

ARCHITECTURE HOSPITALIERE

LE MAGAZINE DES ACTEURS DE L'HÔPITAL DE DEMAIN

HORS SERIE URGENCES

Quelle conception
innovante pour demain ?

L'approche et l'expertise des
concepteurs et professionnels
les plus aguerris au service
de nos unités d'urgence

H

Partenaire

ARCHITECTURE - DESIGN

AMO-BET-INGÉNIERIE

ÉQUIPEMENTS & TECHNOLOGIES



Charlotte Pijcke, Michel Beauvais, Leyla Etté



UN TRIO D'ARCHITECTES, ACTEUR DE L'HÔPITAL DU FUTUR

1+1+1

Michel Beauvais, Leyla Etté et Charlotte Pijcke incarnent trois personnalités de concepteurs qui croisent leurs visions en faveur d'une nouvelle conception de l'architecture hospitalière. Fondée sur l'innovation, la tempérance et l'expérience, leur engagement réciproque leur permet de positionner l'agence Michel Beauvais Associés comme une alternative aux agences traditionnelles en plaçant les valeurs humaines au cœur des dispositifs hospitaliers. Le trio travaille à des projets complexes patiemment conçus comme des « *espaces confluents flexibles et évolutifs* ». En prenant soin de toujours connecter les valeurs humaines et hospitalières à la conception architecturale et technique, l'analyse pragmatique à une vision prospective de l'hôpital du futur, leur engagement participe à l'émergence d'une architecture hospitalière francophone différente, qu'elle s'exerce en France comme à l'international.

MBA Paris s'exporte à Bruxelles

Formée d'une équipe de 35 collaborateurs tous spécialistes de l'architecture hospitalière, l'agence MBA Paris-Bruxelles travaille à la conception architecturale de programmes jugés complexes par leur ampleur et leurs destinations. Ensemble, les équipes françaises et belges partagent et développent une agilité commune basée sur une collaboration à distance et une gestion 3.0 des projets leur permettant un développement réactif et flexible.

Ouverte à l'intelligence collective et désireuse de s'entourer des meilleurs experts, l'agence MBA Paris-Bruxelles s'appuie sur un réseau de partenaires européens confirmés, capable de rassembler leurs compétences autour d'une démarche globale permettant d'élargir le champ des études et des programmes au service de chaque projet.

Pour un hôpital connecté, modulable et ambulatoire

Avec plus de 40 établissements hospitaliers conçus en 30 ans, l'agence Michel Beauvais Associés développe en matière de conception architecturale une réflexion globale qui interroge la nécessaire (r)évolution des établissements vers de nouveaux modèles d'organisation hospitalière. Confrontés au défi de la société qui exige que l'hôpital soigne mieux à moindre coût, ils demeurent convaincus que la santé de demain se construira avec un recours accru à l'intelligence artificielle, aux process ad hoc et à une communication renforcée auprès des utilisateurs et des patients grâce aux outils connectés. Visionnaires et architectes avant tout, Michel Beauvais, Leyla Etté et Charlotte Pijcke permettent à l'agence MBA de concevoir sous toutes les latitudes des établissements toujours insérés dans leur territoires, connectés à la ville, porteur de mixité et de développement.

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

Les « urgences » constituent la porte d'entrée la plus emblématique de l'hôpital public. Lieu d'accueil permanent, les urgences ont toujours eu une image symbolique sensible, par sa mission d'offres de soins de la souffrance, de l'angoisse, de la crise. Lieu de refuge, le rôle social des urgences est une dimension peu développée dans les programmes, et pourtant, c'est un des fondements de l'hôpital. C'est le soin « *non programmé* » le plus difficile à organiser, par la multiplicité des prises en charges nécessaires, en aval. Les urgences, en crise depuis longtemps, témoignent de dysfonctionnements liés aux évolutions fortes et permanentes du monde hospitalier. C'est aussi le reflet que ce service à la fonctionnalité complexe, ne peut évoluer correctement sans des moyens à la hauteur de son rôle, pourtant majeur. Le constat est préoccupant ; saturation et embolisation par des demandes non urgentes, 5% d'admissions en plus par an, retrait de la médecine de ville, effectif insuffisant, mode de financement des actes à revoir.

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...

Le contexte actuel, impose au concepteur d'intégrer dans le processus d'élaboration de son projet, la concertation avec les médecins et les soignants, mais également avec le personnel des services connexes de proximité. (Imagerie, explorations, soins critiques, blocs et hospitalisations...). Il faut savoir réinterpréter le programme et son focus sur l'organisation des urgences, tout en globalisant la conception avec les unités fonctionnelles, qui dispensent les soins aux patients venant des urgences. Il faut développer également des dispositifs nouveaux ou encore naissants, tels que, la téléconsultation, les maisons médicales de garde et maison de santé pluridisciplinaires pour une offre de soins sans RDV, la collaboration avec la médecine de ville, le dossier patient partagé, etc.

Notre expérience actuelle d'urgences pédiatriques, nous conforte dans l'idée que malgré le travail en amont du programme, le dialogue avec les utilisateurs est incontournable pour répondre avec pertinence aux exigences requises, en l'occurrence sensible, car pédiatriques. Que ce soit en procédure C.R ou loi MOP, nous revendiquons notre rôle de concepteur au cœur d'une démarche qui doit être, de plus en plus globale, pour ne pas omettre la place centrale du patient en harmonie avec le rôle majeur du soignant.

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

Sans réduire la portée du programme fonctionnel des besoins, ce service, un des plus sensible par les comportements souvent exacerbés, ne peut se développer avec pertinence sans la prise en compte des nouvelles technologies, en concertation avec les

utilisateurs médecins et soignants. Transcender le programme ne peut s'imaginer, sans faire appel à l'innovation dans les organisations, la technique et les équipements.

La bonne réponse au programme ne se résume pas, à la gestion des flux et des surfaces. Il faut savoir aussi créer des espaces adaptés à des comportements humains en souffrance. Les services d'urgences sont certainement ceux qui demandent le plus d'évolution spatiale et organisationnelle. Les contraintes du site, la position des autres services à proximité (imagerie, bloc opératoire, soins critiques, ...) en font un secteur dont l'organisation générale, l'innovation, l'humanisation et la sécurité des soins, sont au centre des préoccupations.

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 ?

L'augmentation constante du nombre de passage aux urgences impose de nouveaux modes de prise en charge. Chaque projet développe une approche différente, mais qui met toujours le patient au cœur du dispositif, au centre de sa prise en charge, avec un accent fort sur le bien-être, sans oublier la place importante de l'accompagnant.

L'accueil (le premier soin), le tri, le type de pathologie pris en charge, la différenciation des circuits, les différentes zones d'attentes amont, aval (dans un souci de gradation), les boxes d'évaluation, d'observation et de traitement (boxes les plus polyvalents possible), les trajets vers et depuis les autres secteurs (imagerie, bloc, soins critiques, ...), sont autant de sous-secteurs à étudier avec une place importante à l'humanisation, le confort et la sécurité du patient. Des espaces ouverts sur l'extérieur et la nature, de la transparence, sont autant de contributions à un cadre apaisant.

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

L'accessibilité aux urgences est primordiale. Les urgences, « *deuxième porte principale* » de l'hôpital doit se positionner en « *proue* », en situation privilégiée, lisible et identifiable aisément. L'enjeu urbain de ce secteur s'exprime essentiellement au niveau de son insertion urbaine, dans sa perception évidente et légitime. L'identification forte que les urgences provoquent, participe à l'image de l'hôpital, et à l'insertion urbaine de cet équipement majeur pour la ville.

Les enjeux urbains se révèlent par une mise en relation étroite et cohérente, des différents acteurs de la santé avec l'espace géographique et social. Les urgences participent fortement à la reconnaissance du « *territoire hospitalier* », comme quartier et partie prenante dans la ville. La prise en compte d'interfaces urbaines, comme la mobilité, la relation à l'espace public, la notion d'identité et la qualité de l'image architecturale, font partie des composantes pour la conception d'un service d'urgences.

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 ?

Un projet de restructuration d'un service d'urgences est délicat, mais passionnant à étudier, car les contraintes sont encore plus fortes. Parmi ces contraintes, la gestion des flux et des liaisons est primordiale. Optimiser ces liaisons est donc une évidence, car on ne peut imaginer des parcours qui ne soient pas rapides, lisibles et sécurisants. Chercher la bonne synergie efficace et fluide avec les services qui prolongent les urgences, est une des clefs pour sa bonne fonctionnalité. Cela demande une prospective pointue de la gestion médicale, logistique et hôtelière des urgences, mais également, de tous les secteurs situés en aval.

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

Depuis déjà longtemps, cette gestion ségréguée entre « *debout* » et « *couché* » qui complète la problématique « *circuit court* » et « *circuit long* », se formalise par la séparation des urgences lourdes et légères (bobologie). Par contre, ce n'est pas uniquement la position verticale ou horizontale du patient, qui organise spatialement les flux, mais c'est essentiellement le niveau de gravité de la pathologie en urgence, qu'elle soit médicale ou traumatologique, voire sociale ou psychiatrique, qui est au centre de la conception, pour structurer spatialement ce service de passage permanent.

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 ?

Un secteur d'accueil et d'orientation, en vigie et vue panoramique sur tous les flux entrants et les attentes de proximité à surveiller. L'accueil, réalisé par un médecin expérimenté (Quick Look), permet de voir tous les patients. Tous ceux qui relèvent de la médecine générale devraient pouvoir être réorientés (médecine de ville, maison médicale, consultation programmée, ...). La prise en charge administrative, l'IAO et le secrétariat en back-office, forment un pôle regroupé : facilité des échanges, sécurité de la co-activité, coordination aisée, transmissions d'informations efficaces et

rapides entre les soignants. Le « *double flux* » entrant, patients valides et patients couchés, doit être vu depuis l'IAO. Les locaux d'accueil forment écran visuel et physique, entre les patients valides et les couchés, évitant ainsi, toute perméabilité non contrôlée entre les circuits. Une séparation des flux enfants/adultes et psychiatrique, doit se faire dès l'accueil, positionné un peu en retrait pour le confort d'écoute et la confidentialité.

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 ?

L'architecture hospitalière intègre par nature un rôle social pour l'ensemble des services, à fortiori celui des urgences qui accueille l'éventail maximal de patients en crises, fragilisés et en recherche d'assistance. C'est dans ce service que la notion de healing hospital prend tout son sens et doit être développé avec des moyens à la hauteur de l'enjeu majeur d'un service d'urgence, la dimension humaine.

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

C'est une question globale qui touche l'ensemble des services hospitaliers. Cependant, la question cruciale de la sécurité et de la confidentialité, se pose particulièrement de façon aiguë dans les services d'urgences. Le personnel est confronté souvent à l'agression, à la violence par le stress des patients, potentialisé par des attentes parfois interminables, dans des conditions difficiles.

La réponse est en grande partie spatiale, par la grande qualité fonctionnelle des lieux et du confort offert pour le patient et le personnel, mais de notre point de vue, les organisations dans toutes les filières de soins en aval sont déterminantes. Cependant, il faut une réponse plus globale, par le développement de l'hôpital numérique et de l'innovation technologique, comme la géolocalisation, l'information personnalisée via les supports numériques et les NTIC. Il s'agit aussi de trouver une meilleure gestion du « *non programmé* », par une meilleure traduction des statistiques qui caractérisent les urgences, en fonction des saisons, des horaires d'admissions et des secteurs géographiques, etc.



RÉFÉRENCES



① **CHU de Bordeaux (33)**
Bâtiment pédiatrique Pellegrin



② **CHU de la Réunion / Saint-Pierre (97)**
Pôle Femme Mère Enfant - Entrée des urgences obstétriques



③ **CHT de la Nouvelle Calédonie / Nouméa (98)**
Médipôle - Les urgences et l'hélistation



④ **CHU d'Abomey-Calavi / République du Bénin**
Nouveau CHU de référence

⑤ **Un hôpital domestique en coeur de ville**

CHU de Bordeaux, livraison 2021 / Bordeaux (33) - Bâtiment pédiatrique Pellegrin
Surface 11 000 m² SDO / Montant 18 M€ HT / Chantier en cours en collaboration avec Hobo architecture

⑥ **Comme une porte en entrée de ville**

CHU de la Réunion, livré en 2012 / Saint-Pierre (97) - Pôle Femme Mère Enfant
116 lits / Surface 22 200 m² SDO / Montant 51,5M€ HT

⑦ **Une cité sanitaire dans un site sensible**

CHT de la Nouvelle Calédonie, livré en 2016 / Nouméa (98) - Médipôle
645 lits / Surface 88 000 m² SDO / Montant 322 M€ HT

⑧ **Un ensemble hospitalier adapté au milieu tropical**

CHU d'Abomey-Calavi, livraison 2022 / République du Bénin - Nouveau CHU de référence
434 lits / Surface 40 854 m² SDO / Montant 105 M€ HT



