

Fig. 1, ROMY Chloé,
6 octobre 2023,
photographie couleur,
clinique du Val d'Ouest, Écully.



Fig. 2, UTEP, la Fabrique de l'hospitalité,
Les Ateliers RTT et Terrains vagues,
La Maison de l'éducation thérapeutique pour le patient,
2017-2023, design graphique, design d'espace, design d'objet, outils
pédagogiques, hôpital de Hautepierre.



Fig. 3, Studio d'architecture PROVENCHER ROY,
Grandir en santé (projet d'agrandissement
et de modernisation), 2017, architecture,
superficie de 130 000 m², Montréal (CANADA),
Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine.



Fig. 4, ANDRÈS Roxane,
Bandes originales, 2006,
design d'objet (bandes médicales),
en partenariat avec la Cité du design et le Pôle
des technologies médicales de Saint-Étienne,
soutenu par OSEO-ANVAR de Lyon.



Fig. 5, Image extraite
de Information is Beautiful
de MCCANDLESS David (p 144-145).



Abstract

Hospitals have always been important, and even more today, due to the sanitary crisis for example.

What comes up most often in conversations are care and hospitality. As some graphic designers and architects point out, such as Cathy Dumas in an article in *Index Design*, hospitalisation and care tend to take precedence over hospitality and welcoming, even though this last is just as important in the healing process.

The question is whether graphic designers, who already work in the hospital environment (brochures, signage, plans, etc.), could do more by playing a role in the hospital benevolence mentioned. The research driven by this question tightens around paediatric services (0-17 years) because hospital environment is vast and as they raise a twofold problem: that of meeting this need for hospitable hospitality while including every age group.

For this genre of issue, it's essential to go out into the field to understand the environment and his actors, challenges. Thus, observation of paediatric services fed the done research. Realisation of an interview, reading of several books (graphic, medical...) also played a major role in the investigation.

The latter leads us to see that it is possible and legitimate for graphic designer to act in paediatric services in spite of strong constraints. He can do this by various methods but he is the most effective by working collectively and on the field (as Marion Voillot explains in her interview). Done researchs also show that sometimes, we imagine more than we make, due to a lack of resources, time, constraints or disagreements. However, this does not mean that nothing can be achieved.

So graphic designer can act on his scale to correlate hospitality and welcome despite some difficulties. He have to innovate, find most perennial solutions, while keeping feet on Earth, even if he first imagines a « dream hospital ». What's more, it's by working as part of a team that he is most effective.

It would be interesting to observe how the role of graphic design in these paediatric services will evolve.

“ Merci à mes professeurs de graphisme pour toute l'aide qu'ils m'ont apportée dans la réalisation de cet article, notamment mes lecteurs, M^{me} DAMIENS et M. SION. Merci également à mes camarades de classe et à ma famille pour leur soutien et leur partage. Merci à chaque personne m'ayant appris sur mon sujet, que ce soit de rapides rencontres, des auteurs.rices d'ouvrages, de photographies... Et merci à vous, qui avez pris le temps de vous intéresser à mon écrit. ”

Hospitalité Hospitalière

Actuellement, on entend beaucoup parler du « **care** », une éthique selon laquelle il faut prendre soin les uns des autres, et du **design du care**, centré autour des besoins des usagers. Ces notions sont particulièrement utilisées dans le **milieu hospitalier** : prendre soin y est une priorité. Dans un hôpital, on cherche à soigner efficacement et rapidement. Mais c'est en omettant le rôle de l'**environnement** qui entoure les **usagers**. En effet, on ne peut en général pas dire qu'un hôpital soit « hospitalier ». Pourtant, comme l'explique l'architecte Cathy Dumas, « La qualité expérientielle d'un lieu, consistant à créer un milieu confortable et stimulant pour les usagers tant physiquement que psychologiquement, est autant importante que son approche fonctionnelle (...) ». [1]

Le **graphisme** a sa place dans ce contexte **socio médical** : il donne de la lisibilité, du sens aux lieux, mais peut-être pourrait-il faire plus, comme faciliter la corrélation primordiale de l'**accueil** et du **soin** hospitaliers.

Dans ma réflexion autour de la **position** du graphisme au sein du milieu hospitalier, j'ai décidé de me pencher plus précisément sur les **services de pédiatrie** (0 - 17 ans). Le choix de ce terrain spécifique pose différents problèmes : la difficulté de communiquer pour des tranches d'âge aussi larges, et le sujet délicat de la maladie de l'enfant.

En fin de compte, est-ce que le designer graphique a un rôle à jouer dans la bienveillance hospitalière en pédiatrie ?



[1], CHIASSON Émilie. L'hôpital hospitalier : pour un design qui aide soignés et soignants (entrevue). *Index Design* [en ligne], 15 juin 2020, pas de numéro de périodique ni de pagination. Disponible sur : <https://www.index-design.ca/article/l-hopital-hospitalier-pour-un-design-qui-aide-soignes-et-soignants> (consulté le 27 septembre 2023).

(Image ours)

VALENGILDA, Ours en peluche avec un bandage isolé sur fond blanc, date inconnue, image numérique, 3300 x 4260 px 27,9 x 36,1 cm - 300 dpi, 123RF (internet).

Achevé d'imprimer à l'ÉSAAT
Roubaix - déc.2023

Hospitalité Hospitalière

Marie
LACHARME

DNMADE graphisme 3
Édition multisupports
Promotion 2023-2024



Bibliographie



1. Le graphiste hospitalier

1. Pour répondre à cette interrogation, il faut d'abord s'assurer qu'il y a vraiment besoin de plus d'hospitalité dans les hôpitaux. Au premier abord, un hôpital ne semble accueillant pour personne, peut-être encore moins pour des enfants, vite affectés. Aussi, les services pédiatriques sont souvent aménagés en ciblant en particulier la petite enfance, ce qui peut mettre les adolescents mal à l'aise. Parlons justement de cette aisance: le ressenti de manque d'accueil hospitalier évoqué est d'autant plus prégnant aujourd'hui que se démocratise l'éthique du care, selon laquelle il faut veiller au bien-être de chacun. Dans le dossier « quelle éthique pour notre santé » des Grands Dossiers des Sciences Humaines (n°200), le care est vu comme une opportunité pour « repenser les relations entre soignants et soignés », pour déployer « une sollicitude et une humanité entre deux individus ». [2] Selon l'architecte Martine Grévy, « la santé et la guérison passent aussi par le sentiment de bien-être » [1] et l'environnement influe sur ce bien-être. Or un designer graphique a le pouvoir d'agir sur les environnements, de les faire parler, de les transformer... Il pourrait intervenir sur celui des usagers des services pédiatriques pour répondre à ce besoin d'hospitalité, de prise en soin de l'autre.

Mais le designer graphique est-il légitime à agir dans ce type de milieu ? On retrouve différents graphismes au sein des services pédiatriques comme de la signalétique, des brochures informatives, des plans, positionnés sur des blouses, des murs (halls, couloirs, chambres, bureaux), des portes... [fig. 1] Ils contribuent au fonctionnement de ces services, même si la priorité est au corps médical, qui s'occupe de besoins vitaux. Aussi, « il est toujours délicat d'entrer dans un hôpital pour un designer » [3] notamment à cause des normes dictées par le corps médical. Comment savoir, pour un designer graphique, à quel point oser, dans quelle mesure s'impliquer dans le soin ? Comment trouver le bon équilibre, la bonne place entre les usagers ? Comment comprendre ce milieu qui lui est souvent étranger ?

Pendant, nous sommes dans une époque « dédiée au prendre soin » qui pourrait alors « devenir de plus en plus digne et solidaire » pour reprendre les paroles de Cynthia Fleury dans son ouvrage *La clinique de la dignité*. [4] Par la solidarité s'entend une entraide commune, dans laquelle le designer graphique pourrait intervenir, agissant à son échelle. Après tout, le design sert entre autres

de dialogue entre les usagers, le graphiste, et mélange plusieurs domaines (social, médical, commercial...) : un graphiste peut donc s'inscrire dans la démarche thérapeutique du corps médical. On pourrait penser un graphiste du care (= le prendre soin général) se mêlant au corps médical (= cure, le prendre soin médical), qui, intervenant sur l'environnement des usagers, améliorerait par exemple la qualité des soins. Ainsi, le graphiste semble légitime pour agir sur le secteur médical. En tout cas, « le besoin de mieux définir l'apport du design dans les milieux de santé est incontestable. » [5]

Contrairement à ce qu'on imagine spontanément, le designer graphique semble pouvoir contribuer à une meilleure hospitalité hospitalière. Mais quel est son véritable périmètre d'intervention ? Que doit-il prendre en compte ? Quels peuvent être les acteurs et les moyens d'une intervention graphique en pédiatrie ?

[2] Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, 2018-2019, n°53.

[3] Quand le design participe au soin (dossier). Étapes, juillet-août 2018, n°244, page 110 à 175.

[4] LIBRAIRIE MOLLAT. Cynthia Fleury - La clinique de la dignité [entretien, vidéo en ligne]. Librairie Mollat, 16 septembre 2023, 54 min 51. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=INF338HX44A> (consulté le 6 octobre 2023).

[5] PELLERIN Denis, COIRIÉ Marie. Design et hospitalité: quand le lieu donne leur valeur aux soins de santé. Sciences du Design [en ligne], novembre 2017, n°6, p. 40-53. Disponible sur: <https://www.caim.info/revue-sciences-du-design-2017-2-page-40.htm> (consulté le 19 août 2023).

2. Afin de corrélér l'hospitalité dans ses deux sens, c'est-à-dire l'accueil de tous et la fonction primordiale de l'hôpital, qui est de soigner, guérir autrui, le designer graphique doit connaître son milieu d'intervention. Le service pédiatrique hospitalier accueille des enfants dont l'âge s'étend de 0 à 17 ans. Ce qui constitue un premier défi pour le graphiste: faire un graphisme adapté à des enfants et des adolescents. Aussi, on retrouve deux équipes en pédiatrie: une équipe médicale et une équipe paramédicale, constituées de nombreuses personnes ayant chacune un rôle différent. S'ajoutent les aidants, tout aussi importants. Le designer graphique doit prendre en compte ces usagers très différents, aux besoins multiples, tout en respectant les normes hospitalières comme les règles d'hygiène. Il lui faudra aussi prendre, justifier sa place, comme le fait par exemple La Fabrique de l'hospitalité, laboratoire d'innovation des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, pionnier dans le design hospitalier. [fig. 2]

2. Du graphisme pour une hospitalité hospitalière

L'entreprise souhaite « démontrer l'impact du design, dans l'amélioration de la prise en soin des patients et de leurs proches ». [5] Enfin, le designer graphique doit nécessairement prendre du recul et mettre certaines émotions et pensées à distance, pour éviter un syndrome du sauveur (vouloir sauver tout le monde, tout arranger) ou de se rendre malade de compassion. Un recul, pour « comprendre les causes des irritants potentiels et les besoins de chacun. » [1] Il n'est certes pas agréable de se rendre à l'hôpital mais nous avons tendance à systématiquement industrialiser le soin; or tous les hôpitaux ne sont pas tristes et froids... Par exemple, le centre pédiatrique Sainte Justine (Canada) a créé un parcours ludique, conforme aux contraintes hygiéniques, constituant un univers pour échapper au quotidien. [fig. 3] Le graphiste est dans une posture complexe mais non impossible.

Pour tenter de répondre au mieux et le plus durablement possible au besoin d'hospitalité hospitalière malgré les contraintes évoquées, le design thinking semble être un outil méthodologique pertinent. Le design thinking est un état d'esprit, une approche de l'innovation, un design collaboratif reposant sur l'intelligence collective d'un groupe et étant centré autour des besoins de son destinataire. Par exemple, s'associer « professionnels et usagers afin de travailler ensemble sur un sujet qui les touche tout particulièrement ». [annexe C] Ici, le design thinking pourrait participer à l'harmonie de la relation patient/soignant, au respect de la dignité de chacun. Comme le souligne Cynthia Fleury [4], les personnes travaillant au service de la dignité comme les soignants, sont souvent ceux qui sont dans les conditions les plus indignes. Le design thinking consiste en plusieurs étapes: 1- phase d'immersion (collecte), 2- observation (collecte), 3- compréhension (collecte), 4- idéation (collectif), 5- prototypage, 6- test, 7- itération. Il favorise ainsi des expérimentations, l'émergence d'idées, des ateliers participatifs pour une prise en main immédiate, un langage commun et plus d'universalisme, d'égalité malgré les différences de chacun.

Pour Marion Voillot, designer-chercheuse en design à destination de la petite enfance (0-6 ans), il est important lorsqu'on est designer d'avoir une approche holistique, c'est-à-dire d'avoir une vision d'ensemble

de l'environnement pour lequel on conçoit en tant que designer. La « recherche-action », selon elle, permet de chercher et de créer sur le terrain, de dialoguer, de collaborer, de se comprendre en apportant chacun son savoir-faire et ses connaissances. Ainsi, on n'impose pas le design à ses destinataires. « Pour moi, il n'est pas toujours possible de se mettre à la place des futurs usagers en tant que concepteur: je pense qu'il faut plutôt faire preuve d'altruisme, de bienveillance, de modestie et c'est parfois ce qu'il manque au design ». [annexe B] Le co-design, ou ici le design thinking pourrait être au service de la santé, créer des lieux où l'on « s'approprie son espace avec un sentiment d'aisance et d'appartenance plutôt qu'une impression de nuisance ». [1] Ces lieux peuvent parfois rester évolutifs.

Par ailleurs, il existe d'autres façons de concevoir une hospitalité hospitalière. Toutes ne sont peut-être pas efficaces mais on peut penser, en plus du design thinking ou du design participatif, collaboratif, activiste (qui suscite le débat, qui ne relève pas d'une simple commande) à du design thérapeutique. Par exemple, Roxane André a créé « les bandes originales », qui permettent au « jeune patient de voir le pansement agir » [3] [fig. 4] grâce à un placebo visuel: un dessin apparaît sur le bandage lorsqu'il entre au contact de la chaleur humaine. La gamification, c'est-à-dire l'application de mécanismes de jeu à un champ autre que ce dernier, l'humour, les détournements pourraient aussi contribuer à rendre l'hôpital plus hospitalier. En tout cas, quel que soit le design utilisé, il reste fondamental pour le designer graphique de savoir « quand dissimuler la machine (...) et quand la faire apparaître » pour changer les idées ou rassurer. [1] Il peut intervenir sur de la signalétique, sur les espaces, comme l'In Situ Lab (DSAA à Strasbourg) [6] qui a créé un tiers-lieu non ultra médicalisé pour des adolescents. Il peut aussi agir sur les graphismes cités auparavant. Et l'information peut être agréable à regarder, comme on peut le voir dans l'ouvrage *Information is Beautiful*. [fig. 5] Les possibilités ne manquent pas, et beaucoup pourraient en fin de compte être designées collaborativement.

Reste maintenant à savoir si ces possibilités, ce co-design sont réalisables et légitimes d'être réalisés.

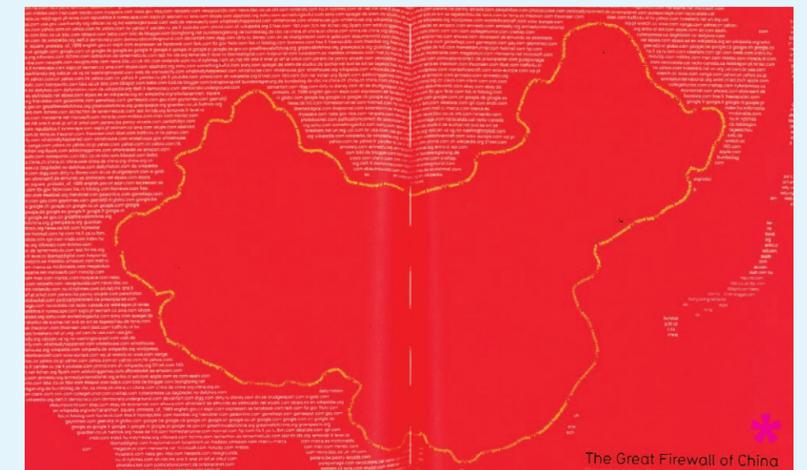
[6] https://www.lyceeecorbusier.eu/dsaa/?page_id=20

3. Un service pédiatrique « de rêve »

3. Toutes les idées proposées, envisagées auparavant ne semblent pas mauvaises. Cependant, il est essentiel de se demander si elles relèvent de l'ordre du possible et si elles sont légitimes: servent-elles réellement l'hospitalité hospitalière? Objectivement, beaucoup ont été testées, mises en place et avec un budget alloué, tout est possible. Mais ce design hospitalier a des limites: est-il toujours possible d'innover dans les contraintes élevées du milieu hospitalier? Il faut aussi penser à respecter les libertés individuelles de chacun, ce qui n'est pas forcément simple quand on crée pour du commun. Jusqu'où peut-on aller en tant que designer? Des étudiants du DSAA de l'In Situ Lab se sont interrogés sur la place de la morgue à l'hôpital: pourquoi ne pas la placer « tout en haut ou à l'entrée de l'hôpital? ». [3] Il est important d'innover mais peut-être qu'ici, l'innovation va trop loin: à l'hôpital, la mort est perçue comme un échec dans le soin.

La possibilité d'un hôpital plus hospitalier serait alors remise en question? Après tout, il est possible que l'imagination d'un « hôpital de rêve », association du négatif

(hôpital) au positif (rêve), facilite la mise en place de solutions à un plus petit niveau. Le designer graphique et ses collaborateurs ont peut-être besoin d'imaginer le maximum pour réaliser de bons projets, qui se révéleront peut-être plus modestes, moins utopiques. « Aujourd'hui s'ouvre la préoccupation d'un design de recherche » [5], or une recherche n'est jamais vraiment terminée... Le Lab-ah, laboratoire d'innovation culturelle par le design du GHU de Paris, interroge par exemple cette place, et donc ces limites du design graphique à l'hôpital. Les idées de design citées auparavant ne sont pas pour autant à bannir mais semblent devoir être adaptées, tout en continuant à servir les individus et à innover. Parfois, mieux vaut restreindre que bannir, créer de l'habitable plutôt que du beau, pas forcément avec de grands moyens. Après tout, comme le précise Cynthia Fleury, « nous sommes dignes car nous sommes humains » [4], ce qui signifie qu'il faut que l'utilisateur hospitalier se sente humain avant tout, or il n'y a pas obligatoirement besoin d'interventions complexes et coûteuses pour cela.



Conclusion

Le designer graphique a donc un rôle à jouer dans la bienveillance hospitalière en service pédiatrique. Son rôle est de concevoir, de collaborer, de réfléchir et d'essayer de mettre en œuvre des solutions permettant de rendre les services pédiatriques plus accueillants, pour chacun des usagers. Il doit relever certains défis et céder face à d'autres, faire preuve d'altruisme.

Son rôle se situe donc à un niveau intermédiaire puisqu'il doit trouver le meilleur équilibre possible. En tout cas, il doit s'adapter au mieux et garder les pieds sur terre, même si cela doit d'abord passer par l'imagination d'un service pédiatrique de rêve.

Je trouve qu'il serait intéressant de voir comment va évoluer le design graphique en services pédiatriques dans les années à venir: va-t-il gagner en importance, se répandre? Être à nouveau reconsidéré? Par qui va-t-il être géré et comment?

Fig. 6. Studio KATRA. *Design-moi un mouton!*, avril 2023, design d'espace en salle d'attente d'urgences pédiatriques, CHU de Montpellier.



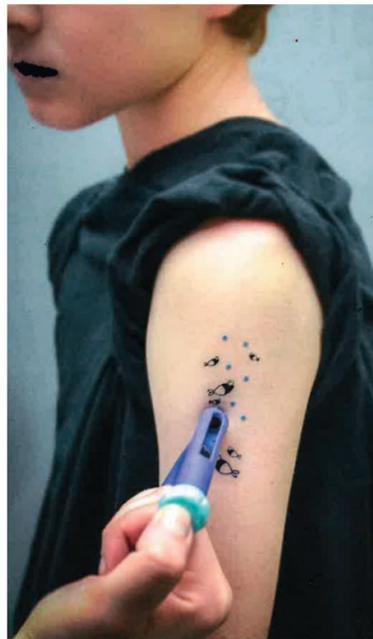
C-Extrait d'ouvrage

Extrait de l'ouvrage *Passer au Design Thinking: penser, construire et mener vos premiers ateliers de cocréation.*
 > Hôpital Simone Veil - réinventer l'accueil des usagers.
 Cas d'illustration de l'usage du 7P.

HÖSKULDSSON Elin & TOBALAGBA Maëva (de l'In Situ Lab du DSAA de Strasbourg), *Fab lab ambulant au service des patients*, 2017, design d'objet, projet de diplôme « Du corps à l'ouvrage », Strasbourg.



SOUZA Renata, *Thomy*, date inconnue, design d'objet/kit pédagogique et intuitif pour les enfants atteints de diabète, lieu inconnu.



A-Iconographie

Hôpital Simone Veil - Réinventer l'accueil des usagers
 Cas d'illustration de l'usage du 7P

Début 2018, une démarche initiée par la Directrice de l'hôpital Simone Veil est lancée afin d'élaborer un modèle d'accueil au sein de l'établissement. Cette démarche est également révisée à un moment et à une force variable d'implication professionnelle et usagère afin de favoriser l'adhésion et le suivi de la démarche. Dans le cas qui suit, nous nous penchons sur l'utilisation du 7P qui a permis de cadrer le projet. Le contenu partagé à chaque session est proposé à l'atelier qui a été réalisé auprès de 80 personnes.

PERTINENCE
 L'objectif principal est de faire émerger une idée et un projet concret afin d'améliorer l'accueil des usagers à l'hôpital Simone Veil. Les participants sont répartis en équipes et grâce à la méthodologie Design Thinking, des solutions de type « Quick Wins » peuvent être mises en place en 2018 (objectif d'arriver à une toute première version d'atelier, ou V1 pour l'hôpital, à la fin de l'année 2018).

L'objectif est d'élaborer à une vision partagée de l'accueil par tous les acteurs de l'hôpital en :

- Réinventer le processus actuel d'accueil des usagers
- Apporter une méthode innovante de Design Thinking qui fait appel à la créativité et à l'humain.
- La création d'un véritable esprit d'équipe dans les équipes débouchant sur des idées réellement innovantes, engageantes et peu coûteuses
- de répondre à une population mixte (professionnels de la santé et usagers).

PRODUIT
 Le produit : 1 kit 2 équipes doivent fournir chacune :

- 1 prototype tangible
- 1 fiche descriptive de la solution choisie
- 1 pitch final

Avant le jeu, les idées sélectionnées devront être :

- simples et accessibles au 95% pour « Ange & Simple & Rapid Easy » en anglais
- réalisables à court terme. La version 0 de la solution doit être prête fin 2018 ;
- la solution ne doit pas être une demande d'effort ou de budget supplémentaires.

PARTICIPANTS
 L'atelier réunit 80 personnes au total, réparties en équipes de 8 personnes. Pour un meilleur déroulement, les ateliers se déroulent sur 2 demi-journées, avec à chaque session 2 ou 4 équipes mixtes. Les équipes mélangent profils pluridisciplinaires et intègrent de réels usagers. Chaque demi-journée se déroule autour d'un même objectif type. Deux facilitateurs par atelier sont présents, dont un facilitateur de chef (lead facilitator) et un facilitateur secondaire.

PRATIQUE
 En vrac, voici les éléments au niveau du matériel et du lieu :

- Salle d'atelier pour 2 ou 4 groupes de 8 personnes
- Post-it (1 pack de 5 sacs multi-couleur par table)
- Commentaires (1 feuille par table)
- Gomme fine
- Stylo (Stylus) bleue pour ceux de soit visible de loin lorsqu'on écrit sur les Post-It
- Flipchart (10 feuilles collées) pour présenter les idées
- Distributeur (café, bonbons, eau, fruits, jus)
- Distributeur, chargeur, adaptateur HDMI, smartphone
- Projecteur (ou écran pour les idées)
- Marqueurs
- Feuilles A3
- Matériel A3

PREPARATION
 Afin de préparer au mieux la démarche, les actions à planifier sont :

- établir de travail entre facilitateurs Klap et les dirigeants de l'hôpital Simone Veil afin de discuter de la méthodologie du Design Thinking et des objectifs de la démarche ;
- l'opération de feedback entre dirigeants et facilitateurs Klap, sur la base de l'expérience Klap et des besoins exprimés par les dirigeants ;

PHASES
 Avant les 2 ateliers : construction du challenge (définition des critères, du terrain de jeu, des critères de succès...) avec les responsables de l'hôpital Simone Veil. Pendant ce temps, le service type se décline de la manière suivante :

Phase d'ouverture

- Accueil de bienvenue de Nathalie Sanchez, directrice de l'hôpital.
- Introduction au Design Thinking, explication succincte de la méthodologie.
- Partage de l'histoire (cf. Quif) de la journée et du terrain de jeu.
- Partage des Règles d'or à suivre durant la journée (cf. Quif 7).
- Répartition des participants par groupes hétérogènes.

Phase de travail

- Introduction par table : maquette de savoir-faire consistant à prendre un Post-it et de dessiner le message de savoir-faire que l'on souhaite être le groupe devant donner le super pouvoir innovant.
- Étape immédiate (développement et compréhension du contexte, les pains points des usagers et des professionnels)
- Partage des anecdotes passées et négatives sur l'accueil à l'hôpital.
- Dessiner les portraits des personnes (cf. Quif 8).
- Partage des personnes et listing des intérêts clés.
- Choix d'un enfant à traiter.
- Formulation de l'intérêt sous forme de la question « How might we... » ou « comment pourrions-nous... ? » en français (cf. Quif 25).
- Étape réflexion (trouver le maximum d'idées de solutions en rapport avec le problème)
- Sélection de type brainstorming individuel (idéas sur l'écran interactif) (cf. Quif 26) sur toutes les solutions possibles pour améliorer le problème, puis partage.
- Sélection de type court brainstorming collectif (idéas sur l'écran interactif) (cf. Quif 26).
- Matrice de tri des idées (Clarifier - Jeter - Lancer) (cf. Quif 25).
- Convergence vers une solution collective.
- Étape Prototypage (mettre tangibles les idées en créant un prototype). Toutes les actions de cette étape peuvent se réaliser en parallèle
- Trois prototypes :
 - un prototype tangible fabriqué à partir de matériel de récupération ;
 - une fiche solution synthétique expliquant l'idée ;
 - un « pitch » (présentation orale des solutions) vivant pour les mettre en valeur.

Après 3 ateliers :

- Création d'une commission en septembre 2018 et d'une consultation auprès de 100 volontaires pour avoir plus grand nombre de professionnels pouvant avoir un impact sur le futur de leur hôpital.
- Réalisation de partant de cours d'entraînement court (cours 27).
- Réalisation à court terme de la première version du projet préparé avec l'accompagnement de Klap.

À la suite de ces ateliers, 11 idées ont vu le jour, le projet ayant remporté le plus d'adhésion étant le « Jardin d'activités ». Ce projet consiste à accueillir les usagers avec enfants de venir consulter à l'hôpital avec un chien. Le concept est de proposer accueillir avec chiens dans une structure dédiée avec des jeux et activités, tout cela sous la responsabilité d'animateurs. L'objectif est de limiter le stress des usagers en leur facilitant la prise des enfants.

Le témoignage de Jenny Augias (lead facilitator)

« L'idée qui avait reçu le plus de votes était le Jardin d'activités. Lors d'un échange, Jean-Benoît, un des participants et bricoleur, m'a dit avoir travaillé avec un chien pour améliorer l'accueil avec les usagers de l'hôpital. Cela a permis de mettre en lumière ce que les 80 participants avaient imaginé. Avec 200 animaux, un chien par famille, nous avons pu améliorer l'accueil des usagers. Il est même spécialement revenu de vacances pour assister à la remise du prix ! Jean-Benoît m'a confié que de pouvoir mettre ses chiens dans une structure dédiée avec des jeux et activités était un grand succès. Il s'est même vu offrir un chien quand ses parents viennent consulter, ce qui va rendre leur vie et améliorer l'accueil à l'hôpital. Et quand il dit à son fils que son père a réalisé ce projet, son fils est fier de lui. »

Annexes #1

Marie LACHARME



B-Interview de Marion Voillot

Designer-chercheure, docteur en philosophie, directrice de l'association « Premiers Cris » qui milite pour du design à destination de la petite enfance (0-6 ans). <https://www.premierscris.org>



+ d'infos :

- a cofondé Premiers Cris
 - thèse IRCAM-STMS, de l'Université Paris-Cité et du Centre de Recherche en Design (ENS Paris Saclay/Ensci - Les Ateliers) : au cœur de l'apprentissage par le numérique, exploration d'un nouveau paradigme pour l'éducation à la petite enfance. Thèse de recherche-action et recherche-création par le design : cocréer différents dispositifs qui favorisent les interactions multisensorielles pour l'enfant. Ex: application pour raconter des histoires en mouvement + sonore, on peut aussi les créer, créer des personnages sonores collectifs, immersion sonore (imaginaire et motricité développés). Autre ex : textile connecté (eGloo).
 = Repenser l'éducation à la culture numérique en maternelle, favoriser les interactions corporelles sensorielles en utilisant les techniques du numérique.
 Nouvelles expériences sensibles.

*** Si ça n'est pas trop indiscret, qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à la petite enfance ? (thèse, Premiers Cris)**

*** Êtes-vous en relation avec plusieurs designers pour vos projets ? (textile, objet...) Font-ils partie de l'association ?**

*** Travaillez-vous pour/en collaboration avec des hôpitaux ?**

*** À quoi faut-il penser en priorité quand on pense/faît du design pour un public aussi jeune ? Spécificités ?**

*** J'ai cru comprendre que vous portiez une attention toute particulière à l'être humain et à son expérience vécue dans la réalisation de vos projets, et que vous étiez également dans le « prendre soin » : Éthique du care ? Quelles sont vos méthodes ? Recours au design thinking ?**

*** Comment faites-vous pour corrélér le bien-être de l'enfant et celui des acteurs adultes de la petite enfance ?**

*** Quelles sont les principales contraintes/difficultés que vous rencontrez dans votre métier ? Ex: écart d'âge ? Mise en œuvre ?**

*** Comment évaluez-vous la fonctionnalité, l'efficacité de vos projets ?**

M.L : Qu'est-ce qui t'a poussé à t'intéresser à tout ce qui tourne autour de l'enfant ?

M.V : Je pense que c'est un intérêt personnel. J'ai toujours gardé des enfants et ils m'ont toujours fascinée. Pour moi, ils sont un objet d'étude passionnant. On me dit souvent que c'est parce que je rêve d'être mère etc. alors que pas du tout : je m'intéresse à l'enfant en tant qu'individu, citoyen. J'ai remarqué à l'Ensci qu'il y a peu d'étudiants, designers qui s'intéressent à l'enfance et la toute petite enfance. Il y a quand même des designers qui ont fait des projets avec des enfants. Je pense notamment à l'apparition du centre Mille Formes de Clermont-Ferrand, premier centre d'éveil à l'art pour les tous petits (0-6), qui est une initiative du centre Pompidou. Le designer intervient de façon à faire interagir le tout petit ; il a besoin de toucher, d'expérimenter. Je crois que je me suis intéressée autant à l'enfance car je trouve la place de leur corps dans leur vie super importante, et je suis en totale incompréhension avec le fait qu'on décroître autant notre corps de notre esprit en France, alors que ça n'existe pas chez les tout petits. Qu'est-ce qui fait qu'on en arrive là ? Que nous perdons cette appréhension du monde par le corps ? Ça me parle également car j'ai fait beaucoup de danse. Aussi, je me suis intéressée aux objets qui entourent la vie de ces enfants, comme l'écran, qui est un gros point d'interrogation et donne des avis très tranchés. Puis j'ai fait ma thèse et je me suis aperçue qu'on ne peut pas étudier l'enfant sans étudier son environnement, les individus avec qui il interagit. Par exemple, selon la pédagogie *Reggio Emilia* (Italie), l'environnement constitue une source d'inspiration et un acteur fondamental dans l'éducation de l'enfant. Il faut donc faire de la recherche sur le terrain et pas qu'en laboratoire : ce qu'on fait chez Premier Cris. On appelle ça des recherches-actions. J'ai toujours été en désaccord avec le fait qu'on imposait un dispositif aux professionnels : je préfère faire collaborer tout le monde, les scientifiques avec les professionnels de terrain, deux mondes différents.

M.L : En effet, j'ai lu des articles qui abordent régulièrement ce manque cruel de collaboration entre les designers graphiques et les usagers hospitaliers, les personnes extérieures au design graphique

M.V : Oui, c'est dur, car chacun a son savoir ! À Premiers Cris, on veut faire dialoguer toutes ces personnes. Pour ça, on a des outils et des méthodes, issus du design, de la science, mais on est tous égaux avec nos savoirs. Il s'agit d'un processus d'horizontalité des savoirs et de reconnaissance des pratiques de chacun. Tout ça m'a permis de me questionner sur quelle designer je voulais être et comment entrer en relation avec la petite enfance. Souvent, les graphistes se positionnent en tant que sachants alors que pour moi, il n'est pas toujours possible de se mettre à la place des futurs usagers en tant que concepteur : je pense qu'il faut plutôt faire preuve d'altruisme, de bienveillance, de modestie et c'est parfois ce qui manque au design. On entend par exemple : "oui mais les designers sont de grands enfants, ils comprennent, ils savent". Ici, on met tout ça de côté et on dialogue. On pratique plus le design de la même manière. On s'en fout de ce que toi tu penses individuellement : il y a des gens qui ont du savoir et on s'intéresse à tous (pas qu'aux parents et aux enfants). C'est ce qu'on appelle avoir une vision holistique : prendre en compte l'ensemble des éléments d'un environnement et d'un objet d'étude. Par exemple, pour la petite enfance, ce sont les personnes qui l'entourent, le savoir scientifique, les lieux, les espaces... On prend en compte le plus de choses possible, car on ne peut jamais tout prendre en compte, on oublie forcément des choses.

M.L : C'est passionnant de voir les choses sous cet angle ! Et quelles études as-tu fait pour en arriver là ? De mon côté, je me sens assez perdue dans mon orientation...

M.V : J'ai fait 5 ans d'architecture, j'ai travaillé deux ans, puis j'ai fait ma thèse. Je pensais vouloir être architecte et en fait non !

M.L : Donc on peut travailler et faire une thèse après ?

M.V : Oui bien sûr ! C'est pas simple la thèse : moi, je n'étais pas sûre de mon sujet, de vouloir la faire, donc j'ai préféré procéder comme ça. Je suis redevenue étudiante et j'étais salariée, car tu es chercheur quand tu fais une thèse. Tu continues à apprendre. Ça se fait normalement en 3 ans mais on peut prolonger pour être sûr de l'avoir. Souvent, nous les designers, on fait notre projet d'A à Z alors qu'en sciences dures, on leur propose des sujets. C'est pour ça qu'en général, les graphistes soutiennent leur thèse à des âges plus avancés : ils construisent vraiment un projet de recherche, des questions, une direction de thèse, etc. etc. (le processus est long !). Tu peux commencer ce projet en parallèle de ton travail avant de te lancer dans ta thèse.

M.L : Ça m'intéresse les recherches mais j'ai peur de ne pas pouvoir faire assez de pratique. Aussi, je suis anxieuse de nature et je suis mal à l'aise avec les choses qui n'ont pas de fin précise ; or dans une recherche il n'y a jamais de "fin".

M.V : Si la recherche t'intéresse, tu peux faire un DSAA avec cet ancrage fort de ton sujet, dans lequel tu as l'air bien partie ; tu peux le porter dans ton diplôme. Il faut que tu deviennes la designer qui t'intéresse. Ça peut être une designer sociale ! En DSAA tu feras plus d'art appliqué, tu auras une vision plus artisanale des projets. Sinon tu peux aussi regarder le master en innovation sociale à Nîmes. C'est une ville étudiante hyper sympa en plus ! Si besoin, je peux te mettre en contact avec l'équipe pédagogique !

Et la troisième possibilité que je vois pour toi c'est un master recherche en design à l'ENS (Paris-Saclay) : c'est plus concret (recherche, lecture, théorie) et tu as quand même de la pratique car tu construis une pensée autour d'un projet, dans (peut-être) l'idée d'écrire une thèse. En tout cas, après ça tu es quasiment sûre de pouvoir faire une thèse. Ça reste une vision plus théorique, scientifique du design. Sinon tu peux choisir d'orienter tes recherches autour de ton projet : moi ma thèse était conçue autour de dispositifs que je créais et que je choisissais ensuite d'analyser.

À toi de voir ce que tu veux le plus pratiquer, réfléchir, en sachant que le DSAA est plus pratique, l'ENS plus théorique et que le master de Nîmes se situe entre les deux.

M.L : Merci, ça m'éclaire énormément ! Je n'avais jamais envisagé de telles possibilités. Peut-être qu'il faut que je me laisse le choix de la thèse sans avoir trop peur de la théorie.

M.V : Tu peux aller voir Léonor Conte, elle pourra t'en parler ! C'est une très bonne amie à moi ! Elle a fait une thèse en typographie. C'est une vraie théoricienne du design, elle a un très grand *background* théorique. Moi, je me situe entre les deux.

M.L : Je n'hésiterai pas ! J'ai quelques autres questions s'il te reste un peu de temps : est-ce que tu bosses avec plusieurs designers à Premiers Cris ? Et quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ?

M.V : Oui ! Dans la recherche-action, il y a toujours un scientifique, un designer et des professionnels. Ça peut être des designers d'objet, des designers en vulgarisation scientifique, d'autres qui bossent beaucoup avec l'IA... La première difficulté, c'est qu'ils ne connaissent pas forcément le milieu de l'enfance. Il y a ensuite les contraintes de ce milieu, qui sont élevées, bien qu'elles permettent de faire émerger de la créativité. Aussi, le dialogue avec la science est super intéressant mais assez dur. Une autre contrainte est celle de la question de la temporalité (vocabulaire, langage, terrain, conception précise). Pour ça, on définit par exemple un lexique spécifique, commun à tous. On doit aussi composer avec les attentes de chacun, qui peuvent être très différentes. Par exemple, un designer va d'abord penser à l'usage, à la pérennité du dispositif, tandis qu'un enseignant va plutôt vouloir répondre au projet pédagogique avant tout.

M.L : Comment évaluez-vous ensuite la fonctionnalité de vos projets ?

M.V : On fait des expérimentations : un avant/après avec et sans le dispositif (tangibles ou non). On a notre propre méthode, mais en gros c'est ça.

M.V : Si je peux te donner un dernier conseil, c'est d'agir à ton échelle : j'ai peur que les urgences à ton âge t'impressionnent trop, surtout si tu es très sensible. Commence à plus petite échelle, comme par exemple dans une salle d'attente médicale (celle de ta mère par exemple !). Il faut savoir se mettre à distance, se respecter. Se situer entre ce qui nous intéresse et comment nous nous sentons vis-à-vis de ça. Vois comment tu peux agir à ton échelle, en gardant en tête que chaque échelle, chaque initiative est bonne. On ne peut pas sauver le monde. Sois indulgente avec toi-même.

“ Marion m'a aussi parlé de certaines références, comme l'hôpital Sainte-Anne avec qui Premiers Cris a travaillé, le Lab-ah (laboratoire d'innovation culturelle par le design du GHU de Paris), ou encore le CHU de Montpellier, qui sort le plus des sentiers battus selon elle. Avec studio Katra, le service pédiatrique du CHU a été rénové, notamment sa salle d'attente (fig. 6) (qui a une fonction d'accueil importante). Des références précieuses pour mon sujet ! ”

Cette interview a été très enrichissante pour moi, aussi bien dans le cadre de mon article (et peut-être dans celui d'un futur mémoire) que pour mon orientation professionnelle. Merci Marion!

« À quel point êtes-vous heureux sur une échelle de 1 à 10 ? »
 « Prenez un chewing-gum dans la machine correspondante (1 par personne s'il vous plaît) ».



« Si vous trouvez que ceci est une façon assez naïve de déterminer le degré de bonheur de quelqu'un, je ne vous en veux pas. Il se trouve que c'est exactement de cette façon-là que les psychologues professionnels mènent leurs enquêtes. Ils posent des questions. Ça me semblait risible jusqu'à ce que j'apprenne que quand les personnes qui étaient interrogées passaient une IRM, le résultat correspondait précisément. Quand leurs familles et leurs amis étaient interrogés aussi, idem, ça correspondait. ».



CHARTRE EUROPÉENNE DES ENFANTS HOSPITALISÉS

Rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 *

"Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants" - UNESCO

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

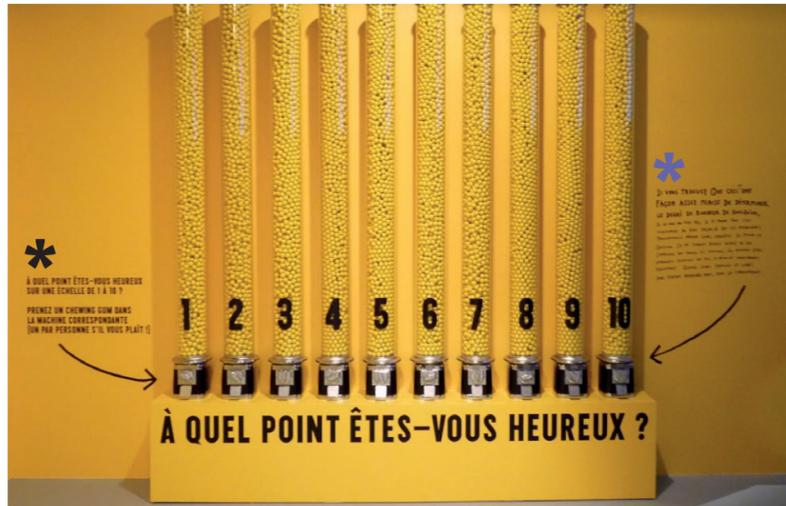
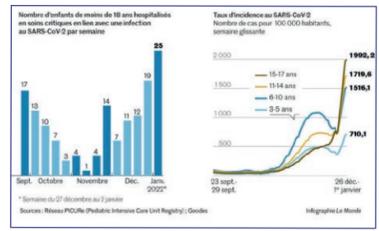
- 1 - L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessaires par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
- 2 - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
- 3 - On encourage les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offre pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un surcoût financier ou une perte de salaire. On informe les parents sur les règles de vie et les modes de soins propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
- 4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
- 5 - On évite tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
- 6 - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptées à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être accueillis sans limite d'âge.
- 7 - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
- 8 - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- 9 - L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
- 10 - L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

* Charte rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l'Hôpital".

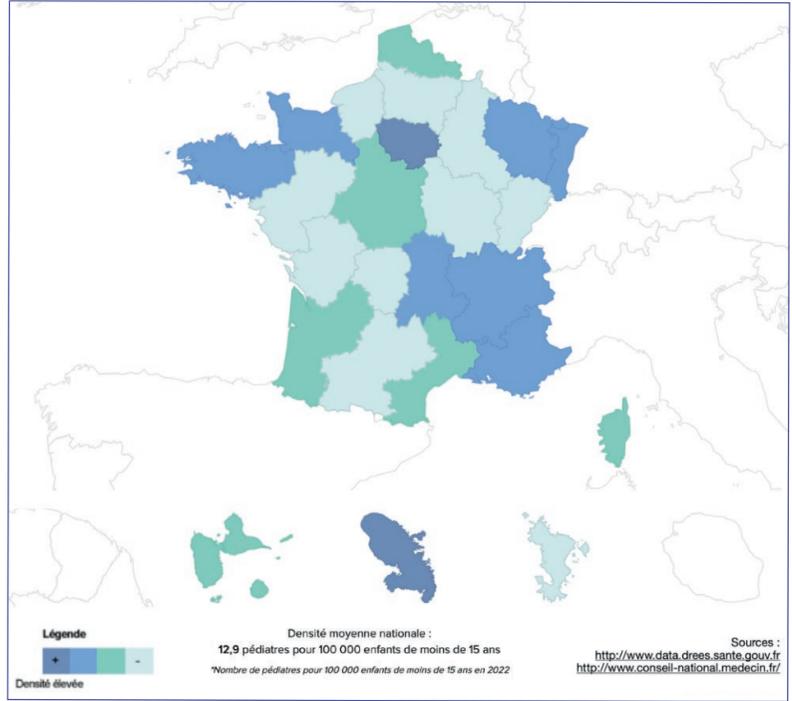
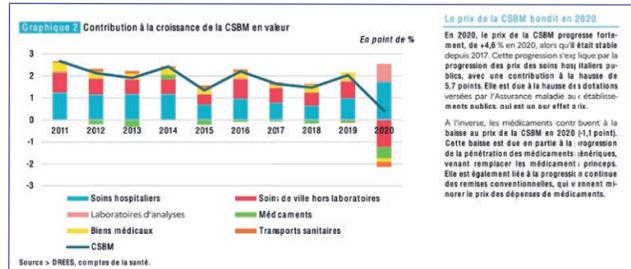


Annexes #2

Marie LACHARME



SAGMEISTER Stefan, The Happy Show (exposition), 28 novembre 2013-9 mars 2014, Paris, La Gaité Lyrique.



Voici une vue de l'exposition « The Happy Show » de Stefan Sagmeister qui s'est déroulée du 28 novembre 2013 au 9 mars 2014 à Paris, à La Gaîté Lyrique.
 Cette photographie a été prise par l'agence Clémence Farrell, qui s'est occupée de la scénographie de l'exposition. Ici, nous sommes placés du point de vue du visiteur, ce qui permet de s'imaginer plus aisément face à l'exposition.

L'image choisie est disponible sur:
<https://museomaniac.com/scenographie-et-museographie/exposition-art-sciences-et-culture/happy-show-by-stefan-sagmeister/>
 D'autres prises de vue de l'exposition existent, notamment de celle ayant eu lieu au MOCA à Los Angeles en 2013.

Stefan Sagmeister est un designer graphique et typographe autrichien connu qui revendique souvent un graphisme manuel, pas nécessairement traité en PAO; il écrit souvent lui-même (à la main) ses textes, utilise beaucoup le corps, l'espace et les objets.



Ainsi il dépasse le cadre figé d'un graphisme uniquement print (très employé actuellement), avec des réalisations originales et assez marquantes. Sa célébrité lui permet de diffuser à une échelle mondiale son attitude emblématique face au graphisme, qu'il questionne régulièrement. Dans son exposition « The Happy Show », Stefan Sagmeister partage sa propre quête du bonheur dans une société où le moral tend à diminuer.

Sur la vue choisie, nous nous focaliserons sur l'installation « À quel point êtes-vous heureux? », relevant du design d'objet, d'espace et graphique. Il s'agit donc d'une œuvre qui existe dans l'espace, qui l'occupe, qui est tangible, en 3D, qui est mise en situation. Par cette réalisation, l'auteur nous fait comprendre qu'il souhaite mesurer/que nous mesurons notre bonheur; il s'intéresse donc à l'évaluation de son intensité. Cette préoccupation du bien-être de soi et des autres dans une société plutôt pessimiste semble évoquer la notion de « care », une éthique récente selon laquelle il faudrait prendre soin les uns des autres. Stefan Sagmeister prétendrait alors que cette éthique semble « naïve » mais pourtant « efficace ».

L'installation est située dans un environnement dominé par le jaune, le bleu et le noir (si on regarde l'exposition dans sa totalité), constitué de salles sombres ou lumineuses, comme celle où se trouve « À quel point êtes-vous heureux? ». Chaque réalisation est installée différemment des autres et les légendes sont écrites à la main par Sagmeister. L'installation prend place au sein d'une exposition composite, polymorphe, avec des éléments hétéroclites, au style contemporain. Ainsi, un rythme, une ambiance, une atmosphère sont créés, l'exposition n'est pas redondante mais au contraire vivante, immersive, ce qui est important à l'ère actuelle où le visiteur peut être rapidement lassé lors d'une exposition, les nouvelles technologies (notamment) élevant les attentes de ce dernier...

Dans cette œuvre il y a une grande proportion de jaune et un peu de noir, le jaune renvoyant à des émotions positives comme la joie, contrairement au noir. Nous pouvons voir que la réalisation est constituée de 10 distributeurs géants de chewing-gums jaunes, numérotés et alignés de 1 à 10 sur un socle lié à un des murs de l'exposition. Sur ce socle est inscrit « À quel point êtes-vous heureux? ». Sur le mur à gauche, une indication expliquant comment se servir de l'installation est écrite à la main par l'auteur. Et enfin, sur celui de droite se trouve un autre texte de ce dernier parlant de son œuvre, la justifiant. L'installation à taille humaine, face au spectateur, simple à utiliser, permet aux visiteurs d'interagir avec elle et plus largement avec l'exposition. Elle est donc immersive et pousse le spectateur à l'introspection, à prendre le temps de se demander à quel point il est heureux simplement et efficacement. Aussi un chewing-gum reste dans la bouche un certain temps; peut-être le temps pour le visiteur de cogiter sur son bonheur.

L'écriture de Sagmeister est composée de caractères manuscrits/scripts, irréguliers, assez fins et uniquement en capitales. La graisse de ces caractères varie selon la partie du texte. Cette écriture au côté humain contraste avec la typographielinéale, bold, plus classique, plus simple et parlant au plus grand nombre, utilisée pour les noms d'installations de l'exposition. L'écriture du graphiste se trouve sur les murs, qui servent alors à mettre en forme textes et images/installations à la manière d'un livre, d'un support de graphisme qui occupe l'espace. On assiste ici à une mise en scène du texte dans l'espace. Concernant la hiérarchie des textes, nous percevons d'abord le titre, puis les chiffres et enfin les textes des côtés (de gauche à droite). Les textes sont reliés à la réalisation par des flèches indicatives.

De plus, celle-ci est séparée en trois parties: distributeur - socle (premier plan) - mur (arrière - plan). Cette hiérarchie sert à guider le visiteur dans un sens logique, comme dans un livre, un article, une affiche...
Un dernier détail important de l'installation est la façon dont elle se fonde au mur (jaune sur jaune), mettant ainsi en avant le titre, les chiffres et les textes (notion de netteté). Sont aussi mis en avant les vides créés lorsque les chewing-gums sont consommés. Le seul élément permettant de séparer légèrement l'œuvre du mur est la lumière projetée face à elle, créant ainsi des ombres entre les distributeurs et le mur. Par ce jaune, cette lumière, la réalisation s'efface presque, laissant place aux éléments noirs et aux vides, permettant d'observer le degré de bonheur d'une partie de la société. Dès lors, « À quel point êtes-vous heureux? » a une portée psychologique.

Stefan Sagmeister a donc réalisé une installation immersive, participative, qui investit l'espace pour pousser le visiteur à évaluer son niveau de bonheur et à voir celui des autres de manière simple/naïve mais efficace. Le graphiste peut également observer ce degré de bonheur (peut-être cela l'aide-t-il dans sa réflexion autour de son propre bonheur). Ainsi, l'œuvre a un aspect psychologique. Enfin, elle est aussi une manière pour Stefan Sagmeister de revendiquer sa vision assez anticonventionnelle du graphisme.

J'ai choisi « À quel point êtes-vous heureux? » car je trouve qu'elle entre en résonance avec mon sujet d'article (« est-ce que le designer graphique a un rôle à jouer dans la bienveillance hospitalière en pédiatrie?). En effet, dans l'œuvre étudiée, Sagmeister investit graphiquement l'espace dans le questionnement de son bien-être et de celui d'autrui; or dans mon article, je vais me pencher sur l'investissement graphique de services pédiatriques afin d'améliorer l'environnement des patients, pour corrélérer accueil et soin, santé psychique et santé physique. Les deux sujets sont donc bien liés, autour du fait d'investir graphiquement un espace donné et autour du concept du « care ». Aussi, l'installation de Sagmeister est immersive, participative, à destination de la majorité, ce qui pourrait être le cas du/des design(s) qui va/vont m'intéresser pour mon article.

E-Aspect économique

Au regard de ma problématique, j'ai choisi d'analyser le secteur des services de pédiatrie en France, afin d'en avoir la vision la plus globale possible.

Pour commencer, qu'est-ce la pédiatrie et plus précisément qu'est-ce qu'un service de pédiatrie (en milieu hospitalier)? La pédiatrie peut être considérée comme la médecine des enfants; un service de pédiatrie hospitalier est donc un service accueillant des enfants, dont l'âge s'entend de 0 à 17 ans (fin de l'adolescence). Il existe en complément des services d'urgences pédiatriques.

Le service pédiatrique d'un hôpital s'organise d'une manière précise. D'un côté se trouve l'équipe médicale (chef(fe) de service, médecins hospitaliers, médecins attachés, internes) et de l'autre, l'équipe paramédicale (infirmier(e)s, puéricultrices, aides-soignant(e)s, auxiliaires de puériculture, agents de service, personnel administratif), dirigée par un cadre infirmier qui travaille en collaboration avec le/la chef(fe) de service. Chaque personne a un rôle spécifique. Par exemple, les médecins soignent, prescrivent et font en général des visites journalières. Les aides-soignant(e)s et les auxiliaires de puériculture veillent aux soins, surveillent les enfants, aident aux repas, à la toilette et à la préparation des chambres. Les agents de service entretiennent les locaux. Le secrétariat du service accueille et aide les parents dans les formalités administratives. Nous pourrions encore citer d'autres exemples... Le personnel de ces deux équipes se relaie jour et nuit pour assurer une surveillance médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. Et chaque matin, le personnel présent se réunit afin de faire un point sur les patients, leurs traitements etc. Parfois, d'autres professionnels peuvent intervenir: il s'agit par exemple de kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, psychologues, enseignant(e) s, associations (jeux, contes, chansons, clowns...).

Comme la plupart des services hospitaliers, les services pédiatriques sont très régulés. D'abord, la **Charte européenne des enfants hospitalisés***, qui résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés, doit être respectée. Ensuite, des règles d'entrée et de sortie doivent également être prises en compte; il se trouve qu'un enfant (ainsi que ses parents ou tuteurs) du service ne peut y entrer/en sortir à sa guise. Par ailleurs, seules les personnes autorisées aux visites ont accès au service, sur demande. C'est par exemple le cas au Médipôle de Lyon-Villeurbanne où les parents doivent systématiquement demander la permission au personnel concerné pour pénétrer dans le service. Ces contraintes s'appliquent également pour une sortie définitive: « La sortie du mineur de l'hôpital, à l'issue des soins, est un moment toujours important. Il doit être attentivement organisé, et parfois « négocié » » La sortie, DUPONT Marc, REY-SALMON Caroline dans *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital* (2014).

Observons à présent l'évolution de ces services: actuellement, selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la pédiatrie et l'organisation des soins

de santé de l'enfant en France (remis le 15 mai 2021), établi à la demande du ministère des solidarités et de la santé, le secteur de santé auquel nous nous intéressons est considéré comme étant « préoccupant ». Cette préoccupation serait due à plusieurs problèmes: - Premièrement, une **pénurie du nombre de praticiens*** a été constatée, cette dernière perturbant la gestion de trop gros flux de patients, comme durant les vagues de COVID-19*. Une pénurie du nombre de places dans les services pédiatriques a aussi été observée. - Ensuite, un problème organisationnel entrave le bon fonctionnement du service. Par exemple, les **restrictions budgétaires*** et les restructurations hospitalières dans certains établissements empêchent ces derniers de fonctionner correctement: des maisons médicales de garde et des associations sont alors obligées de leur venir en aide. Aussi, un « manque de lisibilité » des examens médicaux préventifs pour les parents avec, pour conséquence, une surcharge dans les services pédiatriques d'urgence a pu être remarquée. - Enfin, l'état préoccupant évoqué serait également le résultat d'inégalités sociales et territoriales en soins de santé des enfants. En effet, ces inégalités sont persistantes malgré le suivi et la prévention dans les structures de l'enfance et de la petite enfance. Par exemple, la mortalité infantile reste deux à trois fois plus élevée en Outre-mer. De même, un enfant d'ouvrier a six fois plus de probabilités d'être obèse qu'un enfant de cadre.

Cependant, des solutions sont pensées afin de résoudre les problèmes cités. On réfléchit à une valorisation du rôle des acteurs des soins de santé de l'enfant, à une modification de la nomenclature des actes de soins pédiatriques insuffisamment tarifés, ou encore à une meilleure coopération entre pédiatrie de ville et pédiatrie hospitalière. Une organisation territoriale des ressources en effectif pédiatrique a aussi été évoquée.

En conclusion, les services pédiatriques français sont très structurés, normés, régulés mais demeurent actuellement dans une situation préoccupante, notamment à cause d'un manque d'effectif, de problèmes organisationnels et d'inégalités sociales et territoriales. Des solutions sont évoquées, mais certains services restent pour l'instant dans cette situation inquiétante.

Réaliser ce travail d'information m'a permis d'en apprendre plus sur les services pédiatriques hospitaliers et donc d'enrichir mes recherches dans le cadre de mon article. Désormais, je connais mieux le milieu visé par mon sujet, ici d'un point de vue extérieur à celui du graphisme, ce qui est tout aussi intéressant (et important) à comprendre.

