



Le VRF d'Aix-les-Bains (550 lits) associe une structure médico-sociale à une offre de tourisme pour accueillir aidés et aidants. Le projet comprend des hébergements, une zone d'activités dont un centre aquatique, une salle de spectacles, des structures sportives, un club enfant et un restaurant.

# Médico-social : une architecture du « *sensible* » pour des établissements connectés et ouverts sur la ville

À l'heure où les contraintes financières et réglementaires pèsent de plus en plus sur le secteur et où la diversité des services complexifie l'offre, la conception de projets qualitatifs mêlant parcours de soins, d'habitat et de services s'avère parfois difficile. Les modèles de conception sont encore souvent calqués sur le secteur hospitalier où les soins prédominent, la dimension hôtelière mise en avant n'étant souvent qu'un pis-aller. Vrai pour tout projet architectural en santé, mais encore plus pour les structures médico-sociales, la connaissance des habitudes des résidents, de leurs troubles mais aussi du mode de fonctionnement des établissements est primordiale. C'est pourquoi les architectes doivent plus que jamais s'appuyer sur des compétences médicales, paramédicales et technologiques pour concevoir des projets sensibles, adaptés aux enjeux du handicap et du vieillissement de la population. Avec plus de 15 ans d'expérience dans la santé et le logement, l'agence In-Fine architectes constate depuis plusieurs années ce besoin de croiser les points de vue et d'impliquer le corps médical dans la réflexion architecturale et la conception d'établissements médico-sociaux.

Entretien avec **Emmanuelle Ladet**, architecte DPLG, directrice de l'agence In-Fine Paris



**Aujourd'hui on ne conçoit plus un établissement médico-social comme il y a 15 ou 20 ans. Quels sont les nouveaux enjeux architecturaux du médico-social ?**

**Emmanuelle Ladet :** Plus qu'une évolution, c'est une révolution sociétale à laquelle nous assistons, avec en filigrane le vieillissement de la population et la perte d'autonomie. Les modèles de logements, de services et d'établissements sont complètement remis en perspective. Aujourd'hui, un projet médico-social n'est jamais isolé. Il s'inscrit dans un maillage de services et tisse des liens forts avec son environnement social,

culturel et économique. En cela, le médico-social présente un réel potentiel de développement. Notre expérience dans le logement mais aussi dans des projets hospitaliers de courts, moyens et longs séjours (rééducation et réadaptation) nous a montré l'importance d'élargir la réflexion aux questions d'accessibilité (aux services, à la culture, à autrui), de lien médical ou paramédical (télémédecine), d'outils de mises en situation (appartements thérapeutiques). Nous voyons aussi un transfert de compétences des établissements vers le domicile, avec l'apparition de *living labs* dans les structures de réadaptation. Grâce à ces plateformes innovantes analysant les problématiques des personnes hospitalisées, il est aujourd'hui plus simple d'envisager un retour à domicile serein.

### **Quelle philosophie insufflez-vous à vos projets dans le médico-social ?**

**E.L. :** Notre expérience et les demandes du secteur nous ont appris à porter un regard critique et une écoute bienveillante. Les opérateurs nous sollicitent de plus en plus en amont avant même que le projet architectural ne soit lancé, la vision immobilière étant indispensable à leur réflexion stratégique. Aujourd'hui, le médico-social génère peu de projets de constructions neuves, restriction de créations de places oblige. Les opérateurs privilégient davantage les extensions, les restructurations et les reconstructions de structures vieillissantes. Un projet immobilier médico-social se construit donc rarement sur une page blanche. L'intérêt pour nos équipes est d'échanger très en amont avec l'opérateur afin de valider ou d'invalider rapidement les orientations du projet d'établissement, l'objectif étant toujours d'être réaliste tant d'un point de vue fonctionnel que financier. Cette approche implique non seulement une grande capacité d'écoute mais une connaissance a minima du sujet pour éviter de s'enfermer dans des demandes irréalisables. Nous assurons l'adéquation entre le projet d'établissement et le projet architectural.

### **Conçoit-on différemment un établissement accueillant des personnes âgées d'une structure pour handicapés ?**

**E.L. :** Il s'agit de secteurs très différents avec des attentes et des besoins distincts. Le secteur du handicap comprend plusieurs types d'établissements dédiés à l'accueil des enfants, des adolescents (EEAP, IME...), à l'hébergement des adultes (Maisons d'accueils spécialisés et Foyers d'accueil médicalisés), au travail (Établissements et services d'aide par le travail) pour n'en citer que quelques-uns. Ces structures accueillent des personnes sur des périodes longues, avec souvent des transitions difficiles d'un établissement à l'autre en raison de l'âge, et donc des risques de rupture de qualité de prise en charge. Pour l'architecte, tout l'enjeu est d'imaginer des lieux à la fois de vie et de soins. S'agissant des personnes âgées, nous constatons que les établissements de type Ehpad (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) accueillent des personnes toujours plus dépendantes, à des âges parfois très avancés. Ces structures sont généralement leur dernier lieu de vie, avec une durée moyenne de séjour entre 18 et 24 mois. Les personnes accueillies souffrent en majorité de troubles cognitifs et de désorientation temporo-spatiale, compromettant leur maintien à domicile. Pour toutes ces raisons, la dimension « *sensible* » de l'architecture de ces lieux (lumière, température, odeurs...) est devenue fondamentale, en plus des questions liées à l'habitat, aux soins et à l'intimité. Les habitudes de vie, l'histoire et la culture des utilisateurs sont donc des paramètres à intégrer pleinement à la démarche conceptuelle : un établissement à Marseille ne sera pas tout à fait le même qu'un autre à Dunkerque, tout comme un établissement en milieu urbain ne répondra pas aux mêmes critères qu'un autre installé en pleine campagne.

### **Quelles sont les contraintes du secteur médico-social ?**

**E.L. :** La principale reste de nature procédurale. La phase d'obtention des autorisations et des financements peut s'avérer longue et complexe et allonger le délai global d'une opération. C'est pourquoi l'intervention de l'architecte en amont du projet est essentielle pour asseoir la faisabilité immobilière préalablement à la sollicitation des autorités de tutelle. L'autre particularité est que l'architecte

collabore avec des opérateurs peu ou pas structurés d'un point de vue immobilier. Faute de compétences, certains opérateurs peuvent faire programmer et concevoir des projets ambitieux mais irréalistes lorsqu'ils sont confrontés aux réalités techniques et financières. Le savoir-faire de l'architecte, notamment sa vision de synthèse, est alors crucial, dès les phases de faisabilité du projet.

### **Comment concevoir des espaces mêlant bien-être et qualité de vie ?**

**E.L. :** Dès les premières phases d'études, la réflexion s'appuie sur la compréhension des modes de vie et de travail de l'établissement à concevoir. Si les programmes fonctionnel et technique permettent à l'architecte d'intégrer des données quantitatives et qualitatives, c'est avant tout la manière dont les utilisateurs finaux vont vivre et travailler au sein des espaces qui prévaut. Cette approche met en lumière des questionnements liés à l'ouverture vers l'extérieur, à l'accessibilité des lieux, au positionnement de certains locaux (cuisine ouverte, par exemple) et à l'organisation des activités de l'établissement (distribution des repas...).

### **Aujourd'hui, les personnes sont de plus en plus âgées et dépendantes et souffrent de polypathologies lorsqu'elles intègrent les institutions médico-sociales. Comment cette évolution a-t-elle été prise en compte dans les réflexions architecturales ?**

**E.L. :** Il y a encore 10 ou 15 ans, les Ehpad étaient conçus comme des habitats améliorés avec très peu de moyens médico-techniques. Aujourd'hui, les structures médico-sociales sont mieux équipées et toujours plus connectées. Nous voyons émerger de nouveaux outils de prise en charge, à l'image des Pôles d'activités de soins adaptés (PASA) et des Espaces multi-sensoriels (snoezelen). Le développement de la télémédecine améliore également le confort et la sécurité des résidents tout comme les conditions de travail du personnel : détection des chutes ou des fugues, suivi de l'activité avec un sol intelligent, piluliers connectés... L'architecte doit prendre en compte ces innovations dès l'étape de conception car elles nécessitent des infrastructures techniques spécifiques (réseaux, courants faibles...).

### **L'établissement médico-social de demain sera davantage ouvert sur la ville et son environnement. Comment relever ce pari ?**

**E.L. :** Cette évolution est fondamentale, à plus d'un titre. Un établissement médico-social doit être stratégiquement implanté, avec des liens et une ouverture sur son environnement économique, social et culturel. Le traitement architectural du pas-de-porte, de l'entrée principale, l'accueil, en relation avec les espaces extérieurs publics (marché, place publique...) participent à améliorer la sociabilité et le bien-être des résidents. Dès les premières phases de réflexions, l'architecte peut accompagner la maîtrise d'ouvrage pour définir avec elle les critères d'implantation de son établissement. Certains sites peuvent être écartés pour des questions d'éloignement des transports en commun ou de proximité avec les commerces, essentiels pour les résidents encore autonomes. La vision de l'architecte doit sortir des murs du bâtiment et porter sur l'environnement du projet, l'accessibilité urbaine étant le prolongement naturel de l'établissement.

### Est-il difficile pour l'architecte d'appliquer le principe du « hors les murs » au médico-social ?

**E.L. :** L'expression « hors les murs » fait aussi bien référence à un habitat adapté aux personnes âgées en dehors de l'Ehpad qu'aux services externalisés (portage de repas, téléassistance...). Cette vision, qui dépasse généralement notre cadre d'intervention — essentiellement ciblé sur le bâtiment — relève d'autres compétences : aménageur, bailleur, exploitant... Si l'architecte n'est pas le seul décisionnaire, il doit être porteur de concepts innovants en collaboration avec l'opérateur. Si le « hors les murs » est une tendance à explorer de plus en plus, l'établissement doit aussi, à l'inverse, pouvoir accueillir des activités artistiques et culturelles venant de l'extérieur, garantes de la citoyenneté et de la sociabilité intra muros.

### Le secteur médico-social ne souffre-t-il pas d'un certain « hospitalo-centrisme » de la politique de santé en France ?

**E.L. :** C'est en effet le cas. L'hôpital est au centre de toutes les actions plus ou moins coordonnées d'un territoire de santé. Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont le prolongement de ce système, même si l'objectif est aujourd'hui de mutualiser les pratiques médicales, les moyens humains et médico-techniques d'un bassin de population. Reste que les établissements médico-sociaux ne rentrent pas, pour le moment, dans cette démarche. Malgré des orientations ministérielles affichées, il est très difficile de décloisonner les sphères sanitaire et médico-sociale, notamment pour des questions de financement. Cela étant, de nombreux partenariats réussis sous forme de conventions démontrent l'importance des intérêts communs, portés par la motivation de professionnels impliqués. Cependant, lorsqu'il faut impliquer les deux secteurs autour d'un projet immobilier, le montage et le déroulé du projet peuvent se révéler complexes du fait d'intérêts divergents. Lors de la cession d'un terrain hospitalier au profit d'un projet médico-social, par exemple, l'opérateur sanitaire cherchera à valoriser son foncier alors que l'opérateur médico-social voudra maîtriser son investissement... même si le déblocage d'occupation de lits hospitaliers en places médico-sociales a du sens. Dans ce contexte, l'architecte ne peut jouer qu'un rôle de facilitateur.

### Sur quels projets médico-sociaux l'agence In-Fine est-elle engagée aujourd'hui ?

**E.L. :** Nous menons actuellement deux missions aussi intéressantes que différentes. La première, le village répit famille d'Aix-les-Bains (73), offre la possibilité aux aidés et aux aidants de prendre des vacances ensemble. Ce projet — porté par PRO-BTP et soutenu par le ministère de la Santé — fait partie du réseau associatif VRF. Il comprend une offre d'hébergement hôtelier, un pôle d'activités et des services, personnalisables via un portail unique. Il s'agit d'un exemple innovant d'articulation entre le médico-social et le tourisme. Cette mixité d'offres sera amenée à se développer de plus en plus. La deuxième consiste à réaliser un schéma directeur stratégique portant sur plusieurs établissements d'une importante association médico-sociale de la région normande. Notre équipe a été sollicitée très en amont sur la base d'un audit immobilier pour accompagner l'opérateur dans la définition d'une offre d'habitat sous forme de parcours, de projets éducatifs et de services adaptés. Ces pistes de développement reposent sur la mutualisation de moyens humains et matériels. Elles généreront des créations d'emplois et amélioreront la formation des professionnels tout comme l'inclusion sociale des bénéficiaires.

### Comment voyez-vous l'évolution du métier au regard du boom du médico-social ?

**E.L. :** Avec la demande grandissante de la génération actuelle et de celle de demain de vivre à domicile, l'offre d'hébergement va se diversifier et s'intégrer davantage au paysage de la cité. Les services à la personne continueront de se développer et à se diversifier. La dimension institutionnelle, quant à elle, sera réservée aux personnes qui ne pourront pas rester chez elles et aux porteurs de troubles cognitifs pour lesquels des moyens médicaux, paramédicaux, éducatifs et thérapeutiques adaptés seront développés. Notre rôle en tant qu'architecte est d'impliquer les acteurs du sanitaire et du médico-social dans la conception de ces nouveaux habitats et de ces territoires de santé. Plus nous renforcerons les synergies entre les personnes en perte d'autonomie et les professionnels qui les accompagnent, plus nous pourrions répondre aux enjeux grandissants du médico-social.



Village Répit Famille (VRF)

Maître d'ouvrage : PRO BTP | Lieu : Aix-les-Bains (73) | Programme : construction d'un établissement de vacances pour personnes malades et accompagnants | Surface : 23 600 m<sup>2</sup> | Montant des travaux : 40 000 000 €HT | Mission : base + EXE1 | Études en cours | Architecte mandataire : In-Fine architectes | BET structures : GES | BET fluides : Katene | BET VRD : Viatic | Économiste : Denizou | BET cuisines : BETR | BET HQE : Etamine | Paysagiste : Hors Champs.