



architecturestudio,

Architecturestudio est une agence internationale d'architecture, d'urbanisme et d'architecture intérieure installée à Paris, Venise et Shanghai.

Architecturestudio met son expertise au service de la création ou de la restructuration de projets hospitaliers depuis plus de trente ans. Elle participe également à de nombreux colloques sur la santé et est régulièrement invitée à s'exprimer sur le sujet en tant qu'expert.

L'agence pilote actuellement le chantier du futur CHU de la Guadeloupe. Il remplacera dès 2023 le CHU actuel sur un nouveau site. Il sera l'un des premiers établissements de santé français de nouvelle génération en matière de conception architecturale et le plus important bâtiment jamais construit sur l'archipel guadeloupéen. L'exigence médicale associée à ces contraintes particulières a imposé une conception innovante pour sa sécurisation.

Le chantier du CHU de Tanger arrive à son terme. Le Centre Hospitalier Universitaire de Tanger, d'une capacité de 800 lits, a vocation à constituer un véritable campus hospitalo-universitaire aux côtés de la nouvelle Faculté de Médecine et d'un centre d'Oncologie.

Architecturestudio propose d'une vision commune coordonnée par une équipe de treize architectes associés: Martin Robain, Rodo Tisnado, Jean-François Bonne, Alain Bretagnolle, René-Henri Arnaud, Laurent-Marc Fischer, Marc Lehmann, Roueïda Ayache, Gaspard Joly, Marie-Caroline Piot, Mariano Efrón, Romain Boursier et Widson Fortes Monteiro. La pratique de l'agence s'inscrit dans la rencontre et le consensus critique de multiples points de vue réunis autour d'une cause commune qu'est l'architecture. L'organisation chorale du studio dans le développement de chaque projet est un levier objectif et performant vers les réflexions complexes que la ville et les modes d'habiter convoquent aujourd'hui. Son écosystème opérationnel a fait le choix de s'écarter de l'exil de la pensée unique. En intervenant dans le monde entier depuis bientôt 50 ans, l'agence est mue par une compréhension globale de son exercice qui résulte de l'investigation de savoir-faires locaux face à chaque situation.

Contribution de Laurent-Marc Fischer,
architecte associé, Architecturestudio

Au regard de l'évolution de nos établissements de santé ces dernières années, comment définiriez-vous les services d'urgences d'aujourd'hui ?

La notion d'urgences a elle-même évolué. L'accueil du « *non programmé* » est plus adapté comme terme car il fait référence à un plus grand nombre de cas de figure. En effet, de nombreuses demandes d'arrivées ne révèlent pas toutes de l'urgence médicale, mais concernent aussi des consultations, du médico-légal ou encore du social, par exemple avec l'accueil des personnes sans domicile fixe. Les urgences savent répondre à un déficit de la médecine de ville et à des nouvelles évolutions sociales. Ce qu'on appelle le service d'urgence correspond donc à une entrée de l'hôpital avec un accueil du « *non programmé* » qui a pour mission une répartition rapide vers un ensemble de secteurs différents dont les urgences vitales. Il est intéressant à noter que certains hôpitaux se dotent de services supplémentaires comme le CHU de la Guadeloupe, qui gère des situations exceptionnelles et des activités plus rares telle que l'urgence hyperbare. En même temps, il faut traiter différents publics et besoins d'une manière adaptée. Par exemple, une femme enceinte et un cas psychiatrique, ou des enfants et des personnes en état d'ébriété, ne sont pas censés se cotoyer longtemps. Ces accueils différenciés sont non seulement destinés aux particuliers, mais aussi aux professionnels (SAMU/SMUR).

Au regard du contexte actuel, à l'occasion d'un projet de création ou de restructuration d'un service, comment pensez-vous que votre participation ou votre intervention avec les équipes des services des urgences hospitalières devrait se développer ? pour être plus efficace, plus adaptée...

D'une manière générale, nous nous attachons à dialoguer avec le corps médical tout au long du processus de conception du projet afin de proposer une organisation des services la plus adaptée possible. Nous devons aussi faire preuve de pédagogie pour faire accepter les évolutions de l'organisation spéciale, pas toujours facile à anticiper. En ce qui concerne plus particulièrement les urgences, il est nécessaire de définir des circuits jusqu'au services destinataires pour un cheminement aisé. Ainsi, le dialogue est élargi à d'autres services comme par exemple l'obstétrique, la réanimation, le PASS ou les équipes médico-légales. Il s'agit, de plus, d'un secteur qui justifie de nombreux allers-retours sur les plans entre programmistes, concepteurs et la maîtrise d'ouvrage MOA.

Comment pouvez-vous transcender le programme pour permettre aux services d'urgences de bénéficier des dernières avancées architecturales en matière de modernisation ?

Les urgences sont en crise en France et, plus largement en Europe, avec des tensions fortes sur le personnel médical, des évolutions de société importantes et des difficultés de ressources humaines. L'architecture est une partie de la réponse même si elle ne peut pas tout résoudre. Dès le moment de la conception, nous pensons les urgences en tant que lieu d'accueil. Il est nécessaire de concevoir les urgences non seulement en tant que solution technique de gestion de flux, mais également comme un lieu de vie. Notre rôle en tant qu'architecte est d'apporter une qualité d'usage et de confort à l'hôpital.

Il s'agit d'un secteur qui évolue rapidement et les références de l'étranger sont utiles pour enrichir notre réflexion, comme celles que nous avons vues lors des voyages organisés par « *Architecture Hospitalière* » aux États-Unis ou au Danemark ou par nos propres soins en Allemagne et au Japon.

Quels sont les enjeux urbains liés à l'aménagement d'un service d'urgences notamment en matière d'accessibilité ?

Un hôpital doit être visible et accessible de manière naturelle et intuitive. Pour le public, l'accès aux urgences doit être clairement identifiable et facile d'accès. Pour les professionnels, l'entrée doit surtout permettre une circulation libre, non encombrée et être discrète. Ces deux accès doivent ainsi se distinguer et être indépendants.

Il faut également prendre en compte les nuisances sonores et d'engorgement urbain en dessinant convenablement les voies d'accès. Au CHU de Pointe-à-Pitre, nous avons proposé une séparation claire des voies des flux, ce qui a entraîné un vaste projet de réorganisation des voies périphériques. Dans un contexte plus large, il est également important de traiter la relation de l'hôpital à la ville pour que la population locale s'approprie l'établissement de santé, crée un lien de confiance avec ce bâtiment structurant d'un paysage urbain, sans le percevoir comme une « *machine* » froide et distante.

Dans le cadre d'une restructuration, comment optimiser les liaisons entre les urgences et les autres services d'un établissement comme le plateau technique ou le plateau d'imagerie ?

Les hôpitaux actuels sont bien souvent le résultat de nombreuses restructurations successives. Il est souvent nécessaire de mettre en place un « *axe rouge* » vertical ou horizontal qui est direct et réservé exclusivement aux circuits d'urgences prioritaires et relie les urgences aux autres services. Si les contraintes du bâti existant sont trop importantes, la mise en place de cet axe primordial peut justifier de nouvelles propositions de travaux et même mettre en cause l'emplacement du service d'urgences.

Comment pouvez-vous redéfinir spatialement les zones d'accueil d'un service d'urgences pour apporter plus de confort aux patients, à leurs proches ainsi qu'au personnel de santé ?

Le premier objectif est de fluidifier l'accueil. Il est important de créer un environnement rassurant pour les patients et leurs accompagnateurs, qui se retrouvent souvent en état de stress. Ce confort se crée premièrement par une identification visuelle claire des différents espaces, puis par un environnement domestique, pas trop médicalisé en apparence, qui propose des coins adaptés pour les différents publics, notamment les familles. Des objets et vues peuvent attirer l'attention et détourner le stress pour que les équipes médicales puissent travailler avec le plus de sérénité possible. Le patient doit pouvoir sentir que les équipes médicales sont à son écoute et disponibles sans avoir à pénétrer dans les secteurs réservés. La banque d'accueil doit être organisée d'une manière qui évite des dispositifs peu accueillants type vitre isolante, mais propose une sécurisation suffisante par sa hauteur et/ou sa profondeur.

L'apport de la lumière naturelle est important, mais compliqué à intégrer jusqu'au cœur du bâtiment. De l'éclairage artificiel correspondant au rythme circadien en zone d'accueil calme l'appréhension. Dans la partie médicale, surtout dans les espaces les plus sensibles, tels que la salle de déchoquage, c'est la permanence d'une dominante bleue qui est utile. L'intégration du végétal dans les espaces non-médicalisés contribue également à l'apaisement des patients. L'acoustique et plus particulièrement le temps de réverbération est à soigner. Dans l'espace accueil la quantité d'absorbant acoustique peut primer sur les aspects d'hygiène nécessaires dans d'autres secteurs.

Enfin, le personnel soignant doit avoir ses propres lieux de retrait pour décompresser ponctuellement, déconnecter tout en étant à proximité des patients et de leurs accompagnateurs.

Comment l'architecture peut-elle répondre aux enjeux de sécurité et de confidentialité ?

La sûreté est un enjeu de plus en plus important, concernant l'hôpital dans son ensemble et en particulier les urgences. Le niveau de stress mais aussi le caractère sensible et ouvert du secteur doit justifier beaucoup de vigilance sans transformer cet espace d'accueil en « bunker » permanent. Nous pouvons agir sur la sécurité et la confidentialité en anticipant davantage en amont les flux, que ce soit les flux enfant, adulte ou obstétricien. La création d'espaces confortables et rassurants contribue bien évidemment aussi à maîtriser ces sujets.



Perspective du CHU de la Guadeloupe - Architecturestudio/ Morph



Perspective du CHU de Tanger - Architecturestudio

Quelques réalisations d'Architecturestudio dans la santé et la recherche



Photographe CHU de la Guadeloupe - CITRONMER



Photographe CHU de Tangerang - Architecturestudio



Photographe CHU de la Guadeloupe - CITRONMER



Photographe CHU de Tangerang - Architecturestudio



Photographe CHU de la Guadeloupe - CITRONMER



Photographe CHU de Tangerang - Architecturestudio

Photo Copyright CassiPhoto.fr - Thomas Reitz

- Le nouvel Hôpital d'Evreux (461 lits, 57 000 m²)
- Le pôle mère-enfant et hématologie du CHU de Caen (345 lits, 36 000 m²)
- L'hôpital de psychiatrie Sainte-Marguerite à Marseille (115 lits, 13 000 m²)
- Le service de psychiatrie de la Clinique Aloïse Corbaz d'Arras (107 lits, 7 400 m²)
- La CMME de l'hôpital Sainte-Anne à Paris (77 lits, 10 900 m²) et le schéma directeur de l'ensemble du site
- La Clinique de Psychiatrie de Clamart (115 lits, 10 000 m²)
- Le centre hospitalier Avicenne à Bobigny (144 lits, 9 300 m²)
- L'EHPAD de Dainville (150 lits, 8 500 m²)
- La polyclinique de Divion (205 lits, 24 000 m²)

CONCOURS

- Construction de l'Hôpital Universitaire du Grand Paris Nord (environ 1000 lits) – Saint-Ouen

- Réalisation du bâtiment Gabriel Montpied 3 dit « GM³ » et le désamiantage et restructuration du bâtiment HC (environ 240 lits) – Clermont-Ferrand
- Reconversion du Pôle Santé de l'EPS Ville Evrard (199 lits d'hospitalisation et 15 places d'hôpital de jour) – Neuilly-sur-Marne

ETUDES

- Institut Faire Face (CHU d'Amiens)
- Laboratoires : réhabilitation du secteur Est du campus de Jussieu, Paris ; campus universitaire des Sciences et Techniques d'Hanoï, Vietnam ; centre de R&D Danone-Vitapole à Palaiseau ; Ecole Nationale d'Ingénieurs de Metz ; Ecole des Mines d'Albi

CHANTIERS

- CHU de Tangerang (800 lits, 81 000 m²)
- CHU de la Guadeloupe (618 lits, 85 000 m²)