

## Une agence à visages humains :

Depuis sa création en 1991, TLR a conduit plusieurs dizaines de projets et développé un style qui lui est propre. Au fil des projets et des années, l'agence s'est enrichie de nouvelles compétences pour devenir une agence de 45 personnes dont 8 architectes associés.



Elle est accompagnée par des ingénieurs hospitaliers, économistes et ingénieurs structure, et aussi par des coloristes.

Les énergies de chacun convergent vers un objectif commun : concevoir et réaliser le meilleur projet pour nos maîtres d'ouvrage. L'équipe est aujourd'hui déployée sur deux pôles : Bordeaux et Paris, et s'appuie également sur un réseau de partenariats durables avec des architectes d'autres régions.

## Un domaine d'excellence : l'architecture au service de la santé

Témoins et acteurs de la transformation des pôles de santé depuis 25 ans, nous avons développé une culture hospitalière en accompagnant la conversion des sites existants et la création de nouvelles structures conçues autour du parcours du patient et des nouvelles technologies.

Cette spécialité nous a amenés à réaliser des projets d'une grande complexité, fréquents dans le domaine de l'architecture hospitalière. Du centre neuro-cardio vasculaire du CHU de Poitiers au centre de dosimétrie Doseo à Saclay en passant par la plateforme de chirurgie ambulatoire de la Pitié Salpêtrière, TLR a fait montre de son savoir-faire en la matière.

Toujours en alerte, TLR a mis en place au sein de l'agence un pôle de recherche dédié à l'architecture hospitalière, où se croisent architectes, ergonomes, médecins, personnel hospitalier.

Une préoccupation partagée par tous : la personne est au cœur de notre conception.

La technicité, aussi pointue soit-elle, doit être au service du bien vivre, quelle que soit la nature du programme. Cet objectif guide notre façon de faire de l'architecture.

Nous sommes particulièrement attentifs aux questions du grand âge, du handicap, de la psychiatrie et de l'enfance, car pour ces personnes fragilisées la qualité des espaces de vie impacte de façon très sensible leur bien-être. Aujourd'hui nous avons réalisé plus de 30 établissements médico-sociaux dans tout le pays.

La spécialisation de TLR dans les bâtiments à vocation médicale ou médico-sociale n'empêche pas l'agence et ses architectes de rester curieux du monde dans lequel ils évoluent. En témoignent les incursions dans d'autres domaines, dans le monde de l'enseignement, de la recherche et du logement par exemple.



L'UCA de la Pitié-Salpêtrière



La polyclinique de Bordeaux Nord



Le CCV du CHU de Poitiers

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

En France, les services d'urgences sont ouverts 7j/7 et 24h/24. Ils doivent accueillir tout le monde même si un patient peut venir pour disposer d'une aspirine. Au vu des tensions actuelles, ce modèle semble à bout de souffle. Nous l'observons depuis quelques années déjà. Cela craque aujourd'hui.

Les personnels sont réellement en saturation totale mais continuent de faire fonctionner le système par vocation.

Les urgences sont comme un vieux corps malade qui tient péniblement mais qui tient.

Les patients ont changé : ils sont de plus en plus informés, veulent être acteurs de leur guérison, sont e-connectés. De patients à impatientes !

**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...**

Il est essentiel de bien comprendre le site hospitalier dans lequel le projet va s'inscrire, sa relation avec la ville, avec les autres centres hospitaliers... Nous analysons ensuite les flux actuels extérieurs comme intérieurs, les liens avec les différents services tels que l'imagerie, la réanimation, le bloc opératoire.

Nous nous positionnons dans une écoute active des différentes problématiques rencontrées par les usagers afin de co-concevoir ensemble.

Il faut également entendre ce qui n'est pas dit : la souffrance au travail, la perte de sens pour les usagers...

Il est de notre devoir de conseil de s'assurer d'avoir « un coup d'avance » sur l'évolutivité et l'extension possible de ce type de service.

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

Le programme est souvent le résultat d'un consensus « mou ». Lorsque nous étudions un projet de ce type, nous gardons en tête que ces urgences vont devoir durer 30 ans. Nous testons plusieurs scénarii, nous posons un regard critique sur le programme. Si la question nous semble mal posée, nous osons proposer autre chose. Nous questionnons les interdits : pourquoi n'est-ce pas possible ? La plupart du temps, cela permet d'élargir le champ des possibles. Nous apportons au projet notre expérience d'opérations de services d'Urgences réalisés sur toute la France. Nous visitons régulièrement des hôpitaux en France comme à l'étranger pour questionner nos pratiques.

Notre facilité à formaliser graphiquement nous permet de donner à voir, à un large public, un panel de solutions possibles.

**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'usage des Urgences par la population a complètement évolué. En réalité, seuls 20 à 30 % des patients rentrant aux urgences nécessitent un accompagnement aigu et une réelle prise en charge hospitalière. Le reste des patients relève de la médecine générale, la médecine de ville.

Les déserts médicaux sont souvent déjà aux portes de nos grandes villes. Les urgences pallient à cette situation.

Les services actuels sont de plus en plus saturés par l'affluence de patients. Les espaces d'attente sont trop petits, souvent inadaptés, mêlant les enfants et les adultes. Le temps d'attente est relativement long : est-ce du fait que les effectifs ou les organisations sont inadaptés à cette nouvelle situation ?

Les demandes de protections et de mises en sécurité du personnel se font également de plus en plus nombreuses.

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

Les connexions urbaines au site hospitalier constituent un enjeu majeur pour le bon fonctionnement des Urgences. La notion de flux est essentielle (véhicules, transports en commun, flux du personnel...).

Les urgences ne doivent plus fonctionner seules. L'implantation de maisons médicales à proximité doit pallier l'engorgement des urgences. Il s'agit là d'un véritable enjeu urbain permettant une implantation facile de ces « points-relais » pour tout ce qui relève de la « bobologie ».

En France, nous n'avons pas encore inclus la dimension numérique dans la gestion des urgences. Il existe des pays où chaque citoyen peut disposer d'une application téléphonique indiquant le temps d'attente moyen des Urgences de chacun des hôpitaux d'une ville afin qu'il puisse se diriger là où le flux est le moins important. C'est un dispositif intéressant qui pose plein de questions... éthiques notamment.

**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 d'abord, il faut bien comprendre les existants, les artères principales connectant les services entre eux. Identifier les « bouchons » qui se sont installés avec le temps modifiant la cohérence globale du plateau technique. La connaissance des types d'urgences est primordiale pour comprendre les proximités entre équipements (notamment pour les AVC).

Parfois un parti pris radical est la meilleure solution. Au départ, on fait de la « couture », on n'ose pas trop, de peur de tout casser, mais encore une fois, le maître d'ouvrage investit pour 30 ans ! Il faut parfois toucher une partie de l'existant qui n'est pas concerné par l'opération mais qui peut tout débloquent ! Au CCV de Poitiers par exemple, le maître d'ouvrage nous a dit lors de la négociation que nous avons eu un sacré culot de casser un service entier en plus du projet mais notre proposition a fait l'unanimité !

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

Depuis quelque temps déjà, les professionnels des urgences souhaitent dissocier les flux de patients légers des patients plus lourds qui sont, de fait, alités. Cette distinction des flux de patients debout et couchés structure l'architecture du service pour plus d'efficacité. On peut toutefois observer dans les programmes récents, et suivant les types d'urgences et leurs spécificités, des nouvelles zones d'attentes « *avales* » pour les patients couchés en attente d'être pris en charge en hébergement plus complet ou dans des structures spécialisées.

Plus rarement, le déficit du personnel ou plutôt l'afflux trop important de personnes à prendre en charge amène le personnel à, parfois ? « *utiliser* » l'accompagnant comme « *surveillant* » de son proche pour gérer les patients « *debout* ».

### 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'entrée des urgences doit être qualitative spatialement. Cela préfigure de la qualité des soins qui y seront dispensés.

La séparation des attentes Adultes/Enfants permettent au personnel de bénéficier d'une lecture rapide du type de patients et d'orienter rapidement vers l'un ou l'autre des circuits.

L'espace doit être ergonomique. Les locaux doivent être à la lumière naturelle pour se repérer dans le temps. L'espace doit être « *e-connecté* ». Des alcôves peuvent favoriser la constitution de petits groupes et éviter la contagion du stress.

Le mobilier doit être confortable, fait de matériaux qualitatifs et pérennes. Mais c'est un investissement souvent mal provisionné. Les « *règles et usages* » doivent être lisibles par tous les utilisateurs mais l'architecture doit intuitivement identifier des espaces non accessibles au public pour ne pas parasiter le personnel dans ses tâches.

### 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 ?

Les Urgences sont le reflet de la société avec ce qu'elle comporte de diversité. L'architecture, les aménagements d'espaces, les matériaux participent discrètement à aider les soignants dans leurs tâches difficiles et à rassurer les patients et leurs proches. A nous concepteurs de veiller à la bonne ergonomie des locaux, jusque à l'achat du mobilier, en accompagnant le Maître d'ouvrage dans ses choix. Plus les patients se sentiront en confiance, et bien accueillis dans les espaces qu'ils parcourront, plus le personnel pourra travailler dans de bonnes conditions et prendre soin des patients de manière qualitative.

Aujourd'hui, pour qu'émergent des solutions nouvelles, nous avons acquis la conviction suivante :

- Il faut viser le bien commun des patients et des soignants ;
- La réussite des projets n'est possible que si les deux sont satisfaits !

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

La sécurité du personnel d'accueil se pose souvent. Notre agence a participé à la conception de tous types d'Urgences en France. En termes de sécurité, les Urgences créées pour l'Hôpital militaire Laveran, dans les quartiers Nord de Marseille est un bon exemple pour ces questions.

Sur la façade d'entrée, une maille métallique met à distance afin de garantir l'intimité des patients du parvis des urgences.

Au niveau de l'accueil, les avis étaient partagés : certains prônaient la mise en place de parois vitrées résistantes aux chocs, d'autres souhaitaient un véritable blindage, d'autres ne croyaient pas à son effet « *protecteur* », les personnes énervées se « *défoulaient* » en tapant sur la vitre. La solution retenue a été une simple paroi vitrée avec guichet.

Des moyens humains suffisants et une communication adaptée restent toutefois les meilleurs outils pour répondre à cette détresse humaine.



© Marie-Caroline Lucat

Centre Hospitalier-Béziers



Perspective intérieure Urgences - Albi

## Références TLR

### **Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (45)**

**Opération :** Restructuration des urgences et des blocs opératoires

**Maîtrise d'ouvrage :** CHAM

**Contact :** M. Poillera Directeur - T. 02 38 95 98 91

**Mission :** Mission de base + OPC + synthèse

**Maîtrise d'œuvre :** TLR architecture mandataire avec Imago associé

**Surface :** 5 900 m<sup>2</sup>

**Coût :** 13,078 M€ht

**Livraison :** 2022



### **CH Béziers (34)**

**Opérations:**

- Restructuration et extension de l'espace Urgences et Réanimation.
- Réalisation d'une Hélistation;
- Implantation d'un HDJ;
- Restructuration et aménagements intérieurs des pôles NCV.
- Aménagement d'un IRM Ostéo-Articulaire.

**Maîtrise d'ouvrage :** Centre Hospitalier de Béziers (34)

**Contact :** M. Oble, Directeur Adjoint - T. 04 67 35 79 92

**Mission :** Mission de base + SYNT + HQE

**Maîtrise d'œuvre :** TLR architecture mandataire avec Imago associé

**Surface :** 11 986 m<sup>2</sup> SDO

**Coût :** 20,32 M€ht

**Livraison :** 2019



### **CH Albi (81)**

**Opération :** Extension / restructuration des Urgences et des consultations externes

**Maîtrise d'ouvrage :** Centre Hospitalier d'Albi

**Contact :** M. Serge Foursans, Directeur du Centre Hospitalier

**Assistant maître d'ouvrage :** A2MO Montauban

**Mission :** Mission de base + SSI + DIAG + SYN + DLSE + OPC

**Maîtrise d'œuvre :** TLR architecture avec Astruc Architectes associé

**Surface :** 5 127 m<sup>2</sup>

**Coût :** 6 M€ht

**Livraison :** Fin 2021



### **Hôpital d'Instruction des Armées Laveran (13)**

**Opération :** Construction d'un nouveau bâtiment des urgences et hélistation

**Maîtrise d'ouvrage :** Service d'infrastructure de la défense (SID) - ESID de Lyon

**Contact :** M<sup>me</sup> Parage, chargée d'opération - T. 04 51 01 52 82

**Mission :** Mission de base

**Maîtrise d'œuvre :** TLR architecture

**Entreprise générale mandataire :** FAYAT BEC construction Provence

**Surface :** 2 200 m<sup>2</sup> SDO

**Coût :** 5,6 M€ht

**Livraison :** 2017

