



ACTIO Architecture est une société d'architecture fondée en 1990 exerçant essentiellement dans les domaines du médico-social et de la santé, pour des maîtres d'ouvrages publics ou privés essentiellement des associations et fondations.

Dirigée par ses trois associés, Philippe Voirin, Pierre Le Merer et Patrick Puget, Actio Architecture s'organise autour de chefs de projets architectes confirmés, épaulés par des collaborateurs (projeteurs, architectes, ...).

Sur chaque projet, ACTIO :

- intègre les démarches HQU® et HQE®.
- désigne un chef de projet dès le début de la conception et le maintient jusqu'à la livraison de l'opération.
- réalise toutes les prestations en interne, notamment en économie de la construction, afin de garder la maîtrise des coûts et une adéquation soignée des prestations.

Nous privilégions la concertation avec les maîtres d'ouvrages, mais aussi les utilisateurs et créons des liens étroits dans la perspective d'une réponse architecturale adaptée aux projets de vie et aux usages.

La dimension de notre structure vise à garantir un lien étroit et durable avec nos donneurs d'ordre. L'organisation du travail oblige à la permanence des intervenants sur la durée de l'opération pour préserver

cet atout vital qu'est la relation humaine avec le maître de l'ouvrage mais aussi avec tous les participants, et prioritairement, avec les gestionnaires et les utilisateurs, résidents ou personnels.

L'expérience et la variété des maîtres de l'ouvrage, des sites d'études, permettent aux architectes d'ACTIO des conceptions rationnelles, efficaces et pertinentes.

Chaque conception s'appuie de fait sur nos retours d'expériences.

La qualité de vie dans les établissements, le confort des résidents ou des patients, la fonctionnalité facilitant le travail des personnels restent au cœur de nos préoccupations.

L'agence présente une mobilité sur le territoire français en s'appuyant si nécessaire sur un réseau de partenaires. L'exercice de notre profession ne peut se limiter au seul savoir-faire technique car, pour qu'il soit honnête et entier, il exige un intérêt réel pour le sujet traité.

Un bâtiment n'est ni un acte gratuit, ni la représentation symbolique d'une maîtrise de l'art, moins encore une prouesse technologique. C'est un outil à vivre, à travailler. Il n'est pas une finalité mais un moyen. ■

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 ?

L'architecture n'a pas à témoigner de ces complexités, mais seulement à les synthétiser pour répondre à un besoin identifié, sans mettre en avant lesdites complexités. L'architecture doit rester avant tout humaine et rassurante. Il y a autant d'architectures que de programmes. Autant de sites que de possibilités architecturales pour y inscrire le projet. Actio se concentre surtout sur les caractéristiques propres à chaque sujet, à chaque projet de vie.

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 ?

A tous les stades et de plus en plus finement, depuis le fonctionnel et l'organisation générale de l'esquisse, à l'aspect extérieur et réglementaire du permis de construire, en passant par la mise point technique du projet, jusqu'à la finalisation des ambiances avec les locaux témoins et le suivi de chantier. Le parti architectural initial en constitue le fil rouge. L'évolution des profils se caractérise par des pathologies de plus en plus lourdes et dans des handicaps spécifiques (autisme sévère, p.ex.) et les besoins des résidents sont souvent exprimés par les soignants. Ils se traduisent par de plus en plus de précautions sur les espaces intérieurs, des espaces moins polyvalents ou plus dédiés, des groupes de plus en plus petits, une sécurisation croissante, moins d'usage des espaces collectifs ou de dimensions moindres.

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 difficile d'imposer seul ces technologies, elles sont impulsées par les utilisateurs qui souvent (sauf financement exceptionnel) ne les réalisent qu'à l'usage. Cependant, nous travaillons maintenant sur des projets équipés en domotique dès la conception comme c'est le cas pour la Maison d'Accueil Spécialisée que nous venons de livrer à Guéret. Le dispositif comprend l'accès par badge aux chambres, des commandes centralisées (éclairage, volet roulant...) le contrôle d'accès à certaines unités de vie et secteurs, de locaux professionnels... des caméras de surveillance dans les circulations pour prévenir de chutes, une gestion technique centralisée du bâtiment. Il nous faut prévoir de la souplesse dans la conception, avec une architecture adaptable et mutable. La difficulté à câbler après livraison pousse à prévoir des fourreaux disponibles pour des équipements ultérieurs.

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 ?

En étant adapté à sa destination, ni trop polyvalent ni impersonnel. Est privilégiée, la conception en maisonnée, en unité « familiale » de vie avec des locaux communautaires plutôt qu'en unité hospitalière seulement rationnelle et fonctionnelle où la vie en société est minimale et décentrée. Le bien être réside dans la qualité d'usage des espaces : distances à parcourir, chauffage doux confortable été comme hiver, traitement soigné de la ventilation, et de l'éclairage (naturel ou artificiel), confort et isolement acoustique. Le caractère sanitaire hygiéniste doit exister mais il se doit d'être discret, efficace mais gommé.

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

L'appropriation du projet par les utilisateurs est primordiale dans sa réussite. Nous sommes là pour organiser et concrétiser leurs souhaits et leurs besoins dans la mesure du possible. Rien de pire qu'un projet sans concertation, mais aussi sans intentions affirmées par les décideurs et encadrants.

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

Avec les médicalisations et handicaps croissants, la chambre notamment doit pouvoir s'adapter et évoluer. Elle devrait donc être encore plus grande et mieux équipée dans les Ehpad, pour accepter la domotique, les appareils respiratoires, les appareils d'assistance au levage et à la toilette... Les espaces communs doivent aussi pouvoir évoluer avec les projets de vie et l'évolution des prises en charges.

Dans les missions qui vous sont confiées, quel est l'intérêt pour l'opérateur de prolonger votre conception par un travail sur le choix du mobilier, son agencement ou la signalétique ?

Il en va de l'intérêt du projet, pour un réaliser ensemble cohérent, mais toujours de manière participative. Ainsi, le choix des meubles sur catalogue de fabricants, fait autant par le personnel pour son aspect fonctionnel que par l'architecte pour son esthétique et la cohérence du projet architectural apporte un plus. Un agencement spécifique élaboré avec ou par l'architecte permettra de répondre à des préoccupations d'ambiance et d'esthétique générale, d'acoustique, d'appropriation des lieux. Une signalétique concertée s'attache plus aux volumes bâtis qu'aux aplats d'une porte ou d'un plan.

Comment réfléchissez-vous les espaces extérieurs pour en faire de véritables outils thérapeutiques afin que l'architecture paysagère contribue à une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes ou handicapées ?

Malheureusement, trop rares sont les projets avec une telle ambition affirmée et où un foncier est en capacité de la recevoir. Nous nous intéressons particulièrement aux espaces proches des lieux de vie pour être accessibles, facilement surveillés et participer de la vie quotidienne. D'expériences, ils doivent être contenant, qualitatifs et limités en surface pour être rassurants. Les traitements des sols doivent être adaptés (non meuble, à faible déclive, avec mains courantes, ...). Selon le type de prise en charge, l'espace devra être clos, les jardinières réhaussées, ... Et dans tous les cas ne jamais contenir de plantes allergènes.

Dans quelle mesure un projet médico-social devrait, dès sa programmation, considérer une ambition sociale d'inclusion dans la ville et une ouverture sur son environnement ?

Dans l'absolu, un projet médico-social devrait, dès sa programmation, considérer une ambition sociale et d'intégration dans la ville et la vie locale (par exemple, accès par transports en communs, relations au voisinage et nuisances, proximité d'activités, accès aux espaces extérieurs, mixité ou mutualisation avec d'autres équipements...). Nous constatons que dans la majorité des cas, le terrain, donc le site, urbain ou non, est imposé sans considérer cette préoccupation. L'architecte est donc contraint de s'insérer dans une urbanité, ou une absence d'urbanité, en se protégeant avant tout des nuisances. Nous militons pour la réalisation d'équipements pour personnes âgées ou handicapées en ville, en secteur urbain. Malheureusement, en raison de la rareté du foncier et des contraintes financières, ce n'est pas toujours le cas. En ville, l'intégration au bâti environnant est à juste titre une demande forte, afin de ne pas stigmatiser les populations accueillies. ■