Zeitschrift: Bauen + Wohnen = Construction + habitation = Building + home : internationale Zeitschrift

Herausgeber: Bauen + Wohnen

Band: 15 (1961)

Heft: 3

Rubrik: Résumés

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Résumés

Albrecht Haas

La station clinique — Une étude (pages 73—75)

Différentes études de projets de cliniques destinées à l'université de Fribourg en Breisgau ont mené dernièrement à certains résultats tout à la fois intéressants et surprenants. Il s'agissait d'une «station de lits» et il était question de reprendre à fond les problèmes soins, cohabitation sur espace restreint, organisation et économie tout en tenant compte des raisons profondes qui ont mené au plan bilatéral d'hôpital du genre classique. De plus il fallait étudier le pour et le contre de ce plan devenu conventionnel.
Depuis qu'il existe des hôpitaux l'on utilise la salle commune de malades — et ceci jusqu'à nos jours. Le contact entre malades et infirmières y est continu et tout semble y être clair et rapide (voir figure 1). Cependent la structure sociale de la clientèle d'une part et les progrès médicaux d'autre part ont obligé l'architecte d'opérer certains changements: le type courant de salle commune doit être remplacé par de plus petites unités beaucoup plus spécialisées (voir figure 2). Cette conception devient évidente dès que l'on adopte le type de plan monolatéral: c'est-à-dire une série de pièces disposées sur le seul côté d'un long corridor, l'autre côté n'étant pas absolument nécessaire puisque l'usage de locaux secondaires de service ne paraît pas encore être absolument indispensable. De plus, l'on opérait que par la lumière du jour et la ventilation naturelle (voir figure 3). Plus tard, alors que le traitement des malades devient de plus en plus complexe, le nombre des pièces secondaires de service augmente et l'on passe au type de plan bilatéral. La station clinique complète s'étire alors de plus en plus en longueur. Les circulations devenues longues elles aussi ne sont possibles que tant que le nombre de personnes de service est suffisant. Ce type conventionnel de station clinique possède d'ailleurs une série d'autres défauts selon l'avis des malades, personnes de service, médecins et spécialistes de l'organisation:

1. Comme nous venons de le dire, les circulations entre les chambres des malades et les salles de service sont devenues trop longues, ce qui devient très gênant avec le manque actuel de personnel.
2. L'aire de travail sous la direction d'une seule infirmière en chef est beaucoup trop vaste. Cette infirmière, directrice de station, ayant 25 à 35 lits sous ses ordres est évidemment «surchargée». Le personnel complémentaire de service est souvent obligé d'exécuter des travaux qui ne correspondent en aucune manière à leur préparation scientifique. Les jeunes infirmières sont alors obligées d'exécuter des corvées qui n'ont rien de commun avec leurs aspirations professionnelles; par conséquent la profession perd de force d'attraction et le manque de personnel devient alarmant.
3. Changement continu du personnel complémentaire. Les malades — particulièrement les malades graves — considèrent que ce perpétuel changement de personnel dans le service complémentaire est extrêmement désagréable. Les malades sont obligés de s'adapter continuellement aux «nouveaux visages».
4. Manque de contact entre malades et personnes de service. L'usage de chambres de malade particulières devenant de plus en plus grand, le danger d'isolement est immédiat. Le sentiment de traitement individuel et de contact personnel n'est presque plus possible, il est même remplacé en certains cas par une impression de caserne où le malade n'est plus qu'un numéro.

L'étude de ces défauts, parfois fort graves, nous mène aux considérations et conditions de planisme suivantes:

1. Le manque de personnel nous oblige à créer un type de station de malades concentré et clairement organisé. De cette manière les circulations sont fortement réduites. Cette organisation peut évidemment être améliorée encore grâce aux progrès techniques tels que poste pneumatique, micros, centrales des installations et distribution parfaite, etc.
2. Le type de plan choisi doit permettre toutes les variations imaginables possibles selon les désirs des malades et les besoins médicaux, il faut donc atteindre une flexibilité parfaite même dans le cas de cliniques spécialisées.
3. Chaque unité clinique doit être claire dans son ensemble et permettre par conséquent l'ambiance de soin et de travail désirée par les malades d'une part et le personnel d'autre part.

Les défauts du type de station à plan bilatéral conventionnel et les principes à suivre étant reconnus depuis longtemps déjà, il sera possible de présenter ici quelques exemples et principes essentiels de planisme. Nous ne citons que quelques cas principaux:

Le type de station trilatéral

Ce type, qui se présente par des chambres de malades placées vers l'extérieur et des salles de service disposées vers l'intérieur peut être exécuté de deux manières différentes:

1. La station est disposée de manière à ce que toutes les chambres des malades soient placées en deux groupes sur les deux façades longitudinales, les salles de service étant placées à l'intérieur du bâtiment entre les deux groupes-chambres. Ce système apporte une amélioration certaine au point de vue circulation et concentration des fonctions et masses construites. Par contre , le pourcentage de corridor (deux corridors), donc la place perdue, est trop élevé; de plus, ce principe de séparation n'est ni rentable ni pratique au point de vue organisation (voir figure 4).

2. Cet autre type possède toutes les chambres également à l'extérieur sur deux côtés, mais les salles de service, également à l'intérieur, sont faites pour les deux côtés en commun (voir figure 5). Cette disposition ne permet en principe aucun raccourcissement des circulations — elle a la même longueur de station que le type bilatéral courant — puisque les chambres sont toutes rangées les unes à côté des autres.

D'autre part, il es tcertain que le type trilatéral — où toutes les salles de service sont internes — ne correspond en aucune manière aux besoins — particulièrement psychologiques — des personnes de service. Les infirmières veulent, elles aussi, être en contact avec l'extérieur, ce qui est impossible dans le système trilatéral que nous venons de décrire (les salles de service étant toutes «borgnes»). Il faut donc laisser tomber cette solution non-adéquate.

Le type de station à plan carré (voir figure 6)

Cette solution, qui semble être recommandée ces derniers temps — du moins pour certains cas — consiste en une disposition circulaire ou «en fer à cheval» des chambres de malades autour d'un noyau central de service. L'étage est composé de plusieurs groupes cliniques dont la clarté est effectivement plus grande et dont les circulations sont moindres en comparaison du type habituel.
Cependant, ce type de station ne peut être «élargi» à volonté. Seul le développement dans le sens de la hauteur est pratiquement illimité, ce qui ne veut pas dire «pratique» — sauf dans certains cas particuliers. Le service de nuit, par exemple, est beaucoup plus difficile dans le cas d'une clinique-tour. La solution de ce type de station n'est donc pas généralement valable.

Le type de station à «salle compartimentée» (voir figure 7).

Ce système est principalement utilisé en Angleterre et en France. Il s'agit de l'ancien type de la salle commune, compartimentée à l'aide de cloisons légères suivant les besoins du moment. La place nécessaire pour les locaux secondaires de service étant rendue plus difficile, ces salles secondaires sont généralement placées dans une aile intermédiaire entre deux stations, ce qui, évidemment, n'est pas fait pour raccourcir les trajets du personnel. La solution de ce type de station n'est valable que dans certains cas particuliers; donc pas de généralisation possible.

Proposition

En prenant en considération tous les exemples et principes que nous venons de décrire ici, nous proposons un type de station fort économique inspiré du système bilatéral conventionnel (voir figure 8).
La disposition «intérieure» des locaux de service à usage moyen permet un raccourcissement notable des trajets. Une zone de travail — au lieu du couloir séparateur —crée dans ce cas une ambiance de contact et de clarté. Par contre les salles de service à usage fréquent sont toutes disposées sur la façade pour les raisons psychologiques que nous connaissons: salle de l'infirmière de service, cuisinette, cabinet du médecin de service, etc. Afin de permettre un traitement individuel du malade, la station est divisée en différents groupes cliniques, dont la grandeur permet le service d'une seule infirmière par groupe. De cette manière le service individuel est assuré, et de plus, chaque infirmière est à même d'exercer ainsi ses talents et son sens des responsabilités dans un groupe-clinique où elle est maître. L'exemple que nous présentons ici dévoile schématiquement une des possibilités de répartition. Selon les cas de maladie l'on peut varier de 4 à 12 lits par unité-clinique en utilisant des unités-chambres de 1 à 3 lits. Cette répartition très réduite semble créer l'ambiance d'intimité désirée. Les trajets entre l'aire de l'infirmière et l'aire des malades sont extrêmement courts, ce qui permet une surveillance et un service individuel impeccables. Selon les cas (enfants, mourants, etc.) un vitrage supplémentaire approprié permet une surveillance encore plus «visible», tout en respectant les exigences acoustiques. La décentralisation des toilettes permet de supprimer les longs trajets entre chambres des malades et WC.
Cette répartition en petits groupes-cliniques épargne à l'infirmière de service une quantité de petits travaux qui ne sont pas nécessairement indispensables. De cette manière elle peut réserver une beaucoup plus grande marge de temps aux jeunes infirmières et aux activités du médecin de service. Evidemment les raisonnements et jugements de ces quelques considérations n'ont aucune prétention universelle, elles ne sont que quelques résultats d'études personnelles faites dans ce domaine.
Le critère économique du nouveau type de station proposé a été contrôlé à l'aide des fréquences et des longueurs de trajet et ceci en rapport des surfaces utiles par lit. L'étude des trajets a été exécutée selon la méthode de Dr. H. B. Lewicki, Ing., de l'école des Hautes études techniques de Berlin (Institut für Krankenhausbau; voir «L'hôpital», cahier 7/1956). Les quelques esquisses de ce cahier ne sont que de brefs schémas. Les chiffres suivants pensions-nous, suffiront à se faire une idée:

Somme des trajets

Chambre de malade — évier — infirmière — cuisinette:

Figure 9	figure 10	figure 11
31,58 m	26,08 m	20,55 m

par lit et jour

Trajets (trajets à grande fréquence)

Chambre de malade — infirmière — évier:

Figure 9	figure 10	figure 11
20,80 m	19,64 m	10,79 m

par lit et jour

Les trajets «infirmière» d'arrivée et départ sont divisés en 50% salle de service de l'infirmière et 50% aire de travail de l'infirmière. Selon la disposition des différents locaux, nous croyons qu'il est encore possible de restreindre les trajets.
Autre table:

Figure 12	figure 13	figure 14
Total		
504 m²	492 m²	542 m²
Chambre-lits		
270 m² = 54%	270 m² = 55%	266 m² = 49%
Locaux de service		
130 m² = 26%	129 m² = 26%	172 m² = 32%
Circulations		
105 m² = 20%	93 m² = 19%	103 m² = 19%

Remarquons que la surface circulation de la figure 14 n'a pas augmenté. L'augmentation de la surface totale est provoquée par un agrandissement des locaux de service nécessaires. La surface de ces locaux seraient certainement insuffisante dans le cas de la figure 12.

Philip Powell et Hidalgo Moya

Hôpital à Swindon (pages 76—81)

Le bâtiment en question est un des plus grands hôpitaux du genre de l'après-guerre à Londres. C'est pourquoi il a éveillé le plus vif intérêts des spécialistes en la matière. Deux principes fondamentaux caractérisent le projet en question:

1. Chaque département de l'hôpital peut être prolongé séparément.
2. La disposition à l'intérieur de chaque département peut être modifiée à volonté suivant les cas. La science médicale actuelle exige la plus grande élasticité du plan.

Gollins, Melvin et Ward

Clinique des fractures (pages 82—85)

La clinique en question est un prolongement du St. Mary Hospital à Londres. Les fractures osseuses en tous genres y sont traitées. L'entourage dû à l'hôpital déjà existant n'est pas très heureux. L'hôpital en question est également clinique universitaire.

Paul La Mache

Maison sœur de la maternité de Nancy (pages 86—87)

Le bâtiment en question est composé de la manière suivante:
1. Salles de consultation. 2. Bureaux et salles d'attente. 3. Salles de consultation des sage-femmes. 4. Salle de conférence et archives.
Le pavillon en question de «l'Office de l'hygiène sociale» se trouve à proximité de la maternité de Nancy. Il a été spécialement créé pour les consultations externes.

Charles Luckman et William Pereira

Valley Presbyterian Hospital (pages 88—90)

Le cas en question prévoit les lits des malades du côté du corridor. La vue vers l'extérieur, semble-t-il, n'intéresse pas, ou moins, les malades. Cette nouvelle disposition des lits évidemment amène un changement radical de l'organisation et donc aussi du plan. Cet exemple prouve la nécessité d'une révision continuelle des conceptions et théories.

Frederick A. Stahl

Cabinet de consultation de deux chirurgiens (pages 91—93)

Le bâtiment en question, à Danbury, USA, Connecticut, était prévu en béton armé, cependant un préjugé inexplicable des maîtres d'œuvre obligea l'architecte à se servir de bois et pierres.

Richard J. Neutra

Quelques pensées à propos hôpitaux (pages 94—96)

Nous savons qu'il existe des relations intenses entre l'homme et son milieu. Il paraît donc d'autant plus important que le milieu de l'homme «malade» soit particulièrement bien étudié. De plus, le malade ne pourra être soigné convenablement que si le personnel médical est «en forme». Le milieu hospitalier est donc un espace à double face, et c'est cette dualité même qui rend le problème d'autant plus difficile. L'architecte qui veut résoudre convenablement les problèmes posés est obligé de considérer deux points essentiels: d'une part, il faudra étudier «objectivement» les réalités généralement valables pour tout le monde, d'autre part il faudra étudier «les désirs subjectifs» des différents personnages. Comme pour toute architecture juste, le planisme doit donc débuter par une étude absolument exacte des faits et des besoins. Seule cette étude permettra à l'architecte de trouver la «juste forme», c'est-à-dire, la forme correspondant à la «juste fonction».
Un humoriste a dit: «Le médecin est un homme qui distribue des médicaments qu'il ne connait pas à des êtres humains qu'il connait moins bien encore.» Que faut-il dire de l'architecte? Sa tâche n'est-elle peut être pas plus difficile encore?

Arne Jacobson

SAS Hotel et Air Terminal à Copenhague (pages 97—112)

L'on peut dire sans aucune exagération que jamais un bâtiment n'a été autant étudié que celui-ci: études d'urbanisme d'une part, études de détail (jusqu'aux cendriers!), d'autre part. Notons particulièrement que les problèmes de la circulation sont remarquablement bien résolus, ainsi par exemple les places-parking, entièrement logées en sous-sol: seule possibilité pour le centre d'une ville.
Magasins, Air Terminal, halls d'hôtel et restaurants sont disposés dans le bâtiment de deux étages. Les chambres d'hôtel sont placées dans la maison-tour. Notons à ce sujet que Jacobsen prêta la plus grande attention à l'étude des couleurs et des formes de cette bâtisse. En effet, il s'agissait d'éviter, au centre de Copenhague, une impression par trop «écrasante» du gratte-ciel, dont la hauteur (70 mètres) est fort respectable. C'est ainsi que l'on choisit la couleur gris-verte des vitres, qui, se confondant avec le ciel et les nuages, fait paraître le bâtiment moins massif et beaucoup plus léger.