



Réhabilitation et extension du service d'accueil des urgences comprenant également la création d'un SAU provisoire pour le maintien de l'activité pendant les travaux, Hôpital d'Instruction des Armées de Clamart (92). Concours In-Fine 2017 non lauréat

Urgences sans attente : le double défi de l'organisation et de l'architecture

Chaque année, la fréquentation des SAU (services d'accueil des urgences) des établissements hospitaliers en France augmente de 3,5 %, soit une hausse de 42 % par rapport à 2002. Rien qu'en 2015, 20,3 millions de passages annuels ont été enregistrés (chiffres DREES ministère des Solidarités et de la Santé). Plusieurs facteurs expliquent cette explosion : la facilité d'accès des urgences, la valeur « *refuge* » de l'hôpital mais aussi les ruptures de prise en charge entre les urgences, les autres services de l'hôpital et son environnement (médecine libérale, structures sanitaires ou médico-sociales). Un rapport d'information sénatorial publié le 26 juillet 2017¹ indique que cet encombrement récurrent serait dû en grande partie à « *un manque criant de solutions* » pour la prise en charge des patients à leur sortie des urgences, en particulier des personnes âgées. Dans ce contexte, c'est l'organisation aussi bien que la structure des urgences qui doivent être prises en compte. Les SAU étant, par définition, à la convergence de la technicité et de l'efficacité de la prise en charge, ils doivent être installés dans un environnement adapté, évolutif et qui dégage une certaine sérénité. Les concepteurs doivent ainsi répondre aux exigences fonctionnelles des programmes, tout en restant attentifs aux ambiances, aux conditions d'accueil des patients et des accompagnants, aux zones d'attente, à la diffusion des informations ou encore à la confidentialité.

¹ Rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 26 juillet 2017

Entretien avec **Emmanuelle Ladet**, architecte DPLG, directrice de l'agence In-Fine Paris, **Alain Sutter**, directeur d'hôpital, chargé de mission auprès du Secrétariat général, AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), référent Urgences dans le cadre des projets de reconstruction de différents établissements, et contribution du professeur **Enrique Casalino**, Chef de service des urgences de l'hôpital Bichat et Beaujon de l'AP-HP.



Comment envisagez-vous l'évolution des espaces d'urgences de l'hôpital ?

Emmanuelle Ladet: Elle est liée, entre autres, à l'évolution des politiques de santé (GHT²...), des situations rencontrées selon les territoires (population vieillissante, inégalités sociales...) et des politiques de sécurisation des établissements face à la montée des violences au sein de ces services. Ces facteurs génèrent des flux de patients hétérogènes, dont la prise en charge en urgences devient toujours plus complexe. Un projet de SAU impacte toujours un environnement bien plus large que les simples limites de l'établissement de santé. Il doit être envisagé à l'échelle de l'établissement et d'un territoire pour être pleinement dimensionné, qualifié et intégré. Il n'y a donc pas de modèle mais des projets différents selon le contexte et l'environnement dans lequel ils s'inscrivent. L'un des principaux enjeux de ces services est la durée de l'attente. Par principe, les SAU sont ouverts à tous et à tout moment, ce qui implique de pouvoir accueillir des flux plus ou moins importants de patients selon les moments de la journée et de l'année. Faut-il pour autant augmenter les espaces d'attente et le nombre de boxes de soins pour les accueillir ? A priori non. Une partie de la réponse réside dans la qualité du tri et de l'orientation

amont puis dans le processus de « *marche en avant* » qui doit être aussi fluide que possible, donnant l'impression au patient d'avancer au sein du service au fur-et-à-mesure du processus de soins. La gestion des sorties est également un facteur de fluidité et un sujet souvent défaillant. Outre cette fluidité recherchée, sept facteurs clés sont à intégrer dans la conception des espaces d'urgences :

1. L'implantation du SAU au sein de l'établissement de santé, en lien avec les différents accès selon les flux (patients, VSL, logistique...) et les liaisons fonctionnelles.
2. L'accessibilité, sans oublier l'accessibilité réglementaire: le service doit être clairement repérable et identifiable depuis l'espace public.
3. La taille: le service doit être suffisamment grand pour éviter l'effet « *cocotte-minute* » lors des pics d'affluence.
4. La distribution: le SAU doit proposer une bonne répartition des fonctions de soins en fonction du profil des patients (mobiles ou couchés, enfants, personnes âgées, personnes présentant des troubles psychiatriques...) et une marche en avant efficiente.
5. La modularité de certains espaces pour gérer les fluctuations de la fréquentation et faire face à l'afflux massif de patients en cas d'accident grave ou d'attentat.
6. La sécurisation des espaces de soins pour protéger le personnel en cas de menace interne (patient violent) ou externe (manifestation...).
7. L'ergonomie des postes de travail, des espaces d'accueil et d'attente dédiés aux patients pour amener une dose d'humanité au sein d'un service très médicalisé.



Hôpital d'Instruction des Armées de Clamart (92) - Concours In-Fine 2017 - Non lauréat

² GHT : Groupement Hospitalier de Territoire, dispositif qui régit la coopération entre plusieurs établissements publics de santé d'un même territoire. Ils sont définis dans les articles L6132-1 à L6132-7 du code de la santé publique.

Dans ce contexte, comment un établissement peut-il anticiper les besoins architecturaux liés à l'optimisation des services d'urgences ?

Alain Sutter: Les relations entre l'hôpital et la ville ont grandement évolué au fil du temps. Historiquement, les établissements de santé avaient pour objectif d'héberger les populations précaires tout en y enfermant les malades contagieux ou dangereux. C'était le cas de l'hôpital Saint-Louis construit en dehors de Paris comme une annexe de l'Hôtel-Dieu avec une gestion spécifique traduite dans un premier temps par une approche très religieuse. Les SAU représentent encore ces lieux de refuge et d'accueil pour tous. Or, pour atteindre les objectifs d'une gestion efficiente, les dirigeants hospitaliers doivent développer des liens de complémentarité avec les structures extrahospitalières (par exemple, les Maisons médicales de garde) s'ils veulent pouvoir faire face à un afflux toujours grandissant de malades. L'hôpital doit repenser l'organisation en aval et mettre en place des partenariats avec la médecine de ville et les structures privées permettant ainsi de mieux gérer les solutions d'aval internes et/ou externes et de libérer plus vite les lits d'UHCD³. À ce titre, l'AP-HP a lancé en janvier 2016 une mission transversale pour évaluer l'organisation et la conception architecturale des SAU. Le rapport dont j'ai été co-auteur avec Pascale Martinet, ingénieur de l'AP-HP, avait pour objectif d'établir un bilan des solutions fonctionnelles et architecturales mises en œuvre durant la dernière décennie dans les SAU et d'en tirer des enseignements pour l'avenir. Cette démarche de capitalisation nous a permis de fournir des recommandations en termes de fonctionnement, de conception architecturale et de démarche projet. En lien avec ce qui précède,

je souhaite mentionner l'importance des liens à développer avec les consultations afin de renvoyer vers l'organisation programmée les patients qui ne nécessitent pas de geste médical immédiat. D'autre part, la spécificité de la gestion des flux de certains patients nécessitant une prise en charge

adaptée (enfants, personnes âgées ou handicapées) milite en faveur d'une meilleure intégration de l'accompagnant au processus de soins. Or sur ce dernier point, il n'y a pas de consensus dans les organisations médicales, alors que la présence d'une personne de confiance permet d'améliorer grandement les conditions d'attente.

E.L.: Que ce soit pour un nouveau service ou une restructuration lourde, les besoins architecturaux requièrent une réflexion amont guidée par un chef de projet bénéficiant de la légitimité institutionnelle et alimentée par les acteurs impliqués de la maîtrise d'ouvrage. Dans le cadre du projet de restructuration du SAU de l'hôpital Cochin, nous avons eu la possibilité de travailler dès l'esquisse avec les équipes médicales et immobilières de l'hôpital. Dans le cas présent, l'intégration du programme fonctionnel ne nous permettait pas d'offrir cette réponse architecturale efficiente du fait de fortes contraintes liées aux existants et au maintien de l'exploitation. Sans dialogue itératif avec les utilisateurs, nous n'aurions pas pu atteindre la réponse jugée optimale par tous, car la constitution du projet a fait l'objet de choix déterminants au niveau fonctionnel que seuls les utilisateurs pouvaient envisager. Les contraintes des murs les ont obligés à questionner à la fois leur projet médical et leur projet de soins. Outre la méthode de travail permettant de poser les bases d'un cahier des charges et d'un programme immobilier solides, il existe des documents guides auxquels les établissements et les concepteurs peuvent se référer. Pour n'en citer que quelques-uns, les recommandations du référentiel national de la SFMU⁴ et l'outil d'analyse et d'autodiagnostic de l'ANAP⁵ aident les équipes projet à évaluer la performance de leur

service, à se situer au regard des bonnes pratiques et à élaborer un plan d'actions. Ces documents sont précieux pour préfigurer leurs réflexions sur le fonctionnement et les besoins architecturaux.

Quelle est la méthodologie idéale pour aborder un projet de construction ou de restructuration d'un service d'urgences hospitalier ?

E.L.: Il n'y a pas une méthodologie idéale mais des méthodes de conduite de projet à adapter en fonction des contextes, des acteurs et de la nature des projets. L'approche ne peut pas être la même selon que l'on construit *ex nihilo* ou bien que l'on reconstruit sur la base d'un état existant. L'objectif est de développer une réflexion structurée et partagée de l'amont à l'aval, de manière à ce que les utilisateurs finaux soient satisfaits des travaux réalisés.

A.S.: Pour tenir compte de l'insatisfaction de l'utilisateur final, notamment sur les conditions d'attente aux urgences, la méthodologie idéale devrait être inclusive pour exprimer les impératifs de sécurité et de sûreté de fonctionnement liés à une activité très aléatoire. La conception architecturale devrait donc répondre à des attentes incontournables de fonctionnement mais aussi permettre une évolutivité plus forte dans le temps. De ce fait, l'architecture de telles installations devrait faire preuve d'une plus grande souplesse pour pouvoir être modifiée le plus simplement et le plus rapidement possible en cas d'évènement grave. Or, ce n'est pas vraiment la réalité.

E.L.: L'architecte voit dans cette exigence de modularité l'un des plus grands défis auxquels il doit faire face. En effet, l'adaptabilité a des limites, les murs et les cloisons ne pouvant être indéfiniment modulables.

«L'architecte voit dans l'exigence de modularité un des plus grands défis auxquels il doit faire face»

La réflexion doit donc se focaliser sur les points durs et sur les variables d'ajustement. L'une des pistes structurantes est de raisonner par grands secteurs fonctionnels dans lesquels on peut envisager une certaine modularité. Ces secteurs sont : l'accueil/orientation, les soins et

l'UHCD. La gestion des flux en amont de la prise en charge hospitalière englobe l'accueil, les espaces d'attentes dédiés (patients légers ou lourds) et les boxes de tri des patients. Le secteur de soins est lui-même subdivisé en plusieurs zones selon la nature ou la spécificité des prises en charge, la gravité de l'état de santé des patients et de ses besoins en matière de surveillance. Le troisième secteur, l'UHCD, est composé d'espaces de surveillance continue accueillant le patient, en attente de retour à domicile ou de réorientation dans un service médical adapté. Les besoins en modularité les plus importants se situent dans les espaces d'accueil (patients debouts/couchés) et dans la zone de soins dite «rouge» qui assure la prise en charge des patients les plus critiques. Outre la gestion des pics d'affluence, les besoins de modularité dans un SAU peuvent concerner l'accueil de patients en cas d'attentat. Le traitement de la partie extérieure du service (rampe, sas ambulances...) devient alors vital et permet l'installation provisoire d'un dispositif de «campagne» pour accueillir, trier, orienter voire décontaminer les patients (gestion du risque NRBC⁶). Si l'établissement est centre de référence pour l'accueil des patients en situation de crise, l'architecte devra donc réfléchir à la manière de positionner et d'alimenter ces installations provisoires au sein du projet. Dans le cas du SAU de l'hôpital Cochin, des boxes aux cloisons amovibles sont prévus pour optimiser les capacités de soins en cas d'arrivées massives de patients. À l'hôpital Saint-Antoine, l'attente des patients couchés peut devenir, si nécessaire, un espace de tri et de soins amont en cas d'afflux massif.

3 UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. Elle a pour vocation d'accueillir des patients pour des séjours brefs avant un éventuel retour à domicile. Dans certains cas, elle servira de zone de surveillance initiale avant qu'une orientation vers une autre unité médicale soit décidée.

4 SFMU : Société Française de Médecine d'Urgences

5 ANAP : L'Agence Nationale d'Appui à la Performance a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre.

6 Risque NRBC : Nucléaire, Radiologique, Bactériologique et Chimique