

Introduction

L'innovation sociale par le design en santé : une œuvre majeure en cours de construction

« Être surréaliste, c'est bannir de l'esprit le "déjà vu"
et rechercher le pas encore vu. »

René Magritte,
citation issue du musée Magritte, Bruxelles

Cet ouvrage en deux volumes traitant de *l'innovation sociale par le design en santé* est une œuvre surréaliste au sens de Magritte : si chaque mot du sujet est « déjà vu », mis ensemble, ils forment une œuvre surréaliste, une œuvre holistique et inédite, qui est en cours de construction, car « pas encore vue ». Le premier mot est « innovation », qui emporte la création de valeur, la nouveauté dans un champ donné, voire la rupture et la disruption dudit champ. Le deuxième est « social » : il fait écho à l'ancrage de cette innovation. Dit autrement, la valeur créée est à définir en rapport avec un groupe d'individus formant un tout, comme une société, mais aussi une organisation. Le troisième mot, « design », se réfère à ce qui est de l'ordre de la conception, de la créativité sous contraintes ; la dimension formelle et culturelle du résultat et du processus y conduisant est tout aussi importante que les dimensions fonctionnelle et économique. Le quatrième et dernier mot, « santé », ouvre un imaginaire spécifique à « l'innovation sociale par le design », car il touche au registre de la vie, et parfois de la maladie et de la mort. Il regroupe alors l'ensemble des acteurs de ce monde, tout comme les institutions permettant la réalisation de la pratique des soignants.

Si chacun de ces mots n'est pas un inconnu, force est de reconnaître, toutefois, que la littérature n'en propose pas des définitions univoques. C'est pour cette raison que nous proposons ce premier cadre définitoire très simple et basique, car l'œuvre que représente « l'innovation par le design en santé » est bien plus complexe et riche pour l'ensemble des auteurs réunis dans ce livre. En effet, ce thème est très peu traité comme cet ouvrage académique propose de le faire : celui-ci regroupe des connaissances défendues par des experts académiques, des chercheurs, des praticiens en management, en design et en santé. Entrer dans ce livre revient dès lors à entrer dans une œuvre géante comme les installations immenses de Richard Serra au musée Guggenheim de Bilbao. L'espace créé par ce thème ouvre des perspectives de recherche très grandes en management, en design et en santé, dans lesquelles il faut entrer tout entier, de la tête au pied, déambuler à travers les pages pour aborder le sujet avec le triple regard ici proposé : c'est l'ambition de ce livre.

Pourtant, de telles perspectives paraissent évidentes lorsque l'on y réfléchit ne serait-ce qu'un instant, pour au moins deux raisons. Premièrement, en constante évolution, le secteur de la santé en France fait face à des défis complexes et multidimensionnels (Sebai 2021b). Par exemple, du côté des patients, les attentes sont croissantes pour accéder à des soins de qualité et sur tout le territoire, d'où un travail à mener pour lutter contre les déserts médicaux (Courie Lemeur *et al.* 2024). Ils ont également le souhait de participer aux choix les concernant, et donc de coconcevoir les protocoles de soins, d'autant qu'ils deviennent de plus en plus informés (Yatim et Sebai 2023). Les patients ont aussi besoin de se sentir accompagnés, soutenus et en confiance avec les soignants, ce qui implique de prendre du temps, car la confiance ne se décrète pas (Sebai 2021a). Du côté des professionnels, rappelons qu'ils se heurtent aux nombreuses contraintes socio-économiques, humaines, juridiques et administratives qui caractérisent le secteur de la santé (Sebai et Szostak 2023). Il manque de personnel soignant, lorsque certains ne veulent pas quitter le secteur¹. Le niveau de complexité pèse sur ces professionnels et les épuise, alors qu'ils aimeraient exercer leur métier dans un contexte propice à une carrière gratifiante et épanouissante.

Deuxièmement, la conclusion récurrente des enquêtes menées par les experts de la santé, par les chercheurs et même par les collectifs de patients est d'affirmer la nécessité urgente de redéfinir en profondeur les modèles de soins et de pratiques de management dans les établissements de santé. Le système en vigueur a certes réussi à répondre à de nombreuses crises, mais le prix économique, physique, humain, moral est trop important pour s'en satisfaire. Il convient dès lors d'imaginer de nouvelles manières

1. En France, par exemple, près d'un quart des infirmiers envisagent de quitter leur métier dans les cinq prochaines années. En Suède, près de 13 000 infirmiers auraient quitté leur métier, selon un rapport du Conseil national suédois de la santé (2024).

d'organiser, d'animer, de contrôler ce secteur (Courie Lemeur 2023). Mais, cela ne doit pas être mené sans rappeler l'ancrage social et sociétal de ce secteur.

Dans ce contexte, l'innovation sociale s'impose comme une approche prometteuse pour repenser les services et l'environnement de soins, enrichir la qualité de vie des professionnels, améliorer l'expérience des usagers et encourager des interactions plus harmonieuses entre les différents acteurs du système de santé. Qu'il s'agisse de services, de produits ou de processus, les organisations de santé cherchent en effet aujourd'hui à relever des défis centrés sur l'humain tout en intégrant les changements comportementaux nécessaires au sein de leurs équipes et chez leurs partenaires.

Pour concrétiser cette transformation, certaines organisations s'appuient sur les outils et méthodes du design. Cette discipline, dont les origines remontent à la première révolution industrielle, a progressivement développé des méthodes telles que le *design thinking* et des outils comme la carte d'empathie, les *personae* et le prototypage, qui s'inspirent des sciences humaines et sociales (anthropologie, sociologie, psychologie, histoire, etc.). Appliqué au domaine de la santé, le design vise à améliorer les interactions entre les multiples dimensions du système de soins en créant des solutions qui tiennent compte des besoins et des valeurs des patients, tout en respectant les contraintes des professionnels de santé. Cette approche permet aux acteurs de santé de poser de nouvelles questions centrées sur l'humain et d'élaborer des réponses innovantes en collaboration avec des experts issus de disciplines variées. Cependant, il est encore rare que de telles pratiques soient largement diffusées dans le domaine de la santé en France, et les initiatives innovantes rencontrent souvent des obstacles d'ordre organisationnel, culturel, financier ou juridique.

C'est pourquoi cette introduction au livre *L'innovation sociale par le design en santé* propose dans une première section de revenir sur les résultats majeurs de recherches sur le sujet, puis, dans une seconde section, de présenter le livre dans son ensemble – sachant que chaque introduction de partie présentera les textes qui suivront.

I.1. L'innovation sociale par le design en santé : contours de l'objet de recherche

I.1.1. Des recherches en innovation sociale par le design

L'objet de recherche abordé dans ce livre fait tout d'abord référence à un premier objet qui est celui de « l'innovation sociale », qui est bien distinct de celui de « l'innovation technologique » au sens du Manuel d'Oslo. Ce concept n'est pas nouveau, car, selon Moulaert *et al.* (2007), il remonte au XVIII^e siècle. Mais, il a pris un réel essor dans la littérature en économie et management dans les années 2000. En revanche, le concept

est à apprécier comme « un tout » ; il ne s'agit pas de considérer le concept de « l'innovation » auquel serait ajouté l'adjectif « social ». En d'autres termes, il n'y a pas d'innovation « non sociale ». Ce concept forme une unité qui est à comprendre comme concourant, premièrement, à chercher un gain qui n'est pas marchand ni organisationnel, mais social, comme la réduction des discriminations, l'inclusion des personnes vulnérables, l'accès à la santé pour tous, etc. (Moulaert *et al.* 2007, Richez-Battesti *et al.* 2012 ; Muller 2021). Deuxièmement, l'innovation sociale implique de très nombreuses parties prenantes, qui plus est de nature variée, ce qui rend plus complexe sa conception. Il y a des organisations comme des associations, des mutuelles, des coopératives ou des fondations, des institutions telles que l'État, des ministères, des élus, des établissements de l'enseignement, mais aussi des individus qui peuvent être des entrepreneurs sociaux, des bénévoles, des militants, des bénéficiaires.

Par ailleurs, Muller *et al.* (2024) rappellent que les innovations sociales sont encastées dans des dynamiques spécifiques, qu'il convient de préciser en détail. Les acteurs engagés dans le développement des innovations sociales ont un profil d'experts de ces dynamiques, car ils doivent manœuvrer avec elles et identifier lesquelles peuvent être propices à la conception, à l'implémentation et à la pérennité de l'innovation. Il est aussi nécessaire de maîtriser les connexions entre les parties prenantes. En raison de ce contexte, les innovations sociales sont souvent l'occasion d'expérimenter concrètement une gouvernance démocratique (Yatim et Sebai 2023). Dans la lignée de Sebai (2020), Muller *et al.* (2024) insistent sur le rôle joué désormais par les outils du numérique et l'intelligence artificielle : ils sont des moyens qui permettent d'atteindre une autre finalité que celle généralement induite par la technologie, en l'occurrence une finalité marchande. Ces outils permettent la transformation des rapports sociaux et une instruction originale des problèmes.

Ceci étant posé, il convient désormais de préciser ce que la littérature dit de « l'innovation sociale par le design ». Tout d'abord, il faut comprendre que ce concept forme une unité conceptuelle, dans la mesure où il est issu des travaux en design. Ce concept n'est pas nouveau, mais il ressort fortement depuis quelques années du fait des mutations sociales, économiques et technologiques qui traversent notre société (Catoir-Brisson et Royer 2017). Nous ne pouvons pas considérer ce concept comme étant nouveau du fait des origines historiques du design. Les historiens du design comme Lucie-Smith (1983) ou de Noblet (1988) rappellent, en effet, que le design prend naissance dans une société marquée par des bouleversements forts sur le plan de l'activité économique. Du monde de l'artisanat, où les produits sont conçus et fabriqués à la main et sur mesure, la société se tourne vers le monde industriel et donc celui de la massification et des machines. Le métier de designer vient proposer de concevoir de manière industrielle des produits pensés pour les besoins des utilisateurs, et non en fonction des contraintes techniques. La dimension sociale est ainsi inhérente au design depuis ses origines.

L'innovation sociale par le design met en avant le fait que l'innovation sociale est pensée à travers les méthodes du design. Dans ce sens, le chercheur Alain Findelli (2003) défend le fait que le design implique une recherche de projet, c'est-à-dire qu'il adopte une démarche itérative, processuelle, qui passe par l'action (Mulgan 2014 ; Catoir-Brisson et Watkin 2021). Cela implique une posture méthodologique particulière : collecter des données ethnographiques, par l'observation et des entretiens, mais aussi par le « faire ». C'est ainsi que les itérations aboutissent à des maquettes. Celles-ci sont des intermédiaires entre les parties prenantes pour « négocier et [se] rencontrer » (Szostak et Muller 2023). En effet, une maquette est la traduction d'idées dessinées à la main ou, désormais, avec une intelligence artificielle. Cette traduction matérielle et tangible résulte des observations, mais aussi des débats potentiels autour des maquettes antérieures. À force de réitération, naissent des *proofs of concept* (ou POC), afin de valider la faisabilité d'une idée et d'évaluer l'investissement à faire (voir la figure I.1).

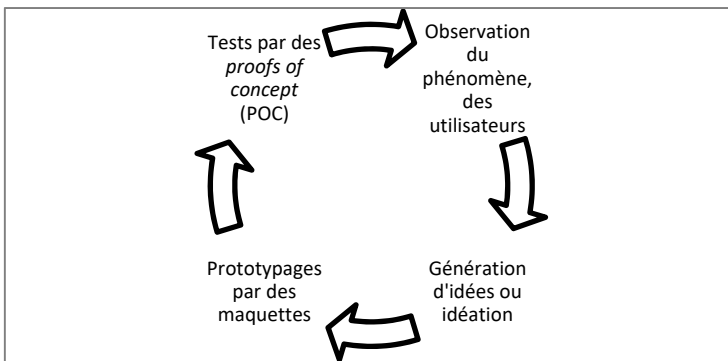


Figure I.1. Le cycle itératif du processus de conception en design

L'ensemble des précisions mentionnées jusque-là font partie de la construction de l'objet de recherche de ce livre : l'innovation sociale par le design en santé. Cela montre l'importance de se nourrir des connaissances issues des travaux en management de l'innovation sociale et de ceux en design. Cependant, comme indiqué, l'encastrement dans les dynamiques sociales et la prise en considération des parties prenantes engagées dans le projet obligent le chercheur comme le praticien à considérer le contexte. Et notre projet concerne la santé.

I.1.2. Le cas spécifique de la santé

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Si cela concerne le niveau individuel, de nombreux groupes

d'acteurs sont impliqués, à commencer par l'État, qui investit dans des dépenses de santé de manière non négligeable. Nous proposons dans cette section quelques faits saillants de la situation du secteur en considérant les enquêtes statistiques réalisées par Eurostat². Ces données viennent en complément des faits mentionnés précédemment dans cette introduction.

1.1.2.1. Des dépenses de santé importantes pour les pays de l'Union européenne

Le premier fait concerne les dépenses des gouvernements de l'Union européenne (UE) en santé. Selon Eurostat, elles sont en moyenne de 7,6 % du PIB en 2022 ; elles représentent le deuxième poste de dépenses (1 179 milliards d'euros) après la protection sociale (2 983 milliards d'euros) et avant les affaires économiques (918 milliards d'euros) (voir figure I.2).

Il existe des différences entre les pays. Les dépenses des États en santé sont réparties sur une échelle allant de 9,3 % pour l'Autriche à 4,4 % pour la Hongrie. En France, le gouvernement dépense 9,1 % du PIB en santé³ ; l'Allemagne est à 8,5 %, l'Italie à 7,1 % et l'Espagne à 6,9 %. Cet état de complet bien-être est dès lors un poste significatif pour beaucoup de pays (voir figure I.3⁴).

Cela ne recouvre pas, cependant, les mêmes types de dépenses. En moyenne en Europe, les États dépensent dans les produits, appareils et équipements médicaux à hauteur de 1,1 %, dans les services hospitaliers pour 3,2 % du PIB, dans la R&D en santé pour 0,1 %, dans les services de consultations externes/services ambulatoires pour 2,3 %, dans les services publics de santé pour 0,5 % et dans les autres services de santé 0,3 %. Il y a naturellement des différences selon les pays et les politiques mises en place (voir figure I.4 et tableau I.1).

TRADUCTION DES TERMES DE LA FIGURE I.2.— Social protection : *protection sociale* ; health : *santé* ; economic affairs : *affaires économiques* ; general public services : *services publics* ; public order and safety : *sécurité publique* ; defence : *la défense* ; recreation, culture and religion : *loisirs, culture et religion* ; environmental protection : *protection de l'environnement* ; housing and community amenities : *logement et équipements collectifs*.

2. Les données sont issues du site : <https://ec.europa.eu>.

3. En France, en 2023, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) augmente de 3,5 %, s'élevant ainsi à 325 milliards d'euros. Elle est portée par la forte hausse de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui augmente de 5,2 %, et des dépenses de soins de longue durée (+6,2 %), ces hausses venant contrebalancer la chute des dépenses de prévention (-38,3 %) (source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2024).

4. Les abréviations des noms des pays sont disponibles sur le site d'Eurostat (voir : <https://ec.europa.eu>).

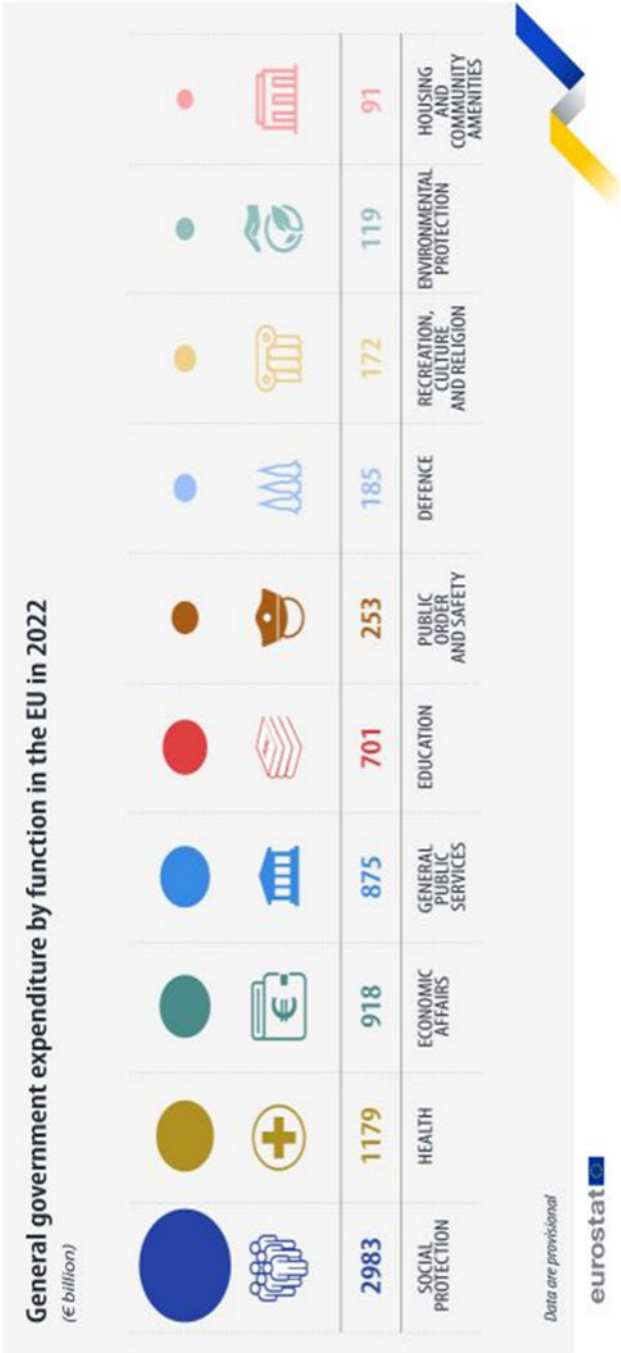


Figure I.2. Dépenses générales des États de l'UE en 2022, en milliards d'euros (source : Eurostat)

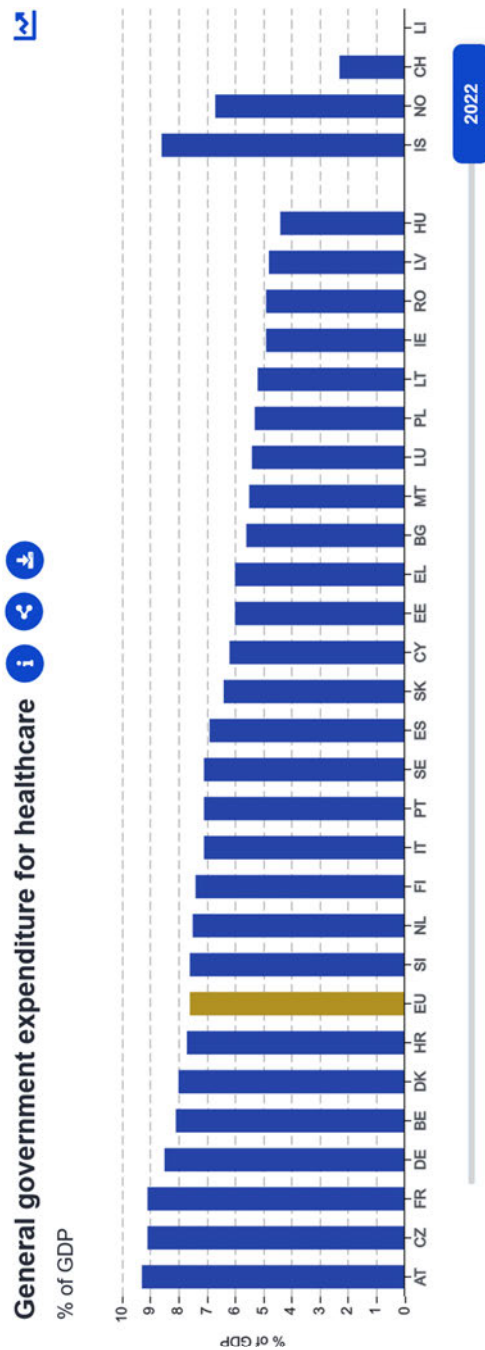


Figure I.3. Dépenses générales des États de l'UE en santé en pourcentage du PIB en 2022 (source : Eurostat)

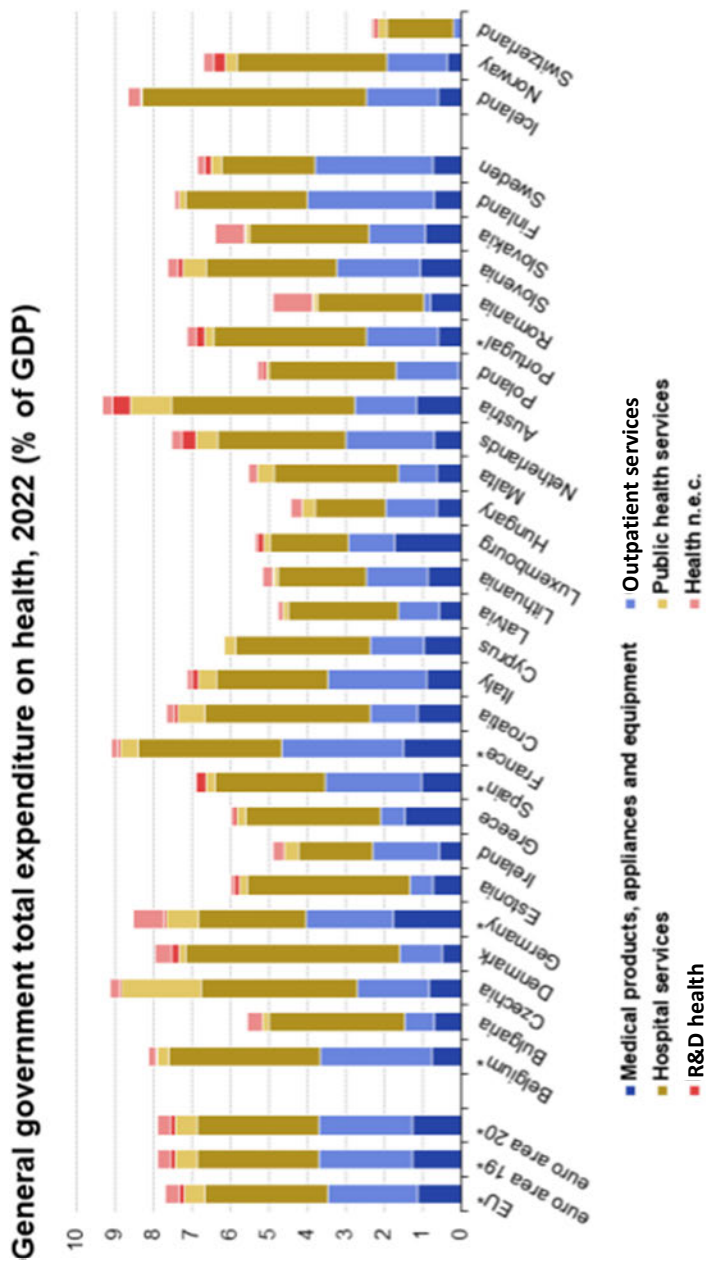


Figure I.4. Répartition des dépenses des États selon le type de dépense en santé en 2022 (en pourcentage du PIB) (source : Eurostat)

TRADUCTION DES TERMES DE LA FIGURE I.4.– Medical products, appliances and equipment : *produits, appareils et équipements médicaux* ; outpatient services : *services de consultations externes/services ambulatoires* ; hospital services : *services hospitaliers* ; public health services : *services de santé publique* ; R&D health : *R&D santé* ; health n.e.c. : *autres dépenses de santé*. * Données provisoires.

	Health	Medical products, appliances and equipment	Outpatient services	Hospital services	Public health services	R&D health	Health n.e.c.
EU*	7.7	1.1	2.3	3.2	0.5	0.1	0.3
euro area 19*	7.9	1.3	2.5	3.2	0.5	0.1	0.3
euro area 20*	7.9	1.3	2.4	3.2	0.6	0.1	0.3
Belgium*	8.1	0.8	2.9	3.9	0.3	0.1	0.2
Bulgaria	5.6	0.7	0.8	3.5	0.2		0.4
Czechia	9.1	0.8	1.8	4.1	2.1	0.1	0.2
Denmark	8.0	0.5	1.1	5.6	0.2	0.2	0.4
Germany*	8.5	1.8	2.3	2.8	0.8	0.1	0.8
Estonia	6.0	0.7	0.6	4.3	0.2	0.1	0.1
Ireland	4.9	0.6	1.7	1.9	0.4	0.0	0.3
Greece	6.0	1.4	0.6	3.5	0.2	0.1	0.0
Spain*	6.9	1.0	2.5	2.9	0.2	0.3	0.0
France*	9.1	1.5	3.2	3.7	0.5	0.1	0.2
Croatia	7.7	1.1	1.2	4.3	0.7	0.1	0.2
Italy	7.1	0.9	2.6	2.9	0.5	0.1	0.1
Cyprus	6.2	1.0	1.4	3.5	0.3	0.0	0.0
Latvia	4.8	0.6	1.1	2.9	0.1	0.0	0.1
Lithuania	5.2	0.9	1.6	2.3	0.1	0.0	0.3
Luxembourg	5.4	1.7	1.2	2.0	0.2	0.2	0.1
Hungary	4.4	0.6	1.3	1.8	0.3	0.0	0.3
Malta	5.5	0.6	1.0	3.2	0.4	0.0	0.3
Netherlands	7.5	0.7	2.3	3.3	0.6	0.4	0.3
Austria	9.3	1.2	1.6	4.7	1.1	0.5	0.3
Poland	5.3	0.1	1.6	3.3	0.1	0.1	0.1
Portugal*	7.1	0.6	1.9	4.0	0.2	0.2	0.2
Romania	4.9	0.8	0.2	2.8	0.1	0.0	1.0
Slovenia	7.6	1.1	2.2	3.4	0.6	0.1	0.3
Slovakia	6.4	0.9	1.5	3.1	0.1	0.0	0.8
Finland	7.4	0.7	3.3	3.2	0.1	0.1	0.0
Sweden	6.9	0.7	3.1	2.4	0.3	0.2	0.2
Iceland	8.6	0.6	1.9	5.8	0.0	0.0	0.3
Norway	6.7	0.4	1.6	3.9	0.3	0.3	0.3
Switzerland	2.3	0.0	0.2	1.7	0.3	0.1	0.0

Source: Eurostat (gov_10a_exp)

* provisional

eurostat 

Tableau I.1. Dépenses détaillées de santé des États en 2022
par fonction (source : Eurostat)

1.1.2.2. La population des soignants : des enjeux spécifiques

Le deuxième fait qui nous paraît important concerne la population des soignants, qui est de plus en plus en difficulté. Un des acteurs emblématiques du secteur de la santé est le médecin. Le nombre de professionnels est en baisse, ce qui rend d'autant plus difficile la lutte contre les déserts médicaux (Lemeur *et al.* 2024). Eurostat indique qu'en 2022, 69 279 médecins ont obtenu leur diplôme dans l'UE (voir la figure I.5).

Ce nombre représente environ 15,5 médecins diplômés pour 100 000 habitants, soit une légère baisse par rapport au ratio de 2021 (en l'occurrence 15,7). Il y a des disparités entre les pays (voir la figure I.5) : en Bulgarie, ce ratio est de 29,5, tandis qu'en Slovaquie, il est de 11,4. En France, le ratio est de 14,44 en 2021 et de 11,94 en 2020. En Allemagne, il est de 12,38 en 2022 et en Espagne de 13,25.

En plus de ce ratio qui baisse, l'OMS alerte les pays de l'UE sur le vieillissement de la main-d'œuvre dans les domaines de la santé⁵. Dans son rapport, l'OMS souligne que 40 % des médecins dans 13 des 44 pays examinés sont déjà âgés de 55 ans ou plus. Le docteur Hans Henri P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, précise : « S'ajoutent à cela des capacités de données inadéquates et une capacité d'analyse limitée, une gouvernance et une gestion défaillantes, une absence de planification stratégique et un investissement insuffisant dans le renforcement des effectifs. De plus, selon les estimations de l'OMS, environ 50 000 travailleurs de la santé et des soins pourraient avoir perdu la vie à cause de la Covid-19, rien qu'en Europe. »

Sur la base des dernières données disponibles pour 2022, l'OMS indique la répartition des soignants en Europe :

- 80 infirmiers pour 10 000 personnes ;
- 37 médecins pour 10 000 personnes ;
- 8 kinésithérapeutes pour 10 000 personnes ;
- 6,9 pharmaciens pour 10 000 personnes ;
- 6,7 dentistes pour 10 000 personnes ;
- 4,1 sages-femmes pour 10 000 personnes.

5. Communiqué de presse de l'OMS : « Une bombe à retardement : sans intervention immédiate, les pénuries de travailleurs de la santé et des soins dans la région européenne pourraient provoquer une catastrophe » (en date du 14 septembre 2022).

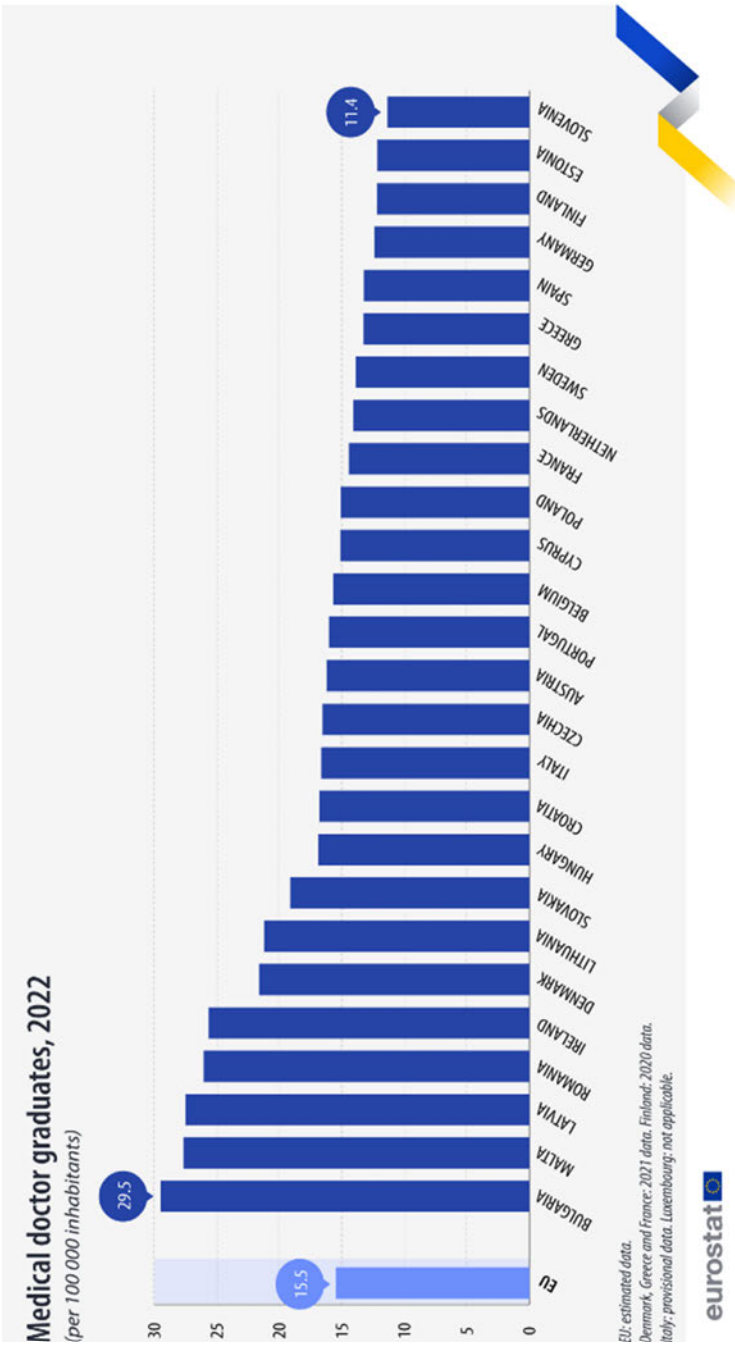


Figure I.5. Nombre de diplômés en médecine dans l'UE en 2022 (source : Eurostat)

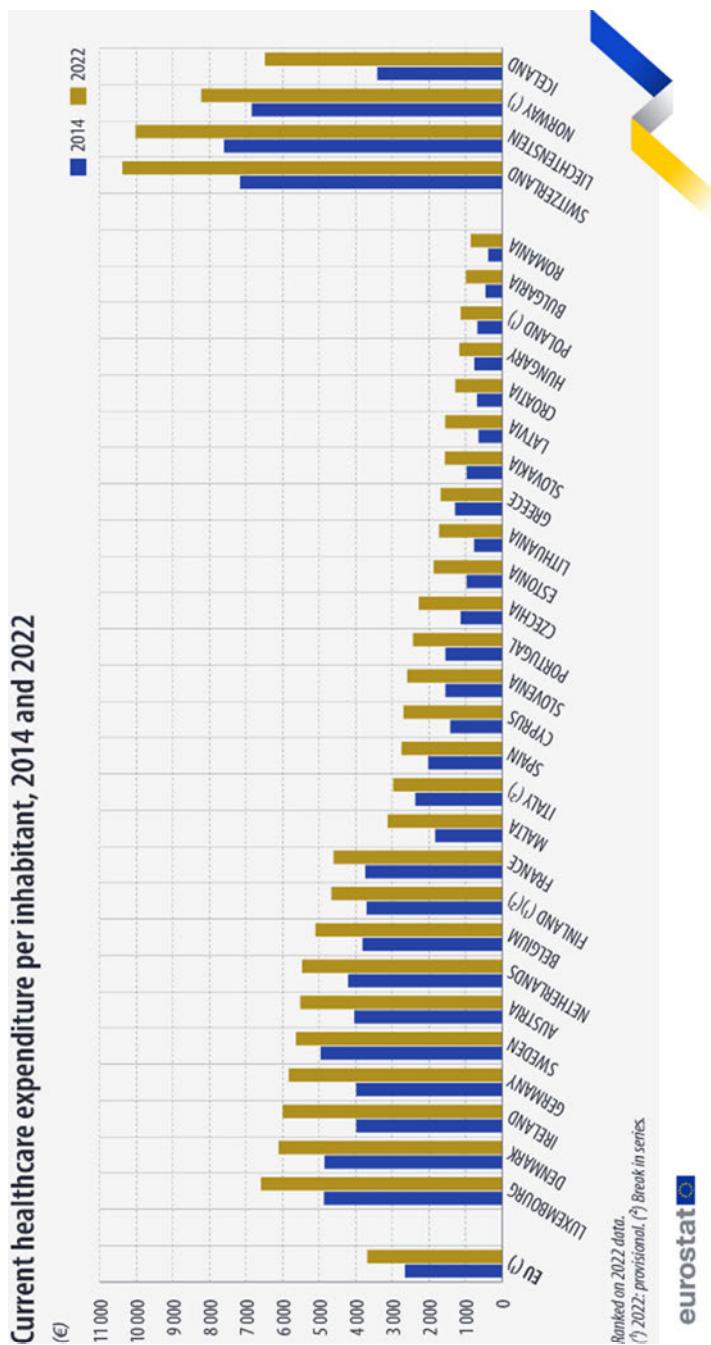


Figure I.6. Dépenses de santé par habitant en 2014 et 2022 dans l'UE (en euros) (source : Eurostat)

1.1.2.3. Des dépenses de santé importantes pour les patients

Le troisième fait saillant concerne les dépenses par habitant en santé, qui, sans grande surprise, augmentent. Selon Eurostat, en 2022, elles sont en moyenne de 3 685 € par habitant, soit une augmentation de 38,6 % par rapport à 2014 (2 658 €). Les dépenses moyennes les plus élevées ont été enregistrées au Luxembourg (6 590 € par habitant), au Danemark (6 110 €) et en Irlande (5 998 €). À l'autre extrémité de la fourchette, les dépenses les plus faibles ont été enregistrées en Roumanie (858 €), en Bulgarie (990 €) et en Pologne (1 137 €). La figure I.6 détaille ces dépenses par habitant et par pays en 2014 et 2022.

Face à la situation du secteur de la santé, il s'avère urgent de changer, de renouveler la manière de travailler, de s'organiser, de manager les équipes. L'OMS a proposé des actions claires en la matière (voir l'encadré I.1).

- 1) Mettre l'enseignement en phase avec les besoins de la population et les impératifs des services de santé.
- 2) Renforcer le perfectionnement professionnel pour doter les travailleurs de nouvelles connaissances et compétences.
- 3) Recourir davantage aux outils numériques qui aident les travailleurs.
- 4) Élaborer des stratégies pour recruter et maintenir en poste des travailleurs de la santé dans les zones rurales et éloignées.
- 5) Instaurer des conditions de travail propices à un équilibre sain entre travail et vie privée.
- 6) Préserver la santé et le bien-être mental des travailleurs.
- 7) Développer les capacités de leadership pour la gouvernance et la planification des effectifs.
- 8) Améliorer les systèmes d'information sanitaire pour mieux recueillir et analyser les données.
- 9) Augmenter les investissements publics dans la formation, le développement et la protection des travailleurs.
- 10) Optimiser l'emploi des fonds pour des politiques novatrices concernant les travailleurs.

Encadré I.1. Dix mesures de l'OMS/Europe pour renforcer le personnel de santé et de soins de la région

L'ensemble de ces faits nous conduit à comprendre qu'il faut garder à l'esprit plusieurs caractéristiques essentielles pour que soit rendue possible l'innovation sociale par le design en santé : 1) une prise en compte des acteurs variés (l'État, les structures de santé publique, les soignants, les patients et leurs proches), 2) une vision non exclusive de l'innovation technologique sans l'ignorer, car elle reste importante dans ce secteur (les équipements, les machines, etc.), et 3) une approche pluridisciplinaire.

En complément, une recherche récente centrée sur le domaine hospitalier met en lumière trois facteurs de réussite pour permettre l'intégration de l'innovation sociale par le design en santé (voir le tableau I.2) (Sebai et Szostak 2023). Cette recherche montre le rôle majeur de la direction de la structure, tout comme celui des porteurs des innovations sociales par le design. De plus, il paraît important de permettre aux parties prenantes d'ajuster les outils du design aux spécificités du secteur de la santé. Toutefois, Sebai et Szostak (2023) soulignent la nécessité de mener de nouvelles recherches pour approfondir l'articulation de la médecine normalisée et procédurale et une approche plus artisanale et personnalisée.

Propositions de facteurs de réussite	Définitions
Facteur de réussite n° 1 : l'appropriation par la direction générale de l'hôpital de l'innovation sociale par le design	La direction peut libérer des ressources matérielles (espace dédié, boîte à outils de design), humaines (poste, formation professionnelle) et financières (argent dédié au projet innovant) pour développer l'innovation par le design.
Facteur de réussite n° 2 : la légitimation et la défense par les acteurs porteurs de l'innovation sociale par le design	La structure du projet dans lequel l'innovation sociale se développe est reconnue par tout un chacun, tout comme l'ensemble des pratiques et des outils utilisés (travail d'équipe, réflexivité collective, <i>empowerment</i> des acteurs).
	Les porteurs, ou chefs de projet, sont légitimes dans leurs actions et ont des compétences en design, par la formation, l'expérience, la passion, etc.
Facteur de réussite n° 3 : la nécessaire concertation démocratique entre les acteurs et l'adaptabilité du design au contexte de l'hôpital	L'ensemble des parties prenantes (soignants, administratifs, patients, aidants) des problèmes instruits est sollicité.
	Sans ignorer la rentabilité, les indicateurs d'évaluation de la performance de l'innovation sociale par le design prennent en compte la nature de « service public » de l'hôpital.

Tableau I.2. Facteurs de réussite du développement de l'innovation sociale par le design en santé (Sebai et Szostak 2023)

En résumé, bien que l'innovation sociale par le design en santé soit en développement depuis plusieurs années, il reste essentiel de continuer à explorer ce concept afin de mieux comprendre sa réalité et les modalités concrètes de sa mise en œuvre. Ce livre répond à ce double objectif. Et nous avons fait des choix pour y parvenir – choix qui sont détaillés dans la section I.2 de cette introduction.

I.2. Présentation de l'ouvrage

L'ouvrage *L'innovation sociale par le design en santé* (volume 1 et volume 2) résulte d'un travail initié en 2021 par les directrices de l'ouvrage. Il s'est d'abord traduit par une première réflexion académique (Sebai et Szostak 2023), puis par l'organisation d'un workshop en avril 2023, dont le thème était celui de ce livre. La journée explorait le potentiel du design dans l'innovation sociale appliquée au secteur de la santé. Eu égard à l'écho positif reçu par les chercheurs et les professionnels, le projet de l'ouvrage a été lancé dans la foulée.

Fondamentalement, ce livre vise à proposer un nouvel espace de réflexion et d'échanges où les perspectives interdisciplinaires – en sciences de gestion, design, droit et santé publique – convergent pour encourager le renouveau des pratiques de gestion et de soins en France, en se focalisant sur l'innovation sociale par le design comme un levier de transformation⁶. D'autres espaces avec ce même objectif existent déjà grâce aux activités menées par des chercheurs et des professionnels dans le secteur de la santé. En effet, la communauté des designers réfléchit depuis longtemps à la question de la santé et très tôt dans leur carrière en général (Catoir-Brisson et Royer 2017). C'est le cas des projets de fin d'études de jeunes designers qui portent régulièrement sur le sujet de la santé (la naissance, la fin de vie, le handicap, le soin et le *care*). En cela, les jeunes designers s'inscrivent dans les pas de designers anciens comme Ray et Charles Eames, qui se sont investis dans les années 1940, lors de la Seconde Guerre mondiale, dans la conception de produits tels que des attelles ou des brancards. Ces projets d'étudiants s'inscrivent aussi dans des dynamiques internes à leurs écoles, qui proposent des événements pédagogiques à destination des directeurs d'hôpital et des soignants. C'est ce que font

6. Nous remercions tous les participants à cette journée de recherche en avril 2023 : Annie Bartoli (professeur des universités, directrice du laboratoire LAREQUOI, UVSQ, Paris-Saclay), Adrienne Reix-Troy (praticienne hospitalière, AP-HP), Antoine Fenoglio (designer et fondateur des Sismo), Cynthia Fleury (professeur des universités en philosophie, CNAM), Marie Coirié (designer, codirectrice du lab-ah à l'hôpital Sainte-Anne à Paris), Carine Delanoë-Vieux (docteur en arts visuels, codirectrice du lab-ah à l'hôpital Sainte-Anne à Paris), Sylvain Gautier (médecin de santé publique et médecine sociale, praticien hospitalier universitaire, UVSQ) et Mathias Béjean (professeur des universités, laboratoire IRG, université Paris-Est-Créteil).

notamment l'école de design en France ENSCI-Les Ateliers ou encore l'équipe de recherche en design et innovation sociale de l'université de Nîmes, PROJEKT. Parmi ces espaces de réflexion et d'échanges entre des professionnels du design et des entreprises, mais aussi des chercheurs, il y a également des événements emblématiques, comme depuis 1998 la Biennale internationale du design de Saint-Étienne, en France. Lors de cette manifestation, des designers, des artistes, des écoles proposent des réflexions sur les objets pour montrer aux visiteurs l'utilité du design. Sans grande surprise, le sujet de la santé et du soin est partie intégrante de cette manifestation. Plus récemment, un nouvel espace a été créé : le réseau du design hospitalier ; il a été fondé pour regrouper les designers travaillant au sein de l'hôpital et pour l'hôpital. Le tableau I.2 explique ce qu'est le design hospitalier pour ses membres. L'accent est porté sur la vision holistique de cette pratique, sur la prise en considération des patients, des soignants, des familles, etc., et sur sa forte dimension innovante et créative.

Ainsi, grâce à de tels espaces de réflexion et d'échanges, le sujet de l'innovation sociale par le design en santé est diffusé dans la société et dans l'économie. Ce livre y contribue en offrant un nouvel espace. Il convoque des auteurs variés du fait de leur ancrage disciplinaire, de leur rattachement institutionnel et de leurs expériences professionnelles et académiques. En effet, le choix a été fait de donner la parole sur invitation à des chercheurs et à des professionnels de la santé, du management ou du design. Certains auteurs occupent une double casquette : ils pratiquent leur métier en tant que professionnels en santé, en design ou en management, mais ils mènent en parallèle leurs activités de recherche. C'est le cas de praticiens hospitaliers, de designers ou de consultants experts. Ces invitations ont été lancées en premier aux participants à la journée tenue en avril 2023. Puis, nous avons sollicité des auteurs rencontrés au cours de nos propres activités académiques. Finalement, une vingtaine d'auteurs ont accepté d'entrer en dialogue avec le thème du livre. Tous les textes ont été évalués au moins à deux reprises pour garantir aux lecteurs un niveau scientifique à la hauteur de leurs attentes. La collection du livre étant orientée vers le management, nous avons davantage accompagné les auteurs néophytes en matière d'écriture académique dans le champ des sciences de gestion et du management. Nous avons souhaité, en outre, permettre à certains auteurs de partager leur analyse du sujet en tant que « grands témoins ». C'est ainsi que s'expriment Adrienne Reix-Troy en tant que médecin dans cette introduction et, dans la partie 3 qui se trouve entièrement dans le volume 2, Antoine Fenoglio comme designer et Anne-Marie Sargueil comme présidente de l'IFD (Institut français du design).

Les textes sont répartis en trois grandes parties : les deux premières sont réunies dans ce volume 1, tandis que la troisième est dans le volume 2. Dans la première partie, nous posons le cadre conceptuel de ce que l'on entend par l'innovation sociale par le design en santé. Les quatre textes sont rédigés par des chercheurs, Aline Courie Lemeur, Nathan

Bourges, Fatima Yatim et Corinne Rochette, ainsi que deux expertes du design hospitalier, Christelle Carrier et Anne-Laure Desflaches. L'objectif est de comprendre davantage le sujet étudié dans le livre en mettant en avant les questions qui se posent notamment en matière de leadership, d'implication des citoyens dans les innovations sociales par des mécanismes de démocratie, et de nécessité d'intégrer une vision systémique et les sciences participatives dans l'innovation sociale par le design en santé.

La deuxième partie propose cinq chapitres qui montrent comment implémenter l'innovation sociale par le design dans le secteur de la santé. Elle avance le fait qu'il faut en revanche spécifier le secteur de la santé, qui reste très large. Ainsi, Sylvain Gautier explique l'apport que le design peut avoir dans la structuration des soins primaires. Brigitte Borja de Mozota insiste sur la nécessité d'implémenter ce type d'innovation en cherchant à « faire société ». Yasmine Saleh, Kathryn Ernecq et Clément Bataille étudient l'importance de penser la mesure des projets avec le design dans les start-up de la medtech. Les avancées technologiques et scientifiques posent des questions en matière de données de santé, ce qu'Alexandre Quiquerez traite dans son texte. Ces avancées restent au cœur de cette partie avec le texte de François Lenfant qui détaille comment les hôpitaux pourraient les exploiter de manière efficiente.

« Le design hospitalier est une manière créative, collaborative et tournée vers l'humain de concevoir et de résoudre des problèmes à l'hôpital en se basant sur l'expérience des patients, des professionnels et des familles », Irene López Abarca, designer, CHU d'Angers.

« Le design hospitalier, c'est prendre en considération les expériences de chacun.es en créant des espaces de dialogue et de création entre les professionnels de santé, les patients et les aidants qui permettent d'aboutir à des solutions originales et coconçues », Léa Schiavone, design, hospitalisation à domicile, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

« Le design hospitalier, c'est redonner de l'autonomie à l'hôpital, de court-circuiter les temps à rallonge de l'administratif. C'est aussi et surtout d'écouter les futurs usagers pour être au plus juste de leurs besoins, leur donner corps et place dans les processus de soins de plus en plus distants et froids », Lilas Doat Tan Ham, designer, la Cité culturelle de l'EPS Barthélemy Durand.

« Le design hospitalier aide à améliorer l'expérience des professionnels et des patients. Il est un formidable outil au service de l'innovation hospitalière. C'est aussi un levier de transformation extrêmement fort qui doit aider nos établissements à faire évoluer leurs stratégies et gagner en efficacité par une meilleure analyse et une meilleure prise en compte des usagers », Matthieu Ruthy, chef de projet design, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

« Le design offre aux hospitaliers de nouveaux outils pour décaler leur posture de pilotes de projet et pour impacter la culture managériale », Elsa Boubert, responsable de la filière D3S, coordinatrice du réseau CAFDES, EHESP.

« Être designer hospitalière, c'est s'immerger au cœur de l'hôpital, questionner les usages des lieux et comprendre les besoins de tous les acteurs. Le design permet ensuite de proposer des solutions concrètes, accessibles et coconstruites avec les usagers pour transformer l'expérience hospitalière », Mélisse Martin, designer hospitalière, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

« Pour moi, le design hospitalier rend possibles le dialogue et la collaboration entre différentes cultures professionnelles au service d'une ingéniosité collective », Christelle Carrier, responsable de la Fabrique de l'hospitalité, Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

« Le design en psychiatrie, c'est favoriser la relation à soi et aux autres à travers la conception de dispositifs qui soutiennent les pratiques soignantes et les interactions entre les usagers », Anne-Lise Vernejoul, designer, lab-ah, GHU Paris.

« Le design hospitalier, c'est travailler AVEC et POUR les patients et soignants sur le développement de solutions améliorant leur parcours de soins de qualité de vie », Sarah Benessiano, designer, chargée opérationnelle *living lab*, Institut du cerveau.

« Le design à l'hôpital n'est pas une évidence, mais il peut y jouer un rôle clé ! L'objectif est de placer la créativité au cœur des stratégies d'innovation, pour accompagner les hôpitaux, les pôles, les services et les agents dans leurs projets. Le design permet de faire converger ces différentes expertises autour de la transformation de l'hôpital, de ses environnements et de ses processus », Antonin Gauthier, designer, CHU de Bordeaux.

« Le design s'imisce là où il y a un déséquilibre dans un processus de conception. C'est un levier de performance à externalités positives avec une approche singulière en proximité du terrain et une éthique des petits pas. Au contact du milieu de l'hôpital, le design amène des perspectives de sens, de mise en lien et de nouvelles valeurs dans le soin », Hadrien Millet, chef de projet innovation, CHU de Montpellier.

« Le design hospitalier, c'est donner forme, concrètement et dans toutes ses dimensions, à l'hospitalité dans les services de soins », Marie Coirié, directrice du lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences.

« Selon moi, être designer hospitalier, c'est permettre aux idées de terrain de voir le jour, au travers d'une gestion de projet centrée sur les humains qui interagissent avec l'hôpital. Le designer hospitalier est là pour aider à améliorer les prises en charge, les conditions de travail des agents hospitaliers, pour penser la relation soignant/soigné et la place des aidants familiaux. Être designer hospitalier, c'est finalement penser l'hospitalité à l'hôpital », Mathilde Signeux, designer, EPSM de la Sarthe.

Encadré I.2. Citations de membres du Réseau du design hospitalier
(source : page professionnelle du réseau sur LinkedIn)

À partir de six chapitres, le volume 2 de ce livre propose la troisième partie, qui a pour objectif de prendre du recul sur l'innovation sociale par le design en santé grâce à des retours d'expériences et de mettre en lumière les enjeux posés. Cela commence par le témoignage d'Antoine Fenoglio, qui est designer expert du *care*. Ensuite, Marie Coiré et Carine Delanoë-Vieux reviennent sur leur travail important au sein du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, où elles dirigent, au moment de la rédaction du chapitre, un laboratoire de design hospitalier : le lab-ah. Mathias Béjean et Anaïs Garin montrent à l'aide de trois études de cas ce qu'apporte l'utilisation des *Concept Maturity Levels* (CML) lors du développement des innovations dans le secteur de la santé. Isabelle Vérilhac et Nathalie Cohet montrent, de leur côté, à l'aide de quatre études de cas du territoire de la ville de Saint-Étienne, qui est une ville créative en design, que l'innovation sociale impacte les pratiques organisationnelles des entreprises du secteur ; il faut donc les accompagner. Il est aussi important de les récompenser pour le travail qu'elles font : c'est ce que montre Anne-Marie Sargueil à travers son témoignage concernant les Janus de la santé de l'IFD. Pour terminer, Estelle Guerriy et Muriel Gineste illustrent comment l'innovation sociale par le design peut s'appliquer dans le cas de l'alimentation des personnes âgées, en insistant sur l'importance de développer des solutions biomédicales et sociales.

L'ouvrage se termine par une conclusion générale, présente dans le volume 2, qui a pour objectif de revenir sur des idées clés abordées dans les trois parties et de proposer des pistes de réflexion et d'échanges dans les prochaines années.

En somme, ce livre offre aux contributeurs, chercheurs et praticiens, qu'ils aient participé ou non au workshop, l'opportunité d'approfondir les thématiques abordées lors de l'événement au sein de chapitres détaillés. Certains chapitres reprennent les questions soulevées durant les échanges de 2023 et examinent les enjeux qui touchent les acteurs, organisations et autorités publiques dans les secteurs de la santé et de l'action sociale, dans une perspective pluridisciplinaire permettant de mieux saisir leurs dynamiques. Cet ouvrage ambitionne de devenir une référence pour les chercheurs, doctorants et professionnels de santé et du design. Il veut contribuer ainsi au développement de la recherche et de l'innovation en santé, pour que ce qui n'est « pas déjà vu » devienne une œuvre réelle et stimulante.

I.3. Témoignage introductif d'un médecin engagé, docteur Reix-Troy : design et environnements de santé

« Médecin depuis plus de vingt ans, j'ai eu la chance d'exercer au sein de l'hôpital public, dans divers domaines qui partagent tous un point commun : la nécessité d'adopter une approche globale, prenant en compte les aspects médicaux, psychologiques et

sociaux afin d'offrir à chaque patient les soins nécessaires pour améliorer sa santé, en se référant aux multiples dimensions de la santé définies par l'OMS.

J'ai principalement exercé en tant qu'urgentiste, mais j'ai également travaillé en réanimation médicale et dans une PASS (permanence d'accès aux soins de santé) offrant un accès aux soins gratuit aux personnes en situation de précarité au sein de l'hôpital. Convaincue de l'importance de dispenser des soins de manière holistique, j'ai complété par la suite mon parcours en me formant aux soins palliatifs et à la gériatrie clinique.

De ces années de pratique clinique à l'hôpital, je retiens l'engagement de la grande majorité de mes collègues dans le soin et la relation avec les patients, ainsi que l'esprit d'équipe, qui aide à traverser les épreuves professionnelles, à faire face à des situations parfois dramatiques, et dans tous les cas, à préserver l'humanité indispensable au "prendre soin".

Au fil du temps, j'ai été témoin de la perte de sens dans la vie professionnelle de nombreux collègues, une lassitude latente qui a été exacerbée par la pression sanitaire liée à la Covid-19 et les cadences imposées, sans recevoir une reconnaissance institutionnelle à la hauteur de leurs attentes. Cela a entraîné des départs massifs, entraînant un surcroît de travail pour ceux qui restaient et la fermeture de nombreux lits, provoquant un engorgement augmenté dans les services d'urgences. Cela étant, j'ai "découvert" le design il y a cinq ans de manière fortuite, lors de ma formation en MBA en management et communication de la santé. Je m'y étais inscrite, car je cherchais des moyens efficaces et innovants pour rétablir la motivation des soignants avec lesquels je collaborais et pour maintenir la qualité des soins au sein de l'institution hospitalière publique.

Mon intérêt pour le design a été instantané. Ma conviction initiale s'est confirmée : collaborer avec des designers dans nos projets, appliquer leurs méthodes dans nos environnements hospitaliers et encourager la créativité collective permet de soulager et d'apaiser une partie des maux de l'hôpital. Le design s'intègre naturellement dans l'éthique du *care*, du "prendre soin".

C'est ainsi que pendant deux ans, de 2021 à 2023, j'ai participé avec la direction de l'innovation et de l'expérience patient à un programme de soutien à l'intrapreneuriat des équipes de soins en hospitalisation à domicile (HAD) à l'AP-HP. Ce programme nommé "Carte blanche" visait à améliorer la qualité de vie des soignants, des patients et de leurs proches aidants. Pour participer, il suffisait de présenter un problème organisationnel "résistant" au quotidien (par exemple : améliorer la communication au sein d'une équipe, renforcer le tri des déchets professionnels au domicile des patients, proposer des méthodes complémentaires pour soulager les douleurs et l'anxiété réfractaires aux médicaments, etc.). Les équipes porteuses de projet étaient constituées d'une dizaine de

personnes associant soignants et professionnels de l'HAD concernés par la problématique au quotidien. Les groupes pluriprofessionnels ont donc associé aussi des secrétaires d'unités de soins ou de plateformes, des agents de logistique, des cadres de santé, etc. Enfin, il était demandé de savoir définir un périmètre limité pour mener les tests en lien avec les prototypes de solutions.

Au total, huit projets ont impliqué plus de cinquante professionnels que nous avons accompagnés en suivant l'approche du design, éclairés par notre designer (voir figure I.7). Les quatre étapes principales suivies par les équipes étaient les suivantes :

- compréhension approfondie des besoins de toutes les personnes concernées grâce à des enquêtes, des immersions et des entretiens ;
- organisation d'ateliers de coconstruction pluriprofessionnels pour générer des idées et des solutions ;
- réalisation de prototypes simples et tests en situation réelle ;
- finalisation des solutions et diffusion dans toute l'HAD.

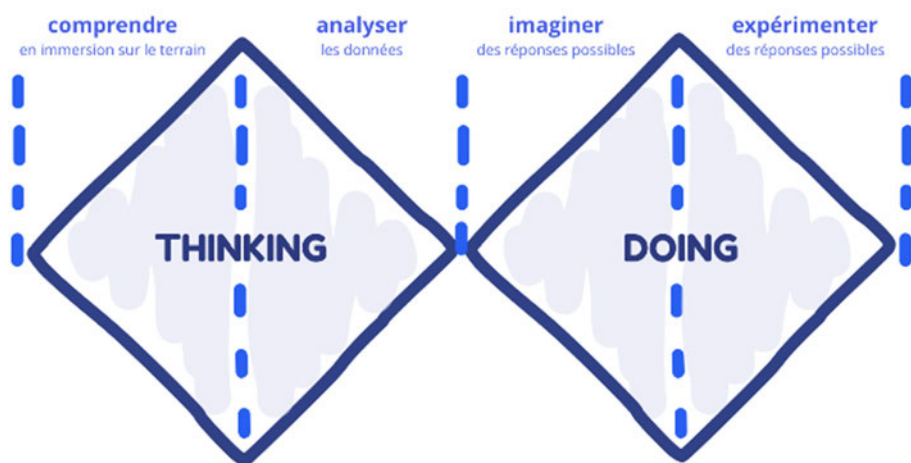


Figure I.7. Image du double diamant illustrant la façon de travailler du designer et appliquée aux projets d'innovation centrés sur l'humain

Les solutions qui ont découlé de ce programme ont permis de répondre à plusieurs enjeux. Il y a eu, entre autres, l'amélioration de la prise en charge de la douleur au domicile par le biais de la musicothérapie pour les enfants et les adultes, ou encore des

vidéos de formation. Une autre solution concernait l'amélioration de la communication interne au sein des équipes de soins et la formation au tri des déchets grâce à deux jeux "sérieux" pour les professionnels ; ils ont pris la forme de jeux physiques et numériques qui ont été déployés dans les unités de soins, et qui font partie aujourd'hui du plan de formation des professionnels et sont animés par des facilitateurs formés en interne.

Désormais, je collabore avec des designers dans d'autres hôpitaux de l'AP-HP pour améliorer les parcours avec la ville et l'expérience des patients dans les services de soins. À mes yeux, la véritable valeur de cette démarche réside non seulement dans les solutions apportées, mais aussi dans la compréhension approfondie des enjeux pour tous les usagers (professionnels, soignants, patients et leurs proches), dans l'intégration du collectif à chaque étape du processus et dans le rétablissement du sentiment de fierté lié à la réussite d'un projet porteur de sens et d'améliorations au quotidien (avec une note moyenne de satisfaction de 8,6/10 parmi les participants au programme "Carte blanche").

De mon point de vue, les bénéfices du design en santé sont multiples. Premièrement, pour les soignants, il rétablit le sentiment d'appartenance grâce à une approche intégrative et participative ; cela leur permet de se sentir écoutés à nouveau, de vivre une transformation émotionnelle et de se développer personnellement. Deuxièmement, il permet d'offrir aux patients et à leurs proches une meilleure expérience des soins, des séjours à l'hôpital, des relations humaines et de l'environnement, autant d'éléments essentiels à la réussite du projet thérapeutique. Troisièmement, au niveau des services et des unités de soins, il réunit les acteurs autour de projets communs, réanime les services et améliore le quotidien par les solutions qu'il engendre. Enfin, à l'échelle systémique, il renforce la création de valeur, améliore l'expérience et les parcours des patients. Il renforce l'attractivité et la fidélisation des soignants qui participent à la coconstruction des projets qui les concernent.

Finalement, je considère que le design collaboratif s'avère être une solution pour résoudre des problèmes complexes, stratégiques et transversaux dans un environnement hospitalier souvent compartimenté, en encourageant l'ouverture et la créativité, en ravivant le désir de travail d'équipe et en recentrant le patient au cœur des préoccupations. Il est encourageant de noter qu'à l'instar des modèles américains, anglais et scandinaves, de nombreux hôpitaux en France commencent à comprendre l'intérêt du design et intègrent des designers au sein de leurs équipes, à Montpellier, Bordeaux, Nantes et ailleurs.

En renforçant les liens entre les soignants, les patients et leurs proches, l'hôpital s'engage dans une démarche holistique, permettant d'imaginer des solutions et des parcours qui jettent les bases d'un avenir nouveau. »

I.4. Bibliographie

- Catoir-Brisson, M.J., Royer, M. (2017). L'innovation sociale par le design en santé. *Sciences du design*, 6, 63–77.
- Catoir-Brisson, M.J., Watkin, T. (2021). Quand le design social renouvelle les méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. Retour réflexif sur deux recherches-projets en santé et habitat. Dans *Art et innovation sociale : définitions citoyennes et territoriales*, Agbessi, E. (dir.). L'Harmattan, Paris, 149–168.
- Courie Lemeur, A. (2023). *Innovation, intelligence collective et résilience des organisations de santé*. ISTE Editions, Londres.
- Courie Lemeur, A., Gautier, S., Szostak, B.L., Herr, M., Jossieran, L. (2024). Réussir la mise en place d'une démarche de consilience pour combattre les déserts médicaux. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 42 (3–4), 90–111.
- De Noblet, J. (1988). *Design : le geste et le compas*. Somogy, Paris.
- Findeli, A. (2003). Design et complexité : un projet scientifique et pédagogique à visée transdisciplinaire. *L'Autre forum*, 7(3), 11–17.
- Lucie-Smith, E. (1983). *A history of industrial design*. Phaidon, Oxford.
- Moulaert, F., Martinelli, F., González, S., Swyngedouw, E. (2007). Introduction: Social Innovation and Governance in European Cities: Urban Development Between Path Dependency and Radical Innovation. *European Urban and Regional Studies*, 14(3), 195–209.
- Mulgan, G. (2014). *Design in public and social innovation. What works and what could work better*. Nesta, Londres.
- Muller, P. (2021). La production des innovations sociales : une analyse par le modèle de l'écologie créative. *Technologie et innovation*, 21(6), 1–12.
- Muller, P., Szostak, B., Andion, C. (2024). La production des innovations sociales à l'ère de la créativité et du numérique : l'importance de l'encastrement, de la construction des communs et des interactions sociales. *Management international*, 28(4), 7–13.
- Richez-Battesti, N., Petrella, F., Vallade, D. (2012). L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : quels enjeux et défis pour l'analyse ?. *Innovations*, 38(2), 15–36.
- Sebai, J. (2020). La e-santé et le patient 2.0 : la colonisation démocratique !. *Marché et organisations*, 2(38), 123–144.
- Sebai, J. (2021a). De l'expérience à la satisfaction patients : force d'amélioration en France !. *Vie et sciences de l'entreprise*, 1(211/212), 137–158.

- Sebai, J. (2021b). Défis, freins et leviers liés à l'implantation du case management en psychiatrie. Dans *Case management en psychiatrie*, Gozlan, G. (dir.). Elsevier Masson, 153–162.
- Sebai, J., Szostak, B.L. (2023). L'innovation sociale par le design à l'hôpital : enjeux et propositions de conditions de réussite. Dans *Intelligence collective et résilience des organisations*, Courie Lemeur, A. (dir.). ISTE Editions, Londres, 193–209.
- Szostak, B., Muller, P. (2023). La pratique de design du maquettage en entreprise : négocier et rencontrer. Dans *Design et communications : créations collectives*, Lavarec, L. (dir.). CNRS Éditions, Paris, 169–179.
- Yatim, F., Sebai, J. (2023). De la démocratie en santé à l'innovation sociale. Les apports potentiels du codesign pour une coproduction des services publics de santé. *Politiques & management public*, 4, 445–469.