



Installée à Aix-en-Provence depuis 20 ans, Brigitte Galloni est une architecte DPLG issue d'une double formation comprenant une spécialisation HQE et un Diplôme Universitaire Technique en Génie Climatique. Son expérience professionnelle dans les domaines de la maîtrise d'œuvre et de la programmation lui permet d'aborder des projets ou des problématiques avec une approche globale. Accompagnée par une équipe de six collaborateurs au sein de l'agence et active auprès des acteurs du domaine public, Brigitte Galloni a acquis une grande maîtrise des problématiques spécifiques aux structures les plus complexes, tant sur le plan immobilier que fonctionnel. Ainsi, l'agence intervient principalement dans les secteurs sanitaire et médico-social, du logement et des équipements publics. Son expérience en programmation s'avère souvent être une compétence appréciée des maîtres d'ouvrage leur permettant d'affiner leur programme et de faciliter le dialogue avec les utilisateurs.

Dans l'ensemble des projets menés, chaque réflexion est conduite par un concept et un parti permettant d'aboutir à un programme fonctionnel, convivial, à échelle humaine et remettant les utilisateurs au cœur du sujet, première notion immuable d'une conception. De cette approche émane une architecture contextuelle, raisonnable et raisonnée, durable et au service des utilisateurs quels qu'ils soient.

Dans le domaine de la santé, au cours de sa carrière, Brigitte Galloni est notamment intervenue auprès des hôpitaux de Montfavet, de Montperrin et de Pont Saint Esprit ainsi qu'auprès des Centres Hospitaliers Universitaires de Marseille, Nîmes, de la Réunion et Montpellier. L'atelier œuvre également auprès d'institutions ou associations médico-sociales telles que l'association Saint Michel, maison d'enfants et des ADAPEI. ■

La diversité des structures spécialisées, des populations accueillies, des pathologies et des handicaps fait la richesse du secteur médico-social. Dans ce contexte, comment concevez-vous une architecture empreinte de toutes ces complexités ?

Comment notre société considère-t-elle cette richesse ? La considère-t-elle réellement comme telle ? Certes nous pouvons parler de richesses, mais plusieurs questions éthiques se posent. Certains mots nous laissent imaginer le contraire comme l'âgisme, l'exclusion, le mouvoir, la privation de liberté, l'éloignement, la solitude, la dépression, l'indignité. D'autres termes contrebalancent cette vision comme les anciens, la dignité, le respect, l'intergénérationnel, la mixité ou la liberté de choisir. Notre société ne doit-elle pas repenser sa politique d'accompagnement du vieillissement et du handicap pour l'avenir ? Comment aujourd'hui proposer une architecture qui permette d'éviter ces sentiments d'enfermements, de privation de liberté, permette un accès aux soins de plus en plus importants avec le 4^e âge, en offrant des espaces de vie, d'échanges, de plaisir, de bonheur... Notre architecture découle de ces contradictions et complexités en s'efforçant de proposer des bâtiments, des espaces intérieurs et extérieurs ainsi des volumes simples, conviviaux et généreux.

A quel stade des réflexions l'architecture doit-elle être intégrée dans un projet médico-social, et quelles sont les spécificités architecturales de ces dernières années marquant l'évolution des profils et des besoins des résidents ?

Au temps zéro. La politique d'accompagnement du vieillissement doit intégrer l'architecture dès la genèse du projet, à travers la taille et la capacité de l'établissement, son positionnement dans son environnement, son projet de vie et de soins. Nous savons que la taille critique d'un établissement est limitée. Les spécificités sont diverses et parfois contradictoires. Le degré de dépendance augmentant, l'architecture doit de plus en plus appréhender les spécificités liées à ce point. Ces déficiences peuvent être physiques et/ou mentales. Les chambres sont aujourd'hui dimensionnées pour accueillir des patients avec des handicaps lourds, les espaces de vie deviennent des espaces restreints au profit de lieux de soins. Les problématiques liées à la maladie d'Alzheimer ont entraîné des configurations d'unités fermées, comparables à la prise en charge en unité psychiatrique fermée.

Dans quelle mesure appréhendez-vous les avancées technologiques (santé connectée, robotique, domotique, etc.) afin que votre conception ne soit pas obsolète une fois achevée ?

Il est un peu ambitieux de parler d'obsolescence pour des établissements de ce type. Les temps de réalisation ne sont pas suffisamment longs pour pouvoir dire que notre conception est obsolète une fois achevée sur le plan des évolutions technologiques. Les grandes avancées technologiques de ce domaine sont aujourd'hui peu mises en œuvre pour des questions de budget. Les budgets alloués aux établissements médico sociaux, même s'ils sont annoncés comme étant une priorité pour les institutions, ne permettent pas d'intégrer toujours des éléments de technologie de pointe. La robotique est certes un élément novateur mais qui, à mon sens, ne demande pas une architecture spécifique. La santé connectée, largement éprouvée dans les établissements sanitaires, fait partie

intrinsèque de nos conceptions que ce soit la télémédecine ou la domotique.

Comment le parti architectural d'un projet médico-social peut-il favoriser le bien-être et le confort des résidents et du personnel sans donner un caractère trop « sanitaire » aux structures actuelles et futures ?

Là est la question fondamentale. A-t-on aujourd'hui un modèle répondant à cette problématique dans notre pays ? Il me semble que nous sommes arrivés au bout du modèle architectural et qu'une nouvelle organisation de ces structures doit être pensée, une nouvelle vision des prises en charge. Les pays scandinaves sont certainement plus avancés que nous sur ces modèles. Nous sommes devant un leurre. Les résidents accueillis aujourd'hui en EHPAD sont de plus en plus dépendants et souvent en fin de vie. Ceci implique une prise en charge médicale et soignante importante. Comment résoudre l'équation difficile d'offrir des lieux d'activités, des espaces de vie quand la priorité devient le soin et que les soignants sont épuisés et de moins en moins nombreux ? Le parti architectural peut évidemment répondre à ces exigences, grâce à des compositions, des organisations efficaces. Cependant la capacité des établissements devient un élément essentiel dans l'élaboration du parti architectural.

Dans quelle mesure l'accompagnement et les échanges avec les utilisateurs orientent-ils vos réflexions en matière de conception ?

Ils sont au cœur de notre conception, comme dans tout projet. Un architecte ne saura répondre aux exigences sans contact avec les utilisateurs. J'en suis d'autant plus convaincue en tant qu'ancienne programmatrice et très certainement encore programmatrice pour chacun de nos projets. Cet accompagnement et ces échanges ne sont pas propres à ce type d'opérations. Ils nourrissent nos réflexions, notre conception, notre compréhension du sujet dans sa globalité. L'architecte est peut-être l'ultime intervenant qui, dans l'acte de construire, conserve aujourd'hui un regard global et complet sur cet acte, souvent considéré comme une succession de spécialités. Or, il doit être ou redevenir une association de compétences, son aboutissement devant être la synthèse répondant à tous les utilisateurs qu'ils soient résidents, patients, personnels, familles, aidants, etc.

Au regard des avancées dans la prise en charge gériatrique, comment définiriez-vous la notion de flexibilité des espaces accueillant nos aînés ?

Cette notion de flexibilité se retrouve également dans la population des personnes accueillies. Doit-on parler de flexibilité ou de polyvalence ? Les avancées dans la prise en charge gériatrique évoluent rapidement tout comme les populations accueillies. Elles sont très souvent technologiques et amènent à multiplier les actes ambulatoires et les actes paramédicaux. Cette flexibilité doit pouvoir répondre aux évolutions de dépendance des résidents, des états mentaux. Ainsi, il nous semble que cette évolution tient plus d'une polyvalence des espaces permettant à chaque résident de pouvoir évoluer dans son environnement. Cette flexibilité doit s'illustrer par la diversité des structures que notre société peut mettre en place, que ce soit le domicile, la maisonnée, l'EPA, l'EPHAD,...