



L'innovation sociale par le design en santé

Marie-Julie Catoir-Brisson, Marine Royer

DANS SCIENCES DU DESIGN 2017/2 (N° 6), PAGES 65 À 79

ÉDITIONS PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

ISSN 2428-3711

ISBN 9782130788584

DOI 10.3917/sdd.006.0065

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sciences-du-design-2017-2-page-65.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'innovation sociale par le design en santé

Marie-Julie Catoir-Brisson

Maître de conférences à l'Université de Nîmes, France
Équipe PROJEKT (EA 7447)
marie-julie.catoir@unimes.fr

Marine Royer

Maître de conférences à l'Université de Nîmes, France
Équipe PROJEKT (EA 7447)
marine.royer@unimes.fr

Mots-clés

Keywords

Observatoire
Design
Santé
Innovation sociale
Analyse réflexive

Observatory
Design
Health
Social innovation
Reflective thinking

Résumé

Cet article analyse l'Observatoire des Formes d'Innovation Sociale en Santé, en cours de développement à l'Université de Nîmes, dont l'objectif est d'identifier, cartographier et valoriser les projets innovants socialement dans la santé. L'innovation sociale en santé présente-t-elle des spécificités quand elle se réfère au design ? Cette problématique correspond à une étape initiale où il s'agit de recenser les projets et d'élaborer une grille d'évaluation caractérisant l'innovation sociale par le design. L'objectif de l'article est de proposer une série de critères relatifs à cette grille en construction tout en développant une perspective critique sur la manière dont les projets s'inscrivent dans le champ de l'innovation sociale et s'appuient sur des méthodes issues des SHS.

Abstract

This article analyzes in a reflexive way the Observatory of the Social Innovation Forms in Health, under development at the University of Nîmes, which seeks to identify, map and value the socially innovative health projects. These projects are diffuse research's objects as they spread out on fields and with heterogeneous actors. The article aims at answering the following questioning : what are the specificities of the projects coming under the social innovation by design in health ? This problem corresponds to an initial step in the observatory when it is a question of making a list of the projects and developing an evaluation grid of social innovation by design. The objective of the article is to propose a series of criteria relative to this grid under construction while developing a critical perspective on the way the projects join the field of social innovation and lean on methods coming from HSS.

Les liens entre design et santé sont actuellement renouvelés par la problématique de l'innovation sociale (IS), qui fait écho aux origines de la recherche en design. Les projets concernés se caractérisent par leur capacité à mettre en relation plusieurs parties prenantes et disciplines pour répondre aux problèmes de société qu'ils soulèvent. Ils constituent des initiatives morcelées, tant au niveau des acteurs mobilisés sur différents territoires et échelles que des disciplines impliquées : sciences humaines et sociales (SHS), sciences médicales, sciences de la conception. Dans certains de ces projets, le design joue un rôle central de médiation entre les différents acteurs.

Dans une première partie, il s'agit de mettre en relief les liens entre design et santé dans une perspective historique. L'objectif est de montrer en quoi les projets développés en santé, dès les origines de la recherche en design, préfigurent déjà une forme de design social qui se retrouve dans les projets de design se revendiquant de l'IS aujourd'hui. La seconde partie vise à rappeler le contexte de création du projet OFISS, délimiter son champ d'action et discuter les modèles d'évaluation des projets relevant de l'IS, pour faire émerger la nécessité de proposer d'autres critères, plus spécifiques au design. À partir de deux projets s'inscrivant dans des champs différents du design, la troisième partie permet de dégager quatre critères qui constituent un premier jalon dans la recherche d'indicateurs spécifiques à l'IS par le design en santé et plus généralement au design envisagé comme une discipline du projet.

1. — L'innovation sociale par le design : réactualisation d'un dialogue entre les sciences du design, sciences humaines et sociales et santé

Si le design s'attache à embrasser un grand nombre de problématiques sociétales, le domaine de la santé, dans son acception la plus large, réunit depuis plusieurs années une communauté d'intérêt internationale pluridisciplinaire⁰¹. Designers et chercheurs en SHS renouvellent le regard sur les techniques médicales et leurs recherches font date parce qu'ils investissent de façon inédite les institutions de soins et les réseaux de santé pour réfléchir aux modes et parcours de soins, de prévention, d'accompagnement des malades et de leur entourage, en lien avec les équipes cliniques.

1.1. — L'équipement hospitalier aux origines de la recherche en design

La prégnance des liens entre design et santé réactualise un lointain dialogue qui trouve une partie de ses origines en Angleterre, à la fin des années 1950, lors de la création de l'un des berceaux de la recherche en design dans le monde : le Department of Design Research (DDR) du Royal College of Art (RCA).

En 1961, Misha Black, directeur de la School of Industrial Design du RCA, invite Bruce Archer, figure importante du mouvement des *Design Methods*, à diriger un projet de recherche intitulé *Studies in the Function and Design of Non-surgical Hospital Equipment*, financé par la Fondation Nuffield (Frayling, 1987). L'ambition de Black est d'offrir une recherche complète sur l'aménagement des hôpitaux, devant permettre à terme le développement de gammes d'équipements et de meubles, fabriqués et mis en vente à destination des hôpitaux (RCA, 1962).

La possibilité qu'un tel projet puisse être envisagé, financé et finalement commercialisé en 1967, renvoie à une série d'éléments conjoncturels qu'il semble important de mettre en perspective avec les conditions actuelles de déploiement des projets de design en santé. Ces éléments concernent à la fois une volonté politique forte associée à un problème socioéconomique, ainsi que la nécessité de répondre à un besoin social.

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, le design est devenu un atout politique et économique soutenu par l'État dans le cadre de la future reconstruction. Afin de stimuler l'innovation dans ce contexte d'austérité, le Design Council, l'un des premiers organismes nationaux au monde à financer le design, fut créé (Sparke, 1986). Il considère d'une part l'État comme un sponsor du design et d'autre part, que le rôle de ce dernier réside dans la politique sociale et économique du pays et permet de fournir de meilleures conditions au développement de l'innovation. Ce contexte a permis à l'équipe d'Archer d'intégrer ce projet prestigieux et d'en faire un vaste terrain d'expérimentation pour tester les concepts ainsi que les théories du mouvement des *Design Methods*. En 1968, le lit King's Fund est d'ailleurs consacré par le prestigieux prix du Council of Industrial Design (Burall, 1968).

Ensuite, le lit King's Fund s'est développé dans tous les hôpitaux britanniques suite à un problème socioéconomique auquel le Ministère de la Santé porte une attention particulière : la pénurie d'infirmières qui touche le pays depuis plusieurs années, malgré de nombreuses initiatives dans les années 1950 sur le recrutement, la formation et la rémunération⁰². La standardisation du lit King's Fund est le résultat concret d'une stratégie ministérielle pour réformer

01. L'émergence de conférences spécialisées sur le design médical est un bon indicateur (Design4Health 2011 / 2013 [Sheffield Hallam University], colloques internationaux de la Cité du design de Saint-Etienne dans le cadre des XXVIe Entretiens Jacques Cartier, «Design médical, inventer les modes de soin de demain» [2012] et «Santé et design pour tous» [2013]).

02. Au début des années 1960, le ministre de la Santé britannique, est impliqué dans un conflit sur la rémunération des infirmières auxquelles le gouvernement impose un gel des salaires. Cette catégorie socioprofessionnelle est déjà largement perçue par les citoyens comme sous-rémunérée et injustement traitée. La réforme ne manque pas de soulever de nombreuses critiques en Angleterre et au sein même du gouvernement (Webster, 1996).

l'hôpital sur un plan économique plus large: le projet du lit a permis d'amorcer une réflexion globale sur les questions de co-traitance, de centralisation et de rationalisation des achats de fournitures et d'équipements hospitaliers (Lawrence, 2001).

Enfin, le King's Fund a donné comme principale raison au lancement de son projet de recherche l'amélioration du confort du patient, soit de répondre à un besoin social. La presse qui a couvert son déroulement semble d'ailleurs avoir largement diffusé cette idée ([Anonyme], 1967, p. 463). Tout au long du développement du projet, les membres du groupe de travail ont exprimé de constantes préoccupations à voir lesdits besoins placés au centre des prises de décision (Lawrence, 2001). Aussi, il est intéressant de noter que le caractère « social » du projet convenait au RCA, anxieux à l'époque de réfuter les accusations comparant l'école à une « tour d'ivoire élitiste » (Frayling, 1987).

Cette analyse ciblée sur un projet fondateur de la recherche en design appliquée dans le champ de la santé, permet de mettre en exergue différents indicateurs qui se retrouvent dans les modèles d'évaluation des projets d'IS, que nous abordons dans la deuxième partie. Elle fait aussi apparaître la volonté du design de convoquer des méthodologies s'appuyant sur les SHS pour développer des projets centrés sur l'humain. C'est pourquoi il semble nécessaire de rappeler que le design social s'inscrit dans l'héritage des travaux sur l'innovation sociale, qui constitue un champ de recherche à part entière en SHS.

1.2. — De l'innovation sociale à l'émergence de l'innovation sociale par le design

Aujourd'hui, l'IS réapparaît dans les SHS, notamment dans le champ du design. Cette notion n'est pas vraiment inédite, dans la mesure où la problématique centrale du design est de s'interroger sur la manière d'« améliorer l'habitabilité du monde » (Findeli, 2003). Elle renoue plutôt avec l'essence du design, entendu comme une discipline du projet, comme le montrent notamment les travaux du Bauhaus, de Roger Tallon, Victor Papanek, ou encore d'Alain Findeli. Cet objectif d'améliorer la vie quotidienne se trouve particulièrement valorisé dans les projets relevant du design social, marqués par la volonté de se distinguer du design industriel. Les travaux de Nynke Tromp ont notamment permis de montrer que les produits et services peuvent être conçus dans une logique de changement social. Dans la mesure où ils sont conçus dans l'intention de créer certains usages et comportements, l'objectif de ce type d'approche est de dépasser la problématique de l'utilisation – design centré-utilisateur – pour aller vers des problématiques sociales – design centré-humain – (Tromp, Hekkert, Verbeek, 2011).

L'IS ressurgit dans le contexte des mutations sociales de notre monde contemporain, engendrées par les différentes crises qui nous traversent actuellement. Elle se développe à la fois dans la société civile, les entreprises et les organisations en faisant émerger de nouveaux modes de gestion de projets. Elle désigne un processus et « une intervention initiée par des acteurs sociaux, pour répondre à une aspiration, subvenir à un besoin, apporter une solution ou profiter d'une opportunité d'action afin de modifier des relations sociales, de transformer un cadre d'action ou de proposer de nouvelles orientations culturelles » (Laville, Klein, Moulaert, 2014). Le débat scientifique portant sur l'IS présente deux perspectives: « l'une s'intéresse à la capacité de créer de la richesse sociale (philanthropie, capital social, économie sociale), l'autre cherche à justifier l'innovation sociale comme un facteur de démocratisation (société du savoir, nouvelle gouvernance). Le débat se partage entre une innovation sociale appréhendée comme une action contextualisée et ponctuelle et une autre systémique et structurante. » (Catoir-Brisson, Vial, Deni, Watkin, 2016). Ainsi, l'IS comprend une dimension sociopolitique par la reconnaissance du

pouvoir de concevoir et d'agir des individus et des communautés. Elle implique de repenser les méthodes de gestion de projet traditionnelles, en impliquant de nouveaux acteurs, notamment grâce aux méthodes participatives.

Si les sciences du design s'emparent aujourd'hui de la problématique de l'IS, c'est que celle-ci implique une innovation de services (Djellal, Gallouj, 2012). L'innovation sociale et de service ont en commun de s'intéresser à la problématique des usages et visent à se distinguer d'une innovation centrée sur la technologie et le produit.

Cependant l'IS concerne aussi les autres spécialités du design dès lors qu'elles questionnent les rapports entre les dispositifs et leurs usagers et que les projets reposent sur cinq valeurs centrales : pratiquer l'observation et l'immersion dans l'expérience des usagers, favoriser les méthodes participatives, aborder le problème à partir d'une vision systémique, pratiquer l'idéation et la concertation, expérimenter les idées dans des ateliers de co-conception en s'appuyant sur des prototypes. Pour mettre en pratique ces valeurs, les designers doivent donc s'appuyer sur des méthodologies qui se sont développées dans les SHS depuis le milieu du 20^e siècle.

Enfin, nous pouvons distinguer le design social de l'IS par le design. Si le design social concerne la capacité du design à résoudre « des situations particulièrement problématiques (comme la pauvreté, la maladie, ou l'exclusion sociale) » (Manzini, 2015) l'IS par le design concerne « tout ce que le design peut faire pour activer, soutenir et orienter les processus de changement social vers la durabilité » (Manzini, 2015). S'il est courant de parler de *social design* à l'international, l'expression *innovation sociale par le design* nous semble pertinente parce qu'elle est plus large dans ses domaines d'intervention. La communauté scientifique francophone ne s'étant pas encore emparée du sujet, la distinction entre IS par le design et design social nécessiterait d'être approfondie au plan épistémologique.

C'est à partir de ce cadre théorique que nous développons le projet OFISS dont nous présentons les spécificités dans la deuxième partie.

2. — Observatoire des Formes d'Innovation Sociale en Santé : mise en réseaux d'initiatives fragmentées

L'Observatoire sur les Formes d'Innovation Sociale en Santé (désormais FISS) vise à créer des synergies de recherche entre des initiatives locales tout en développant des réseaux de recherche au niveau national et européen. L'objectif est de comprendre, d'analyser et d'évaluer dans quelle mesure ces projets peuvent être considérés comme des formes d'IS en santé, en identifiant leurs spécificités. Cette problématique ouvre la réflexion à la fois sur l'éthique des projets relevant de l'IS dans le secteur de la santé, les visions, valeurs, et représentations des designers, les formes d'intervention des usagers et les méthodologies de projet investies par les designers. De plus, une fois les projets réalisés, il s'agit d'analyser les transformations sociales réellement mises en place sur le terrain.

2.1. — Un observatoire sur les FISS pour répondre à un besoin de recherche

Ce projet s'intéresse à des pratiques innovantes socialement, apparemment alternatives aux processus de conception classiques d'innovation que connaît aujourd'hui le secteur de la santé. Elles se présentent explicitement comme des innovations et visent à faire évoluer les institutions de soins en se réclamant des cultures et des méthodes du design, des SHS, ou encore de l'open source.

Les références théoriques de telles tentatives restent à préciser, de même que leurs effets concrets doivent être décrits. Il existe aujourd'hui, de manière éclatée, mais néanmoins récurrente dans un certain nombre de projets, départements, cellules, en France ou à l'étranger, des tentatives inédites de réflexion et d'action. Le projet OFISS vise justement à appréhender ces pratiques pour repenser les méthodes de projet dans le secteur de la santé. L'objectif de l'observatoire est de mettre en perspective les initiatives en région comme au niveau national, avec celles initiées en même temps dans d'autres contextes socioculturels, en Europe et dans le monde, dans la dynamique de notre « société multi-locale » (Manzini, 2007).

2.2. — Projet OFISS : instantané d'un observatoire en cours de construction

L'Observatoire des Formes d'Innovation Sociale en Santé nécessite une construction *par étape* afin de collecter les différentes initiatives sur le territoire. Dans un premier temps, à l'échelle locale et nationale, une enquête et une analyse systématique des initiatives en design se revendiquant de l'IS dans le domaine de la santé sont menées, ainsi que des entretiens auprès d'acteurs issus d'agences de design spécialisées. Il compte, à ce jour, une soixantaine de projets recensés sur le territoire national. Dans un second temps, à l'échelle internationale, est prévue une étude comparative d'institutions spécialisées dans le design social, ayant développé des projets innovants en santé.

Du point de vue méthodologique, l'observatoire permet d'analyser l'appropriation des outils et méthodes issus des SHS mobilisés par le design, mais également de réfléchir au renouvellement par le design de ces outils et méthodologies via une enquête de terrains variés - tant par leurs échelles que par leurs structurations.

Du point de vue pragmatique, en identifiant et cartographiant les pratiques et les acteurs porteurs d'IS dans la santé, l'Observatoire vise à développer un consortium interdisciplinaire, interprofessionnel et pluri-institutionnel afin de croiser les expertises dans le champ.

Du point de vue programmatique, le projet OFISS souhaite évaluer les projets en vue d'accompagner et soutenir les acteurs concernés du champ de l'IS en santé. L'édition d'une plateforme numérique (en cours de construction) cartographiant et analysant les différentes initiatives est l'occasion de proposer un ensemble de services dédiés au recueil de données, de la collecte à l'analyse.

Du point de vue épistémologique, l'objectif du projet OFISS est aussi d'identifier des indicateurs spécifiques à l'IS par le design, qui se distingueraient des modèles d'évaluation déjà existants de l'innovation sociale. Cela participerait aussi au développement et à la reconnaissance du design comme une discipline renouvelant les méthodologies de projet.

Parmi la soixantaine de projets recensés sur le territoire national, nous avons intégré tous les projets faits par des designers quelle que soit leur approche. Nous considérons que les projets innovants socialement ne relèvent pas exclusivement du design de services. S'il est communément admis que l'IS par le design s'appuie sur le design de service notamment via des méthodologies du *design thinking* et codesign, d'autres spécialités (espace, produit, graphique, critique, etc.) peuvent aussi contribuer à la spécificité de l'IS par le design.

Dans cette perspective, notre parti pris méthodologique est de s'inscrire dans une approche inclusive du champ pour éviter l'écueil de figer des pratiques émergentes.

Pour les inclure, nous nous sommes appuyées sur deux grilles d'évaluation formulées et attestées, que nous discutons ci-dessous.

2.3. — Critères d'inclusion des projets relevant de l'innovation sociale

La première grille a été proposée par la Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRESS PACA), en 2015⁰³. Cinq critères ont été retenus par ce collectif (Fig.1). Ils portent à la fois sur le modèle économique, l'appropriation collective de la valeur des projets visant à répondre à des besoins sociaux, s'appuyant sur un processus participatif et développant des liens avec le territoire. À partir de cette grille, la CRESS Pays de la Loire a fait émerger un sixième critère portant sur la prise en compte de l'environnement en 2016⁰⁴. Si les éléments de diagnostic identifiés dans ce critère sont pertinents pour compléter la grille CRESS PACA, cet indicateur nous semble relativement opératoire tant il est hétérogène et surtout transversal aux cinq autres critères. Par exemple, la prise en compte de l'environnement ne peut être séparée des besoins sociaux parce que les besoins auxquels répondent les projets de design en santé s'articulent aujourd'hui autour d'enjeux sociaux et environnementaux dans une dynamique systémique.

03.
En ligne (consulté le 22 mai 2017) : http://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/paca_guide-innovation-sociale-247.pdf

04.
En ligne (consulté le 22 mai 2017) : <http://www.essor-paysdelaloire.org/innovation-sociale.html>

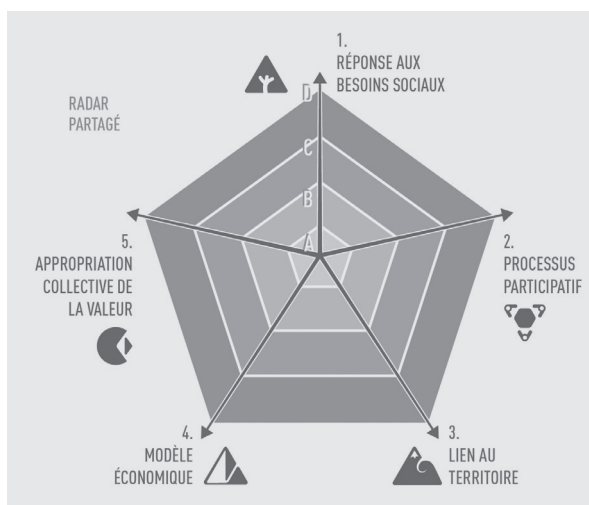


Fig. 1.— Schéma des 5 critères d'évaluation de l'innovation sociale par la CRESS PACA

Sur cette série de six critères, trois indicateurs ne sont pas assez approfondis dans les projets portés par des designers que nous avons analysés : le modèle économique, le processus participatif, et l'appropriation collective de la valeur. Pour le premier indicateur, cela concerne les projets qui n'ont pas pu voir le jour faute de financement (par exemple le projet Nume conçu par les agences User Studio et Care&Co⁰⁵) ou encore ceux qui sont financés par des modèles économiques assez classiques (les appels d'offres notamment). Le deuxième et le troisième indicateurs renvoient aux projets qui ne sont pas vraiment appropriés par les bénéficiaires auxquels ils s'adressent par manque de rigueur dans les modes de participation. Comme le soulignent Gagnon et Côté (2016), la participation des usagers et l'appropriation collective de la

05.
En ligne (consulté le 22 mai 2017) : <http://www.userstudio.fr/projets/care-co-nume/>

valeur des projets doivent être renforcées au plan méthodologique dans le champ du design participatif ou inclusif⁰⁶. D'une part, la problématique de la mobilisation des usagers dans les projets de design constitue un biais de recherche avéré, comme l'a encore récemment souligné le dernier numéro de *Sciences du Design* (Özdirlik et Pallez, 2017) au sujet de la relation au public dans une mairie. D'autre part, la problématique des modes de participation soulève de nombreuses questions méthodologiques dans tout projet d'IS (accès au terrain, méthodologies de recueil de données, outils d'analyse et d'évaluation des résultats). Cela est d'autant plus manifeste dans le secteur de la santé dont la structuration (expertise professionnelle et patient-expert) renforce l'absence des usagers « silencieux », et porte préjudice à l'appropriation collective de la valeur des projets par les bénéficiaires.

En complément de ces deux grilles d'évaluation, nous proposons dans la troisième partie une série d'indicateurs spécifiques à l'innovation sociale par le design, opératoires sur des projets issus de notre répertoire des FISS en cours d'élaboration.

3. — Analyse d'un échantillon de projets et proposition d'une autre grille d'évaluation

3.1. — Présentation de l'échantillon

Cette dernière partie analyse deux projets s'inscrivant respectivement dans le champ du Design Critique et Spéculatif ou *Speculative and Critical Design* (Auger, 2012) et du design de services réalisés en France entre 2015 et 2016. Malgré l'hétérogénéité apparente de ces projets (que ce soit au niveau du champ du design ou des contextes dans lesquels ils s'inscrivent) ils soulèvent des questions sur les indicateurs spécifiques à l'IS par le design dans le champ de la santé.

Le premier projet intitulé « L'Éphéméride, Et si le temps pouvait passer à ma vitesse ? »⁰⁷ de Max Mollon⁰⁸ a été conçu avec et pour l'EREIDF⁰⁹ autour d'enjeux éthiques liés aux Maladies Neurologiques Dégénératives (MND) au

06. La démarche du design participatif cherche à impliquer activement les usagers dans différentes phases du processus de conception (exploration, définition de la problématique, développement et évaluation des solutions proposées, etc.) sur une base égalitaire avec les experts. Le processus suit alors une démarche itérative permettant la prise de décisions par les utilisateurs.

07. En ligne (consulté le 22 mai 2017) : <http://bit.ly/lephemeride>

08. Max Mollon est designer et doctorant SACRe PSL, EnsadLab, Telecom ParisTech (Paris).

09. L'Espace de Réflexion Éthique Île-de-France est une commission éthique indépendante spécialisée sur les questions de santé, située à l'hôpital Saint Louis, à Paris.



Fig. 2.— Court métrage réalisé par Max Mollon

10.

Le projet se fait en partenariat avec l'APHM dans le cadre du cours dirigé par Marie Coirié, Michela Deni, Bernard Hucher et Alain Findeli. Les étudiants ayant participé au projet sont : Rania Amami, Fanny Blanquier, Baptiste Boucourt, Emmanuelle Coutton, Marjorie Damaye, Elodie Deleglise, Domitille Desrippes, Yvan Ferault, Marie Gatefossey, Guillaume Hoguet, Kevin Kermer et Sandrine Pirolles.

11.

Une vidéo de présentation de la méthodologie du projet a été réalisée par les étudiants en 2015, en ligne (consulté le 22 mai 2017) : <http://projetaphm.etrangeordinaire.fr/immersion/>

12.

Son échelle de participation sur l'implication des parties prenantes comprend 5 niveaux : l'information, la consultation, la concertation, la co-construction, la délégation.

moyen des projets de *Speculative and Critical Design*. La commande visait à améliorer l'implication des non-experts dans le travail de concertation éthique. Pour ce faire, le designer a conduit une série d'ateliers de concertation en présentant le prototype d'un produit fictif (un calendrier dont les pages deviennent noires à mesure que le temps passe) via notamment la diffusion d'un court métrage (fig.2), afin de déclencher une discussion non consensuelle par ce projet «uncanny-enough» (Mollon & Gentès, 2014).

Le deuxième projet intitulé « Aménager l'hôpital pour accueillir les familles » porte sur l'hospitalité des familles dans les hôpitaux. Il a été réalisé avec les comités d'usagers de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) à l'initiative de Carine Delanoë-Vieux, dans le cadre d'un projet pédagogique en Master DIS¹⁰ et développé par l'agence Étrange ordinaire à Nîmes. La demande concernait le salon des familles déjà existant dans certains hôpitaux de Marseille et l'amélioration des conditions d'accueil des accompagnants, envisagés comme des partenaires de soins à part entière. Des observations ont été menées en immersion à l'APHM¹¹ pour comprendre le parcours d'un accompagnant au sein de l'hôpital. Cette enquête de terrain a conduit à élargir la problématique du salon des familles pour repenser l'expérience des accompagnants de leur arrivée à l'hôpital à leur retour à domicile.

3.2. — Indicateurs spécifiques à l'innovation sociale par le design

Suite à l'analyse transversale des deux projets, nous avons dégagé quatre critères spécifiques à l'IS par le design. Ils portent à la fois sur un processus participatif basé sur des outils créatifs, les figures de médiation du designer, la nature des livrables, les finalités des projets et la valeur sociale des livrables.

3.2.1. — Méthodologie créative de projet

Si l'implication des parties prenantes n'est pas spécifique au design, on peut cependant observer que les projets réalisés par des designers atteignent le quatrième niveau (co-construction) dans l'échelle de la participation proposée par Gagnon (2016)¹². De plus, ce sont surtout les méthodes visuelles et créatives sur lesquelles s'appuient les designers pour faire participer les usagers qui constituent leur spécificité.

Dans le projet L'Éphéméride, les communautés concernées ont participé au processus de conception : les éthiciens, en menant le projet sous forme



Fig. 3.— Atelier de co-conception réalisé dans le cadre du projet par les étudiants du Master DIS et l'agence Étrange ordinaire

de résidence à l'EREIDF, et les patients, au travers de démarches ethnographiques au lancement du projet et une série de « tests utilisateurs-potentiels ». Dans le projet « Aménager l'hôpital pour accueillir les familles », les membres des comités des usagers, des cadres de santé, des patients et médecins ainsi que du personnel soignant de l'APHM ont participé au projet dans le cadre de deux ateliers (Fig.3) visant à accompagner les participants à exprimer leurs idées sous formes visuelles et schématiques. Ce travail de co-conception a donné lieu à plusieurs formes de restitution: un site web sur la démarche¹³, une exposition des prototypes d'idées par les étudiants, un cahier des charges collaboratif sur le salon des familles, inauguré en septembre 2016.

13.
En ligne (consulté
le 22 mai 2017):
<http://projetaphm.etrangeordinaire.fr>

3.2.2. — Rôle de médiation du designer

Nous pouvons distinguer cinq figures de médiation du designer en situation de projet: communicant, coordinateur, « connecteur de compétences » (Deni, 2014), facilitateur de prise de parole et traducteur des expériences des usagers (gestion du dialogue interprofessionnel et interdisciplinaire, mais aussi traduction des mots, expériences, points de vue, valeurs en scénarios d'usage). Le rôle de médiation du designer est de créer les conditions favorables au travail collaboratif afin d'amener au changement social. Ces figures se retrouvent dans les deux projets de notre échantillon.

Dans la démarche de Max Mollon, le projet L'Éphéméride est conçu pour générer une discussion collective non consensuelle. Le designer fait de la médiation par le dissensus. Dans l'expérimentation présentée, l'insatisfaction des participants face à l'objet (le calendrier dont les pages deviennent noires à mesure que la maladie avance) a permis la transformation d'une situation de discussion en une situation de conception (de re-design de l'objet) et la possibilité de saisir les controverses entre éthiciens et malades. Dans le projet réalisé pour l'APHM, les designers ont développé des compétences de médiation entre les parties prenantes, que ce soit pour concevoir et animer les ateliers, traduire leurs observations et les expériences des patients en scénario d'usage, mais aussi favoriser le dialogue entre les différentes parties prenantes à partir de méthodes visuelles et créatives. Au terme des ateliers, les designers de l'agence Étrange ordinaire ont aussi contribué à la restitution des idées mises en forme et illustrées sous forme de fiches-conseils et de scénarios d'usage sur le site web dédié.

3.2.3. — Spécificité des livrables et itérations

Cet indicateur porte sur les différents outils de médiation et d'idéation tout au long du projet qui constituent des objets intermédiaires contribuant à produire les livrables sous forme itérative (des maquettes fabriquées dans une économie de moyens jusqu'au prototype fonctionnel). Les étapes d'expérimentations de solutions à travers le processus itératif de co-conception / prototypage / expérimentation doivent permettre d'aboutir à la mise en place future du nouveau service ou projet, mais surtout d'intégrer pleinement les acteurs de ces dispositifs au plus tôt du processus de conception.

Dans le projet L'Éphéméride, les livrables créent un écosystème sur la thématique des maladies neurodégénératives: production du prototype d'un produit fictif et son matériel de communication (logo, photos, court métrage d'un faux témoignage d'usager), un atelier de débat et une cartographie de controverse (fig.4). Les itérations ont été réalisées à partir de différents allers-retours entre les éthiciens et les malades. En effet, L'Éphéméride a dû être ajusté en deux fois. Sa première version était une montre dont le cadran affichait des messages inspirants, gênants, voire choquants, pour inviter son propriétaire (la personne malade) à profiter de ses capacités avant qu'elles ne disparaissent. Les membres de la commission ont choisi cette proposition pour sa capacité à vulgariser aux néophytes l'enjeu principal de ces maladies (la dégénérescence). Cependant

les patients l'ont rejetée « violemment » lors des tests utilisateurs-potentiels. Dans le projet pour l'APHM, au-delà du salon des familles, c'est un ensemble de solutions qui ont été proposées dans une perspective systémique. Quatre outils ont été présentés pour les quatre niveaux axiologiques du projet : un accroche-porte pour l'axe 1 « S'organiser dans le temps » ; un plan d'orientation basé sur un itinéraire photographique dénommé « mon CHUMIN » (fig.5) pour l'axe 2 « S'organiser dans l'espace » ; un manuel de l'accompagnant pour l'axe 3 « Se former s'informer » et un réseau social numérique interne au réseau de l'hôpital permettant une entraide entre accompagnants dans le lieu de vie en communauté qu'est le salon des familles pour l'axe 4 « S'organiser socialement ». La méthodologie itérative a permis de générer un grand nombre d'idées qui ont été sélectionnées puis affinées par les designers professionnels en dialogue avec les commanditaires et les bénéficiaires du projet.

Si l'on retrouve dans les deux projets une co-conception basée sur l'itération, il faut cependant préciser que les livrables sont liés à la spécialité du design dans lesquels les projets s'inscrivent. Le projet de design critique aboutit à la co-conception d'une cartographie de controverses alors que le projet de design de services débouche sur la préfiguration d'un service (le salon des familles) co-conçu et effectivement développé à l'APHM. Un groupe constitué des membres des comités d'usagers est actuellement en train d'y analyser les usages et d'y récolter les retours des usagers.

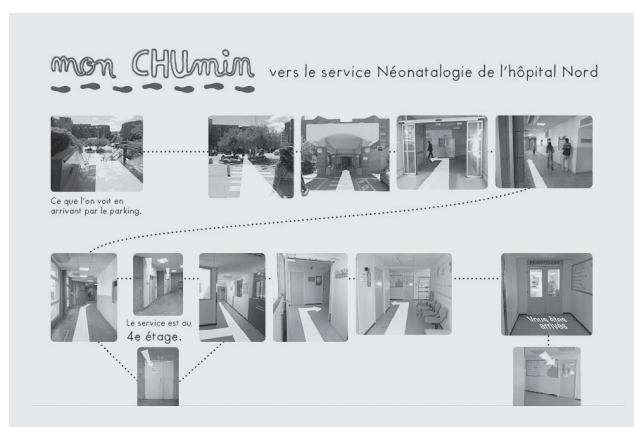


Fig. 4.— « Mon CHUMIN », itinéraire photographique conçu pour aider les accompagnants des patients de l'APHM à se repérer dans l'espace

3.2.4. — Finalités et valeur sociale des livrables

Les projets d'IS par le design proposent soit, des solutions relevant de micro-ajustements, du bricolage et dont l'objectif de reconfiguration de pratiques existantes s'inscrit dans l'innovation Jugaad (Radjou, Prabhu et Ahuja, 2012) (design de service, d'espace, etc.), soit, une discussion sur le monde en devenir *Speculative and Critical Design*. Mais la capacitation et l'implication des parties prenantes concernent tous les projets qui proposent de nouvelles formes d'organisation et de collaboration entre patients, professionnels et institutions de santé. La finalité commune est de redonner la possibilité au citoyen de comprendre, questionner et construire le monde.

Le projet L'Éphéméride ne laisse pas indifférent, la portée subversive des objets de *Speculative and Critical Design* est une qualité qui permet une discussion collective non consensuelle. Dans l'expérimentation présentée,

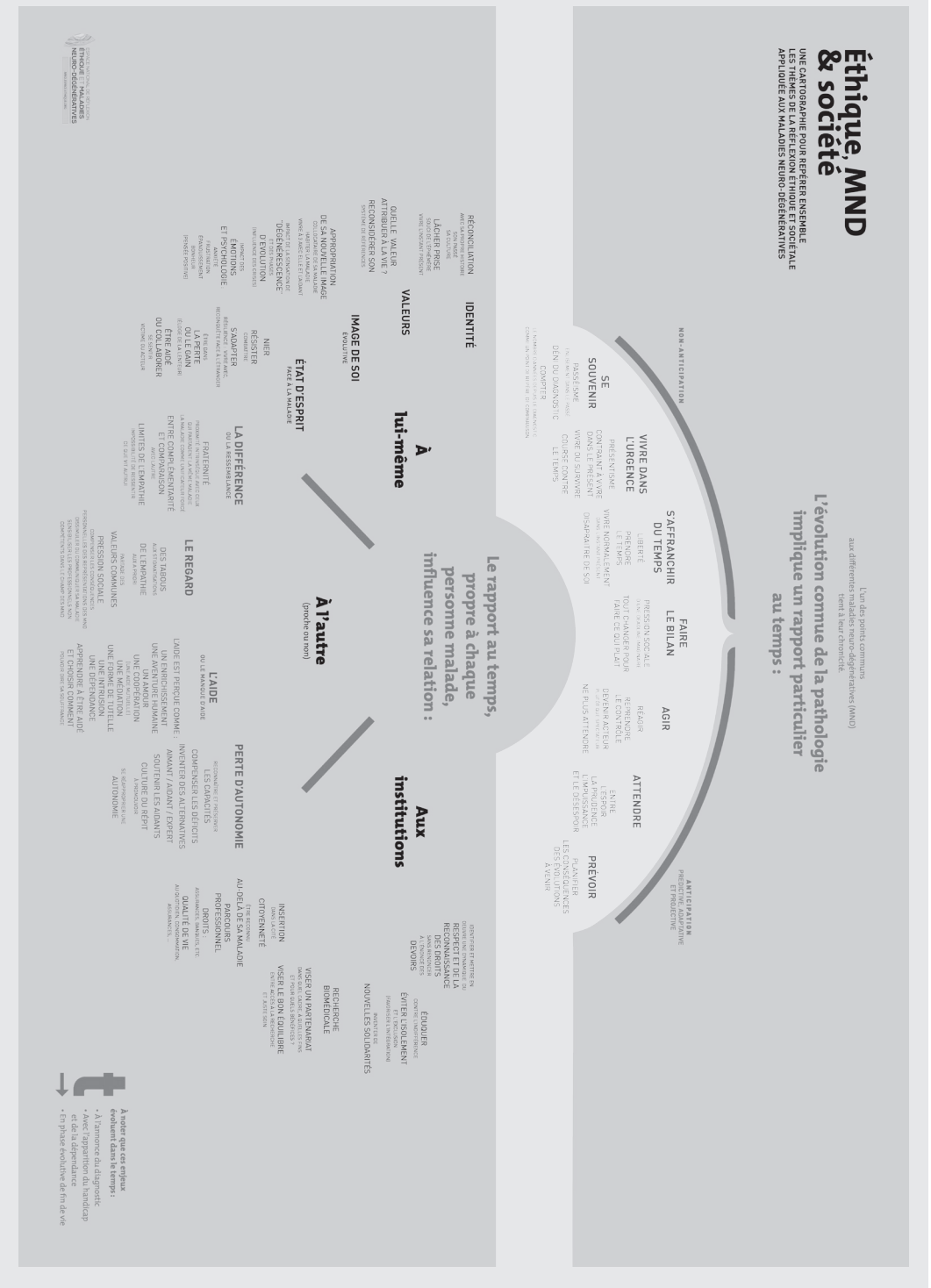


Fig. 5.— Cartographie des controverses du projet L'Éphéméride

l'insatisfaction des participants face à l'objet a permis la transformation d'une situation de discussion, en une situation de conception (de re-design de l'objet) (Mollon, 2016). Cette insatisfaction est-elle en mesure de faciliter l'implication de non-designers dans des activités de design ? La confrontation collective avec L'Éphéméride a permis d'ouvrir un espace de communication et de partage des savoirs entre patients et scientifiques. Le dissensus permet-il une collaboration « horizontale », décloisonnée, entre néophytes et experts ? La finalité du projet de l'APHM était de produire des solutions concrètes pour améliorer et repenser l'expérience de l'accueil des accompagnants dans les hôpitaux de Marseille. L'IS se retrouve dans les livrables proposés par les designers. Elle s'exprime au travers de la culture de l'open source qui caractérise le site web basé sur le partage d'idées (transparence sur la démarche, la production et la mise en ligne de ses solutions). Le prototype du salon des familles et le kit méthodologique pour la conception collaborative d'un cahier des charges permettent d'expérimenter une nouvelle façon d'agencer les salons des familles notamment en incluant des usagers (patients, aidants, personnel soignant). Les solutions envisagées visent à proposer de nouvelles formes d'implication des usagers dans la conception d'un salon des familles, basée sur une démarche centrée-humain, qui se veut une alternative aux paradigmes technicistes du milieu hospitalier.

Au terme de cette analyse, nous pouvons mettre en perspective les indicateurs que nous proposons avec les grilles développées par les CRESS Paca et Pays de Loire. Nos indicateurs peuvent être considérés comme des spécifications de trois critères de ces deux grilles. D'une part, la méthodologie créative de projet et le rôle de médiation des designers caractérisent le processus participatif dans ces projets. Ensuite, les finalités des projets et la valeur sociale des livrables constituent une forme d'appropriation collective de la valeur. Enfin, les spécificités des livrables et les différentes itérations des projets basés sur le « faire avec » les usagers en immersion sur le terrain s'inscrivent à la fois dans les critères des liens avec le territoire et de l'appropriation collective de la valeur.

Au-delà de cet échantillon, nous envisageons de prolonger et d'approfondir ce travail sur les critères spécifiques aux projets relevant de l'IS par le design, en les mettant à l'épreuve des projets que nous analysons au fur et à mesure de manière itérative. Pour cela, des entretiens et des ateliers avec les porteurs des projets seront menés dans le cadre de l'observatoire, afin de systématiser cette grille spécifique aux projets de design en santé. Dans une dynamique réflexive, ce travail empirique est donc à développer à partir de l'analyse d'autres projets en cours de recensement.

Conclusion

En conclusion, nous avons identifié quatre indicateurs spécifiques aux projets se revendiquant de l'innovation sociale par le design en santé : la méthodologie créative, le rôle de médiation du designer, les spécificités des livrables et leurs différentes itérations, les finalités de projet et la valeur sociale des livrables. Dans la première partie, nous avons resitué la problématique de l'IS en santé dans une perspective généalogique mettant en lien les sciences du design, les SHS et la santé. Dans la deuxième partie, nous avons présenté l'observatoire en cours de construction, à un moment décisif dans la création et la délimitation de son périmètre d'intervention. C'est pourquoi, dans la troisième partie, nous avons proposé de partager un travail de conception d'une grille d'évaluation en train de se faire avec les communautés du design et des SHS.

La finalité du projet OFISS est de mettre en lumière les spécificités des projets émergents en design et santé tout en analysant ces initiatives dans une perspective historique et critique au regard des méthodologies des SHS et de l'IS. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la santé constitue un terrain et un champ d'intervention pour les designers qui impliquent des spécificités qu'il nous faut encore identifier. L'analyse d'un corpus de projets plus importants nous permettra de les faire émerger.

Enfin, d'un point de vue épistémologique, le domaine de la santé semble être un terrain d'investigation particulièrement fertile pour développer nos réflexions sur la distinction entre les notions d'IS par le design et de design social. ◀

RÉFÉRENCES

- AUGER, J. H. (2012), *Why Robot? Speculative Design, the Domestication of Technology and the Considered future*, Thèse de Doctorat en Design, The Royal College of Art.
- [ANONYME] (1967), «A Bed to Succour the Sick», *New Scientist*, p. 462-468.
- ARCHER, B. (1965), *Systematic Method for Designers*, Londres, Council of Industrial Design (COID).
- BURALL, P. (1968), «CoID Design Awards: capital goods», *Design Journal*, (233), p. 44-48.
- DENI, M. (2014), «Le design de services: projeter le bien-être», *Design & Projet, Communication Organisation*, 46, p. 129-142.
- FARIDAH D. FAÏZ G. (2012), «Innovation sociale et innovation de service: première ébauche d'un dialogue nécessaire», *Innovations*, 2012/2 (38), p. 37-66.
- FINDELI A. (2003), «Design et complexité: un projet scientifique et pédagogique à visée transdisciplinaire», *L'Autre Forum* (Montréal), VII (3), p. 10-18.
- FINDELI, A. (2015), «La recherche-projet en design et la question de recherche: essai de clarification conceptuelle», *Sciences du Design*, (01), p. 43-55.
- FRAYLING, C. (1987), *The Royal College of Art: One Hundred and Fifty Years of Art and Design*, Londres, Barrie and Jenkins Ltd.
- LAWRENCE G. (2001), *Hospital Beds by Design: a Sociohistorical Account of the "King's Fund bed", 1960-1975*, Thèse de doctorat en histoire, Université de Londres.
- GAGNON, C. (2016), «Design et participation publique: de démarche ponctuelle à une réelle innovation sociale (et politique)?», communication présentée à la conférence *Design et politique(s)*, pour un dessein commun organisée par l'Université de Nîmes, Nîmes, 7-8 octobre 2016.
- LAVILLE, J-L., KLEIN, J-L., MOULAERT, F. (2014), *L'innovation sociale*, Toulouse, Erès.
- MANZINI E. (2015), *Design, when Everybody Designs, an Introduction to Design for Social Innovation*, Cambridge, MIT Press.
- MANZINI, E. (2007), «Design Research for Sustainable Social Innovation», in Michel R., *Design Research Now: Essays and Selected Projects*, Birkhäuser Basel, 2007.
- MOLLON, M. (2016), «Dissensus: pour un design critique situé, en dehors du musée», communication présentée aux *Ateliers de la Recherche en Design 11*, Beyrouth, 09-12 novembre 2016, en ligne (consulté en mars 2016): <https://goo.gl/TIYyD>
- MOLLON, M., GENTÈS, A. (2014), «The Rhetoric of Design for Debate: triggering conversation with an "uncanny enough" artefact», communication présentée à la conférence *Design Research Society International Consortium (DRS)*, Umeå, 16-19 juin, p. 1049-1061.
- ÖZDIRLIK B., PALLEZ F. (2017), «Au nom de l'usager: co-concevoir la relation au public dans une mairie», *Sciences du Design*, (05), p. 67-81.
- RADJOU, N., PRABHU, J., AHUJA, S. (2012), *Jugaad Innovation: Think Frugal, Be Flexible, Generate Breakthrough Growth*, Hoboken, Wiley.
- RCA (1962), *Studies in the function and design of non-surgical hospital equipment. Preliminary report*, appendix A, Londres, Royal College of Art.
- SPARKE P. (1986), *The Design Source Book*, Londres, Macdonald.
- TROMP N., HEKKERT P., VERBEEK P-P. (2011), «Design for Socially Responsible Behavior: A Classification of Influence Based on Intended User Experience», *Design Issues*, 27 (3), p. 3-19.
- WEBSTER C. (1996), *The Health Services since the War, II: Government and Health Care. The National Health Service, 1958-1979*, Londres, The Stationery Office.