



**HAL**  
open science

# Mieux entre nous ? La participation des publics, levier d'innovation et d'éthique dans le secteur social et médico-social

Nina Mottola

## ► To cite this version:

Nina Mottola. Mieux entre nous ? La participation des publics, levier d'innovation et d'éthique dans le secteur social et médico-social. Gestion et management. 2020. dumas-02991745

**HAL Id: dumas-02991745**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02991745v1>**

Submitted on 19 Mar 2021

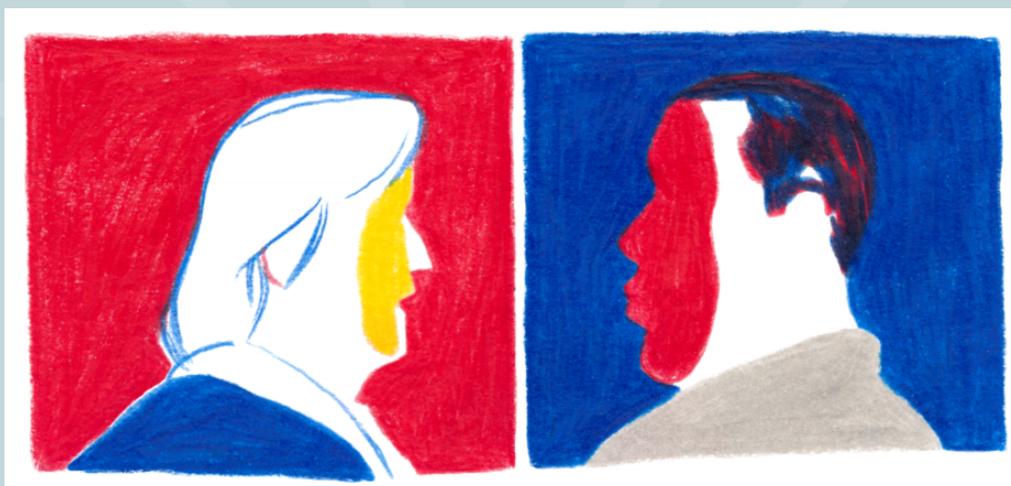
**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

# MIEUX ENTRE NOUS ? LA PARTICIPATION DES PUBLICS, LEVIER D'INNOVATION ET D'ETHIQUE DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**NINA MOTTOLA**  
**MASTER MANAGEMENT DE L'INNOVATION**  
**2019/2020**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

# **MIEUX ENTRE NOUS ? LA PARTICIPATION DES PUBLICS, LEVIER D'INNOVATION ET D'ETHIQUE DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO- SOCIAL**

**Présenté par Nina MOTTOLA**

Entreprise d'accueil : Croix-Rouge Innovation,  
21 rue de la Vanne, 92120 Montrouge

Date d'Alternance : du 02/09/2019 au 30/08/2020

Tuteur entreprise : Léa FRYDMAN

Tuteur universitaire : Marie-Laurence CARON

Master 2

Master Management de l'innovation

Formation en Alternance

2019-2020

*« Les instruits se laissent emporter par leurs propres idées,  
ils finissent toujours par penser à la place des autres. »*  
- Joseph Wresinski

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE I. CONCEPTS DE L'INNOVATION PARTICIPATIVE ET HORIZON DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL</b>	<b>13</b>
<b>Cadre conceptuel de l'innovation participative</b>	<b>14</b>
Historique du management de l'innovation : du diffusionnisme technologique à une approche par les usages	14
Associer les usagers pour innover autrement	15
Des méthodes participatives à l'appui	18
<b>Etat des lieux du secteur social et médico-social</b>	<b>26</b>
Eléments constitutifs	26
Particularités de l'innovation participative dans le secteur social et médico-social	29
Des « utilisateurs » potentiellement vulnérables	29
Une innovation sociale	30
« Innover avec » : un état des lieux	31
Une culture de la participation au sens large ?	31
Un rapport à l'innovation mitigé	34
L'innovation sociale et médico-sociale participative : une appropriation contrastée	35
<b>PARTIE II. EXPLORER LES PRATIQUES DE CO-INNOVATION DES ACTEURS SUR LE TERRAIN</b>	<b>41</b>
<b>Etat des lieux des pratiques</b>	<b>44</b>
A l'origine de la participation : genèse et gouvernance	44
Types de participants	44
Panorama des méthodes : la co-création au coeur des usages	45
Organisation pratique	46
Résultats	49
<b>Des obstacles plus ou moins identifiés</b>	<b>50</b>
De fortes injonctions, mais des incitations faibles ?	50
Pour les personnes accompagnées : la capacité et l'envie de participer en question	52
Une intégration "en apparence"	54
Une défiance interprofessionnelle	54
Tensions éthiques	56
<b>Des leviers à actionner</b>	<b>56</b>
"Concrétiser l'abstrait"	56
Créer des "safe spaces"	58
Créer des moments de convivialité pour souder le groupe	59
Une logistique adaptée aux participants, et non l'inverse	60
Former les professionnels... ou former des duos	61
<b>CONCLUSION</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>68</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>79</b>





**76% des étudiants de l'ENA sont issus de parents CSP+**, contre 20% des 18-23 ans<sup>1</sup>. En avril 2019, en réponse aux rumeurs autour de sa suppression, l'école s'était fendue d'un tweet qui avait provoqué un tollé sur les réseaux sociaux (cf. ci-dessus). « *Quand on en est à se justifier sur plusieurs générations et à parler des petits-enfants, c'est quand même qu'il y a un problème* », avait commenté le député La République en marche (LRM) du Val-d'Oise Aurélien Taché, favorable à la suppression de l'école. « **Surplombants et lunaires** »<sup>2</sup> : nombreux accusent les enseignements de l'école d'être en déconnexion avec le terrain, de ne pas installer les élèves dans la réalité. Un « **entre-soi délétère** »<sup>3</sup> accablé jusque par le président de la République, Emmanuel Macron, qui évoquait lui-même il y a quelques mois la possibilité d'une future disparition de l'école.

Mais que se cachait-il derrière ce **projet de suppression** ? Une proposition démagogue pour ses détracteurs (« *Imposer une haute fonction publique "représentative de la société française" est une facilité rhétorique teintée de démagogie* »<sup>4</sup>), quand d'autres y voient un besoin d'une représentativité (« *La haute fonction publique "ne ressemble pas" à la société française* »<sup>5</sup>), de davantage de méritocratie, ou une opportunité pour la haute fonction publique (« *L'ouverture à "des talents issus d'horizons divers"* »<sup>6</sup>).

Le rapport Thiriez commandé par le président Emmanuel Macron plaidait pour une « *haute fonction publique plus agile, plus attractive et **plus représentative*** ». La partie développée sur la représentativité évoquait une plus grande diversité du recrutement, tant sur le plan

1

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/273449-rapport-thiriez-vers-une-modernisation-de-la-haute-fonction-publique>

<sup>2</sup> Baldacchino, A. (2020, 20 février). ENA : le rapport Thiriez va transformer l'école en une business school désargentée. Marianne. Consulté à l'adresse <https://www.marianne.net>

<sup>3</sup> Telo, L. (2020, 3 mars). L'ENA dans la tourmente. Le Monde. Consulté à l'adresse <https://www.lemonde.fr>

<sup>4</sup> Schoettl, J. (2020, 17 janvier). « Recrutement de la haute fonction publique : la méritocratie républicaine est menacée » ; Le Figaro.fr. Consulté à l'adresse <https://www.lefigaro.fr>

<sup>5</sup> Déclaration du président de la République Emmanuel Macron, le 25 avril 2019.

<sup>6</sup> Philippe, E. (2019, 14 mai). Lettre de mission du premier ministre à Frédéric Thiriez. Consulté à l'adresse <https://www.acteurspublics.fr/>

social, géographique et de genre, avec une attention particulière aux personnes en situation de handicap. Outre le constat (i.e. « **l'introuvable diversité** »), l'auteur ne s'attache guère à justifier les raisons de cet impératif de représentativité. Le rapport Rousselle, réalisé pour le gouvernement précédent, avançait quant à lui que la **représentativité** ne devait pas être un objectif en soi. Cette idée se baserait sur le principe – **contraire au modèle français** – selon lequel seul un fonctionnaire issu d'une communauté particulière serait en mesure de porter ses intérêts. Les raisons pour lesquelles la diversité est souhaitable seraient autres et démontrées par de nombreuses études issues du privé : une composition diversifiée des membres d'une organisation améliorerait sa prise de décision et conduirait à dégager de meilleures solutions, grâce au **croisement de différents points de vue**.

**L'appartenance à un groupe, de fait ou par l'expérience d'un certain parcours de vie, comme condition *sine qua none* pour porter ses intérêts, fait donc débat.**

Pour pallier, peut-être, la faible diversité des hauts fonctionnaires en charge des politiques publiques et assurer une plus juste représentativité, **se sont développés des dispositifs de démocratie participative**. Cette notion peut-être appréhendée, selon le sociologue Pierre Rosanvallon, comme « *une forme de correction de la démocratie représentative par la mise en œuvre de processus de démocratie directe : [...] référendum et différents projets d'initiative populaire* ». **Apparue aux Etats-Unis** au début des années 1970, la notion de démocratie participative visait en effet fondamentalement à « *s'attaquer au décalage gouvernants/gouvernés* » (Sintomer, 2011). Suivirent ensuite les démarches de **community organizing** pouvant être définies comme des « *processus d'organisation autonome des pauvres, des immigrés et autres "sans voix" en une force politique* ». **En Europe** cependant, la démocratie participative ne renverrait en pratique pas à ce concept, mais davantage à une démarche initiée par le haut, presque toujours dé-corrélée d'une notion de justice sociale (Sintomer, 2011).

**En France**, des recherches autour de la mise en place de tels dispositifs, que ce soit dans la santé, l'urbanisme ou encore les politiques sociales ont montré que les utilisateurs ont souvent une fine connaissance des sujets et que les associer à l'élaboration des politiques publiques apporte un nouvel éclairage sur la compréhension de certains dysfonctionnements (Carrel, 2017).

Ainsi, **plusieurs secteurs d'activité** ont vu progressivement naître un « **impératif participatif** ». C'est peut-être au **secteur social et médico-social** que revient la palme dans ce domaine : secteur tendant notamment à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes handicapées, âgées, en situation de précarité ou de pauvreté et des familles vulnérables. En 1982, la **circulaire Questiaux** « Orientations principales sur le travail social » invoque l'exigence d'un développement participatif à partir des « usagers » eux-mêmes, comme une question politique. Au début des années 2000, des **dispositions législatives sont prises pour institutionnaliser cet impératif**. La loi **2002-2** rénovant l'action sociale et médico-sociale érige le droit à la participation directe des usagers à la conception et à la mise en œuvre de leur « *projet d'accueil et d'accompagnement* » (article L. 311-3). Du côté de la santé, la loi Kouchner **2002-303** introduit la notion de démocratie

sanitaire et fonde le droit à la participation des usagers au fonctionnement du système de santé, via notamment la représentation par les associations de patients et d'usagers.

**Empowerment, développement du pouvoir d'agir (DPA)**, les termes sont nombreux pour qualifier de telles démarches. Si l'on peut s'accorder sur l'importance de permettre aux usagers de **participer à l'élaboration de leur projet d'accompagnement** ou la **l'élaboration des politiques publiques**, on peut se demander dans quelle mesure il pourrait être intéressant de **pousser leur participation plus loin**. Madeleine Akrich (2012), chercheuse au Centre de Sociologie de l'Innovation (CSI) de Mines ParisTech, reprend dans ce cadre le concept d'*expertise expérientielle*. Ce type d'expertise renvoie – en opposition à l'expertise professionnelle ou académique – à la capacité de mobiliser un savoir construit par l'expérience, renforcé par des processus collectifs et rationalisés, pour répondre à des problèmes. Ainsi, **la mobilisation de cette expertise pourrait étendre la participation de ces personnes à la conceptualisation de nouveaux dispositifs, main dans la main avec les professionnels, via des processus de co-innovation.**

L'essor des discours autour de l'innovation est pourtant perçu par certains comme l'effet direct du **new public management** et son principe du « Faire plus avec moins » dans le secteur public ou de la santé. Fin 2019, le journal de gauche radicale *Le Monde diplomatique* publiait un sévère réquisitoire contre l'innovation à l'hôpital, allant dans ce sens.

*« La technophilie unit ces élites dont on ne sait plus si elles sont publiques ou privées, de droite ou de gauche. Le seul parti invoqué est celui de l'Innovation, avec un grand I. [...] L'optimisme technolâtre des cimes alpines peine toutefois à ruisseler jusqu'à la vallée des professionnels de terrain ».* - Le cauchemar de l'hôpital du futur, *Le Monde diplomatique*, Frédéric Pierru, Octobre 2019.

Cette vision d'une **innovation élitiste**, imposée aux professionnels de terrain par le haut sans se soucier de « leurs réalités » n'est pas sans lien avec les **récentes modifications de financement** des hôpitaux, fonctionnant maintenant par volume et nature des actes pratiqués (i.e. c'est la T2A, ou tarification à l'activité). Une nouvelle concurrence budgétaire qui les pousseraient à innover pour augmenter leur productivité ou gagner des parts de marché (e.g. « *télé médecine, big data, l'intelligence artificielle, médecine 3P* »). Or, selon l'auteur, s'il est vrai que la **productivité moyenne a grimpée** ces dernières années, cela s'est fait **au détriment de la qualité des soins**. On peut suivre un raisonnement similaire avec le financement associatif. Depuis la fin des années 1980, on constate une baisse des subventions au profit d'appels d'offres ou d'appels projets (Tchernonog, 2012). Cette tendance a de nombreux impacts dont un formatage de l'action des associations et une intensification de la concurrence inter-associative.

L'innovation servirait-elle alors exclusivement à servir une vision **néolibérale du service public** ? En innovant simplement pour **faire face aux difficultés budgétaires** ? Son origine historique, ou l'utilisation extensive des verbes « moderniser » et « rationaliser » comme ses synonymes pourraient le laisser suggérer. Devrions-nous pour autant supposer que

l'innovation n'aurait pas d'intérêt hors de son cadre historique ? Pas à notre sens, car elle recouvre des éléments précieux : la **stimulation de modes cognitifs originaux**, la capacité à systématiquement **questionner les problématiques**, à laisser toute sa place à la **sérendipité**, ou à intégrer des communautés aux intérêts hétérogènes par l'**adoption de valeurs partagées** (Ménissier, 2016).

De la même façon, l'innovation serait-elle élitiste, **une affaire d'initiés** ? Serait-il seulement possible de penser une innovation *participative* ? C'est en tous cas le sens dans lequel vont de nombreuses travaux de recherches autour de l'innovation depuis le début des années 1970 (von Hippel, 1986 ; Akrich, 1998) avec les notions de *lead users*, *crowdsourcing* et de *co-design*, notamment, que nous détaillerons au cours de ce travail. De **nombreux cabinets de conseils** se sont d'ailleurs emparés de la démarche en proposant ce genre de prestations dans leurs portefeuilles de services. C'est le cas notamment de CapGemini avec son *Accelerated Solutions Environment (ASE)* et ses laboratoires de co-innovation<sup>7</sup>, EY et son *EY Experience Lab* (« un espace conçu pour accueillir des sessions de co-création avec les clients »)<sup>8</sup>, ou de PwC avec son *Experience Center* (« L'approche est centrée sur l'utilisateur et met à l'honneur la co-création. »)<sup>9</sup>.

Dans l'économie sociale et solidaire (**ESS**) aussi, innovation rime souvent avec participation. Le Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS) inclut d'ailleurs la participation des utilisateurs et usagers **au coeur-même de la définition** de l'innovation sociale.<sup>10</sup>

Pourtant, bien que ces nouvelles méthodes de « *co-innovation* » semblent être une **véritable opportunité de renouvellement** pour le secteur du social et médico-social, elles prennent un tout autre sens en associant à ces démarches des **personnes potentiellement vulnérables**. En effet, l'exercice n'est pas le même quand on est en situation de grande précarité et d'exclusion, de handicap, ou encore affecté par une dégradation de son autonomie liée à l'âge, à la maladie ou l'addiction. Ces **expériences**, en plus de potentiellement **fragiliser** les personnes, sont souvent liées à des **stigmates sociaux forts** qui peuvent nuire à la relation d'égalité au sein de relations de co-innovation.

Dès lors, la question qui semble apparaître en filigrane est la suivante : **Comment mobiliser l'expertise de personnes potentiellement vulnérables dans des processus d'innovation, sans compromettre la mission d'autonomisation et de protection de ces publics ?**

Une question à la frontière des sciences de gestion, de la sociologie, du design et de la psychologie clinique. Peu investie dans la littérature scientifique, nous trouverons des

---

<sup>7</sup> <https://www.capgemini.com/operating-model/accelerated-solutions-environment-ase/>

<sup>8</sup> <https://www.ey.com/fr/fr/newsroom/news-releases/communique-de-presse-ey-experience-lab>

<sup>9</sup> <https://www.pwc.fr/fr/espace-presse/communiqués-de-presse/2019/juillet/inauguration-experience-center-pwc.html>

<sup>10</sup> « *Élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits [...] en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers [...]* », CSESS, 2014.

prémices de questionnements dans les **sciences de design** (e.g. Francis, 2009 ; Lindsay, 2012 ; Grönvall et al., 2016 ; Jagtap, 2018).

En contrat d'apprentissage à l'accélérateur de la **Croix-Rouge française** et sur ce terrain depuis plusieurs mois, j'ai été interpellée par les bonnes volontés envers les démarches participatives et centré-utilisateurs. Face à cela, je constatais néanmoins aussi, les difficultés pratiques de telles approches avec des publics fragilisés et l'absence de lignes directrices sur le sujet. A travers ce travail, je souhaite donc identifier les **leviers de l'implication des utilisateurs dits vulnérables** aux démarches d'innovation sociale.

Pour y parvenir, un **protocole de recherche** a été établi. Nous avons conduits des entretiens semi-directifs avec, à la fois, des acteurs du secteur social et médico-social, public et sanitaire habitués à l'innovation sous sa forme participative (e.g. responsables de laboratoires d'innovation, facilitateurs de séances d'intelligence collective, entrepreneurs sociaux), et à la fois des acteurs moins familiers avec ces approches (e.g. travailleurs sociaux, entrepreneurs sociaux). Ce volet empirique a également été complété par de nombreuses recherches documentaires sur le sujet. Un prisme d'**enquête qualitatif** a été privilégié car ce problème peut être soumis à un biais de désirabilité sociale, particulièrement dans ce secteur qui vane dans le sens d'injonctions à intégrer ses utilisateurs à sa démarche. En ce sens, il était nécessaire d'avoir une collecte en profondeur sur le sujet afin de toucher au plus près aux représentations et aux comportements des acteurs dans le domaine. On peut ajouter que cette problématique ayant été peu traitée dans la littérature, peu d'informations étaient disponibles sur le sujet. De plus, les rares témoignages de ces pratiques se trouvent dans la littératures grises des organisations, et sont donc à la fiabilité limitée car souvent dépeints sous des jours avantageux. Les données à notre disposition étant restreintes, il nous fallait aborder notre problématique par une approche exploratoire. Ce plan de recherche a néanmoins certaines limites, comme celle de ne pas dresser un état des lieux représentatif des pratiques dans le secteur, ou de ne pas pouvoir être complété par un des observations de terrain souvent très enrichissante, en raison du confinement lié à la crise sanitaire du COVID-19.

Nous procéderons dans un premier temps à la définition théorique de notre sujet, en nous attachant à définir le cadre conceptuel de l'innovation participative, puis à dresser un état des lieux des enjeux de son application au secteur social et médico-social. Dans un second temps, nous analyserons les données des entretiens réalisés et formulerons des recommandations opérationnelles.



# 1. Cadre conceptuel de l'innovation participative

Avant d'examiner le secteur du social et médico-social à l'aune de l'innovation participative, il est capital de bien comprendre ce concept et son origine.

## 1.1. Historique du management de l'innovation : du diffusionnisme technologique à une approche par les usages

*« Pour avoir une idée assez juste de la complexité du processus d'innovation, il faudrait imaginer une fusée pointée en direction d'une planète dont la trajectoire à long terme est inconnue [...] une division des tâches qui spécialise certains dans l'observation de la planète, d'autres dans le calcul de l'emplacement de la plate forme[...] des décideurs qui à tout moment devraient tenir compte des informations parfois incompatibles produites par tous ces spécialistes. »  
- Akrich, Callon, Latour (L'art de l'intéressement, 1998)*

**De quoi parle-t-on quand l'on aborde le sujet de l'innovation ?** Selon le manuel d'Oslo de l'OCDE (2017), une innovation désigne « un produit ou un processus (ou une combinaison des deux) nouveau ou amélioré qui diffère sensiblement des produits ou processus précédents d'une unité et a été mis à la disposition d'utilisateurs potentiels (produit) ou mis en œuvre par l'unité (processus). » Elle diffère de l'invention en cela qu'elle ne se limite pas seulement à une idée nouvelle, mais se caractérise par une mise en œuvre directe, ou via la fourniture à des tierces parties, entreprises, individus ou organisations, qui en font l'usage.

Selon l'OCDE, l'innovation – élément essentiel à l'amélioration du niveau de vie – ne serait pas l'apanage des seules entreprises privées, et renverrait à une activité dynamique universelle impactant de nombreuses façons les individus, les institutions, et les pays. L'innovation serait aussi intrinsèquement subjective, et nécessiterait donc de se trouver objectivée par les critères de nouveauté et d'utilité. Cette évaluation requiert alors l'appréciation du degré de significativité de la différence amenée par l'innovation.

Théorisée par **Schumpeter**, le concept d'innovation renvoie d'abord à une **source de l'évolution économique des pays**, ainsi qu'un moyen pour les entreprises de se constituer un **avantage compétitif** – au même titre que l'ajustement par le prix ou les quantités. Les entreprises qui développent une innovation créent une discontinuité irréversible dans le circuit économique, qui bouleverse l'activité économique en créant de nouveaux modes de production des biens et services, ou même de nouveaux secteurs d'activités : c'est la « destruction créatrice ». Schumpeter pose la **figure de « l'entrepreneur »** au centre de ce système, un être « *extra-ordinaire* » obnubilé par la mise en place de stratégies pour penser de nouvelles inventions et créer de nouveaux marchés.

Le modèle d'innovation tel que conceptualisé par Schumpeter est un modèle linéaire, qui part du principe que l'innovation est principalement le résultat du progrès scientifique et

technologique. L'économiste proposera deux grandes versions de ce modèle – aussi nommé *technology push* – où les acteurs de l'innovation changent. Dans le premier en 1912, les acteurs de l'innovation sont les entrepreneurs d'entreprises « familiales », alors qu'en 1942, ce sont essentiellement les ingénieurs des départements recherche-développement de grandes entreprises (Badillo, 2013).

### **La théorie de la diffusion**

Dans son ouvrage, *Diffusion of Innovations*, **Rogers** (1962) s'attache à comprendre les comportements des usagers potentiels face à l'innovation, et leur adoption ou non. Il cite plusieurs facteurs comme décisifs pour l'adoption d'une innovation, notamment la communication. Il définit d'ailleurs la diffusion comme « *le processus par lequel l'innovation va progressivement être communiquée, à travers certains canaux, dans le temps, auprès des membres d'un système social* » (cf. [Annexe 1](#)). Ces travaux rebondissent sur les réflexions de précédents auteurs (Ryan & Gross, 1943) qui faisaient reposer l'adoption des innovations sur un **effet boule de neige**. Initié à la question par son origine familiale et notamment la réticence de son père à l'utilisation de produits chimiques dans ses activités agricoles, il théorise cette diffusion en 5 grandes phases successives : (1) la connaissance, (2) la persuasion – découlant des caractéristiques perçues de l'innovation : avantage relatif, observabilité, essai, (3) la décision, (4) l'implémentation, et (5) la confirmation.

### **L'approche par les usages**

Les théories classiques de l'innovation ont longtemps reposé sur cette notion de diffusion des technologies. **Bruno Latour, Michel Callon et Madeleine Akrich** (1985 ; 1998) introduisent une nouvelle approche de l'innovation qui s'éloigne des approches du début du XX<sup>e</sup> siècle. Face à une démarche qui consistait principalement à analyser *a posteriori* les obstacles – sociaux, institutionnels et économiques – auxquels une innovation s'était heurtée, les chercheurs invitent plutôt à intégrer dès le début les représentations des partenaires et des usagers à l'innovation. Dans la lignée des critiques adressées au « diffusionnisme », leur « **modèle de la traduction** » met l'accent sur de nouvelles facettes, comme les médiations entre les acteurs sociaux et sur une stratégie dite « de l'intéressement ». **Le déterminisme du progrès technique est réfuté** et la valeur technique propre de l'innovation ne suffit plus à l'imposer.

## 1.2. Associer les usagers pour innover autrement

Nous l'avons compris, la littérature classique se concentre sur un modèle purement linéaire de l'innovation dans lequel l'entreprise est la principale actrice et l'utilisateur se contente en bout de chaîne d'accepter ou non l'innovation.

Mais alors les utilisateurs n'ont-ils rien à apporter dans la conception des produits qui leur seront destinés ? Quels autres rôles peuvent-ils prendre dans les processus d'innovation ? **Eric von Hippel**, chercheur américain et professeur au Massachusetts Institute of Technology (MIT), est le premier à théoriser **l'innovation par les utilisateurs** avec le

concept des « **lead users** » : individu ou organisation anticipant les futurs besoins cruciaux des utilisateurs. Une vingtaine d'années plus tard, **Madeleine Akrich**, sociologue française et chercheur au Centre de sociologie de l'innovation (CSI) de Mines ParisTech, corroborera ses travaux avec notamment le concept d'« **expertise expérientielle** ». La chercheuse distingue également différents degrés d'activités des utilisateurs dans les processus d'innovation, là où von Hippel se contente d'analyser le niveau maximal : l'utilisateur-innovateur.

### ***Ampleur du phénomène***

Afin de justifier l'étude de l'innovation par les utilisateurs, von Hippel souligne l'ampleur du phénomène et l'efficacité de ce mode. Dans un article (1976), il indique que  $\frac{3}{4}$  des innovations rencontrant un succès commercial sont initiées par la réponse à la perception d'un besoin utilisateur, plutôt que sur la base d'une opportunité technologique. Constatant que ces activités d'innovation ne sont pas comptabilisées dans les instituts de statistiques nationaux, von Hippel cherche à mettre en place un moyen plus systématique pour mesurer le phénomène de l'innovation par les utilisateurs.

### ***Les motivations à innover des utilisateurs***

Ce ne sont pas les rendements financiers qui motivent les utilisateurs, contrairement aux entreprises, mais **la possibilité d'utiliser un produit plus adapté à leurs besoins**. Quand il s'agit d'utilisateurs professionnels, cas principalement étudié par von Hippel, l'innovation peut leur permettre d'être plus rapide dans leur travail ou d'obtenir un résultat de meilleure qualité. Quand il s'agit de particuliers, innover peut leur permettre d'avoir accès à un produit à forte technicité que le marché ne leur aurait pas fournis de lui-même n'y voyant pas son intérêt – utilisateurs trop peu nombreux au regard de l'investissement demandé, par exemple. Pour ce dernier cas, Akrich (1998) cite notamment les équipements destinés à certaines catégories de malades.

### ***Degré d'activité des utilisateurs***

Von Hippel (1976) se contente de distinguer dans ces travaux les processus d'innovation dominés par les utilisateurs et les processus dominés par les producteurs (cf. [Annexe 2](#)). Il décompose les processus d'innovation en six grandes phases : (1) la reconnaissance (reconnaissance de la faisabilité technologique d'une innovation et de sa demande potentielle), (2) la formulation de l'idée (fusion entre la faisabilité et la perception de la demande dans un concept de design), (3) la résolution du problème (activités de R&D), (4) la solution (l'intervention), (5) l'utilisation et la diffusion pré-commerciales, et enfin (6) l'utilisation et la diffusion commerciales. Les processus dominés par les utilisateurs les placent en acteurs principaux durant l'ensemble des phases à l'exception de la phase d'utilisation et de diffusion commerciale qui est assurée par les producteurs. Pour les processus dominés par les producteurs, la seule phase de reconnaissance est adressée par les utilisateurs.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, Akrich (1998) enrichit les recherches de von Hippel en introduisant **différents niveaux d'activité des utilisateurs** dans les processus d'innovation : (1) l'utilisateur représenté, (2) l'utilisateur actif, et (3) l'utilisateur-innovateur.

Dans le premier cas, celui de l'« **utilisateur représenté** », le degré d'implication des utilisateurs reste limité à l'expression de ses besoins, comportements et perceptions. La représentation de l'utilisateur peut se faire directement (ce que l'auteur nomme les « *techniques explicites* »), via des études de marché, des tests de concept, ou encore les remontées des services après-vente. L'utilisateur peut aussi être représenté de façon indirecte (« *techniques implicites* »), via la parole d'experts ou d'acteurs du projet mobilisant leur propre expérience. Le niveau d'intégration supérieur : l'« **utilisateur actif** », renvoie aux modifications ordinaires des utilisateurs face à des produits ou des dispositifs déjà constitués, qui les « *décalent* » de la définition attribuée par leurs concepteurs. Il peut s'agir d'un décalage de la physionomie de l'objet ou de l'usage auquel il est destiné. La chercheuse décompose ce phénomène en quatre catégories : le déplacement (modification du spectre des usages prévus d'un dispositif, sans annihiler ce en vue de quoi il a été conçu, et sans introduire de modifications majeures dans le dispositif), l'adaptation (légères modifications dans le dispositif pour l'ajuster à son utilisateur ou son environnement sans toucher à sa fonction première), l'extension (conservation du dispositif dans sa forme et ses usages de départ mais enrichissement avec un ou plusieurs éléments qui permettent d'étendre la liste de ses fonctions), le détournement (utilisation d'un dispositif pour un propos différent du scénario prévu en annihilant du même coup toute possibilité de retour à l'usage précédent). L'article accompagne ces concepts d'un grand nombre d'exemples : seringues en plastique pour administrer des médicaments aux jeunes enfants, briquettes d'isolation utilisées comme combustibles, bidons de pétrole transformés en instruments de musique, etc. L'auteure souligne que d'aucun pourrait pointer du doigt la nature très incrémentale de la plupart des exemples cités précédemment. Mis à part le détournement, ces innovations ne transforment pas significativement les conditions de production ou d'utilisation des dispositifs initiaux. Il en va autrement pour le cas de l'« **utilisateur-innovateur** » qui amène des innovations qui « *pourrai[en]t être considérée[s] comme assez radicale[s]* ». <sup>11</sup> L'utilisateur devient l'inventeur d'une innovation, ou à défaut revêt un rôle leader dans le processus d'innovation. L'exemple des instruments scientifiques de von Hippel est repris, mais l'auteur en introduit de nouveaux : celui du **fauteuil roulant électrique pour enfants créé par le père d'une jeune fille atteinte d'une maladie rare**, ou encore les **murs d'escalade d'intérieur** et leurs prises en résine, conçues par François Savigny, un grimpeur.

### **Profil des utilisateurs-innovateurs**

Un dernier point sur lequel les travaux de ces auteurs nous éclairent concerne les caractéristiques de ces utilisateurs-innovateurs. Quel est leur profil ? Qui sont-ils ?  
**Comment les reconnaître ?**

---

<sup>11</sup> On constate que l'auteure aborde tout de même la question de la radicalité avec une grande précaution.

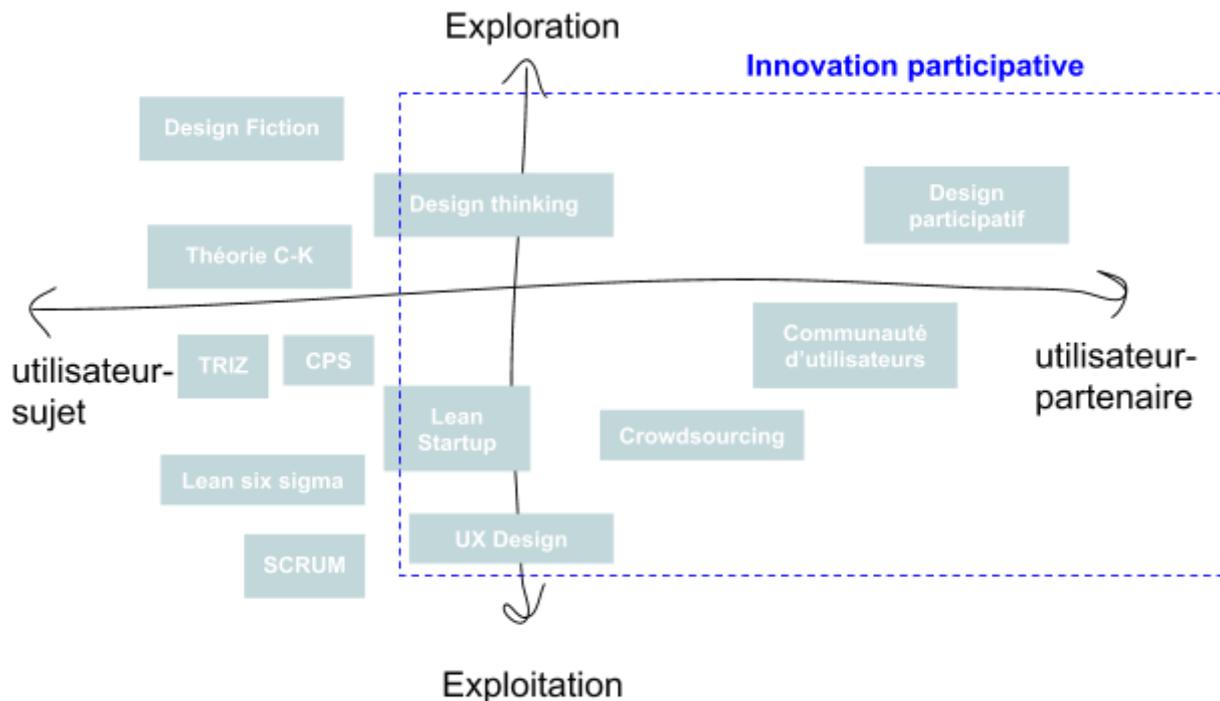
Ceux que von Hippel (1986) appelle les « **lead users** » sont les utilisateurs qui ressentent des besoins spécifiques forts avant qu'ils ne se généralisent quelques mois ou quelques années plus tard. Grâce au fait qu'ils détiennent des informations privilégiés sur les besoins futurs du marché, l'auteur conseille de les associer autant que faire se peut aux études de marché menées par les laboratoires. Cependant, c'est leur capacité à concevoir des innovations – et particulièrement des innovations radicales – qui nous intéresse ici. Von Hippel détaille les deux caractéristiques qui permettent d'identifier un *lead user* : le fait d'**espérer des bénéfices importants d'une innovation éventuelle**, et le fait d'**être à l'avant garde d'une tendance**. Pour les repérer en pratique, il propose plusieurs méthodes. Dans son premier article, il conseille d'identifier qui sont les utilisateurs à l'avant-garde d'une nouvelle tendance donnée. Cette méthode semble croiser la théorie de la diffusion de Rogers (1995), et consisterait donc simplement à **identifier les 2,5% d'« aventuriers » de la dernière innovation d'un secteur**. Dans un plus récent article, von Hippel (2009) propose d'adopter la **stratégie de la pyramide**, qui consiste simplement à interroger des utilisateurs d'un domaine particulier, en leur demandant s'ils connaissent d'autres personnes plus expertes dans ce domaine. En répétant cette opération, on arrive rapidement en haut de la pyramide.

D'après Akrich (1998), il s'agit le plus souvent d'**individus possédant une double compétence** : celle de technicien et d'utilisateur – soit parce qu'ils sont utilisateurs eux-mêmes soit parce qu'ils ont un proche utilisateur (e.g. parents d'enfants malades). L'article reprend d'ailleurs la citation de l'inventeur des prises d'escalade en résine : « *Pour réussir ce genre de choses, il faut être à la fois sculpteur et grimpeur. Je ne pourrais imaginer ces prises sans mettre moi-même la main à la pâte, dans la résine ou sur le rocher.* ».

### 1.3. Des méthodes participatives à l'appui

Au-delà des concepts étudiés précédemment, le champs du management de l'innovation abonde de méthodes pour parvenir à concevoir de nouveaux produits ou services. Ces méthodes n'accordent cependant pas toutes la même place aux utilisateurs.

Nous nous attacherons à étudier dans cette partie, les méthodes où l'utilisateur est partenaire du processus d'innovation (cf. figure 1 : *Matrice des méthodes d'innovation*).



Figures 1 : Matrice des méthodes d'innovation (source : l'auteure)

### **UX design**

Un des premiers auteurs à conceptualiser l'**user experience design** (UX design) est Jessie James Garrett (2002), designer. Il réalise que le web est un produit particulier et que la relation qu'entretient l'utilisateur avec lui est pleine d'enjeux. Ce nouveau design d'expérience peut oeuvrer à des objectifs centrés sur l'utilisateur, comme réduire sa frustration ou ses erreurs commises. Il peut aussi servir les objectifs commerciaux de l'entreprises, comme augmenter son taux de transformation.

Selon l'auteur, quatre grandes étapes se succèdent lors du design de l'expérience-utilisateur : (1) la phase de découverte qui vise à collecter toutes les informations nécessaires pour visualiser le projet et ses problématiques dans son entièreté, (2) la phase de définition qui délimite les fonctionnalités et le contenu du site internet grâce à plusieurs séances d'idéation et de design (e.g. d'interaction, d'interface, d'information), (3) la phase de prototypage, et (4) de réalisation des prototypes finaux.

Complètement invisible il y a dix ans, l'**UX Design** est aujourd'hui largement utilisé par les agences de design, mais aussi par les grands groupes et les cabinets de conseils. Cette démarche est en partie participative, car elle intègre les utilisateurs à plusieurs étapes : au début lors de la recherche utilisateur (e.g. attentes, motivations, comportements, contextes d'utilisation) et au milieu lors de la phase de tests. **Le degré de participation reste assez limité, car l'utilisateur n'intervient généralement pas pendant la phase de conception.**

## ***Lean Startup***

Le « *Lean Startup* » peut être défini comme une **méthode de gestion de projet d'exploration par l'itération** se caractérisant par la rapidité d'une commercialisation et l'amélioration continue fondée sur les retours utilisateurs.

Pensée par Eric Ries (2011), entrepreneur étatsunien et fondateur d'*Imvu*, dans son livre *The Lean Startup : How relentless change creates radically successful businesses*, cette méthode se base sur une volonté d'éliminer tout « gaspillage » de ressources pendant la phase de création du produit. Cette approche repose sur le concept de **Minimum Viable Product (MVP)** : un prototype constituant la plus simple version du produit final à atteindre, et l'agrégation des hypothèses à valider. L'idée est de maximiser ses chances de réussite tout en minimisant le financement, en se confrontant le plus rapidement possible son groupe d'hypothèses, pour notamment valider l'existence du marché et sa solvabilité. Cette méthode est constituée d'une succession de boucles d'itération respectant trois phases : (1) la phase de construction, (2) de mesure, puis (3) d'apprentissage. A la suite de chacune de ces boucles, deux options : (a) le produit est amélioré, (b) un virage stratégique est opéré, que l'on nomme « pivot ». La phase de construction consiste à créer un MVP en fonction d'une somme d'hypothèses. La mesure consiste à valider la validité ou non de ses hypothèses via des tests quantitatifs (e.g. *A/B testing*, indicateurs issus du site internet du produit) et qualitatifs (e.g. entretiens semi-directifs, observations). Enfin, l'apprentissage permet de capitaliser sur les retours utilisateurs, pour décider des améliorations ou des pivots à opérer.

De façon semblable aux démarches d'*UX design*, le **lean startup va mobiliser les utilisateurs au moment des tests de sa phase de mesure**. Les utilisateurs pourront être mobilisés directement à travers des entretiens, observations ou *focus group*, ou de façon indirecte à travers l'analyse de leurs comportements en ligne par exemple (nombre de clics, taux d'ouverture d'un email, etc.). Cette intégration des utilisateurs se fait donc après-coup, une fois le MVP conçu par l'équipe en interne, et reste limitée.

## ***Crowdsourcing***

Le terme « *crowdsourcing* » a été popularisé Jeff Howe en 2006, journaliste, dans son article *The rise of crowdsourcing* chez The Wired. Cette méthode consiste, comme son nom l'indique, à **externaliser (*outsourcing*) une activité vers la foule (*crowd*)**.

Son déroulé est simple : l'organisation publie un cahier des charges sur Internet, sur son site web, ses réseaux sociaux, ou un site spécialisé, et fixe les modalités de participation (i.e. règles, agenda, récompense, etc.). Cette externalisation a revêtu une dimension toute nouvelle avec l'**essor d'internet** qui permet aux organisations d'être en contact direct avec un grand nombre de personnes. On citera quelques exemples : le site « *NameMyDaughter.com* » développé en 2014 par un père désireux que les internautes l'accompagnent dans le choix du prénom de son futur enfant, le challenge de Ben & Jerry's

en 2016 sur la plateforme de *crowdsourcing* eYeka pour trouver une nouvelle gamme de glace pour jeunes urbains, ou encore la marque Tartare en 2016 qui proposait d'acheter aux internautes leurs recettes de feuilletés au fromage Tartare, sur la plateforme Recipay (Renault, 2017). Ce qui est *crowdsourçable* nous renvoie à une myriade d'activités, que l'on pourra différencier selon trois grandes catégories : (1) le *crowdsourcing* d'activités inventives, (2) de tâches routinières et (3) de contenu. Dans le premier cas, l'organisation demande à la foule d'apporter des idées pour résoudre des problèmes parfois complexes ou créatifs (e.g. plateformes Innocentive, eYeka). Dans le second cas, la foule apporte du contenu (e.g. Open Street Map, iStockPhoto). Dans le dernier, elle met à contribution du temps, des capacités à traiter l'information (e.g. reCAPTCHA, Amazon Mechanical Turk) (Burger-Helmchen & Pénin, 2011). C'est le premier cas qui nous intéresse le plus, car il s'inscrit directement dans la logique d'innovation ouverte théorisée par Chesbrough. Plus sélectif que les deux autres (i.e. prenant souvent la forme d'un concours), son succès dépend de la diversité des individus qui y prennent part et de leur niveau d'expertise.

En définitive, **le *crowdsourcing* d'activités inventives ne s'adresse pas spécifiquement aux utilisateurs, mais peut particulièrement les toucher en pratique** quand l'organisation le communique sur ses réseaux. Enfin, il est utile de préciser que certaines associations (e.g. Emmaüs) utilisent aussi le *crowdsourcing* pour identifier des irritants en interne.

### ***Communautés d'utilisateurs***

Découlant en partie des travaux de von Hippel, les communautés d'utilisateurs sont un type de communautés d'innovation conceptualisées par le chercheur : « ***un groupe informel constitué, soit de membres internes aux entreprises, soit de membres externes (utilisateurs des produits et services de ces entreprises, groupes informels virtuels partageant un intérêt commun, etc.)*** » (Cohendet & Sarazin, 2017).

Les types de communautés sont nombreux : les communautés de pratique (engagés dans la même pratique, par exemple un même métier), virtuelles (e.g. communauté Linux), d'intérêt (i.e. certains groupes rassemblés autour d'une cause, comme les familles de malades par exemple), épistémiques (i.e. communautés concentrée autour de la production de connaissances nouvelles : scientifiques ou artistiques), et enfin les communautés d'utilisateurs (Cohendet & Sarazin, 2017). C'est à ces communautés d'utilisateurs que nous nous intéresserons. Comme l'avait déjà identifié von Hippel (2002), les communautés d'utilisateurs sont des sources très importantes d'innovation. Parmi les exemples d'organisations, l'on retrouve Decathlon, Salomon et Free, qui ont tous une communauté d'utilisateurs participant aux processus d'innovation. Selon les cas, elles interagissent avec elles via une plateforme web de co-création, leurs réseaux sociaux, ou des événements.

Ces interactions que nous venons de décrire passent par le « ***middleground*** » : une strate intermédiaire entre l'organisation et les communautés. Cette strate, qu'elle soit physique ou virtuelle, est indispensable pour faire dialoguer les entités formelles de l'organisation (l'« *upperground* ») avec l'ensemble des utilisateurs (l'« *underground* »). Il a l'avantage d'à la

fois fournir l'environnement nécessaire à la naissance et au développement de la communauté, ainsi qu'à la création d'un climat de confiance indispensable pour le transfert d'idées d'un *ground* à l'autre. Ce *middleground* se caractérise par 4 mécanismes : les places, les espaces cognitifs, les événements et les projets (Cohendet & Sarazin, 2017). Il sera d'autant plus dynamique dans la mesure où il réussira à activer ces 4 composantes simultanément. Une bonne façon d'activer l'ensemble de ces dimensions en même temps est les hackathons : événements réunissant bénévolement pendant quelques jours une pluralité d'acteurs pour tenter d'apporter, de manière collaborative, des solutions originales à des problèmes complexes. L'organisation Hacking Health en est un bon exemple. Via ses hackathons rassemblant professionnels de santé, développeurs, designers, patients, etc., Hacking Health fédère une communauté durable avec des nouveaux inscrits qui deviennent des ambassadeurs de la communauté, séduits par ses valeurs et par cette expérience exceptionnelle (« *dimension spectaculaire, de la musique festive, des activités de relaxation, des jeux de lumière et un discours iconoclaste et mobilisateur. Le sentiment partagé d'exaltation perdue après l'événement* ») (Cohendet & Sarazin, 2017). Un autre moyen efficace de créer des liens plus facilement avec sa communauté d'utilisateurs nous vient de von Hippel (2013), qui déclarait que l'une des façons les plus efficaces était de recruter un de ses membres qui saura enseigner au mieux à l'organisation comment s'y prendre.

La fédération et l'animation de telles communautés **permet une pleine intégration des utilisateurs aux processus d'innovation, et ce en continu**. Pouvoir tisser de bonnes relations avec nécessite cependant un grand investissement de la part des organisations, et une réelle adaptation culturelle.

### ***Design Thinking***

Théorisée par Tim Brown (2008), fondateur de l'agence IDEO, le « *design thinking* » est une démarche bien connue avec pour philosophie **un design centré sur l'humain**. Le *design thinking* dit inviter les organisations à réfléchir comme des designers, pour transformer la façon dont elles conçoivent leurs produits et services. Cette méthode se matérialise par une compréhension rigoureuse des besoins, des souhaits et des goûts des individus – à travers leurs observations directes. L'objectif recherché, selon Brown, est d'aboutir à un juste équilibre entre trois dimensions : la viabilité, la faisabilité et la désirabilité. Pour maximiser les chances de réussite, l'idéal est donc de constituer des équipes pluridisciplinaires. Avec le *design thinking*, c'est une nouvelle méthode de conduite de projets qui nous est proposée. Par opposition à la conduite de projet traditionnelle renvoyant à un processus linéaire, aux grands étapes bien définies et rythmé par les « *go/no go* » de son comité de pilotage, le design pousse à suivre un processus itératif, mettant l'accent sur la créativité et la culture du test (Beudon, 2017).



Figure 2 : Les espaces du design thinking (source : Harvard Business Review, 2008)

La méthode ne se découpe pas en phases mais en « espaces », comme les décrit Brown pour souligner la non-linéarité du processus. On en compte trois : (1) l'inspiration, (2) l'idéation, et (3) l'implémentation. Il est important de souligner que d'autres acteurs (e.g. Design Council, d.school de Stanford) se sont appropriés le design thinking et ont inventé de nouvelles manières de le séquencer (cf. [Annexe 3](#)).

L'inspiration est le moment au cours duquel on tente de comprendre les problèmes auxquels les utilisateurs sont confrontés. L'école de design de Stanford la décompose en deux phases distinctes : la phase d'empathie et la phase de définition de la problématique. Pendant l'inspiration, le but est de rassembler un grand nombre de connaissances pour en faire ressortir quelques *insights* (i.e. opinion, comportement ou attente d'un type d'acteur). Cette accumulation de connaissances se fait au plus près des utilisateurs via, le plus souvent, des méthodes inspirées de l'ethnographie et de la sociologie (e.g. entretiens, observations, journal photos, etc.). A la suite de cette collecte, l'équipe tentera de définir la problématique à laquelle elle souhaite répondre, en s'appuyant sur des outils de design (e.g. personas, cartographies d'expérience). L'idéation, ensuite, consiste simplement à générer le plus grand nombre d'idées possibles à partir du matériau recueilli sur le terrain. Cette étape peut se décomposer en deux grandes phases : la divergence (production d'un grand nombre d'idées) et la convergence (écrémage des idées, création de *clusters*, hiérarchisation et choix final). Les outils issus de la méthode de créativité *Creative Problem Solving* (i.e. méthode de créativité) peuvent être pertinents pour soutenir cette étape : outils d'association d'idées (e.g. table de Kent et Rosanoff), outils d'enrichissement d'idées (e.g. cartes chevalier, dragon, sage). Enfin, vient l'implémentation qui renvoie à la construction de prototypes, soit la matérialisation des idées de façon plus ou moins soignée (e.g. croquis, *storyboard*, prototype fonctionnel). Ces prototypes sont ensuite testés auprès des utilisateurs afin de jauger la pertinence du concept élaboré.

Si Brown (2008) met bien en avant l'importance de créer des équipes pluridisciplinaires (e.g. designers, ingénieurs, profils commerciaux), **la question de l'intégration d'utilisateurs ou non à ces équipes n'est pas centrale**. Dans son article originel, elle est simplement évoquée dans un court paragraphe en bas de page : « *Cherche de l'aide à l'extérieur : Étend l'écosystème d'innovation en cherchant l'opportunité de co-créeer avec les clients et*

les consommateurs. Exploite les réseaux du Web 2.0 pour élargir la taille de ton équipe d'innovation. »

### **Design Participatif**

Si nous décidons ici de plonger plus en profondeur dans le champ du design, en ne nous arrêtant pas au *design thinking*, c'est parce que ce dernier n'évoque que trop superficiellement les rouages de l'intégration des utilisateurs à ce processus créatif.

L'une des principales **différences entre le design participatif et les approches issues du monde de l'entreprise** – notamment celle des *lead users* – est qu'il nécessite de partir de croire au fait que tout le monde est créatif. A l'inverse, les méthodes *business* partent du principe que seule une élite peut devenir co-designer (Sanders & Stappers, 2008). Ce **nouveau rapport de pouvoir se heurterait à la façon dont les entreprises sont dirigés**, ce qui expliquerait en partie le faible recours au design participatif. La principale différence entre le design centré-utilisateur (cf. [Annexe 4](#)) et le design participatif est que les rôles se brouillent. L'utilisateur qui participe est expert de sa propre expérience et joue un rôle central dans le développement de la connaissance, l'idéation et le développement du concept. Le designer, lui, soutient l'utilisateur via des outils, et tente de donner forme à ses idées (Sanders & Stappers, 2008).

Les outils sont centraux dans le design participatif (cf. [Annexe 4](#)). Relevant plus d'une démarche que d'une méthode à proprement parlée – car il n'y a pas de phases distinctes qui se succèdent à suivre – ces outils peuvent être mobilisés à divers moments de la démarche pour faciliter la génération d'informations, la création d'idée ou le développement du concept. On peut citer le focus group, classique en marketing et en sociologie, permettant de déterminer la réponse d'un groupe et l'attitude qu'il adopte au regard d'un concept. Les méthodes d'enquêtes ethnographiques sont également largement utilisées. Elles consistent pour l'observateur à s'installer dans un contexte d'utilisation d'un dispositif et à tenter d'y recueillir un maximum de données (e.g. photos, schéma d'un lieu, artefacts, discours d'utilisateurs). Les *probes* – ou sondes en français – sont plus spécifiques au champ du design. Ce sont très simplement des troussees rassemblant du matériel (e.g. appareil photo jetable, carnet, carte postale vide) et une courte note explicative pour indiquer à l'utilisateur comment s'en servir. L'objectif des sondes est de permettre aux designers de s'inspirer des réactions des utilisateurs face à elles. Enfin, on peut évoquer d'autres outils comme le *mind mapping*, les jeux de design ou les *6 thinking hat* (Gravel, 2013).

Le design participatif permet donc une **intégration complète** des utilisateurs aux processus d'innovation, car c'est là même son premier objectif.

Enfin, on peut mentionner les **living labs** et la grande opportunité qu'ils offrent en matière de co-innovation. Ils ne sont pas à proprement parlé une méthode, mais bien **une des façons de matérialiser l'ensemble de ces méthodes, en continu**. Ces laboratoires vivants font souvent le lien entre les différents acteurs et les potentiels utilisateurs. On peut les

définir comme suit « un milieu d'innovation centré utilisateurs basé sur les pratiques quotidiennes dans une approche qui facilite l'influence des utilisateurs dans des processus d'innovation ouverte et distribuée engageant tous les partenaires pertinents dans un contexte de vie réelle, visant à créer une valeur durable » (Bergvall-Kareborne et Stahlbrost, 2009).

A ce stade, nous pouvons déjà dresser une première distinction des méthodes de co-innovation, ou allant dans le sens d'une co-innovation, décrites précédemment.

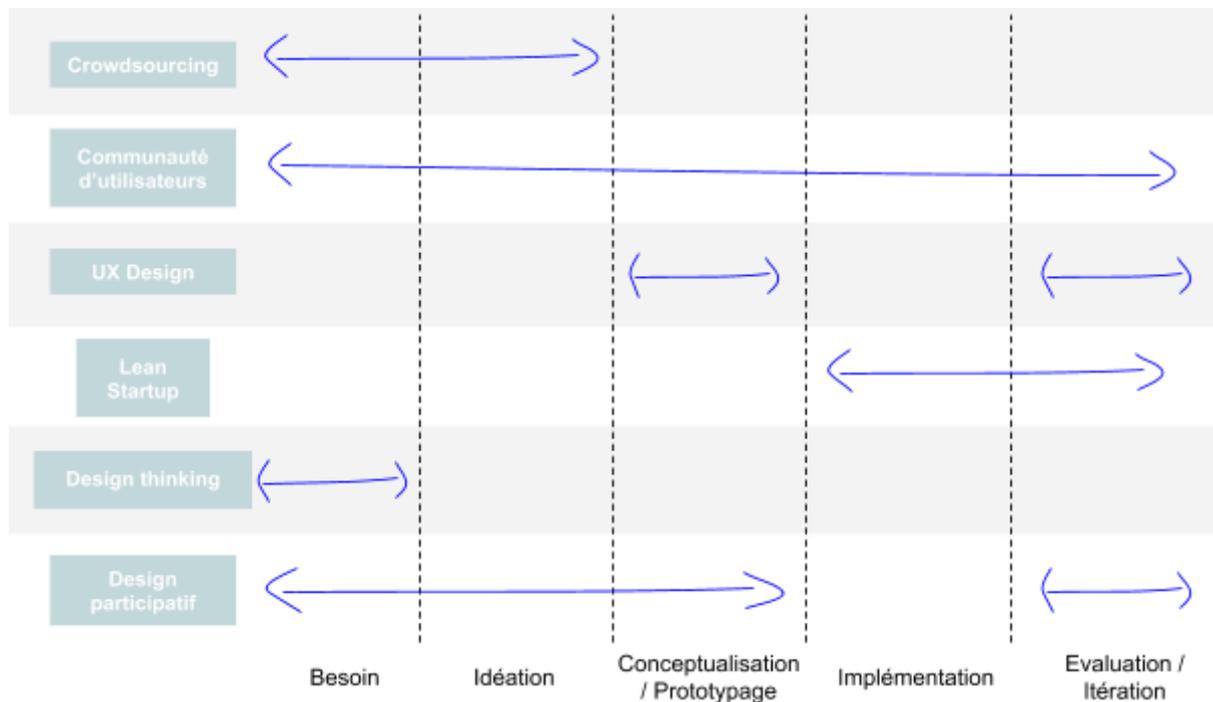


Figure 3 : Les degrés d'intégration comparé des méthodes d'innovation participative (source : l'auteure)

Le *crowdsourcing* permet de recueillir des idées ou des besoins (i.e. irritants ou *pain points*), les communautés d'utilisateurs de fédérer une communauté active autour de ses activités d'innovations, l'*UX design* d'optimiser l'expérience client, le *lean startup* de lancer son produit le plus rapidement possible au moindre coup, le *design thinking* d'avoir une conception centré-utilisateur et le *design participatif* de concevoir avec lui. Bien que ces méthodes aient toutes des histoires et des objectifs différents, elles ont toutes pour point commun de permettre d'inclure les utilisateurs à un moment donné du processus d'innovation. **Le degré d'intégration de l'utilisateur varie grandement d'une méthode à l'autre.** Cela signifie-t-il que le niveau d'intégration maximum est le plus souhaitable ? Ces méthodes sont-elles toutes adaptées à des utilisateurs potentiellement vulnérables ?

Dès lors, comment les adapter au mieux ? Comment les efforts conduits en matière de participation par le secteur social et médico-social depuis ces deux dernières décennies peuvent nous aider à y parvenir ?

## 2. Etat des lieux du secteur social et médico-social

### 2.1. Eléments constitutifs

« **Tout ne paraît qu'émiettement** du côté du paysage institutionnel. Il existe, certes, une multitude d'institutions, de sigles. La législation du secteur social et médico-social n'est pas homogène. Ce dernier s'est construit par accumulation et juxtaposition de textes. **Il est difficile d'en avoir une vue d'ensemble, tant se divisent et s'enchevêtrent les champs de compétences** (État/collectivités territoriales), les statuts (privé/public), les modes de financement (Sécurité sociale, aide sociale de l'État, aide sociale départementale), les instances de contrôle, les mécanismes d'orientation ou de placement... Enfin, par-delà les logiques de dispositifs, il existe une nébuleuse d'actions reposant sur des dynamiques associatives, dans le cadre de **l'économie sociale et solidaire**. » (Jaeger, 2017).

Cet extrait du *Guide du secteur social et médico-social* nous donne à voir simultanément les complexités structurelles, législatives et relationnelles du secteur d'activité auquel nous faisons face. Cette partie semble donc indispensable à notre claire appréhension du sujet, car elle nous permettra de mieux connaître le secteur dans lequel nous évoluerons.

La **loi n°2002-2**, présente le secteur social et médico-social tel que « *l'action tend[ant] à promouvoir [...] l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* ». Comme le précise le texte, ce secteur s'adresse en particulier aux « *personnes handicapées et personnes âgées, personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté* ».

Les **acteurs mettant en oeuvre l'action sociale et médico-sociale sont nombreux**. On compte notamment l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que les institutions sociales et médico-sociales. On peut également rajouter les acteurs que sont les *startups* sociales et autres structures issues directement du mouvement de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS).

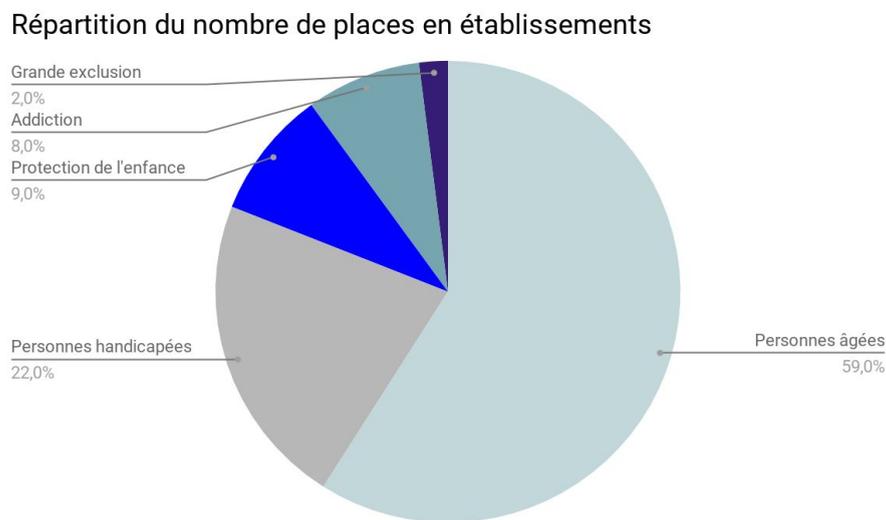
On compte donc plusieurs types de publics répartis en six grandes missions définies par l'État (cf. encadré ci-dessous).

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;</li><li>2° Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;</li><li>3° Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formations adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;</li></ol> |
|--|

4° Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;  
5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;  
6° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

*Source : Loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale*

Une bonne façon de prendre la mesure de ces missions est d'observer la répartition du nombre de places en établissements sociaux et médico-sociaux sur le graphique ci-dessous (Bauduret, 2017).



*Figure 4 : La répartition du nombre de places en établissement dans le secteur social et médico-social (issue de Bauduret, 2017)*

### ***Un secteur aux multiples divisions***

Les cloisonnements sont nombreux dans le secteur social et médico-social : entre le sanitaire et le social, le secteur commercial et associatif, et le monde bénévole et salarié. Bien les comprendre nous permet de mieux cerner les difficultés relationnelles auxquelles peuvent faire face les individus ou organisations qui tentent de collaborer avec des acteurs différents.

La **division entre le sanitaire et le social**, d'abord. En effet, sanitaire (i.e. prévention sanitaire, soins somatiques et psychiatriques) et social traversent l'ensemble des filières : l'exclusion, les addictions, la protection de l'enfance, le handicap, le vieillissement. Les

exemples sont nombreux pour illustrer l'importance de mêler ces deux dimensions, du fait qu'une fragilité sociale joue souvent sur la condition sanitaire, et inversement. Cependant, bien que les derniers textes de loi aient vocation à fondre sanitaire et social en un même ensemble, la coupure a toujours très forte entre les différents établissements concernés, mais surtout dans les esprits et les pratiques des professionnels (Bauduret, 2017).

**La division entre le secteur commercial et associatif**, ensuite. Le secteur commercial n'occupe seulement une place significative pour les EHPAD. Dans le reste des activités, c'est le mouvement associatif qui domine. Dans le secteur de l'accueil des personnes en situation d'exclusion, il occupe 94 % des places, dans celui du handicap plus de 88 % des places, et dans celui de la protection de l'enfance plus de 62 % des places. Sous cette étiquette associative, se cache néanmoins une multitude de structures.

**La division entre le monde salarié et bénévole**, enfin. Dans un grand nombre d'activités et de structures, y compris en établissement, ces deux types d'acteurs collaborent ensemble. La problématique des modalités de collaboration entre eux est centrale – et d'autant plus pour les associations sociales et médico-sociales pour qui l'environnement législatif est très strict en matière de qualité. Ces « *frères ennemis* » constituent un ensemble uni mais continuellement en guerre de légitimité (Rullac, 2012).

### ***Une interface floue avec l'ESS***

Enfin, le secteur social et médico-social **partage une certaine part de ses activités avec l'ESS**. Cette économie regroupe, selon le Labo de l'ESS, les structures « *qui reposent sur des valeurs et des principes communs : utilité sociale, coopération et ancrage local* »<sup>12</sup>. Ce secteur d'activité peut paraître diffu aux premiers abords – et c'est normal. Construit par l'incorporation successive de structures indépendantes et variées, il a ensuite été consolidé par les acteurs politiques (e.g. le parti politique Europe Ecologie Les Verts, les Chambres régionales d'économie sociale et solidaire). Les statuts (e.g. associations, mutuelles, entreprises sociales, coopératives) sont aussi nombreux que les sujets adressés : culture, sport, environnement, éducation, action sociale, défense des droits, loisirs et vie sociale. Selon le Labo de l'ESS, ses acteurs se caractérisent par la coopération (e.g. représentée par les pôles territoriaux de coopération économique) et par l'innovation.

Bien que les activités sociales et médico-sociales ne constituent qu'une partie des champs de l'ESS, le secteur traditionnel se voit perturbé par l'arrivée de ces **nouveaux entrants**. Que ce soit pour le maintien à domicile des séniors (e.g. Alenvi), l'assistance aux personnes sans-abris (e.g. Entourage, la Cloche), l'insertion professionnelle (e.g. Lemon Tri) ou encore le soutien à la vie quotidienne des personnes handicapées (e.g. Handissimo), les nouveaux entrants sont partout et créent une concurrence nouvelle. **Concurrence** à la fois sur les publics accompagnés – notion importante car le volume des personnes accompagnées détermine pour bien des organisations le volume de dotations publiques obtenues – mais également sur le plan des recrutements de nouveaux bénévoles.

---

<sup>12</sup> Définition du Labo de l'ESS. Consulté à l'adresse

<http://www.lalabo-ess.org/l-economie-sociale-et-solidaire-ess-.html#:~:text=Le%20Labo%20de%20l'ESS%20ESS%20Le%20terme%20d'%C3%89conomie,territoire%20et%20de%20ses%20habitants.>

## 2.2. Particularités de l'innovation participative dans le secteur social et médico-social

### 2.2.1. Des « utilisateurs » potentiellement vulnérables

Par essence, ce **secteur** se distingue des autres car il a pour raison d'être de **promouvoir l'autonomie et d'assurer la protection** des personnes. Ces « utilisateurs » ont donc en commun de partager une potentielle vulnérabilité.

**Mais que signifie le terme « vulnérabilité »**, que nous utilisons depuis le début de ce travail ? Que désigne-t-il exactement ? La sociologue Axelle Brodiez-Dolino (2013) nous invite à nous méfier de sa nature englobante qui pourrait cacher une imprécision conceptuelle. L'Histoire lui a successivement préféré les termes « indigents », « pauvres », « économiquement faibles », « marginaux », « précaires », et enfin « exclus » (Brodiez-Dolino, 2013). La « vulnérabilité » devient la condition des individus « exclus », « marginalisés », « désaffiliés » : au lien social rompu. Cette évolution renvoie à un changement de paradigme, en en faisant une caractéristique universelle et « *endogène au système social* », et non plus la responsabilité individuelle de groupes marginaux. Ce terme met aussi en exergue la **porosité entre les vulnérabilités sociales et sanitaires, souvent concomitantes** : « *être en difficulté sociale crée une fragilité sanitaire, et inversement* » (Brodiez-Dolino, 2013)..

L'innovation participative devient alors bien spécifique, car elle doit répondre à de **nouveaux défis**. D'une part, la participation des utilisateurs dans la création de nouveaux dispositifs sociaux et sanitaires n'a pas seulement une fonction d'efficacité, mais a aussi la fonction d'**empowerment** qui désigne le développement de la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie (Carrel, 2014). L'innovation participative répondrait donc également à un enjeu éthique – voire politique. D'autre part, le caractère potentiellement vulnérable des utilisateurs introduit un nouveau défi à la démarche. Il faut solliciter, associer et intégrer, mais **en prenant garde de ne pas compromettre la mission d'autonomisation et de protection de ces publics**.

Pour s'assurer que cette mission d'autonomisation et de protection soit respectée, il est nécessaire de **comprendre de quels types maux peuvent souffrir les personnes accompagnées** potentiellement vulnérables. Pour ce faire, nous proposons donc un tableau reprenant les principales vulnérabilités à prendre en compte selon le type de public. Malgré qu'il s'appuie sur de la documentation scientifique ou d'acteurs institutionnels qualifiés, ce tableau est tout de même limité par notre connaissance plus que partielle des rouages de la vulnérabilité économique, physique et psycho-sociale (cf. [Annexe 6](#)). Ce tableau répond moins à un objectif d'exhaustivité qu'à une volonté de démontrer la largeur du spectre des vulnérabilités des personnes accompagnées pouvant influencer une démarche participative.

Cet ensemble de potentielles manifestations des vulnérabilité affectent pour les individus la perception de **leur identité, leur manière d'être au monde ou encore leurs modes relationnels**. Certaines caractéristiques sont découlent de la situations, quand d'autres sont

d'avantage des stratégies de **coping** définies par Lazarus et Folkman en 1994 comme les « *transactions particulières entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être* ». On peut abriter sous cette catégorie l'aliénation ou le désinvestissement global (i.e. apathie) : stratégies qui peuvent être utilisées pour *faire face* par les personnes en situation de pauvreté-précarité victime de la grande exclusion (e.g. personnes sans-domicile fixe). Ces mécanismes de défense sont importants à prendre en compte quand on travaille avec des publics vulnérables.

On peut ajouter qu'il serait intéressant d'examiner plus en profondeur ce spectre des vulnérabilités à l'aune de ce qui fait leur essence : réversible *versus* irréversible, acquise *versus* innée, partagée (i.e. avec ses proches par exemple) *versus* individuelle, afin de mieux en distinguer les conséquences sur les personnes.

Néanmoins, il serait réducteur de considérer les « publics » comme uniques utilisateurs des innovations sociales. Bien que leur intégration aux processus d'innovation est plus aisée, les bénéficiaires de ces innovations sont aussi les **salariés et les bénévoles engagés** auprès des personnes accompagnées. L'innovation peut alors servir une multitude d'objectifs : remotiver les équipes, renouer avec des idéaux institutionnels, trouver des stimulants pour le travail de chacun (Karsz, 2012) ou encore simplifier le travail de tous les jours.

### 2.2.2. Une innovation sociale

Un deuxième enjeu renvoie au type d'innovation dont il est question : l'innovation « sociale ». Promue en France par l'**ESS**, elle est présentée comme **l'élaboration de nouvelles réponses à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits par l'Etat et les logiques de marché**.

Plusieurs auteurs dénoncent néanmoins une certaine tendance de l'innovation sociale à ne jamais se caractériser positivement. Parce qu'ils répondent à un besoin social ni pris en charge par l'Etat, ni le marché, ces nouveaux produits ou service seraient nécessairement innovants. Cette rhétorique contribuerait à dissimuler le **flou conceptuel** autour des innovations sociales (Levillain et al., 2016). D'autres travaux s'inscrivent dans cette remarque, soulignant que les innovations sociales font rarement l'objets d'activités de R&D (Peattie & Morley, 2008) ou encore qu'elles s'assimilent davantage à des bricolages incrémentaux qu'à des innovations radicales (Gundry et al., 2011).

Le Manuel d'Oslo de l'OCDE (2017) documente d'ailleurs peu ce type d'innovation, qu'il ne désigne pas par leur nature mais par les acteurs qui les mettent en oeuvre (i.e. les innovations des administrations publiques ou des institutions sans-but lucratif). Le manuel ne cite qu'une fois le terme d'innovation sociale, en le plaçant entre guillemets (e.g. « *De nombreuses ISBLSM s'emploient à mettre en œuvre des « innovations sociales », qui se définissent par leurs objectifs d'amélioration du bien-être des individus ou de la collectivité* »). L'ouvrage insiste également sur les **difficultés que pose souvent l'absence de marché** à ce types d'innovation. Difficulté à innover, d'une part, lié aux **incitations financières plus**

**faibles.** Difficulté, d'autre part, à **mesurer les résultats des innovations** – faute de données financières et commerciales – ses acteurs se verraient réduits à utiliser des évaluations subjectives (e.g. autodéclaration sur les gains d'efficacité ou l'amélioration de la satisfaction). Des particularités pas si simples à prendre en compte en somme.

## 2.3. « Innover avec » : un état des lieux

### 2.3.1. Une culture de la participation au sens large ?

#### ***Une logique institutionnalisée depuis 40 ans***

La question de la participation des personnes accompagnées – les « utilisateurs finaux » – n'a rien de nouveau dans le secteur social et médico-social. **Elle émerge dès 1982 avec la Circulaire Questiaux** intitulée « Orientations principales sur le travail social » dessinant plusieurs préconisations dont celle de « *permettre aux individus concernés de devenir acteurs du changement de leurs conditions et de leur cadre de vie* ». De nombreuses lois ont depuis prolongé cette logique, notamment la **loi n° 2-2002 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale et la **loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour la reconnaissance du droit à la citoyenneté et à la participation sociale des personnes handicapées.

Parmi les définitions de la participation, nous retiendrons celle reprise par le **Haut Conseil du travail social (HCTS)** qui la décrit comme « **la contribution, sur un pied d'égalité, de toutes les parties prenantes aux processus décisionnels** ».

Cependant, toutes les participations ne se valent pas. **Sherry Arnstein** (1969) et son **échelle de la participation** (cf. [Annexe 5](#)) les classe selon leur intensité. Très connue dans le domaine de la participation, cette échelle se compose de 8 barreaux allant de la manipulation (i.e. définie par l'auteurice comme « *une information biaisée utilisée pour "éduquer" les citoyens en leur donnant l'illusion qu'ils sont impliqués dans un processus qu'ils ne maîtrisent en aucune façon* ») au contrôle autonome des décisions par les citoyens. Cette échelle peut être utilisée comme point de référence objectif pour jauger du degré réel de participation de l'action engagée : symbolique ou effective.

Il est important de noter que le **secteur social et médico-social a cela de particulier que le concept de participation a été, au fil des lois, rattaché à la mission même de certaines de ses instances.** L'article 3 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, notamment, a rendu obligatoire pour tous les acteurs de l'ESS, à compter de 2018, le débat, lors de leur assemblée générale.

Plusieurs instances prévoient aujourd'hui la participation des personnes accompagnées à la gouvernance. On peut citer quelques exemples : les Services Intégrés d'Accueil et de l'Orientation (**SIAO**) – qui doivent prévoir « *les modalités de participation à la gouvernance du service des personnes prises en charge ou ayant été prises en charge dans le cadre du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement* » –

ou encore les Centre Communal d'Action Social (**CCAS**) avec leur comité d'usagers facultatif – instance de concertation entre bénéficiaires de prestations, associations et élus en lien avec les professionnels du CCAS.

Plus généralement, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et concrétisé par le Décret n°2004-287 du 25 mars 2004, a rendu obligatoire pour tous les établissements sociaux et médico-sociaux assurant hébergement ou accueil de jour continu la mise en place d'un **Conseil de la Vie Sociale (CVS)**. Cet organe réunit les usagers de l'établissement et a pour fonction de donner son avis et formuler des propositions sur toutes questions relatives au fonctionnement de l'établissement.

### ***... mais qui peine encore à s'appliquer en pratique***

« La participation serait-elle une pratique contre-nature ? »

« "La participation en kit" : l'horizon funèbre de l'idéal participatif »

« Participation de tous : passer des intentions aux actes »

Il ne faudrait pas pour autant en déduire que cette logique participative se met en place sans encombre dans le secteur social et médico-social. Comme on le voit avec cette sélection de titres d'articles, depuis le début des années 2000, les productions académiques s'en prenant à la participation fleurissent. On retrouve plusieurs **grandes classes de critiques**, questionnant tantôt le concept tantôt son application dans les faits.

Marion Carrel, sociologue et spécialiste de la démocratie participative, est l'un des auteurs les plus influents sur ce sujet. Dans son article « *Injonction participative ou empowerment ? Les enjeux de la participation* » (2017), elle synthétise les principales critiques adressées à ce terme. En premier lieu, on retrouve le **caractère souvent superficiel** de la participation mise en oeuvre par les institutions qui se réduit généralement à de l'information descendante ou à du débat a minima, concentré sur des enjeux de proximité. Est critiqué également l'**émergence d'un marché de la participation** qui oriente les dynamiques par des « *accointances* » entre chercheurs, consultants et pouvoirs publics spécialisés en démocratie participative. Elle s'attache enfin à dénoncer la **professionnalisation de ces démarches** qui met davantage l'accent sur la communication et le marketing.

Mais alors, pourquoi un tel écart entre cet idéal participatif et le terrain ? Dans les faits, on retrouve dans le secteur social et médico-social, des freins des deux côtés des acteurs : travailleurs sociaux et personnes accompagnées. Une autre étude menée par Suzanne Rosenberg et Marion Carrel (2014) tente d'identifier **les freins auxquels font face les professionnels** intéressés par ces nouvelles formes de travail social. Son cités : **la peur pour les professionnels** d'être identifiés comme défendant une ligne « politique » et des conséquences que cela pourrait entraîner pour eux, **la difficulté à partager avec leurs pairs** à propos de ce type d'expériences et enfin, des **contraintes organisationnelles lourdes**.

Quand les professionnels mettent en place des dynamiques de participation – par choix ou parce que la loi les y contraints – **les personnes accompagnées peuvent aussi exprimer des réserves**. Emeline Leboeuf (2019) met en évidence les effets néfastes de

l'institutionnalisation sur l'adhésion des publics. D'après ses recherches, menées dans 6 structures médico-sociales comptant un CVS, ces instances seraient dans les faits **élitistes** et reproduiraient des rapports sociaux non favorables à la participation. Les profils des familles qui y assistent ne sont **pas représentatifs** des publics des établissements car les directions se contenteraient d'appliquer les textes de loi sans aucune adaptation à la spécificité des publics. L'auteure complète en citant Marion Carrel « *les institutions telles qu'elles fonctionnent aimeraient voir des interlocuteurs qui leur ressemblent* ». Les rares personnes participantes des CVS ne sont pas convaincues : « *Le CVS ce n'est pas pour moi. Le règlement, l'ordre du jour, ça m'a refroidie.* », « *Je ne veux pas que mon fils soit au CVS, car j'y étais et voilà ce qui se passe : les adultes discutent et les jeunes, après avoir dit deux mots au début, attendent pendant deux heures que ça passe !* ». Les CVS fonctionneraient selon des modes d'expression institutionnels, inadaptés aux publics.

Contrairement à ce que nous avons pu supposer avant de commencer cette revue de littérature, l'implantation de la participation dans le secteur social et médico-social depuis une quarantaine d'années n'implique pas nécessairement une expertise de ses acteurs dans ce domaine. Ces heurts peuvent néanmoins constituer de réels enseignements pour notre objet de recherche. Pour capitaliser sur les leviers identifiés, nous ferons la synthèse des éléments étudiés et nous pencherons sur les recommandations du HCTS (2017) et du CNLE (2011) sur le sujet (cf. voir encadré ci-dessous).

Principaux leviers identifiés côté professionnels (Rosenberg & Carrel, 2014 ; CNLE, 2010)	Principaux leviers identifiés côté personnes accompagnées (Leboeuf, 2019 ; CNLE, 2011 ; HCTS, 2017)
<b>Sécurisation</b> des acteurs professionnels qui craignent d'être perçus comme affichant une ligne politique.	Adaptation du <b>rythme</b> et des <b>formats</b> (très procéduriers, monotones) : dont transmission de documents simplifiés, et animation de qualité (assurée par un professionnel, un bénévole ou une personne en situation de précarité formée).
Création d'un cadre favorable en amont par une <b>préparation</b> : formation, envoi des documents à l'avance, sessions d'informations.	Création d'un cadre favorable en amont par une <b>préparation</b> : formation, envoi des documents à l'avance, sessions d'informations.
Stimulation du <b>partage entre pairs</b> sur le sujet.	Tenir compte des <b>contraintes économiques</b> : avance des frais de déplacements et de repas plutôt qu'un défraiement en aval.
Allocation de <b>budgets et de temps</b>	Tenir compte de la <b>fracture numérique</b> :

spécifiques à la réalisation de ces activités.	envoi des documents au format papier, privilégier l'appel plutôt que le mail, etc.)
--	---

Tableau 1 : Synthèse des leviers identifiés au fonctionnement de ces instances

### 2.3.2. Un rapport à l'innovation mitigé

Très rares sont les travaux qui tentent de démêler le rapport qu'entretiennent les acteurs du secteur social et médico-social avec l'innovation. Dans leur article « *Innovation sociale et travail social* » Laëtitia Lethielleux et Dominique Paturel (2017) nous en donne quelques pistes. Il apparaît alors que les travailleurs sociaux se revendiquent de l'innovation sociale et, à la fois dans une certaine mesure, la rejette. « **Quand on discute avec les travailleurs sociaux qui ont été formés dans les années 1970, ils réagissent tous en disant qu'ils sont ou ont été dans l'innovation sociale.** » Les expérimentations sociales étaient nombreuses chez les travailleurs sociaux à cette époque : radio libres, boutiques sociales, lieux de vie, etc. Selon les auteurs, c'est la « **pénétration de l'idéologie gestionnaire** » dans le champ du social, avec l'arrivée de la rigueur budgétaire, amplifié plus tard par le *new public management*, qui a **considérablement réduite ces pratiques à partir des années 1980**. Avec elle, c'est la « *marge de manoeuvre et la nature de la créativité inhérente aux métiers du social* » qui est bouleversée. Faute de financements et de temps, il faudra pour ces professionnels redoubler de créativité. **L'innovation sera alors réduite à rechercher des « espace[s] interstitiel[s] créatif[s] »** et à penser des « *inventions relationnelles* » dans la façon dont ils accompagnent les publics.

Les travailleurs sociaux semblent donc moins se reconnaître l'innovation au sens managérial classique, redéployée dès la fin des années 1990 avec la notion de projet. **Cette innovation « c'est aussi la façon dont le management essaie de régler les coupes drastiques tant budgétaires que de main d'oeuvre »** (Lethielleux & Paturel, 2017). La sensation que l'innovation est avant tout une manière de réduire les budgets pourrait donc expliquer une relative méfiance de ces acteurs envers elle. L'utilisation extensive de la modernisation et de la rationalisation, comme ses synonymes, par un grand nombre d'organisations peut renforcer ce constat.

Une table-ronde organisée le 23 mai 2019 par le Groupement national des initiatives et acteurs citoyens (GNIAC) et la Compagnie générale des autres **nous donne à réfléchir sur ce thème par le prisme du rapport entre travailleurs sociaux et entrepreneurs sociaux**. Cet événement « *Entrepreneurs sociaux et travailleurs sociaux, quelle(s) synergie(s) pour la solidarité ?* » est suivi d'une publication sur le site *Banquedesterritoires.fr* – filiale de La Caisse des dépôts<sup>13</sup>. Dans ce compte-rendu, quelques hypothèses du malentendu entre ces deux types d'acteurs sont évoquées, notamment l'**existence d'un « fossé culturel »** couplé à un **manque d'acculturation réciproque** : le différentiel d'attention porté à la

13

<https://www.banquedesterritoires.fr/travailleurs-sociaux-et-entrepreneurs-sociaux-explorent-les-raisons-du-malentendu>

communication, **l'orientation solutions face à l'orientation accompagnement**, le **rattachement au ministère** de la Transition écologique et solidaire, face au ministère des Solidarités et de la Santé, ou encore **l'accent sur le projet face à l'accent sur le métier**. Autre élément important évoqué, la crainte des travailleurs sociaux du sort réservé aux **publics non solvables** si le modèle économique devenait la priorité et la notion d'efficacité incompatible à ce travail. « *Il y a une inefficacité du travail social que je revendique : je suis une présence, je n'ai pas d'obligation de résultat* » déclare Thibault Leblond, un travailleur social présent à l'événement. Dernier facteur à prendre en compte, la **souffrance des professionnels du travail social** : « *J'ai aujourd'hui très peu d'exemples de travailleurs sociaux qui vont bien. Qu'est-ce qu'on fait ?* », questionne Marie-Eve Humery, socio-anthropologue.

Si le rapport des acteurs du secteur social et médico-social à l'innovation et à ses acteurs emblématiques est ambivalent, il semble ne pas moins en rester essentiel au développement d'innovations sociales dans le secteur. Mieux comprendre ces tensions représente l'opportunité de créer des relations durables. Enfin, on peut se demander si une réelle innovation sociale n'a pas aussi pour objectif d'améliorer le bien-être de ses opérateurs ? Dans le cas où les entrepreneurs sociaux sont en mesure de développer des innovation réduisant cette souffrance au travail, un nouvel enjeu naît dans la relation entre ces deux types d'acteurs.

### 2.3.3. L'innovation sociale et médico-sociale participative : une appropriation contrastée

Pour toutes les raisons évoquées plus haut – et bien d'autres sûrement – les acteurs de l'action sociale et médico-social ne mobilisent pas tous l'innovation participative de la même manière.

Du côté de la littérature scientifique, les travaux de recherche associant des utilisateurs potentiellement vulnérables à la conception de nouveaux dispositifs sont **relativement rares, sauf en design**. Dans le domaine de la **santé et du handicap** principalement, on découvre un grand nombre de recherches (Gehamy, 2017 ; Gabrielli, 2010 ; Francis, 2009 ; Lindsay, 2012 ; Hendriks, 2015). On peut notamment citer l'article « *Design participatif en santé mentale : le cas des troubles obsessionnels compulsifs [TOC]* » où une équipe de sociologues, psychologues, ergothérapeutes, ingénieurs, psychiatres, designer co-analyse, co-conçoit et co-construit avec une patiente une boîte-aux-lettres sur-mesure, pour diminuer son TOC de vérification (Gehamy, et al., 2017). On peut aussi citer les recherches de Gabrielli (2010) sur le co-design avec des personnes atteintes d'un trouble bipolaire, celui de Francis (2009) avec des personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique, Lindsay (2012) sur les personnes atteintes de démence, ou encore Hendriks (2015) avec des personnes atteintes d'une déficience cognitive ou sensorielle.

Ces travaux mettent en évidence le fait que la mise en oeuvre de sessions de co-design avec ce type de public n'est pas aisée. La **sélection des participants**, en premier lieu, est compliquée car seuls les patients diagnostiqués, pris en charge et relativement stables sont accessibles (Gabrielli et al., 2010). Quand le recrutement est fait et que les sessions sont

lancées, plusieurs biais émergent ensuite. Un premier type est le **biais égocentrique** selon lequel les participants ont tendance à considérer leur cas comme représentatif (Gabrielli et al., 2010). Un second type sont les biais liés au **symptômes des patients**. Pour les personnes atteintes de démence, les outils communément utilisés dans le co-design sont peu adaptés car reposent sur des méthodes d'**expression verbale, visuelle ou manuelle**, mobilisant des compétences **problématiques** pour elles. Il en va de même pour les **capacités cognitives importantes telles que l'abstraction, la conceptualisation ou la pensée créative** (Hendriks et al., 2015). C'est la même chose pour les personnes atteintes d'un trouble au spectre autistique, qui peuvent souffrir d'une **anxiété sociale**, d'une **hyper-sensibilité à l'échec**, d'un **manque de motivation** ou de problèmes cognitifs, qui s'opposent aux qualités habituellement attendues d'un participant (Francis et al., 2009). Enfin, les personnes atteintes de troubles bipolaires peuvent être très impliquées et imaginatives ou au contraire en retrait et contemplatives (Gabrielli et al., 2010). Un autre obstacle que nous pouvons citer est celui des **conflits entre les différents participants** notamment les aidants et les designers qui peuvent émerger d'attentes hétérogènes (Gabrielli et al., 2010). Enfin, un écueil très intéressant reporté dans l'un de ces articles est la **déresponsabilisation involontaire** des participants qui peut faire suite à un travail d'interprétation de leurs paroles par le designers ou au fait de s'en remettre à leurs aidants plutôt qu'à eux (Lindsay et al., 2012).

Plusieurs recommandations découlent finalement de ces recherches, comme l'**inclusion des aidants** familiaux ou professionnels aux sessions, l'**utilisation d'artefacts physiques pour expliciter les feedbacks**, ou encore l'**appui sur des associations ou groupes de soutiens** pour faciliter le recrutement des participants (Lindsay et al., 2012). Plusieurs des articles citent également le recours à des **méthodes complètement adaptées** aux participants (Hendriks et al., 2015), par la **consultation de professionnels** de soin et de l'accompagnement (Francis et al., 2009).

Le champ du handicap n'est cependant pas le seul à être traité, nombre de recherches sur le co-design avec les **personnes âgées** sont aussi à prendre en considération (Brandt et al., 2010 ; Demirbileka & Demirkan, 2004 ; Grönvall et al., 2016). Le problème du recrutement est une fois de plus cité, bien que partiellement levé si le projet bénéficie de forts promoteurs (Brandt et al., 2010). La sélection des participants est également compliquée par un **refus de cette catégorisation par les séniors** qui disent ne pas se considérer comme tels (Brandt et al., 2010). Sur un aspect logistique, il s'avère que **trouver des dates** qui conviennent aux personnes âgées est compliqué par leurs emplois du temps chargé (e.g. visites médicales), contrairement aux participants professionnels (e.g. physiothérapeutes) qui peuvent intégrer ces rencontres à leur temps de travail (Grönvall et al., 2016). Des **problèmes de communication** de la part de seniors dûs à leurs problèmes de santé sont également à prendre en compte pour s'assurer que tous les participants puissent s'exprimer de façon équitable.

Quelques préconisations sont là encore formulées, comme celle d'**enregistrer les ateliers** (Demirbileka & Demirkan, 2004), de **convier les professionnels et les aidants** familiaux pour une atmosphère plus sécurisante et de faire appel à eux comme "médiateurs" pour interpréter les dires des patients (Grönvall et al., 2016). Enfin, une approche "étape par

étape” est une fois encore conseillée pour **établir progressivement un lien de confiance** avec les participants (Grönvall et al., 2016).

Pour finir, les travaux de co-design avec des **personnes en situation de pauvreté-précarité** existent mais se concentrent en très grande **majorité sur des pays en développement** (Jagtap, 2018). Ils ont la particularité d’être peu nombreux et d’être presque toujours initiés pour des motifs académiques, qu’industriels. Les projets *Base/Bottom of the Pyramid (BOP)* seraient peu nombreux à cause des difficultés associés au co-design avec des personnes sans-ressources, ou par manque de méthodes efficaces (Nieusma & Riley, 2010).

Plusieurs enseignements sont néanmoins à tirer, notamment concernant des méthodes de conception à privilégier et des acteurs à associer. Les **méthodes visuelles** telles que le recours au dessin, à la photographie, à la bande-dessinée sont conseillées, ainsi que des **méthodes narratives**. Il est également recommandé de s’assurer de co-designer avec des personnes ayant expérimenté la pauvreté, et non des experts au sens académique ou professionnel du terme tel que des salariés d’ONG ou des chercheurs.

Nous pouvons dresser ici un tableau intermédiaire reprenant les leviers identifiés dans ce corpus de publications scientifiques (cf. [Annexe 7](#)).

Les travaux cités précédemment ont donc tous en commun d’avoir été entrepris par des acteurs académiques. Mais alors **quel est le degré d’appropriation des entreprises, des organismes sociaux ou de santé, des associations ou des gouvernements dans le domaine ?** Du côté de la **littérature grise** (e.g. d’acteurs associatifs ou publics), les productions sont plus rares. Deux hypothèses alors, soit le sujet est moins traité, soit ces productions sont moins fréquemment mises en accès libre. Dans le sens de la première hypothèse, Akrich (2012) met notamment en avant que les acteurs associatifs mobilisent souvent les expériences des personnes de façon plus informelle (i.e. permanences téléphoniques, groupes de parole), sans aller jusqu’à les utiliser dans des processus de conception.

Certaines initiatives restent néanmoins intéressantes. C’est le cas, au Royaume-Uni, du kit ***The experience based design (EBD) approach* publié par le National Health Service (NHS)** (2012), le système de santé publique national, à destination des professionnels hospitaliers. Ce kit a pour objectif de permettre au personnel soignant de mener des processus de co-design sans l’implication de designers. Il s’échelonne en quatre phases : capter l’expérience, la comprendre, l’améliorer et enfin mesurer l’amélioration. Les différentes étapes s’apparentent plus ou moins à la démarche du design thinking et mobilisent des méthodes plutôt classiques : interviews, questionnaire d’expérience, focus group ou « *labos d’écoute* », journal photos, observation, *shadowing*, cartes de conversation, ateliers de créativité, etc. La démarche met cependant davantage l’accent sur les émotions ressenties par les patients aux différents *touchpoints* (i.e. points d’interaction) avec une étape de « *cartographie des émotions* ». Ce cadre méthodologique est aujourd’hui très populaire et a notamment été repris par des établissements de santé d’autres pays, comme le Canada (Côté, et al., 2017).

Dans le secteur de l'aide humanitaire et du développement, l'**UNICEF** (2018) a produit plusieurs kit à destination des opérateurs de terrain, dont le ***Demand for Health Services Workbook*** ou le ***Digital Interventions for Lasting Impact Workbook***. Tous deux sont basés sur leur un processus dit « *centré sur l'humain* » à l'interface du *design thinking* et des sciences comportementales. Créé par la section santé R&D et le centre d'innovation d'UNICEF, la démarche se divise en 4 phases. Une première et une deuxième phase de définition du problème et des objectifs (i.e. Quel est notre objectif ? ; Que pensons-nous savoir ?), une troisième phase d'empathie ou d'immersion (i.e. A quels obstacles faisons nous face ?), une quatrième phase d'idéation et de conception (i.e. Comment pourrions-nous y répondre), et une cinquième phase d'évaluation-itération (i.e. Comment pouvons-nous l'améliorer ?). Ce guide méthodologique a pour objectif de partir du contexte pour faire émerger des besoins latents et parfois inconscients. Sa vocation est d'être utilisée en collaboration avec les professionnels de soin locaux, mais l'implication des personnes utilisatrices ou bénéficiaires ne semble pas explicitée.

Enfin, on peut également citer le travail de certains laboratoires d'innovation ou living labs, comme le **APF Lab** de l'association APF France Handicap dont la co-innovation est au coeur des pratiques. Le lab a notamment édité un guide ***Petit guide de conception à l'attention de ceux qui innovent pour tous*** qui a pour but d'expliquer les fondamentaux de la conception universelle au concepteurs. Dans le domaine du handicap, on peut aussi citer l'exemple de l'**Association Française contre les Myopathies (AFM)** qui conçoit des matériels adaptés aux différents types de maladies en y associant régulièrement personnes concernées et chercheurs (Akrich, 1998 ; Plos, 2011).

Nous l'avons compris, bien que certains de ces acteurs se soient appropriés les approches d'innovation participative, ils restent relativement rares rapportés aux très nombreuses publications scientifiques sur le sujet.

**A travers cette première approche théorique** de notre problématique, nous avons donc dressé plusieurs premiers enseignements. Bien que les derniers courants de l'innovation (e.g. modèle de la traduction, approche par les usages) et auteurs (e.g. von Hippel, Akrich) nous fournissent des modèles théoriques pour penser l'innovation participative, les **méthodologies existantes ne semblent que partiellement adaptées** au contexte du social et du médico-social. Tout d'abord, parce que les utilisateurs en question peuvent souffrir d'un **large spectre de fragilités** auxquelles il convient d'être attentif pour ne pas compromettre la mission de protection du secteur envers eux. Ensuite, parce que le secteur social et médico-social doit composer d'un **certain nombre de divisions** en son sein, ainsi qu'une relative **défiance envers le secteur de l'ESS** – apporteur de nouveaux entrants – et l'innovation sociale avec laquelle il entretient une relation ambivalente. Enfin, parce que le **secteur social et médico-social possède lui-même un vaste historique en terme de participation**, il semble pertinent de pouvoir capitaliser sur ses enseignements.

**En guise de transition**, il nous semble opportun de nous prononcer sur **une classification des méthodes d'innovation participative**, en fonction de leur degré d'adaptation aux publics concernés. Nous ferons cette classification autour de 2 critères : le critère de désirabilité et le critère de faisabilité.

Notre critère de **désirabilité se base sur l'échelle d'Arnstein (1969)**, partant du principe qu'une innovation participative désirable est authentiquement participative et donc la plus intégrative possible. En reprenant les différents échelons de son échelle, nous désignons comme méthodologies désirables celles se plaçant à minima au dessus de l'échelon de la consultation (i.e. un rassemblement n'offrant aucune assurance que les attentes et suggestions des personnes consultées seront prises en compte, le plus souvent un simple rituel sans conséquence). Bien qu'Arnstein ne lie pas nécessairement le degré de participation avec le moment d'intégration au dispositif, nous partirons du principe qu'une participation a plus de chance d'être profonde quand elle est menée en début de processus. En d'autres termes, que plus les personnes accompagnées sont intégrées en amont de la réflexion (i.e. définition du besoin et idéation) et non pas en fin de conception, plus elles auront de prise sur ce qui est créé.

Le deuxième critère est un critère de **faisabilité** prenant principalement en considération le **degré d'engagement émotionnel** et de **complexité cognitive et intellectuelle** de la méthode. Nous considérons pour cet exercice la faisabilité du recours à de telles méthodes, par le prisme de la capacité des publics. Comme nous l'avons vu plus haut, les personnes accompagnées dans le secteur social et médico-social peuvent être fragilisées et donc moins enclines à s'engager fortement émotionnellement – pour se protéger : *coping* – ou à entreprendre des activités cognitivement complexes.

	Désirabilité	Faisabilité	Résultat
Crowdsourcing	▲	▲	+++
Communauté d'innovation	▲	▲	+
UX Design	▲	▲	+
Lean Startup	▲	▲	+
Design thinking	▲	▲	++
Design participatif	▲	▲	++

Tableau 2 : Synthèse du degré d'adaptabilité des méthodes pour des publics vulnérables  
(source : l'auteure) | Légende : rouge : degré le plus faible, vert : degré le plus fort

Pour désigner les méthodes les plus appropriées nous avons donc décidé de les hiérarchiser selon deux critères. Concernant la désirabilité, nous avons donc placé le **crowdsourcing, les communauté d'utilisateurs et le design participatif au plus haut degré**. En effet, ces méthodes font participer les publics en début de processus et sur plus d'une étape, contrairement à l'**UX Design ou au Lean Startup qui font appel à eux en bout de processus**. Le design thinking dans sa forme la plus utilisée ne fait appel aux utilisateurs que pendant la phase d'empathie (i.e. définition du besoin) il est donc modérément intégratif. Cependant, pour que les méthodes classées vertes soient vraiment désirables, il est important de réellement prendre en compte le point de vue des utilisateurs dans la conception en faisant attention à la répartition des pouvoirs.

Pour ce qui est du critère de faisabilité, nous avons regardé le niveau d'engagement demandé pour chaque méthode et le degré de complexité. Il apparaît que l'**UX Design, le Lean Startup, le design thinking et le crowdsourcing sont les plus accessibles** car elles **ne demandent que de tester un dispositif, donner son avis ou encore exprimer un besoin ou une idée**. Elles demandent donc un engagement faible et un effort modéré. *A contrario*, le **design participatif demande un plus fort engagement et est plus complexe** car les utilisateurs sont amenés à activement participer à la conception durant tout le long du processus. Enfin lorsqu'on se penche sur les **communautés d'utilisateurs**, la question est plus ardue. Tout d'abord, ces communautés demandent déjà un grand niveau d'engagement. Ensuite, il convient d'examiner si cela colle aux **habitudes des publics**. En effet, si les communautés d'utilisateurs sont courantes dans le domaine des sports en plein air ou de la mode, la chose est différentes dans le secteur social et médico-social. Les communautés des proches aidants existent, mais pour les publics directement c'est un phénomène plus rare. Les communautés de personnes personnes malades ou en situation de handicap ont émergé depuis peu avec les Groupes d'Entraide Mutuels (GEM), mais pour d'autres publics comme les personnes en situation de pauvreté-précarité ces communautés semblent moins courantes. Or, le fait que de tels groupes soient pré-existants est un facteur facilitateur pour l'approche par communautés d'innovation. Cela soit parce que l'organisation en question peut s'appuyer sur ces groupes pour construire sa propre communauté, soit parce que leur existence implique que le rassemblement entre pairs fait partie des habitudes de ces publics. **Le fait d'exister en tant que communauté semble aussi supposer pour chaque membre, le fait d'accepter une caractéristique donnée comme part de son identité**. Cela peut sans doute être plus compliqué quand le stigmaté associé est fort.

Les méthodes qui semblent les **plus adaptées** aux publics potentiellement vulnérables du secteur social et médico-social semblent donc être à ce stade le **crowdsourcing, suivi de près par le design participatif et le design thinking**.



Cette première partie théorique nous a notamment permis de prendre la mesure du défi de l'innovation participative dans le secteur social et médico-social, et de comprendre qu'il dépassait les enjeux liés directement à adaptation aux spécificités des publics accompagnés. En effet, bien que la dimension méthodologique semble centrale, il faut aussi prendre en compte l'importance des modes relationnels, ainsi que des moyens opérationnels rattachés à ces démarches. **Notre problématique** : « Comment mobiliser l'expertise de personnes potentiellement vulnérables sans compromettre la mission d'autonomisation et de protection de ces publics ? », **se voit donc enrichie d'un triptyque d'hypothèses**. La participation de personnes potentiellement vulnérables à des processus d'innovation **nécessite l'adaptation des méthodes d'innovation existantes à leurs spécificités, adossée à des moyens opérationnels adéquats et des alliances d'acteurs stratégiques**.

Nous avons déjà recueillies de premières pistes dans la première partie, mais dont la pertinence pour des acteurs non-académiques doit être consolidée. Les publications étudiées s'établissent en effet dans un contexte académiques et donc affranchi des contraintes temporelles et budgétaires des acteurs du monde associatif, public ou commercial. **Nous nous attarderons donc dans cette deuxième partie, à étudier dans quelles mesures les acteurs du social et du médico-social (i.e. acteurs traditionnels, facilitateurs et entrepreneurs sociaux) intègrent l'innovation participative dans leurs pratiques et sous quelles conditions**.

**Pour répondre à notre problématique, et suite à notre revue de la littérature, nous avons pris le parti de réaliser une série d'entretiens semi-directifs**. Ces entretiens ont été conduits à la fois avec des acteurs du secteur public, social et médico-social, et sanitaire habitués à l'innovation sous sa forme participative (e.g. responsables de laboratoires d'innovation, facilitateurs de séances d'intelligence collective, entrepreneurs sociaux), et avec des acteurs moins familiers avec ces approches (e.g. travailleurs sociaux, entrepreneurs sociaux). **L'enquête de type qualitative a été retenue pour plusieurs raisons**. Tout d'abord, parce que nous nous attachons à comprendre les causes (i.e. Pourquoi ?) et les leviers (i.e. Comment ?) d'une pratique, et non de simplement la quantifier. La problématique que nous adressons peut être soumise à un **biais de désirabilité sociale**. La désirabilité d'intégrer les utilisateurs à ses démarches dans ces secteurs étant forte. En ce sens, il était nécessaire d'avoir une collecte en profondeur sur le sujet, afin de construire une juste compréhension et **dépasser les discours**. Une deuxième raison est le faible traitement de cette question dans la littérature scientifique – à l'exception des sciences de design. **L'état de nos connaissances dans le domaine étant restreint**, il nous fallait aborder notre problématique par une **approche exploratoire**. Ce protocole de recherche a néanmoins certaines **limites**, comme celle de ne pas dresser un état des lieux représentatif des pratiques dans le secteur, ou de ne pas pouvoir être complété par un des observations de terrain souvent très enrichissantes, en raison du confinement lié à la crise sanitaire du Covid-19. Une dernière limite pouvant être soulignée est l'interrogation d'une majorité de personnes familières avec la participation et/ou à l'innovation participative. Enfin, malgré la volonté de départ d'inclure des personnes accompagnées ayant participé à des

démarches de co-innovation au panel des interrogés, des problématiques de confidentialité sont venues compliquer cet objectif.

Au total, **9 entretiens semi-directifs** ont été menés avec des acteurs très divers. Pour respecter la confidentialité des informations liées à ces entretiens, l'identité des répondants ainsi que leurs structures ont été anonymisées.

## 1. Profils des répondants

Dans les profils des répondants, nous retrouvons : 2 entrepreneuses sociales (i.e. Madame C et Madame D), 3 salariées de lab rattachés à des organismes sociaux ou des têtes de réseaux associatives (i.e. Madame B, Madame H et Madame G), 2 salariés et 1 bénévoles de têtes de réseaux associatives (i.e. Monsieur A, Monsieur F et Monsieur I), et enfin 1 directrice de la concertation dans une entreprise de la Civic Tech (i.e. Madame E).

Les répondants sont tous issus de structures différentes.

Code	Poste	Publics
Monsieur A	Directeur du centre de recherche d'une tête de réseau associative spécialisée dans la participation des personnes en situation de pauvreté	Pauvreté-précarité
Madame B	Facilitatrice dans le lab d'un organisme social	Pauvreté-précarité
Madame H	Directrice du lab d'un organisme social	Pauvreté-précarité
Madame D	Co-fondatrice d'une startup sociale dans le secteur du handicap	Handicap
Madame G	Directrice de projet innovation et doctorante, dans le lab d'une tête de réseau associative, du secteur médico-social	Handicap
Monsieur F	Président de l'antenne locale bénévole d'une tête de réseau associative, dans le secteur social	Pauvreté-précarité
Madame E	Directrice des concertations dans une entreprise de la Civic tech	Grand public
Madame C	Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap	Handicap
Monsieur I	Educateur spécialisé et coordinateur d'une structure de convivialité, dans le secteur social	Pauvreté-précarité

*Tableau 3 : Profils des répondants*

Les entretiens se sont basés sur un guide d'entretien (cf. [Annexe 8](#)) divisé en 4 parties : parcours, pratiques, retour d'expérience et opinions liées aux pratiques dans le secteur.

Suite au recueil, nous avons décidé de traiter ces informations en les organisant autour de thèmes différents.

## 2. Etat des lieux des pratiques

### 2.1. A l'origine de la participation : genèse et gouvernance

Pourquoi des structures issus de secteurs d'activités plutôt traditionalistes décident-elles de modifier le rapport de pouvoir et de se tourner vers la participation de leurs publics ?

*“La raison d'être de notre lab c'est d'essayer de faire des services plus adaptés aux besoins des usagers [...] Les organismes sociaux, au départ ce ne sont pas vraiment des structures faites pour innover, notamment car nos usagers sont 'captifs'. Donc on a tout un travail de création de structures et d'infrastructures pour nous rendre innovants.” - Madame H, Directrice du lab d'un organisme social*

*“Après notre lab est rattaché à la Direction Générale et du coup je m'aperçois que pour moi qui vient du terrain, ça manque un peu d'opérationnel derrière.” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d'un organisme social*

Pour les 2 organismes sociaux interrogés, cette participation a pris la forme de laboratoires de co-création **sous l'impulsion de la Direction de l'Innovation et avec le soutien la Direction Générale**. Ces labs ne sont à chaque fois qu'une brique de la stratégie d'innovation de l'organisme. Le fait qu'ils soient tous deux directement rattachés à la Direction Générale en dit long sur les enjeux stratégiques derrière de telles démarches pour ces structures.

Pour les autres acteurs interrogés faisant appel à la participation dans leur travail, elle est directement liée à la **raison d'être** de leur organisation et constitue l'**élément principal de leur proposition de valeur** (i.e. Monsieur A, Madame C, Madame E, Madame G et Monsieur I).

Enfin, deux acteurs interrogés étaient légèrement moins familiers des pratiques participatives, et respectivement co-fondatrice d'une entreprise de l'ESS et bénévole dans une antenne associative (i.e. Madame D et Monsieur F). Ces entretiens nous ont permis d'analyser des façons d'innover avec une intégration moindre des utilisateurs, et d'identifier les freins à la co-innovation.

### 2.2. Types de participants

Les participants à l'innovation varient selon la structure interrogée. Il est intéressant de noter que les utilisateurs sont souvent mélangés à d'autres types d'acteurs (i.e. citoyens non concernés, partenaires, collaborateurs internes, “experts”, chercheurs).

Les 2 entrepreneuses sociales interrogées, toutes deux dans le champ du handicap, se sont appuyées sur de potentiels utilisateurs pour co-concevoir leurs produits. L'une a mobilisé de des personnes en situation de handicap associées à des **personnes non-concernés**, l'autre associées à des **professionnels médicaux**.

Pour ce qui est des 2 labs d'organismes sociaux, peuvent être intégrés en fonction des projets : **collaborateurs internes, usagers et structures partenaires**.

La tête de réseau associative qui organise régulièrement des actions de participation associe, quant à elle, personnes en situation de pauvreté, personnes non-concernées et **chercheurs**. Il est important de souligner que la mixité des situations varie au fil des étapes.

*“Pour chaque sujet on se demande qui doit être autour de la table et on va jauger c'est est-ce qu'on veut 25%, 50% de citoyens... On va souvent chercher la complémentarité avec des experts et le grand public.” - Madame E, Directrice des concertations dans une entreprise de la Civic tech*

Enfin, l'entreprise de la Civic tech réunit plus largement autour de concertations : **citoyens, représentants de sociétés privés ou collectivités territoriales**. Ce qui est recherché n'est pas la représentativité, car évidemment les personnes participantes sont particulièrement sensibles au sujet. La facilité à trouver des citoyens participants varie aussi selon le thème (e.g.. selon la répondante, plus facile pour l'écologie que le handicap).

### 2.3. Panorama des méthodes : la co-création au coeur des usages

**En contraste avec le grand nombre de méthodes passées en revue dans la première partie de ce mémoire, les acteurs interrogés n'en ont, pour leur écrasante majorité, recours qu'à une ou deux.**

Ce sont les **“ateliers de co-création”** – ou de créativité – qui l'emportent haut la main dans la guerre des usages. Si nous devons relier ces termes aux concepts évoqués plus haut, le rapprochement serait fait avec le design participatif. La seule nuance à souligner est que le design participatif indiqué plus haut a une dimension scientifique plus forte et est systématiquement animé par des designers. A contrario, les ateliers de co-création sont le plus souvent animés par des facilitateurs. On peut donc présumer que l'atelier de co-création est le pendant opérationnel du design participatif.

En ce qui concerne de la méthodologie des ateliers, certains utilisent le design thinking, des méthodes similaires conçues par des cabinets de conseils (e.g. ASE de Cap Gemini), ou des méthodes ad-hoc.

Néanmoins, 2 acteurs interrogés font du **crowdsourcing** en plus de la co-création. C'est le cas d'un lab d'organisme social et de l'entreprise de Civic tech. Le crowdsourcing peut se suffire à lui-même, ou le plus souvent être couplé à de la co-création. Il l'alimente alors comme un outil de sourcing de participants pour de la co-création, ou définition de grandes idées sur lesquelles travailler pendant les ateliers. Une plateforme en ligne permet aux participants de déposer leurs idées, ensuite traitées par les organisations.

Enfin, des cellules d'**UX design** sont en place dans certains labs pour tester les solutions une fois créées auprès d'usagers.

Il est intéressant de voir que les deux méthodes les plus massivement utilisées sont celles que nous avons classifiées comme les plus adaptées à la fin de notre première partie.

## 2.4. Organisation pratique

Les **ateliers de co-création** sont les méthodes **les plus utilisées** par les acteurs interrogés, **mais aussi parmi les plus complexes à organiser**. Nous tenterons donc de décrire dans cette partie, les différentes étapes de leur réalisation.

### 2.4.1. Organisation logistique

*“On propose à chaque fois un atelier tous les 15 jours pendant 2 mois.” - Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

Tout d'abord concernant la **fréquence des sessions**, certains des répondants n'organisent ces sessions qu'en “un coup”, d'autres gardent le même groupe pour plusieurs sessions. Cette deuxième catégorie s'assimile donc probablement davantage de la co-conception que de la co-création, avec une intégration des utilisateurs sur le long-terme au processus de design. Pour ces derniers, les ateliers sont assez rapprochés : environ un atelier tous les 15 jours pendant 2 mois.

*“Je peux pas monter un projet où je les fais venir des journées entières [...] sans leur donner à manger. Parce que dans les centres d'hébergement, ces gens là ils sont nourris donc si je leur demande de quitter leurs centres d'hébergement, ils faut qu'ils puissent manger aussi, parce que sinon ils viendront pas.” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d'un organisme social [à propos d'une expérience dans une autre structure]*

Vient enfin la question budgétaire, bien qu'une partie des acteurs interrogés – notamment les entrepreneurs sociaux – ne prévoit pas de **défraiement des participants**, certains répondants l'encouragent fortement. Il est ici question des frais de repas, mais aussi de transport. Cette affirmation est bien sûr d'autant plus d'actualité quand il s'agit de personnes en situation de pauvreté-précarité.

*“C'est nous qui nous déplaçons et pas eux.” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

Une façon de contourner cette dernière problématique, et par la même occasion d'adresser celle de la difficulté à se déplacer (e.g. liée à un handicap moteur, visuel, auditif, ou à une perte d'autonomie liée à l'âge) est de **se rendre directement en structures** pour réaliser ces ateliers. C'est la façon de fonctionner du lab de Madame G, qui se matérialise là où sont les utilisateurs.

#### 2.4.2. Sourcing et mobilisation

*“Quand on va chercher des personnes en situation de handicap, et ça prend énormément de temps.” - Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

Le recrutement des utilisateurs fait l'objet de diverses stratégies de la part des répondants. Pour Madame C, il s'agit d'un processus relativement **difficile et chronophage**. La plupart de leurs participants sont recrutés **par le biais de structures** avec qui elles travaillent (e.g. conseil local en santé mental) par email.

En ce qui concerne les labs des organismes sociaux, les méthodes de recrutement sont plus sophistiquées. L'un d'entre eux recrute les usagers via un **panéliste**, l'autre dans ses **fichiers usagers** ou ceux de ses partenaires par email ou par téléphone, ou bien en puisant dans les répondants de leur **plateforme de crowdsourcing**. Cette dernière méthode s'était avérée peu concluante pour cet acteur.

Enfin, pour l'entreprise de la Civic tech qui recrute dans le grand public, c'est également via la **plateforme de crowdsourcing** qu'est fait le travail en contactant directement les personnes ayant déposé une proposition. Le recrutement des personnes à contribuer sur la plateforme s'étant préalablement fait par des campagnes sur les réseaux sociaux et du mailing. Cette méthode est plus concluante pour cet acteur.

Un acteur se démarque particulièrement des autres dans son recrutement. C'est la tête de réseau associative organisant des actions de participation avec des personnes en situation de grande pauvreté, pour qui c'est le **bouche à oreille** qui permet le plus de ramener des participants. Les intéressés sont ensuite contacter par **courrier postal**.

#### 2.4.3. Préparation et accompagnement

*“La grande problématique c'est la formation des gens dans les structures. Les gens qui y sont il faut les épauler, faire un travail avec eux.” - Monsieur I, Educateur spécialisé et coordinateur d'une structure de convivialité*

*“Pour moi c'était très bien d'avoir des représentants des usagers au Conseil d'Administration, néanmoins je suis désolée quand t'es une personne hébergée et que t'arrives au Conseil d'Administration où y'a le président tout le comité de direction générale, etc. si t'es pas un peu préparé, outillé, si on t'a pas accompagné à prendre en considération c'est quoi l'ordre du jour etc. bah tu fais un peu de la figuration.” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d'un organisme social [et ancienne travailleuse sociale]*

**Rejoignant la littérature scientifique**, beaucoup de répondants s'accordent à dire que la préparation des personnes accompagnées est essentielle au bon déroulement des sessions

de participation (CNLE, 2011 ; HCTS, 2017). Cette préparation passe autant par la juste appréhension de leur rôle durant ces ateliers que par le décryptage du déroulé.

*“Y’avait un travail d’accompagnement des professionnels (travailleurs sociaux, équipes médico-sociales) sur qu’est-ce que ça change dans leur posture à eux et leur manière de travailler que cette prise en compte de la parole des usagers.”  
- Madame B, Facilitatrice dans le lab d’un organisme social [et ancienne travailleuse sociale]*

*“On fait des formations pour tous nos animateurs.” - Madame E, Directrice des concertations dans une entreprise de la Civic tech*

**La préparation des professionnels, quant à elle, fait débat.** Si toutes les personnes interrogées sur le sujet sont d’accord sur la nécessité d’être formé à l’animation, tous ne reconnaissent pas la capacité des professionnels du secteur social et médico-social à animer ce genre de séances. Pour Madame B, il s’agit de former les professionnels à adapter leur posture à ce type d’exercice.

*“C’est abominable quand t’es un résident dans une salle, un éduc qui te demande ‘Alors vous voulez faire quoi ? Vous avez jamais d’idées !’ Je pense sincèrement que les éduc sont incapables de le faire, c’est pas à eux de faire ce boulot là.” -  
Monsieur I, Educateur spécialisé et coordinateur d’une structure de convivialité*

En revanche **pour Monsieur I, il ne faut pas attendre des professionnels du social et du médical d’assurer un tel rôle.** Si la participation à la définition des parcours d’accompagnement peut être de leur ressort, il va en autrement pour de la co-innovation.

*“On avait mis en place le temps, le rythme, le protocole, validé par l’équipe médico-sociale et le psychiatre.” - Madame C, Co-fondatrice d’une association de l’ESS dans le secteur du handicap*

Enfin, la préparation quand on est entrepreneur social peut aussi consister à faire **valider le déroulé de son atelier par des experts**, afin de s’assurer qu’il soit adapté aux spécificités des participants.

#### 2.4.4. Animation

En matière d’animation, les répondants se répartissent en deux catégories : **ceux qui font appel au design thinking ou à ses déclinaisons, et ceux qui conçoivent leurs propres méthodes.**

Parmi les répondants, ceux qui mobilisent des méthodes existantes sont les labs d’organismes sociaux. L’un fait appel au design thinking, l’autre à l’*Accelerated Solutions Environment* (ASE) : une méthodologie créée par Cap Gemini qui fait se succéder 3 phases : la phase de *Scan*, *Focus* et *Act* (i.e. apprentissage, groupes de travail et prototypage).

Cependant si les labs emploient des méthodes existantes, **ils ne les complètent pas moins par leurs propres tactiques acquises au fil du temps**. Un bon exemple de cela est l'intégration systématique de purges en début d'ateliers. Ce temps est notamment là pour permettre aux participants pour qui le sujet évoquerait des émotions fortes, dûes à leur expérience, de les exprimer.

Une constante dans l'animation de ces ateliers est de **composer les sous-groupes en mixant les différents types de participants** afin de croiser les regards. C'est vrai pour l'ensemble des répondants à l'exception de l'association organisant des actions de participation avec des personnes en situation de grande pauvreté de Monsieur A. Cette association se différencie des autres en cela qu'elle vise à créer de nouvelles connaissances et une vision des grandes questions de la vie et de la société, impliquant le regard des personnes en situation de pauvreté. L'objectif poursuivi n'est donc pas nécessairement de générer de nouvelles idées ou de concevoir de nouveaux dispositifs, cependant leur méthode n'en est pas moins intéressante. L'animation de ces actions de participation se déroule une fois par mois sur un thème prédéfini, avec d'abord un groupe **non-mixte** (i.e. "groupe de pairs") rassemblant des personnes aux mêmes conditions de vie, puis des groupes mixtes. Une discussion sous forme de débat se tient ensuite avec un expert de la thématique qui réagit aux positions des sous-groupes. Un compte-rendu est ensuite réalisé pour tout le monde, faisant fi des ascenseurs émotionnels de chacun.

*“On garde un rythme en alternant temps collectifs et binômes. Et pour les supports, on utilise du dessin, du récit, du collage, de la maquette. Ce qu'on essaie de faire c'est de pas avoir un seul type d'expression pour n'exclure personne.” - Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

L'ensemble des participants s'accordent sur l'importance d'avoir des **ateliers rythmés**. Une bonne façon de compléter les temps en groupes est d'alterner avec des **temps à deux, pour un échange plus confortable**. Enfin, Madame C insiste sur l'importance de diversifier les **supports d'expression** pour faciliter un maximum la participation de chacun. Cela s'applique particulièrement pour les personnes en situation de handicap, mais plus généralement pour tous.

Enfin, Madame C précise que les **encadrants ou les proches aidants des personnes en situation de handicap sont souvent présents**. Un bon levier pourrait donc être de s'appuyer sur eux au cours de l'animation pour s'assurer que le format soit toujours adapté et que les participants qui souhaitent participés y soient encouragés. Ces deux derniers éléments font écho à notre revue de littérature.

## 2.5. Résultats

*“On avait des irritants super précis, on s'est aperçu qu'il y avait de nombreux freins dont on ne s'était pas aperçu donc c'était hyper intéressant de le voir dans les remontées. C'est tout bête mais c'est vrai que nous on y avait pas forcément pensé.” - Madame H, Directrice du lab d'un organisme social*

*“De grandes leçons d’humilité. On pense savoir ce qu’ils veulent... mais ce n’est pas le cas, même quand on connaît bien le sujet. Quand on parlait des ambiances aquatique, végétale, etc. y’a une personne qui avait dit ‘On est super obsédés par l’eau parce qu’on prend beaucoup de cachets’ ” - Madame C, Co-fondatrice d’une association de l’ESS dans le secteur du handicap*

Avec du recul, les résultats de telles démarches selon les acteurs interrogés sont multiples. Le principal résultat pour plusieurs d’entre eux est la possibilité d’**identifier des irritants précis** qui sont difficile de connaître quand ne vit soi-même pas la situation, et ce même si on a un proche concerné ou si l’on a développé une expertise sur le sujet.

*“Et ce qui m’impressionne aussi et ce que j’ai pu remarquer... c’est qu’en fait chacun vient avec ses idées [...] et on s’aperçoit que quand ils partagent leurs idées pour améliorer les choses, ils arrivent à créer des solutions qui sont bien plus pertinentes, bien plus simples, que si on avait écouté qu’une des personnes [...] ça a un côté un peu magique.” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d’un organisme social*

Le croisement des idées de participants aux horizons différentes semble **décupler leur capacités créatives individuelles**. Les solutions auxquelles aboutissent les groupes sont plus simples et plus efficaces.

*“Pour moi le plus grand enseignement de cette année c’est que quand les gens se retrouvent ensemble [...] ça change leur regard. On a bien vu pendant la session que [...] ça a changé leur vision de qui sont les gens qui habitent dans les quartiers prioritaires. Pareil pour l’institution, c’est pas l’institution c’est [...] telle personne qui est en face de moi dans mon sous-groupe et avec qui je vais manger à midi” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d’un organisme social*

Enfin, Madame B cite aussi le **changement de regard** des participants aux sessions de créativité du lab. Que ce soit du côté des usagers, des collaborateurs internes ou des entreprises participantes, elle observe une réelle transformation apportée grâce à des rencontres plus personnelles.

### **3. Des obstacles plus ou moins identifiés**

#### **3.1. De fortes injonctions, mais des incitations faibles ?**

*“Maintenant dans tous les appels à projets il y a une partie sur la participation.”  
- Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d’une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

*“On te rabâche les oreilles avec ça...” - Madame D, Co-fondatrice d’une startup sociale dans le secteur du handicap [à propos de la participation des publics]*

Plusieurs des répondants évoquent les **fortes attentes** qui existent dans le secteur social et médico-social en termes de participation et de co-création avec les utilisateurs. Cela transparaît notamment dans la thématisation et les modalités des appels à projets. Pour Madame D, entrepreneuse sociale ces attentes semblent être perçues comme des injonctions pesantes.

*“C’est variable [rires] sur le principe les gens la co-conception, ils trouvent ça super, après quand on annonce le temps qu’on doit y passer... ils ne nous donnent pas les moyens en temps.” - Madame C, Co-fondatrice d’une association de l’ESS dans le secteur du handicap*

*“Quand j’étais dans mon ancienne association sur mon dernier projet, une des choses sur lesquelles je me suis le plus battue sur mes financements, ça a été les repas et les titres de transports. Parce que c’était pas dans les lignes budgétaires du financeur.” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d’un organisme social*

Cependant, cela signifie-t-il que ces attentes se matérialisent nécessairement par un soutien effectif ; une allocation de ressources temporelles et financières ? Selon Madame C, la co-conception demande un **temps important** que les promoteurs immobiliers (i.e. dont son association dépend) ne sont pas prêts à accorder. Son associée précise avoir réalisé, sur son ancien poste, des consultations d’utilisateurs sur son temps personnel.

Dans la même logique, l’**obtention de budgets adaptés** s’avère également être problématique. Madame B nous indique avoir eu de grandes difficultés à inclure, dans les lignes de financements d’un de ses anciens projets, le défraiement des participants, pourtant en situation de pauvreté-précarité.

*“Je pense que ça dépend notamment du bon vouloir des entreprises. Le handicap c’est leur priorité 36 dans leurs phases de développement. Ils viennent souvent quand la conception est déjà finie.” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d’une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

Il en va de même pour les **grands groupes**. Quand il s’agit d’adapter leurs produits ou services à des personnes en situation de handicap par exemple, ils semblent venir en fin de conception quand tout est déjà finalisé. Cela pourrait signifier que les incitations à intégrer plus en profondeur ce type d’utilisateurs à la conception sont trop faibles. Si on prolonge cette réflexion, cela peut aussi signifier un soutien moindre des grands groupes aux startup sociales et aux associations innovantes engagées dans de telles démarches. Les incitations peuvent alors devenir plus faibles pour ces structures également, dans la mesure où une partie des financements liés aux grands groupes (e.g. *sponsorship*, dotations ou contrats de prestations avec de grands groupes) peut se retrouver limitée.

### 3.2. Pour les personnes accompagnées : la capacité et l'envie de participer en question

- La capacité

*“Plus les sujets sont vifs (séparation, handicap des enfants), plus les séances de créativité pseudo-ludiques sont compliquées et se transforment – même si on lutte – en groupes de parole.” - Madame H, Directrice du lab d'un organisme social*

*“J'ai l'association qui me dit tout le monde peut participer, et de fait quand j'essaie de faire de l'idéation avec des personnes ayant un handicap cognitif euh... [...] Je suis tombée sur des gens de la créativité qui me disent 'On peut tout leur faire faire, regarde moi je leur fais faire de la peinture.' Oui mais nous on cherche à trouver des solutions.” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

*“Nous nos clients ne peuvent pas nous parler” - Madame D, Co-fondatrice d'une startup sociale dans le secteur du handicap*

Un thème qui revient souvent au fil des entretiens concerne les personnes accompagnées (i.e. bénéficiaires). Selon la situation (e.g. handicap, parcours de vie compliqué), les répondants évoquent qu'il peut être relativement **difficile de leur faire prendre part à des ateliers de co-conception classiques**. Madame H témoigne que malgré de multiples adaptations au niveau des formats (e.g. purges, jeux de rôles), ce genre d'atelier est **difficile à tenir quand les sujets sont douloureux**. Ces sessions finissent en général en « *groupe de parole* ». Elle ajoute que son équipe l'a aujourd'hui accepté et « *en a fait le deuil* ». Cela fait écho à la distinction que fait Akrich (2012) entre expérience et expertise expérientielle, dont la seconde consiste en la capacité d'un individu à mobiliser une appréhension mentale élaborée de la première pour répondre à un problème. Peut-être les participants à ses ateliers manquent donc d'une étape de rationalisation et de **prise recul par rapport à leur propre expérience**. Une étape qui, si on reprend les idées d'Akrich, peut se faire sous forme de processus collectifs d'échange et de confrontation. **Ces moments de « groupe de parole » seraient alors peut-être indispensables aux participants pour la construction à minima d'un savoir expérientiel.**

Il est intéressant d'observer que ce problème, dans nos entretiens, revient davantage du côté des personnes en situation de pauvreté-précarité que des personnes en situation de handicap. Cela pourrait vouloir dire que les personnes en situation de handicap ont davantage pour habitude d'échanger avec des pairs autour de leurs expériences communes.

Madame G prolonge la problématique de la capacité des publics, mais cette fois sur le sujet complexe de la **participation des personnes en situation de handicap cognitif**. D'après son expérience, l'idéation peut être difficile à animer. Elle trouve néanmoins des parades à cette problématique, en les mobilisant sur des phases plus concrètes de la conception (e.g. test de prototype).

*“Si on écoute que nos clients, on peut mettre la clé sur la porte” - Madame D,  
Co-fondatrice d'une startup sociale dans le secteur du handicap*

La **capacité de leurs utilisateurs à être réalistes** peut aussi être remise en question par certains, notamment entrepreneurs sociaux comme Madame D – qui travaillent souvent avec peu de ressources. L'écoute des besoins des utilisateurs conduirait à la mise en place d'un produit ou service idéaliste, qui ne serait **pas soutenable financièrement**. Cette remarque nous fait prendre la mesure des **représentations négatives de certains acteurs à l'égard des publics**. En parallèle, on comprend le **contexte financier tendu** dans lequel évolue les entrepreneurs sociaux, qui peut les décourager de faire appel aux utilisateurs dans leurs activités.

Les autres répondants organisateurs des séances de co-création avec des publics ne considèrent pas que leur potentielle vulnérabilité affecte leur capacité à participer.

- L'envie

*“Les gens sont plutôt contents même quand les inno sont pas très fun. Les usagers souvent ils viennent pas pour donner leur avis mais plutôt pour découvrir l'innovation. On a le biais d'avoir plutôt des profils technophiles, ça c'est sûr.” - Madame G,  
Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

*“[longue hésitation] Bonne question ça ! [rires] Je pense qu'ils sont un peu curieux au début, ils savent pas trop... Le côté un peu curiosité, découvrir ce que c'est l'architecture, y'a aussi l'intérêt que génère le produit. Une certaine satisfaction des personnes en atelier de voir que c'est vraiment réalisé à la fin [...] ça a modifié quelque chose qui est palpable.” - Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

Une de nos sous-hypothèses concernait le potentiel désintérêt des personnes accompagnées à prendre part aux processus d'innovation, comme frein à la démarche. Après examen, il s'avère que la majorité des participants semblent avoir un réel enthousiasme pour ce type d'activités. Les **motivations d'ordre instrumental** sont qui transparaissent le plus, les participants sont là pour découvrir un nouveau domaine de connaissance ou un produit innovant. Comme souligné par Madame G, les **profils technophiles** semblent être sur-représentés. Une recommandation pourrait alors être de recruter des utilisateurs selon leur intérêt pour le sujet. Il est intéressant de constater que les réponses les plus univoques sur l'enthousiasme des participants proviennent des organisations s'appuyant sur des **produits**. Avoir « *quelque chose qui est palpable* » en plus d'innovant pourrait alors constituer un atout significatif pour provoquer l'envie de participer des personnes accompagnées. Cette dernière dimension serait alors importante à prendre en compte par les organisations faisant tester des services, pour tenter de les matérialiser le plus possible.

### 3.3. Une intégration “en apparence”

*“Il y a tous ceux qui font de l’UX... il y a beaucoup d’effets d’annonce” - Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

*“L’affichage c’est pire que tout, si on prend une décision en faisant croire qu’on a consulté les gens. C’est du paternalisme.” - Monsieur A, Directeur du centre de recherche d'une tête de réseau associative spécialisée dans la participation des personnes en situation de pauvreté*

Un autre frein sur lequel s’accorde plusieurs répondants est l’effet d’affichage de nombreuses structures en matière de participation, qui feraient participer les personnes accompagnées de façon **superficielle**. Ces pratiques posent plusieurs problèmes. En premier lieu, elles nuisent aux publics mobilisés car n’étant consultés que pour la forme, leurs attentes ne sont pas respectées. Enfin, si l’on prolonge la réflexion, elles semblent pouvoir également nuire aux organisations faisant de la participation « en profondeur ». En effet, celles-ci se voient alors demander des moyens supérieurs en temps et en budget à des financeurs qui pourraient ne pas comprendre ce différentiel.

### 3.4. Une défiance interprofessionnelle

*“Il y a une mauvaise vision des startups, tu dis même pas que c’est une entreprise [...] faut pas mettre de notion de performance. Je ne viens pas du tout de ce monde [le secteur social et médico-social], c’est un milieu pas du tout structuré avec pas beaucoup de compétences.” - Madame D, Co-fondatrice d'une startup sociale dans le secteur du handicap*

*“Le grand défaut dans lequel tombent les associations, c’est de tomber dans le charity business. C’est une grande connerie, moi je peux rien dire d’autre.” - Monsieur A, Directeur du centre de recherche d'une tête de réseau associative spécialisée dans la participation des personnes en situation de pauvreté*

Une sous-hypothèse de ce travail était de considérer les possibles tensions entre les acteurs de l’accompagnement et acteurs de l’ESS (e.g. entrepreneurs sociaux, responsables de labs d’innovation) comme un des freins principaux à la co-innovation avec les publics. Les difficultés relationnelles que nous supposons, suite à notre revue de littérature, s’articulaient autour des points suivants : (a) Ressources en temps limitées des accompagnants ; (b) Position de protection des publics ; (c) Fossé culturel ; (d) Différentiel de valorisation sociale. L’« échange » entre Madame D et Monsieur A illustre bien cet obstacle. Probablement les plus extrêmes des répondants sur ce point, tous deux ont une vision acerbe de « l’autre camp ». Madame D, entrepreneuse sociale, accuse le **manque de professionnalisme** du secteur social et médico-social et la défiance à laquelle elle a fait face. Monsieur A, lui, **rejette en bloc la notion de rentabilité** par conviction idéologique. Cette incompréhension peut se révéler problématique quand il s’agit de créer des collaborations intersectorielles et

interprofessionnelles. En tant qu'entrepreneurs sociaux notamment, nouveaux entrants et « étrangers au système », cela peut rendre plus compliquée l'intégration de personnes accompagnées à ses processus d'innovation.

*“Alors j'ai du mal à savoir des fois, moi c'est une question que je leur pose systématiquement 'Est-ce que vous avez déjà interagi avec des utilisateurs ?' avec ces méthodes lean startup et tout ça, et tous ils vous disent 'Oui, oui !' [rires] et en même temps quand on voit leur produit des fois on se dit 'Mais euh... [rires] Sérieux ?'. Du coup euh... je sais pas.” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

*“Je fais un appel à bonne volonté par mail aux- parce qu'en fait l'association est assez centralisée par rapport à d'autres associations du handicap, donc du coup y'a une ligne hiérarchique que je suis tout bêtement. Donc par exemple si je veux aller dans les Hauts de France, j'écris au directeur régional Hauts de France, qui fait suivre à ses directeurs de pôles, qui font suivre à leurs directeurs, qui font suivre à leurs ergothérapeutes et puis ça descend comme ça et puis ça remonte vers moi. En général, l'information circule plutôt bien j'ai pas eu trop de soucis pour trouver des volontaires. Les gens sont plutôt contents, après bien sûr il y a des innovations qui sont aussi assez sympas ! [...] On trouve facilement des volontaires parmi les directeurs, et parmi les professionnels.” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

Quand on est un lab de co-création interne à un organisme social ou une tête de réseau associative, la situation semble être différente. Déjà **ancré dans un réseau partenarial interne et externe fort**, les relations avec les acteurs professionnels et bénévoles accompagnants semblent être plus solides et de meilleure qualité.

*“Dans notre lab, on définit avec l'entreprise ou la startup le profil des personnes, une zone géographique et au sein de cette zone je fais un appel à bonne volonté au sein du réseau pour trouver des établissements qui sont volontaires pour organiser ça dans leurs structures. Et après c'est c'est établissements qui trouvent des usagers.” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

En ce sens, les labs de telles organisations peuvent constituer un **intermédiaire particulièrement intéressant** entre entrepreneurs sociaux et acteurs du secteur social et médico-social, et *in fine* les personnes qu'ils accompagnent.

*“Il n'y a pas de rétribution des participants, les encadrants quand ils viennent ils viennent pendant leur temps de travail, parce que c'est pendant leur temps d'accompagnement. On a même eu des encadrants qui se prenaient vraiment au jeu.” - Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

Enfin, on peut noter que **certains des entrepreneurs sociaux interrogés n'ont pas eu de mal à construire des relations de qualité avec des structures sociales et médico-sociales, sans faire appel à des intermédiaires**. C'est de le cas de l'organisation de Madame C, dont les structures collaboratrices semblaient très enthousiastes vis-à-vis du projet et des ateliers de co-création. Ce qui pourrait expliquer cette collaboration réussie est que les établissements du handicap partenaires du projet ont **perçu les ateliers comme partie intégrante du temps d'activités des résidents**. Les ateliers étaient donc perçus comme l'opportunité de trouver de nouvelles activités ludiques pour les personnes accompagnées, et non une menace de perte de temps dans un agenda déjà très chargé.

### 3.5. Tensions éthiques

Une autre hypothèse que nous souhaitons étudier à travers ce mémoire concerne les problématiques éthiques liées à ce type de démarches.

Pour co-innover avec des publics il faut donc des incitations et un soutien forts, des formats adaptés à leurs capacités et leurs envies, une démarche en profondeur, des relations de qualité avec les acteurs du secteur, mais aussi probablement être en ligne avec ses principes éthiques et ceux du secteur.

*“Mais moi ce que je sais c'est qu'à titre personnel quand j'ai créer mon entreprise, j'étais bien embêtée pour trouver des parents d'enfants avec la pathologie que je cherchais qui pouvaient me donner leur avis. [...] Je suis convaincue que c'est pas si facile [...] les médecins rechignent à vous donner le nom des gens qui ont telles pathologies, tous les autres professionnels pareil.” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap [et ancienne entrepreneuse sociale]*

Un des freins à ce type de démarche pourrait alors être les **réticences des acteurs de l'accompagnement à mettre les entrepreneurs sociaux en relation avec leurs publics**, soit pour de problèmes de **confidentialité** des données personnelles, soit de **déontologie** (e.g. liée au secret médical).

Mais les acteurs de l'accompagnement sont-ils les seuls à avoir ces préoccupations ? Une seconde sous-hypothèse qu'il nous a été difficile de valider ou d'invalider durant ces entretiens consistait à supposer que les entrepreneurs sociaux pouvaient aussi se brider par certaines préoccupations éthiques. En effet, réaliser des ateliers directement avec des personnes en situation de vulnérabilité peut poser de multiple questions : Suis-je légitime ? Suis-je assez formé ? Ne risque-je pas de faire ou dire quelque chose de déplacé ? Ce sentiment d'illégitimité et d'inadaptation pourrait alors hypothétiquement mener à de l'auto-censure des entrepreneurs sociaux. Enfin, lorsqu'il s'agit d'une vulnérabilité réversible (e.g. grande pauvreté), à cela pourrait s'ajouter un sentiment diffus de culpabilité.

## 4. Des leviers à actionner

### 4.1. “Concrétiser l'abstrait”

Les ateliers de co-design, le *crowdsourcing* et les communautés d'utilisateurs sont de concepts bâtis par la littérature managériales, qui peuvent être très vagues pour le grand public. La façon dont se déroule un atelier de créativité classique nécessite une bonne **capacité d'abstraction et de conceptualisation**. Or, si ces compétences peuvent sembler naturelles pour la majorité des personnes ayant fait des études supérieures, par exemple, elles ne sont pourtant pas innées. Comme nous l'avons évoqué en première partie, **de nombreuses trajectoires peuvent fragiliser ces capacités ou restreindre leur développement** : un handicap cognitif, des conduites addictives, une désocialisation liée au sans-abrisme, ou encore une maladie dégénérative liée au grand âge.

Cependant, cela ne veut pas dire qu'il n'existe aucune manière de permettre à ces personnes d'apporter leur pierre à l'édifice. Mais comment ? Un mot d'ordre selon nos répondants : concrétiser l'abstrait.

*“J'ai l'association qui me dit tout le monde peut participer, et de fait quand j'essaie de faire de l'idéation avec des personnes ayant un handicap cognitif euh... [...] Ce qui marche en revanche avec les personnes en situation de handicap cognitif c'est de leur faire tester des trucs en début de processus.” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

Le premier levier pour y arriver nous vient de l'expérience de co-conception de Madame G avec des personnes en situation de handicap cognitif. Si l'idéation semblait compliquée, le test de prototype donnait lieu à de très bons résultats. Cette recommandation résonne avec la dualité palpable/impalpable et produits/services citée plus haut. Les interactions physiques avec les dispositifs semblent donc constituer un terreau propice à l'expression. Cette remarque fait écho à notre revue de littérature, avec le conseil de se reposer sur des *artefacts* pour expliciter les *feedbacks* des participants (Lindsay et al., 2012).

*“Nous on a toujours voulu faire nos idéations au moment des évaluations, les gens ont parfois plus de prise quand ça part de quelque chose qu'ils ont vécu. Ce sont leurs gênes qui sont parfois des graines d'idées.” - Monsieur A, Directeur du centre de recherche d'une tête de réseau associative spécialisée dans la participation des personnes en situation de pauvreté*

Néanmoins, s'appuyer sur un objet physique et les interactions qu'il génère n'est pas la seule façon de concrétiser un processus de co-conception. Une autre préconisation nous vient de Monsieur A, pour qui l'idéation peut être facilitée quand elle a lieu en fin de conception, c'est à dire au moment des **évaluations**. Cette technique a l'avantage de permettre aux participants de se baser sur leur expérience du dispositif et d'exprimer des gênes qui deviendront peut-être des idées.

Ces deux pistes, bien qu'elles ne revêtent pas toutes deux le même format, se rejoignent sur le principe : **donner son avis sur quelque chose est plus facile que de donner une idée.**

Cette remarque nous amène cependant à nous poser une question. Rendre un processus de co-conception *plus concret* pour les participants **signifie-t-il nécessaire de les impliquer sur le tard** (e.g. prototypage, évaluation). Bien que cette question soit complexe, nous prenons le parti de dire que ce n'est pas une fatalité. Une base d'évaluation à l'idéation peut être un projet antérieur, similaire à celui qui cherche à être développé. L'objet physique avec lequel les utilisateurs peuvent interagir et qui les fait réagir peut être un prototype intermédiaire (i.e. *rough prototype*) du dispositif, ou le prototype d'un concept.

#### 4.2. Créer des "safe spaces"

*"Et y'a des gens très très timides, mais y'a jamais d'obligation de participer, si les personnes ont pas envie. [...] Ce sont des personnes qui sont souvent en retrait et qui à un moment donné se rendent compte qu'elles ont quelque chose à apporter." - Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

*"Certains participants viennent pendant plusieurs années avant de participer. [...] Ça prend 3 fois plus de temps, mais les gens après deviennent moteurs et créateurs." - Monsieur A, Directeur du centre de recherche d'une tête de réseau associative spécialisée dans la participation des personnes en situation de pauvreté*

Alors que les règles autour de la **bienveillance et du non-jugement font partie intégrante du design thinking et de la plupart des ateliers de co-création**, cet aspect prend une **autre mesure** quand les participants sont potentiellement vulnérables.

En accord avec notre revue de littérature (Francis, P. et al, 2009 ; HCTS, 2017), plusieurs répondants soulignent la grande importance de la création d'un espace sécurisant et bienveillant à l'égard des participants. Prendre en compte que cette **expérience peut être très intimidante** pour certaines personnes, être **attentifs à leurs émotions et ne pas forcer la participation** sont autant de dimensions essentielles pour établir une relation de confiance. Il est également conseillé par des répondants de s'assurer régulièrement au fil de la séance que tout se déroule bien et que les participants sont à l'aise avec les activités. En fin de sessions, on peut également demander aux participants leurs retours (e.g. ressentis et suggestions) afin de mieux comprendre leur vécu et montrer que l'on valorise leur point de vue. Enfin, il semble falloir accepter que la longueur du processus ne dépende pas de nous, mais du rythme de chacun, pour que l'expérience soit un succès.

*"On est persuadés que les gens pauvres ont besoin de groupes entre eux par moments, de safe spaces, comme dans les mouvements féministes." - Monsieur A, Directeur du centre de recherche d'une tête de réseau associative spécialisée dans la participation des personnes en situation de pauvreté*

Être attentif au rythme et aux émotions de chacun est crucial, mais d'autres méthodes peuvent être utilisées pour permettre aux participants de **se sentir plus en sécurité**. Lors de notre entretien avec Monsieur A, celui-ci a évoqué, par **analogie avec les mouvements féministes, les moments de non-mixité** (i.e. *safe spaces*) comme une brique importante pour le bien-être des participants. Les réunions et débats animés par l'association fait

souvent se succéder des groupes rassemblant des personnes aux mêmes conditions de vie, et des groupes mixtes. Madame B, facilitatrice dans le lab d'un organisme social, nous a par ailleurs informés d'avoir participé à des sessions de formation de l'association de Monsieur A. Elle avait alors été intéressée par ce fonctionnement, questionnant ses pratiques professionnelles. En contraste avec les habitudes de co-création tendant plus souvent vers la mixité des profils tout au long d'un processus d'innovation, ce fonctionnement pourrait être un levier important de sécurisation des publics participants. Comme cité un peu plus haut, l'hypothèse peut être faite que ce type de pratique pourrait favoriser la transition d'un savoir à une expertise expérientielle (Akrich, 2012).

Bien que ces deux pistes concernent particulièrement les ateliers de co-création, elles peuvent aussi aisément être appliquées à d'autres méthodes de co-innovation. Être à l'écoute des émotions de chacun et ne jamais brusquer ou forcer la participation, se décline facilement à toutes autres activités qui nécessitent des interactions avec les publics. Quant aux *safe spaces*, on pourrait imaginer, pendant des ateliers d'**UX Design** ou liés aux recueils de retours-utilisateurs (e.g. méthode Lean Startup), de **prévoir des temps d'échanges où des sous-groupe** seraient constitués séparant personnes concernées et les autres. Pour ce qui est des communautés d'utilisateurs, cela pourrait être d'accepter – voire d'encourager – la constitution d'une **communauté dans la communauté** regroupant uniquement les personnes concernées.

#### 4.3. Créer des moments de convivialité pour souder le groupe

*“C'est pas l'institution, c'est l'institution représentée par tel agent qui est en face de moi dans mon sous-groupe et avec qui je vais manger à midi.” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d'un organisme social*

*“Bien sûr que y'a des relations qui se créent entre les occupants [commerçants et entrepreneurs louant un espace dans le lieu] et les résidents [personnes accompagnées]. Je fais pas que des repas, des cafés et ainsi de suite, je crée aussi d'autres canaux, mais les relations c'est plus des relations amicales, personnelles, etc.” - Monsieur I, Educateur spécialisé et coordinateur d'une structure de convivialité*

De bonnes relations entre les participants sont **le terreau de toute activité d'innovation**. Elles peuvent par exemple être favorisées par des *ice breakers*, ou l'organisation de moments informels de convivialité avant ou après un atelier. Quand les participants sont regroupés de façon mixte entre personnes en situation de vulnérabilité ou non, ces relations informelles sont d'autant plus importantes, car elles favorisent une **relation de confiance, mais aussi d'équité** entre les personnes. On peut expliquer cela par le fait que ces moments permettent des échanges sur des thèmes qui ne concernent pas les situations de vulnérabilités des personnes, et qui leur sont communs à tous les participants – les mettant sur le même pied d'égalité. Ces temps d'échange informels peuvent donc permettre aux personnes qui ne sont pas en situation de vulnérabilité de changer de regard sur celles-ci, et aux personnes en situation de vulnérabilité de ne pas être réduites à leur problématique.

Madame B comme Monsieur I constatent les bienfaits de ces moments sur l'ensemble du groupe.

Enfin, on peut ajouter que de tels espaces et moments peuvent se révéler être des opportunités pour les personnes accompagnées d'étoffer leur réseau de connaissance, notamment professionnel quand celles-ci sont en situation de précarité ou d'insertion. Ces moments de convivialité peuvent donc être un bon moyen pour favoriser ces rencontres.

#### 4.4. Une logistique adaptée aux participants, et non l'inverse

Penser la logistique de ces démarches de co-innovation, c'est penser les moyens en termes d'espace (i.e. lieu et agencement de l'espace), de temps (i.e. date, durée et rythme) et de budget. Les points suivants concernent toutes les démarches de co-innovation en présentiel, qui peuvent être des ateliers de co-conception, mais aussi des événements de communautés d'utilisateurs.

*“Vu qu'on est sur des handicaps physiques, on va pas demander aux gens de se déplacer, c'est toujours nous qui nous déplaçons !” - Madame G, Directrice de projet innovation dans le lab d'une tête de réseau associative, dans le secteur du handicap*

De nombreux labs d'innovation se construisent sur un lieu, qui permet de matérialiser et de mieux valoriser la démarche qui est entreprise, auprès des collaborateurs internes et des potentielles partenaires. Par une suite logique, les ateliers de co-création ont donc souvent lieu au sein de ces espaces. Bien que pour certains types de publics cela ne pose pas de problème majeur, **se déplacer dans cet endroit peut se révéler être un frein à la participation de certains d'entre eux** (e.g. seniors en perte d'autonomie, personne en situation de handicap moteur, visuel ou psychique). Le lab d'innovation de Madame G a donc pris le parti de se déplacer systématiquement dans les établissements où se trouve les participants sélectionnés. Ainsi, les entreprises testeuses et l'équipe du lab se déplacent souvent dans une autre ville à la rencontre des utilisateurs.

Comme nous l'avons cité dans la première partie, les personnes en situation de vulnérabilité ont souvent en commun de ne **pas être à l'aise avec les changements dans leurs routines**. Organiser des **ateliers in vivo** aurait donc pour autre avantage de permettre aux participants de se sentir plus en confiance, et ainsi de favoriser leur participation. Il pourrait cependant être intéressant de questionner ce point au regard des positions classiques du management de l'innovation sur la question d'espace. En effet, s'immerger dans un nouvel espace est souvent décrit comme un levier à la créativité. Cela signifie-t-il que cette règle ne s'applique pas aux personnes accompagnées quand elles sont trop fragilisées ?

Dans le cas où les organisateurs souhaiteraient tout de même organiser ces sessions *in vitro*, une **logistique en termes de transports** peut-être à prévoir pour faciliter la venue des participants. Enfin, **l'espace du lab lui-même devrait être adapté à ces publics**, avec par exemple des aménagement pour les handicaps moteurs et sensoriels (e.g. adaptation de la lumière, de l'isolement sonore, possibilité de s'isoler).

*“On fait des doodle avec eux pour fixer les dates” - Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

Concernant le **temps** aussi, un bon réflexe peut également être de prendre en compte les disponibilités des personnes accompagnées en amont du choix de la date. En effet, comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature, les personnes accompagnées peuvent avoir un agenda très chargé, notamment quand elles sont dans un parcours de soin. Pour pallier cette problématique, Madame C et son associée organise des sondages en ligne pour recueillir les disponibilités des participants sur un ensemble de créneaux présélectionnés.

*“Je peux pas monter un projet où je les fais venir des journées entière [...] sans leur donner à manger. Parce que dans les centres d'hébergement, ces gens là ils sont nourris donc si je leur demande de quitter leurs centres d'hébergement, ils faut qu'ils puissent manger aussi, parce que sinon ils viendront pas.” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d'un organisme social [à propos d'une expérience dans une autre structure]*

Un dernier aspect que nous avons déjà évoqué plus haut concerne le **budget**. Il doit être pensé en amont, intégrant dans ses lignes budgétaires l'avance ou le défraiement des participants (i.e. repas, transports, voire autres dépenses entraînées par la participation). Sur les publics les plus fragilisées économiquement particulièrement, un manquement à ce niveau impacterait fortement la probabilité de leur participation.

*“Les personnes accompagnées nous pousse à modifier notre façon de fonctionner, bousculer ses propres habitudes. Il faut donc les inclure le plus tôt possible dans la construction de la démarche, pour penser l'événement en fonction d'eux.” - Madame B, Facilitatrice dans le lab d'un organisme social*

Pour adapter au mieux la logistique aux participants, la meilleure est sûrement, comme évoqué par Madame B, d'intégrer les participants en amont de la démarche, avant même de prendre ses décisions organisationnelles prises.

#### 4.5. Former les professionnels... ou former des duos

*“C'est très très difficile de travailler avec des gens très pauvres, on a tendance à vouloir poser des questions. [...] Il ne faut pas mettre de mots dans la bouche des gens.” - Monsieur A, Directeur du centre de recherche d'une tête de réseau associative spécialisée dans la participation des personnes en situation de pauvreté*

*“C'est abominable quand t'es un résident dans une salle, un éduc qui te demande 'Alors vous voulez faire quoi ? Vous avez jamais d'idées !' Je pense sincèrement que les éduc sont incapables de le faire, c'est pas à eux de faire ce boulot là. Toutes les entreprises quand elles doivent faire un boulot comme ça font appel à des cabinets*

*de conseil type KPMG... Il faut un tiers. ” - Monsieur I, Educateur spécialisé et coordinateur d'une structure de convivialité*

Travailler avec des personnes en situation de vulnérabilité peut être compliqué quand on est un entrepreneur social. Faire de l'idéation ou de la co-conception peut être compliqué quand on est un accompagnant. Comment faire alors pour débloquer cette situation ?

La première solution serait de former l'initiateur de la démarche de co-innovation à cette brique de compétence manquante. Si le facilitateur est un entrepreneur social, avec une faible connaissance du public en question et des principes à respecter pour ne pas fragiliser les personnes, il peut se former à ces aspects en s'appuyant sur le contenu pédagogique de nombreuses associations (e.g. MOOC, guides, formations)<sup>14</sup>. Si le facilitateur est un accompagnant, professionnel ou bénévole, peu familier des méthodologies d'innovation et d'intelligence collective, il peut également se faire former par des associations spécialisées, des incubateurs ou à l'université avec un DU en intelligence collective ou en gestion de projets d'innovation par exemple.

Quand on passe au crible les **profils de nos répondants**, on se rend compte que **les personnes les plus avancées dans la co-innovation** sont d'une part, les anciens accompagnants reconvertis à la suite d'un diplôme spécialisé ou d'une formation à la facilitation, et d'autre part, les entrepreneurs sociaux sensibilisés à la question car étant eux-même le proche d'une personne concernée par le problème qu'elles adressent (e.g. soeur, mère). Ce constat fait écho au concept d'utilisateur-innovateur tel que défini par Akrich (1998), pour qui la double compétence de **technicien et utilisateur** est souvent nécessaire – soit parce qu'ils sont utilisateurs eux-même (e.g. François Savigny, inventeur des prises d'escalade) soit parce qu'ils ont un proche utilisateur (e.g. le père d'une jeune fille atteinte d'une maladie rare, inventeur d'un fauteuil roulant électrique). Les personnes possédant cette double-casquette serait alors plus à même d'innover, mais aussi de co-innover avec les personnes concernées.

*“[Nom de son associée] est atteinte d'un trouble au spectre autistique.” Madame D, Co-fondatrice d'une startup sociale dans le secteur du handicap*

**Que faire cependant si l'on ne possède par cette double-compétence et n'avons pas de moyen de l'acquérir ?** La deuxième solution proposée est de former des duos entre des personnes possédant ces deux casquettes, typiquement un entrepreneur social et un travailleur social, ou un entrepreneur social et un aidant familial. Ce duo peut être temporaire, le temps de l'atelier, ou permanent (i.e. des associés). La constitution de tels binômes pourrait notamment permettre d'adresser le frein hypothétique – qu'il nous a cependant été difficile de valider ou d'invalider – du différentiel de valorisation sociale et économique de ces deux types d'acteurs comme moteur d'une réaction de défiance des professionnels de l'accompagnement à l'encontre des entrepreneurs sociaux. **En valorisant les compétences des accompagnants dans la démarche de co-innovation**, les

---

<sup>14</sup> Quelques exemples : [Petit guide pour aller à la rencontre des personnes sans-abri](#), Entourage. [Petit guide de conception à l'attention de ceux qui innovent pour tous](#), APF France Handicap. [Co-formations de Croisement des savoirs et des pratiques](#)©, ATD Quart Monde.

entrepreneurs créeraient alors une **relation de respect et d'égalité**, plus propice à la collaboration.

Aussi, comme évoqué par Monsieur I, pour qui les moyens financiers ne sont pas le véritable obstacle, ce binôme pourrait aussi inclure comme partenaire à la casquette de technicien, un prestataire de type **cabinet de conseil** (e.g. KPMG).

Néanmoins, dans les deux cas, pour permettre la formation de tels couples il est nécessaire de dépasser les à priori de chaque acteur à l'égard de l'autre et de tisser des relations de qualité. Si hisser l'accompagnant au rôle de co-animateur adresserait le problème du différentiel de statuts, des contraintes subsistent néanmoins. Les structures sociales et médico-sociales sont souvent sous-équipées en termes de personnel, générant des professionnels aux agendas surchargés. Il est donc essentiel comme mentionné plus haut de présenter ces démarches à ces professionnels comme des opportunités pour leur travail, en se greffant par exemple aux temps d'activités dédiées aux personnes accompagnées.

Enfin, comme mentionné plus haut, les **labs d'innovation ou living labs** d'associations ou d'organismes sociaux constituent d'**excellentes interfaces** entre ces deux types d'acteurs.

*“A terme, on souhaite embaucher dans l'équipe des personnes concernées.” -  
Madame C, Co-fondatrice d'une association de l'ESS dans le secteur du handicap*

Le dernier niveau serait-il de former un duo avec une personne directement concernée ? Comme dans le travail social avec l'émergence de la pair-aidance (Pianese, 2017), on pourrait alors imaginer des binômes intégrant des **pair-innovateurs** ? Ce dernier échelon renvoie à la recommandation de von Hippel (2013) qui déclarait que l'une des façons les plus efficaces de travailler avec une communauté d'utilisateurs était de recruter un de ses membres qui saura enseigner au mieux à l'organisation comment s'y prendre. En plus d'avoir cet avantage, de tels recrutements permettent aux personnes de développer leur pouvoir d'agir et, le cas échéant, sortir d'une situation de vulnérabilité.

*“Oui mais... sa vision n'est pas universelle” Madame D, Co-fondatrice d'une startup sociale dans le secteur du handicap [en parlant de son associée, atteinte d'un trouble du spectre autistique]*

Cependant, il est important de garder en tête que même lorsqu'une personne est concernée, sa vision n'est pas infaillible ni universelle. Faisant écho au biais égocentrique qui peut pousser une personne concernée à partir du principe que son expérience est représentative de celle des autres, Madame D nous rappelle que personne n'a le monopole de la légitimité et que le croisement des regards triomphe toujours.



Notre question de départ : "**Comment inclure sans fragiliser ?**", bien que nécessairement réductrice, résume bien la tension à laquelle nous faisons face avec ce sujet. Dans un système politique et social où les **rapports de pouvoirs sont déséquilibrés**, laissant souvent les individus les plus vulnérables sans voix au chapitre, d'aucun peuvent considérer que les associations sont les premières à devoir valoriser leur expérience.

Depuis quelques dizaines d'années, **l'engouement autour de la question de l'empowerment** et le développement de la participation représente une **méta-innovation** dans le monde de l'action sociale et médico-sociale. En donnant un peu de pouvoir aux personnes qu'il accompagne, le secteur s'ouvre l'opportunité de se voir valoriser par ses financeurs et clients, mais surtout de renforcer le sentiment de sens de ses professionnels et d'améliorer son offre.

Nous nous sommes plongé dans ce travail avec la volonté forte de comprendre : Dans quelle mesure dans un espace social et médico-social en pleine recomposition et portant de **fortes attentes ses termes de participation**, les acteurs nouveaux et plus traditionnels **parviennent à co-innover avec leurs utilisateurs ?**

Un trio d'hypothèses a posé les bases de ce travail : la participation de personnes potentiellement vulnérables aux processus d'innovation nécessite l'adaptation des méthodes existantes à leurs spécificités, adossée à des moyens opérationnels adéquats et des alliances d'acteurs stratégiques.

En effet, si les **théories et kits méthodologiques** sont nombreux dans le domaine de l'innovation participative pour le secteur privé lucratif, leur adaptation à des publics potentiellement fragiles et aux capacités potentiellement réduites pose question.

L'**analyse de la littérature** nous a permis de constater l'**ampleur des travaux des sciences de design** dans le domaine, avec le développement du design participatif et de méthodologies *ad-hoc* par public, comparativement aux sciences de gestion. Les designers-chercheurs donnent dans leur travaux un grand nombre de conseils sur les adaptations à faire selon le type de participants (e.g. établir un lien de confiance progressif, utiliser des modes d'expression visuels ou narratifs, inclure les aidants familiaux). Parallèlement, les sciences de gestion ne semblent pas faire ce type de travail, ce qui nous laisse des méthodes de type *crowdsourcing*, *lean startup* ou *UX Design*, brutes. Enfin, nous souhaitons capitaliser sur les **avancés du secteur social et médico-social** sur le chantier de la participation. Cependant, bien que la question soit à l'ordre du jour depuis près de quarante ans, la démarche est loin d'être pleinement investie. La littérature dans le domaine nous permet tout de même de mieux appréhender les succès et les échecs de ces initiatives. On y retrouve notamment, le fait de ne pas proposer des rythmes et des formats adaptés aux personnes ciblées (e.g. trop complexe, structuré), de ne pas préparer les personnes accompagnées et les professionnels en amont, ou de ne pas offrir des budgets et du temps spécifiques pour organiser ces échanges.

Pour combler les lacunes de la littérature, avoir une version plus opérationnelle des recommandations de nos chercheurs en design – nécessairement éloignées des contraintes des acteurs non-académiques – et prendre la mesure des pratiques des professionnels sur le terrain, nous avons mené une étude qualitative.

Les entretiens réalisés permettent de conforter les trois hypothèses préalablement émises. Tout d'abord concernant les **méthodes**, il apparaît bien que les ateliers de co-création et le *crowdsourcing* soient les plus plébiscitées. Cela peut signifier que ces méthodes sont particulièrement adaptées à des publics potentiellement vulnérables, ou que les acteurs sont soumis à un effet d'entraînement. Au niveau de leur adaptation, plusieurs recommandations découlent de nos entretiens, comme celle d'adopter un rythme modéré sans jamais brusquer les participants, de concrétiser l'abstrait en se reposant sur des produits ou des manifestations physiques, ou encore de faire varier les temps communs avec des temps en sous-groupes non-mixtes de personnes concernées (i.e. « *safe spaces* »).

Les **moyens** sont aussi fortement à prendre en compte. Certains répondants citent même l'attribution de budget comme « *une des choses sur lesquelles [ils se sont] le plus battu[s]* ». Même chose pour les ressources temporelles. Bien sûr les petites structures sont plus concernées par cette variable que les labs rattachés à des organismes publics. Cependant, le fait d'avoir des moyens adéquats ne renvoie pas seulement à une affaire de quantité. Il faut que la logistique soit le plus adaptée aux participants, pour cela le mieux serait de les intégrer en amont de l'organisation.

Pour ce qui est des **alliances relationnelles**, une certaine défiance interprofessionnelle et inter-sectorielle semble venir troubler l'idéal participatif. Il semble apparaître que – comme suggéré par Akrich (1998) – les utilisateurs-innovateurs doivent revêtir une double-compétence : la technique et l'expérience. On entend, ici, *l'expérience d'utilisation* dans un sens large, englobant le fait d'être concerné ou d'être le proche d'une personne concernée. La préconisation qui ressort de nos entretiens serait donc de se former à la compétence manquante ou créer une alliance avec un acteur en disposant. La défiance interprofessionnelle peut alors se révéler être un important frein à la constitution de tels duos. Pour l'outre-passer, plusieurs solutions existent alors : faire valoir cette collaboration momentanée ou durable comme une opportunité (e.g. apporter une activité ludique pour les personnes accompagnées de son établissement) s'intégrant un maximum dans sa charge de travail, ou alors passer par les intermédiaires très efficaces que sont les *labs d'innovation* ou *living lab*.

Enfin, les travaux d'Akrich (2012) autour de l'**expertise profane** ou expérientielle nous ont accompagnés toute au long de notre réflexion. Il apparaît que la prise de recul par rapport à sa propre expérience via notamment des processus collectifs est essentiel pour participer à des processus d'innovation. Ainsi, le travail d'accompagnement de ces publics se révèle directement complémentaire aux activités d'innovation.

En croisant divers champs et regards, ce travail fait tout de même naître de nouvelles interrogations. Pourquoi les dispositifs d'innovation participative semblent-ils moins nombreux pour les publics en situation de précarité, voire de grande exclusion ? Un parcours de vie tumultueux et « *hors-cadre* » rend-t-il plus créatif ? Adapter l'innovation participative aux personnes accompagnées n'est-elle pas elle-même une façon de les infantiliser et d'essentialiser leurs vulnérabilités ?

*« Et ce qui m'impressionne aussi et ce que j'ai pu remarquer... c'est qu'en fait chacun vient avec ses idées [...] et on s'aperçoit que quand ils partagent leurs idées pour améliorer les choses, ils arrivent à créer des solutions qui sont bien plus pertinentes, bien plus simples que si on en avait écouté qu'un seul [...] ça a un côté un peu magique. »*

- Extrait d'entretien

# ANNEXES

## Annexe 1 : Mieux comprendre la théorie de la diffusion de Rogers

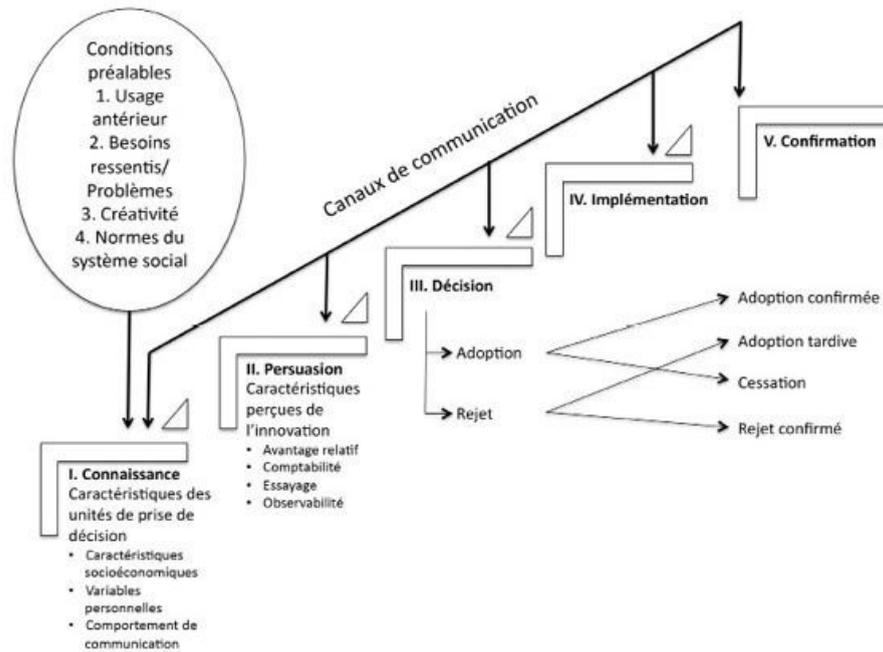


Figure 1. Les étapes du processus de diffusion de l'innovation (issue de Rogers, 1962)

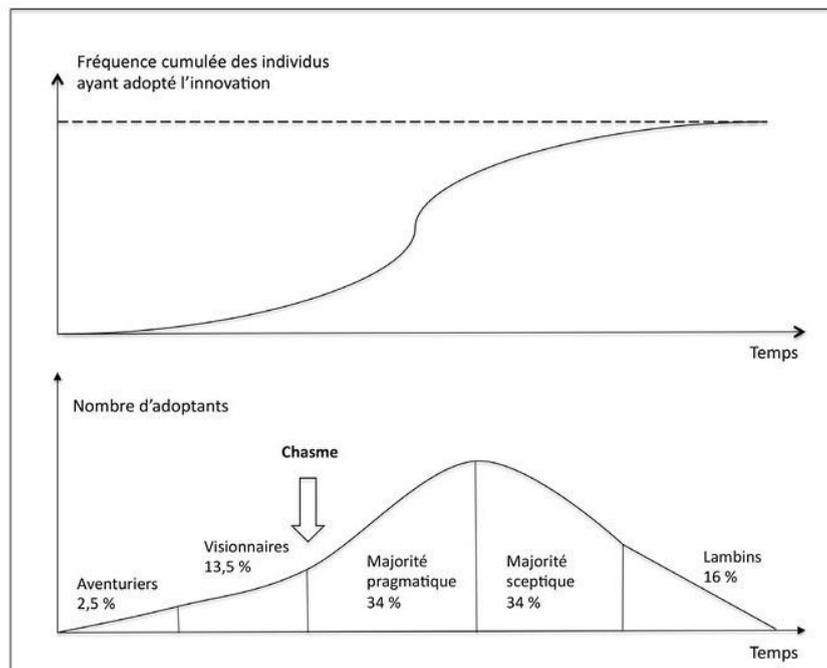


Figure 2. Courbes d'adoption de l'innovation (issue de Rogers, 1995)

## Annexe 2 : Mieux comprendre les schémas d'innovation de von Hippel

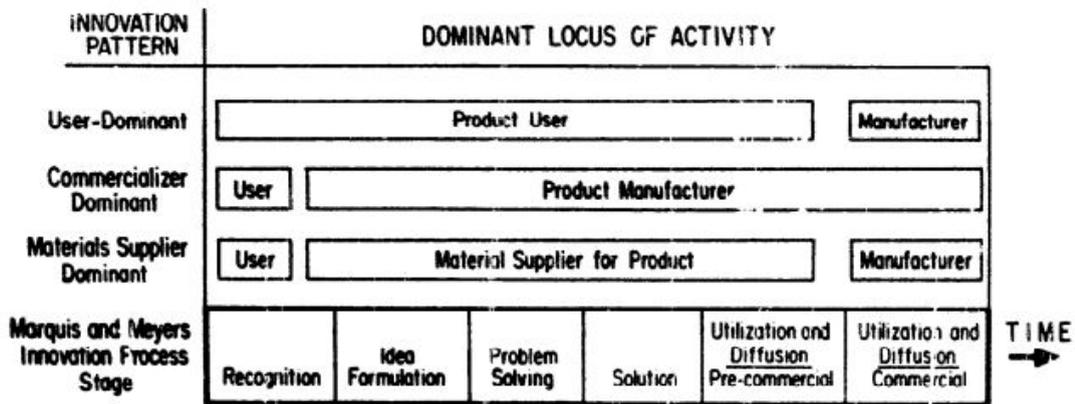


Fig.3. Innovation patterns displayed by some case histories.

Figure 3 : Schémas d'innovation fourni par certaines cas d'usages (issue de von Hippel, 1977)

## Annexe 3 : Mieux comprendre le design thinking

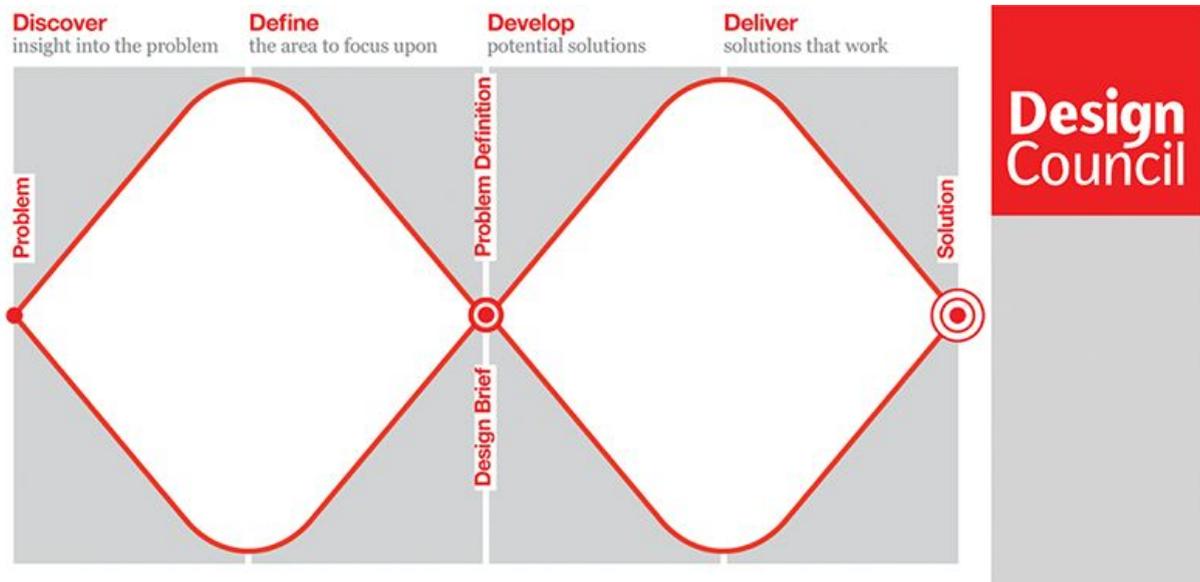


Figure 4 : Schéma du design thinking en double diamant (issue du site internet du Design Council)

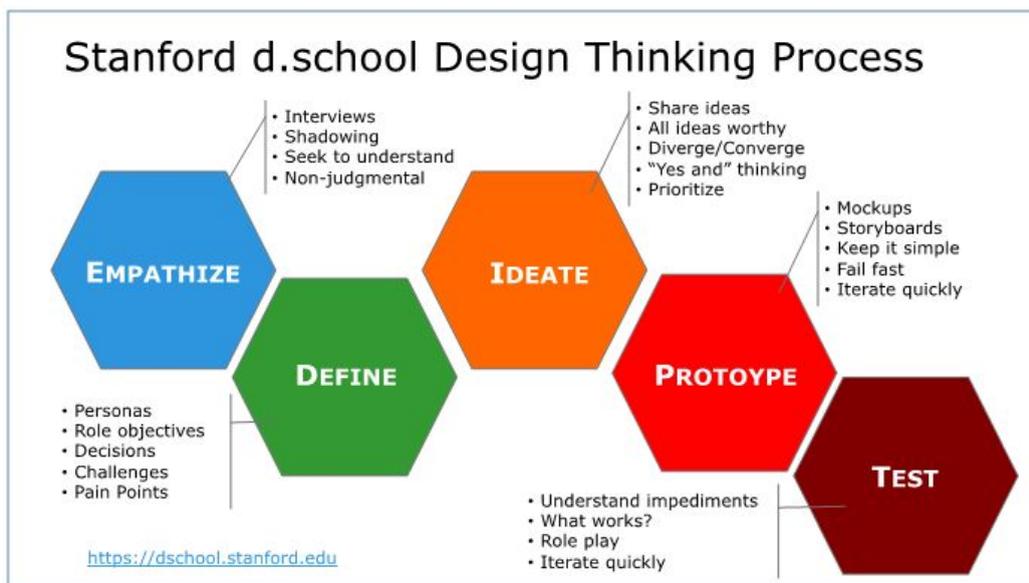


Figure 5 : Schéma du design thinking selon l'école de design de Stanford (issue du site internet de la d.school)

## Annexe 4 : Mieux comprendre le co-design ou design participatif

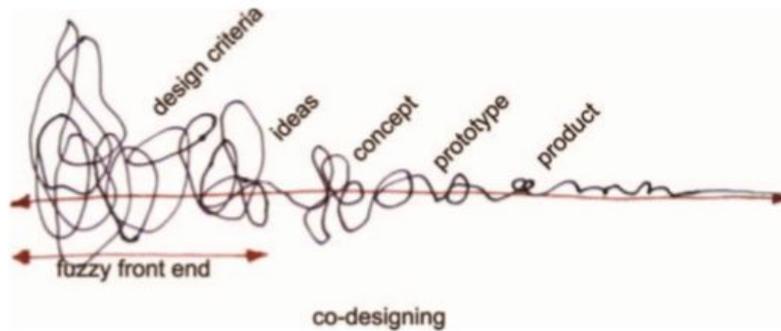


Figure 6 : La partie frontale du processus de design grandit au fur et à mesure que les designer se rapprochent des utilisateurs (issue de Sanders & Stappers, 2008)

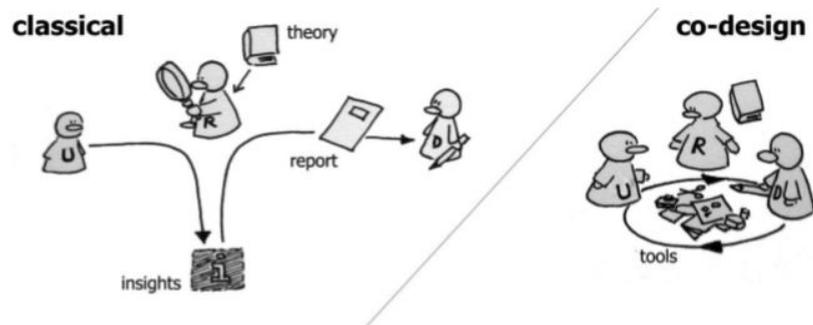


Figure 7 : Rôles classiques des utilisateurs, chercheurs, et designers dans le processus de design et comment ils fusionnent dans le processus de co-design (issue de Sanders & Stappers, 2008)

## Annexe 5 : Zoom sur l'échelle de la participation

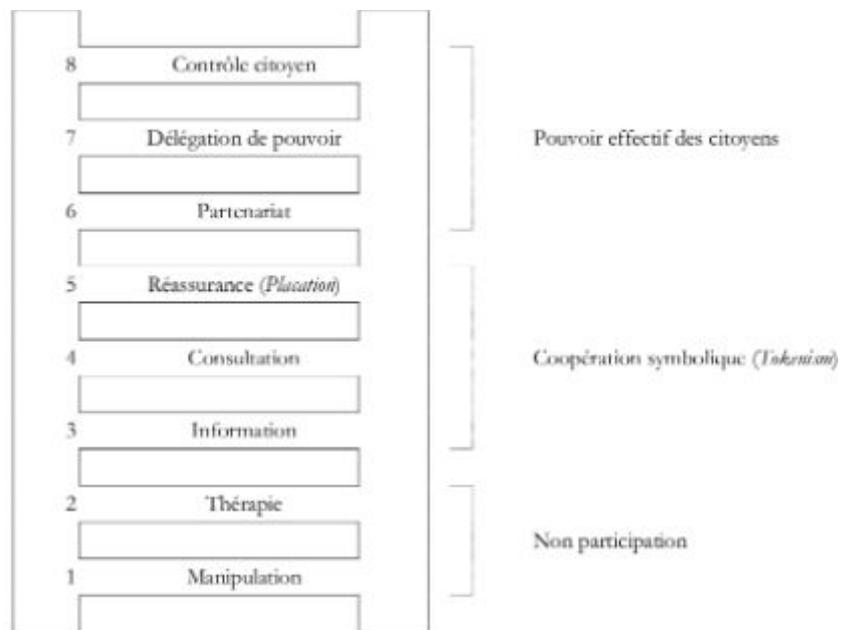


Figure 8 : Echelle de la participation citoyenne (issue de Sherry Arnstein, 1969)

- 1 - Manipulation : information biaisée utilisée pour « éduquer » les citoyens en leur donnant l'illusion qu'ils sont impliqués dans un processus qu'ils ne maîtrisent en aucune façon.
- 2 - Thérapie : « traitement » annexe des problèmes rencontrés par les habitants, sans aborder les vrais enjeux.
- 3. Information : les citoyens reçoivent une vraie information sur les projets en cours, mais ne peuvent pas donner leur avis.
- 4 - Consultation : n'offrant aucune assurance que les attentes et suggestions des personnes consultées seront prises en compte. Il s'agit alors d'un simple rituel le plus souvent sans conséquence.
- 5 - Réassurance : autoriser ou même inviter des citoyens à donner des conseils et à faire des propositions mais en laissant ceux qui ont le pouvoir, seuls juges de la faisabilité ou de la légitimité des conseils en question. Ce second niveau est celui de la coopération symbolique.
- 6 - Partenariat : la formation d'un partenariat, ce qui revient à une redistribution du pouvoir par une formule de négociation entre les citoyens et ceux qui le détiennent.
- 7 - Délégation de pouvoir : proche de la précédente mais qui s'en distingue en ce que les citoyens occupent une position majoritaire (ou disposent d'un droit de veto) qui leur confère l'autorité réelle sur le plan de la décision, ainsi que la responsabilité de rendre compte publiquement de tout ce qui concerne le programme.
- 8 - Contrôle citoyen : tâches de conception, de planification et de direction du programme relèvent directement des citoyens, sans intermédiaire entre eux et les bailleurs de fonds du programme.

## Annexe 6 : Caractéristiques potentielles des publics à prendre en compte pour une démarche d'innovation participative

Principaux publics	Caractéristiques potentielles des publics à prendre en compte pour une démarche d'innovation participative
Personnes en situation de pauvreté-précarité	Ressource financières faibles : difficulté à assister à une session de travail, liée aux pertes financières que cela pourrait occasionner : perte d'une part du salaire, garde d'enfants, titres de transports, repas, etc. (CNLE, 2010)
	Faible estime de soi (Tap & de Lourdes Vasconcelos, 2004)
	Fort taux de stress (Tap & de Lourdes Vasconcelos, 2004)
	Bien-être psychologique dégradé dû à l'exclusion : désespoir existentiel, honte d'être et inhibition (Vandecasteele & Lefebvre, 2006)
	Troubles de l'identité (Vandecasteele & Lefebvre, 2006)
	Problèmes cognitifs dus à l'isolement social et/ou à des conduites addictives (Mouras, 2012)
	Aliénation (i.e. séparation psychique et psychologique de l'individu avec le monde extérieur) (Vandecasteele & Lefebvre, 2006)
	Désinvestissement global (i.e. <i>neutralisation énergétique</i> ) entraînant un fonctionnement opératoire (Vandecasteele & Lefebvre, 2006)
Personnes en situation de handicap (moteur, sensoriel, cognitif, intellectuel ou psychique)	Déficience motrice, sensorielle ou cognitive en fonction du type de handicap
	Pour certains handicaps psychiques ou troubles : anxiété sociale, hypersensibilité à l'échec, difficultés interpersonnelles, manque de motivation
	Pour les handicaps suite à des accidents : Dénégation, irritation, blessure narcissique, dépression (Champonnois, 2002)
	Des surhandicaps psychiques peuvent venir s'ajouter à un handicap : troubles dans l'identification, inhibitions, phobies (Champonnois, 2002)
	Relations enfants/proches aidants parfois compliquées dues à la souffrance familiale (Champonnois, 2002)

Personnes âgées	Difficultés à communiquer
	Problèmes de motricité
	Troubles psychiques (e.g. anxieux, dépressifs, suicidaires, conduites addictives) liés au vieillissement (Psycom, 2016)
	Pour les personnes âgées atteintes de maladies dégénératives (e.g. Alzheimer, démence sénile) : altération de la mémoire, perturbation du langage, déficience motrice et difficultés à réaliser des gestes de la vie quotidienne (e.g. se laver, se nourrir) (Psycom, 2016)
	Relations familiales parfois compliquées dues à l'épuisement physique et mental des aidants (Psycom, 2016)

*Tableau 1 : Principales caractéristiques des publics à prendre en compte pour une démarche d'innovation participative par type de public*

## Annexe 7 : Principaux leviers identifiés dans notre revue de littérature en sciences du design, pour une démarche d'innovation participative

Principaux publics	Principaux leviers
Personnes en situation de pauvreté-précarité	Utilisation de modes d'expression visuelles
	Utilisation de modes d'expression narratifs
Personnes en situation de handicap	Inclusion des aidants
	Utilisation d'artefacts physiques pour expliciter les <i>feedbacks</i>
	Appui sur des associations ou groupes de soutiens
	Consultation de professionnels pour valider les dispositifs déployés
	Recours à des méthodes <i>ad-hoc</i>
Personnes âgées	Enregistrement des ateliers
	Inclusion des aidants
	Avancement progressif pour établir un lien de confiance
	Planification des ateliers bien en amont

Tableau 2 : Principaux leviers identifiés dans la revue de littérature pour une démarche d'innovation participative

## Annexe 8 : Guides d'entretien

Répondant	Détails	Dimensions à interroger
Lab d'innovation sociale / têtes de réseaux associative		<ul style="list-style-type: none"> <li>- parcours (connaissances méthodes d'innovation : où, avec qui, en accord ou désaccord, tentative d'appliquer ou pas ; connaissance accompagnement social)</li> <li>- pratiques liées à la participation (anecdote précise ; genèse de la pratique et éventuelles résistances ; degré d'intégration ; méthodologies utilisées ; sourcing ; type public)</li> <li>- grands enseignements / FCS (alliances à créer)</li> <li>- opinion sur les pratiques dans le secteur</li> </ul>
Entrepreneurs sociaux	Familiers avec l'innovation participative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parcours : ES / équipe (connaissances méthodes d'innovation ; connaissance accompagnement social)</li> <li>- genèse du projet (origine de l'idée ; co-conception?)</li> <li>- liens avec ses utilisateurs</li> <li>- opinions liées à la participation des publics (capacités des publics ; ...)</li> <li>- sentiments quant au fait de le faire pour son projet (sentiment de légitimité)</li> <li>- pratiques liées à la participation (genèse de la pratique et éventuelles résistances ; degré d'intégration ; méthodologies utilisées ; sourcing ; type public)</li> <li>- principaux obstacles pour y arriver (sourcing ; liens avec TS ; capacité des publics ; contraintes finance / temps)</li> <li>- ancrage relationnel (TS)</li> <li>- grands enseignements / FCS / anecdotes (alliances à créer)</li> <li>- opinion sur les pratiques dans le secteur</li> </ul>
	"Utilisateurs-innovateur" (création de projet d'après vécu personnel ou celui d'un proche)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parcours (connaissances méthodes d'innovation ; connaissance accompagnement social)</li> <li>- genèse du projet (origine de l'idée ; co-conception?)</li> <li>- légitimité de son expertise (regard des prospects, financeurs)</li> <li>- capacités particulières pour innover / FCS</li> <li>- liens avec ses utilisateurs</li> <li>- opinions liées à la participation des publics (importance ; capacités des publics ; ...)</li> <li>- sentiments quant au fait de le faire pour son projet (sentiment de légitimité)</li> <li>- pratiques liées à la participation (genèse de la pratique et éventuelles résistances ; degré d'intégration ; méthodologies utilisées ; sourcing ; type public)</li> <li>- principaux obstacles pour y arriver (sourcing ; liens avec TS ; capacité des publics ; contraintes finance / temps)</li> <li>- grands enseignements / FCS / anecdotes (alliances à créer)</li> <li>- opinion sur les pratiques dans le secteur</li> </ul>
Travailleurs sociaux ou	Familiers ou pas avec l'innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parcours (connaissances méthodes d'innovation ; connaissance travail social)</li> </ul>

<p>professionnels du soin</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- pratiques liées à la participation (genèse de la pratique et éventuelles résistances ; type public ; degré d'intégration ; méthodologies utilisées ; logistique ; sourcing ; préparation ; animation)</li> <li>- opinions liées à la participation des publics (capacités des publics ; bénéfiques)</li> <li>- principaux leviers (motivations, ...) / principaux obstacles pour y arriver (sourcing ; liens avec TS ; capacité des publics &amp; vulnérabilité ; communication ; contraintes finance / temps)</li> <li>- pratiques liées à la collaboration avec d'autres association / startup / ES</li> <li>- opinions liées à l'ESS et à l'innovation sociale (définition ; pertinence selon niveau d'urgence ou degré de technicité)</li> </ul> <p>[Introduction du sujet]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quels sont les grands traits caractéristiques de leurs publics ? comment adapter les méthodes pour ces publics (difficulté motricité, difficulté avec rupture de la routine, difficulté à communiquer, manque de motivation, problèmes cognitifs, anxiété sociale, manque de bien-être psycho, stress) / ce secteur</li> <li>- FCS</li> <li>- opinion sur les pratiques dans le secteur</li> </ul>
<p>"Personnes vulnérables" ayant participé à des démarches d'innovation participative</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- rapide présentation / parcours</li> <li>- lien avec l'association (depuis combien de temps ; etc)</li> <li>- participation à un atelier (thème ; raison participation ; conditions logistiques : temps / indemnisation ; animateur ; comment ça s'était passé ; ressenti ; etc)</li> <li>- ce qu'il a aimé</li> <li>- ce qu'il a moins aimé (difficultés particulières?)</li> <li>- apports</li> <li>- reparticiperait ?</li> <li>- intérêt pour l'innovation</li> <li>- intérêt pour le militantisme</li> <li>- ressenti des autres participants similaire ?</li> <li>- opinion sur les pratiques dans le secteur</li> </ul>

## BIBLIOGRAPHIE

Akrich, M. (1998). Les utilisateurs, acteurs de l'innovation. *Education permanente*, Arcueil : Éducation permanente, pp.79-90.

Akrich, M. & Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Santé Publique*, vol. 24(1), 69-74.  
doi:10.3917/spub.121.0069.

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation, *Journal of the American Institute of Planners* 35(4), 216-224.

Badillo, P. (2013). Les théories de l'innovation revisitées : une lecture communicationnelle et interdisciplinaire de l'innovation ? Du modèle « Émetteur » au modèle communicationnel. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 14/1(1), 19-34.  
doi:10.3917/enic.014.0019.

Bauduret, J. (2017). Chapitre 7. Barrières, fragmentations, coupures et autres cloisonnements: Autant d'obstacles à la fluidité des parcours et à la continuité des accompagnements. Dans : , J. Bauduret, *Institutions sociales et médico-sociales* (pp. 103-115). Paris: Dunod.

Bergvall-Kareborn, B., Stahlbröst, A. (2009), Living Lab: An Open and Citizen-Centric Approach for Innovation, *Int. Journal of Innovation and Regional Development*, 1(4), 356-370.

Beudon, N. (2017). Mener un projet avec le design thinking. *I2D – Information, données & documents*, volume 54(1), 36-38. doi:10.3917/i2d.171.0036.

Bonaccorsi, J., Nonjon, M. (2012). La participation en kit » : l'horizon funèbre de l'idéal participatif, *Quadern*, 79, url : <http://journals.openedition.org/quaderni/618>, doi : <https://doi.org/10.4000/quaderni.618>

Brandt, E., Binder, T., Malmborg, L., & Sokoler, T. (2010). Communities of everyday practice and situated elderliness as an approach to co-design for senior interaction. *Proceedings of the 22nd Conference of the Computer-Human Interaction Special Interest Group of Australia on Computer-Human Interaction - OZCHI '10*. doi:10.1145/1952222.1952314

Brodiez-Dolino, A. (2013). Vulnérabilités sanitaires et sociales. *Le Mouvement Social*, 242(1), 3-8. doi:10.3917/lms.242.0003

Brown, T. (2008). Design Thinking, *Harvard Business Review*, (pp. 84-92).

Burger-Helmchen, T. & Pénin, J. (2011). Crowdsourcing : définition, enjeux, typologie. *Management & Avenir*, 41(1), 254-269. doi:10.3917/mav.041.0254.

- Burger-Helmchen, T., Hussler, C. & Cohendet, P. (2016). Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité. Caen, France: EMS Editions. doi:10.3917/ems.burge.2016.01.
- Carrel, M. & Rosenberg, S. (2014). L'empowerment et le travail social sont-ils compatibles en France ?. Recherche sociale, 209(1), 25-35. doi:10.3917/recsoc.209.0025.
- Carrel, M. (2017). Injonction participative ou empowerment ? Les enjeux de la participation. Vie sociale, 19(3), 27-34. doi:10.3917/vsoc.173.0027.
- Catoir-Brisson, M. & Royer, M. (2017). L'innovation sociale par le design en santé. Sciences du Design, 6(2), 65-79. doi:10.3917/sdd.006.0065.
- Champonnois, C. (2002). Handicap Moteur, aspects psychologiques. Moteurline - ed. APF. Consulté à l'adresse <http://www.moteurline.apf.asso.fr>
- Cohendet, P., Simon, L. & Sarazin, B. (2017). Chapitre 1. Synthèse des théories sur les communautés d'innovation. Dans : Benoît Sarazin éd., Les communautés d'innovation: De la liberté créatrice à l'innovation organisée (pp. 13-34). Caen, France: EMS Editions. doi:10.3917/ems.saraz.2017.01.0013.
- Côté, V., Bélanger, L. & Gagnon, C. (2017). Le design au service de l'expérience patient. Sciences du Design, 6(2), 54-64. doi:10.3917/sdd.006.0054.
- Dees J.G. et Anderson B.B. (2006). Framing a theory of social entrepreneurship : Building on two schools of practice and thought, Research on Social Entrepreneurship : Understanding and Contributing to an Emerging Field, vol. 1, no 3, p. 39-66.
- Demirbileka, O. & Demirkan, D. (2004) Universal product design involving elderly users: a participatory design model. Applied Ergonomics, Volume 35, Issue 4, July 2004, Pages 361–370
- Dionne, K. & Boulenger, H. (2017). Chapitre 11. Hacking Health articule une communauté d'innovation par l'évènementiel. Dans : Benoît Sarazin éd., Les communautés d'innovation: De la liberté créatrice à l'innovation organisée (pp. 201-224). Caen, France: EMS Editions. doi:10.3917/ems.saraz.2017.01.0201.
- Francis, P., Balbo, S., & Firth, L. (2009). Towards co-design with users who have autism spectrum disorders. Universal Access in the Information Society, 8(3), 123–135. doi:10.1007/s10209-008-0143-y
- Gabrielli, S., Marcu, G., Mayora, O., Bardam, J. E. (2010). Co-Designing Personal Health Care Solutions for the Treatment of Bipolar Disorder. Proceedings of Therapeutic Strategies A Challenge for User Involvement in Design, Workshop in conjunction with NORDICHI 2010. Consulté à l'adresse [https://www.academia.edu/2806209/Co-Designing\\_Personal\\_HealthCare\\_Solutions\\_for\\_the\\_Treatment\\_of\\_Bipolar\\_Disorder](https://www.academia.edu/2806209/Co-Designing_Personal_HealthCare_Solutions_for_the_Treatment_of_Bipolar_Disorder)

Garrett, J.J. (2002). Les éléments de l'expérience utilisateur, Pearson.

Gehamy, C., Morgiève, M. & Briffault, X. (2017). Design participatif en santé mentale : le cas des troubles obsessionnels compulsifs. *Sciences du Design*, 6(2), 80-91.  
doi:10.3917/sdd.006.0080.

Gravel, P. (2013). Le design participatif au sein d'entreprises. (Mémoire de maîtrise). Consulté sur  
<https://pdfs.semanticscholar.org/a1ef/71c4f828d8d7f91aae3c50ccb7e28fffc1c7.pdf>

Grönvall, E., Conci, M., Giusti, L., Leonardi, C. (2010). The intrinsic fragility of elderly care networks: five challenges in Participatory Design practices.

Gundry L.K., Kickul J.R., Griffiths M.D. et Bacq S.C. (2011). Creating social change out of nothing : The role of entrepreneurial bricolage in social entrepreneurs' catalytic innovations, *Advances in Entrepreneurship, Firm Emergence and Growth*, vol. 13, p. 1-24.

HCTS. (2017). Participation des personnes accompagnées aux instances de gouvernance et à la formation des travailleurs sociaux. Consulté sur :  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/haut-conseil-du-travail-social-hcts/rapports-et-publications-du-hcts/rapports/article/participation-des-personnes-accompagnees-aux-instances-de-gouvernance-et-a-la>

Hendriks, N., Slegers, K., & Duysburgh, P. (2015). Codesign with people living with cognitive or sensory impairments: a case for method stories and uniqueness. *CoDesign*, 11(1), 70–82.  
doi:10.1080/15710882.2015.1020316

Hippel, E.A. (von) (1976). The Dominant Role of Users in the Scientific Instrument Innovation Process, *Research Policy*, n°5, p. 212-239.

Hippel, E.A. (von) (1986). Lead Users : A source of Novel Product Concepts, *Management Science*, vol. 32, n°7, p. 791-805.

Hippel, E.A. (von) (2001). Innovation by User Communities: Learning from Open-Source Software. *MIT Sloan Management Review* 42, no. 4 : 82.

Hippel, E.A. (von) (2002). Shifting innovation to users via toolkits. *Management Science* Vol 48, No. 7 pp 821-833.

Hippel, E.A. (von), Franke, N., Prügl, R.W. (2009), Pyramiding : Efficient search for rare subjects, *Research Policy*, vol. 38, n°9, p. 1397-1406.

Hippel, E.A. (von), Euchner, J. (2013). User Innovation. *Research-Technology Management*, 56(3), 15–20. doi:10.5437/08956308x603003

Jaeger, M. (2017). Introduction. Dans : , M. Jaeger, Guide du secteur social et médico-social (pp. 1-4). Paris: Dunod.

Karsz, S. (2012). Point de vue — Pourquoi faudrait-il de l'innovation sociale ? Un cas exemplaire : le travail social. Informations sociales, 174(6), 42-49.  
doi:10.3917/inso.174.0042.

Lebœuf, E. (2019). La participation serait-elle une pratique contre-nature ?. VST - Vie sociale et traitements, 143(3), 79-84. doi:10.3917/vst.143.0079.

Lenoir R. (1974), Les exclus. Un Français sur dix, Seuil, Paris.

Lethielleux, L. & Paturel, D. (2017). Innovation sociale et travail social. Forum, 150(1), 7-15.  
doi:10.3917/forum.150.0007.

Levillain, K., Agogué, M. & Berthet, E. (2016). Innovation sociale et innovation radicale sont-elles contradictoires : L'enjeu de formuler une mission sociale commune et générative. Revue française de gestion, 255(2), 41-55. doi:10.3166/rfg.2016.00021.

Lindsay, S., Brittain, K., Jackson, D., Ladha, C., Ladha, K., & Olivier, P. (2012). Empathy, participatory design and people with dementia. Proceedings of the 2012 ACM Annual Conference on Human Factors in Computing Systems - CHI '12.  
doi:10.1145/2207676.2207749

Ménissier, T. (2016). Innovation et histoire. Une critique philosophique. Quaderni. Communication, Technologies, Pouvoir n°91, p.43-55.

Mouras, J. (2012). Chapitre 9. Soumissions marginales : à la recherche d'un temps perdu ou encore quelle clinique des addictions ?. Dans : Olivier Douville éd., Clinique psychanalytique de l'exclusion (pp. 205-138). Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.douvi.2012.01.0205.

NHS Institute for Innovation and Improvement. (2012). The experience based design (EBD) approach.

Nieusma, D., Riley, D. (2010) Designs on development: engineering, globalization and social justice. J Int Network Eng Stud 2:29–59

OCDE (2017). Manuel d'Oslo. Consulté sur :  
<https://www.oecd.org/fr/innovation/manuel-d-oslo-2018-c76f1c7b-fr.htm>

Peattie K. et Morley A. (2008). Eight paradoxes of the social enterprise research agenda, Social enterprise journal, vol. 4, no 2, p. 91-107.

Pianese, S. (2017) Émergence du travail pair dans le travail social : impacts d'un métier nouveau dans un espace en recomposition (Mémoire de maîtrise). Consulté à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01726894/document>

Plos, O. Aoussat, A., Buisine, S. (2011). Innover pour et par le handicap. Méthodologie de conception de produits adaptée aux marchés de niche: application au marché du handicap moteur.. Mécanique [physics.med-ph]. Ecole nationale supérieure d'arts et métiers - ENSAM. Français. ffpastel-00578706f

Psycom. (2016). Santé mentale et vieillissement. Consulté à l'adresse Santé mentale et vieillissement. (2016). Consulté à l'adresse [http://www.eps-erasme.fr/Ressources/FCK/SanteMentaleEt\\_Vieillissement\\_WEB.pdf](http://www.eps-erasme.fr/Ressources/FCK/SanteMentaleEt_Vieillissement_WEB.pdf)

Renault, S. (2017). Crowdsourcing : la foule en question(s). Annales des Mines - Gérer et comprendre, 129(3), 45-57. doi:10.3917/geco1.129.0045.

Ries, E. (2011). The Lean Startup : How relentless change creates radically successful businesses, Viking.

Rogers, E. M. (1962). Diffusion of innovations.

Rogers, E. M., & Kincaid, D. L. (1981). Communication networks: Toward a new paradigm for research. Free Pr.

Rozan, A. & Doal, I. (2016). Focus - La démarche d'innovation de la branche Famille de la Sécurité sociale. Informations sociales, 193(2), 102-104. doi:10.3917/inso.193.0102.

Rullac, S. (2012). Quels enjeux et modalités de collaboration entre les bénévoles et les salariés dans le secteur de l'économie solidaire: Le cas de l'action sociale. Le sociographe, hors-série 5(5), 185-206. doi:10.3917/graph.hs05.0185.

Sanders, E.B.N., Stappers, P.J. (2008). Co-creation and the new landscapes of design, Codesign, Vol. 4, No. 1.

Jagtap, S. (2018). Design and Poverty: A Review of Contexts, Roles of Poor People, and Methods. doi: 10.1007/s00163-018-0294-7

Sintomer, Y. (2011). 6. Démocratie participative, démocratie délibérative : l'histoire contrastée de deux catégories émergentes. Dans : Marie-Hélène Bacqué éd., La démocratie participative: Histoire et généalogie (pp. 113-134). Paris: La Découverte.

Tap, P. & de Lourdes Vasconcelos, M. (2004). Précarité et vulnérabilité psychologique. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.tap.2004.01.

Tchernonog, V. (2012). Le secteur associatif et son financement. *Informations sociales*, 172(4), 11-18. doi:10.3917/inso.172.0011.

UNICEF Health Section Implementation Research and Delivery Science Unit and the Office of Innovation Global Innovation Centre. (2018). *Demand for Health Services Workbook*.

Vandecasteele, I. & Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion

# Résumé

Depuis plus de quarante ans, le secteur social et médico-social a vu s'imposer la question de la participation des publics. Par ailleurs, les évolutions du financement public et l'entrée de nouveaux acteurs de l'ESS ont renforcé son intensité concurrentielle, obligeant ses organisations à faire preuve de créativité pour se différencier. A l'heure où beaucoup de grands groupes et cabinets de conseil développent des démarches de co-création, il semble que l'innovation participative puisse représenter une opportunité de se renouveler pour le secteur social et médico-social.

Dans une plongée au cœur du terrain, nous proposons ici d'observer le travail de ces équilibristes mêlant techniques de management de l'innovation, design et savoirs-faire de l'accompagnement, afin d'en faire émerger bonnes pratiques et facteurs bloquants.

Ce mémoire se veut être un guide pour toute organisation souhaitant mobiliser l'expérience d'utilisateurs potentiellement vulnérables dans ses processus d'innovation.

---

**Mots-clés** : Innovation participative, co-innovation, créativité, vulnérabilité, démocratie participative, empowerment, développement du pouvoir d'agir, social, médico-social