



SOHO

ATLAS • IN FINE

UNE AGENCE D'UNE NOUVELLE ENVERGURE

Depuis le 1^{er} juillet 2019, IN FINE et SOHO ATLAS forment une seule et même agence d'architecture. Cette union s'appuie sur une complémentarité d'activités, d'expertises et d'implantations, avec une dimension collaborative et humaine forte. Spécialisée dans le domaine de la santé depuis 20 ans, In Fine constitue le pôle santé de cette nouvelle entité.

L'EXPERTISE SANTÉ-SANITAIRE & MEDICO-SOCIALE

In Fine conçoit des lieux de soins et des lieux de vie, veillant particulièrement au confort, à la sécurité des patients et des résidents mais aussi à l'ergonomie pour le personnel et à l'accueil des accompagnants. Ces projets, généralement complexes requièrent une approche experte, sensible et une méthodologie de conception et d'exécution solides.

Dans le secteur sanitaire, l'expérience de l'agence concerne plus particulièrement les services d'urgences, les plateaux techniques (blocs opératoires, ambulatoire, imagerie...), les services d'hospitalisation, les services médico-logistiques et logistiques (stérilisations, pharmacies, cuisines centrales...). Dans le secteur médico-social, l'agence mène plusieurs projets de construction et de réhabilitation d'établissements pour personnes âgées et personnes handicapées, adultes ou enfants, EHPAD, résidences autonomie, maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyer d'accueil médicalisés (FAM)... Les modalités d'accueil et d'accompagnement dans le monde de la santé évoluent beaucoup et en permanence. L'agence est directement impliquée et moteur dans la recherche et la définition de nouveaux modèles qui ont un impact dans la programmation architecturale, urbaine et environnementale.

LES «PLUS» INTÉRIEUR ET PAYSAGE

Convaincue que les ambiances intérieures et les aménagements paysagers participent à gommer le caractère anxiogène parfois associé aux établissements de santé, l'agence dispose en interne d'une équipe de paysagistes et d'architectes d'intérieur qui travaillent en collaboration avec le pôle santé, notamment dans le choix des couleurs, du mobilier, de la signalétique.

LE BIM POUR FACILITER LES ÉCHANGES

Avec la méthode BIM (Building Information Modeling), l'agence développe des maquettes numériques qui regroupent l'ensemble des informations des phases conception, construction et exploitation, accessibles par tous les partenaires. Cette conception collaborative assure un projet qualitatif et maîtrisé de A à Z. Elle pousse aussi l'agence à se renouveler sans cesse et à innover.

EN BREF

- 2 agences : Lyon et Paris
- Plus de 100 collaborateurs
- 21 associés
- 35 ans d'expérience cumulée
- Pôles : BIM, architecture d'intérieur, maquette
- 13 domaines d'expertises : activité & industrie, architecture d'intérieur, automobile & parking, autoroutier, équipements, enseignement, environnement, hôtellerie, logement, logistique, médico-social, santé, sport et loisirs, tertiaire, urbanisme, VRD & paysage.

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 sont en pleine mutation depuis une dizaine d'années. Hier, elles étaient conçues pour accueillir et traiter de véritables cas d'urgences vitales. Aujourd'hui, aller aux urgences est presque devenu un réflexe pour certaines personnes, quelle que soit la gravité de leur situation. Les services d'accueil des urgences (SAU) sont un point d'entrée des soins dans l'hôpital et se substituent peu à peu à la médecine de ville. Elles sont, de fait, impactées par les dysfonctionnements des deux entités : pénurie de personnel, baisse d'attractivité et difficultés de recrutement à l'hôpital, désertification médicale en ville...

Ces services accueillent, trient et orientent le patient au bon endroit pour un soin efficient, ils sont naturellement soumis aux flux amont et aux solutions d'aval, notamment en termes d'hospitalisation. Il faut donc réfléchir, en amont et en aval, tout en réorganisant les services pour fluidifier le diagnostic et les soins.

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 adapté ?

La définition du projet médical est incontournable. Néanmoins, les contraintes techniques, architecturales, urbaines et économiques doivent être questionnées au plus tôt pour aboutir à des décisions structurantes. Pour obtenir un projet efficient, il est impératif que les acteurs du projet aient un échange dépassionné et constructif, chacun apportant sa pierre à l'édifice pour former une réponse globale cohérente. Les projets de SAU ne sont pas des projets isolés, ils s'inscrivent dans une réflexion globale à l'échelle de l'établissement.

L'écueil que nous rencontrons souvent est de vouloir reproduire un modèle de service jugé efficient. Or il y a autant de typologies d'urgences qu'il y a de projets médicaux. Notre rôle est d'aider les équipes à dépasser leur mode de fonctionnement existant pour faire naître un projet architectural qu'elles pourront réellement s'approprier avant même sa livraison.

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

Les avancées architecturales sont souvent concomitantes aux progrès techniques et médicaux. Si l'architecte est force de

propositions et peut faire valoir son expérience, il ne peut, en revanche, répondre seul aux attendus d'un projet de santé.

C'est pourquoi la participation aux échanges techniques et stratégiques avec les usagers est essentielle pour intégrer des données sensibles et contextuelles à la réflexion.

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 ?

Les problèmes des urgences dépassent largement les murs du service et même l'enceinte de l'hôpital. Aujourd'hui, 80 % des personnes accueillies aux urgences ne relèvent pas de ce service mais plus de la « *bobologie* » et pourraient être pris en charge par la médecine de ville ou dans un service de consultations ambulatoires au sein de l'hôpital. Les patients sont devenus des clients et des consommateurs de soins.

Autre constat : les urgences sont la porte d'accès idéale à un plateau technique complet pour des examens médicaux. Cela questionne les modalités de réalisation des diagnostics des patients et la capacité des maisons médicales à répondre à ces demandes. En cela, le numérique et la télémédecine sont des outils qui permettront certainement de limiter certains flux.

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

La plupart des SAU ont été conçus dans les années 90. De fait, la plupart des projets d'urgences portent aujourd'hui sur des restructurations ou des extensions avec des services souvent mal situés dans l'hôpital et souvent peu accessibles.

Généralement, leur extension ou leur relocalisation ont un impact important sur les services environnants. Les flux externes et internes sont extrêmement structurants, c'est pourquoi, il est déraisonnable d'isoler le projet des urgences du reste de l'hôpital. L'implantation du SAU — au sein d'un hôpital urbain ou rural —, ses accès et la présence de transports en commun à proximité conditionnent fortement l'accessibilité du service.

Ainsi, ne faudrait-il pas envisager des services d'urgence « *autonomes* » à l'interface de la ville et de l'hôpital, sorte de « *hubs* » de soins avec des moyens dédiés en plateau technique et des ressources humaines mutualisées entre médecine publique et médecine privée ?

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 ?

L'idéal est que le service d'accueil des urgences soit directement connecté au plateau technique (réanimation, blocs...) et à l'imagerie. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas dans les hôpitaux les plus anciens. Selon l'éloignement — notamment avec l'imagerie —, il faut imaginer de conserver une salle de radiologie conventionnelle au sein même du SAU. Mais cela pose le problème de la mise à disposition de personnel dédié.

Les liaisons interservices sont également conditionnées par les possibilités structurelles des existants mais aussi par la qualité des échanges entre responsables de services. L'imagerie étant amenée à évoluer constamment, ce point aura un impact fort dans les projets à venir.

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

Selon nous, la notion de patients debout ou couchés n'est pas un indicateur fiable. Au sein du service, l'IOA (infirmier-e d'orientation et d'accueil) oriente les patients selon le degré de gravité du tri 1 (urgence vitale absolue) au tri 4 (urgences relevant d'une consultation). L'objectif est de relever un maximum de patients — notamment ceux arrivés en brancard avec les pompiers — pour les rendre plus mobiles et autonomes. Les patients légers, faibles consommateurs des plateaux techniques, constituent également un flux en augmentation à prendre en compte, tout comme les autres flux d'urgences (obstétriques, ophtalmiques, cardiologiques...) qui sont souvent directement orientés vers les bons services.

De manière générale, l'idée est d'éviter de faire venir certains patients aux urgences, les personnes âgées par exemple. Cela paraît évident mais, pour le moment, les réponses apportées ne sont suffisantes. En aval, lorsque la sortie directe des patients n'est pas possible, l'UHCD offre une réponse partielle, en attendant un retour au domicile ou une hospitalisation dans un service adapté. La gestion en temps réel des lits d'hospitalisation disponibles au sein de l'hôpital ou dans des établissements proches a un impact sur la fluidité et la distribution des flux.

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 ?

L'augmentation des flux a un impact direct sur les zones d'accueil, d'attente et d'admission. L'accueil différencié des adultes, des

enfants et des accompagnants est une donnée à intégrer au projet médical, tout comme la sécurité pour le personnel et les patients. Tout ce qui participe à l'amélioration des conditions d'accueil et d'attente (affichage du temps de passage, jeux pour enfants, points recharges pour smartphones, distributeurs de boissons, toilettes propres...) est à prendre en compte, l'objectif est de désengorger l'accueil et l'attente primaire. Les attentes secondaires post-soins sont également des espaces clés pour fluidifier les parcours, participant également au confort des patients et à la qualité de travail du personnel. La signalétique, la clarté des informations diffusées aux patients et la décoration ne devraient pas être considérés comme des enjeux secondaires, ils participent à la qualité des soins et du travail.

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 ?

Si elle est, par essence, d'intérêt général et social, l'architecture n'est qu'un outil pour répondre aux problématiques sociales des SAU. Le fait que ces services accueillent tout public, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 les rend vulnérables et particulièrement exposés. La prise de conscience, certes tardive, montre que les pouvoirs publics commencent à prendre la mesure de ce sujet de santé publique qui dépasse largement les murs de l'hôpital.

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

Certainement pas en imaginant des services ultra sécurisés mais en tenant compte du contexte, des populations prises en charge, des risques pour le personnel et les patients... Les urgences sont le miroir de notre société de consommation et l'expression de ses travers. Elles connaissent, elles aussi, une augmentation des incivilités. Sécurité et confidentialité composent une équation difficile à résoudre. Les portes d'accès à l'accueil sont généralement ouvertes en journée et fermées la nuit ou le week-end avec un système d'interphonie. Souvent, un agent assure la sécurité à l'entrée. Nous savons aussi que le personnel d'accueil souhaite avoir un contrôle visuel sur l'espace d'attente primaire, ce qui induit une zone très ouverte compromettant la confidentialité des entretiens lors des enregistrements. La séparation de la zone d'accueil / admissions / attente primaire des zones de soins, avec un système de marche en avant assure le tri des admissions dans le secteur de soins et, donc, la sécurité des personnels soignants. Les boxes IAO jouent ce rôle de filtre en permettant d'orienter rapidement les patients vers les zones de soin adaptées.

LE SAVOIR-FAIRE « URGENCES »

Hôpital Edouard-Herriot, HCL, Lyon 3^e (69)

Restructuration du pavillon N: accueil de l'UHCD et service post-urgences psychiatriques. Pavillon classé aux Monuments historiques, œuvre de Tony Garnier (1933). Architecture: Soho Atlas In Fine. Partenaires: Archipat (architecte du patrimoine), RBS (structure), TEM (fluides), Denizou (économie). Surface: 8500 m². Montant: 7 M€ HT. Livraison 2019 ▼



Hôpital Cochin, AP-HP, Paris 14^e (75)

Restructuration complète des urgences (2 secteurs de soins de 17 boxes, unité de surveillance rapprochée de 6 places, UHCD, radiologie). Création d'une extension. Architecture: Soho Atlas In Fine. Partenaires: Gruet (tous corps d'état), US&CO (économie), ICAR (CSSI). Surface d'œuvre: 2406 m². Montant: 4,35 M€ HT. Livraison 2019 ▼



CHI Robert-Ballanger, Aulnay-sous-Bois (93)

Restructuration et extension des urgences. Architecture: Soho Atlas In Fine. Partenaires: Gruet (tous corps d'état), US&CO (économie). Surface unitaire: 2180m². Montant: 4,5 M€ HT. Livraison: 2020

CH Ardèche Nord, Annonay (07)

Restructuration et extension du plateau technique (bloc, urgences, bureaux de consultations externes, hall d'entrée). Architecture: Soho Atlas In Fine. Partenaires: GES (structure), RBE (fluides), Evalue (économie). Surface: 3200 m². Montant: 5,8M€HT. Livraison: 2018

CHI André-Grégoire, Montreuil (93)

Restructuration et extension des urgences. Relocalisation de l'imagerie, de l'UHCD et des consultations. Architecture: Soho Atlas In Fine. Partenaires: Y Ingénierie (tous corps d'état), Venathec (acoustique). Surface: 3780 m². Montant: 6,19 M€ HT. Livraison: 2021 ▼



MAIS AUSSI...

D'AUTRES PROJETS POUVANT NOURRIR LA RÉFLEXION

Innovation Center Bayer, Lyon 9^e (69)

Aménagement du hall en agora modulable et espaces de coworking. Architecture: Soho Atlas In Fine. Partenaires: Raynaldine Molon (architecture d'intérieur), Pure Ingénierie (fluides, structure, économie). Surface 520 m². Montant: 1,32 M€ HT. Livraison: 2017 ▼



Golden Tulip & Kyriad hôtel, Limonest (69)

Construction d'un ensemble jumelé de 2 hôtels de 3 et 4 étoiles. Architecture: Soho Atlas In Fine. Surface: 7160 m². Montant: 20 M€ HT. Livraison 2020 ▼

