



SCAU: SEARCH & CREATE ALTERNATIVE USES UN COLLECTIF SINGULIER

Nous pensons que le projet naît de rencontres, de points de vues, de partages, qu'il se crée lorsque nos différences, nos savoirs et nos sensibilités ont l'audace de se mêler, de se défier, de se dépasser. Alors se forment ces espaces de créativité d'une infinie richesse, qui ont l'intelligence du collectif et la singularité de l'inédit.

Inlassablement, nous cultivons cet esprit de collectif singulier, au sein duquel chaque talent exprime la vision qui lui est propre et participe à la dynamique d'un projet, dans l'échange, le débat, l'initiative, la confiance. Lorsque nous explorons, rêvons, évoluons, lorsque nous gagnons ou perdons, lorsque nous apportons une réponse, pleine et simple, complexe et évidente, c'est toujours ensemble. Et plus encore : c'est au nom de chacun.

L'agence SCAU s'inscrit dans une dynamique de polyvalence et travaille dans de nombreux domaines : des hôpitaux, des équipements culturels, des stades, des universités, des logements, des hôtels, des bureaux, des commerces, des ouvrages d'art, de l'urbanisme, jusqu'au design et à l'aménagement intérieur. SCAU favorise les échanges transversaux grâce à ses nombreux collaborateurs architectes, ingénieurs et graphistes, aux multiples savoirs-faire et de différentes nationalités.

À travers ses projets, SCAU pratique et revendique la diversité, sans à priori formel. Les projets de l'agence ne répondent pas à un style mais à

des situations sans cesse renouvelées. Par une analyse fine du territoire géographique et social, l'agence dévoile les richesses des lieux dans lesquels elle intervient et s'adapte aux modes de vie contemporains. SCAU se nourrit également des influences multi-culturelles et des technologies de communication en constante évolution, qui induisent de nouvelles formes d'organisation spatiale.

Les questions liées à l'environnement ont toujours été au cœur des préoccupations de l'agence et portées comme une responsabilité citoyenne fondamentale. L'approche environnementale de l'agence s'appuie sur l'analyse de l'ensemble des caractéristiques d'un contexte afin de guider ses choix. La performance environnementale d'un projet relève bien souvent de techniques simples et pérennes, plutôt que de systèmes technologiques condamnés à devenir obsolètes.

SCAU bénéficie d'une expérience reconnue dans les domaines hospitaliers et sportifs, construit en Europe et s'enrichit d'expériences en Asie et au Moyen-Orient.

Préserver un regard créatif depuis l'esquisse jusqu'à la réalisation en faisant de chaque projet une réponse claire à des situations complexes constitue un des enjeux majeurs du processus de conception de l'agence. A travers cette quête permanente, SCAU imprime sa marque dans le paysage urbain et propose une vision singulière de l'architecture. ■

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 ?

La question mérite, selon nous, d'être reformulée. Nous sommes convaincus, et cela constitue même un postulat essentiel pour tout projet, qu'il ne doit pas exister «une» architecture qui prendrait en charge une diversité de situations, de populations, etc. Un peu à l'image de l'emploi du terme générique «hôpital», qui masque une réalité faite d'une diversité de situations architecturales, urbaines, de tailles d'équipements, d'usages, etc. Pour pouvoir accueillir durablement la multiplicité des conditions (âges, vulnérabilités, maladies, handicaps, ...), il nous paraît donc essentiel d'élargir la manière dont la question est posée, à nous autres architectes comme à l'ensemble des acteurs politiques, sociaux, économiques : dans le contexte d'un vieillissement généralisé des populations, quels lieux de vie souhaitons-nous inventer pour l'humain dans tous ses états 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 ?

La réflexion sur l'espace doit être intégrée au plus tôt. Et plus nous sommes en amont, plus l'espace est à aborder dans sa grande échelle : parler de géographie, de situation urbaine, avant de parler d'architecture. Le choix du terrain, qui est la première décision «architecturale», est un sujet fondamental dont beaucoup de choses dépendront ensuite ; la meilleure des architectures ne compensera pas une situation territoriale défavorable. Car les profils et les besoins des résidents évoluent bien sûr, mais il y a un besoin qui n'évoluera pas : celui de l'inclusion dans la société et dans son système territorial partagé. C'est pourquoi il ne faut d'ailleurs pas limiter la réflexion à l'emplacement d'un seul équipement, mais aussi penser cet équipement dans sa relation à d'autres ; penser en amont à la complémentarité des différents lieux constitutifs d'un parcours de vie.

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

Les avancées techniques ont et auront des impacts évidents : la médicalisation à domicile par exemple, qui est l'un des enjeux les plus importants de la réflexion territoriale dont nous venons de parler. Mais notre expérience des lieux soignants, étalée sur plusieurs décennies, nous a surtout appris quelque chose : beaucoup de choses changent mais certaines choses ne changent pas. Et nous devons nous concentrer sur celles-ci, sur ce qui dure ; c'est la meilleure manière d'aborder et d'absorber ce qui change. En d'autres termes, nous avons d'une certaine manière à résister face aux discours omniprésents sur une «incertitude» des pratiques à venir, et travailler surtout à reconnaître et fabriquer ce qui relève, avec «certitude», du bien-être humain : quelques qualités spatiales simples mais essentielles, telles que la vue, le rapport à la ville, les parcours, les pleins et les vides...

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 ?

Le caractère «sanitaire» ne doit pas être rejeté, comme s'il était un défaut. La dimension sanitaire renvoie à celle médicale et technique de l'acte de soin, et il y a nécessairement des conséquences en termes de conception des espaces. Ce à quoi nous pouvons travailler, en revanche,

c'est à l'adoucissement de la dimension «sanitaire» du point de vue de sa perception : un espace sain ne doit pas nécessairement être un espace à l'apparence aseptisée. Pour répondre à cette problématique difficile car très contrainte, il est utile de déplacer le regard : non pas du point de vue d'un espace, mais du point de vue de la succession d'un espace à un autre ; en se concentrant sur des séquences et des seuils. Par exemple, en partant de l'espace public pour aller progressivement vers des espaces sanitaires, et ainsi adoucir les changements perceptifs.

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

Les échanges avec les utilisateurs doivent être au fondement de la conception. On sait que la dimension subjective du soin est essentielle, et que le processus de dialogue entre soignant et soigné participe à l'efficacité du traitement. Ce processus relationnel peut être élargi à l'architecte, qui, lui, a à «prendre soin» du bâti : fabriquer les conditions d'une «architecture narrative», qui accompagne les pratiques de «médecine narrative» dont on parle de plus en plus. Et le dialogue doit aussi s'élargir au personnel. Une situation problématique réside aujourd'hui dans le fait que les personnes les plus vulnérables sont souvent prises en charge par des individus eux-mêmes vulnérables (non pas médicalement, mais socialement et économiquement). Ce sont leurs histoires et leurs besoins qu'il faut également écouter, et leurs espaces auxquels il faut apporter un soin particulier.

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

La notion de «flexibilité», que l'on retrouve aujourd'hui partout, n'est peut-être pas tout à fait la bonne ici. Ce qu'il faut fabriquer, surtout, c'est la possibilité pour l'usager de créer les conditions d'une vie domestique : s'approprier l'espace, en y ramenant par exemple des objets personnels. Ainsi la chambre devient «chez soi», et le couloir devient la rue ; une urbanité est recréée, à une plus petite échelle adaptée au grand âge des habitants : «une ville est une grande maison et une maison est une petite ville», disait Aldo van Eyck. Le modèle du canton nous inspire aussi. Ce schéma spatial ancien, et qui a été repris il y a quelques décennies, met les anciens au cœur d'un dispositif domestique collectif. Des pièces ouvertes sur le cœur de la pièce fabriquent un équilibre entre l'intimité des résidents les plus vulnérables et leur inclusion active dans une communauté.

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 ?

Au-delà de l'idée précédente – le choix du mobilier par les résidents eux-mêmes –, il est évident que la distinction entre immobilier et mobilier n'est plus adaptée pour penser des lieux de soin. La rencontre entre ces deux dimensions constitue même une stratégie qui nous paraît apte à inventer des nouveaux modèles : c'est dans ce but que nous venons de signer un partenariat avec l'École des Arts Décos, précisément pour traiter avec les enseignants et étudiants la question du soin. La signalétique est un autre support essentiel de conception, qui peut permettre de superposer au récit architectural d'autres récits, qui parlent de parcours plus que de fonctions. Une multiplicité de séquences, produisant d'autres regards et d'autres usages de l'espace, peut ainsi être inventée pour reconfigurer les choses ; d'autres couches narratives qui nourrissent et font dévier le récit médical. ■