



**ASSAR ARCHITECTS** est une agence d'architecture ayant acquis une renommée dans le paysage belge et international qui réalise notamment des projets d'institutions de soins de santé, de bureaux, de logements, de laboratoires, de centres de recherches et laboratoires, d'institutions publiques, et d'immeubles commerciaux et de logistique.

Elle est actuellement structurée autour de 21 associés encadrant une équipe de plus de 140 personnes.

Ayant des implantations à Bruxelles, Anvers, Liège et au Luxembourg, sa mission est avant tout d'offrir à ses clients un service de qualité et un très haut niveau technique qui se matérialise au travers de bâtiments élégants, écologiques, harmonieux, conviviaux, dont l'entretien est aisé et surtout qui persistent dans le temps. La recherche d'excellence s'exprime par la fiabilité, la complémentarité d'équipes spécialisées et la maîtrise des techniques de pointe. Ces trois caractéristiques constituent son ADN.

L'agence compte aujourd'hui plusieurs projets phares dans le domaine de la santé dont l'AZ Maria Middelaers à Gand, le Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (Chirec) à Bruxelles, le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) à Liège et le CHU Erasme à Bruxelles.

Un désir commun de partager des valeurs professionnelles et humaines, et une même vision de l'architecture ont conduit les deux agences **ASSAR ARCHITECTS et VALERO GADAN ARCHITECTES & associés** à unir leurs forces. Ayant la volonté d'acquérir des compétences complémentaires, ce partenariat permet à chacune d'étendre le champ de ses investigations.

Ce tandem permet d'offrir, autour d'équipes pluridisciplinaires, un vaste panel d'expertises dans tous les domaines de l'architecture, de l'urbanisme, du design d'intérieur et de l'architecture paysagère, ainsi que la planification de projets, les études de faisabilité, la coordination des études, et la coordination sécurité.

Par ce partenariat, ASSAR + VGA sont actifs sur l'ensemble des territoires français, belge et luxembourgeois, avec la volonté commune de se positionner comme un partenaire indispensable de l'acte de bâtir en s'appuyant sur l'ensemble des compétences des deux entités.

En regard des programmes divers, les réponses se veulent précises, cohérentes et innovantes en conservant toujours la place de l'humain au centre de leurs préoccupations.

### **Comment définiriez-vous l'évolution des espaces ambulatoires ces dernières années ?**

Si l'on part du postulat que l'hospitalisation traditionnelle est onéreuse, la chirurgie ambulatoire n'est pas une mode mais une nécessité. Il existe plusieurs types de centres de jour : les centres indépendants, les centres satellites et les centres intégrés. En théorie, nous pourrions penser qu'un centre indépendant serait la panacée puisqu'il offre un accueil plus personnalisé, plus intimiste, une gestion simplifiée et une adaptabilité plus grande d'un point de vue architectural. Avec quelques années de recul, il s'avère, au contraire, que ce sont les centres intégrés qui remportent le plus grand succès dans les hôpitaux de taille moyenne (max. 1000 lits). Ces derniers permettent en effet aux chirurgiens de pratiquer sur une même journée un programme tant ambulatoire que « *traditionnel* ».

### **Dans le cadre du développement de l'ambulatoire, comment un établissement peut-il anticiper les besoins architecturaux de ses futures organisations ?**

Seule l'isotropie des espaces et son corollaire la flexibilité permettront d'évoluer en fonctions des besoins sans cesse changeant, et apporteront une réponse satisfaisante pour les années à venir. Ainsi, vu la croissance des prises en charges de jour et le basculement de la chirurgie classique vers l'ambulatoire, il importe que les hôpitaux possédant des centres intégrés puissent assumer ces adaptations par un décloisonnement géographique d'une pratique par rapport à l'autre. Un même quartier opératoire doit donc pouvoir gérer tous les patients, tant hospitalisés qu'ambulants. Par contre, l'accueil, l'hébergement éventuel, l'organisation fonctionnelle et architecturale en ambulatoire doivent être bien spécifiques. Comme expliqué plus loin, la question des flux est donc essentielle.

### **Quelles sont les solutions architecturales que vous pouvez développer pour accompagner l'évolution des espaces ambulatoires ?**

L'agilité des concepts spatiaux mis en place est garante de l'évolutivité et de l'extensibilité de ces espaces. Concernant les actes chirurgicaux et la logistique, nous prônons la mise en commun des actes réalisés en ambulatoire et en chirurgie classique dans un même environnement géographique le plus modulable possible. L'équipements des salles opératoires et leur conception évolutive sont aussi le gage d'une flexibilité d'utilisation à moyenne échéance. Les espaces de prise en charge des patients doivent, quant à eux, offrir en parallèle des options plurielles allant du « *fast-track* » aux solutions les plus sédentaires, et ce afin de pouvoir répondre aux besoins actuels et futurs.

### **Comment définiriez-vous l'ambulatoire hors les murs ?**

L'ambulatoire hors les murs, c'est la médecine générale adjacente au service d'aide médicale urgente, c'est la médecine et l'hospitalisation à domicile, ce sont les soins de réhabilitation post-hospitalisation, c'est l'hôtel de proximité, c'est la télé-médecine, ... une série de disciplines initiées il y a plus de 10 ans mais dont l'absence de financements conséquents implique un démarrage trop lent en inadéquation avec la demande.

### **Comment les nouvelles organisations territoriales relatives aux GHT peuvent-elles impacter votre vision architecturale de l'évolution des espaces accueillant les activités ambulatoires ?**

La gestion territoriale des institutions de soins est à ajouter aux nombreuses facettes du prisme complexe qu'est l'hôpital numérique. Les nouvelles organisations territoriales impliquent principalement, au-delà du management et des ressources humaines, une digitalisation des lieux d'exams, de diagnostics et de traitements. Les données médicales des patients devant être accessibles à tous les stades de son parcours, il est indispensable que les espaces de soins soient particulièrement bien équipés.

### **Comment l'architecture peut-elle contribuer au confort et au bien-être des patients et des équipes médico-soignantes ?**

Une architecture accueillante est un préalable à un séjour réussi. Ces espaces de prise en charge des patients doivent donner un sentiment plus hôtelier qu'hospitalier. Les espaces ambulatoires doivent donner le sentiment de confort et de personnalisation. Par le choix de formes chaleureuses, de couleurs chaudes, d'espaces agréables, d'une signalétique claire, le stress lié à l'acte opératoire sera estompé, la douleur amoindrie, la réhabilitation accélérée... Par des flux clairs, une bonne organisation des lieux, un environnement chaleureux, une accessibilité aisée aux techniques et la présence de ces dernières en suffisance, le travail des équipes soignantes ne pourra qu'être soulagé et efficient.

### **Comment valorisez-vous les différentes étapes des flux pour améliorer la performance des organisations ?**

Il est nécessaire de distinguer ainsi que dissocier la perception de la réalité par le patient et la sécurisation des circuits. La chirurgie ambulatoire fait partie des zones protégées de l'hôpital. A ce titre, le principe de l'asepsie progressive est présent dans le concept itinérant propre aux flux patients. Il en est de même des autres flux tels que celui du matériel (logistique) et celui des personnels. L'ambulatoire ne peut se soustraire aux principes élémentaires d'hygiène hospitalière. La performance des organisations se joue essentiellement dans le choix du parcours du patient en fonction de critères tels que son âge, son état physique, la nature de l'intervention, le degré de spécialisation du plateau technique et la durée de l'intervention. Ces différents critères seront à l'origine du flux emprunté : soit un fast-track où le patient se déplace lui-même d'un endroit à l'autre, soit un système plus sédentaire où le patient est admis dans une zone polyvalente limitant ses propres déplacements avant et après l'opération.

**Dans quelle mesure faudra-t-il repenser l'organisation logistique des blocs opératoires pour répondre à cette nouvelle logique de fast-track ?**

L'ambulatorio doit être imaginé comme un levier de changement et non comme une simple adaptation des principes logistiques existants. Depuis quelques années déjà, la logistique des blocs opératoires est modifiée par la polyvalence des actes opératoires réalisés dans une même salle et par le souci d'une meilleure gestion de celle-ci. Le magasin stérile dans lequel étaient stockés les consommables stériles et l'instrumentation avec au mieux une gestion plein-vidé (ou système kanban) est de plus en plus souvent remplacé par des surfaces de stockages de chariots individuels. Pour une opération donnée avec un chirurgien donné, un ou plusieurs chariots sont préparés la veille avec tout le contenu nécessaire. Les interventions ambulatoires étant par définition programmées, il est plus aisé d'implémenter d'abord cette procédure de chariots de cas pour la chirurgie de jour, d'ainsi optimiser l'organisation logistique, et pouvoir ensuite la généraliser à l'ensemble des prises en charge.

**Est-il pertinent de réfléchir aujourd'hui à des halls opératoires sous forme d'open spaces décloisonnés ? Pourquoi ?**

Il nous semble que les halls opératoires vont à l'encontre des impératifs requis pour réaliser des interventions en toute sécurité. En effet, les actes techniques pratiqués dans une salle d'opération, que ce soit en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie traditionnelle, imposent une concentration et, bien souvent, un environnement spécifique. Ces actes sont de plus en plus importants et périlleux, et réalisés sur des personnes de plus en plus fragilisées. De plus, les infections nosocomiales sont, malgré beaucoup d'efforts, encore trop présentes dans nos hôpitaux et sont le résultat de mauvais comportements des équipes.

**Dans le contexte de développement fort de l'ambulatorio, quel est l'avenir, selon vous, des espaces d'hébergement classique ?**

Le contexte de l'ambulatorio ne peut s'envisager comme une simple conversion spatiale des unités de soins, mais amène à une réflexion holistique sur les flux dans et autour du plateau technique. Les espaces d'hébergement classique sont en constante diminution et le seront pour quelques années encore. Ces surfaces généralement très qualitatives (lumière, vue, ...), devront être adaptées à d'autres fonctions, entre autres mais pas uniquement l'ambulatorio. En effet, les espaces de prises en charge ambulatoire doivent être facilement accessible (fast-track) et proche de l'activité opératoire. Elle ne se situe donc pas nécessairement en lieu et place des unités de soins traditionnelles. De nouvelles fonctions sont toutefois de plus en plus souvent associés à l'hôpital, et celles-ci peuvent aisément trouver place dans les espaces libérés – soins de suite, hôtel de soins, hébergement pour les familles,...



## Références Santé

- C.H. LAON**, Hélistation, Laon - France, 2010, 2 082 m<sup>2</sup>.
- C.H. TROYES**, Troyes - France, 2008, 6 667 m<sup>2</sup>.
- C.H.I.R.E.C.** Centre Hospitalier InterRégional Edith Cavell site Delta, Bruxelles, 2010-2017, 104 000 m<sup>2</sup>.
- C.H.C.**, Centre Hospitalier Chrétien, Clinique du MONTLEGIA, Glain, 2010-2017, 113 000 m<sup>2</sup>.
- CHU ERASME**, Bruxelles, 2007-2017, 89 000 m<sup>2</sup>.
- A.Z. MARIA MIDDELARES**, Gand, 2005-2015, 64 800 m<sup>2</sup>.
- H.I.S. (Hôpitaux Iris Sud)**, Bruxelles, 2004-2018, 16 600 m<sup>2</sup>.
- U.Z.A.**, Hôtel de Soins Drie Eiken, Anvers, 2010-2015, 4 500 m<sup>2</sup>.
- A.Z. Monica**, Anvers, 1997-2019, 11 500 m<sup>2</sup>.
- C.P.A.S. de Tournai**, Maison de Repos et Soins, Kain, 2008-2016, 8 725 m<sup>2</sup>.
- CHU ERASME / ULB**, Centre de Traumatologie et de Réadaptation, Laeken, 2004-2015, 12 200 m<sup>2</sup>.
- C.H.R. SAMBRE & MEUSE**, Extension Espace Santé, 2004-2013, 11 500 m<sup>2</sup>.
- ISPPC** - Site Léonard de Vinci, Centre de Revalidation, Montigny-Le-Tilleul, 2000-2013, 4 250 m<sup>2</sup>.
- EPICURA** - Site Louis CATY, Baudour, 2002-2012, 12 754 m<sup>2</sup>.
- CHU TIVOLI**, Radiothérapie, La Louvière, 2008, 3 576 m<sup>2</sup>.
- CHU Liège** - Site Notre-Dame des Bruyères, Pédiatrie et Néonatalogie, Chenée, 2006.
- C.P.A.S. d'Ixelles**, Home Van Aa, 2012, 12 194 m<sup>2</sup>.
- C.P.A.S. de Bruxelles**, Résidence LES ÉGLANTINES, Neder-Over-Hembeek, 2010, 13 650 m<sup>2</sup>.
- Clinique NOTRE-DAME-DE-GRÂCE**, projet «peau neuve», Gosselies, 2014.

## Autres références majeures

- MINISTERE DE LA DEFENSE**, New Nato Headquarters, Bruxelles, 2017, 230 000 m<sup>2</sup>.
- GLAXOSMITHKLINE**, Headquarter et Laboratoires, Wavre, 2009, 51 060 m<sup>2</sup>.
- MINISTERE DE LA DEFENSE**, Ecole Royale Militaire, Bruxelles, 2008, 100 000 m<sup>2</sup>.



A.Z. MARIA MIDDELARES, Gand, 2005-2015, 64 800 m<sup>2</sup>, AZMM



New NATO Headquarters, Bruxelles, 2017, 230 000 m<sup>2</sup>, Ministère De La Défense



Centre Hospitalier Chrétien, Clinique du MONTLEGIA, Liège, 2010-2017, 113 000 m<sup>2</sup>, CHC