



Communication et organisation

46 | 2014
Design & projet

Le design de services : projeter le bien-être

Michela Deni



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/4760>
DOI : [10.4000/communicationorganisation.4760](https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.4760)
ISBN : 979-10-300-0155-6
ISSN : 1775-3546

Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2014
Pagination : 129-142
ISBN : 978-2-86781-905-6
ISSN : 1168-5549

Référence électronique

Michela Deni, « Le design de services : projeter le bien-être », *Communication et organisation* [En ligne], 46 | 2014, mis en ligne le 01 décembre 2017, consulté le 26 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/4760> ; DOI : [10.4000/communicationorganisation.4760](https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.4760)

Le design de services : projeter le bien-être¹

Michela Deni²

Dans le domaine du design et du projet, une profonde réflexion est en cours sur la figure du projeteur (designer). Cette réflexion résulte de la crise économique et de la réorganisation nécessaire du monde de la production caractérisée par des problèmes économiques, sociaux, culturels, et marquée par la nécessité de la durabilité. Cette prise de conscience est basée sur certaines des valeurs fondamentales qui définissent ce que nous appelons le *progrès* dans la *qualité de la vie*. Un progrès qui n'est plus perçu comme possible s'il est pensé individuellement, un progrès qu'il faudra orienter vers le bien-être global ou, pour le moins, vers le bien-être dans une quelconque forme collective.

Dans ce contexte en devenir dans lequel toutes les ressources (humaines et matérielles) sont précieuses, la figure du projeteur-designer s'éloigne de celle de *maestro* qu'implique le design, un auteur singulier responsable d'un projet, pour devenir celle du *connecteur de compétences*. Pour répondre aux besoins actuels, en nous inspirant de T. Maldonado, il est plus que jamais opportun de penser le designer comme un *intellectuel technique* dont les compétences aussi larges que complexes sont requises pour transposer et concrétiser les défis à l'œuvre dans les différents secteurs, en eux-mêmes très divers. Pour ces raisons, on demande de façon toujours plus pressante au designer contemporain de concevoir des services. Dans le secteur très vaste du design des services, le domaine de la santé occupe une part croissante. Le design des services dédiés à la santé peut être pris en charge par des équipes de professionnels issus de divers domaines, qui doivent gérer toutes les facettes de la résolution d'un problème : faciliter ou résoudre les questions propres à la maladie, à la communication sur ou au cours de la maladie, à ceux qui prennent soin du malade, à l'organisation des espaces de soin, aux nouvelles méthodes thérapeutiques, etc. Dans tous les cas, non seulement le designer travaille avec

1 Cet article est une reprise de mon intervention présentée sous le même titre à Rimini le 4 avril 2013 dans l'atelier *La creatività come arte del vivere : spazi, soggetti e nuovi paradigmi del progetto* (coord. par G. Proni) à l'occasion du XLI^e Congresso dell'AISS (Associazione Italiana Studi Semiotici), intitulé *Arti del vivere e Semiotica*.

2 Michela Deni est maître de conférences en Sémiotique du design et chercheuse à l'Institut ACTE (UMR 8218, CNRS/Université Paris 1), Équipe « Sémiotique des Arts et du Design », groupe PROJEKT, Université de Nîmes; michela.deni@gmail.com

les autres professionnels, dans des formes de *co-working* temporaire et adapté à des objectifs communs, mais les compétences de chaque participant doivent également être croisées, repensées et traduites à partir des compétences spécifiques qui sont en jeu. C'est à cette étape précise que la sémiotique s'offre comme une passerelle, assumant un rôle-clé dans le domaine des services dédiés à l'amélioration de la qualité de la vie, en particulier lorsqu'elle porte un regard sur les services orientés vers l'amélioration de la santé émotionnelle, psychique et physique du malade et de qui en prend soin.

Du design au projeteur

Depuis toujours, le *design* est une discipline difficile à cerner comme le sont les domaines d'intervention qui, en tant que disciplines, entrent en jeu dans le design. Le terme de design ne fait pas consensus : que ce soit dans la littérature sur le sujet ou dans les pratiques culturelles où il recouvre différentes réalités. Ceci entraîne des différences au niveau institutionnel qui ont une influence inévitable sur l'organisation de la formation projective du designer. Pour ce qui est de l'Italie, l'enseignement du design a été particulièrement influencé par Tomas Maldonado, lequel, arrivé dans le pays au milieu des années soixante-dix, a introduit une imposante didactique rationaliste qui provenait de la période entre 1954 et 1966, au cours de laquelle il avait dirigé la *Hochschule für Gestaltung* d'Ulm. Dans les écoles de design, on doit en effet à Maldonado l'enseignement de la sémiotique, de la physique, de l'architecture, et, plus précisément, la volonté de réunir l'art et l'industrie en s'inspirant du Bauhaus.

Un autre designer et théoricien de la *progettazione* comme Bruno Munari inspire encore aujourd'hui les modèles de formation des designers. Dans ses écrits, Munari a en effet beaucoup insisté sur le fait que le rôle d'un projeteur doit être principalement d'améliorer la vie quotidienne avec sa capacité créative propre, de la transformer en capacité innovante concrète. De telles capacités vont notamment fructifier pour projeter avec ceux qui doivent affronter la vie en faisant face à des difficultés majeures. À l'heure actuelle, les projeteurs qui s'inspirent des principes de l'*Universal Design* et du *Design for all* ont choisi de travailler à développer les mêmes objectifs. Le *design des services* en Italie s'inspire aussi de ces promesses, les intègre en faisant du projeteur une figure centrale en mesure de gérer les processus de planification et d'organisation du projet qui s'articulent autour de plusieurs dimensions, en portant l'attention sur les motivations des diverses parties prenantes.

Le bien être : design des services³

Le bien-être des citoyens (physique, sanitaire, social, culturel, émotif, psychique, etc.) est un thème très débattu ces dernières années et, pour cela,

³ Le thème du *bien être* comme objectif de la conception du *design des services* a été traité par l'auteur en diverses occasions, dans le programme des cours de Sémiotique et Communication à l'ISIA de Florence, en particulier entre 2010 et 2014.

il fait partie des paramètres d'évaluation que les gouvernements des différents pays considèrent comme essentiels. Pour nous limiter à la réalité italienne, nous pouvons trouver sur le site de l'Institut de la statistique italien (Istat), un rapport détaillé sur ce que cet institut signale comme les indicateurs de bien-être et de satisfaction des citoyens⁴. Ces indicateurs, liés à la crise économique et à la saturation des besoins de possession d'objets et à la consommation d'objets, fournissent des données utiles pour établir les conditions dans lesquelles peut s'inscrire le travail des projeteurs contemporains.

Le secteur majoritairement présent dans le rapport sur le bien-être de l'Istat est celui du *design des services*, notamment les services concernant la sphère de la santé. Dans les données ainsi recueillies, les citoyens manifestent en particulier une exigence de services destinés à améliorer la *qualité de la vie quotidienne*, laquelle dérive de la résolution de besoins tant concrets qu'émotifs. Ceci est encore plus évident si l'on regarde les besoins des personnes qui présentent des handicaps temporaires ou permanents, qui sont donc en difficulté dans un monde qui ne prend pas en compte leurs besoins quotidiens.

À l'Isia⁵ de Florence, j'ai suivi ces dernières années divers projets : projets de services dédiés aux malades et à leurs familles ; projets d'objets en mesure d'améliorer le quotidien des malades et des soignants ; projets visant à optimiser la communication et l'interaction entre les malades, médecins et soignants⁶. Cette diversité traduit la mutation des horizons au sein desquels évoluent les disciplines du design, toujours plus orientées vers une révolution éthique qui ne peut plus être différée dans la vie contemporaine.

De fait, il devient de plus en plus évident que le monde du projet doit assumer ses responsabilités en trouvant les modalités et les instruments de projet qui garantissent la satisfaction des besoins de tous et que la technique, la technologie et la science – si elles sont bien encadrées – sont toujours plus orientées vers ce but. Le *bien être* pour pouvoir être perçu comme tel, doit être *inclusif, collectif* et à grande échelle.

Chaque projet cité dans cet article a eu comme objectif principal l'amélioration des conditions du bien être des sujets auxquels il était destiné. Il s'agissait d'un bien être décliné en termes concrets pour faciliter les actes quotidiens et aussi, à un niveau plus abstrait mais tout aussi important, du bien être émotif et psychologique, de la possibilité pour le malade et le soignant d'interagir selon un mode satisfaisant qui puisse garantir le respect de l'*identité* de chacun.

4 Il s'agit des paramètres propres au *bien être* pour les données concernant l'Italie en 2014. Ces données de source officielle sont fournies par l'Istat (*Instituto nazionale di statistica*). Cf : <http://www.istat.it/it/archivio/benessere>

5 *Istituto Superiore Industrie Artistiche*.

6 Les projets auxquels nous faisons référence sont ceux des étudiants des cours de Sémiotique en 2^e année de Licence et ceux de Communication en Master 1, ainsi que les projets réalisés pour les mémoires de diplôme des étudiants de L3 et M2 de l'Isia de Florence entre 2010 et 2014.

De la gestion individuelle à la résolution de projets : projeter pour la santé

On assiste non seulement à une sensibilité éthique renouvelée sur ces thèmes, mais également à une nouvelle attention des jeunes designers pour identifier des secteurs professionnels, encore peu explorés, dans lesquels s'insérer (comme équipe multifonctionnelle ou comme simples designers).

Dans ce contexte, les projets que j'ai pu suivre sont partis de l'observation des situations locales : dans les services sanitaires régionaux, dans les services ambulatoires, dans les consultations et les services sociaux de quartier, certains professionnels se heurtent à des problèmes concrets qui ralentissent et empêchent une prise en charge adaptée aux personnes en difficulté⁷. Dans ces cas, on remarque que les acteurs en question identifient et mettent en acte des solutions temporaires pour faire face à des obstacles de nature variée : objets et espaces inadéquats aux soins des patients, équipement informatique obsolète et excessivement compliqué, systèmes de communication directe et virtuelle inexistantes ou inefficaces. Dans ces cas précis, les acteurs qui adoptent spontanément des procédures alternatives, ne le font pas de manière systématique mais seulement de temps à autre et pour pallier des problèmes spécifiques rencontrés dans leur pratique professionnelle. Les personnes impliquées dans la réalité à laquelle nous faisons référence sont les patients, infirmiers, assistants sociaux, agents de soin. Ceux-ci trouvent dans certains cas des solutions temporaires, limitées et mises en œuvre de manière occasionnelle : dans la plupart des cas, il s'agit de stratégies pour détourner des programmes d'action (protocoles), des pratiques et des procédures qui, qu'elles qu'en soient les raisons, sont inadéquates.

La situation décrite n'est pas toujours dramatique puisque dans chaque micro-situation, tôt ou tard, on arrive ainsi à la prendre en charge, mais sans pour autant mettre à disposition des autres les solutions singulières et les compétences contextuelles apprises par nécessité. Ceci montre que tous les sujets impliqués témoignent d'une grande force personnelle sans toutefois parvenir à créer les conditions favorables à l'amélioration des projets, que ce soit en termes de résolution ou d'acceptation.

L'observation attentive de ces situations est importante pour un designer car elle permet d'identifier avec clarté les conditions dans lesquelles son travail peut être nécessaire pour trouver des solutions systématiques réutilisables à grande échelle. Plus précisément, dans divers projets, l'observation des activités des médecins, des patients, des familles et des soignants, a permis

⁷ Cette recherche s'appuie notamment sur les projets et les recherches suivants : *Free Man: recupero responsabilmente libero della propriocezione*, mémoire de diplôme de Giulia Redi, dirigé par G. Berretti et M. Deni, 2009-2010 ; *Cochleapp. Applicazione per dispositivi mobili di supporto alla terapia riabilitativa percettivo-uditiva*, mémoire de diplôme de Michele Magrini, dir. par S. M. Bettiga et M. Deni, 2011-2012 ; *La dislessia non è una malattia*, mémoire de diplôme de Inès Smudja, dir. par M. Deni et C. Spoldi, 2011-2012 ; *Keep Care: metaprogetto per l'abbigliamento dei malati di Alzheimer*, mémoire de diplôme de Laura Rebeschini, dir. par A. Minisci et M. Deni, 2012-2013 ; *ConTutTiTu* (jeu pour faciliter l'interaction des enfants souffrant de troubles du spectre auditif), mémoire de diplôme de Marta Balloni et Linda Bolognesi, dir. par M. Deni, 2012-2013.

aux designers de délimiter les territoires d'intervention possible avec pour but principal d'améliorer le bien-être dans la relation malades-soignants. La plupart des problèmes observés concernent :

- les actes habituels, les pratiques d'usage, les formes et rituels de la vie quotidienne ;
- les actes essentiels (s'habiller ou être aidé pour le faire) et accessoires (s'habiller de manière confortable, facilement et de manière variée) ;
- les actes qui se basent sur les valeurs fondamentales du patient (économie, commodité, etc.) et sur les valeurs d'usage (s'habiller selon ses goûts) qui, dans de nombreux cas, peuvent aussi évoluer ;
- les objets et les espaces construits pour les nécessités quotidiennes et pour les activités de loisir ;
- les objets, appareils ou dispositifs informatiques pour la rééducation ;
- les communications entre la famille et les services de soins pour l'assistance médicale et psychologique ;
- l'accessibilité fonctionnelle des moyens de communication numérique (navigation, interface, etc.).

Pour faire face à des situations complexes et trouver des solutions susceptibles d'améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi de ceux qui les prennent en charge, chaque designer, après avoir effectué une étude de l'existant, a observé en particulier les *pratiques d'usage*, les *pratiques sémiotiques* (Fontanille, 2008) et pas seulement les habitudes effectives que chacun a développées. Dans ce cas spécifique, il s'agit d'observer les pratiques d'action et de gestion des activités quotidiennes que chaque sujet met en acte pour résoudre des problèmes qui lui sont propres. L'observation des séquences d'actions mises en acte par les parties prenantes a ainsi mis en évidence la récurrence de certaines pratiques venant du couple malade/soignant, visant à modifier les procédures habituelles pour faciliter une activité à répéter au quotidien.

Parmi ces pratiques, les plus courantes sont :

- les modalités pour activer les programmes d'actions impliquant des objets ou habitudes standardisées mais inadaptés au cas singulier ;
- la recherche d'usages commodes mais impersonnels pour faciliter les activités quotidiennes du malade et de celui qui en prend soin ;
- les tentatives pour modifier concrètement les objets, les habitudes, les déplacements (réels et virtuels) ;
- l'ajustement, par des interventions de bricolage technologique ou technique, des interfaces ou des éléments mécaniques des machines en usage pour la rééducation motrice dans les cabinets des kinésithérapeutes ou présents dans de petites structures ;
- la mise au point dans chaque cabinet de programmes pour la rééducation dans le cas de pathologies spécifiques qui relèvent par exemple de problèmes liés au langage ; dans ces cas, les parcours de rééducation logopédiques personnalisés, comme celui qui comporte la rééducation de l'usage de la

parole après un implant cochléaire pour des patients d'âges divers, dont les compétences de lecture et de compréhension sont par conséquent très différentes ;

- la mise au point de systèmes de communication entre les médecins et les familles des malades ou les malades eux-mêmes, à travers des sites conçus à titre bénévole par des médecins passionnés d'informatique. Ceci arrive, en particulier, dans de petits centres de soins très spécialisés dans des maladies rares ;

- les tentatives désordonnées et répétées du soignant pour accéder à l'information institutionnelle et aux aides ;

- les modalités pour résoudre chaque problème singulier rapidement, de manière pratique, économique et sans devoir apprendre quelque chose de nouveau qui donnerait ensuite au malade le sentiment d'inadaptation, d'impuissance et de souffrance (physique et psychique).

L'observation des programmes d'action et des stratégies alternatives adoptées par le malade et le soignant pour pallier le manque de services ou leur inadéquation, d'objets et de communication *ad hoc*, a permis aux designers de dégager avant tout la définition d'un projet global et d'en identifier les grandes lignes stratégiques. De manière générale, les besoins auxquels doivent faire face les designers qui ont travaillé dans les cas cités, convergent : praticité, facilité d'usage, technologie à jour et *ad hoc*, économie de temps et d'argent, maintien ou changement mineur des habitudes personnelles.

Il est important d'observer que les solutions choisies dans des contextes singuliers par les designers n'ont pas nécessairement comporté la conception d'un nouveau produit ou service. Dans de nombreux cas, les solutions adoptées ont recherché l'optimisation de l'existant. Ce choix de design a révélé une très grande connaissance du vécu quotidien du malade et du soignant, et la nécessité d'accompagner les acteurs comme celle de partir des besoins émotionnels des sujets concernés, situés dans des environnements favorables ou pour le moins familiers. En outre, l'objectif commun des projets en question est de faciliter et d'améliorer des actions singulières spécifiques, en se concentrant toujours et partout sur le déclin dynamique de la maladie, sur la *gestion* et le *maintien de l'identité* des sujets. Dans les projets observés, le design de services a donc été décliné selon des axes d'intervention spécifiques comme le design d'objet, le design d'aménagement de l'espace, le design de la communication, le design d'interaction.

La maladie, dans chacun de ces cas, a été confrontée à sa propre complexité (médicale, psychologique) et replacée dans le contexte quotidien. Les designers ont pris en charge les dynamiques réciproques du couple malade/soignant, en considérant la complexité (*actantielle, pathémique et thématique*) de ce rôle *synchrétique* résultant de la rencontre de deux identités. Chaque rôle en fait est caractérisé par des identités spécifiques qui se modifient dans l'interaction réciproque, dans l'interaction avec l'environnement et dans les relations à

l'objet ou le service à (re) projeter. L'analyse ponctuelle de ces éléments a été fondamentale pour l'élaboration des produits (applications, jeux, objets d'usage) et des services (atelier de formation, dispositifs de communication, etc.).

Stratégies d'intervention : le cas de la maladie d'Alzheimer

Un des projets dont les axes d'intervention ont été définis à partir des remarques précédentes consiste à identifier des services orientés vers l'amélioration du bien-être du couple malade/soignant. La valeur fondamentale qui guide le projet se situe dans le fait de trouver les moyens de préserver *l'identité profonde* du malade, pour ne pas amplifier sa fonction de dépendance, ni celle de sa frustration, dans son rapport au soignant⁸. En fait, la frustration et les sentiments désagréables du malade déjà mis à l'épreuve lors de la prise de conscience de la maladie, peuvent influencer négativement sa relation au soignant. En outre, une telle relation devient, avec le temps, nécessairement plus intime, même lorsque la volonté et la conscience du malade diminuent quand la maladie progresse. Les démarches, effectuées par L. Rebeschini dans son projet *Keep Care* se sont donc attachées à respecter l'identité du malade à partir de son aspect extérieur et de ses goûts avant la maladie. La designer s'est concentrée sur une solution qui permet au malade de maintenir son propre style d'habillement, tout en cherchant à favoriser, autant que possible, son indépendance. Dans le projet final, il y a aussi une réflexion approfondie sur les habitudes du malade, les objets et les espaces qui lui sont chers.

Concrètement *Keep Care : metaprogetto per l'abbigliamento dei malati di Alzheimer* est une proposition d'organisation de service sur trois axes d'intervention très actuels dans le panorama contemporain du design : a) la promotion d'une éthique de développement durable à travers la mise au point de stratégies de « ré-usage »⁹ b) la valorisation du designer comme figure stratégique pour interpréter les besoins propres à chaque contexte professionnel, les synthétiser, les intégrer et les transférer en perfectionnant les niveaux et les stratégies d'intervention c) la valorisation d'un aspect traditionnel de la figure du designer comme acteur en mesure de former d'autres sujets auxquels transmettre un savoir-faire spécifique.

La solution dégagée dans le projet final *Keep Care* a été une organisation stratégique pour la mise en œuvre concrète d'ateliers dédiés à l'enseignement des techniques de réadaptation des vêtements ou objets qui appartiennent aux malades, par rapport aux exigences imposées par leur condition. Ces

⁸ Nous nous référons ici à la proposition de L. Rebeschini, *Keep Care: metaprogetto per l'abbigliamento dei malati di Alzheimer*.

⁹ Au-delà des projets qui prennent en compte les malades, de vraies équipes de projet à part entière ont construit une activité propre sur l'autoproduction et l'enseignement des techniques de réadaptation des vêtements, des objets et des espaces. Sur ce point, on se reportera au site ReeDo, disponible sur <http://www.reedo.it/>

ateliers doivent s'intégrer dans la réalité locale dans laquelle ils s'inscrivent, en prévoyant un service d'accompagnement à la réadaptation des vêtements du patient mise en place par la famille ou par un atelier de couturier, mais aussi la confection de nouveaux vêtements pour ceux qui le désirent. D'une part le designer apporte une réponse au problème du malade, pour autant qu'il tient compte du maintien et de la reconnaissance de son *identité* propre ; d'autre part les exigences concrètes, auxquelles le designer répond, considèrent la praticité du malade dans ses actes quotidiens comme celle du soignant qui s'occupe du malade. Ces réalisations visent à préserver le goût personnel du patient, pour lui permettre de maintenir sa propre *identité* et, en même temps, pour faciliter ses activités quotidiennes comme les activités de ceux qui prennent soin de lui. Le projet final est basé autant sur les exigences quotidiennes que sur les activités ludiques et récréatives des malades qui restent chez eux, comme de ceux qui sont pris en charge par des structures sanitaires ou des cliniques.

En outre, tout en maintenant l'idée de l'atelier géré par un projeteur qui intègre tout à tour les nécessités et les besoins de chaque cas particulier, le modèle de projet proposé ne prévoit pas la même typologie d'ateliers dans les différentes situations. Le but du projet, en fait, est de vérifier localement les besoins sanitaires et sociaux, la rencontre entre les professionnels impliqués et les malades dont s'occupent les équipes : dans chacun de ces cas, le projeteur doit organiser le service d'accompagnement vers la résolution du problème ou bien il peut être appelé à projeter directement le service et le produit final. Une caractéristique importante de ces ateliers est de réunir des projeteurs qui ont acquis des compétences spécialisées dans la maladie en question, ainsi que des compétences techniques voire technologiques soit pour réaliser une action ciblée, soit pour transmettre de manière plus large des façons de faire à ceux qui s'adressent à l'atelier.

De la complexité à l'intégration stratégique

Les raisons qui nous ont incitée à retracer brièvement les grandes lignes de quelques projets, dérivent de considérations de diverses natures qui vont au-delà de chaque cas spécifique. Le contexte général du *design des services* exige, sur la base d'un travail qui pourra aussi se développer avec des solutions de projet simples, une étude approfondie des situations concrètes : l'observation des comportements des parties prenantes est nécessaire tout comme l'analyse des structures et des institutions classiquement impliquées dans la situation que l'on veut projeter ou améliorer. Le projeteur contraint d'assurer un travail aussi complexe et stratifié doit nécessairement posséder des compétences très diverses (qui dépassent la formation qu'il a reçue) ou être en mesure de les acquérir rapidement. Dans le cas spécifique du design des services dédiés à la sphère de la santé, il s'agit de compétences médicales, psychologiques, sociales, sanitaires, managériales, techniques et technologiques, d'enseignement de la confection et bien d'autres encore.

Il est, par ailleurs, important de souligner que, dans le panorama du design, ces projets ne constituent pas des cas isolés, puisqu'il s'agit de nécessités toujours plus fréquentes que les jeunes projeteurs vont devoir affronter à travers différents types de contraintes, comme la crise économique et la saturation du marché traditionnel, mais aussi en raison de la très grande conscience et de la nécessité de travailler sur des thèmes et des problèmes de portée éthique.

Dans ces cas de plus en plus fréquents, la formation des designers doit elle aussi évoluer rapidement, et aussi parallèlement à l'évolution de la société. Pour cela, la sémiotique peut fournir les instruments adéquats qui vont aider le projeteur à analyser concrètement la réalité, à gérer la complexité de problématiques comme celles citées, à transposer ces mêmes problématiques en identifiant les axes stratégiques d'intervention lui permettant au final d'identifier les divers champs d'action possible et les solutions adéquates.

Non moins important, le dernier aspect à prendre en compte est celui de la communication du projet et celle en cours de projet : le designer doit avoir la capacité de comprendre et communiquer le plus clairement possible avec les parties prenantes sur les thématiques centrales pour le projet ; en l'absence de médiateur, il doit aussi faciliter la communication réciproque entre celles-ci, de sorte que tous aient une vision claire, et que tous les objectifs convergent vers un objectif commun. À travers les instruments que propose la sémiotique on peut construire un système vérifiable de façon intersubjective pour hiérarchiser les valeurs, les nécessités collectives et mettre au point des systèmes de communication qui permettent aux parties de se confronter véritablement aux valeurs et aux besoins en les plaçant sur un même plan. Parmi ces instruments, une intervention sémiotique peut proposer un *mapping* en extrapolant les différentes *valeurs de base* et *d'usage* des parties prenantes, en cherchant la solution pour les intégrer à travers leur transposition, d'abord *thématique* puis *concrète*, facilitant ainsi la compréhension des personnes concernées par le projet à travers la véritable mise en place des scénarios où les différentes valeurs deviennent représentées, négociables et, en cas de succès, acceptables. Le designer, à travers la méthodologie sémiotique, peut développer la capacité de communiquer et de vérifier au mieux les exigences propres à la conception et, par-dessus tout, il peut apprendre à *gérer le sens* consciemment, en transformant les besoins, les fonctions et les valeurs en stratégies et solutions concrètes¹⁰.

Conclusions : l'apport sémiotique au design de services

Le designer contemporain a généralement conscience de la complexité. La capacité à gérer une relation avec d'autres figures professionnelles impliquées dans le projet doit compter parmi ses compétences fondamentales. Il ne s'agit pas seulement de gérer son rapport avec les commanditaires et les usagers

10 Sur ce point, voir Semprini 2005, Deni 2008, 2010 et Deni et Tralbalza 2010.

habituels, comme c'est le cas pour les autres projets, mais de maîtriser un rapport qui associe des institutions sanitaires publiques, des patients, médecins, spécialistes en tous genres (pour des problèmes physiques et/ou psychiques), infirmiers, familles et personnes qui s'occupent du malade.

Par ailleurs, dans ces cas, pour parvenir à un projet de qualité, les équipes de projet interdisciplinaire sont nécessaires : chacune d'elles développe une partie du projet, en hiérarchisant les niveaux qui constituent son domaine, et c'est seulement à la fin qu'elle devra comparer et intégrer ses propres apports aux résultats d'autres équipes. Le travail de recherche préliminaire est donc de la plus haute importance et la réussite du projet tient essentiellement à l'attention qui sera accordée à l'analyse de chaque élément comme à leur relation. Le designer contemporain n'est pas seulement un *connecteur de compétences*, car il doit posséder en même temps les compétences des sujets auxquels il se confronte, ainsi que d'autres savoirs, souvent partiels ou sectoriels. Une telle façon *d'agir projectuelle* peut lui permettre de comprendre ces expériences et de les transposer efficacement dans des solutions innovantes (des produits, espaces, services). Si, d'un côté, il est vrai qu'au cours de sa propre carrière chaque designer arrive à se spécialiser, il est également vrai que pour rendre plus efficace son action, il doit connaître les besoins et les possibilités des spécialistes d'autres secteurs qui, dans des occasions particulières, deviennent des figures complémentaires à la réussite de « son » projet. Le designer qui travaille dans le secteur du design des services, en plus d'être spécialisé dans des domaines spécifiques, agit en même temps comme manager de projet, avec une vision globale des aspects à organiser au regard de l'objectif attendu. De plus, quand une équipe de projet est prise dans l'ampleur du travail, tous les aspects ne peuvent être gérés qu'à travers une coordination efficace entre les membres du groupe, entre les buts et les moyens lui permettant de porter le travail à son terme.

Dans cette situation longue et complexe, qui comporte différentes phases, l'apport de la sémiotique peut s'avérer très utile pour analyser, gérer et indiquer le mode le plus efficace pour transformer les objectifs du projet en réalité, à travers :

- l'optimisation de la communication entre les disciplines intervenant dans un projet, assumant ainsi le rôle d'interface, tout en ciblant des points sur lesquels établir la comparaison interdisciplinaire. Via l'analyse des discours, on identifie les modalités communicatives les plus adaptées à chaque opérateur du secteur (gériatre, médecin, psychologue, ergonomes, kiné, designer, etc.) ;
- la hiérarchisation des problèmes, des besoins mais aussi des valeurs et des fonctions. Un des principes du *faire sémiotique* consiste dans l'identification d'un niveau de pertinence à montrer aux parties prenantes, pour leur permettre de distinguer et classer les problèmes rencontrés (par exemple, les difficultés dans les actions quotidiennes pour le malade ; la difficulté du soignant d'aider le malade dans ces mêmes actions), les besoins (autonomie pour le malade ;

apport des soins), les valeurs (dignité du malade ; efficacité du soignant) et les fonctions pratiques (s'habiller pour le malade ; pouvoir aider les malades sans efforts supplémentaires) ;

- l'articulation des objectifs du projet, en termes de valeurs et de fonctions, en fixant les niveaux de priorité, pas nécessairement au détriment des fonctions, en les transformant en parcours thématiques parallèles qui en valorisent l'efficacité. Pour y arriver, il faut proposer des scénarios en montrant comment le maintien de l'identité du couple malade/soignant peut passer à travers certains éléments concrets, par exemple les vêtements qui doivent satisfaire à la fois le goût personnel et la praticité ;

- l'analyse de la *pratique* et des actions sur lesquelles se fonde le projet, en identifiant les niveaux de pertinence adéquats. À ce stade, une analyse sémiotique *factitive*, des objets, espaces, vêtements présents dans les actions quotidiennes est nécessaire : en fait, en observant les pratiques d'actions caractérisant la relation entre le malade et le soignant, on peut saisir des détournements des protocoles, des programmes ou des séquences d'actions selon la distinction entre *programme de base et d'usage* (Deni, 2002 ; 2005) ;

- l'analyse et la modélisation des typologies d'usage. Une fois complétée l'analyse sémiotique des pratiques concernées, il est utile de tracer les caractéristiques de l'*usager modèle* (Eco, 1979 ; Deni, 2008 et 2010) et cela, au-delà des profils personnels, sociologiques, culturels, psychologiques, médicaux ;

- l'organisation de la coordination du projet. Après avoir identifié une hiérarchie de besoins et les avoir transposés en fonctions et valeurs, une fois établis les apports professionnels concernés et l'utilité d'intervention dans chaque étape, il est nécessaire d'établir les étapes appropriées au parcours de conception ;

- le développement d'une réflexion générale faisant abstraction des aspects centraux de chaque projet. Pour y parvenir il faut proposer un modèle prévisionnel auquel se confronter lors de projets similaires. En d'autres termes, en observant les nécessités profondes *de base* (fonctions et valeurs) et les parcours conceptuels suivis pour les concrétiser, la sémiotique entraîne le designer à identifier les éléments qui, dans un projet donné, peuvent devenir des constantes pour des projets ultérieurs.

Enfin et surtout, l'analyse sémiotique permet d'identifier les stratégies de présentation du projet aux acteurs, dans la mesure où elle parvient à intégrer de façon cohérente la totalité des projets à partir du style communicationnel par lequel vont être articulés ses contenus, ce qui est possible en distinguant les éléments pertinents du travail initial de recherche (mené sur les acteurs, les usagers, les pratiques d'usage et les problématiques abordées). En outre, si cela est possible, et quand il n'y a pas d'agence de communication qui prend en charge cet aspect, il est nécessaire d'identifier les stratégies adéquates pour communiquer le projet à la fois à la communauté locale, comme

dans le cas particulier rencontré, et au couple malade/soignant. En fait, à partir des analyses avancées au cours de projets analogues¹¹, différents cas sont apparus où un bon projet de design ne correspond pas forcément à des usages adéquats : par exemple, en Toscane, la mise en place d'un centre d'alphabétisation informatique dédié aux personnes âgées a été prévue dans des quartiers éloignés du centre-ville. Le lieu étant difficilement joignable par les transports en commun et inaccessible aux usagers prévus, cette initiative est vouée à l'insuccès en raison de difficultés logistiques. Citons en outre l'échec d'un projet d'espaces consacrés à des groupes ciblés de citoyens, ouverts pendant des créneaux horaires inadaptés aux usagers prévus. Par exemple, les bibliothèques pour enfants ouvertes seulement pendant l'horaire scolaire. Certains cas relèvent d'un manque de communication de la réalisation même d'un projet. Ceci se produit souvent, pour des raisons plutôt banales qui ne doivent pourtant pas être négligées dans la progression d'un projet. En revanche, même s'ils peuvent sembler éloignés des problématiques recouvertes par la notion de projet, ces cas témoignent de la nécessité de conserver une vision globale afin d'opérer convenablement dans le contexte du design de services.

(Traduit de l'italien par Anne Piponnier)



BIBLIOGRAPHIE

BEYAERT-GESLIN Anne (2012), *Sémiotique du design*, Paris, PUF.

BIANCHI Cinzia, MONTANARI Federico, ZINGALE Salvatore, eds. (2010), *La semiotica e il progetto 2. Spazi, oggetti, interfacce*, Milano, FrancoAngeli.

DARRAS Bernard (2011), « Art + Design / semiotics », Paris, Parsons. (Collection # 3)

DARRAS Bernard, BELKHAMSA Sarah, eds. (2010), *Objets et Communication*, MEI, n° 30-31.

DENI Michela (2002a), *Oggetti in azione. Semiotica degli oggetti : dalla teoria all'analisi*, Milano, FrancoAngeli.

DENI Michela, éd. (2002b), «La semiotica degli oggetti», *Versus*, n° 91/92, Milano, Bompiani.

DENI Michela (2005), « Les objets factitifs ». In Jacques Fontanille, Alessandro Zinna (éds.), *Les objets au quotidien*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, p. 79-96.

DENI Michela (2008), «La semiotica nel progetto». In Michela Deni, Giampaolo Proni (éds.), *La semiotica e il progetto. Design, comunicazione, marketing*, Milano, FrancoAngeli, p. 87-109.

DENI Michela (2010), « L'intervention sémiotique dans le projet : du concept à l'objet ». In Bernard Darras, Sarah Belkhamssa (éds.), *Objets et Communication*, MEI, n° 30-31, p. 87-97.

¹¹ Nous nous référons à d'autres projets réalisés par des étudiants de L2, M1 et M2 de d'Isia de Florence entre 2011 et 2014.

DENI Michela (2011), «Semiotics in the design project. Interview». In Bernard Darras (éd.), *Art + Design / semiotics*, Paris, Parsons, p. 43-51.

DENI Michela, PRONI Giampaolo, éd. (2008), *La semiotica e il progetto. Design, comunicazione, marketing*, Milano, FrancoAngeli.

DENI Michela, TRABALZA Serena (2010), «Quel Fluid-O tra semiotica e progetto». In Cinzia Bianchi, Federico Montanari Federico et Salvatore Zingale (éds.), *La semiotica e il progetto 2. Spazi, oggetti, interfacce*, Milano, FrancoAngeli, p. 153-197.

ECO Umberto (1968), *La struttura assente*, Milano, Bompiani, 1968. (trad. fr. *La structure absente*, Paris, Mercure de France, 1972)

ECO Umberto (1975), *Trattato di semiotica generale*, Milano, Bompiani.

ECO Umberto (1979), *Lector in fabula*, Milano, Bompiani, 1979. (trad. fr. *Lector in fabula, ou la coopération interprétative dans les textes narratifs*, Paris, Grasset, 1985)

ECO Umberto (1997), *Kant e l'ornitorinco*, Milano, Bompiani. (trad. fr. *Kant et l'ornithorynque*, Paris, Grasset, 1999)

FINDELI Alain (2010), «Searching for Design Research Questions: Some Conceptual Clarifications». In *Questions, Hypotheses & Conjectures: Discussions on Projects by Early Stage and Senior Design Researchers*, New York, iUniverse, p. 286-303.

FLOCH Jean-Marie (1990), *Sémiotique, marketing et communication*, Paris, PUF.

FLOCH Jean-Marie (1995), *Identités visuelles*, Paris, PUF.

FONTANILLE Jacques (2008), *Pratiques sémiotiques*, Paris, PUF.

FONTANILLE Jacques, ZINNA Alessandro, éd. (2005), *Les objets au quotidien*, Limoges, Presses Universitaires de Limoges.

GREIMAS Algirdas-Julien, COURTÈS Joseph (1979), *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage*, Paris, Hachette.

LANDOWSKI Éric, MARRONE Gianfranco, éd. (2001), « La société des objets. Problèmes d'interobjectivité », *Protée*, vol. 29, 1, p. 4-111.

MALDONADO Tomás (1961), «La formazione del disegnatore industriale», *Relazione al Congresso ICSID, Venezia*.

MALDONADO Tomás (1970), *La speranza progettuale*, Torino, Einaudi.

MALDONADO Tomás (1974), *Avanguardia e razionalità*, Torino, Einaudi.

MALDONADO Tomás (1976), *Disegno industriale: un riesame*, Milano, Feltrinelli.

MALDONADO Tomás (1979), *Tecnica e cultura. Il dibattito fra Bismark e Weimar*, Milano, Feltrinelli.

MALDONADO Tomás (1987), *Il futuro della modernità*, Milano, Feltrinelli.

MALDONADO Tomás (1990), *Cultura, democrazia, ambiente. Saggi sul mutamento*, Milano, Feltrinelli.

MUNARI Bruno (1981), *Da cosa nasce cosa*. Bari, Laterza.

SEMPRINI Andrea (2005), *La marque, une puissance fragile*, Paris, Vuibert.

ZINNA Alessandro (2002), *Décrire, produire, comparer et projeter. La sémiotique face aux nouveaux objets de sens*, Limoges, Presses universitaires de Limoges. (Nouveaux Actes Sémiotiques).

Résumé : Dans le domaine du projet, une profonde réflexion est en cours sur le rôle du designer, un *intellectuel technique* dont les compétences aussi larges que complexes sont requises pour améliorer le bien-être collectif. Actuellement un secteur en croissance est le design des services où le domaine de la santé occupe une partie importante. Cet article concerne le design des services dédiés à la santé dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, un secteur pris en charge par des équipes de professionnels diverses parmi lesquelles la sémiotique assume un rôle-clé afin d'améliorer la qualité de la vie du malade ainsi que celle de ceux qui en assurent le soin.

Mots-clefs : sémiotique, design des services, projet, maladie d'Alzheimer.

Abstract: *In design research there is an ongoing reflection about the role of designer, a technical intellectual whose broad and complex skills are required to improve the collective welfare. Currently the service design is an increasing sector in the area of health. This article concerns the service design dedicated to health in the context of Alzheimer's disease, a sector developed by different professional teams including semiotics which plays a key role in improving the quality of life both the patient and the care giver.*

Key words: *semiotics, service design, design projects, Alzheimer's disease.*