



Née en décembre 2012 du regroupement de six agences d'architecture françaises, la SAS A26 Architectures rassemble 182 collaborateurs (dont 130 Architectes, et 22 ingénieurs) répartis à Paris, Lyon, Bordeaux, Blois, Rouen et Puget-sur-Argens.

L'accélération des mutations sociétales impacte chaque jour davantage la réflexion urbaine dans son ensemble, les stratégies immobilières et la discipline architecturale en particulier. C'est dans ce contexte d'évolution permanente, impliquant souplesse et réactivité, partage des expertises et richesse des expériences, adaptabilité et rigueur technique, maîtrise des impacts et des coûts, que A26 a été créé pour imaginer un positionnement d'agence d'architecture dédiée à la diversité des problématiques des maîtres d'œuvre d'aujourd'hui. Architectes, ingénieurs, bureaux d'études, économistes, A26 offre en interne toutes les compétences de multi-spécialistes au service d'une architecture innovante c'est-à-dire responsable,

efficace, esthétique et évolutive. Recherchant systématiquement l'équilibre entre pertinence des investissements, bien-être des usagers, apport à la société, les équipes d'A26 conçoivent et réalisent des bâtiments dont la valeur réside dans l'intelligence collective qui a présidé à leur conception. Son ambition est de proposer un panel étendu d'expertises regroupées au sein d'une même entité : urbanisme, habitat, bâtiments tertiaires, logistique urbaine, architecture d'intérieure, santé (hospitalier et médico-social), laboratoires, centres aquatiques. A26 rassemble ainsi une équipe possédant les compétences nécessaires pour permettre de réussir tous les challenges. Les associés d'A26 se connaissent pour la plupart depuis de nombreuses années, certains ayant fait leurs études d'architecture ensemble. Ils partagent la même vision de leurs pratiques professionnelles et le même regard sur le monde qui les entoure.

Les urgences, quelle conception innovante pour demain ?

Christophe Damian, Architecte fondateur associé de A26 et **Sophie Soetemondt**, responsable développement dans le domaine de la santé pour A26 ont invité le professeur d'urologie **François Desgrandchamps** à l'hôpital Saint Louis à Paris, le docteur **Jean Paul Fontaine**, chef de service des urgences à l'hôpital Saint Louis à Paris, et le consultant hospitalier **Patrick Heissat** «*Hospi-Coach*»



Ils ont décidé de répondre collégialement en gardant comme fil conducteur et philosophie de vie que : «*Tout un chacun devrait éprouver du respect en face de l'humanité qui souffre.*» (De Giuseppe Verdi). Nous nous sommes attachés à synthétiser ces réponses dans le questionnaire proposé.

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

Nous nous souvenons des urgences d'hier : «*la cour des miracles*». Elles étaient constituées d'un accueil et de couloirs souvent sordides. Les attentes étaient très longues, les patients s'entassaient et se croisaient dans les espaces éclairés par des lumières blafardes. Il y avait peu de réflexion sur une prise en charge sereine et douce des patients et des accompagnants par les professionnels de santé. Certes ce lourd passé charge encore les urgences d'aujourd'hui mais une démarche d'amélioration est en cours. Il est important de noter que si les urgences connaissent un accroissement de fréquentation, chaque année d'environ 5%, seulement 10% des patients pourraient les éviter. Or le pourcentage qui circule est plutôt de l'ordre de 50%. Cette «*croyance*» largement diffusée repose entre autres sur la création des «*maisons médicales*» permettant de juguler l'afflux de la «*bobologie*» aux urgences. Mais est-ce raisonnable de l'envisager ? Car comment le patient peut-il définir lui-même la gravité de son mal ? Que se passe-t-il pour des urgences la nuit ou les jours fériés ? etc. Les maisons médicales ne sont qu'une partie de la solution mais sont loin de répondre à l'engorgement des services. Aujourd'hui les délais d'attente d'un service d'urgences sont de 4h, en moyenne, comprenant 1h30 d'attente des examens.

Quelle est votre méthodologie vous permettant d'accompagner un établissement dans l'anticipation des besoins architecturaux liés à l'optimisation de son service d'urgences ?

«*Parfois les patients disent ne pas avoir été compris, avoir été blessés dans leur dignité, ou encore ils soutiennent qu'on a eu à leur égard une approche impersonnelle, qu'on n'a pas tenu compte de leurs attentes ou besoins, voire même qu'on les a ignorés.*» Une écoute des requêtes des utilisateurs est indispensable ; considérer que les urgences sont, pour le patient souvent en détresse, le premier contact avec l'hôpital. L'accueil, la convivialité, le confort, le flux des patients et du corps médical sont à réinterpréter. En réponse à ces problématiques d'attente, de sécurité, de fragilité, de prise en charge pour le respect de l'individu, le **circuit court** est stratégique. L'ensemble des services imagerie etc. sont corrélés directement aux urgences (cf question 6). L'attente anxiogène doit être limitée et gérée dans le cadre d'une prise en charge du patient dans **une marche en avant**. Dans l'application du concept de «*marche en*

avant» cher aux équipements à flux importants et sécurisé **comme les aéroports**, les entrants et les sortants ne devraient pas avoir à se croiser avant la fin du parcours. La place des accompagnants doit être réfléchie au sein de ces différents secteurs. A chaque étape, la **confidentialité** du patient doit être considérée.

Le service d'urgence doit être renommé **avec humour et de façon très imagée le «*Mac drive de la santé*» (Fast Track)**, avec un flux proche de celui des aéroports, dotés d'un diagnostic rapide

- Le «*cocon*» des **infirmières** pour examens préliminaires devient une articulation de fonctionnement adapté aux urgences. Le délai de retour des examens de biologie doit être particulièrement court pour maîtriser la durée de l'épisode aux urgences.
- Passage aux **examens** d'imagerie (radiologie, scanner, échographie, IRM...) avec ou sans brancardage dans un **espace dédié** adossé au service des urgences
- Attente éventuelle du patient des résultats des examens dans un **espace spécifique**.

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

Les praticiens craignent une architecture bloquante qui ne permet pas l'évolution des services. Ce n'est pas l'organisation qui doit se faire à l'établissement, mais c'est l'établissement qui doit être conçu autour de l'organisation médicale et soignante. Il faut imaginer une architecture en espaces modulaires, évolutifs en fonction des saisonnalités, se méfier de la fixité des structures ou d'une obsolescence programmée des bâtiments. Dans la conception inflexible des structures, nous entendons le fait de pouvoir fermer si nécessaire des secteurs de services vides, angoissantes et penser à prévoir des espaces d'extension ou de repli en cas de situation sanitaire exceptionnelle (possibilité d'utilisation des sous-sols par exemple). Les nouvelles technologies doivent bien entendu être pensée en même temps que le bâtiment. (Géolocalisation, contrôle des flux, gestion du dossier médical) et faciliter les fonctions de «*bed management*» ...)

Comment l'outil BIM peut-il accompagner la conception et l'optimisation des installations d'urgences ?

Au même titre que dans les autres zones de conception de l'hôpital, le BIM permet d'offrir tout particulièrement dans ce nouveau service d'urgences «*évolutif*» tel que nous pourrions l'imaginer une synthèse du projet plus évidente, un chantier maîtrise, une maintenance performante et envisageable dès le stade de la conception. Sachant que l'évolutivité nécessite une parfaite connaissance du vocabulaire architectural et technique en présence, le BIM devient l'outil indispensable à cette évolution pour des transformations en parfaite connaissance des contraintes en présence et sans oblitérer la bonne marche du service.

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

De nombreuses réflexions portent à ce jour par les acteurs de la santé sur le rapport entre les services d'urgences et les territoires. Il est d'usage aujourd'hui d'évoquer le «*territoire de santé*» constituant d'un découpage géographique **pertinent** pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour **l'accès aux soins de premier recours**.

Ce sont les comportements sanitaires et sociaux des populations, leurs besoins et l'offre existante qui guideront les grands principes qui ont structurés l'élaboration de ces territoires par les ARS. Afin de garantir proximité et qualité des soins, le territoire de santé apparaît comme l'échelon idéal d'organisation de la médecine d'urgence. Il est ainsi important de préciser que les contraintes de la prise en charge en urgence peuvent être différentes de celles des prises en charges programmées et il est donc essentiel que soient définis des territoires de santé « **d'urgence** » au sein desquels une organisation innovante pourra être proposée. La définition de cercles concentriques de prise en charge des patients autour du service d'urgence va donc définir des proximités et des niveaux de gravités avec des personnels et des d'équipements adaptés.

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 imagerie ?

Seule la restructuration lourde d'un établissement, avec notamment la mise en place de nouvelles liaisons pertinentes, peut permettre d'optimiser les conditions de fonctionnement des urgences. La première de ces liaisons doit mettre en synergie les unités de soins pour désengorger l'unité post-urgence, c'est une priorité. La seconde doit permettre de limiter la distance à parcourir pour transférer les patients du déchocage vers le secteur opératoire, bien souvent il faut passer par la mise en place de montes malades complémentaires pour optimiser ce flux. L'insertion de fonctionnalités d'imagerie moderne au sein des services d'urgences va accélérer dans les prochaines années, on peut même penser que les futurs équipements seront mobiles et connectés sur les tablettes, ce flux va donc diminuer considérablement.

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

En urgence, le flux des patients couchés doit être « *express* », leurs entrées sont différenciées de celles des patients debout. Si nécessaire le patient passe directement en salle de déchocage ou d'examen sans brancardage, puis aux blocs, puis aux hébergements... Quoi qu'il en soit les flux doivent être **pour les deux options une marche en avant simple, courte** avec des diagnostics et examens rapides, qui permettent une prise en charge dynamique et performante. L'architecture du projet dans le cadre de cette marche en avant doit éviter l'entrée/sortie au même endroit.

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 ?

Les zones d'accueil et d'attente sont des points névralgiques d'un service d'urgences. C'est à cet endroit même que les dysfonctionnements sont aujourd'hui pointés du doigt (violence verbale ou physique, attentes prolongée, souffrance accrue...) La zone d'accueil du patient debout est, plus spécifiquement la vitrine, la première approche du service. Le souffrant accompagné ou non ne doit pas attendre trop longtemps dans cet espace et une accumulation est à proscrire. Le nombre de poste d'IAO peut varier en fonction des saisonnalités afin d'éviter les congestions liées aux maladies chroniques ou aux horaires. A ce stade, le patient peut être classé et dirigé, munis des bracelets de couleurs selon le

diagnostic réalisé qui le sectorisera. **L'architecture du projet en découlera naturellement.** Le patient venant pour de la « *bobologie* » vient au urgences à défaut de trouver un médecin de ville. Il est, par définition, un acteur d'une demande de prise en charge rapide et efficiente. C'est pourquoi, il pourrait être mis en place à l'entrée du service des urgences après un IAO, un espace doté de cabines de Pré-diagnostics sous l'autorité de professionnels de santé. Le pré-bilan ainsi réalisé serait un indicateur d'aiguillage rapide pour le parcours de soins ou la sortie de l'établissement. **L'accueil doit être apaisant, rassurant, organisé, réactif et spacieux pour fluidifier les encombrements et s'adapter aux accumulations.**

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 ?

Considérer quelqu'un avec respect, c'est lui porter une profonde estime, le traiter avec égards en raison de son âge, sa position sociale, sa valeur morale... Le premier contact avec les Hôpitaux sont les urgences. Renvoyer une image rassurante est indispensable pour le bien être des patients. Elles sont la vitrine du service santé. Parce que l'architecture est toujours un travail d'équipe, les architectes, architectes d'intérieurs, agenceurs, coloristes, éclairagistes, acousticiens doivent travailler des espaces structurés, clairs, confortables, accueillants, cocoonings, colorés, chaleureux. Et cette réflexion doit s'accompagner des savoirs et expériences du corps médical, utilisateur vigilant et gardien d'un espace de travail de qualité. Car si cet espace améliore la vie du praticien elle améliorera la vie du patient.

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

La dignité et le respect du patient sont des valeurs fondamentales pour les soins, l'enjeu de « l'art architectural » est de taille pour apporter une réponse juste à cet enjeu. « La personne malade a droit au respect de sa dignité ». Les patients en consultations ne doivent pas être vus ou entendus par autrui que par l'infirmière ou le praticien. Le « *cocon* », comme son nom l'indique, doit envelopper et protéger parce que la nudité ou la pudeur bafouée est une forme de violence pour le patient. L'isolement avec le malade est indispensable pour le praticien trop souvent dérangé. C'est ainsi que l'architecture du projet prendra en compte ces exigences (visuels, phoniques, lumineuses, d'ambiances...) Un individu accueilli courtoisement, pris en charge à chaque étape, dans un cadre chaleureux, acoustiquement étudié est rassuré, ressentira moins le sentiment d'abandon, de peur et d'angoisse. L'individu restera plus calme et moins agressif. Une qualité de vie au travail, lié à un éclairage naturel, à des espaces harmonieux, des utilisateurs ne pourra que renforcer ce phénomène. « *Il n'y a que par le respect de soi-même que l'on force le respect des autres.* » (Fiodor Dostoïevski; Humiliés et offensés (1861)). La proximité ne doit pas être confondue avec la promiscuité. Les espaces de consultation doivent être sectorisés, les attentes doivent être chaleureuses et spacieuses. Si les ratios d'espace des hôpitaux doivent être redistribués, les urgences devraient bénéficier d'une belle répartition, compte tenu des exigences souhaitées. Afin de répondre au bien-être et au respect des utilisateurs au sein des services d'urgence, les mots clés à retenir seraient : « *Espace, aisance, confidentialité, apaisement, marche en avant, circuit court, lumière, couleurs, chaleur, acoustique* ».

Références

Travaux de construction et rénovation de l'Hôpital de l'Institut Curie, Paris (75)

Maître d'ouvrage : Institut Curie. 38 M€ HT - 24 837 m². A26 en collaboration avec Art & Build.

Conception-Réalisation pour la rénovation du Centre Hospitalier de Charolles (71) - 120 lits EHPAD et 60 lits SSR. Maître d'ouvrage : Centre Hospitalier de Charolles. 21 M€ HT - 7 847 m². A26 en collaboration avec BLB Constructions.

Construction d'un centre multi-accueil, Paris (75) - 106 lits EHPAD, 60 studios résidence sociale et foyer social, crèche associative, chapelle. Maître d'ouvrage : AMV avec mandat à Paris Habitat. 22,3 M€ HT - 11 617 m².

Construction de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA), Brétigny-sur-Orge (91)

Maître d'ouvrage : Ministère de la Défense, Etablissement d'infrastructure de la Défense de Saint Germain en Laye. 38,5 M€ HT - 10 000 m². A26 en collaboration avec CET Ingénierie.

Extension et restructuration du Site Vincent de Paul, Dax (40) - Hôpital de jour médecine : 7 postes de consultation + 24 lits SSPI : 15 lits - Consultation : 25 postes. Maître d'ouvrage : Centre Hospitalier de Dax. 7 M€ HT - 4 500 m².

Construction de l'Hôtel Logistique et des équipements publics en toiture, Paris (75)

Maître d'ouvrage : Sogaris, Ville de Paris. 62 M€ HT - 44 000 m².

Construction d'un Centre de Formation des Apprentis, Bordeaux (33) - Pôle automobile et soins à la personne - Locaux d'enseignement amphithéâtre - Restauration. Maître d'ouvrage : Chambre des Métiers et de l'Artisanat de la Région Aquitaine - Section Gironde. 15,5 M€ HT - 9 984 m².

Construction du Palais de Justice, Bourg-en-Bresse (01) - Tribunal de Grande Instance - Tribunal d'Instance - Tribunal de Commerce - Conseil des Prud'Hommes - Salles d'audience et salles d'audience de cabinet. Maître d'ouvrage : APIJ. 18,2 M€ HT - 8 000 m². A26 en collaboration avec PLAN2.

Construction d'un data center, Chartres (28) - Maître d'ouvrage : Orange. 67 M€ HT - 18 989 m². A26 en collaboration avec Ingérop.

Mise en sécurité et restructuration de l'Hôpital Louis Pradel (69) - 14 unités d'hébergement de 25 lits - 1 niveau salles de réunion et conférence - 1 niveau réanimation pédiatrie de 15 lits et soins continus de 22 lits - 2 niveaux soins intensif cardiologie (USIC) de 16 lits et 18 lits. Maître d'ouvrage : Hospices Civils de Lyon. 31,6 M€ HT - 19 000 m².



Centre Hospitalier de Charolles (71)



Hôpital de l'Institut Curie (75)



IRBA (91)



Centre de Formation des Apprentis (33)



Hôtel Logistique (75)



Centre multi-accueil (75)



Palais de Justice (01)



Data center (28)



Hôpital Louis Pradel (69)