



©Marc Dettfe pour Assar Architects

CHIREC

ASSAR ARCHITECTS

ASSAR ARCHITECTS est une agence d'architecture européenne implantée en France, en Belgique et au Luxembourg. Elle est actuellement structurée autour de 20 associés encadrant une équipe de près de 150 personnes.

Elle a acquis une renommée internationale en réalisant de nombreux projets emblématiques d'institutions de santé, de bureaux, de logements, de centres de recherches et laboratoires, d'institutions publiques, et d'immeubles commerciaux et de logistique.

Dans le domaine de la santé, de nombreuses références attestent de la grande expertise des équipes tant au niveau hospitalier (hôpitaux et cliniques) que des soins aux personnes dépendantes (gériatrie, psychiatrie...).

Sa mission est avant tout d'offrir à ses clients un service de qualité et un très haut niveau technique qui se matérialise au travers de bâtiments élégants, écologiques, harmonieux, conviviaux, dont l'entretien est aisé et surtout pérennes. La recherche d'excellence s'exprime par la fiabilité, la complémentarité d'équipes

spécialisées et la maîtrise des techniques de pointe. Ces trois caractéristiques constituent son ADN.

Organisée autour d'équipes pluridisciplinaires, elle dispose d'un vaste panel d'expertises dans tous les domaines de l'architecture, de l'urbanisme, du design d'intérieur et de l'architecture paysagère, ainsi que la planification de projets, les études de faisabilité, la coordination des études, et la coordination sécurité.

En regard des programmes divers et complexes, les projets sont conçus main dans la main avec nos partenaires et nos Maîtrises d'Ouvrage. Les réponses se veulent précises, cohérentes et innovantes tout en conservant l'humain au centre de notre travail. Ecoute et collaboration garantissent des projets en adéquation avec les attentes de toutes les parties prenantes.

C'est dans cet état d'esprit que nous avons imaginé cette interview à 2 voix – Maîtrise d'ouvrage et Maîtrise d'œuvre autour du sujet des Urgences. Nous remercions Philippe El Haddad – Médecin Urgentiste et Directeur Général Médical du CHIREC à Bruxelles d'avoir accepté de participer à cet échange sur l'architecture des Urgences.

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

Dr Philippe El Haddad : Les urgences hospitalières doivent pouvoir prendre en charge toutes les pathologies et tous les profils de patients. Pour une prise en charge optimale, donc rapide et efficace, il est indispensable de différencier les patients – adultes/enfants, SMUR/ambulants – et les circuits le plus en amont possible. La priorité médicale doit être précisée via un tri dès l'arrivée dans le service, cela permet d'éviter les mélanges et d'introduire immédiatement le patient dans sa filière, dans son parcours de soins.

Assar Architects : Les urgences sont devenues une des portes d'entrée principales de l'hôpital, il est donc indispensable de renforcer leur visibilité et leur accessibilité – transport en commun, parkings patients et accompagnants... - afin d'éviter un engorgement immédiat aux abords du projet. Elles sont un hub de distribution et de communication vers de nombreux autres services et jouent donc un rôle essentiel dans l'organisation de l'hôpital.

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...

Dr P.EH. : Notre service des Urgences est une réussite, nous ne modifierions pas notre projet ni la méthodologie de travail avec nos architectes. Nous avons travaillé main dans la main depuis les toutes premières réflexions programmatiques jusqu'à l'intégration des équipements biomédicaux.

A.A. : Une équipe impliquée, soudée et pérenne autour d'un binôme médecin-infirmière est évidemment le gage d'un projet adapté. Mais surtout, dès le départ, il est essentiel d'avoir une vision d'ensemble du contexte et des ambitions du futur projet. Le bassin de soin – aspects socio-économiques, occurrence des soins... – nous aide à définir les profils de patients et leurs parcours de soins respectifs, éléments essentiels à la structuration d'un service d'urgences en phase avec les besoins.

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

A.A. : Avant toute intention architecturale, la conception d'un service d'Urgences doit être basé sur une équipe soignante ayant une méthodologie de travail précise ou un objectif spécifique qu'il y a lieu de comprendre. Le programme n'est donc que le premier reflet d'une intention médicale, l'architecture devant être le suivant. L'innovation qu'elle soit architecturale, technique ou technologique est inutile si elle ne s'inscrit pas dans cette vision. Notre approche participative permet aux utilisateurs d'être coconcepteurs de leur outil de travail et de se l'approprier avant même la fin de sa réalisation.

Quels sont les constats majeurs que vous faites dans votre pratique de concepteur ou en tant que partenaire du maître d'ouvrage, sur l'évolution des Urgences depuis quelques années, aux plans de leurs fréquentations, de leurs organisations et de toutes les situations qui participent aux problématiques actuelles rencontrés par les urgentistes ?

Dr P.EH. : Les services d'Urgences font face à de nombreux défis. L'affluence de cas non urgents – patients sans MG, carence des autres lignes de soins, impatience par rapport aux délais des autres services ambulatoires... – amène une mutation vers une prise en charge moins aigüe. Le nombre grandissant de cas psychiatriques parfois très lourds impose une charge de travail importante et des compétences spécifiques. L'évolution de la patientèle amène donc une pression nouvelle sur les équipes et nécessite une adaptation des habitudes de travail.

A.A. : Notre conception architecturale n'est support de changement ou d'innovation que si elle reflète parfaitement les besoins et attentes nouvelles des utilisateurs – patients et personnels. Les mutations exposées par le Dr El Haddad influent sur la différenciation de zones et la clarification des parcours au sein du service et vers les autres parties de l'hôpital (imagerie, bloc opératoire...).



©Marc Detiffe pour Assar Architects

CHIREC

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

Dr P.EH. : Nos attentes pour le service d'Urgences étaient les mêmes que pour le projet Delta dans son ensemble – une excellente accessibilité au site tant en transports en commun (train, métro et bus) qu'en voiture, en ambulance (depuis la ville et l'autoroute) ou pour les camions.

A.A. : Comme déjà exprimé, les urgences sont devenues un des points importants d'accès à l'hôpital et leur accessibilité dans le schéma directeur est essentielle. On assiste à une modification de la polarité des entrées, alors que l'on réfléchit davantage aux mobilités douces pour l'entrée principale, celle des urgences nécessite davantage de lien avec la ville et les circuits motorisés. De même, les zones de stationnement de proximité doivent être réorganisées en conséquence.

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 ?

Dr P.EH. : Les Urgences constituent le centre névralgique de l'hôpital ayant besoin de liaisons avec quasi tous les autres services. Pour nous, la proximité offre un plus, mais c'est surtout la fluidité qui est essentielle. En effet la morbidité des malades est importante durant les transports, il est donc nécessaire de concevoir les liaisons de façon à ce que le déplacement des patients se fasse aisément. La communication avec les autres services et tous les spécialistes passe aussi par un système informatique optimisé permettant par exemple de préparer le trajet du patient sur base du 1^{er} diagnostic posé au moment du triage.

A.A. : Lors des réflexions en amont d'un projet de restructuration, nous cherchons des solutions adaptées à l'échelle de l'hôpital. Une liaison rapide vers le bloc reste nécessaire mais une proximité directe avec le service d'imagerie est indispensable pour le fonctionnement quotidien des Urgences surtout si des modalités ne peuvent être intégrées directement dans le service.

Quelles évolutions avez-vous observées dans la distribution des flux patients debout et couchés ?

A.A. : Les programmes intègrent de plus en plus souvent la question de la garde de MG permettant de délester les Urgences d'une partie des cas médicaux. Il y a augmentation générale de la fréquentation des Urgences hospitalières – les causes ont déjà été exposées précédemment – avec un nombre important de patients plus légers et donc debout.

Dr P.EH. : En Belgique, un groupe de travail national a été mis en place concernant la question de la MG aux Urgences. Les recommandations prévoient de mettre à proximité des hôpitaux un centre médical de garde avec des MG, mais d'éviter d'intégrer cette prise en charge dans le service ou même dans l'hôpital en général.

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 ?

Dr P.EH. : L'aspect hôtelier de l'hôpital est devenu extrêmement important et les souhaits des patients par rapport aux Urgences ne font pas exception, entre autres la qualité de l'accueil, le délai d'attente mais aussi l'information sur ces délais et sa position dans son parcours de soins.

A.A. : Lorsque l'on doit aller aux Urgences, le besoin de se savoir pris en charge est essentiel. Le premier contact à l'accueil est primordial mais l'entrée dans le service, le contact avec les soignants et l'avancement dans le parcours de soins sont encore plus importants. Il est donc nécessaire que le service soit organisé pour atténuer le stress lié à l'attente, souvent longue – des salles dédiées adultes/enfants puis un triage rapide et efficace répartissant les patients dans plusieurs filières permettent de diminuer la pression de chacun. C'est évidemment la qualité de prise en charge et de la relation patient/soignant qui induiront, au-delà de tout, une diminution de la tension, mais comme déjà indiqué, notre architecture est support des pratiques des utilisateurs. Notre équipe spécialisée d'architectes d'intérieur collaborent quotidiennement avec les soignants pour créer des espaces en phase avec le vécu des

occupants. Les études sont menées en tenant compte du Design Inclusif, et ce afin de prendre en considération, dans notre conception des espaces, des ambiances, des couleurs... , tant les attentes du personnel que les déficiences des patients.

Dans quelle mesure l'architecture participe-t-elle au rôle social d'un service d'urgences notamment dans la prise en charge des personnes fragilisées ?

Dr P.EH. : Notre rôle est d'accueillir toutes les pathologies et tous les profils de patients. Depuis l'ouverture de notre nouvel hôpital Delta, nous avons constaté un glissement de la patientèle avec un accès plus aisé de personnes plus fragiles.

A.A. : La vocation d'un architecte est avant tout sociale, nous refusons de considérer l'hôpital comme un monument. Que ce soit pour un service d'Urgences ou pour tout autre projet, nous devons faire preuve d'humilité au regard du rôle sociétal de l'hôpital dans son contexte. Le service des Urgences est toutefois une porte d'entrée particulière aux soins, tout spécialement pour les personnes âgées ou fragilisées qui y arrivent parfois tardivement. C'est là que le rôle de hub des Urgences reprend tout son sens afin de pouvoir diriger, après un bilan de santé complet, des patients désocialisés, psychiatriques ou gériatriques vers des services spécialisés où ils pourront bénéficier de la prise en charge non urgente la plus adaptée. L'architecture du service, comme pour les autres profils de patients, doit être structurée en filières pouvant évoluer avec le temps afin de garantir une flexibilité et une plus grande pérennité.

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

A.A. : L'époque des espaces ouverts pour les urgences est révolu. De la même manière que les chambres à 1 lit sont de plus en plus souhaitées, les boxes individuels sont à privilégier dans les prises en charge urgentes. La confidentialité tout au long du parcours de soins est une attente de tous – patients et personnels – et elle est aussi le gage d'une plus grande sérénité à l'intérieur du service. Des espaces apaisés et donc une meilleure sécurité pour le personnel. La division en filières, dont nous avons déjà parlé, permet d'isoler, en amont, les cas difficiles ou dangereux et de protéger le reste du service de l'agressivité. Un travail de conception basé sur ces réflexions et sur des éléments de sécurisation discrets et élégants offre aux équipes un cadre de travail amélioré.

Dr P.EH. : Les équipes soignantes des services d'Urgences travaillent dans des conditions complexes avec des rythmes irréguliers et des expériences traumatisantes. Au-delà d'un cadre bien structuré – équipe motivée, organisée et soudée, procédures écrites, débriefings réguliers, formations, team building – l'environnement dans lequel ils évoluent doit être conçu afin de favoriser ces échanges, de leur assurer une sécurité optimale et tant que faire se peut, de la sérénité. C'est ce que nous avons mis en œuvre avec nos architectes sur le projet Delta.

Références

C.H. LAON, Hélistation, Laon,

Centre d'intervention d'urgences pour véhicules roulants et hélicoptères, 2010, 2082 m².

C.H.I.R.E.C. Centre Hospitalier InterRégional Edith Cavell, site Delta, Bruxelles,

Nouvel Hôpital Général, 2010-2017, 104.000 m².

C.H.C., Centre Hospitalier Chrétien, Clinique du MONTLEGIA, Glain,

Nouvel Hôpital Général, 2010-2020, 113.000 m².

CHU ERASME / ULB, site Anderlecht, Bruxelles,

Reconstruction des services médico-techniques et de l'hospitalisation, 2007-2027, 89.000 m².

CH Neurologique William Lennox, Ottignies,

Rénovation complète et phasée en site occupé, 2018-2028, 17.500 m².

A.Z. MARIA MIDDELARES, Gand,

Nouvel Hôpital Général, 2005-2015, 64.800 m².

H.I.S. (Hôpitaux Iris Sud), site Ixelles, Bruxelles,

Nouveau bloc médico-technique, 2004-2019, 16.600 m².

C.H. TROYES, Troyes,

Plateau médico-technique et urgences, 2008, 6.667 m².

CHU ERASME / ULB, Centre de Traumatologie et de Réadaptation, site Brugmann, Bruxelles,

Rénovation complète et phasée en site occupé, 2004-2015, 12.200 m².

C.H.R. SAMBRE & MEUSE, Namur,

Nouvelle aile Espace Santé et Rénovation des blocs et hôpitaux de jour, 2004-2018, 14.200 m².

ISPPC - Site Léonard de Vinci, Montigny-Le-Tilleul,

Nouveau Centre de Revalidation et Rénovation du pôle de gérontologie, 2000-2013, 4.250 m².

CHU TIVOLI, La Louvière,

Radiothérapie et hôpital de jour oncologique, 2008 & 2019-2020, 3.576 m².



© Nizar Bredan / Assar Architects

Centre Hospitalier InterRégional Edith Cavell, Site Delta, Bruxelles, 2017, 104.000 m²



© Nizar Bredan / Assar Architects

Hôpitaux Iris Sud, Site Ixelles, Bruxelles, 2019, 16.600 m²



© Assar Architects

C.H.R. SAMBRE & MEUSE, Site Meuse, Namur, 2018, 14.200 m²