



Soho Architecture Pavillon N ©Jonathan Letoublon

# Les services d'accueil des urgences, un défi organisationnel et architectural pour l'hôpital

Il est un lieu dans la ville qui ne dort jamais... Les services d'urgences hospitaliers, nés dans les années 1960, sont devenus au fil des décennies les véritables baromètres de notre système de soins. En 2022, ces derniers ont enregistré près de 21 millions de passages dont 70 % correspondent à des cas peu graves ou peu urgents, et 20 % aboutissent à une hospitalisation. Ce chiffre en croissance continue depuis plus d'un quart de siècle, mais qui semble se stabiliser depuis 2023, esquisse les contours d'un malaise plus profond que la simple saturation ponctuelle. *De facto*, les urgences, en se transformant en point d'entrée principal de l'hôpital, s'éloignent progressivement de leur vocation initiale : dispenser les premiers soins à un malade ou à un blessé dans les premières 24 heures. Ce déplacement de sens, ou extension de fonction, interroge non seulement le système de santé en lui-même mais aussi l'espace qui l'abrite. L'équipement urbain qu'incarne l'hôpital, se voit sommé de répondre à un système complexe mêlant soins non programmés en augmentation constante, situations sociales et territoriales hétérogènes. Sa structure semble aujourd'hui peiner à suivre l'ensemble des mutations qu'on lui impose. La dissymétrie entre les injonctions fonctionnelles et les architectures héritées d'une époque souvent révolue met en exergue une crise qui demeure tout autant systémique que spatiale. C'est dans ce déséquilibre, que se dessine le chantier d'une réinvention. En filigrane, dans cet article, trois projets de l'agence SOHO viendront illustrer les défis et solutions qui incombent aujourd'hui à l'architecture des urgences hospitalières. Situés sur des sites distincts à Lyon, Montreuil et Saumur, ces projets relèvent tous de cette nécessité vitale de redonner aux services d'urgences un nouveau souffle pour garantir qualité d'accueil des patients, qualité des soins et efficience organisationnelle.

Propos recueillis auprès d'**Emmanuelle Ladet**, architecte et associée, directrice du Pôle santé, SOHO architecture et **Zineb Bennouna**, architecte DE, docteure en architecture et patrimoine (laboratoire EVCAU), collaboratrice au sein du laboratoire de recherche S-LAB de SOHO architecture



## Une embolectomie architecturale ?

Les services d'accueil des urgences, tels que nous les connaissons aujourd'hui, sont devenus les lieux d'un paradoxe à la fois médical et architectural. Pensés à l'origine comme des sas d'intervention rapide pour répondre aux besoins de patients blessés ou dont le pronostic vital était engagé, ces services se trouvent aujourd'hui sous-dimensionnés, inadaptés aux différents parcours de soins et congestionnés par le manque de solutions d'aval. Le résultat est un état d'embolie du système, générateur de stress et d'insécurité, dont l'espace est devenu au fil du temps dysfonctionnel.

En amont de la prise en charge, plusieurs facteurs peuvent expliquer la saturation des services. La prise en charge souffre de son caractère aléatoire et imprévisible, mais dont la récente gestion des données permet de mieux anticiper les pics d'affluence. À cela s'ajoute la lente agonie de la médecine de ville, jadis rempart essentiel à la surcharge des hôpitaux et aujourd'hui quasi-inexistante en dehors des jours d'ouverture des cabinets médicaux. Les difficultés d'accès rapide à des soins et à un plateau technique qui sécurise le diagnostic, orientent naturellement les patients vers les services des urgences.

L'engorgement des urgences ne réside pas uniquement dans cette chaîne d'événements qui se déclenche bien avant l'arrivée à l'hôpital. Il se prolonge également en aval du parcours de soin, où l'adéquation entre le nombre de patients à hospitaliser et les lits disponibles devient une problématique inextricable. Ce manque de fluidité engendre un cercle vicieux : les patients sont parfois bloqués dans le service dans des conditions parfois inacceptables car l'infrastructure manque de solutions pour les orienter vers la sortie du service (hospitalisation, retour à domicile ou accueil en établissement médico-social).

Face à ce labyrinthe de causes et d'effets, les solutions, bien qu'indispensables, ne sauraient être simples. Des réformes à l'échelle du système de santé se sont imposées, qu'il s'agisse des dispositifs de tri en amont par téléphone pour orienter correctement les patients, la création des maisons médicales de garde ou la gestion en aval des lits par un « *bed manager* » amélioreraient nettement les prises en charge. Cependant, l'un des leviers essentiels à la résolution de cette problématique réside dans l'organisation de ces services et la conception

architecturale qui en découle, dont la qualité peut largement influencer la fluidité des parcours et améliorer l'expérience de l'ensemble des usagers (patients, visiteurs, et personnel soignant). Au-delà de la prise en compte des exigences fonctionnelles immédiates du service des urgences, il s'agit désormais de considérer l'aléa inhérent à ces derniers comme une donnée d'entrée avec laquelle il faut composer. Ainsi, la notion d'accueil, de parcours de soins, de sectorisation, de « *marche en avant* », cette gestion de l'espace-temps, primordiale pour assurer une progression fluide du patient à travers les différentes étapes de soin, doit être au cœur de la réflexion architecturale. En favorisant un accueil et des admissions efficaces, des attentes bien dimensionnées, des espaces modulables, des circulations directes, des zones de soins adaptées permettant un tri efficace et une prise en charge optimale des patients selon leur profil et leur âge, l'architecture des urgences peut répondre aux besoins précités.

Dans ce contexte, l'architecte, en véritable facilitateur, doit nourrir une relation étroite et constructive avec les chefs de service, les cadres de santé et les représentants de la direction. Ce dialogue permanent est nécessaire pour comprendre les besoins spécifiques de chaque service, de chaque projet de soins pour aboutir à une conception qui réponde non seulement aux impératifs fonctionnels de sécurité et de sûreté, mais aussi aux exigences de confort et de prise en charge humaine. Ainsi, l'architecture joue un rôle de catalyseur décisif dans une action quasi chirurgicale. Car il s'agit bien ici d'une embolectomie, au sens le plus métaphorique du terme, que l'architecte se doit de réaliser : extraire, désobstruer, redonner de la fluidité là où l'hypertrophie des flux humains a figé les parcours, désorienté les usagers et désorganisé le soin. Impossible en quelques lignes de faire le tour des dispositifs spatiaux et solutions architecturales qu'il est envisageable de mettre en œuvre pour effectuer cet acte.

Les trois projets présentés illustrent la disparité des contextes et des réponses apportées. Ils ont tous pour ligne de mire de restituer aux urgences leur intelligibilité et leur fonctionnalité et faciliter ainsi l'expérience de l'ensemble des usagers.

## 1. Le Pavillon N – Une renaissance à l’aune du regroupement des d’urgences de l’hôpital Edouard Herriot

**Maîtrise d’ouvrage :** Hospices Civils de Lyon (HCL)

**Programme :** Restructuration du Pavillon N et Urgences Psychiatriques

**Adresse :** 5 Place d’Arsonval – 69003 Lyon

**Mission :** Complète + OPC

**Livraison :** 2023

**Surface plancher :** 7 284 M<sup>2</sup>

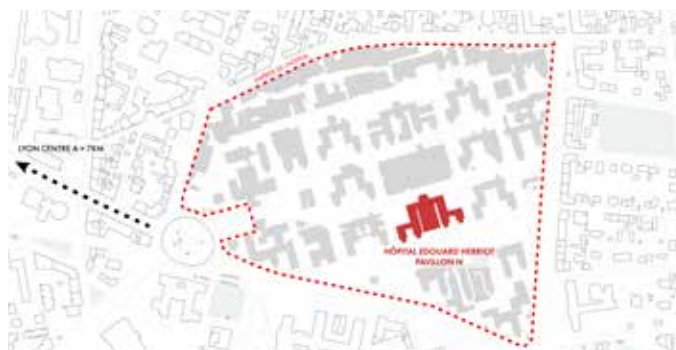
**Montant travaux HT :** 11,4 M€

Le projet de réaménagement du pavillon N de l’hôpital Édouard-Herriot s’inscrit dans un projet plus vaste : il s’agit de la dernière phase de modernisation globale du Centre Hospitalier Universitaire de Lyon, lancé en 2011. Si cet établissement se distingue par sa taille, il est le plus grand hôpital de la région Auvergne-Rhône-Alpes, il incarne aussi tout un pan de l’histoire hospitalière française. Conçu par le célèbre architecte Tony Garnier, il repose sur une organisation typologique pavillonnaire. Inscrit au titre des monuments historiques, cet ensemble hospitalier revêt une importance patrimoniale indéniable.

Réintervenir sur un tel site, requiert donc une sensibilité architecturale particulière, une capacité à conjuguer la préservation du passé et les impératifs du présent. La délicatesse de la démarche réside dans l’osmose entre l’âme historique du bâtiment, née dans les années 1930, et les exigences contemporaines de la médecine du XXI<sup>e</sup> siècle. Ce projet devient ainsi un véritable défi : faire dialoguer innovation et patrimoine, dans un respect mutuel, pour offrir à cet hôpital historique les moyens de répondre aux enjeux du soin d’aujourd’hui.

Mené en étroite collaboration avec l’agence ARCHIPAT, architectes du patrimoine et les services de la DRAC, ce projet se caractérise par une extension qui vient redéfinir l’entrée des urgences tout en s’intégrant au bâti historique. L’objectif est double : à la fois patrimonial et fonctionnel, il s’agit de réussir cette « *greffe architecturale* » tout en clarifiant les parcours.

Ainsi, les extensions et ajouts du XX<sup>e</sup> siècle ont tous été supprimés pour dévoiler la morphologie pavillonnaire d’origine. Loin de l’optique d’une *tabula rasa*, ce geste épouse la volonté de retrouver un lien, une relation avec les espaces extérieurs (notamment les cours anglaises et les douves végétalisées) pour restituer un éclairage naturel dans les volumes intérieurs du sous-sol. En marchant sur la corde du vocabulaire architectural de Tony Garnier, le projet s’entiche à restituer les éléments phares de l’architecte : menuiseries métalliques, pierres d’angle, pergolas en béton, verrières de toitures et corniches cannelées....

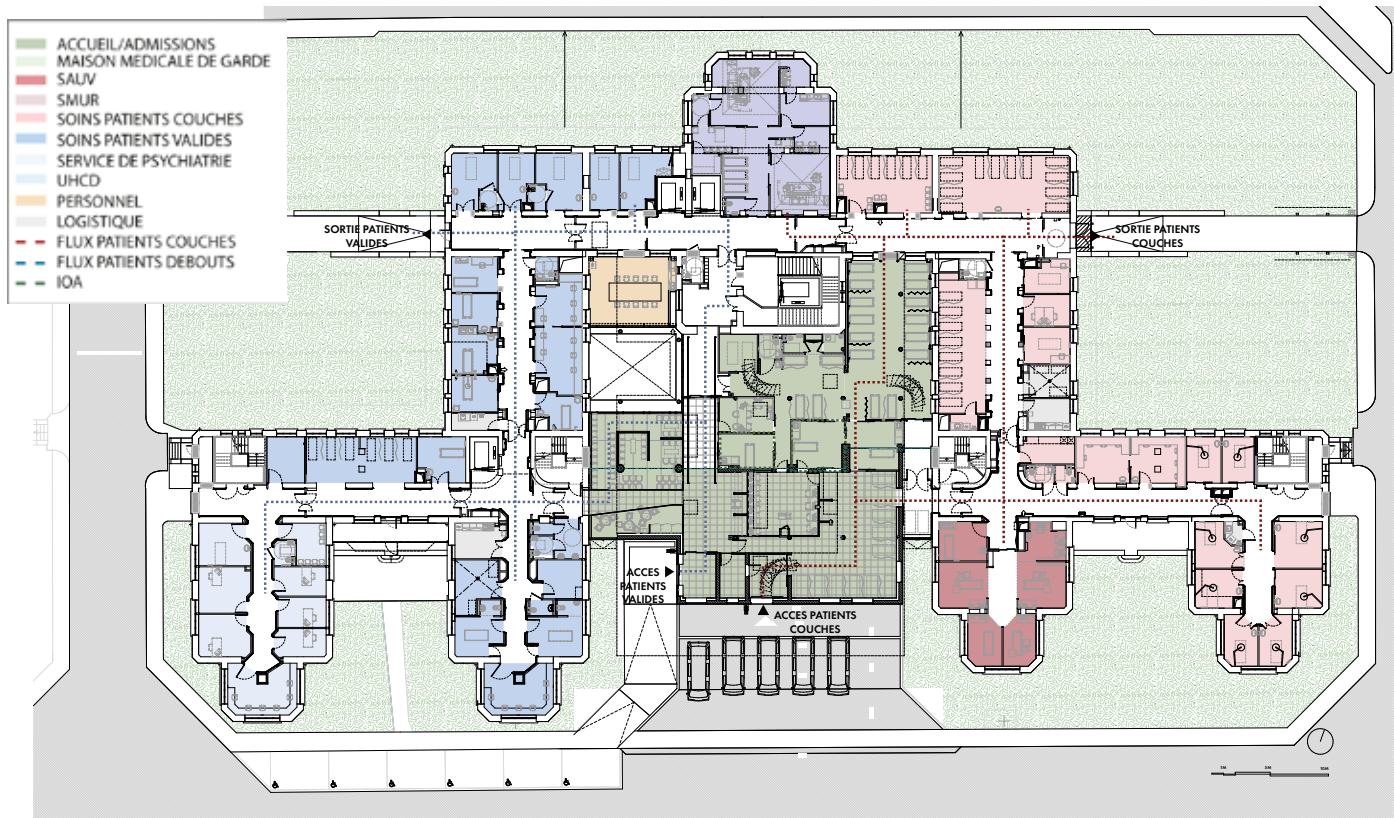


D’un point de vue organisationnel, le projet opère une redistribution des accès, distinguant rigoureusement les flux patients couchés et patients valides. Le Pavillon N incarne donc une réorganisation réfléchie des fonctions d’accueil, dans un effort manifeste de recentralisation du service vers sa vocation première : accueillir l’urgence avec clarté et efficacité.

L’implantation du nouveau hall d’entrée, au cœur de la cour centrale, permet d’assurer le tri amont et l’orientation efficace des patients dans les zones de soins adaptées.

Au rez-de-chaussée se déploient les attentes, l’accueil, les admissions, les soins patients valides d’un côté et patients couchés de l’autre. L’un des enjeux fut d’intégrer les besoins du programme à l’enveloppe du pavillon N. La structure existante offre certes des contraintes mais également d’immenses qualités de volumes et de lumière, loin des standards hospitaliers modernes. À l’étage, l’Unité d’Hébergement de Courte Durée (UHCD), prend naturellement place, à l’écart des flux et de l’activité intense du rez-de-chaussée.

Les aménagements intérieurs et les choix de matériaux et de couleurs viennent en écho de l’architecture d’origine, une belle entrée en matière pour les patients accueillis et les professionnels qui y travaillent et une renaissance pour ce bâtiment centenaire.



Soho Architecture - Plan RDC - Pavillon N



Soho Architecture Pavillon N ©Jonathan Letoublon



## 2. CH de Saumur – topographie, flux et lumière, ou comment la contrainte structure le projet

**Maîtrise d'ouvrage :** CH de Saumur - GHT 49

**Programme :** reconstruction des Urgences du CH de Saumur

**Adresse :** route de Fontevraud 49400 Saumur

**Mission :** Complète + OPC

**Livraison :** 2027

**Surface plancher :** 2071 M<sup>2</sup>

**Montant travaux HT :** 6,5 M€

Dans le cadre de la réhabilitation du Centre Hospitalier de Saumur, le projet de reconstruction du Service d'Accueil des Urgences adultes et pédiatriques revêt une dimension fonctionnelle majeure. Celui-ci ambitionne de répondre à un besoin urgent d'extension des infrastructures en réponse à une augmentation constante du nombre de passages aux urgences, 32 000 passages projetés à l'aube de 2030, un phénomène exacerbé par l'essor démographique et les projections sociétales du territoire.

Dans le cadre de ce projet, la démarche mise en œuvre fut pragmatique : le service des urgences n'est pas étendu mais entièrement reconstruit devant. En réalisant cette action, cela permet à la fois de libérer des réserves foncières pour le développement à venir du centre hospitalier, mais surtout de réaliser une refonte et une réorganisation complète et optimale des urgences, tout en assurant la continuité de service.

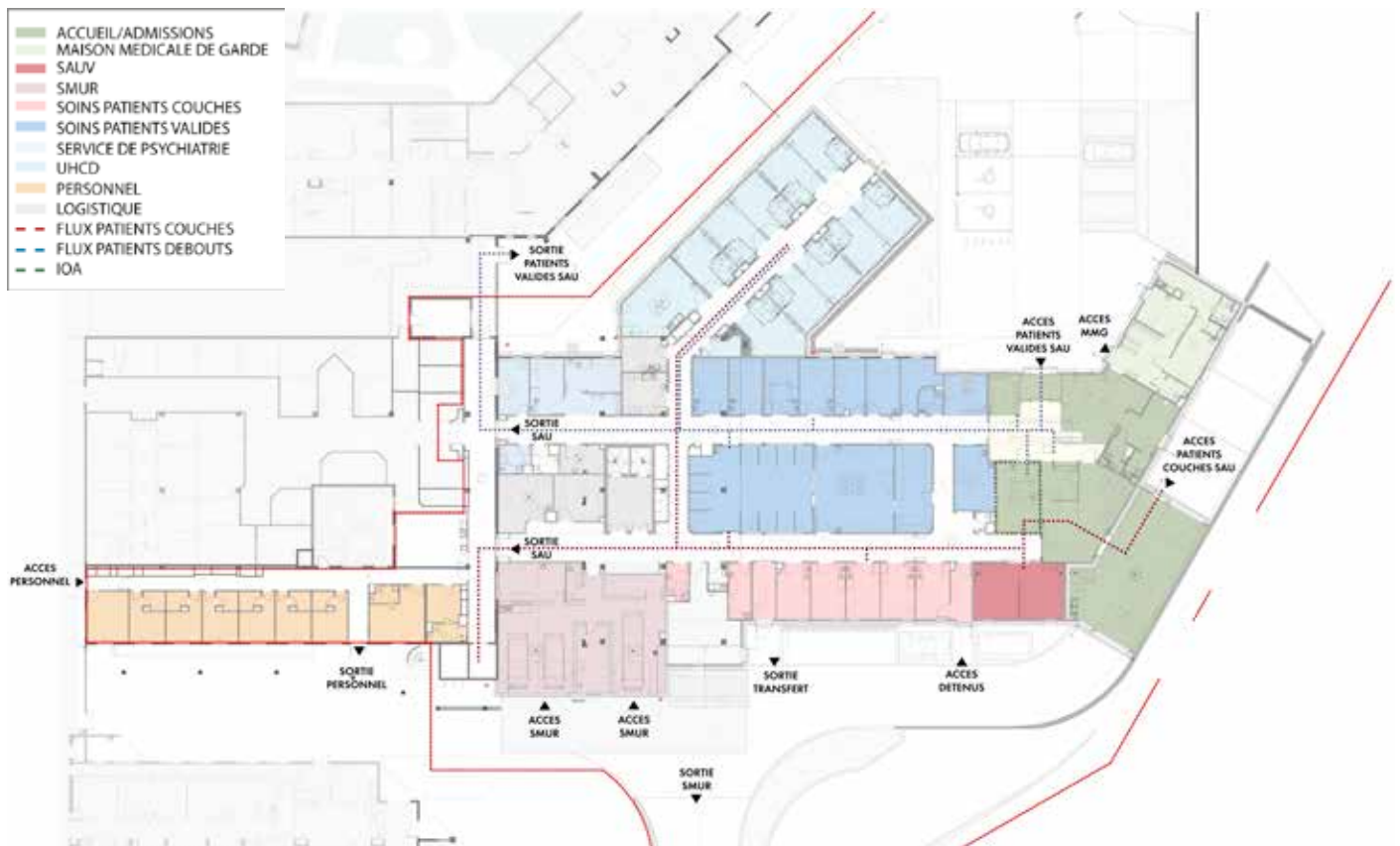
L'adaptation du bâtiment à un terrain en forte déclivité et la gestion des flux fut l'une des préoccupations majeures du projet. La construction se déploie jusqu'en limite de voirie haute, permettant l'installation d'un accès réservé aux pompiers et au SMUR. D'un côté, une place basse, visible depuis le parking, est réservée aux patients valides et à leurs accompagnants, tandis que sur l'autre face, les véhicules sanitaires légers et le SMUR sont habilités à circuler. La maison médicale de garde donne également sur la place, à proximité du hall des patients valides.

Cette double face structure deux circulations intérieures qui permettent une parfaite distinction des circuits valides et couchés, tandis que la zone centrale accueille le PC infirmier qui pilote le service et l'attente couchés post-soins. L'Unité d'Hébergement de Courte Durée se développe dans une antenne isolée permettant d'assurer confort et surveillance continue des patients. En partie arrière, la zone logistique est directement reliée au sous-sol qui l'alimente. Tandis que les connexions arrière du nouveau service le relie à l'imagerie et au bloc opératoire.



Le bâtiment du SAU vient se déployer en façade Est, prolongement naturel du bâtiment qui abrite actuellement les urgences. D'un point de vue formel, cette nouvelle construction se fait discrète et résolument minimaliste. Epurée et fonctionnelle, elle prend en compte la complexité du terrain tout en s'adossant au bloc existant apportant un soutènement naturel à la voirie haute.

La topographie du site engendre une problématique supplémentaire : l'apport de lumière naturelle au cœur des espaces notamment ceux dédiés à l'attente. En effet, la lumière naturelle apporte une dimension plus rassurante, chaleureuse et conviviale que la lumière artificielle d'où le parti pris d'intégrer plusieurs puits de lumières, sous forme de sheds. Le recours à la lumière naturelle dans les locaux susceptibles d'accueillir un grand nombre de patients, permet ainsi d'humaniser l'expérience du patient et de contribuer à une ambiance moins anxiogène.



Soho Architecture - Plan RDC - SAU CH de Saumur



Soho Architecture - SAU CH de Saumur

### 3. CHI André-Grégoire – le fruit d’un travail collaboratif de longue haleine

**Maîtrise d’ouvrage :** CHI André-Grégoire

**Programme :** restructuration des Urgences Adultes et Pédiatriques, relocalisation de l’UHCD, Imagerie et Consultations

**Adresse :** 56 Boulevard de la Boissière 93100 Montreuil

**Mission :** Base + OPC + Sync

**Livraison :** 2023

**Surface plancher :** 3 850 M<sup>2</sup>

**Montant travaux HT :** 8,15 M€



Le Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire de Montreuil, fondé en 1965 et profondément restructuré en 1998, connaît une nouvelle mue face aux exigences croissantes des soins urgents. Dans un contexte où le service des urgences connaît une croissance continue de plus de 15 % depuis 2019 et a enregistré plus de 100 000 passages en 2024, il devenait vital de redéfinir la circulation des flux et de garantir à chaque patient, adulte ou enfant, un espace de soins ergonomique et confortable.

Pour ce faire, la réhabilitation de l’ancienne zone de réanimation en service imagerie, et le réaménagement des urgences adultes et pédiatriques étaient nécessaires. Une extension a donc été projetée à rez-de-jardin et une restructuration complète des locaux en partie arrière pour réorganiser en profondeur les circuits courts et longs, adultes et pédiatriques, proposer un axe rouge efficient menant directement aux Salles d’Accueil des Urgences Vitales (SAUV) et à l’imagerie, ainsi que la création de zones d’Hébergement de Courte Durée (ZHCD) et une Maison médicale de Garde (MMG).

Le projet s’est nourri des projets de soins des chefs de services et de leurs équipes, mais également de l’expérience hospitalière du directeur des investissements, Eric Mallet. Ce projet a certes fait l’objet d’un programme mais est avant tout le fruit d’un rapport de confiance et d’exigence entre les acteurs du projet, d’un dialogue riche et continu entre la maîtrise d’ouvrage et la maîtrise d’œuvre de la phase conception jusqu’à la livraison.

Son point fort est une parfaite marche en avant et un outil de soins, à la fois adapté mais également adaptable aux contraintes des flux patients. Par exemple, des boxes de consultations en interface du secteur adultes et enfants peuvent servir aussi bien pour un secteur ou un autre, et permettent d’absorber les pics de fréquentation.

L’extension abrite les attentes dédiées ; patients valides adultes et enfants, et patients couchés, l’accueil et l’admission, et le nouveau sas des véhicules d’urgence, où la lumière naturelle pénètre de manière diffuse, à travers une tôle perforée. Ce geste, tout en répondant à des impératifs fonctionnels de ventilation et de sécurité, inscrit également le bâtiment dans une volonté d’humanisation des espaces d’accueil.

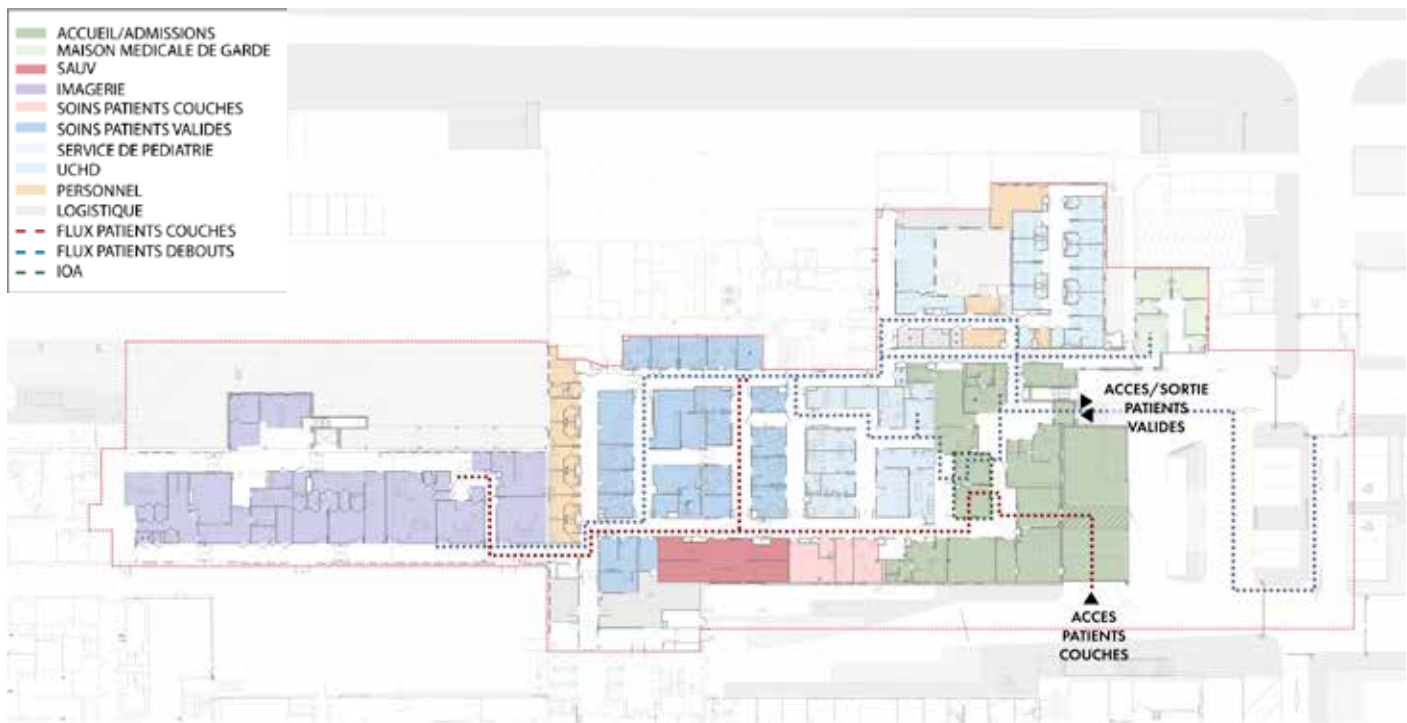


Ce nouveau volume se déploie comme un socle sur lequel l’hôpital existant s’ancre avec une aisance presque évidente. Il renforce l’identité du Centre Hospitalier Intercommunal de Montreuil en puisant son inspiration dans les architectures qui ont marqué le site : la barre des années 60 à la volumétrie imposante, l’extension de 2001 de l’agence MBA, à l’expression minimaliste et épurée.

L’attention portée à la signalétique et aux ambiances est capitale dans ce projet, chaque élément étant conçu pour guider, apaiser et orienter. Les différents parcours sont clairement distincts : un cheminement pour les adultes, un autre pour les enfants, chacun marqué par des couleurs et des codes visuels spécifiques. La signalétique se déploie ainsi, tout en discrétion, en lien avec la polychromie, les aménagements intérieurs, rendant la lecture du lieu plus intuitive, pour le personnel comme pour les patients.

Le projet, au-delà de l’ajout d’espaces, fait une lecture fine des besoins immédiats mais aussi futurs du centre hospitalier. Par cette séparation, l’hôpital anticipe non seulement l’augmentation des fréquentations, mais également l’évolution des méthodes de prise en charge. De la fluidité des trajets à la mise en place de zones d’attente adaptées, chaque aspect a été pensé pour réduire l’anxiété des patients et simplifier l’activité des soignants.





Soho Architecture - Plan RDJ - CHI de Montreuil



Soho Architecture - CHI de Montreuil ©Benoit Ravier-Bollard



## Conclusion

En partant des projets de soins des professionnels, du contexte et en repensant les accès, les parcours et les flux, ces trois projets ont redonné du souffle et un nouvel élan aux urgences hospitalières. Cependant, cette approche technique, bien qu'essentielle pour désengorger les espaces, ne saurait constituer l'essence même de l'amélioration d'un site hospitalier. Au-delà de la simple désaturation, le service des urgences doit aussi démontrer sa capacité à accueillir chaque usager qui le traverse. Retrouver cette fonction première de l'hôpital, cette capacité à s'ouvrir vers *l'hostis* (ennemi/étranger) et agir comme *hospes* (l'hôte) ne saurait être possible sans un fin travail autour de ce qui en constitue le point névralgique : l'accueil au-delà du soin.

Pourtant nodal dans le parcours hospitalier, celui-ci se trouve souvent relégué à une fonction secondaire, souvent comprimé entre les contingences techniques, les flux massifs et l'usure du bâti. La générosité des volumes, le confort acoustique, la gestion de la lumière

naturelle, la lisibilité et l'esthétique des lieux sont autant de notions qui devraient pourtant inspirer chaque concepteur tant elles incarnent un rôle déterminant pour le bien-être des patients, des visiteurs mais aussi du personnel soignant.

Porte d'entrée en permanence ouverte, le service d'accueil des urgences est sans arrêt soumis à des pressions diverses qui requièrent la nécessité de faire preuve d'une grande flexibilité. C'est précisément cet enjeu que cristallisent les trois exemples présentés dans cet article. Tous soulignent l'importance de dialoguer avec les équipes, de se diriger vers une architecture flexible, capable d'absorber les transformations présentes et à venir, l'imprévisible et l'irrégularité des flux qui la traversent. Comme le dépeint si bien l'architecte et historien Donato Severo, « *l'hôpital doit muter sans disparaître, et ces mutations doivent être facilitées et anticipées par une architecture prévenante* » (2022, 10).



Soho Architecture - CHI de Montreuil ©Benoit Ravier-Bollard

## Sources

- Danet, F. (2008). La médecine d'urgence. Du sale boulot à l'expansion sans limite. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 78(2), 67-78. <https://doi.org/10.3917/cips.078.0067>
- Demoly, E., & Deroyon, T. (2025, mars 19). Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013. *Études et résultats*, n° 1334. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- El Oualidi, M. A., & Saadi, J. (2013). Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux. *Santé Publique*, 25(4), 433-439. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0433>
- La Cour des Comptes. (2024, novembre). L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : Des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.
- Peneff, J. (2000). Deuxième partie. Urgences et démocratie. Dans *Les Malades des urgences : Une forme de consommation médicale* (pp. 43-84). Éditions Métailié. <https://shs.cairn.info/les-malades-des-urgences--9782864243465-page-43?lang=fr>
- Severo, D. (2022). Planifier une architecture durable : construire autrement. Dans *10ème Congrès 2022 – FHF Île-de-France*, 16 juin 2022.