



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 2017<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> 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 (GHT<sup>2</sup>...), 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

<sup>2</sup> 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 efficace, 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'UHCD<sup>3</sup>. 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 efficace 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 SFMU<sup>4</sup> et l'outil d'analyse et d'autodiagnostic de l'ANAP<sup>5</sup> 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 NRBC<sup>6</sup>). 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

**Comment l'outil BIM peut-il accompagner les concepteurs dans ces réflexions et dans l'optimisation des installations d'urgences ?**

**E.L. :** Nous constatons l'évolution progressive de l'appropriation du processus BIM (Building Information Model) dans les projets de santé mais il existe encore très peu de maîtres d'ouvrage informés, formés et équipés. Or, la maquette numérique permet d'intégrer les données d'un projet, tout au long du processus de conception et de réalisation, et de les partager avec l'ensemble des acteurs impliqués. Elle apporte une vision intégrative et exhaustive des flux et données d'un projet immobilier qui resteront au stade de l'exploitation. La maquette numérique peut également, par l'intermédiaire de la 3D, aider les utilisateurs à se projeter au sein de leurs futurs locaux. Cependant, l'utilisation d'un tel outil requiert une véritable méthode de travail entre les membres de l'équipe projet et peut générer des phases de conception plus longues mais qui se traduisent souvent par un gain de temps en réalisation, grâce à la synthèse des données de la conception. Enfin, le processus BIM devrait améliorer les prises de décisions, grâce à une meilleure intégration du déroulement du projet et grâce à sa capacité à gérer et à stocker les informations. La maquette fait office de « mémoire » de l'historique du projet.

**A.S. :** La plus grande erreur en matière de conception serait de reproduire les modèles de SAU des années des Trente Glorieuses de l'architecture hospitalière en se limitant à multiplier les boxes de soins et à augmenter les volumes en fonction du nombre de patients. Bien utilisée, la maquette numérique apporte des informations capitales pour conforter des choix stratégiques. Elle contribue à une meilleure définition des programmes fonctionnels en termes de flux et d'espaces d'attente. Par la simulation des parcours, elle permet également de mieux appréhender la marche en avant du patient ainsi que les conditions de travail du personnel. Les établissements de santé étant soumis à des contraintes fortes de mise en conformité et au respect des dotations budgétaires en investissement, l'outil numérique BIM peut représenter un bras de levier d'efficience.

**Avec quels acteurs échangez-vous dans le cadre de la préparation d'un projet dédié aux urgences et de vos réflexions liées à la conception ?**

**E.L. :** Dans le cadre du projet des urgences de Cochin, l'agence In-Fine a visité plusieurs services d'urgences récemment livrés dans d'autres établissements de l'AP-HP, avec l'objectif d'étudier les réponses existantes, de comprendre les impératifs et les exigences de ces services et de profiter du ressenti et de l'expérience des équipes hospitalières du terrain.

Quel que soit l'établissement concerné, nous avons compris, grâce aux observations des chefs de service et de leurs équipes, que les principaux enjeux étaient liés au tri amont, à la bonne orientation, à la bonne gestion du processus de soins donnant l'impression au patient d'avancer au cœur du service ainsi qu'à l'optimisation des solutions d'aval. Pour être efficient, le service doit être également relié de façon optimale aux activités avec lesquelles il communique le plus : la radiologie, le bloc opératoire, la réanimation... Ainsi, la taille et la répartition des espaces d'attente, la modularité des boxes de soins, la répartition des locaux de soins et les liaisons fonctionnelles avec les services connexes sont déterminants pour le bon fonctionnement du service. Les patients doivent avoir la conviction d'être bien pris en charge quel que soit le volume d'activité. Pour appréhender efficacement tous ces éléments au sein d'un établissement de santé, l'architecte doit pouvoir développer des échanges constructifs avec les chefs de services et les cadres de santé ainsi qu'avec les représentants de la direction de l'établissement. Cette vision globale de l'hôpital apportée par l'administration et les utilisateurs des urgences est particulièrement importante dans la conception d'un SAU, principale porte d'entrée de l'établissement.

**A.S. :** La pertinence des réponses apportées en matière de conception dépend essentiellement de la volonté de tous les acteurs de s'impliquer dans le projet. Les urgences d'un hôpital doivent être une vitrine de l'établissement, véritable espace symbolique par son positionnement, mais également révélateur de ses compétences ou potentiellement de ses manques. Elles sont également un lieu d'apprentissage et de conseil. Dans le cadre de ses réflexions stratégiques, l'AP-HP est en train d'évaluer la pertinence de développer ou non le modèle de Tenon, hôpital qui regroupe dans un bâtiment unique, les installations d'urgences, de réanimation, de blocs opératoires ainsi que la radiologie et les consultations. La proximité des consultations pour les patients en situation de précarité démontre l'importance que la direction d'un hôpital accorde aux populations fragilisées. Profitant de leurs passages aux urgences, l'hôpital Saint-Antoine, sous l'impulsion du Pr Dominique Pateron, propose dans le même bâtiment une structure de consultations sans rendez-vous : l'espace Baudelaire. Cela témoigne du rôle social des SAU. Le développement de la télémedecine est aussi capital. Le fait d'équiper les Ehpad (Établissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes) pourrait éviter des hospitalisations indues, sources de traumatisme et de dépendance accrue des personnes âgées accueillies dans les urgences.



In-Fine réalise une restructuration complète des urgences de l'hôpital Cochin (AP-HP) à Paris, comprenant 2 secteurs de soins de 17 boxes, une unité de surveillance rapprochée (6 places), un pôle hospitalisation courte durée (15 lits) et un service radiologie. Livraison 2019.

## **Sur le plan architectural, comment humaniser les espaces d'un service d'urgences en composant avec toutes ses contraintes ?**

**E.L. :** En matière de conception des espaces, le personnel hospitalier fait de l'efficacité du soin un enjeu prioritaire mais il peut conduire à négliger le bon usage, le confort et l'esthétique. Or, ces aspects, jugés secondaires, jouent un rôle déterminant dans le bien-être des utilisateurs, personnels, patients et visiteurs. Afin d'assurer ce confort, l'un des premiers points sur lesquels l'architecte doit être vigilant est la signalétique. Le deuxième point d'attention identifié est l'information transmise au patient durant son parcours de soins au sein du service. Délivrée en salle d'attente pour présenter, par exemple, les procédures de prise en charge, l'information peut aussi être diffusée dans les salles d'attente post-soins. Une bonne information permet au patient d'anticiper son parcours et peut le rassurer quant à la qualité et au bon déroulement de son traitement. Le confort passe également par la gestion de l'acoustique. C'est d'ailleurs l'une des difficultés que rencontre l'architecte : concevoir des lieux aux performances acoustiques élevées pour pallier la grande effervescence dans les zones d'attentes et de soins du service d'urgence. La lumière représente également un enjeu important, notamment pour les services d'urgences qui sont souvent très compacts et qui bénéficient de peu de lumière naturelle. Aujourd'hui, l'éclairage LED recrée une sensation de lumière naturelle. Enfin, les couleurs restent un élément clé de la conception. Outre leurs valeurs esthétiques et apaisantes, elles servent de repère intuitif dans le service.

**« Les urgences sont le deuxième service le plus impacté par des incidents violents, juste après la psychiatrie »**

## **La sécurité occupe une place toujours plus importante au sein des services hospitaliers. Quelle est sa place dans les réflexions liées à la conception d'espaces plus humanisés, pour le patient comme pour le personnel ?**

**A.S. :** L'architecture contribue à la réussite des démarches hospitalières en matière de renforcement de la sécurité. Ces impératifs de sécurité vont de la simple vigilance à la mise en place de Plans Blancs répondant à certaines situations de crise. Il faut donc rendre compatible la contrainte de sécurisation de l'hôpital et la volonté de l'établissement d'être largement ouvert sur la ville. L'un des points clé est d'instituer des règles et des devoirs à l'attention des usagers, patients et accompagnants, envers les professionnels de ces services. Ces règles définissent les obligations de respect envers le personnel et les autres usagers, le respect de l'intimité et de la vie privée de chacun, et l'impératif d'être accompagné d'une seule personne. Elles permettent aux structures hospitalières d'accueillir toute la population dans des conditions optimales. Le respect des bonnes pratiques garantit également la qualité des échanges et des interactions entre le personnel hospitalier, le patient et ses proches. Par exemple, une récente étude menée par le Pr Enrique Casalino, chef de service des urgences de Bichat et son équipe, a révélé que la majorité des patients transportés par les pompiers ne nécessitaient pas de brancard. L'utilisation de ce mode de transport résulte d'une habitude de prise en charge urbaine des services de secours. Or, ces patients peuvent être admis à l'hôpital en position assise. Ainsi, ils bénéficient d'une meilleure autonomie pour leurs déplacements et leurs échanges avec le personnel d'accueil hospitalier une fois dans le service. Il faut également penser à la qualité du temps d'attente du patient. Patienter seul dans un SAU est particulièrement anxiogène. Dans ce contexte, l'autonomie du patient et de son accompagnement sont des points cruciaux. Les négliger expose le service à des réclamations ou

des constats de maltraitance. Une plus grande « *autonomisation* » des patients, y compris des personnes alitées, facilite les échanges avec les autres usagers, encourageant ainsi une meilleure convivialité. Ces situations placent les équipes d'accueil et de soins du service d'urgences et de l'hôpital dans un nouveau paradigme à prendre en compte. Enfin, les équipes hospitalières évaluent la pertinence de traiter en urgence certains patients, pour lesquels un diagnostic rapide permettrait de reprogrammer leur séjour dans un service adapté. Ce qui éviterait d'augmenter le volume d'activités du service et d'éviter des dépenses inutiles. En résumé, la diffusion des bonnes pratiques, la définition des rôles et des devoirs de chacun, et l'information des patients sont des facteurs déterminants pour sécuriser les urgences et limiter les débordements.

**E.L. :** Les urgences sont le deuxième service le plus impacté par des incidents violents, juste après la psychiatrie (source : rapport de l'ONVS<sup>7</sup> de 2014). Tous les contrôles d'accès ne peuvent prévenir des actes de violence, qu'ils viennent de l'extérieur ou qu'ils soient commis à l'intérieur du service. Certaines dispositions simples — par exemple, les sas écluse ou les portes ouvrant à l'inverse du sens de flux... — peuvent réduire ou contenir le risque. Cependant, la formation et la gestion des crises par le personnel représentent l'axe principal de lutte contre la violence. La conception des espaces doit conjuguer fluidité des espaces et sécurisation des installations. L'architecture peut proposer des passages obligés et contrôlables. Ces points d'identification doivent également être liés à de bonnes pratiques au sein des services, respectées par les professionnels de santé et par l'ensemble des utilisateurs. La connaissance de ces pratiques par tous passe aussi par la formation, des supports d'information et des actions de communication en interne.

## **Au regard de l'ampleur de ces réflexions, l'optimisation des services d'urgences nécessite-t-elle l'implication d'autres acteurs que les architectes et les équipes hospitalières ?**

**A.S. :** Des échanges et la mise en réseau des acteurs de la médecine de ville et ses centres municipaux de santé s'avèrent déterminants dans la réflexion. Nos partenariats avec des structures publiques et privées à but non lucratif enrichissent la réflexion et déterminent la sortie rapide du patient. Ces organisations croisées nécessitent cependant des outils informatiques compatibles et performants, une communication efficace entre les acteurs et un partage de bonnes pratiques. La mise en place de nouveaux outils d'admission et de sorties et la prise de rendez-vous en ligne peuvent améliorer la synergie entre les acteurs et l'efficacité des soins auprès des patients.

**E. L. :** Pour ma part, je souhaite réinsister sur l'importance de la réflexion amont autour du projet médical et organisationnel, parfois trop limitative, par ignorance ou manque de temps. Aujourd'hui, des designers, anthropologues, sociologues et philosophes s'invitent dans le processus projet avec des méthodes de programmation et de réflexion qui dépassent la notion d'usage. Ils apportent un regard neuf sur les organisations et les environnements qui en découlent. Élargir les débats ouvre le champ des possibles et enrichit les réflexions qu'elles soient organisationnelles ou architecturales, les deux étant indissociablement liées. En résumé, la qualité d'un service d'urgences repose sur son organisation, son management, ses outils et son architecture comme un tout indivisible.

7 ONVS : Observatoire national de Violences en milieu de santé