



Un peu d'histoire...

Construite sur un modèle collaboratif, l'agence In-Fine a été créée en 2000 par Claude Brugiére et 3 autres associés à Lyon. Installée à Lyon dans le 9^e arrondissement et à Paris, dans le 11^e, depuis 2013, elle compte aujourd'hui 27 collaborateurs, dont 7 associés, répartis sur les deux sites.

Experts en santé

Depuis sa création, In-Fine conçoit des lieux de soins et de vie, veillant particulièrement au confort, à la sécurité des patients mais aussi à l'ergonomie pour le personnel et à l'accueil des accompagnants. Aujourd'hui, la santé représente un tiers de l'activité d'In-Fine. À ce titre, l'agence est reconnue pour réaliser des projets complexes dans des environnements contraints, souvent en site occupé avec maintien de l'activité pendant les travaux. Cette expérience concerne les plateaux techniques (blocs opératoires, ambulatoire, imagerie...), les services d'hospitalisation, les services médico-logistiques et logistiques (stérilisations, pharmacies, cuisines centrales...). L'agence a également mené plusieurs projets dans le secteur médico-social : établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), résidences autonomie, maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueils médicalisés (FAM).

Le BIM pour faciliter les échanges

En 2010, In-Fine adopte la méthode BIM (Building Information Modeling) et développe des maquettes numériques qui regroupent l'ensemble des informations des phases conception, construction et exploitation, accessibles par tous les partenaires. Cette conception collaborative assure un projet qualitatif et maîtrisé de A à Z. Elle pousse aussi l'agence

à se renouveler sans cesse et à innover. En interne, un comité BIM permet de partager les bonnes pratiques. Les collaborateurs suivent des mises à niveau régulières et les nouveaux arrivants sont systématiquement formés à la méthode et aux outils. Aujourd'hui 80% des projets In-Fine sont réalisés en mode collaboratif.

Des plans au chantier

Les architectes et les ingénieurs travaux de l'agence travaillent main dans la main de la conception jusqu'au parfait achèvement des projets. Leur rôle est d'assurer la maîtrise d'œuvre complète d'un projet, de sa conception à son exécution. Un savoir-faire en interne qui permet d'être réactif face aux aléas du chantier et de garantir le « *tel que conçu* ».

Pas une mais des architectures

En 2018, In-Fine a changé d'image avec un logo plus épuré accompagné de la mention « *architectures* ». Architectures au pluriel car In-Fine défend une approche collaborative du travail. L'agence se bat aussi pour ne pas avoir de style architectural préconçu, chaque projet étant unique, avec une histoire, un contexte et des usages propres. C'est l'éclectisme qui guide l'expression de l'agence.

In-Fine, en chiffres

2 agences : Lyon et Paris
27 collaborateurs
15 ans d'expérience en santé
50 projets santé réalisés

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 ?

Créé en 1975 (loi du 30 juin), refondé par la loi du 2 janvier 2002 et complété par la loi du 21 juillet 2009, le secteur médico-social subit de profondes mutations depuis vingt ans. Les besoins en services augmentent tout comme ceux en accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap. Si la multiplicité d'acteurs (État, ARS, collectivités...), d'opérateurs (privés, publics, associatifs...) et la diversité de procédures et de modes de financement en font un secteur complexe à appréhender, le médico-social n'en est pas moins un fabuleux territoire d'expression architecturale. Tout l'enjeu est de savoir s'extraire des solutions standardisées qui ne répondent pas aux spécificités liées aux publics accueillis, à leurs pathologies, aux modes de gestion et aux contraintes financières du secteur. L'architecte doit aujourd'hui lire entre les lignes du cahier des charges, le remettre en perspective voire le critiquer afin d'enrichir le projet.

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 ?

Nous savons d'expérience que plus l'architecte est intégré à la réflexion en amont dans une démarche de dialogue avec le commanditaire, mieux le projet sera compris et meilleure sera son appropriation. Chez In-Fine, nous militons pour une programmation et une conception guidée par les usages, avec la participation des utilisateurs. Nous nous entourons régulièrement d'assistants à maître d'ouvrage, de médecins, de cadres de santé, considérant qu'un bon projet médico-social se construit à plusieurs, avec une équipe pluridisciplinaire intégrée. L'âge moyen des résidents intégrant ces structures étant en constante augmentation, la perte d'autonomie est au cœur de la réflexion, avec des questions liées à l'ergonomie et au repérage dans l'espace. L'architecture médico-sociale a une forte valeur d'usage et doit être avant tout fonctionnelle. Même si elle ne remplace pas l'intervention humaine, elle peut être prothétique et porteuse de sens, notamment pour ceux qui l'habitent et y travaillent. Ses dimensions symboliques, culturelles, historiques et sociales s'inscrivent pleinement dans le projet global de l'établissement médico-social.

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

Pour nous, un projet réussi est avant tout un projet capable d'évoluer dans le temps. L'obsolescence n'est pas uniquement liée aux avancées numériques ou technologiques, elle dépend aussi de la bonne intégration du projet à son environnement, de la qualification des espaces et de leur potentielle évolutivité. Au-delà des murs et du projet architectural et avant même les équipements connectés, le management et le projet stratégique de l'établissement sont des facteurs essentiels à la qualité d'accueil des résidents et à l'efficacité du travail des professionnels. Néanmoins, l'apport des nouvelles technologies s'avère pertinent pour améliorer les conditions de travail, renforcer l'autonomie des résidents comme le lien social avec les familles. Par exemple, des systèmes de

TV sur IP permettent de communiquer simplement par messages ou d'échanger des photos. Ils peuvent également diffuser des programmes d'animation ou servir d'interface à des services personnalisés. Avec les installations domotiques, les résidents peuvent piloter l'environnement de manière autonome. Grâce au développement de la télémedecine, les déplacements, à la fois coûteux et facteurs de risques pour les résidents, sont limités. Pour autant, ces sujets doivent être impérativement anticipés afin de prévoir les bonnes infrastructures techniques.

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 ?

Selon nous, il est important de garder à l'esprit que les établissements médico-sociaux sont des lieux de soins et des lieux de vie : ils doivent être autant que possible habitables et pas seulement exploitables. Les résidents doivent se sentir « chez eux ». Cela passe par l'architecture, les aménagements, les ambiances, le mobilier mais aussi et surtout par la manière dont les professionnels travaillent et évoluent dans ces espaces. C'est là que le projet architectural rejoint le projet d'établissement. Bien souvent, les programmes immobiliers restent calqués sur les programmes sanitaires pensés avant tout par et pour les professionnels. Les normes de construction et de réglementation ont également un impact fort sur la manière dont sont conçus les établissements et notamment les unités de vie.

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

Ils sont primordiaux et il n'est pas question d'en faire l'impasse pour qu'un projet soit réussi. Par expérience, une opération durant laquelle les utilisateurs ne sont pas sollicités se traduit soit par des adaptations coûteuses en phase de réception soit par un projet que les usagers n'arri-vent pas à s'approprier.

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

La prise en charge gériatrique n'est pas seulement une question de flexibilité mais aussi et surtout d'habitabilité des espaces. La problématique est souvent réduite à l'échelle d'un établissement. Or si l'on veut répondre correctement aux besoins, il faut réfléchir à l'échelle d'un territoire, d'une ville ou bien d'un quartier, dans lequel l'établissement médico-social joue un rôle de plateforme ressource pour des aînés dans et hors les murs (par exemple : accès au plateau technique, livraisons de repas, baluchonnage...). Il s'agit également de repenser les modèles en intégrant, par exemple, la notion du vieillissement dans des programmes de logements ou en imaginant des logements modulables, capables de suivre l'évolution de la famille, de la naissance des enfants à la perte d'autonomie des aînés. Bien sûr, l'architecte doit concevoir des espaces flexibles et évolutifs mais il doit aussi pousser les murs du médico-social et réfléchir en termes de territoire de santé, avec des parcours de soins et de services facilitant le maintien à domicile. Dans cette logique, les établissements médico-sociaux peuvent redevenir attractifs et non plus considérés comme des lieux d'enfermement ou de fin de vie. ■