Le parti architectural

« Le bâtiment a été pensé avec un vrai souci d'optimisation des flux et surfaces, d'ergonomie et de confort dans un environnement thérapeutique où haute technicité et humanité vont se conjuguer »

Propos recueillis auprès de **Thomas Van Corselis**, Architecte en charge du suivi de chantier ; Arch. **Erik Vereecken**, directeur de projet et Arch. **Stéphane Vermeulen**, director team Healthcare, Sweco architects.

Comment définiriez-vous votre expérience sur cette opération au GHdC ?

Thomas Van Corselis : Pour moi, c'est avant tout une aventure humaine et un véritable travail d'équipe. Ce projet a permis de consolider des expériences et de croiser les expertises : celui de l'équipe de direction de projet à l'hôpital avec une vision claire et très présente dès la conception, celui de l'équipe d'exécution dont j'ai fait partie, mais aussi celui du bureau d'études, etc. C'était un collectif solide et stable, y compris du côté des entreprises, malgré un contexte particulier. Il faut rappeler qu'une partie des réunions de chantier ont été menés en visioconférence, à cause du Covid, mais malgré cette situation compliquée, tout le monde est resté soudé, mobilisé et conscient des enjeux. L'intérêt général, la dimension sociétale du projet, a beaucoup compté pour motiver chacun à avancer, même dans les moments difficiles. C'est assez extraordinaire d'avoir réussi à livrer ce projet dans les délais souhaités et avec un coût maîtrisé. Je retiens vraiment cette dynamique humaine, et aussi la vision bienveillante d'Erik, le directeur de projet. De notre côté, nous faisions partie de VK, qui a ensuite été repris par Sweco en cours de projet. Son slogan, « *Transforming Society Together* » correspondait bien à ce que nous vivions sur le terrain !

Erik Vereecken : Ce projet représente pour moi plusieurs aspects selon le niveau de signification que je lui attribue. En termes de gestion de projet et de collaboration, ce projet est un exemple parfait de la façon dont une structure organisationnelle claire doit être combinée (j'utilise délibérément l'impératif) avec une collaboration respectueuse et la reconnaissance de l'expertise de chaque membre de l'équipe. La clé du succès était ici une fois de plus non pas la connaissance technique mais la capacité de travailler ensemble. En matière de conception et de référence dans le domaine de la conception hospitalière, ce projet est, selon moi, un phare qui a été au centre de l'ensemble du concept et combiné avec un environnement unique. Maintenant que le bâtiment est entièrement achevé et en service, chaque visite ressent le sentiment d'avoir ici, pour moi encore une fois, réalisé un bâtiment qui, par son design et sa lumière naturelle, favorise déjà la santé, une véritable « *healing environment* » au-delà du slogan et avec un impact social clair. J'en suis très fier.

Stéphane Vermeulen : Ce projet portait à la fois les ambitions de l'hôpital et un enjeu majeur pour la ville de Charleroi. C'est une ville à forte histoire industrielle, souvent perçue de manière négative, où cinq hôpitaux ont fermé pour en construire un seul. C'est un acte fort, un catalyseur régional. La construction de ce nouvel établissement a été perçue comme une opportunité de transformation, y compris urbaine. Aujourd'hui, les effets de cette impulsion sont d'ores et déjà remarquables : toute la ville est en train de se régénérer. Ce n'est pas uniquement lié à l'hôpital, bien sûr, et il convient de saluer le rôle du bourgmestre, mais le site des Viviers devient un nouvel emblème de la ville. Ce n'est pas une gare ou un musée, comme à Mons ou à Bilbao : à Charleroi, c'est un hôpital qui incarne cette transformation et c'est devenu une fierté locale ! Même le projet d'extension de la ligne M5 du métro vers le site des viviers a été remis sur les rails.

Ce projet repose sur la réunion de cinq établissements en un seul site. Comment avez-vous articulé cette ambition de convergence hospitalière avec les logiques fonctionnelles, spatiales et humaines ?

S. V. : C'est justement ce qui nous a permis de remporter le concours. En Belgique, tous les projets hospitaliers d'une certaine ampleur, même les plus petits, passent par un concours. Et à l'époque, l'établissement ne nous demandait pas un projet mais une vision. La principale crainte, quand il faut regrouper cinq hôpitaux en un seul, est de mettre tous les œufs dans le même panier ! Nous devions donc concevoir un bâtiment extrêmement flexible, capable d'évoluer avec le temps, parce qu'un programme hospitalier évolue pendant la conception, pendant le chantier, et encore dans les vingt années qui suivent. Nous devions impérativement éviter de concevoir un monolithe. Le maître d'ouvrage souhaitait un bâtiment à échelle humaine, malgré la taille de l'ensemble : plus de 1 300 lits cumulés à l'origine, réduits de plus de 30 % dans le projet final. Et cette réduction n'est pas uniquement liée à la construction ou à l'immobilier, mais aussi au projet médical sous-jacent car l'objectif était de gagner en efficience. Réunir tout sur un seul site permet d'optimiser les surfaces, les ressources et les parcours mais surtout une réorganisation opérationnelle journalière resserrée et efficace. C'est ce qui a convaincu l'AVIQ (l'Agence pour une VIe de Qualité, la direction générale des infrastructures du ministère de la Santé en Wallonie) qui subventionne tous les projets hospitaliers. Elle a donné son feu vert, ce qui a lancé ce projet majeur. C'est aujourd'hui l'hôpital le plus grand de Wallonie, et il a ouvert la voie à d'autres restructurations similaires !

T. V. C. : L'un des aspects les plus marquants de ce projet repose sur la manière dont les flux ont été optimisés. Il s'agit d'une gestion par « *layers* », ou couches fonctionnelles/typologies, où chaque bâtiment a une fonction précise, tout en étant relié de façon extrêmement directe et efficace aux autres. Grâce à cette concentration des fonctions, certaines surfaces ont pu être libérées. Ce gain a été réinvesti, non pas pour économiser de l'argent, mais pour améliorer le confort des patients et des soignants. La surface dédiée aux fonctions dites « *hôtelières* » (les chambres, les circulations, les lieux de vie) a été augmenté par rapport à ce qui existait sur les anciens sites. Ce choix a permis un vrai confort d'usage, pour tous. Cette rationalisation n'a pas été faite uniquement pour des raisons économiques. Il y a eu une vraie volonté de la direction de redistribuer l'espace là où c'était utile. Cela montre que cette convergence hospitalière a été pensée de manière qualitative, humaine et intelligente.

©Klaas Verdru

©Klaas Verdru

Vous évoquiez la méthode néerlandaise des « layers ». En quoi cette approche a-t-elle été structurante pour le projet ? Comment l'avez-vous adaptée ?

S. V. : Cette méthode nous a vraiment différenciée lors du concours. Le programme n'était pas encore totalement défini, mis à part le nombre de lits, mais le maître d'ouvrage nous avait demandé de bien nous inspirer du modèle néerlandais de conception hospitalière en « *layers* », ou strates fonctionnelles. Ce modèle nous a permis d'aboutir à un ensemble flexible et logique favorisant une organisation efficace des soins. À l'époque, il s'agissait d'un exercice assez théorique, surtout en Belgique, car peu de projets l'avaient concrètement mis en œuvre. L'étude des besoins, le projet médical et l'exercice pointu réalisé par notre consultant HICT sur le besoin réel de lits et places par services d'ici l'horizon 2030-2040 nous a permis de proposer un modèle hybride en cinq « *couches* » adapté à la forme organisationnelle du GHdC. Cette analyse critique et démarche a permis de bien visualiser les durées de séjours et a vraiment fait la différence. Nous avons aussi beaucoup travaillé sur la répartition des surfaces. La surface dédiée à la patientèle était jugée insuffisante. Nous avons choisi de l'augmenter, et de la diviser selon deux types de séjours : les courts (MOTEL) et les longs séjours (HOTEL). Cela nous a permis de répartir les fonctions de façon plus cohérente. Les courts séjours sont restés au plus près des plateaux médico-techniques, pour favoriser un turnover rapide. Les longs séjours ont été déconnectés du « *hot floor* », mais relié par de belles passerelles, offrant des vues apaisantes et une vraie qualité de vie.

E. V. : Je n'ajoute que le bâtiment est conçu selon le principe des typologies dites « *layers* » dans le sens vertical : hotfloor, Bureaux/Polyclinique, Hôtel, Motel, Usine mais aussi selon le concept des pôles de soins dans le sens horizontal. C'est le jeu de tétris pour organiser cette matrice qui est le fondement du concept architectural.

©Klaas Verdru

©Klaas Verdru

©Klaas Verdru

©Klaas Verdru

Quels ont été vos partis pris formels et sensoriels pour traduire cette volonté d'un hôpital « à visage humain » ?

T. V. C. : Le bâtiment a été pensé avec un vrai souci d'ergonomie et de confort. Des palans sont installés dans de nombreuses chambres pour faciliter les soins, et des cuisines satellites permettent une restauration quasi à la carte. L'objectif était de satisfaire à la fois les patients et les soignants. L'ambiance a aussi été travaillée : plafonds actifs, acoustique soignée, matériaux chaleureux comme le bois ou le granito. Ce n'est pas du luxe, mais une atmosphère douce et qualitative, notamment dans le bâtiment des longs séjours un peu en retrait des grands flux.

S. V. : Certains disent parfois que l'ensemble est un peu austère, mais cette sobriété contribue à une vraie échelle humaine. Grâce à la méthode en layers et à la subdivision en modules reliés par des passerelles, le site ressemble à une petite ville. C'est également un campus de santé, bien connecté et intégré à son environnement. Les vues lointaines sur le parc et les toitures végétalisées, les ambiances intérieures cocooning, tout cela compte. Et puis il y a la cuisine : c'est le premier hôpital à recuisiner à l'étage. Chaque mini-cuisine dessert deux unités de 30 lits. Cela représente un léger surcoût, mais en retour, le lien avec les patients est renforcé, et la satisfaction du patient et celle des mini-équipes est bien réelle. Les repas de qualité contribuent comme les bons soins au rétablissement plus rapide et au bien-être de ces utilisateurs.

Le projet GHdC a souvent été décrit comme un « bâtiment à haute capacité d'adaptation ». Concrètement, comment avez-vous intégré la réversibilité et l'évolutivité dans vos choix structurels, techniques et programmatiques ?

T. V. C. : Diviser un bâtiment en cinq parties permet de ne pas automatiquement avoir cette grille structurelle définie, comme elle existe en France, 7,50 m par 7,50 m. Pour nous, cette structuration est déjà dépassée depuis longtemps. S'il est possible de le faire plus petit, comme 7,20 m, nous pouvons le faire, par exemple pour des consultations. Mais comme notre but est de donner un maximum d'espace pour la patientèle, les grilles structurelles passent vite de 8,10 m, 8,40 m, ou parfois des grilles hybrides, un peu plus larges dans un sens, moins dans l'autre. Et comme l'hôpital a été subdivisé en cinq parties, chaque zone peut avoir sa propre grille structurelle.

S. V. : Il y a aussi un système de construction, notamment pour le plateau technique, le hot floor, où il s'agit d'un système sans poutres. Toute la gestion de la portée est transférée directement de la dalle à la colonne, sans aucune poutre. Ce qui laisse la gestion de tout ce qui est réseau, modification ou changement de programme en cours d'exécution assez libre, puisqu'il n'y a pas d'obstacle sur les tracés. Donc ça, c'est vraiment pure technique, mais ça laisse les choses assez flexibles et libres.

T. V. C. : Et c'est d'ailleurs aussi beaucoup plus facile pour tout ce qui est finition. Au niveau finition et compartimentage incendie, c'est beaucoup plus simple de travailler dalle à dalle que d'avoir des alvéoles ou je ne sais quoi. Parce que nous passons plus de temps à faire des découpes qu'à placer les plaques. Donc quelque part, ça, c'est aussi un côté bénéfique du système.

©Klaas Verdru

©Klaas Verdru

La conception du GHdC s'inscrit dans une logique de TCO (Total Cost of Ownership). En quoi cela modifie-t-il l'approche classique du projet hospitalier ? Et quels en sont les bénéfices attendus ?

E. V. : L'approche du Total Cost of Ownership consiste à calculer le coût total de fonctionnement et d'exploitation pour l'ensemble du bâtiment ainsi que, séparément, pour la majorité des choix conceptuels. Ce calcul inclut la somme de l'amortissement du coût de construction (coût d'investissement), les coûts énergétiques, les coûts de nettoyage, et les coûts de maintenance et de conservation, le tout calculé en termes de la Valeur Nette Actualisé. Cette dernière est le calcul financier qui intègre une inflation estimée. Cette approche permet de prendre en compte les différences de TCO lors de décisions de conception où il faut choisir entre différentes solutions techniques.

Nous avons constaté que cela crée alors une tension entre ce qui est budgétairement disponible (notamment par l'autorité subventionnant) et le meilleur choix à long terme. En effet, un investissement plus élevé qui est meilleur marché en termes de TCO n'est pas toujours compatible avec les critères financiers qui ne regardent que le coût d'investissement sans plus. Malheureusement, le financement des hôpitaux n'est pas encore adapté à cette approche TCO. Pourtant, nous avons réussi à intégrer cette méthode jusqu'à la phase de soumission. Le calcul ultime du TCO a été réalisé avec le soutien de sous-traitants spécialisés pour les coûts de maintenance et de nettoyage. Cela donne un coût annuel prévu qui est utilisé dans le plan financier de l'hôpital.

Pour réaliser ces calculs, nous nous sommes basés sur la méthodologie NEN 2699 appliquée aux dossiers de soumission concrets. Nous constatons que l'hôpital utilise nos calculs pour surveiller ses coûts énergétiques. Nous rêvons de continuer à être partenaires de l'hôpital pour surveiller et optimiser ces coûts afin de rapprocher la pratique de la théorie en matière de coûts d'exploitation.

L'avantage se situe actuellement au niveau d'une bonne gestion financière par l'hôpital. Si cette approche TCO était utilisée dans l'ensemble du secteur hospitalier, d'importantes optimisations financières pourraient probablement être réalisées dans l'intérêt général. Il est évident que ce choix politique dépasse de loin la mission de l'auteur de projet.

Le projet a duré près de dix ans. Quelles ont été les grandes étapes de sa conduite ?

S. V. : Pour être précis, le projet dans sa globalité a duré environ onze ans, depuis notre désignation jusqu'à la réception provisoire, qui a eu lieu fin 2024. Sur ces onze années, il y a eu tout un travail de programmation réalisé ensemble, d'abord avec la direction, puis avec les utilisateurs. La direction avait bien défini le cadre en amont pour éviter tout dérapage financier. Et pendant que cette réflexion se menait, les grands contours de l'hôpital étaient déjà dessinés, ce qui nous a permis de commencer l'aménagement du parc. Mais avant même cela, il a fallu gérer un enjeu de biodiversité. Tous les anciens sites miniers sont devenus des pyramides vertes, avec une faune et une flore très spécifiques. Il a donc fallu prendre le temps, pendant un an, pour déplacer les espèces protégées, notamment les crapauds calamites, vers une zone du site non impactée. Ce n'est qu'après cette étape que nous avons pu entamer l'aménagement du parc et des voiries d'accès. À ce moment-là, les plans étaient prêts, les positionnements de services validés, et l'entreprise générale a pu être désignée. Et nous étions déjà cinq ans plus tard.

T. V. C. : Sur la partie construction, nous avons recherché une organisation à la fois administrative du projet et une organisation de chantier qui permettent aux entreprises de bien comprendre les phases, les objectifs et les priorités. Le découpage du chantier en zones claires avec des jalons de livraison a été fondamental. Parfois, ces jalons ont été respectés, parfois moins, mais globalement ça permettait une gestion maîtrisée de l'avancement. L'objectif était de rendre les choses compréhensibles et gérables à échelle humaine.

Comment avez-vous tenu le cap dans un contexte de transformation profonde du secteur hospitalier ?

T. V. C. : Le projet a profité de l'intelligence et de l'expertise qu'Erik Vereecken a apportée, avec un objectif d'agilité dans l'avancement, et une gestion de l'imprévisible qui est inhérente à tout projet hospitalier de cette ampleur. Nous savions qu'il y aurait des imprévus, dont certains plus inattendus comme le COVID, en plus des changements de programme, des ajustements. Et donc, il y avait une anticipation volontaire de ces imprévus. Cela passait aussi par une organisation rigoureuse des réunions : certaines centrées uniquement sur le planning, d'autres sur la technique et l'avancement, d'autres encore sur les aspects financiers. L'idée était d'éviter de tout croiser dans un même échange pour garder de la fluidité dans le projet. Il y a aussi eu des astuces techniques qui nous ont permis de tenir les délais. Par exemple, nous avons travaillé tout le niveau +2 avec une étanchéité provisoire, ce qui nous permettait de commencer les parachèvements avant que le clos-couvert soit terminé. Cela a permis de gagner beaucoup de temps. Nous ne devions pas attendre que l'ensemble du gros œuvre soit fini pour entamer les techniques et les finitions.

©Klaas Verdru

S. V. : C'est de cette façon que nous avons gagné du temps. Il faut quand même rappeler que, même si nous avons réduit la capacité de lits de près de 30 %, cela reste un projet de 150 000 m², pour environ 1 000 lits. C'est énorme. D'habitude, un hôpital fait entre 50 000 et 70 000 m². Sur le GHdC, 150 000 m² ont été construits en 5 ans et demi. À certains moments, il y avait une dizaine de grues actives en simultané. C'était un chantier immense.

T. V. C. : Au moment du gros œuvre, il y a eu une très grosse mobilisation, notamment pour intégrer les contraintes sismiques spécifiques à la Belgique et au site. Les ingénieurs ont dû répondre aux exigences des Eurocodes pour ce type de bâtiment. Il y a eu des défis techniques importants, en ce compris ceux découlant d'une construction « *sans joint* » de deux cent mètres, mais ce que je retiens, c'est l'aspect humain : savoir relier les gens, les maintenir motivés. Il y a eu un petit côté rallye aussi, parce qu'il fallait quand même courir.

Comment avez-vous conçu l'interface entre le bâtiment et les espaces extérieurs pour faire du parc un véritable levier de bien-être pour les usagers ?

T. V. C. : La construction du long séjour prend la forme d'un « π » : une longue barre et deux ailes perpendiculaires. Ces deux ailes donnent sur des patios intérieurs, ce qui permet à la fois une ouverture vers l'extérieur lointain, avec des vues orientées vers l'horizon, et des vues de proximité, plus intimes, sur les jardins intérieurs. Il y a de vraies échappées visuelles dans tous les sens. Même la toiture du bâtiment a été traitée de manière paysagère, avec des graminées et des plantations issues du site. Elles ont été sélectionnées, triées par couleurs, pour renforcer le lien entre le bâtiment et son environnement. C'est un contact constant avec le végétal, visible depuis les chambres comme depuis les couloirs.

E. V. : L'intégration des espaces verts et de la vue sur la nature est à la fois un élément essentiel de la célèbre « *healing environment* » et une nécessité pour la faisabilité urbanistique du projet. L'hôpital est donc conçu dans un parc, le parc n'a pas été conçu autour de l'hôpital. Le fait le plus marquant est que l'ancienne friche industrielle à l'ouest a d'abord été transformée en parc. Cela a immédiatement créé une zone de parc, revalorisant ainsi le quartier. Ensuite, l'hôpital a été construit dans la zone entre le parc et les autoroutes, le parc pénétrant littéralement le domaine hospitalier. Le parking extérieur, situé au-dessus du parking souterrain, est sous la canopée de 200 arbres.

Autour du bâtiment, à l'est, au sud et au nord, la continuité du parc occidental a été créée. Enfin, la nature s'invite à l'intérieur du bâtiment à travers les nombreux patios verts et le toit végétalisé de la polyclinique. Cette attention particulière à l'intégration paysagère et naturelle permet à l'hôpital d'avoir un impact négligeable sur la nature. Le crapaud calamite n'est pas par hasard la mascotte de l'hôpital. De chaque fenêtre, on a une vue sur la verdure. Ces vues exercent une influence physiologique prouvée sur le bien-être des utilisateurs et contribuent à la guérison. Cette approche fait partie intégrante de l'ADN du design et était clairement envisagée dès les premiers moments.

Le réaménagement du site minier a-t-il également contribué à la qualité de ce cadre paysager ?

T. V. C. : Ce point était très important dans le projet. Il restait encore 150 000 m³ de terres schisteuses noires, vestiges du cône résiduel minier. Ces terres ont été déplacées sur le site, mais de manière réfléchie, sous la direction du paysagiste Bas Smets. Il a voulu penser le parc non pas comme un simple environnement autour de l'hôpital, mais comme un espace bénéfique pour tous. Il a créé des vallonnements, des zones plantées, des bassins d'eau. L'eau et la nature, ce sont deux éléments qui aident à se sentir mieux. Et ce qui est remarquable, c'est que l'hôpital n'est pas en centre-ville, mais aux abords immédiats, avec une accessibilité optimale, à la croisée de deux grands axes routiers. Il est en surplomb, comme une citadelle, avec des vues panoramiques dans toutes les directions. Ce site transformé en parc, ce n'est pas un gadget. C'est une vraie signature, un vrai écrin.

Quelle a été la clé de réussite d'un projet d'une telle ampleur ?

S. V. : C'est une excellente question. Pour moi, la première clé, c'est vraiment la qualité de la maîtrise d'ouvrage. Il faut rendre hommage à la direction générale du GHdC, et en particulier à Gauthier Saelens, le directeur général, et à David Van Drooghenbroeck, le directeur des affaires institutionnelles. Ces deux personnes ont porté le projet du début à la fin. Ils étaient présents à toutes les réunions stratégiques, impliqués dans toutes les décisions importantes. M. Van Drooghenbroeck était déjà là plusieurs années avant notre arrivée, il avait une vision claire du projet et une continuité d'action remarquable. Et surtout, il avait la confiance de son directeur général M. Saelens, ce qui lui permettait d'arbitrer et d'avancer sans blocage. Une maîtrise d'ouvrage aussi stricte, structurée et stable, c'est malheureusement rare. Ici, elle a vraiment joué un rôle moteur.

T. V. C. : Je suis tout à fait d'accord. J'ai été marqué par la stabilité des équipes, à tous les niveaux : côté entreprise, les acteurs sont restés en place, malgré les défis ; côté maîtrise d'œuvre Sweco architects + Reservoir A, nous avons gardé la même équipe projet en exécution, ce qui a permis de construire une vraie relation de confiance et de compréhension mutuelle. Personne n'a joué dans son coin, chacun a joué collectif, et je pense que ça a été l'une des grandes forces du projet : cette bienveillance, cette solidarité, cette volonté de se comprendre et d'avancer ensemble.

Quels enseignements tirez-vous de ce projet, à titre personnel et professionnel ?

T. V. C. : Ce que je retiens avant tout, c'est l'aspect humain. Nous avons vécu une vraie aventure collective. Il y avait une bienveillance partagée, un soutien mutuel constant, même dans les moments tendus, et c'est rare. Ce n'était pas juste un chantier, c'était une histoire commune, où chacun a pu trouver sa place et contribuer. Cet esprit de cohésion, c'est ce qui fait qu'un projet de cette taille peut aboutir dans de bonnes conditions.

E. V. : D'après mes expériences précédentes, je savais que la maîtrise de l'échelle représenterait, encore une fois, le plus grand défi. En termes de collaboration, le problème est que la maîtrise de l'échelle ne s'apprend pas. Il est donc important, en tant qu'expert par expérience dans ce domaine, de partager cela dès le premier jour. D'autre part, cela s'applique également à tous les aspects techniques, depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre. Ici, l'objectif est de viser le juste niveau de qualité. Ce n'est pas une question de génie technique, mais de collaboration. La maîtrise de l'échelle s'accompagne également d'une longue période d'étude et de réalisation. C'est ici que l'importance d'une équipe stable tout au long du projet se fait sentir. Le directeur de projet doit assurer la continuité tout en intégrant à temps du « *sang neuf* ». Nous avons réussi à parcourir cette aventure ensemble avec pratiquement la même équipe centrale. Cette équipe était déjà grande, et pourtant nous avons ensemble vu l'hôpital ouvrir ses portes. Cela peut sembler anecdotique, mais la leçon à retenir est que c'est essentiel pour le succès d'un projet, même si les circonstances personnelles doivent être favorables. En plus de ce bel hôpital, c'est quelque chose dont nous pouvons tous être fiers.

S. V. : Pour moi, c'est le partage d'idées et de la vision. Dès les premiers échanges avec le GHdC, il y a eu une ouverture, une volonté d'esprit d'aller chercher les compétences là où elles étaient. En Belgique, il y a toujours un petit fond de tension entre le Nord et le Sud du pays. Le choix de l'équipe bilingue, trilingue même, nous a fait travailler main dans la main avec les acteurs wallons. La situation a été la même pour les entreprises : des sociétés flamandes ont été retenues, mais elles ont étroitement collaboré avec des équipes wallonnes. Il n'y a pas eu de repli régional. La gestion du projet a dépassé ces clivages, et ça aussi, c'est une vraie réussite.

©Klaas Verdru