAS

2.1.1. L'intérêt de mener un terrain à l'hôpital public

Le choix d'un terrain hospitalier pour analyser les usages et les effets du design thinking (DT) répond à une double logique. D'une part, il permet d'examiner la mise en œuvre d'un outil

managérial issu du monde de l'innovation dans un univers réputé régi par des normes professionnelles fortes, des contraintes réglementaires strictes et une culture organisationnelle historiquement éloignée des méthodes issues du secteur privé. D'autre part, ce contexte permet d'observer concrètement comment le DT est mobilisé dans une organisation soumise à des tensions multiples, particulièrement dans le secteur public : attentes croissantes des usagers, crise d'attractivité des métiers, exigences de transformation numérique et injonctions à innover. Le cas retenu, exposé ci-dessous, offre ainsi un terrain particulièrement fécond pour une lecture organisationnelle située des effets du DT.

Un groupe hospitalier public francilien de taille moyenne, que nous nommerons par la suite GHPF, nous ouvre ses portes depuis un an pour mener une recherche destinée à étudier ses pratiques de DT et leurs effets en termes d'innovation organisationnelle, d'attractivité des personnels et d'expérience usager. Cette recherche toujours en cours devrait se terminer dans six mois et cette présentation a donc un caractère exploratoire. Nos interlocuteurs principaux sont les membres de la cellule innovation, tous formés au DT, parmi lesquels compte un designer de formation. Cette cellule revendique trois objectifs. D'abord, elle veut apporter de l'agilité dans la bureaucratie hospitalière afin de régler plus rapidement les problèmes auxquels sont confrontées les personnes au quotidien. Ensuite, elle revendique d'« encapaciter » les personnels pour redonner du sens à leur travail, dans l'optique de fidéliser les soignants et de faciliter leur recrutement dans une période (post-Covid) où on craint une désertion de l'hôpital public. Enfin, elle ambitionne d'inclure les patients et leurs proches dans un processus de coconstruction, élément central de la démarche de DT, pour mieux comprendre leurs besoins, expérimenter avec eux des solutions, et ainsi améliorer l'expérience usager. Elle accompagne ainsi l'évolution réglementaire en France qui vise à donner une place centrale aux patients depuis une vingtaine d'années, dans la lignée du développement du Patient-Centered Care aux

Etats-Unis (Institute of Medicine, 2001) et du DT dans les établissements hospitaliers américains à partir du début des années 2000 (Gravey, 2024).

Conscients de la sensibilité d'un terrain de recherche en milieu hospitalier, nous veillons à appliquer des règles d'éthique, de respect du droit des personnes, et de confidentialité particulièrement strictes. La participation des personnes est bien entendu libre et volontaire, notre présence fait l'objet d'un accord en amont des participants, et nous garantissons un climat de discrétion, de confiance et d'empathie. Les données sont pseudo-anonymisées : seule la personne porteuse du projet de recherche a accès à la table de concordance avec les pseudonymes, sur un compte dont l'accès est protégé par un identifiant et un mot de passe. Seules les données nécessaires à la recherche sont conservées, en procédant à des généralisations pour éviter d'individualiser les données. Par exemple, nous recourons à l'utilisation de tranches d'âge plutôt qu'à l'âge précis, de catégories d'emploi plutôt qu'à l'intitulé du poste, nous ne spécifions pas le nom des sites, etc. Nous précisons systématiquement que les personnes peuvent se retirer de la recherche à tout moment si elles le souhaitent ou que nous-mêmes quitterons les lieux instantanément nous le demandent et sans qu'elles aient à se justifier. Ce protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'Ethique pour la Recherche de l'université d'appartenance de la personne coordonnant le projet de recherche¹.

2.1.2. La genèse du design hospitalier à l'hôpital public français

La personne dirigeant la cellule innovation du GHPF a cofondé le Réseau du design hospitalier (RDH) regroupant les designers « intégrés » aux hôpitaux publics français dans « une communauté de pratique pour nous entraider, capitaliser sur nos projets et rendre visible notre

¹ Le document présentant l'avis favorable du CER est disponible sur demande.

travail et ses résultats », comme l'annonce le livret de présentation du RDH. C'est d'ailleurs en assistant à la première journée du RDH le 15 septembre 2023, intitulée « le design au service des défis de l'hôpital : un tour de France », que nous sommes entrés en contact avec la cellule innovation du GHPF. Cet événement a réuni des directeurs d'hôpitaux, designers et soignants de tout le territoire et dressé un état des lieux du DT dans l'hôpital public en France. Dans leur conférence intitulée « genèse et cartographie du design à l'hôpital », les membres fondateurs du RDH le situent dans le sillage de deux courants. D'abord, ils l'inscrivent dans « le grand mouvement de l'innovation publique en France, avec des initiatives comme l'association la 27^e Région » – laquelle revendique sur son site de « transformer les politiques publiques par de l'expérimentation et de l'essai-erreur » – « ou le SGMAP » [Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, aujourd'hui Direction interministérielle de la Transformation publique (DITP)] qui veut rapprocher les services publics de leurs usagers. Ensuite, ils le disent « inspiré du courant nord-américain, dont la Mayo Clinic et Kaiser Permanente sont des pionniers, et du travail effectué par l'agence IDEO aux urgences ».

Au départ, le design hospitalier en France s'est concrétisé par des délégations culturelles dans les hôpitaux, comme la Ferme du Vinatier qui aspire à « décroïsonner l'hôpital en l'ouvrant sur la ville pour une meilleure compréhension de la psychiatrie, contribuant par là même à lutter contre la stigmatisation de la maladie, des usagers et de l'institution ». C'est en 2012 qu'il a véritablement émergé d'après le RDH, avec la création d'une structure pionnière et référente, la Fabrique de l'Hospitalité, « laboratoire d'innovation des Hôpitaux universitaires de Strasbourg [ayant] pour objet de favoriser la cocréation des agents hospitaliers et des usagers afin d'améliorer les conditions de travail des hospitaliers et la prise en soin des patients et de leurs proches ». Au moment de l'événement, le RDH revendique 13 structures en France, dont la cellule innovation du GHPF.

2.2. RECUEIL DE DONNEES

Pendant cette année d'immersion, nous avons collecté un grand nombre de données de nature diverse afin de trianguler les informations : (1) observation participante et non-participante sur différents sites du groupement hospitalier (bureaux, unités de soin...), (2) entretiens, et (3) documents secondaires.

(1) L'observation a constitué un outil clé pour s'immerger dans le contexte étudié. Elle a été ponctuellement complétée par la technique de verbalisation provoquée qui consiste à faire parler un individu dans le cours d'une activité en lui posant des questions ciblées afin de comprendre les processus cognitifs mis en œuvre. (Hoc, 1984) et le *shadowing*, méthode qui consiste à accompagner les individus dans leurs activités quotidiennes (Czarniawska, 2007). Nous avons ainsi pu observer plus de 100 heures de situations variées, comprenant des réunions de service hebdomadaires, des comités exécutifs, des comités d'experts pluriprofessionnels, des séances de formation, des ateliers DT des groupes de travail, des événements de restitution, ou du *shadowing* de soignants. Ces observations, consignées dans nos journaux de bord, ont donné lieu à plus de 500 pages en format A5 de notes manuscrites.

(2) Nous avons procédé à 15 entretiens semi-directifs (4 entretiens de groupe et 11 individuels), avec des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs, notamment la direction du GHPF et les membres de la cellule innovation. Nous nous sommes pour cela appuyés sur des grilles d'entretien semi-structuré organisées en grandes thématiques. Ces entretiens, de 1 heure 16 en moyenne, ont été enregistrés avec l'accord de participants et retranscrits intégralement. Lors des sessions d'observation, nous avons également pu échanger de façon plus informelle avec des patients, des aidants, des représentants des usagers et des représentations d'associations de patients. Ces échanges n'ont pas été enregistrés mais ont donné lieu à des prises de notes juste après chaque échange (de façon à ne pas interrompre le cours).

(3) Nous avons systématiquement recueilli des documents secondaires, qui représentent plus d'un millier de pages (partage des dossiers de travail de la cellule innovation, documents du GHPF externes – à destination des usagers – ou internes – à destination des personnels, etc.).

2.3. ANALYSE DE DONNEES

Dans la démarche ethnographique en gestion, le recueil et l'analyse de données sont étroitement liés, comme le soulignent Gilbert et Raulet-Croset (2023). Nous avons d'abord analysé en profondeur les entretiens retranscrits, les notes de terrain et les données secondaires selon un codage thématique ouvert, « à plat », pour décrire finement le phénomène observé. Nous avons ensuite utilisé la méthode de Gioia et al. (2013) pour structurer les données, en regroupant les codes en thèmes de premier ordre par codage axial, puis en identifiant des thèmes de second ordre à un niveau plus abstrait. Finalement, par boucles abductives entre les données empiriques et l'analyse théorique (Strauss & Corbin, 2014), nous avons mis en évidence des dimensions agrégées. En particulier, la répétition, chez nos interlocuteurs de la cellule innovation, de l'expression « cheval de Troie » pour qualifier le recours au DT a produit ce que Gioia appelle un « grand Shazam », une illumination sur la manière dont les processus révélés expliquent comment ou pourquoi se produit un phénomène » (Gehman et al., 2018, p. 286). Au-delà de l'analyse de la pratique officielle du DT, cela nous a conduit à identifier trois types d'effets induits par le DT. On retrouve en cela le rôle heuristique des métaphores, qui génèrent des images mentales par association avec des significations familières (Cornelissen, 2005) et permettent ainsi d'éclairer un phénomène complexe en transférant des informations d'un domaine à un autre (Weick, 1989).

3. RESULTATS

3.1. LA PRATIQUE AFFICHEE DU DESIGN THINKING

3.1.1. Les dimensions fonctionnelle, structurelle et processuelle du design thinking

De notre observation de plusieurs événements du RDH et de multiples ateliers de DT au sein du GHPPF, il ressort que le DT peut être décrit au travers de trois dimensions : fonctionnelle, structurelle et processuelle.

D'un point de vue fonctionnel, il vise à favoriser le travail en mode pluridisciplinaire et collaboratif, en incitant les personnes à sortir de leur posture d'expert et à partir des besoins des usagers, et de créer des espaces de coopération pour se mettre d'accord sur les problèmes et concevoir ensemble des solutions. Ainsi, l'inclusion de proches aidants dans un groupe projet a permis aux autres membres (occupant des fonctions médicales, paramédicales et administratives) de prendre conscience de la charge portée par les aidants dans l'accompagnement de leur patient. Cela a conduit à reconstituer puis représenter graphiquement le parcours type de l'aidant, à identifier les différents accompagnements nécessaires au fur et à mesure des étapes du parcours, et à mettre en place de nouveaux outils de communication.

D'un point de vue structurel, le DT offre une large palette d'outils pour faciliter ce travail collaboratif. Comme nous avons pu l'observer, les ateliers débutent avec des « *ice breakers* » pour mettre les participants à l'aise – par exemple, dessiner un animal qui représente son humeur du jour. De nombreux outils de créativité sont ensuite mobilisés, comme les six chapeaux de Bono conduisant à considérer un même problème selon différentes perspectives, ou encore des acronymes désignant des méthodes destinées à faciliter l'expérience usager (par exemple SCORE – symptômes, causes, objectifs, ressources, effets ; AEIOU – activités, environnement, interactions, objets, utilisateurs ; FALC – facile à lire et à comprendre...). L'utilisation massive de Post-it de couleur est emblématique des ateliers de DT : elle permet d'abord à chacun de s'exprimer individuellement en écrivant ses idées, puis de basculer en mode collaboratif en les regroupant par thèmes. Les représentations visuelles (cartographies, cartes empathiques des ressentis des usagers, illustrations des parcours usagers, maquettes pour

mener les expérimentations) sont omniprésentes pour matérialiser les idées, faciliter les échanges et construire une compréhension partagée, au-delà des mots qui sont souvent sources d'incompréhension, voire de conflits du fait de la pluralité des cultures, comme l'indiquent nos entretiens et nos observations.

D'un point de vue processuel, le DT découpe les projets en phases distinctes et successives : recueil d'expérience, identification des opportunités, génération puis sélection des idées en fonction des indicateurs retenus, prototypage et test de la solution, avant « déploiement » ou « passage à l'échelle ». Nos interlocuteurs considèrent que ce dernier jalon est le plus critique : « c'est toute la question du dernier kilomètre », « il faut voir comment on franchit le dernier mètre ». Ils ne sont toutefois pas d'accord sur la place de cette phase : s'agit-il de la dernière étape du DT, qui devrait donc être menée par la cellule innovation, ou de la première étape de mise en place sur le terrain ? Pour la direction de la cellule innovation, c'est aux autres directions de s'en saisir et de mener « la conduite du changement ». Pour ces dernières, c'est à la cellule innovation de former et d'accompagner les équipes. Le designer de la cellule innovation porte une voix différente et nous explique qu'en design, le projet n'est considéré comme abouti que quand les usagers s'emparent de la solution. Sinon, il faut comprendre pourquoi et recommencer, jusqu'à ce que la solution proposée entre dans les usages. Mais le DT n'inclut pas « ce truc d'itération, de se dire : on a passé l'après-midi à imaginer une idée, mais en fait, la semaine d'après, cette idée, ce n'était finalement pas la bonne, et là j'en ai une meilleure. En fait, ça, ça n'existe pas en DT ». Cette vision par boucles itératives diffère de celle appliquée en DT, essentiellement linéaire.

Selon la conception courante, on peut considérer que le DT est opérationnel dès lors que la mise en œuvre de ses outils (dimension structurelle) suit son mode d'emploi prescrit (dimension processuelle) sans difficultés et accomplit les objectifs explicites pour lesquels il a été conçu

(dimension fonctionnelle). Cependant, les utilisateurs ne sont pas de simples agents passifs du processus officiellement établi qu'ils accueilleraient sans réticences.

3.1.2. L'évolution de la posture des équipes

Comme on l'imagine classiquement, le recours au DT a constitué une rupture profonde avec les méthodes habituelles au sein du GHPF, ce qui n'a pas été sans susciter de réactions. Dans sa première année, la cellule innovation a eu l'impression d'être ignorée. Elle organisait régulièrement des cafés pour expliquer son rôle et son approche aux autres directions, mais seule une personne venait, toujours la même, un médecin convaincu de l'intérêt d'innover et de mettre les patients et aidants au centre.

Dans les groupes projet, la méthode est apparue déconcertante au départ. Une infirmière l'exprime au micro lors d'une séance de restitution devant une large assemblée constituée de l'ensemble des parties prenantes : « pour être honnête, j'ai eu des doutes au départ sur la méthode. Mais je suis entrée dans le projet ». Une aidante, renchérit : « La méthode m'a paru un peu déroutante au début (...). Des Post-it ? Bon, ça fait des couleurs, c'est beau... »

Sur le plan institutionnel, malgré le soutien de la direction, la cellule innovation a essuyé des critiques lors de sa création. Les autres directions avaient tendance à la considérer comme une entité « annexe », « pas très sérieuse », « à la marge », dont l'activité principale consistait à « coller des Post-it de couleur » et « animer des jeux » alors que l'hôpital manquait d'effectifs pour faire son « vrai travail ». « Le gros sujet, ça a été d'embarquer la gouvernance, qui nous voyait un peu comme des huluberlus. L'organisation nous soutient, mais il y a un vrai enjeu à montrer qu'on sert à quelque chose », exprime la personne responsable de la cellule. « On a dû se chercher un no man's land pour faire nos preuves, où personne ne viendrait nous embêter, pour expérimenter des hypothèses sur la base de nos expériences précédentes ».

Après quelques années d'existence, la cellule innovation reste parfois taquinée sur son utilisation intensive de Post-it colorés, mais certaines directions se sont approprié des outils de DT pour animer leurs propres réunions. Les membres de la cellule notent avec fierté que toutes les directions l'ont chacune sollicitée au moins deux fois, même si elle « doit faire la POC [preuve de concept] ; travailler en intégrant les patients dans l'équipe, c'est un gros changement culturel, quelle est l'efficience supplémentaire ? ». Elle est ainsi « passée de 'personne ne veut travailler avec nous, on est un îlot de contre-culture », à « on doit geler les presta internes car il y en a trop' ». L'entité se retrouve aujourd'hui tiraillée les demandes répétées de « presta » et de « méthodo », qualifiées de « glissement de tâche », et la reconnaissance et la légitimité ainsi manifestées. Pourtant, la pratique de DT n'a pas changé. Alors comment expliquer cette évolution de posture ? Une analyse plus fine des observations, des documents secondaires et des entretiens montre qu'au-delà de ses usages officiellement reconnus, le DT génère des effets secondaires dont les conséquences sont profondes.

3.2. CE QUE LE DESIGN THINKING PRODUIT REELLEMENT

3.2.1. Une structuration de l'action collective

En mobilisant une palette d'outils méthodologiques issus du DT, la cellule innovation parvient à mener à terme des projets d'innovation amenant des personnes à collaborer qui n'avaient jusqu'alors jamais travaillé ensemble et s'ignoraient. Un professionnel de santé explique que « les médecins n'ont pas l'habitude de travailler ne serait-ce que deux heures sur des sessions avec les aides-soignantes, avec les secrétaires (...) et puis la cerise sur le gâteau, des patients ou des aidants ». Mener des projets en DT a « créé du collectif, du participatif, des moments de co-construction, d'idées, de solution, et suscité de l'enthousiasme, qui, quand même, fait souvent défaut chez les professionnels de santé » (médecin).

Ce faisant, les modalités d'action du DT génèrent des exigences implicites. Par exemple, le recours aux Post-it dans les ateliers impose à chaque participant d'avoir des idées, sans quoi les siens resteraient vides au vu et au su du groupe. Nous avons observé cette pression du groupe. Tous les participants, même les plus en retrait, finissent par remplir leurs Post-it quand ils constatent que les autres le font. Ils doivent ensuite assumer de confronter leurs idées à celles des autres, au-delà de leurs différences de statut et de hiérarchie. La créativité et l'aptitude à travailler en pluridisciplinarité s'imposent ainsi comme des normes au sein du GHPF.

De plus, comme le DT est pensé avant tout comme un appel à l'intelligence collective et la recherche d'un consensus, la solution qui résulte du procédé est un compromis, sans garantie qu'elle soit pleinement adaptée aux utilisateurs. D'après le designer, cela peut expliquer les difficultés de déploiement. De plus, jusqu'à quel point porter la coconstruction ? « Ça peut être de la cocreation en mode : 'je vous mets trois couleurs et il faut que vous choisissiez votre préférée' ou ça peut être : 'je vous crée l'espace pour que vous-même vous alliez chercher, vous vous rendiez compte qu'il faut que vous alliez chercher vos couleurs'. Ce qui est quand même assez différent » (designer). Par exemple, un projet de lutte contre la douleur a abouti à deux solutions de musicothérapie distinctes dont l'une a été adoptée avec enthousiasme, quand l'autre, pourtant plus élaborée mais « clé en main », n'a pas rencontré le succès escompté.

Lors d'une réunion, la direction du GHPF pose la question de la réplique, qui va nécessairement « faire retomber sur du plus vertical ». La cellule innovation le reconnaît mais craint une instrumentalisation : « il ne faudrait pas que ça devienne du design alibi, faire croire aux gens qu'on les consulte et qu'on coconstruit, alors que les choix ont été faits pour eux et que c'est juste pour leur faire avaler la pilule ».

3.2.2. Un phénomène d'apprentissage collectif

Derrière la démarche de facilitation apportée par le DT se dessine aussi une vision du monde, celle de la transformation et de l'innovation publique en mode projet par recours à l'expérimentation et à « l'encapacitation », un mot constamment utilisé pour parler de l'*empowerment* des agents, des patients ou des aidants. On retrouve de façon sous-jacente l'esprit du *New Public Management* visant à améliorer l'efficacité des administrations publiques, confronté à un « mastodonte hospitalo-centré » et à la « bureaucratie » pour reprendre les mots de nos interlocuteurs. Lors de la première journée du Réseau du Design Hospitalier, un directeur l'a formulé ainsi : « le DT, c'est une mise en mouvement. Il doit nous apporter une compréhension du soin, impliquer les équipes – tous –, et intégrer les patients. (...) C'est un projet collectif : mobiliser la culture du design hospitalier pour accompagner la transformation de l'hôpital par un projet pilote qui sera ensuite étendu aux nouveaux espaces. Il faut agir aujourd'hui pour demain ». Cela peut expliquer la réticence de certains professionnels de santé à se saisir du DT lorsqu'il a été instauré, car il vient heurter leur propre vision de l'hôpital public.

Puisqu'il s'agit d'instaurer une nouvelle culture, le DT dans le GHPF est utilisé comme « fusée à plusieurs étages » selon les termes de la cellule innovation. Un de ses membres l'explique sans ambiguïté : « je fais une espèce de mix, j'adapte le design au milieu dans lequel je veux qu'il s'opère – ça, je ne peux pas le dire devant [nom du designer] (*rires*). Il y a vraiment différentes facettes et tu peux aller très en profondeur ou bien utiliser simplement deux, trois outils. Ce qui compte pour moi, c'est toute la dynamique qu'il y a avec. Du coup, j'adapte cette façon de travailler au périmètre dans lequel je dois agir ». Le designer est conscient de cette approche du design « très utilitariste : on regarde comment transférer la pratique en outil ». La direction l'assume : « au ministère, à la DITP, même si c'est une caricature de la bureaucratie, j'ai pris conscience de la notion d'utilisateur. Je n'étais pas très intéressé par leur « méthode » entre guillemets – cela m'agaçait. C'était une version très appauvrie du DT, qui est lui-même

une version appauvrie du design. Mais je voyais que ça changeait les choses ». Elle s'est donc saisie de cette « boîte à outils » pour instiller un changement culturel, dans l'objectif de redonner du pouvoir aux patients, aux aidants et aux personnels « de première ligne ».

3.2.3. Une redistribution du pouvoir

En structurant une action collective et en initiant un changement de culture, le DT assoit des relations de pouvoir nouvelles. Une métaphore l'illustre particulièrement, celle du cheval de Troie, expression entendue à huit reprises dans nos observations et apparue à l'écrit dans les supports de deux présentations. Ainsi, dans une réunion de service de la cellule innovation, cette métaphore a donné lieu à un jeu de mots : alors que la direction décrivait le DT comme « un cheval de Troie pour changer la culture de l'organisation et aller vers plus d'encapacitation des personnels », un membre de la cellule innovation a opposé que c'était « un cheval de trait parfois !!! Mais au moins, on avance et on trace notre sillon ». Alors qu'elle nous présente certains outils développés par DT, la personne responsable de la cellule innovation recourt à cette même métaphore : « il y a un côté Cheval de Troie dans ce carnet [remis aux élèves stagiaires à leur arrivée dans le service] ; ça a changé l'accueil, la façon de conduire des entretiens, entre autres. Pour de vrai, il y a des impacts secondaires ». Elle développe en ajoutant : « le design, il y a un côté 'Cheval de Troie dans l'organisation', c'est tout simple comme truc, mais ça soulève des choses. C'est un peu comme le tutoiement dans ce carnet : ça a donné lieu à des discussions très intéressantes entre les cadres, les cadres sup et la nouvelle génération. Les infirmiers qui arrivent, ils ont vingt ans, ils disent, non, ça ne me pose aucun souci qu'on me tutoie. Et les cadres et les cadres sup à l'ancienne, ils disent, ah non, non, non, non, c'est le vous. Mais ça pose aussi un autre sujet : si j'accepte qu'on me tutoie, je n'accepte pas qu'on se mette en posture trop verticale avec moi. Ça pose tout un tas de discussions ».

Une représentation graphique de cheval de Troie figure sur les supports de présentation projetés lors d'une réunion avec la direction du GHPF puis dans une conférence dans le salon SantExpo. Elle s'accompagne de cette explication orale : « Le DT permet de passer d'une compétence de niche à une transformation d'organisation, en trois étapes. D'abord, il y a un rééquilibrage des pouvoirs dans l'organisation : on fait une entrée naïve dans le problème, puis on redonne du pouvoir aux usagers, aux patients, aux aidants, aux professionnels de santé de première ligne. Ensuite, on introduit le cheval de Troie d'un changement culturel dans les bureaucraties. On dispose alors d'un levier de redéfinition des modèles managériaux et de leadership en santé : les personnes en bas de l'échelle osent plus intervenir, les réunions sont plus participatives, il y a une meilleure ambiance. Au passage, on leur ouvre le champ des possibles vers quelque chose qu'ils ne connaissaient pas ». Dans le salon, un autre orateur appuie le propos par ces mots : « il faut hacker le système de l'intérieur ! »

Le siège du groupe auquel appartient le GHPF reconnaît et apprécie ce recours au DT et cherche à l'étendre, nous dit avec fierté la direction. Elle nous explique que le DT légitime la capacité à produire des innovations organisationnelles, l'engagement des équipes et l'expérience usager, qui sont des axes centraux de la stratégie du groupe et au-delà, du ministère de la Santé. Mais il ne faudrait pas que « ça devienne l'œil de Sauron », alerte le designer en référence au Seigneur des Anneaux. S'il est mal utilisé, le DT pourrait devenir un instrument de contrôle et un moyen d'imposer une transformation organisationnelle non désirée, en faisant croire aux patients et aux personnels qu'ils participent à la décision. La cellule innovation n'est pas toujours à l'aise avec certaines demandes qui lui sont faites : « J'ai un peu l'impression d'animer une colo. Pour ça, il n'y a pas besoin de nous, juste de gens capables d'animer. J'ai besoin de ne pas me sentir dans la gueule du loup ».

De plus, l'existence même de la cellule innovation semble agacer certaines directions centrales, dont elle remet en cause des portions de pouvoir. « Ce qui les énerve, c'est qu'on peut faire

sans eux. On a nos propres ressources graphiques, et nos propres réseaux. Ils devraient être contents que localement, on fasse des choses ! Non, ils se braquent sur des détails au lieu de dire que ce qu'on fait, c'est bien. Eux, ils sont encore dans les années 80 et se comportent comme la Stasi, la Kommandantur ! », s'énerve la direction lors d'une réunion. On le voit, les fonctions du DT vont bien au-delà de celles affichées, elles ont la capacité de redistribuer les rôles dans l'organisation.

4. DISCUSSION

Cette recherche sur l'introduction du design thinking (DT) dans un hôpital public français met en lumière un rôle du DT qui va bien au-delà d'une simple approche instrumentale de conception. Il matérialise des dynamiques organisationnelles permettant aux acteurs de se confronter aux tensions qui caractérisent habituellement la mise en œuvre de cette démarche dans un contexte institutionnel traditionnel, et éventuellement de les surmonter. L'analyse de ces tensions, qui découle assez largement du poids de l'implicite dans la mise en œuvre du DT, approfondit notre compréhension des enjeux liés à l'implémentation d'outils de gestion que l'on voudrait porteurs d'innovations dans les organisations publiques.

4.1. LE DESIGN THINKING, UN ARTEFACT SYMBOLIQUE QUI STIMULE UNE NOUVELLE DYNAMIQUE ORGANISATIONNELLE

Dans la terminologie de Martineau (2023), le DT est un outil de gestion ouvert, car il laisse à ses utilisateurs une pluralité d'interprétations et de jeux d'acteurs possibles. C'est cette plasticité du DT qui permet une adaptation sans transgression dans un univers, celui de l'hôpital public, plutôt rigide et cloisonné. Il instille ainsi une dynamique organisationnelle subtile, à bas bruit, au-delà des objectifs affichés d'innovation collective. Les effets situés qu'il produit ne sont pas nécessairement prémédités, mais ils sont effectifs grâce à la part d'implicite

constitutive de l'agence des outils de gestion (Chiapello et Gilbert, 2016). Ils sont ici abondamment illustrés, sur les plans pragmatique (structuration de l'action collective), épistémique (apprentissage collectif et diffusion d'une vision de l'innovation publique), et politique (redistribution du pouvoir). Ainsi, le DT engage une collaboration entre des acteurs non habitués à le faire, instille un changement de culture dans l'organisation et donne un pouvoir d'agir à des personnes qui n'en avaient guère (en particulier les patients, les aidants et les professionnels de santé de première ligne). En ce sens, le DT peut être envisagé comme un artefact symbolique qui donne corps aux idées et leur permet ainsi de voyager (Czarniawska & Joerges, 1996).

Sur le plan politique, l'utilisation du DT comme « cheval de Troie » pour initier un changement culturel soulève toutefois deux questions principales. Tout d'abord, la question éthique sur la transparence des intentions managériales. Ensuite, la question de la pérennité de la démarche, introduisant des changements, subtils mais profonds, dans les structures de pouvoir et les dynamiques managériales (renforcement de l'*empowerment* des usagers et agents, émergence d'un leadership participatif) face à des structures bureaucratiques souvent réfractaires. Enfin, il faut relever que le DT sert aussi à imposer le fait qu'il y ait une direction de l'innovation à l'hôpital, qu'elle dispose d'une expertise spécifique – assise sur le bon usage du DT – et qu'il faut des professionnels pour s'occuper de cela.

4.2. SURMONTER LA TENSION ENTRE INNOVATION ET TRADITION

La transformation culturelle comme objectif implicite confronte le DT avec la culture hospitalière. Or, comme le relèvent Dopson et al. (2008), le contexte n'est pas une toile de fond de l'action, mais un élément d'interaction dans le processus de changement. La mise en place du DT crée une rupture avec les pratiques traditionnelles de l'hôpital, suscitant des résistances initiales au niveau local, mais aussi les résistances institutionnelles (tensions avec le siège,

autres directions). Cette tension illustre le défi de l'innovation dans des institutions fortement ancrées dans les pratiques de métiers constitutives d'identités professionnelles qui ne peuvent être modifiées qu'au cours de longs cycles d'apprentissage (Pratt et al., 2006). Une diffusion à grande échelle fait courir le risque d'homogénéisation ou de dévoiement des pratiques lors de cette diffusion (par exemple, un DT qui serait réduit à une série de « simples gadgets »).

4.3. GERER LA TENSION ENTRE STANDARDISATION ET ADAPTATION AUX SITUATIONS

La recherche révèle une tension entre une approche standardisée du DT (avec ses phases et outils) et la nécessité de l'adapter au contexte hospitalier. Cette tension, identifiée par la littérature (e.g. Carlgren et al., 2016) se manifeste notamment dans la vision « prosaïque » assumée par certains acteurs qui les conduit à simplifier le DT « canonique » versus la vision plus puriste du designer. Elle montre aussi les limites de l'approche linéaire du DT et la nécessité d'itération, ce que soulignent d'ailleurs les travaux de Brown (2008). La linéarité du processus DT ne peut être que questionnée pour envisager des ajustements intégrant des boucles itératives, afin de répondre aux critiques concernant la non-adaptation des solutions finales.

Le DT continue à « circuler » : une fois inscrit dans l'hôpital par ses promoteurs, il évolue au fur et à mesure que l'organisation évolue et que d'autres s'en saisissent. Dans sa forme inscrite, il apparaît comme une simplification de la forme circulante, nécessaire pour permettre la collaboration des acteurs, leur engagement mais aussi la transformation organisationnelle de l'hôpital. Son application dans tel ou tel projet spécifique mettra ou non l'accent sur telle ou telle fonction selon la nature du projet et de ses commanditaires.

4.4. DEPASSER LA TENSION ENTRE INNOVATION ET INSTITUTIONNALISATION

Le DT est présenté comme un « cheval de Troie » pour transformer l'organisation. Le risque perçu par un designer qu'il évolue en « l'œil de Sauron » illustre le paradoxe d'une démarche

subversive qui devient institutionnelle. Mais on peut aussi craindre que son institutionnalisation (via la cellule innovation) le réduise à une simple « boîte à outils » managériale qui ne ferait qu'installer de nouvelles routines organisationnelles entretenant le statu quo et corroborant ainsi la critique de Kipum Lee (2021) et Iskander (2018).

L'évolution des perceptions, de la marginalisation initiale de la cellule innovation à une reconnaissance institutionnelle, laisse pendante la question de la légitimité qui n'a fait que se déplacer. En reprenant le cadre analytique de Suchman (1995), on peut considérer en effet que la cellule innovation a gagné en légitimité pragmatique (on fait appel à elle pour traiter un problème de sa compétence) et cognitive (elle est considérée comme apporteuse d'une réflexion particulière contribuant à traiter des sujets d'intérêt général). En revanche, sa légitimité morale (i.e. sa capacité à intégrer la pluralité des points de vue de ses parties prenantes) fait encore débat.

CONCLUSION

Nous devons admettre certaines limites tenant au caractère exploratoire de notre analyse : la recherche est encore en cours et d'autres observations et entretiens sont prévus pour entrer davantage dans l'intimité des projets initiés dans cet hôpital qui s'appuient sur le DT. Toutefois, l'étude de la mise en place du DT dans un établissement hospitalier public français apporte dès à présent des éclairages significatifs tant sur le plan théorique que managérial.

Sur le plan théorique, deux contributions majeures émergent. Premièrement, en fournissant un éclairage sur le rôle du DT dans le changement institutionnel, la recherche enrichit la littérature sur l'innovation dans les organisations de santé. Elle met en lumière les mécanismes d'adaptation du DT au contexte hospitalier. Elle révèle comment cet outil de gestion fait l'objet d'une appropriation modelée par les contraintes et la culture spécifiques de l'hôpital public. Cette adaptation témoigne de la plasticité de cet artefact symbolique, tout en soulevant des

questions sur les tensions potentielles avec son application canonique. Deuxièmement, l'étude enrichit la compréhension du DT en dévoilant ses dimensions implicites au-delà d'une vision purement instrumentale, notamment son rôle parfois inattendu dans la structuration de l'action collective et sa capacité à catalyser des évolutions culturelles, dépassant ainsi le cadre de ses fonctions explicites.

Sur le plan managérial, l'étude offre également deux apports notables. D'une part, elle identifie les obstacles rencontrés lors de l'implémentation du DT en milieu hospitalier, mettant en évidence les résistances initiales et les difficultés liées au déploiement à grande échelle des solutions développées. Ces enseignements constituent des points d'attention précieux pour les managers souhaitant introduire de tels outils. D'autre part, la recherche révèle le potentiel du DT comme levier de transformation organisationnelle. Selon les vœux de la direction, tel un « cheval de Troie », il peut initier des changements culturels profonds et conduire à une redistribution du pouvoir au sein de l'organisation hospitalière, offrant ainsi aux managers une approche stratégique innovante pour piloter le changement.

REFERENCES

- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction: Textes fondateurs*. Presses de l'Ecole des Mines. <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00397086>
- Altman, M., Huang, T., & Breland, J. (2018). Design Thinking in Health Care. *Preventing Chronic Disease, 15*. <https://doi.org/10.5888/pcd15.180128>
- Boltanski, L., & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard.
- Bonnet, F. (2021). Le Design Thinking – Au cœur d'un discours sur la rationalisation de l'émergence en organisation. *Approches Théoriques en Information-Communication (ATIC)*, 3(2), 25–34. <https://doi.org/10.3917/atic.003.0025>
- Brown, T. (2008). Design Thinking. *Harvard Business Review*, 86(6), 84–92.
- Carlgren, L., Rauth, I., & Elmquist, M. (2016). Framing Design Thinking: The Concept in Idea and Enactment. *Creativity and Innovation Management*, 25(1), 38–57. <https://doi.org/10.1111/caim.12153>
- Chiapello, E., & Gilbert, P. (2016). L'agence des outils de gestion. In F.-X. de Vaujany, A. Hussenot, & J.-F. Chanlat, *Théories des organisations. Nouveaux tournants* (p. 177-198). Economica.
- Cornelissen, J. (2005). Beyond Compare: Metaphor in Organization Theory. *Academy of Management Review*, 30(4), 751–764. <https://doi.org/10.5465/AMR.2005.18378876>
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing: And Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Liber and Copenhagen Business School Press.
- Czarniawska, B., & Joerges, B. (1996). *Travels of Ideas*. <https://doi.org/10.1515/9783110879735.13>

- Dopson, S., Fitzgerald, L., & Ferlie, E. (2008). Understanding Change and Innovation in Healthcare Settings: Reconceptualizing the Active Role of Context. *Journal of Change Management*, 8(3–4), 213–231. <https://doi.org/10.1080/14697010802133577>
- Gehman, J., Glaser, V. L., Eisenhardt, K. M., Gioia, D., Langley, A., & Corley, K. G. (2018). Finding Theory–Method Fit: A Comparison of Three Qualitative Approaches to Theory Building. *Journal of Management Inquiry*, 27(3), 284–300. <https://doi.org/10.1177/1056492617706029>
- Gibson, J. J. (1977). The theory of affordances. In J. B. Robert E Shaw (Ed.), *Perceiving, acting, and knowing: Toward an ecological psychology* (pp. 67–82). Hillsdale, N.J. : Lawrence Erlbaum Associates. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00692033>
- Gilbert, P., & Raulet-Croset, N. (2023). *L'enquête de terrain en management: Raconter la recherche autrement*. EMS.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Gravey, I. (2024). Reorienting our health system towards its users thanks to design thinking: The experience of Kaiser Permanente. In L. Flora, C. Grenier, & F. Ponsignon, *Experience in Healthcare Innovation: Fad or New Paradigm?* (pp. 131–148). ISTE and Wiley.
- Hatchuel, A., & Weil, B. (1992). *L'expert et le système: Gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle; suivi de Quatre histoires de systèmes-experts*. Economica.
- Hoc, J.-M. (1984). La verbalisation provoquée pour l'étude du fonctionnement cognitif. *Psychologie Française*, 29(3/4), 231–234.

- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).
- Iskander, N. (2018). Design thinking is fundamentally conservative and preserves the status quo. *Harvard Business Review Digital Articles*, 1–9.
- Kim, S. H., Myers, C. G., & Allen, L. (2017). Health care providers can use design thinking to improve patient experiences. *Harvard Business Review Digital Articles*, 2–5.
- Kimbell, L. (2011). Rethinking Design Thinking: Part I. *Design and Culture*, 3, 285–306. <https://doi.org/10.2752/175470811X13071166525216>
- Lee, F. (2004). *If Disney Ran Your Hospital: 9 1/2 Things You Would Do Differently*. Health Administration Press.
- Lee, K. (2021). Critique of Design Thinking in Organizations: Strongholds and Shortcomings of the Making Paradigm. *She Ji The Journal of Design Economics and Innovation*, 7, 497–515. <https://doi.org/10.1016/j.sheji.2021.10.003>
- Leonardi, P. M. (2012). Materiality, sociomateriality, and socio-technical systems: What do these terms mean? How are they different? Do we need them? In P. M. Leonardi, B. A. Nardi, & J. Kallinikos, *Materiality and Organizing: Social Interaction in a Technological World* (pp. 25–48). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199664054.003.0002>
- Martin, R. L. (2009). *The design of Business: Why design thinking is the next competitive advantage*. Harvard Business Review Press.
- Martineau, R. (2023). *Anatomie des outils de gestion*. Presses des Mines.
- Orlikowski, W. J. (2007). Sociomaterial Practices: Exploring Technology at Work. *Organization Studies*, 28(9), 1435–1448. <https://doi.org/10.1177/0170840607081138>
- Pratt, M. G., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing Professional Identity: The Role of Work and Identity Learning Cycles in the Customization of Identity Among

- Medical Residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235–262.
<https://doi.org/10.5465/amj.2006.20786060>
- Prud'homme van Reine, P. (2017). The culture of design thinking for innovation. *Journal of Innovation Management*, 5(2), Article 2. https://doi.org/10.24840/2183-0606_005.002_0006
- Roberts, J. P., Fisher, T. R., Trowbridge, M. J., & Bent, C. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthcare*, 4(1), 11–14.
<https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.12.002>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2014). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (4th ed.). Sage Publications.
- Suchman, M. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review*, 20, 571-611. *The Academy of Management Review*, 20, 571.
<https://doi.org/10.2307/258788>
- Vial, S. (2024). *Le Design* (4e édition). Que sais-je?
- Weick, K. E. (1989). Theory Construction as Disciplined Imagination. *The Academy of Management Review*, 14(4), 516–531.