



Centre Emma Ventura du CHU de Martinique / ©Inventive Studio

Réhabiliter sans dénaturer : l'expertise d'Embase au service des hôpitaux en transformation

Dans un paysage hospitalier en pleine mutation, l'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) joue un rôle essentiel pour concilier transformation, durabilité et efficience. Acteur reconnu en France, en Outre-mer et à l'international, Embase accompagne les établissements de santé dans toutes les phases de leurs projets immobiliers, des schémas directeurs aux opérations les plus complexes. Programmation, conduite d'opération, assistance à maîtrise d'usage : l'agence revendique une approche systémique et contextualisée, au plus près des réalités médicales et territoriales. Chaque projet est pensé en lien étroit avec les professionnels de santé, dans une logique de co-construction rigoureuse. Face aux défis de la réhabilitation, Embase déploie un savoir-faire éprouvé, conjuguant maîtrise des contraintes techniques et capacité à structurer les organisations médico-spatiales. Loin d'une approche purement normative, l'agence défend des réponses sobres, durables, pleinement intégrées aux trajectoires médicales. Dans ce contexte exigeant, l'AMO devient une fonction stratégique. Elle garantit la cohérence, l'agilité et la soutenabilité des projets hospitaliers de demain.

Propos recueillis auprès d'**Étienne Pistré**, Directeur général - Associé chez Embase, Strasbourg



Comment définiriez-vous Embase ?

Etienne Pistré : En tant qu'Assistant à Maîtrise d'Ouvrage, Embase intervient sur des missions de toutes tailles, à fort impact en termes de transformations d'activités, de restructuration de site ou de développement territorial. Nous aimons les projets porteurs de sens qui conjuguent les enjeux stratégiques, environnementaux, techniques, architecturaux et de transformation d'activités.

En tant qu'AMO, nous sommes au service de la traduction immobilière des projets médicaux et apportons un soin particulier à embarquer les équipes dès les phases amont. En effet, nous sommes persuadés que les utilisateurs, en tant qu'experts du quotidien, sont les meilleurs ambassadeurs pour s'assurer que le projet réalisé soit adapté aux pratiques et contraintes réelles actuelles et à venir. Embase a développé de fortes compétences en termes de concertation et de co-construction à toutes les étapes du projet.

Quels sont les différents métiers d'Embase ?

E. P.: Embase est structuré autour de 3 métiers :

- La programmation architecturale, des études amont de type schéma directeur, la réalisation des études de programmation et l'adéquation de la consultation des maîtres d'œuvre.
- La conduite d'opération et le conseil lors des phases de consultation des maîtres d'œuvre, le suivi contractuel et financier des études, des travaux jusqu'à la phase de parfait achèvement.
- L'assistance à maîtrise d'usage qui est vu comme un métier transversal aux deux premiers en élargissant les réflexions aux jeux d'acteurs d'un territoire, et en allant sur des enjeux de co-construction élargi préparant les chantiers au plus près des spécificités d'usages (micro-implantation...) en préparant les phases les plus impactantes avec les utilisateurs, les filières locales, le réemploi de matériaux et l'emploi social.

Quels sont les domaines d'intervention et son positionnement spécifique ?

E. P.: Embase conduit des projets de toute échelle, de l'Hôpital de proximité au CHU, en France, en outre-mer et à l'étranger. Ce positionnement, voulu, nous pousse à travailler des réponses systématiquement contextualisées à chaque territoire et à chaque site comme par exemple, actuellement à Futuna où l'isolement géographique induit une adaptation des organisations hospitalières et à une anticipation des enjeux de production énergétique et de logistique de chantier dès le programme technique.

Nous nous appuyons sur notre réseau d'agences à Paris, Strasbourg, Toulouse, Vannes et Fort-de-France et sur un écosystème de partenaires spécialistes (projet médical, logistique hospitalière, ingénierie...) avec qui nous travaillons depuis plusieurs dizaines d'années.

Vous intervenez sur des typologies très variées de projets hospitaliers. Quelles sont, selon vous, les spécificités de la programmation dans le secteur santé ?

E. P.: La programmation hospitalière est une pratique exigeante et humble.

Pratique exigeante, car mêlant des enjeux pluridisciplinaires : humanisation de la prise en charge des patients, attention à la cure comme au care, efficience des organisations et des fonctionnements, qualité de vie au travail pour les personnels, innovations et performances techniques au bénéfice des utilisateurs, transitions environnementales, gestion de flux et urbanisme...

Pratique humble, car le programme doit traduire fidèlement les projets médicaux et de soins, accompagner les savoir-faire des personnels médico-soignants et assurer la prise en compte des contraintes organisationnelles et financières du moment.

Embase, assure l'adéquation entre ces contraintes et les enjeux techniques, de phasage et de continuité d'activité. Ainsi, les facteurs de réussite d'une programmation hospitalière tiennent :

- Dans une démarche articulée et cohérente le projet médical et la réponse immobilière;
- Dans l'implication des équipes médico-soignantes pour prendre en compte les réalités du terrain;
- Dans l'implication des décideurs à chaque étape du projet.

Nos programmes aboutissent à des projets expertisés, innovants, évolutifs et adaptés à un contexte local (offre de soins, pratiques, site, patrimoine).

Vous accombez actuellement plusieurs projets de restructuration hospitalière, notamment dans le Grand Est. Quels sont les enjeux spécifiques de ces opérations de réhabilitation sur le secteur hospitalier ?

E. P.: Lors d'une étude de programmation, au-delà de la réponse à un enjeu spécifique, il est primordial de contextualiser et d'élargir le sujet :

- Quels enjeux d'activité dans le cadre de l'offre globale de soins ?
- Quelles organisations en amont et en aval des activités étudiées ?
- Quelles liaisons entre services et quels enjeux de parcours en vue d'une simplification de la prise en charge pour les patients et les praticiens ?
- Comment rénover un site ancien, hors normes ?
- Au-delà du projet, comment préserver les potentialités des sites, anticiper la trajectoire immobilière d'avenir et éviter des doubles travaux...

Nous accompagnons actuellement une dizaine de sites dans le Grand Est : du schéma directeur amont à la mise au point de projet de conception.

Pour chacun de ces projets, un facteur de réussite commun fut d'élargir le point de vue pour répondre à des problématiques multifactorielles.

À titre d'exemple :

- Au CH de Saverne, profiter de la construction d'un nouveau plateau médico-technique pour résoudre des problématiques de parcours patients et de regroupement des sites anesthésiques adultes, gynéco-obstétrique et pédiatrique.
- Au CH de Colmar, rénover un bâtiment historique en site occupé, en évitant le recours à des constructions provisoires et en anticipant l'avenir à long terme.
- Au CH de Dôle, adosser le nouveau bloc de chirurgie ambulatoire au service de gynéco-obstétrique et à la stérilisation une meilleure sécurité des soins.
- Au CHU de Besançon, intégrer les nouvelles unités de soins intensifs polyvalent aux circulations patients, personnels et logistiques de l'hôpital le tout dans un site contraint.

Systématiquement, nous cherchons à apporter une réponse adaptée à une problématique tout en apportant de la cohérence et en donnant des perspectives d'avenir aux sites. Cette posture vise à prendre en compte l'ensemble contraintes architecturales, techniques et financières qui s'imposent à l'hôpital public.

Pour y arriver, une bonne vue de l'ensemble d'un site est indispensable : activités, fonctionnalités, efficiencies, techniques, patrimoine...

L'objectif est de répondre au mieux à une problématique tout en optimisant l'investissement public.

Ainsi, la restructuration d'un EHPAD peut être l'occasion de développer des mutualisations logistiques ou de projeter des usages partagés avec le quartier; la rénovation d'un plateau de consultation peut-être l'occasion de repenser l'offre de soins en médecine ambulatoire; la restructuration d'un grand hôpital nécessite de penser organisation urbaine et accessibilité comme ce fut le cas lors de la programmation du Nouvel Hôpital de Nancy.



La Place de l'entrée, le porche du Hall partagé et les arcades du BMT

Nouvel Hôpital de Nancy / ©Michel Beauvais Associés – Archigraphi

En quoi l'AMO peut-elle constituer une vraie plus-value dans les projets hospitaliers en transformation et réhabilitation ?

E. P.: Une mission d'AMO réussie doit éviter des évolutions cahotiques de site, au gré des financements qui aboutissent quasi systématiquement à des hôpitaux au foncier saturés, bloqués, à des parcours patients dysfonctionnels, à des conditions de travail complexifiés pour des équipes soignantes sous-pression (allongement des distances, mauvaises communications...) et donc, in fine à des surdépenses d'exploitation et de maintenance. Une mission d'AMO réussie répondra à une problématique tout en articulant le projet avec le déjà-là et donnera des perspectives d'avenir au site.

Un AMO teste les différents scénarios possibles et accompagne sa maîtrise d'ouvrage vers des décisions éclairées sur les plans organisationnels, techniques budgétaires et calendaires. Ainsi, alors qu'elle représente moins de 3 % d'un coût total d'un projet, sur le moyen terme, la mission d'AMO permet des optimisations d'investissements et d'exploitation-maintenance bien plus importants.

Comment articulez-vous, chez Embase, les exigences programmatiques, techniques, économiques et temporelles dans un projet en site occupé ?

E. P.: En France, les projets en site occupé sont devenus majoritaires. Les exigences programmatiques initiales sont les mêmes pour un projet neuf ou en site occupé : il s'agit de traduire un projet médical en programme immobilier cible.

Nous étudions ensuite les conditions « *d'installation* » de ce programme dans un site existant en prenant en compte les enjeux patrimoniaux, énergétiques, chantier (avec le maintien des activités) et de coûts. Plusieurs solutions sont testées et leurs performances sont analysées au regard :

- De la réponse aux organisations médicales,

- Des impacts du chantier sur les activités à maintenir,
- De la durée du chantier et des risques techniques et financiers liés,
- De la possibilité de réutiliser, voire de valoriser les bâtiments ou fonciers libérés.

De votre point de vue, quelles sont les conditions de réussite d'une opération de réhabilitation hospitalière ?

E. P.: Au-delà de la stricte question du secteur ou du service à restructurer, une opération de réhabilitation doit interroger l'ensemble d'un site ou d'un groupement de manière à identifier :

- Des ressources par disponibilités de locaux ou d'activités à redimensionner,
- Des sujets secondaires à connecter à la question principale, notamment logistique.

Tout projet de réhabilitation doit s'effectuer en ayant comme objectifs :

- De conserver voire d'améliorer la fonctionnalité globale du site,
- De projeter tout ou partie du site dans des organisations innovantes,
- De s'assurer de mesurer la soutenabilité d'un chantier en site occupé sur la bonne tenue des activités.

Les étapes d'études sont :

- L'analyse des activités et des besoins du ou des services concernés,
- L'élargissement de la réflexion à l'ensemble des services du site avec une analyse efficience, fonctionnalité et parcours de l'ensemble du site,
- La synthèse des diagnostics techniques et des enjeux de mises aux normes,
- La capacité d'une maîtrise d'ouvrage de soutenir juridiquement et opérationnellement un chantier et de suivre ses engagements financiers.

Comment travaillez-vous concrètement avec les équipes hospitalières pour intégrer leurs besoins et leurs contraintes au plus juste ?

E. P.: Dans le domaine hospitalier, le bâtiment est un véritable outil de soins: des distances trop longues, des transferts risqués, des environnements techniques inadaptés peuvent générer des pertes de chances pour les patients, voir être des facteurs de risques vitaux en plus de générer un surcroît de travail pour des professionnels déjà en tension. Ainsi, l'intégration des équipes hospitalières, en tant qu'« expertes du quotidien » est crucial pour qu'un projet répondent aux enjeux de soins. Cela commence par la posture de l'AMO: nous considérons que chaque projet est spécifique et que nous ne pouvons pas imposer des solutions préétablies.

Toute étude commence par une compréhension du projet médical et par des entretiens avec les personnels médicaux, soignant et d'encadrement des services concernés. Nous devons comprendre les attentes, les problématiques rencontrées et les spécificités des profils de patients. Ce premier temps d'écoute est souvent très enrichissant car les équipes que nous rencontrons sont bien souvent très engagées et font face à des contraintes très impactantes.

Les références nationales que nous maîtrisons ne sont convoquées qu'en deuxième intention, pour :

- Nourrir la réflexion des équipes (*benchmark*)
- Cadrer les propositions et s'assurer de leur soutenabilité financière.

Attention, un hôpital ne peut être une adjonction de services indépendants. Notre travail est de traduire les besoins de chaque service et de constituer un toit commun, avec ses cohérences fonctionnelles et techniques. Nos propositions sont présentées et mises au point sous la forme de groupes de travail organisés par logiques de parcours patients et non de spécialités médicales. :

Selon les attentes des maîtrises d'ouvrage, ces groupes peuvent prendre plusieurs formes :

- Concertation : présentation de nos propositions et mise au point dans le cadre de groupe de travail
- Co-construction : organisation d'ateliers participatifs où les professionnels proposent et mettent au point eux-mêmes certaines propositions. Le projet le plus emblématique est BAURéaLS aux HCL ou nous avons participé à des séminaires réunissant plusieurs centaines de participants.



Projet BAURéaLS - HCL ©Atelier Michel Rémon & Associés + VK

Ces groupes de travail sont maintenus à chaque étape du projet: faisabilité spatiale, programme, analyse des projets de maîtrise d'œuvre, préparation chantier, mise en service.

Cette concertation est systématiquement cadrée: en amont, par l'identification de données d'entrées et par les invariants (contraintes techniques, spatiales...); en aval par un jeu de Comité technique et de Comité de Pilotage.

Chaque décision se doit ensuite d'être présentée et expliquée aux groupes de travail de manière à éviter tout sentiment de frustration et d'étudier d'éventuelles solutions palliatives en cas d'impossibilité de mise en œuvre des solutions attendues.

Le temps des études et de la conception d'un projet hospitalier est long: 5 à 10 ans.

Une AMO est réussie lorsque, sur toute cette période, les meilleurs ambassadeurs d'un projet sont les équipes elles-mêmes !

Dans un contexte de transition écologique, comment intégrez-vous les enjeux de développement durable dans vos missions sur le secteur hospitalier ?

E. P.: Les hôpitaux sont des équipements très consommateurs en énergie.

L'ensemble du secteur du bâtiment représente environ 45 % des consommations énergétiques du pays.

Dans ce domaine, 65 % à 85 % des émissions de gaz à effets de serre ont lieu hors des phases de conceptions et de démolition.

Dans le domaine de la Santé, une grande difficulté tient de l'inadéquation entre le temps long de l'immobilier et les évolutions rapides des organisations et des technologies.

Embase a développé une charte interne que nous nommons « *construire autrement à l'ère du défi climatique* ». Tout au long de la vie d'un projet, des études de faisabilité spatiale au programme jusqu'au suivi du chantier, nous interrogeons les enjeux écologiques :

- En termes de recyclage et de conversion des bâtiments :
 - ▶ En évitant de construire lorsque cela est évitable par la transformation du déjà-là
 - ▶ En programmant des bâtiments par strates : une structure pérenne, qui sera inchangée sur le temps long grâce à des charges admissibles et des hauteurs étudiées pour accepter des activités diverses ; à des réseaux tramées et adaptables à moyens termes ; à des aménagements internes seront non porteurs et flexibles à court terme
- En termes de frugalité et de confort en étudiant dès la faisabilité spatiale :
 - ▶ Des cohérences fonctionnelles et techniques en vue d'une juste prescription technique aux besoins réels
 - ▶ Des orientations de façades contrastées et adaptées et la création d'îlots de fraîcheur aux abords des bâtiments
- En termes de valorisation des ressources locales, tant pour l'origine des matériaux que pour l'inclusion sociale lors des phases de chantiers.



► Quelques enjeux programmatiques actuels...

Les Instituts de Médecine: des prises en charge innovantes associant consultations et hôpitaux de jour

E. P.: Si la bascule de la chirurgie conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire est effectuée et bien connue, dans un contexte de vieillissement de la population, le développement de la médecine ambulatoire est en accélération.

Nous pouvons noter entre autres, le développement des logiques de prévention, l'utilisation de plus en plus fréquente d'explorations fonctionnelles ou de gestes non ou mini-invasifs (laser, chimio...) sans hospitalisations et la mise en réseau entre l'Hôpital et son territoire avec des soins à domicile plus structurés.

Ainsi nous travaillons à réduire, voire à effacer les frontières entre consultations et hôpitaux de jour qui n'ont bien souvent plus de réalité. La logique d'Instituts de Médecine ambulatoire, regroupe une reflexion globale sur les consultations, des salles techniques et d'explorations et les accueils de jour. Ces instituts sont thématisés par parcours cohérent (neurologie, douleur et soins de support, HGE, médecine interne et gériatrie...).

En regroupant des moyens sur une filière, un Institut vise à des traitements pluridisciplinaires avec possiblement l'intégration de certaines activités de recherche et de prévention. Il en résulte souvent une visibilité et une notoriété accrues favorisant des diagnostics précoce et donc un accroissement des chances de guérison.

Un Institut de Médecine doit être rapidement identifiable, parfaitement structuré dans une logique de flux patients. Pour les patients debout et leurs accompagnants, les espaces pourront adopter des codes architecturaux inspirés des salons voyageurs, s'éloignant des standards hospitaliers classiques.

L'ensemble de ces aménagements vise à limiter la sensation de « *sur-pathologisation* », à encourager l'autonomie des patients (*empowerment*).



Accueil et attente de l'Unité Ambulatoire du CH de Dole / ©TLR Architectes - Bouygues

La filière gériatrique : conjuguer résidentialisation et dépendance

E.P.: L'accroissement de la population âgée et les nouvelles possibilités de maintien à domicile génèrent une évolution marquée de nos EHPAD. Dans les années 60-70, de nombreux EHPAD ont été conçus comme des résidences où les habitants se déplaçaient et participaient à des évènements collectifs : repas, activités, évènements...

Aujourd'hui, l'allongement de la durée de vie et les progrès de l'hospitalisation à domicile modifient le profil des résidents avec des primo-arrivants plus âgés, une majorité de personnes porteuses de troubles cognitifs importants (majorité des résidents) et des cas polypathologiques lourds.

D'un côté, cette tendance pousse à la « *médicalisation* » des EHPAD et, de l'autre côté, les familles et les résidents souhaitent disposer de lieux à taille humaine, avec un maximum d'autonomie, en adaptant en permanence sa solution de logement à sa situation de dépendance. Ainsi, les frontières entre résidence, EHPAD, unités de SLD peuvent parfois se travailler avec la conception d'équipements mixant les typologies d'hébergements pour offrir, sur un même site, des parcours de logements adaptés tout au long de la vieillesse.

En tant que lieu de vie, ces nouveaux équipements doivent être ouverts sur leur quartier et participer à une offre de service élargie : lieu de vie, espace d'exposition, maison médicale, crèche... les possibilités d'usages partagés entre résidence et quartier offrent des combinaisons infinies au bénéfice de la lutte contre l'isolement.

Cette tendance vise également à coordonner les politiques visant un usage partagé d'un même espace dans le temps entre plusieurs utilisateurs. Un même lieu peut avoir plusieurs usages et donc participer à l'efficacité de l'investissement public ou privé.

Aujourd'hui, Programmation, Urbanisme et Assistance à Maîtrise d'Usage se combinent pour des projets renouvelant la manière de voir l'hébergement des personnes âgées et leur place dans la Cité !



Centre Emma Ventura du CHU de Martinique / ©Inventive Studio