



SCAU

SCAU : SEARCH & CREATE ALTERNATIVE USES UN COLLECTIF SINGULIER

Nous pensons que le projet naît de rencontres, de points de vues, de partages, qu'il se crée lorsque nos différences, nos savoirs et nos sensibilités ont l'audace de se mêler, de se défier, de se dépasser. Alors se forment ces espaces de créativité d'une infinie richesse, qui ont l'intelligence du collectif et la singularité de l'inédit.

Inlassablement, nous cultivons cet esprit de collectif singulier, au sein duquel chaque talent exprime la vision qui lui est propre et participe à la dynamique d'un projet, dans l'échange, le débat, l'initiative, la confiance. Lorsque nous explorons, rêvons, évoluons, lorsque nous gagnons ou perdons, lorsque nous apportons une réponse, pleine et simple, complexe et évidente, c'est toujours ensemble. Et plus encore : c'est au nom de chacun.

L'agence SCAU s'inscrit dans une dynamique de polyvalence et travaille dans de nombreux domaines : des hôpitaux, des équipements culturels, des stades, des universités, des logements, des hôtels, des bureaux, des commerces, des ouvrages d'art, de l'urbanisme, jusqu'au design et à l'aménagement intérieur. SCAU favorise les échanges transversaux grâce à ses nombreux collaborateurs architectes, ingénieurs et graphistes, aux multiples savoirs-faire et de différentes nationalités.

À travers ses projets, SCAU pratique et revendique la diversité, sans a priori formel. Les projets de l'agence ne répondent pas à un style mais à des situations sans cesse renouvelées. Par une

analyse fine du territoire géographique et social, l'agence dévoile les richesses des lieux dans lesquels elle intervient et s'adapte aux modes de vie contemporains. SCAU se nourrit également des influences multi-culturelles et des technologies de communication en constante évolution, qui induisent de nouvelles formes d'organisation spatiale.

Les questions liées à l'environnement ont toujours été au cœur des préoccupations de l'agence et portées comme une responsabilité citoyenne fondamentale. L'approche environnementale de l'agence s'appuie sur l'analyse de l'ensemble des caractéristiques d'un contexte afin de guider ses choix. La performance environnementale d'un projet relève bien souvent de techniques simples et pérennes, plutôt que de systèmes technologiques condamnés à devenir obsolètes.

SCAU bénéficie d'une expérience reconnue dans les domaines hospitaliers et sportifs, construit en Europe et s'enrichit d'expériences en Asie et au Moyen-Orient.

Préserver un regard créatif depuis l'esquisse jusqu'à la réalisation en faisant de chaque projet une réponse claire à des situations complexes constitue un des enjeux majeurs du processus de conception de l'agence. A travers cette quête permanente, SCAU imprime sa marque dans le paysage urbain et propose une vision singulière de l'architecture.

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

La surcharge des urgences a des conséquences immenses en termes de personnel, de surfaces, de temps d'attente, etc. Et il est logique que les tensions qui s'expriment dans le monde hospitalier soient particulièrement vives dans ces urgences, qui constituent le lieu d'expression le plus tangible des limites du modèle global. Commençons peut-être par repositionner les urgences dans une logique territoriale d'ensemble (avec les réflexions sur les « GHT », les relations avec la médecine de ville, etc.) : les urgences constituent le point d'accès « ultime », et donc central, à tout le système de santé ; nous nous y rendons en effet lorsqu'il y a épuisement des autres points de prise en charge, par méconnaissance de ces autres points ou par saturation. Est-ce ce schéma d'ensemble qui est à revoir ? Et l'équivalent belge du GHT, incluant la médecine de ville, est-il un exemple intéressant ?

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...

Une première réponse : nous cherchons systématiquement, autant que possible, à engager des concertations et des réunions de travail avec les équipes. Notre expérience nous a suffisamment montré que tout le monde y gagne, en qualité, en délais, en efficacité. Mais une deuxième réponse : bien sûr que nous gagnerions d'autant plus à engager ces échanges plus tôt dans le processus, au moment de la programmation, c'est-à-dire avant notre arrivée dans le processus de conception. L'exemple belge (à nouveau), qui tend à faire converger les missions du programmiste et celle du maître d'œuvre, est là aussi intéressant.

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

Aller un peu « au-delà » du programme, plutôt que le « transcender », ce serait déjà bien. Et cela rejoint la question précédente : si nous avions (un peu) la main sur le programme en amont, et non pas seulement sur son application, les choses seraient bien différentes.

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 ?

Le cas de l'Hôtel-Dieu de Paris démontre une dégradation, notamment du fait d'une coprésence tendue de destins différents : des accidentés en condition critique, des futures mères, des victimes et des gardés à vue, des sans-abris, des « mules », etc. Cette dimension universelle des urgences n'est pas négociable mais elle pose aujourd'hui des problématiques inacceptables, et le principe de « séparation » est essentiel : séparer les flux, pour protéger le personnel, les patients, les visiteurs, et aussi pour identifier ceux qui pourraient passer par un autre circuit.

Identifier, séparer : ces sujets sont aussi à appréhender d'un point de vue éthique. Selon Jean-Philippe Pierron, le problème majeur à l'hôpital est la convergence (y compris spatiale) entre l'acte d'accueil et l'acte d'admission. Il serait bien que tout travail de réorganisation des urgences soit l'occasion d'y réfléchir.

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

Il faut partir de la question centrale des différents accès que le projet doit organiser, optimiser : accès patients, accès ambulance, départ SMUR, dépose minute. Peuvent s'ajouter aussi les accès depuis d'autres lieux de l'hôpital. A chaque projet sa manière d'organiser ces croisements.

Dans tous les cas, la visibilité est un enjeu crucial : les « visiteurs » des urgences sont souvent en état de stress ou de panique, et la signalétique doit être irréprochable. Mais le plus important est de reconsidérer la dimension « urbaine » des urgences, en oubliant la tradition d'un service en forme de résidu dans une cour arrière, et le valorisant au contraire comme une véritable entrée de l'hôpital, et une entrée véritablement rassurante, apaisante : en aménageant un jardin, ou un patio à proximité, par exemple ; en proposant une façade qui amène de la lumière dans les espaces intérieurs ; etc.

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 ?

Tout dépend, d'abord, du type de « restructuration » : extension d'un service d'urgences existant, reconstruction du service, reconstruction plus générale de l'ensemble hospitalier, etc. ? Pendant le chantier, un phasage précis doit bien sûr permettre d'assurer la continuité des liaisons vitales existantes, celles constituant l'« axe rouge » (lien des urgences avec l'imagerie, les soins critiques, le bloc opératoire, le SMUR, et lien avec l'hélistation). Et si le contexte le permet, un projet de restructuration peut constituer surtout une opportunité pour réorganiser ces liaisons prioritaires. On peut aussi mentionner la nécessité, lorsque des urgences sont repensées, de prévoir une capacité d'extension future, si une réserve foncière est possible.

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

La distinction entre les flux des patients couchés (souvent accompagnés) et les flux ambulatoires (patients plus souvent seuls) est un point clé de l'organisation, et elle est à anticiper dès la conception. Par exemple, un soin particulier au traitement du plafond et à la lumière est à apporter pour le premier cas. Plus généralement, cette question s'intègre dans les réflexions sur les logiques de « séparation », dans un objectif avant tout de respect des intimités.

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 ?

La lumière et la vue sur un extérieur (jardin, patio...) font maintenant partie des éléments essentiels à intégrer, mais le contexte ne le permet pas toujours malheureusement. Des aménagements simples peuvent aussi changer beaucoup de choses, à peu de frais : alimentations électriques pour les téléphones, distributeurs de boissons, livres à disposition... Une évolution importante serait également la mise en place de salles d'attente modulaires, permettant l'aménagement temporaire de sous-espaces à taille plus humaine, ou d'alcôves. Cette idée se heurte cependant souvent à l'impératif de visibilité du point de vue du personnel.

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 ?

Toute personne venant aux urgences est « fragilisée » ; le milieu médical, depuis Canguilhem au moins, ne fait plus cette distinction entre des personnes « normales » et d'autres « fragiles ». Cela dit, il est vrai qu'il y a des « normes de vie » différentes, et que le service des urgences est le lieu de leur coexistence radicale.

Il faut alors rappeler qu'il y a quelque chose d'assez salubre dans le fait qu'il existe de tels lieux, dans lesquels toute la cité se retrouve, sans ségrégation ou presque. Une forme idéale d'espace public ? C'est la grande exigence de l'hôpital, qu'il faut arriver à entretenir malgré les difficultés énormes que cela pose et posera. Car l'hospitalité n'existe pas sans une hostilité première (Derrida parlait l'hostipitalité) : l'hospitalité est un effort, un pari, jamais gagné ; et les urgences sont l'un des lieux de la mise en œuvre de ce pari.

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

Des dispositifs existent pour répondre à court-terme à ces enjeux, mais faisons plutôt l'effort de les replacer dans une perspective plus large. L'architecture doit souvent satisfaire des injonctions contradictoires, sécurité et confidentialité, ouverture et fermeture, etc., et cela aboutit à des situations difficiles : comment ouvrir sur la ville les urgences de l'Hôtel-Dieu de Paris lorsque la démolition partielle du mur d'enceinte (un geste qui nous semblait évident) est finalement refusée par les garants du patrimoine parisien ? L'ouverture comme impression plutôt que comme réalité : l'architecture devient-elle avant tout une affaire de perception, voire un trompe-l'œil, qui ne raconte pas exactement la réalité ? Cela ne serait en fait pas nouveau : l'architecture a toujours pris en charge une part de fiction ; quelle est la fiction que nous souhaitons raconter aujourd'hui ?

Réponses de SCAU Architecture (Guillaume Baraibar, Bernard Cabannes, Mathieu Cabannes, architectes associés; Sylvie Campet, Marina Vida Smiljanic, chefs de projets hospitaliers)

Références SCAU



Photo Autrevie

Hôpital Louis Daniel Beauperthuy - Pointe Noire - Guadeloupe

- Hôpital Hôtel Dieu, Paris
- Projet Südspidol, Luxembourg
- Hôpital Pierre Paul Riquet, CHU de Toulouse
- Centre Hospitalier Universitaire, Fort-de-France
- Hôpital Louis Daniel Beauperthuy, Pointe Noire, Guadeloupe
- Hôpital de la Conception, Marseille
- Hôpital, Saint-Quentin
- Hôpital des armées Sainte Anne, Toulon
- Centre Hospitalier Universitaire, Grenoble
- Hôpital Bretonneau, Tours
- Hôpital européen Georges Pompidou, Paris
- Hôpital, Bergame, Italie
- Hôpital, Minsk, Biélorussie