Zeitschrift: Das Werk : Architektur und Kunst = L'oeuvre : architecture et art

Band: 61 (1974)

Heft: 2: Spitalbauten = Hôpitaux

Artikel: Flexibilité dans la construction hospitalière = Für einen flexiblen Spitalbau

Autor: Dom, Jean-Pierre

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-87687

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: 07.01.2026

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

Flexibilité dans la construction hospitalière

Par Jean-Pierre Dom (FAS)

Il aura fallu attendre plus d'un demi-siècle pour renouveler l'équipement hospitalier suisse. Ce n'est pas un phénomène inhérent à notre seul pays, mais un problème qui s'est généralisé.

Ce cycle de renouvellement, intimement lié à l'augmentation démographique, a été également provoqué par l'évolution technologique, par une politique très dynamique de l'humanisation des services de santé et par un développement concret et pratique de la science médicale.

Les grands centres médicaux qui ont été reconstruits selon des principes et des critères nouveaux fournissent diverses réponses aux problèmes posés. Il est intéressant de noter cependant, en dehors de quelques exceptions, que la majorité des centres hospitaliers ont été reconstruits à l'emplacement même des anciens, provoquant ainsi des difficultés d'exploitation et de reconstruction, tout en n'offrant finalement que des solutions moyennes.

De plus, la construction par étapes successives et nombreuses engendre des nuisances et des augmentations de coût qui ne sont, en fin de compte, pas compensées par d'autres avantages. Il est donc évident que l'option de départ est très importante. On regrettera que le choix, dépendant de nombreux critères, se soit porté sur une «reconstruction» plutôt que sur l'adoption d'un nouveau site. On relève que cette option, dans la plupart des cas, a été prise il y a deux décennies; or à ce moment-là, on ne disposait pas de toutes les données permettant d'apprécier le futur développement urbain qu'allaient subir les villes. Aujourd'hui, on peut très certainement affirmer que le choix serait différent; il se ferait en tenant compte des données urbanistiques.

Parallèlement au développement qui a permis d'apporter des solutions nouvelles dans la conception de l'hôpital, il convient d'analyser comment se composent les structures permettant l'exploitation d'un centre hospitalier. Ces structures évoluent et leur importance varie. Cinq grandes catégories d'utilisateurs peuvent être retenues:

le personnel exploitant
le personnel soignant
les patients
le personnel enseignant et enseigné
le personnel de recherche

Cette première analyse montre que l'ensemble des utilisateurs forme non seulement une polyvalence complète mais également très complexe, chacune de ces catégories étant dépendante des autres.

En essayant de faire une synthèse plus schématique, on peut distinguer deux groupes fondamentaux:

1

le premier groupe qui comprend toutes les personnes des différentes professions, dites de «santé», exerçant leur activité et leur spécialisation au niveau des personnes, des groupes sociaux, des pays, selon les intérêts personnels, scientifiques, économiques et politiques de chacune d'elles;

2

le deuxième groupe comprend toutes les personnes «utilisatrices» ou «bénéficiaires» du premier, que ce soit en matière de prévention, de traitement ou de réhabilitation.

Il y a donc d'une part un groupe qui pourrait s'appeler «offre de santé» et l'autre «demande de santé».

Cette approche révèle combien sont importantes les relations humaines entre les utilisateurs, relations créant une multitude de fonctions qui évoluent, se modifient et se renouvellent. Ces fonctions très diverses qui subissent des contraintes et des modifications d'ordre scientifique et technologique nécessitent de la part des utilisateurs une adaptation continuelle, les obligeant, dans une certaine mesure, à suivre cette évolution.

Dans le domaine hospitalier actuel, il est devenu difficile dans la majorité des secteurs de proposer des formules «stéréotypées». Afin de préciser cette notion de «relations-fonctions», il convient encore de donner un exemple concret: La relation infirmière – personne soignée.

Le malade n'est pas seulement un malade, il est d'abord une personne. De même, l'infirmière n'est pas seulement une infirmière, elle est d'abord une personne également. Chacun ne peut pas s'enfermer dans son propre rôle, car si l'infirmière s'enferme dans son rôle de soignante, cela aura comme conséquence de maintenir le malade dans son rôle de malade, donc d'inférieur.

On peut en déduire que la relation infirmière–personne soignée est une action thérapeutique en soi, la personne soignée participant en quelque sorte à l'action sanitaire qui la concerne.

La construction hospitalière impose donc à l'architecte de connaître le mécanisme de fonctionnement des catégories d'utilisateurs, d'analyser leurs besoins, de connaître les liaisons entre elles et de définir le réseau interne de l'organisation, ceci bien avant de se préoccuper de notions formelles ou techniques.

L'architecte devra non seulement concevoir l'hôpital, mais étudier, en grande partie, son exploitation, laquelle pose à l'heure actuelle des problèmes considérables.

Entouré et secondé par de nombreux spécialistes, et en étroite collaboration avec l'exploitant, l'architecte doit être le catalyseur d'un ensemble de données; la recherche d'un concept de base lui permet de concevoir dans l'espace l'organisation souple de ces dernières.

Par l'évolution permanente de la science et de la technique, d'une part, par la diversité des relations-fonctions, d'autre part, cette organisation doit pouvoir s'adapter sans difficulté à l'ensemble de ces variations. Il est donc important pour l'architecte de rechercher, par un système constructif et par une technologie avancée, la possibilité de faire varier dans le temps le contenu de la construction afin que le bâtiment puisse s'adapter dans la mesure du possible aux besoins nouveaux.

Cette recherche de flexibilité ne doit pas se limiter essentiellement à la distribution interne, mais doit permettre des modifications de destination. Il est donc indispensable également d'apporter des solutions techniques souples, de permettre une flexibilité totale des fluides et d'utiliser des éléments-types de construction interchangeables.

Dans moins d'un demi-siècle, il ne sera vraisemblablement plus possible, pour des raisons politiques et économiques, de renouveler l'équipement hospitalier suisse. Il est donc nécessaire de créer dès maintenant des bâtiments adaptables et extensibles, où l'apport de l'architecte est primordial et qui permettront, sur la base d'une planification hospitalière précise, de répondre, au fur et à mesure, à l'évolution de la science médicale. ■

Für einen flexiblen Spitalbau

Jean-Pierre Dom (BSA)

Mehr als ein halbes Jahrhundert musste verstreichen, bevor die schweizerischen Krankenhäuser erneuert wurden. Es handelt sich dabei nicht um eine auf unser Land beschränkte Erscheinung, sondern um ein allgemein gewordenes Problem.

Der mit dem Bevölkerungszuwachs eng verknüpfte Erneuerungszyklus wurde ebenfalls hervorgerufen durch die technologische Entwicklung, eine sehr dynamische Humanisierungspolitik der Gesundheitsdienste sowie durch eine konkrete und praktische Entwicklung der Medizin.

Die grossen Heilzentren, die gemäss neuen Richtlinien und Massstäben aufgebaut wurden, liefern verschiedene Antworten auf die gestellten Fragen. Es ist jedoch bemerkenswert, dass – von einigen Ausnahmen abgesehen – die meisten Krankenhäuser am Standort der früheren erstellt wurden, wodurch Schwierigkeiten bei der Nutzung und dem Aufbau geschaffen wurden, und dabei schliesslich nur mittelmässige Lösungen bieten.

Zudem bringt der Bau in zahlreichen aufeinanderfolgenden Etappen Beeinträchtigungen und Kostenerhöhungen mit sich, die letzten Endes nicht von anderen Vorteilen wettgemacht werden. Es ist also offensichtlich, dass die Option des Standortwechsels sehr wichtig ist. Man kann bedauern, dass die von vielen Kriterien abhängige Entscheidung für einen «Wiederaufbau» gefällt wurde, anstatt für einen neuen Standort. In den meisten Fällen ist diese Wahl vor zwei Jahren getroffen worden; damals war man nicht im Besitz aller Gegebenheiten, die eine Einschätzung der späteren städtebaulichen Entwicklung gestatten. Heute, so kann man behaupten, wäre diese Entscheidung anders ausgefallen; sie würde mit Rücksicht auf die städtebaulichen Gegebenheiten geschehen.

Parallel zur Entwicklung, welche neue Lösungen in der Krankenhauskonzeption ermöglichte, ist es angebracht, die Zusammensetzung der Strukturen zu untersuchen, welche das Funktionieren eines Heilzentrums gestatten. Diese Strukturen machen Entwicklungen durch, und ihre Bedeutung variiert. Fünf grosse Kategorien von Benutzern können zugrundegelegt werden:

das Betriebspersonal
das Pflegepersonal
die Patienten
das Lehrer- und Schülerpersonal
das Forschungspersonal

Diese erste Analyse zeigt, dass die Gesamtheit der Benutzer nicht nur eine komplette, sondern auch sehr komplexe Polyvalenz bildet, wobei jede dieser Kategorien von den anderen abhängig ist.

Um eine schematische Analyse zu versuchen, kann man zwei Hauptgruppen unterscheiden:

1

Die erste Gruppe umfasst sämtliche Personen der verschiedenen «Gesundheits»-Berufe, welche ihre Aktivität und Spezialisierung im Bereich der Personen, sozialen Gruppen, Länder gemäss den persönlichen, wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Interessen einer jeden ausüben.

2

Die zweite Gruppe umfasst sämtliche «Benutzer» oder «Nutzniesser» der ersten, sei es im Bereich der Vorbeugung, Behandlung oder Rehabilitierung.

Die eine Gruppe könnte also «Gesundheitsangebot» heissen, die andere «Gesundheitsnachfrage».

Diese Annäherung offenbart, wie wichtig die menschlichen Beziehungen zwischen den Benutzern sind, Beziehungen, die eine Vielfalt von Entwicklungen, Wandlungen und Erneuerungen durchmachenden Zuständen hervorbringen. Diese sehr verschiedenen, Nötigung und Änderungen wissenschaftlicher und technologischer Art erfahrenden Funktionen verlangen vom Benutzer eine ständige Anpassung, die ihn gewissermassen zwingt, diese Entwicklung mitzumachen.

Im aktuellen Krankenhausbereich ist es bei den meisten Sektoren schwierig geworden, «stereotype» Formeln vorzuschlagen. Um diesen Begriff von «Beziehungen–Funktionen» genauer zu bezeichnen, soll noch ein konkretes Beispiel gegeben werden: die Beziehung Schwester–Kranker.

Der Kranke ist nicht nur ein Kranker, er ist zuerst eine Person. Ebenso ist die Schwester nicht nur eine Schwester, sie ist zuerst auch eine Person. In seine eigene Rolle kann sich nicht jeder einschliessen, denn wenn sich die Schwester in ihre Pflegerolle einschliesst, so hat dies zum Ergebnis, dass der Kranke in seine Kranken-Rolle fixiert wird, also als Minderwertiger.

Daraus kann man schliessen, dass die Beziehung Schwester–Kranker in sich selbst eine therapeutische Handlung ist, da der Gepflegte in gewisser Weise an dem ihn betreffenden Heilungsprozess teilnimmt.

Der Spitalbau verlangt daher vom Architekten die Kenntnis der Funktionsmechanismen der Benutzerkategorien, die Analyse ihrer Bedürfnisse, die Kenntnis ihrer Beziehungen untereinander und die Definition des inneren Organisationsnetzes, und zwar lange bevor er sich mit formellen oder technischen Begriffen beschäftigt.

Der Architekt muss nicht nur das Spital konzipieren, sondern auch grossenteils seine Nutzung durchstudieren, die heutzutage beträchtliche Schwierigkeiten aufwirft.

Von Spezialisten umgeben und beraten, in enger Zusammenarbeit mit den Benutzern muss der Architekt der Katalysator einer Reihe von Gegebenheiten sein; die Suche nach einem Grundkonzept gestattet ihm die flexible Organisation letzterer räumlich zu konzipieren.

Durch die ständige Entwicklung von Wissenschaft und Technik einerseits, die Vielfalt der Beziehungen–Funktionen andererseits muss sich diese Organisation reibungslos der Gesamtheit dieser Variationen anpassen können. Es ist daher wichtig für den Architekten, durch ein konstruktives System und fortschrittliche Technologie nach der Möglichkeit zu suchen, den Inhalt des Baus im Laufe der Zeit variieren zu lassen, damit sich das Gebäude möglichst neuen Bedürfnissen anpassen kann.

Diese Suche nach Flexibilität darf sich nicht vor allem auf die innere Verteilung beschränken, sie soll vielmehr Nutzungsänderungen gestatten. Es ist daher ebenfalls notwendig, flexible technische Lösungen zu finden, eine totale Flexibilität der Leitungen zu gestatten und auswechselbare Norm-Bauelemente zu verwenden.

In weniger als einem halben Jahrhundert wird es wohl nicht mehr möglich sein – aus politischen und wirtschaftlichen Gründen –, die schweizerischen Spitäler zu erneuern. Es ist daher notwendig, schon heute anpassungsfähige und erweiterungsfähige Gebäude zu schaffen, bei denen der Beitrag des Architekten wesentlich ist und die es gestatten werden, auf der Grundlage einer präzisen Krankenhausplanung dem jeweiligen Stand der Entwicklung der Medizin zu entsprechen. ■