

Introduction

L'innovation sociale par le design en santé : une approche émergente et multidimensionnelle

« Mon seul désir est de m'enrichir
de nouvelles pensées exaltantes. »

René Magritte,
citation issue du musée Magritte, Bruxelles

Si le volume 1 de cet ouvrage a réussi à enrichir de pensées exaltantes le lecteur, le volume 2 devrait continuer à rendre plus riche le lecteur. En effet, le volume 1 a montré que l'innovation sociale par le design en santé est une thématique qui prend une importance croissante dans le paysage académique et professionnel. Ce concept, à la croisée du management, du design et des sciences de la santé, vise à transformer les services et les environnements de soins en intégrant des approches collaboratives et centrées sur l'humain. Il s'inscrit dans une dynamique de refonte des pratiques et des modèles organisationnels pour répondre aux défis contemporains du secteur de la santé, caractérisé par des tensions croissantes entre qualité des soins, contraintes économiques et attentes sociétales en évolution (Sebai 2021).

Si l'idée de l'innovation sociale s'est progressivement imposée comme une approche novatrice pour résoudre des problématiques sociétales majeures (Moulaert *et al.* 2007 ; Richez-Battesti *et al.* 2012), son articulation avec le design, en particulier dans le secteur de la santé, reste encore peu explorée. Le design, historiquement associé à la conception de produits et d'objets, a évolué vers une démarche plus systémique où il devient un levier de transformation organisationnelle (Catoir-Brisson et Watkin 2021). Appliqué à la santé, il permet d'innover en repensant non seulement les infrastructures et les dispositifs médicaux, mais aussi les processus de soins et les interactions entre les différents acteurs du système de santé (Catoir-Brisson et Royer 2017).

Un secteur de la santé en pleine mutation

Le secteur de la santé est confronté à de nombreux défis, qui rendent nécessaire une approche transdisciplinaire et innovante. Parmi ces défis, on peut citer la montée des maladies chroniques, l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire, la pression économique accrue sur les établissements de santé et l'évolution des attentes des patients, qui souhaitent être davantage impliqués dans leur parcours de soins (Courie Lemeur *et al.* 2024). Ces mutations profondes imposent une refonte des modèles de prise en charge et de gestion des organisations de santé (Sebai et Szostak 2023).

D'un point de vue économique, les dépenses de santé représentent un poste budgétaire majeur dans les pays européens. Selon Eurostat (2022), elles s'élèvent en moyenne à 7,6 % du PIB, avec des disparités importantes entre les pays. La France, par exemple, consacre 9,1 % de son PIB à la santé, tandis que l'Allemagne y alloue 8,5 % et l'Italie 7,1 %. Cette pression budgétaire croissante impose aux organisations de santé d'adopter des modèles de gestion plus efficaces et plus résilients.

D'un point de vue humain, la crise des ressources dans les hôpitaux est une réalité bien documentée. L'Organisation mondiale de la santé (OMS 2022) alerte sur le vieillissement des professionnels de santé et sur le manque d'attractivité des métiers du soin, notamment en raison

de conditions de travail de plus en plus exigeantes. Par ailleurs, la digitalisation croissante des soins pose de nouvelles questions quant à l'intégration des technologies et à leur acceptabilité par les professionnels et les patients (Muller *et al.* 2024).

Le design comme levier de transformation sociale en santé

Face à cet état de fait, ce livre a pour ambition de montrer que l'innovation sociale par le design peut être une réponse pertinente. Elle repose, en effet, sur une approche centrée sur l'utilisateur, où les patients et les professionnels de santé participent activement à la coconstruction de solutions innovantes (Sebai et Szostak 2023). Cette démarche se distingue des approches technocratiques et descendantes, car elle valorise la participation de toutes les parties prenantes et l'expérimentation de nouvelles pratiques dans les organisations de santé (Findeli 2003).

Le *design thinking*, en particulier, a démontré son potentiel pour favoriser l'intelligence collective et la cocréation de solutions adaptées aux réalités du terrain (Catoir-Brisson et Watkin 2021). En facilitant une compréhension approfondie des besoins des usagers et des contraintes des professionnels, le design permet de réinventer des parcours de soins plus fluides et plus adaptés à la diversité des situations (Szostak et Muller 2023). Cependant, cette approche rencontre encore des obstacles organisationnels et culturels qui limitent son implémentation à grande échelle (Courie Lemeur 2023). Des solutions doivent encore être identifiées et testées.

Dans la continuité du volume 1, ce second volume propose ainsi une exploration approfondie des synergies entre innovation sociale et design dans le domaine de la santé. La première partie a posé les bases théoriques et conceptuelles de l'innovation sociale par le design en santé, en mobilisant des cadres issus du management de l'innovation, du design et des sciences sociales. La deuxième a proposé des études de cas illustrant la mise en œuvre de ces approches dans des contextes variés. Ce second volume ouvre quant à lui des perspectives de recherche et de développement sur les évolutions futures de ce champ. Il s'appuie sur

des travaux académiques récents ainsi que sur des retours d'expérience issus de projets concrets menés en milieu hospitalier et médico-social. L'objectif est de fournir une réflexion structurée sur les opportunités et les défis liés à l'intégration des méthodologies du design dans l'organisation des soins et la gestion des établissements de santé.

En s'adressant à un public de chercheurs, de praticiens et de décideurs, ce livre ambitionne de contribuer à la diffusion des bonnes pratiques et à l'essor d'une culture de l'innovation au sein des organisations de santé. À travers une approche interdisciplinaire, il vise à démontrer que le design peut être un levier puissant pour repenser les services de santé et favoriser une transition vers des modèles plus inclusifs, plus efficaces et plus durables.

Retours d'expérience et enjeux de l'innovation sociale par le design en santé

Ce second volume propose six chapitres, dont deux témoignages. L'objectif est ici de montrer de manière opérationnelle et concrète les enjeux de l'implémentation de l'innovation sociale par le design en santé. Les auteurs partagent leurs expériences et propositions pour réussir le développement de ce type d'innovation.

Dans son témoignage, [Antoine Fenoglio](#) explique que le design, en tant que discipline mêlant théorie et pratique, trouve sa force dans sa capacité à cocréer avec les usagers. Cette posture a été mise en œuvre dans des projets liés à la santé (parcours en chirurgie ambulatoire, jardins thérapeutiques, etc.), où les designers ont mobilisé des savoirs académiques, professionnels et expérientiels pour améliorer les conditions de soin. Cette pratique révèle une dimension collaborative et pragmatique du design, transformant les lieux de santé en milieux véritablement soignants. Il précise que, en 2017, après une carrière de 15 ans dans le design, traversant divers champs tels que l'objet, la culture ou les collectivités, il a ressenti un trouble éthique face à la manière dont le design sert souvent des intérêts purement commerciaux. Inspiré par des figures comme William Morris, Charlotte Perriand ou László Moholy-Nagy, il a donc réorienté sa pratique en intégrant une réflexion éthique

et politique, notamment à travers un cycle de séminaires avec la philosophe Cynthia Fleury. Cette démarche l'a conduit à explorer les liens entre le design et les éthiques du *care*, une approche centrée sur le soin des êtres et des environnements, ancrée dans l'écoute, la diversité et la responsabilité.

Selon [Antoine Fenoglio](#), face à la tension entre les exigences managériales et les pratiques de soin, le design éthique offre une alternative en intégrant les principes du *care*, selon lesquels attention, responsabilité, compétence et capacité de réponse sont essentielles. Cette vision dépasse le simple design de service pour devenir un acte de soin à la vie elle-même, engageant collectivement soignants, patients et gestionnaires dans des démarches inclusives et transformatrices. En 2020, l'idée d'un « climat de soin » a été concrétisée lors d'une exposition à Lille. Elle rassemblait des projets qui interrogeaient comment prendre soin des individus, de la société et des milieux. Ces initiatives traduisent une conception du design comme une pratique enveloppante, attentive et engagée, plaçant le soin au centre de la manière d'habiter le monde.

Dans leur chapitre, [Marie Coirié](#) et [Carine Delanoë-Vieux](#) explorent comment le design social peut redéfinir la participation des usagers dans les hôpitaux psychiatriques, en particulier à travers la notion de « démopraxie ». Cette approche, qui complète la démocratie sanitaire établie par la loi de 2002 sur les droits des malades, se fonde sur la coconception d'environnements de soins et sur la collaboration entre usagers, professionnels et designers. Le texte examine deux expériences empiriques menées au GHU Paris psychiatrie & neurosciences : la création d'une charte des accueils et la transformation d'une chambre d'isolement en espace d'apaisement.

Les autrices montrent que la participation des usagers dans le système de santé reste limitée par des obstacles institutionnels et culturels, malgré les avancées légales et conceptuelles comme le partenariat en santé, qui valorise les savoirs expérientiels des patients (Pomey *et al.* 2015). Le secteur de la psychiatrie, en particulier, est marqué par un historique de stigmatisation et de pratiques paternalistes (Laval 2015).

Dans ce contexte, le design social propose une approche novatrice. Centré sur les usagers, il mobilise des outils collaboratifs et des démarches créatives pour repenser les environnements de soins, en valorisant à la fois les dimensions matérielles et relationnelles. Les deux projets étudiés révèlent les apports significatifs d'une telle démarche. Dans le cas de la charte des accueils, les patients ont redéfini les priorités du projet, insistant sur l'importance de la qualité des interactions humaines dans l'expérience d'accueil, au-delà des aménagements physiques. Pour l'espace d'apaisement, les usagers se sont spontanément approprié le lieu comme un espace collectif, alors qu'il avait été initialement conçu comme une ressource individuelle pour prévenir les crises. Ces détournements montrent comment la participation active des usagers peut enrichir et réorienter les objectifs institutionnels.

Ces expériences mettent également en lumière une redistribution des rôles et des relations de pouvoir. La démarche participative du design social favorise un passage du « faire pour » au « faire avec », en impliquant les patients comme des partenaires à part entière dans les processus de décision et de conception. Cette dynamique, désignée comme démopraxie, repose sur une collaboration horizontale qui valorise l'expérience vécue des usagers tout en intégrant les contraintes institutionnelles et les savoirs professionnels (Ardenne 2002).

Bien que les solutions mises en œuvre semblent modestes – comme des outils de signalétique, des mobiliers adaptés ou des formations –, elles ont contribué à transformer profondément les pratiques institutionnelles. Elles introduisent une dimension esthétique et poétique dans les soins, tout en répondant à des besoins fondamentaux exprimés par les usagers. Cependant, leur mise en œuvre se heurte souvent à des obstacles réglementaires et administratifs, nécessitant un engagement fort des directions hospitalières et une médiation constante entre les différents acteurs.

À travers ces démarches, [Marie Coirié](#) et [Carine Delanoë-Vieux](#) soulignent les spécificités et les défis de la participation en psychiatrie. Les troubles psychiques des usagers impliquent une grande flexibilité et une attention particulière à leurs capacités d'engagement. Les designers et

les professionnels doivent faire preuve d'empathie et mobiliser des outils adaptés pour garantir un cadre sécurisé et éthique. Ces efforts permettent de libérer une parole souvent contenue, contribuant à transformer les environnements de soins en espaces plus accueillants et justes. En conclusion, le design social, tel qu'appliqué dans ces deux projets, offre une nouvelle voie pour renforcer la démocratie sanitaire. Il propose une démarche complémentaire au partenariat en santé, en mettant l'accent sur le faire ensemble et sur des transformations concrètes du quotidien hospitalier. Ces initiatives expérimentales posent les bases d'une transformation durable des institutions, tout en valorisant l'expérience des usagers et en réaffirmant leur rôle dans la coconstruction de milieux de soins plus équitables et humains.

De leur côté, [Mathias Béjean](#) et [Anaïs Garin](#) se sont intéressés au modèle des *Concept Maturity Levels* (CML) et à sa capacité à transformer les écosystèmes d'innovation en santé en répondant aux défis de coordination et d'intégration des besoins des utilisateurs finaux. Selon les auteurs, l'innovation en santé reste souvent une démarche menée par des experts, excluant les usagers finaux et limitant ainsi l'appropriation des solutions proposées (Habib *et al.* 2017). Dans ce contexte, les CML offrent un cadre méthodologique structuré, initialement développé par la NASA pour gérer la maturité des concepts technologiques, adapté par un consortium français pour les besoins spécifiques des dispositifs médicaux (Béjean *et al.* 2021). Les auteurs expliquent que le modèle des CML se compose de neuf niveaux de maturité, organisés autour de trois domaines : le domaine « besoin », qui analyse l'utilisabilité et les attentes des utilisateurs ; le domaine « technologie », qui concerne les capacités techniques et les enjeux de propriété intellectuelle ; et le domaine « programmatique », qui traite des exigences réglementaires, éthiques et organisationnelles (Mankins 1995). Chaque niveau de maturité est défini par une montée en cohérence entre ces trois dimensions, garantissant un alignement progressif des acteurs impliqués. Ce cadre méthodologique est particulièrement adapté aux écosystèmes d'innovation en santé, où la collaboration interorganisationnelle est essentielle en raison de la complexité des dispositifs et des multiples expertises nécessaires (Granstrand et Holgersson 2020).

Les auteurs illustrent l'efficacité de ce modèle à travers trois études de cas. Dans un premier exemple, une start-up, Agile Solutions, a utilisé les CML pour le développement d'un carnet de santé numérique destiné aux personnes hémophiles. Ce projet, impliquant des professionnels de santé, des informaticiens et des associations de patients, a révélé des écarts entre les ambitions exprimées par les usagers et les contraintes technologiques et programmatiques. L'utilisation des CML a permis d'identifier ces incohérences et de prioriser les objectifs atteignables dans un cadre temporel et financier réaliste (Picard *et al.* 2019). Cette analyse a favorisé une meilleure appropriation des résultats par les différents acteurs grâce à un langage commun structurant la collaboration.

Dans un autre cas, une plateforme du Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives (CEA) a appliqué les CML pour accompagner la maturation de projets d'innovation variés, allant de grandes initiatives industrielles à des projets de start-up. Ce dispositif a mis en évidence des insuffisances fréquentes dans la prise en compte des aspects réglementaires, notamment liés à la certification des dispositifs médicaux. L'évaluation par les CML a guidé les porteurs de projet vers une révision de leurs priorités et l'établissement de partenariats stratégiques pour combler les lacunes identifiées, renforçant ainsi leur capacité à avancer dans les niveaux de maturité (Helfat et Raubitschek 2018).

Un troisième cas explore l'utilisation des CML par la plateforme numérique Sanhoma, mise en place par Calyxix, un centre de prévention des risques en santé. Cette initiative a utilisé les CML comme outil de cartographie des compétences et d'orchestration des écosystèmes d'innovation régionaux. En permettant aux acteurs de s'auto-évaluer et d'identifier leurs besoins, Sanhoma a créé un cadre de collaboration entre industriels, professionnels de santé et usagers. Les CML ont ainsi favorisé l'intégration des besoins des patients et des contraintes organisationnelles dès les premières phases de conception, illustrant comment ce modèle soutient une gouvernance inclusive et participative (Jacobides *et al.* 2018).

Ces trois études de cas mettent en lumière la contribution des CML à la transformation des écosystèmes d'innovation en santé, en favorisant des pratiques agiles, inclusives et responsables. L'agilité se manifeste par la capacité à tester et à adapter rapidement les innovations grâce à une exploration conjointe des domaines « besoin » et « technologie », réduisant les risques de développement de solutions non adaptées (Adner 2017). L'inclusivité est renforcée par l'alignement entre les dimensions « besoin » et « programmatique », permettant de mobiliser les compétences des patients et des professionnels de santé tout en respectant les exigences éthiques et réglementaires. Enfin, la responsabilité est accrue par une intégration plus fine des contraintes programmatiques dans les phases de développement technologique, limitant les dérives potentielles liées à une hypertrophie technologique au détriment des usages (Dumez et Minvielle 2017).

Le modèle des CML émerge ainsi comme un outil d'alignement clé dans les écosystèmes d'innovation en santé, offrant un cadre normatif pour structurer les relations entre les acteurs et optimiser la progression des projets vers des solutions viables et appropriables. En insistant sur la coordination entre les besoins des utilisateurs, les capacités techniques et les contraintes organisationnelles, il contribue à créer une proposition de valeur partagée au sein de ces écosystèmes complexes (Visscher *et al.* 2021). Toutefois, les auteurs soulignent que des recherches complémentaires sont nécessaires pour affiner la compréhension des mécanismes d'appropriation des CML et évaluer leur impact sur le long terme.

Le chapitre d'Isabelle Vérilhac et Nathalie Cohet met en lumière l'importance des entreprises du secteur de la santé dans la transformation des dispositifs médicaux et des services de soins. Dans un contexte marqué par un déficit public croissant et des tensions dans le système de santé, les entreprises sont présentées comme des acteurs stratégiques capables de répondre aux défis économiques, sociaux et environnementaux grâce à une approche collaborative fondée sur le design. Cette démarche, centrée sur l'humain, favorise l'inclusion et la transversalité au sein des organisations, tout en impliquant l'ensemble des parties prenantes dans le développement de solutions innovantes. Selon les autrices, l'argument principal repose sur l'efficacité de l'approche design

pour concevoir des dispositifs adaptés aux besoins des usagers. Inspirée des méthodologies participatives, cette approche inclut patients, aidants, professionnels de santé et fabricants dans un processus de coconception. Les autrices soulignent que cette collaboration systémique génère une cohésion renforcée au sein des entreprises et une meilleure adéquation entre les produits développés et les usages réels (EIDD 2004). De plus, le design universel, ou design pour tous, contribue à réduire les barrières d'accès aux soins en intégrant des critères d'inclusivité et de simplicité d'utilisation (Skibsted et Bason 2022).

Isabelle Vérilhac et Nathalie Cohet illustrent leurs propos à travers quatre études de cas d'entreprises du territoire stéphanois, qui témoignent de l'impact de l'innovation sociale et du design sur les pratiques organisationnelles. Le premier exemple, Sigvaris Group, met en avant une démarche visant à déstigmatiser les dispositifs de contention médicale. En collaborant avec des designers et des associations de patients, l'entreprise a redéfini ses produits en tenant compte de critères esthétiques et pratiques, favorisant ainsi l'observance thérapeutique. Elle a également développé des campagnes de sensibilisation innovantes pour promouvoir la prévention des troubles veineux, en s'adressant à un public plus jeune et diversifié. Le deuxième cas, Dessintey, montre comment une PME spécialisée dans les technologies de rééducation a intégré les méthodologies de design pour améliorer l'autonomie des patients tout en prenant en compte les contraintes des soignants. L'entreprise a misé sur des dispositifs simples et robustes, conçus en collaboration étroite avec les centres de soins, pour optimiser l'intensité et la qualité des traitements. Ce modèle a permis de réduire les obstacles liés au manque de ressources humaines et financières dans le système de santé. Le troisième exemple, Keranova, se concentre sur un robot chirurgical destiné à la chirurgie de la cataracte. En utilisant les *living labs* pour tester et affiner ses prototypes, l'entreprise a réussi à développer un dispositif alliant précision technique et confort pour les patients. Cette approche a également permis d'éliminer les contraintes organisationnelles et de garantir un accès équitable aux soins, indépendamment de l'expérience des chirurgiens ou des infrastructures hospitalières. Enfin, DTF medical illustre une vision élargie de la santé en intégrant des principes de santé globale dans la conception de ses produits et dans sa

politique interne. L'entreprise met en avant des initiatives de responsabilité sociale, visant à sensibiliser ses employés et ses clients à des comportements favorables à la santé. Elle s'appuie sur des méthodologies de design pour développer des dispositifs médicaux ergonomiques et adaptés à des contextes variés, renforçant ainsi son engagement pour une santé durable.

Les autrices concluent que le rôle des entreprises est central dans la construction d'une santé pour tous. Cependant, elles rappellent les obstacles institutionnels et réglementaires qui freinent souvent l'innovation, notamment en France, où les procédures d'évaluation et de financement sont jugées rigides et conservatrices. Malgré ces contraintes, les entreprises qui adoptent les méthodologies de design montrent une capacité accrue à aligner les besoins des usagers avec les exigences du marché, tout en renforçant leur cohésion interne et leur impact territorial. Cette approche incarne une réponse pertinente aux défis sociétaux, en conciliant performance économique et responsabilité sociale, comme le suggèrent les travaux de Demurger (2019). L'intégration du design dans le secteur de la santé apparaît ainsi comme un levier essentiel pour répondre aux enjeux d'accessibilité, d'efficacité et d'inclusion dans les systèmes de soins contemporains.

Dans son témoignage du chapitre 5, « Témoignage : regard historique sur l'innovation sociale par le design en santé », [Anne-Marie Sargueil](#) nous rappelle quelques éléments marquants de l'histoire de l'innovation sociale par le design en santé. L'Institut d'esthétique industrielle, créé par Jacques Viénot, a posé dès ses débuts une question fondamentale : comment concilier esthétique et industrie tout en considérant l'environnement comme un espace de vie et non un simple marché ? En fondant cet institut, Viénot a donné naissance à une démarche innovante qui, depuis les années 1950, s'est traduite par la création de labels tels que la sélection Beauté France, adoptée comme référence par l'État en 1953. Cette initiative a permis d'institutionnaliser une approche de design intégrant des critères d'évaluation fondés sur une charte éthique et esthétique. Rebaptisé Institut français du design (IFD) en 1984, l'organisme a évolué pour refléter un engagement plus large : mettre le design au service de la société et de ses besoins croissants en

qualité de vie. L'Institut a également joué un rôle clé en mobilisant des acteurs économiques majeurs, comme le Syndicat national des industries et technologies du médical (SNITEM) et des entreprises emblématiques telles que Thuasne ou B. Braun Medical. Ces collaborations ont donné naissance à des produits innovants comme la ceinture lombaire Lombanum pour femmes enceintes ou des chambres implantables améliorées, pensées pour combiner confort, esthétisme et fonctionnalité. Ces initiatives traduisent la philosophie du label, centrée sur la notion de « LaBelleÉconomie », où économie, cité et vivant sont indissociables.

L'autrice nous présente également quelques labels développés. On y trouve le Janus de la santé, qui incarne une étape clé de cette transformation. Né d'une volonté d'adapter les principes du design aux exigences spécifiques du domaine médical, ce label promeut une vision inclusive et humaniste. L'objectif est de concevoir des produits et services améliorant non seulement l'efficacité des soins, mais aussi l'expérience des patients et des professionnels de santé. Cette approche rejoint les réflexions contemporaines sur le *design for all* et l'inclusion sociale, notions renforcées par l'intégration des besoins des personnes en situation de handicap ou de fragilité.

Elle précise la structure du label selon un cadre de référence, reposant sur les « 5 E » : économie, ergonomie, esthétique, éthique, émotion. Chaque dimension reflète les interactions complexes entre innovation technique et considération humaine. Par exemple, l'ergonomie vise à simplifier les gestes médicaux et à améliorer la prise en charge des patients, tandis que l'esthétique humanise les dispositifs, rendant l'expérience moins anxiogène et plus intuitive. L'éthique, quant à elle, rappelle que le design est une démarche au service de l'altérité, réaffirmant la responsabilité sociale des concepteurs.

Selon [Anne-Marie Sargueil](#), l'histoire de l'évolution des dispositifs médicaux illustre l'impact de cette démarche. Par exemple, le travail du designer Gérard Barrau sur la miniaturisation et l'ergonomie des machines de dialyse a démontré comment l'intelligence collective des

ingénieurs et designers peut transformer des expériences médicales autrefois anxiogènes en solutions pratiques et accessibles. Ces innovations, issues d'une collaboration étroite entre concepteurs et utilisateurs, répondent aux principes fondamentaux du Janus de la santé, qui prônent l'intégration de toutes les parties prenantes, y compris les soignants et les institutions comme la Sécurité sociale.

Dans son texte, en plus des différentes illustrations, l'autrice insiste sur le rôle de l'IFD, qui, à travers ses labels et sa mission éducative, incarne une vision du design résolument engagée, intégrant économie, inclusion sociale et innovation. Cette approche, inspirée par les travaux de philosophes comme Cynthia Fleury sur le *care* et l'expérience hospitalière, résonne avec les préoccupations contemporaines des concepteurs face aux défis globaux. En repensant le rôle du design dans des secteurs cruciaux comme la santé, l'IFD participe à la construction d'un monde plus équitable et durable, où chaque innovation est une réponse aux besoins d'un écosystème complexe.

On clôture ce volume avec le chapitre d'[Estelle Guerry](#) et [Muriel Gineste](#), qui ont cherché à examiner les défis posés par le vieillissement démographique en France et les besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées, notamment celles souffrant de dysphagie. En janvier 2020, 20,5 % de la population française avait plus de 65 ans, et selon les projections de l'INSEE, cette proportion pourrait atteindre 28,7 % d'ici 2070. Cette augmentation pose des enjeux significatifs en matière de santé publique, particulièrement en ce qui concerne les besoins alimentaires et nutritionnels des personnes âgées. L'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires due au vieillissement entraîne une détérioration graduelle des capacités physiques et mentales, augmentant le risque de maladies. Les personnes âgées sont souvent confrontées à une combinaison de maladies rhumatologiques, neurologiques, bucco-dentaires et d'autres problèmes de santé tels que les pathologies urologiques et les troubles visuels et auditifs. Ces facteurs peuvent entraîner des troubles de la déglutition comme la dysphagie, affectant jusqu'à 13 % de la population âgée de plus de 65 ans et une proportion plus élevée chez les résidents en établissement et les patients hospitalisés en

gériatrie (Gentil *et al.* 2021). Par exemple, après un accident vasculaire cérébral, entre 21 % et 81 % des patients peuvent développer une dysphagie, et ce pourcentage monte à environ 40 % chez les patients atteints de la maladie de Parkinson et à 60 % chez ceux en stade avancé de démence (Gentil *et al.* 2021). La dysphagie est donc considérée comme un problème de santé publique important en raison de sa prévalence et des conséquences graves qu'elle peut entraîner, telles que la dénutrition.

La dénutrition chez les personnes âgées est une préoccupation majeure. Environ 4 à 10 % des personnes âgées vivant à domicile sont dénutries, tandis que ce chiffre peut atteindre 15 à 38 % en institution et 30 à 70 % à l'hôpital (Gentil *et al.* 2021). En France, entre 300 000 et 400 000 personnes âgées vivant à domicile sont touchées par la dénutrition (Gentil *et al.* 2021). La dénutrition peut provoquer une dégradation de l'état général du patient, un risque accru de chutes et d'entrées en institution. Face à ce problème, les professionnels de santé tentent de compenser par des régimes spécifiques, comme des textures modifiées et des aliments enrichis, mais ces régimes peuvent souvent être imposés sans consentement explicite, générant frustration et perte d'envie de manger chez le patient (Gentil *et al.* 2021). C'est face à ce contexte qu'[Estelle Guerry](#) et [Muriel Gineste](#) proposent que l'innovation sociale par le design, en particulier le design-couleur, peut jouer un rôle crucial dans l'amélioration de l'acceptabilité des régimes alimentaires. Le design-couleur est perçu comme un outil sensoriel efficace pour réconcilier les personnes âgées avec leur alimentation, rendant les repas plus attrayants et compréhensibles. Cela est démontré par le projet de recherche-action « Quand l'appétit va, tout va », dirigé par Anne-Laure Desflaches au CHU de Strasbourg en 2012. Ce projet a utilisé une gamme de couleurs variées pour guider intuitivement les patients, en expliquant les enjeux nutritionnels et le lien entre leur alimentation et leur prise en charge globale. Par exemple, une gamme de couleurs était utilisée pour refléter la diversité des saveurs naturelles des aliments et faciliter la compréhension du repas servi sous forme de plateau (Gentil *et al.* 2021).

Ce chapitre souligne également l'importance de l'approche pluridisciplinaire pour la gestion de la nutrition des personnes âgées. En plus

des aspects biomédicaux, il est essentiel de considérer les facteurs sociaux et de conception. Les personnes âgées nécessitent des aliments adaptés, tant sur le plan nutritionnel que psychologique, pour éviter la dénutrition et maintenir une qualité de vie optimale. L'accent est mis sur l'utilisation de textures modifiées pour favoriser l'autonomie alimentaire et garantir une déglutition sûre, répondant ainsi aux besoins individuels des personnes âgées (Coutaz et Morisod 2001). La gestion de la nutrition chez les personnes âgées nécessite une adaptation constante et une attention particulière. Le design-couleur est proposé comme un levier d'innovation sociale pour améliorer l'acceptabilité des régimes alimentaires, en rendant les repas plus attrayants et en favorisant une alimentation adaptée. [Estelle Guerry](#) et [Muriel Gineste](#) insistent sur l'importance de combiner des solutions biomédicales et sociales pour répondre aux besoins complexes des personnes âgées et promouvoir une qualité de vie optimale.

Bibliographie

- Catoir-Brisson, M.J., Royer, M. (2017). L'innovation sociale par le design en santé. *Sciences du Design*, 6, 63–77. doi:10.3917/sdd.006.0065.
- 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., Gautier, S., Szostak, B.L., Herr, M., Josseran, 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.
- Findeli, A. (2003). Design et complexité : un projet scientifique et pédagogique à visée transdisciplinaire. *L'Autre forum*, 7(3), 11–17.
- 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. doi.org/10.1177/096977640707737.

- 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., Vallade, D. (2012). Éditorial. Innovation sociale, normalisation et régulation. *Innovations*, 38(2), 5–13. doi.org/10.3917/inno.038.0005.
- Sebai, J. (2021). 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., 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.