Zeitschrift: Ingénieurs et architectes suisses
Band: 105 (1979)
Heft: 16

Artikel: L'hôpital du Pays-d'Enhaut à Château-d'Oex
Autor: Kleiber, Charles
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-73845

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: 15.07.2025

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

L'hôpital du Pays-d'Enhaut à Château-d'Oex

par Charles Kleiber, Château-d'Oex

A quoi sert l'hôpital ? Que produit-il ? Ces questions sont au centre de la problématique hospitalière actuelle ; elles sont déterminantes pour son architecture.
La réponse de l'économie sanitaire orthodoxe est connue : d'un côté les « input » [1] qui seraient des forces de travail, du savoir, de l'énergie, etc., et de l'autre les « output » : de la santé, mesurée par un détour méthodologique discutable en termes de journées de malade ou d'actes médico-techniques. Ce modèle économique contestable en lui-même est, de plus, trop simple. Il suppose en effet une finalité unique à la production hospitalière : la santé. A y regarder de près on voit derrière « le bien des malades » d'autres finalités plus ou moins énoncées, plus ou moins conscientes, souvent contradictoires et qui expliquent peut-être davantage l'entreprise « hôpital » dans son fonctionnement, dans son organisation et dans son architecture. En les intégrant, le modèle s'enrichit : les malades deviennent aussi un des « input » principaux. Les « output » : du savoir, de la médecine, de la santé, des emplois, de « l'institution », du contrôle social, etc. Il ne s'agit là que d'une esquisse de ce que pourrait être un modèle hospitalier qui reste à construire et à valoriser. A ce stade, il ne constitue qu'une interrogation que l'architecte ne peut éluder : comment construire en effet si l'on ne sait pas exactement pour faire quoi, si l'on devine derrière la simplicité factice des apparences et des discours une réalité bien plus complexe.
La réponse sur laquelle s'est développée l'architecture hospitalière moderne est évidente : « L'hôpital n'est plus simplement le toit où s'abritaient la misère ou la mort prochaine ; c'est dans sa matérialité même un opérateur thérapeutique » (M. Foucault), c'est la machine à guérir : il en est résulté la pauvreté architecturale que l'on sait ou plus exactement la disparition progressive de l'architecture, effacée par des contraintes fonctionnelles considérées comme autant de dogmes émanant d'un savoir supérieur et quasi magique. Une certaine rationalité des soins a imposé sa loi qui marque désormais l'organisation du travail des médecins et des infirmières, le séjour des malades, la conception des espaces, l'image même de l'hôpital...
Nous avons voulu y voir de plus près et construire, analyser la fonction hospitalière et en tracer le cadre, observer les comportements et les mettre en scène. Il en est résulté un bâtiment qui constitue, en terme d'espaces, des réponses partielles et momentanées aux questions évoquées plus haut et à quelques autres. Réponses formulées à l'intérieur de l'institution hospitalière qui portent évidemment la marque de ses contraintes et de ses contradictions.

1. Quelques points de repère

Le parti architectural et le développement du projet de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut ont été marqués par les réponses à trois questions fondamentales, réponses qui sont autant de fils conducteurs pour expliquer le bâtiment et le juger. Il s'agit d'abord du statut du malade dans l'espace hospitalier, ensuite de l'hôpital considéré comme système de consommation et de production d'énergie ; enfin du choix du système constructif. On lira ci-dessous dans quels termes ces questions ont été posées et plus loin quelles réponses architecturales ont été proposées.

1.1 *L'hôpital, machine à guérir ?*

La logique d'une organisation rationnelle des soins domine le fonctionnement hospitalier et l'organisation des espaces. Cette logique s'est affirmée avec de plus en plus de force depuis le début du siècle ; elle suffit aujourd'hui pour expliquer complètement les modèles hospitaliers en vigueur. Avec la diminution des durées de séjour, la technicisation croissante de l'univers hospitalier,[2] elle paraît définitivement triomphante. Quelles en sont les conséquences sur le rôle et la place du malade, sur l'organisation du travail des soignants ?

Rôle et place du malade

Le patient est « admis » à l'hôpital. Le langage ne s'y trompe pas qui exprime dans un raccourci saisissant la situation de dépendance qui ne cessera pas d'exister entre lui et l'autorité d'admission. « Le malade n'est pas traité comme un client contractant mais doit s'intégrer aux normes et aux valeurs de l'organisation, en respecter l'ordre, la hiérarchie et le mystère. » [3] Une fois entré, rien ne lui appartient plus : ni l'organisation de son temps, ni la durée de son séjour, ni la nature des investigations et des thérapeutiques, ni le choix du médecin, ni même l'information sur l'ensemble de ces choix qui sont faits par d'autres que par lui.[4] De ce fait, l'hospitalisation signifie aujourd'hui pour le patient, dépendance et dépossession de son autonomie, ce qui ne constitue pas, sauf exception, une condition pour fournir de bons soins.

L'hôpital ne soigne pas des malades mais des maladies. Le patient n'y habite pas : il se prête, ou plutôt il prête son corps à l'entreprise médicale et hospitalière. Comme individu autonome capable de choix, il a disparu. N'est restée pour l'organisation hospitalière que sa maladie : la varice du 27, la fracture du 2. Et tous, médecin, infirmière, malade, subissent et entretiennent cet ordre. Le discours médical actuel le légitime. La mort et la douleur ne sont pas loin : quel autre recours aurions-nous ?

Cette situation s'exprime évidemment sur le plan architectural. De nombreux dispositifs en témoignent :

— par le cloisonnement extrême des espaces (entre services, entre chambres et séjours, entre intérieurs et extérieurs, etc.) qui limite la mobilité et la communication du personnel et des patients ;

— par le dispositif de contrôle qui se développe à partir de la nécessité d'une présence permanente des soignants ;

[1] Les *input* représentent l'ensemble des éléments (matière première, force de travail, etc.) nécessaires pour faire fonctionner un appareil de production. Les *output* représentent le résultat de la production (voiture, santé, etc.).

[2] La surface d'hébergement représentait environ 80 % de la surface totale au début du siècle. Actuellement elle ne représente que le 30 % environ.

[3] CEREBE : pratiques médicales et système hospitalier.

[4] Ce phénomène est observable partout à des degrés divers ; il est cependant moins présent dans les petits établissements et surtout dans les cliniques privées où le statut de « client contractant » est une réalité à laquelle correspond un coût, mais aussi des droits (liberté de visite, horaire à peu près normal, etc.). Le système de financement anonyme des hôpitaux d'intérêt public, quelles que soient ses justifications par ailleurs, renforce cette situation.

— par l'absence de territoire propre au malade (la chambre est davantage le lieu où le malade reste à disposition des soignants) ;

— etc.

Toute l'organisation des espaces et de la vie quotidienne exprime la seule logique des soins conçue pour des patients passifs. Une autre logique, celle de l'habitat conçue pour des patients actifs, est absente. Une anecdote en témoigne : selon une enquête américaine, 60 % à 70 % des malades pourraient prendre leurs repas dans une cafétéria commune. Au lieu de cela, les repas sont consommés individuellement en chambre. Des personnes sont payées pour distribuer les plats, d'autres ensuite pour faire marcher les mêmes patients au titre de la physiothérapie...

Les soignants

Si les malades sont réduits à la condition d'objet de soins, les soignants — médecins et administrateurs compris — subissent également les contraintes de la machine à guérir. Parcellisation des tâches, hiérarchie rigide, voie de service, etc., se sont développées depuis une vingtaine d'années dans une tentative vaine et un peu bureaucratique de maîtriser la machine, de rationaliser son activité, de limiter les coûts. Les études de postes succèdent aux études d'optimisation des circulations, les essais d'humanisation aux tentatives d'ouvrir un dialogue avec les malades. En fait, la machine, que les acteurs hospitaliers tentent chacun de s'approprier, impose sa loi et semble ne connaître plus que sa propre finalité : s'accroître, produire de la médecine, « consommer » des malades, l'énergie et le dévouement des soignants, guérir... Vision tragique, un peu caricaturale et qui convient surtout aux très grands hôpitaux. N'éveille-t-elle pas cependant dans nos mémoires quelques souvenirs fugitifs ?

L'architecture participe activement à ce mouvement : ce sont les plans à doubles corridors qui limitent les circulations mais créent un environnement de travail artificiel, les « plateaux techniques », grands consommateurs d'énergie eux aussi, borgnes et ventilés artificiellement, les *desk* ouverts à tous les regards, les armoires traversantes qui permettent aux patients et au personnel de maison de communiquer... à travers une pile de linge, les sous-sols réservés aux cuisiniers et aux lingères, etc.

Conditions de travail peu satisfaisantes d'une part et pas nécessairement beaucoup plus efficaces : au bout de la chaîne, l'acte de soins reste individuel et artisanal. Certes les techniques de soins permettent plus de précision dans le diagnostic, plus de rapidité dans le traitement, mais elles impliquent apparemment une classification des malades (selon la nature de la maladie, l'organe atteint, l'intensité des traitements, la proximité de la mort, etc.) qui rompt l'unité du corps et efface la dimension psychosomatique de la maladie. Une certaine médecine, pratique aujourd'hui éclatée, hyperspécialisée, savoir parcellisé, y trouve peut-être son compte : la santé sûrement pas.

On est loin du « bien des malades » et plus proche des exigences actuelles des machines à guérir. Le modèle hospitalier en devenir ne nous en rapproche pas : il faut plutôt s'attendre à un accroissement des aspects les plus « productivistes » des hôpitaux : diminution accrue des durées de séjour, poursuite de la spécialisation, etc. Nous avons fait l'hypothèse que ce développement n'était pas irréversible, qu'il était possible et nécessaire au niveau de l'architecture de répondre aux contraintes fonctionnelles tout en introduisant une autre logique : celle de l'habitat. Logique basée sur l'hébergement d'individus malades, souffrants, angoissés mais capables de choix ; sur des rapports entre soignants et soignés les plus libres possibles. Antagonistes mais néanmoins complémentaires, ces deux logiques (celle des soins et celle de l'habitat) ne sont pas irréductibles et doivent pouvoir coexister.

1.2 *L'hôpital producteur et consommateur d'énergie* [5]

L'hôpital est certainement aujourd'hui un des bâtiments qui consomme le plus d'énergie ; pour des raisons évidentes, il est souhaitable de minimiser cette consommation. Il peut aussi être un producteur ; pour les mêmes raisons, il faut maximiser cette production. Cette position de principe a été adoptée dès le départ et a dicté de nombreux choix architecturaux et techniques. Nous y avons souscrit dans la perspective de l'économie d'énergie, mais aussi pour des raisons de renouvellement de l'architecture hospitalière. Ces deux aspects sont partiellement liés : l'efficacité du dispositif d'économie d'énergie dépend largement de son intégration architecturale — notamment pour le captage passif d'énergie solaire — et la qualité de l'expression architecturale dépend dans une certaine mesure de l'efficacité ou du moins de la cohérence du dispositif d'économie énergétique. Deux caractéristiques particulières à l'hôpital ont déterminé les solutions retenues :

— D'une part, l'hôpital, par rapport à d'autres bâtiments, consomme énormément d'énergie et de façon assez continue. La consommation d'eau chaude sanitaire, par exemple, est importante et constante pendant toute l'année. Toute l'énergie captée peut être restituée dans un court délai. Dès lors, le problème difficile du stockage de l'énergie transformée se pose différemment.

— Les conditions de confort du milieu hospitalier, basées sur les exigences des malades, sont relativement élevées et doivent être garanties en permanence. Cette condition limite le recours à une véritable architecture solaire conçue sur le captage passif, constituée d'espaces de repli et exigeant une grande mobilité des usagers et des dispositifs contraignants de régulation.

Compte tenu de ces caractéristiques, diverses mesures ont été prises qui ont marqué le choix du parti et certaines décisions au niveau de la construction ; citons au chapitre de la minimisation de la consommation les actions suivantes :

— L'isolation thermique très poussée du bâtiment.

— L'implantation du bâtiment et le traitement particulier des façades exposées.

— L'adoption d'une toiture permettant à partir de quelques points fixes d'assurer un éclairage zénithal naturel abondant, notamment pour les zones les plus denses du bâtiment.

— La tentative — avortée — de choisir les équipements les moins consommateurs d'énergie (cette exigence s'est révélée totalement étrangère à la conception de l'équipement médico-technique et limitait par trop les choix).

— La limitation des exigences de confort et d'hygiène, notamment pour le choix des installations de ventilation.

— Le traitement du balcon orienté sud en véranda-serre qui permettra de limiter le recours au chauffage des chambres et séjours concernés.

Au chapitre de la production, il faut citer essentiellement l'intégration des capteurs plans à eau en toiture.

1.3 *Le système de construction*

Le choix d'une construction légère et modulaire, organisée en système, s'est fait à partir des considérations suivantes :

— La nécessité de trouver sur le plan constructif une meilleure intégration du second œuvre, si envahissant en milieu hospitalier.

— L'espoir de mettre à disposition du maître de l'ouvrage un bâtiment capable de s'adapter aux modifications de la demande et des comportements pendant la construction d'abord, en cours d'exploitation ensuite.

— L'existence d'un système conçu à partir des contraintes hospitalières et expérimenté une première fois dans le cadre de l'Hôpital de Nant [6].

Ce choix peut paraître aujourd'hui anachronique par rapport à l'histoire récente de l'architecture, contraignant et contradictoire par rapport à la recherche d'une

[5] Voir dans ce numéro l'article de D. Chuard sur le dispositif de captage de l'énergie solaire à l'Hôpital du Pays-d'Enhaut.

[6] Voir l'article de F. Ramseyer dans ce numéro. Le système adopté est également décrit dans *Bauen und Wohnen*, 4/1979.

Fig. 1. — L'hôpital du Pays-d'Enhaut dans son cadre (photo Jean Lugrin, Château-d'Oex).

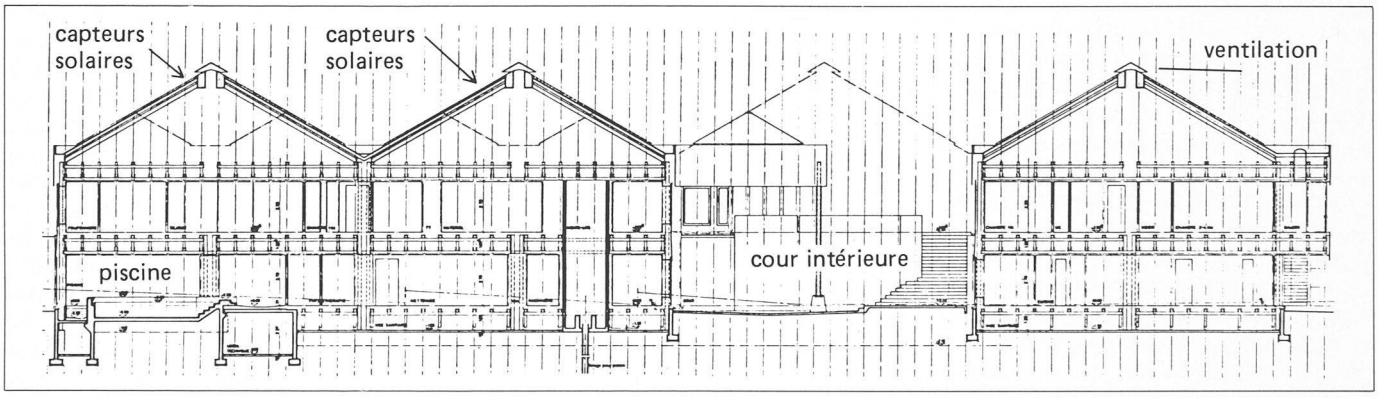

Fig. 2. — Coupe longitudinale.

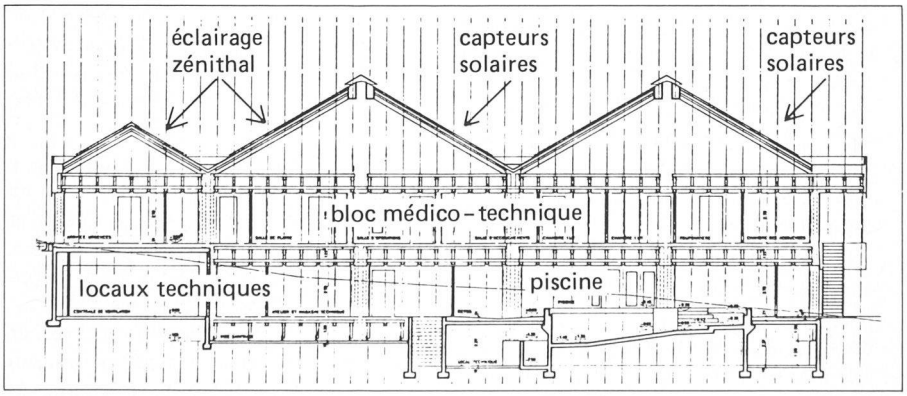

Fig. 3. — Coupe transversale.

architecture hospitalière plus proche de l'habitat. La dimension totalitaire de tout système peut être opposée à la nécessaire différenciation des espaces, l'uniformité de la composition sur grille modulaire à la variété de la construction traditionnelle, etc. Ces questions se posent en effet et le débat n'est pas clos. Versons simplement au dossier les remarques suivantes :

— L'objectif de l'intégration du second œuvre a été atteint à notre avis.

— La capacité d'adaptation a été utilisée fréquemment en cours de construction pour absorber sans difficultés techniques et à un coût acceptable les modifications demandées par les utilisateurs ou par les mandataires. L'avenir du bâtiment montrera si ce potentiel d'adaptation est utilisé.

— La contrainte dimensionnelle a été peu présente, compte tenu de la faible dimension du module de base (90 cm).

— Le léger coût supplémentaire du système doit être évalué dans une perspective à long terme, qui intègre les éléments d'exploitation (entretien facilité, coût des modifications réduit, etc.).

— Le système offre, nous semble-t-il, une qualité générale d'exécution difficilement atteignable aujourd'hui.

2. Le bâtiment

Les documents graphiques et photos illustrant cet article décrivent le bâtiment à quelques mois de la mise en exploitation. Ils traduisent l'importance des trois « points de repère » présentés ci-dessus dans la conception et la réalisation du projet. Ajoutons quelques remarques expliquant le programme, le parti, le traitement de la toiture et du plan.

Fig. 4. — Vue générale de l'hôpital (photo Jean Lugrin).

2.1 *Le programme*

Le programme architectural du nouvel hôpital du Pays-d'Enhaut (voir encadré) possède par rapport au programme type des hôpitaux suisses des caractéristiques particulières :

— En termes de nombre de lits, il s'agit d'un très petit bâtiment (45 lits, dont 16 pour malades chroniques) dont les services de traitement et de diagnostic très modestes sont cependant complets. Ce nombre de lits ne permet pas la dissociation classique en services cloisonnés (médecine, chirurgie, pédiatrie, etc.) et implique une échelle quasi domestique, que les responsables de l'hôpital s'efforcent de préserver. Ce point est fondamental et a favorisé plus que tout autre la recherche d'un caractère d'habitat.

— Relativement à la part d'activité consacrée aux patients hospitalisés, celle déployée en faveur des patients ambulatoires (activités des cabinets des quatre médecins, dialyse, physiothérapie, prestations fournies en urgence, centre de jour pour les malades chroniques indépendants, etc.) sera très importante, beaucoup plus que dans la moyenne des hôpitaux suisses. Cela représente donc une ouverture inhabituelle de l'hôpital — milieu traditionnellement fermé — sur l'extérieur, une circulation importante, un mélange salutaire des différentes catégories de malades. Le problème posé dans ces conditions est de trouver des accès, une organisation des circulations telle que les différentes catégories de requérants à l'hôpital, les visites et le personnel se côtoient avec le maximum de possibilités de rencontres et le minimum de contraintes.

— L'hébergement simultané de malades dits aigus (durée moyenne de séjour : 12 jours environ) et de malades chroniques (durée moyenne de séjour : plus d'une année). Ces deux populations, dont le mode de soins et d'hébergement est différent, doivent bénéficier d'une grande indépendance relative sans que cela entraîne toutefois une rupture de l'unité d'exploitation.

— L'existence d'installations importantes pour la physiothérapie d'une part, pour la dialyse d'autre part. En ce qui concerne la physiothérapie — qui comporte notamment une piscine de 10 m — l'importance du programme correspond à la volonté de mettre cet équipement à disposition de la région voisine du Gessenay et de répondre également à la demande d'un « tourisme thérapeutique ». L'inscription d'un centre de dialyse au programme de l'hébergement est intervenue en cours de chantier ; il s'agit d'une unité de *self-care* destinée à des patients de la région et à des vacanciers. Ces deux éléments répondent donc à une demande médicale évaluée en fonction de l'économie régionale, dans laquelle le tourisme tient une place importante.

— La polyvalence des locaux. Cette expérience a permis de limiter l'importance quantitative du programme en assignant plusieurs fonctions à des mêmes lieux (salle d'accouchement confondue avec salle de réveil, salle de plâtre avec salle de petites interventions, séjour du personnel et salle à manger, etc.). Elle a dicté la position de nombreux éléments du programme.

Ces cinq principales dispositions du programme mettent en évidence le caractère particulier du problème posé au départ par le maître de l'ouvrage. Elles ont certainement facilité la recherche d'une architecture hospitalière différente.

Programme :

— 45 lits dont 16 réservés plus particulièrement aux malades chroniques,
— un ensemble médico-technique comprenant une salle d'opération et annexes, une salle de radiologie, une salle de plâtre, une salle d'urgences, un laboratoire, une salle de réveil accueillant également les accouchements,
— une unité de physiothérapie avec piscine,
— une unité de dialyse,
— une cafétéria avec une salle polyvalente,
— quatre cabinets médicaux,
— des services généraux et administratifs complets.

2.2 *Le parti architectural*

Le parti architectural est caractérisé notamment par la dominante horizontale de l'organisation des espaces (deux étages d'environ 2350 m^2 chacun), la création d'une cour intérieure semi-fermée, l'aménagement de plusieurs entrées différenciées, l'important développement donné aux balcons. Ces choix répondent à la volonté architecturale et aux contraintes fonctionnelles suivantes :

— La répartition des fonctions dans l'espace (tous les lits et les services médico-techniques et administratifs sont sur le même niveau supérieur et le reste du programme est au niveau inférieur) résulte d'abord de contraintes fonctionnelles. Il est en effet apparu souhaitable, pour obtenir une grande souplesse d'exploitation, de situer les lits sur un seul niveau, même si cela aurait permis de mieux différencier les lits pour cas aigus de ceux des malades chroniques, par exemple. Ce choix correspond d'ailleurs à d'autres options de type architectural : souci d'intégration par la création d'un volume bas, volonté de disposer d'une grande surface de toiture pour réaliser un éclairage zénithal suffisant et loger les capteurs solaires, etc.

— La création d'une cour intérieure a pour but de constituer un point de repère pour l'entrée, mais aussi pour les espaces des deux niveaux et pour les circulations ; c'est le seul dispositif qui permet de l'intérieur de percevoir la coupe [7]. Cette cour crée en outre un prolongement extérieur naturel pour les locaux de soignants de l'unité de soins. Une variante tardive du projet, sans modifier l'organisation générale des espaces, faisait de la cour un espace intérieur fermé — un

[7] D'une manière générale, l'expression architecturale en coupe est limitée, en matière hospitalière, par la nécessité fonctionnelle de continuité horizontale (manutention des lits, chariots, etc.) et par les exigences très contraignantes du dispositif de lutte contre l'incendie imposé par l'Etablissement cantonal d'assurance contre l'incendie.

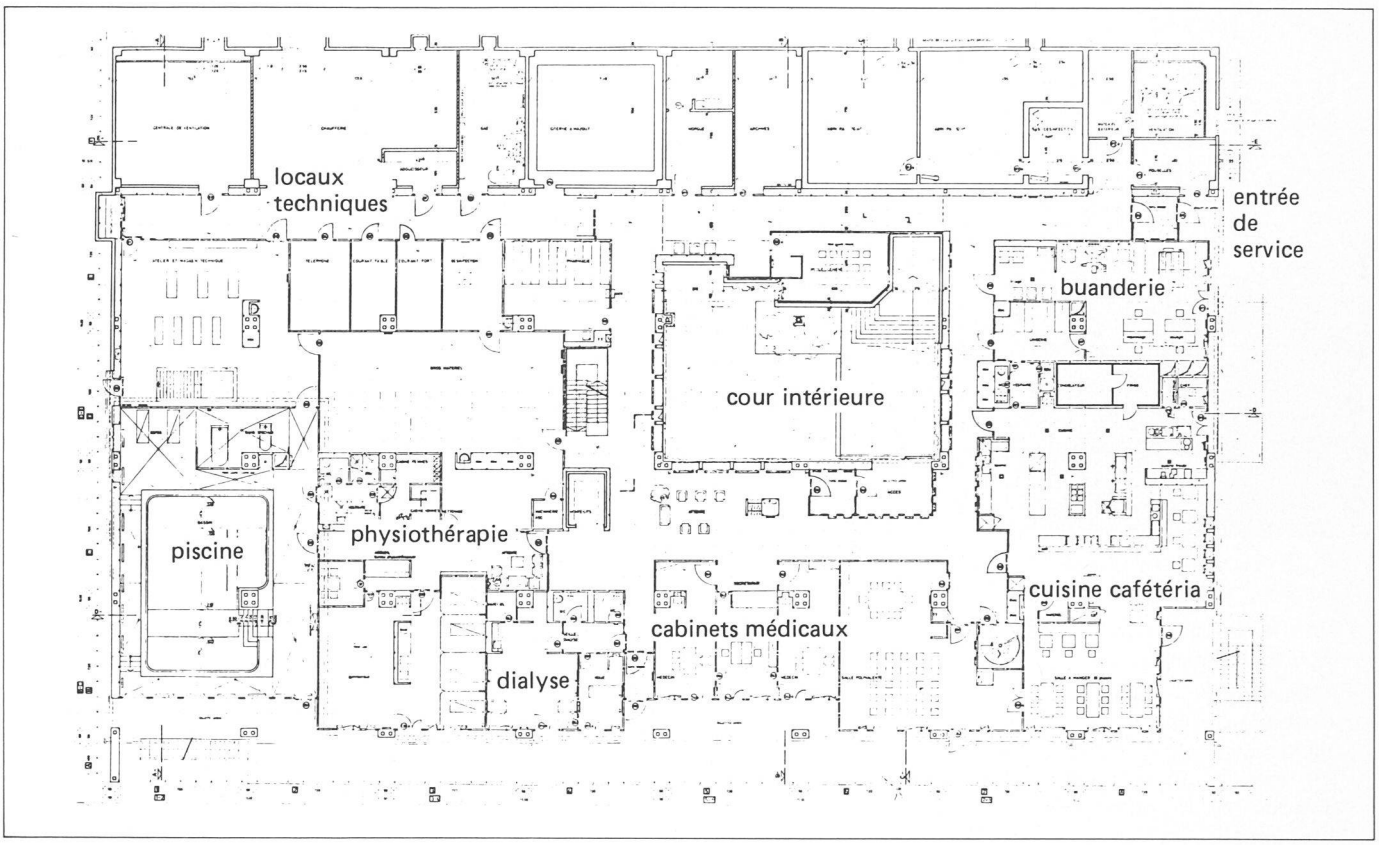

Fig. 5. — Plan du niveau inférieur.

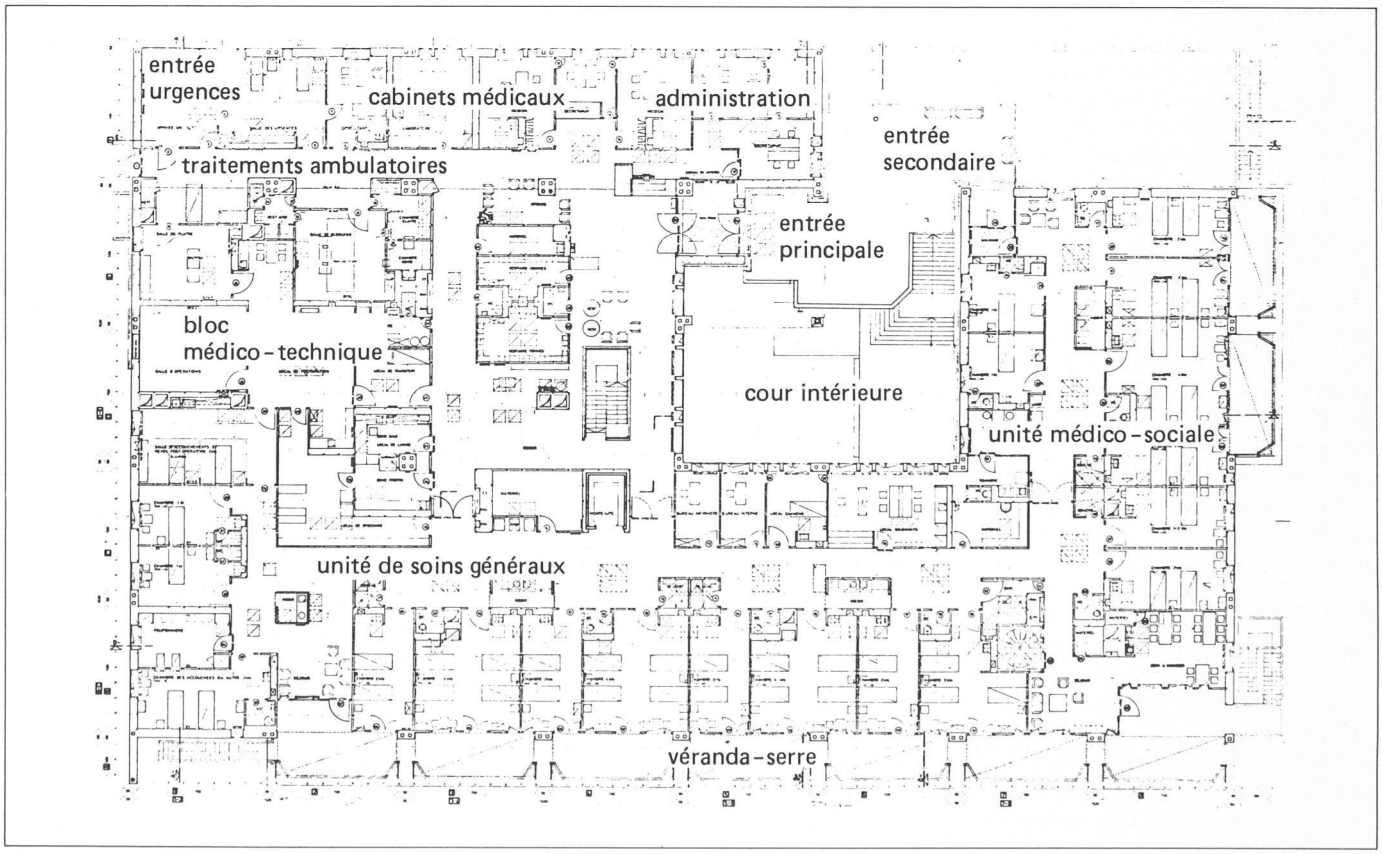

Fig. 6. — Plan du niveau supérieur.

jardin d'hiver — ce qui permettait un traitement plus intéressant de la coupe et du niveau inférieur, et la mise en œuvre d'un dispositif thermique plus cohérent. Elle a été abandonnée pour des raisons de coût, de respect des échéances, mais aussi de confort du personnel. Peut-être la densité des étages aurait-elle été « contreproductive » du point de vue thermique, à cause de l'importance de l'environnement artificiel (nécessité de la ventilation, etc.).

— Les nombreuses entrées (principale, unité médico-sociale, urgences, service, médecin et physiothérapie, dialyse) répondent à l'exigence de différencier les parcours des différentes clientèles de l'hôpital à l'intérieur du bâtiment, mais aussi et surtout à l'ouvrir sur l'extérieur, à réduire à l'essentiel le dispositif de contrôle des mouvements intérieur-extérieur. Nous sommes convaincus que cette concep-

Fig. 7. — Façades et balcons (photo Jean Lugrin).

Bibliographie :

CEREBE : *Pratiques médicales et système hospitalier*. Rapport 1976.

Faculté des sciences économiques d'Aix-en-Provence, centre d'économie de la santé : *Etude pilote d'un centre hospitalier*. Rapport 1977.

Institut de l'environnement, Paris : *Les machines à guérir*. Paris 1976.

A. Babel et F. Darmau : *L'hôpital, usine à santé*. Editions Syros, 1977.

P. Huard : *L'hôpital comme organisation formelle*. Techniques hospitalières N. 377.

M. Foucault : *Surveiller et punir*. PUF 1977.

tion facilitera par ailleurs l'exploitation du bâtiment.

— L'importance donnée aux balcons (240 m²) correspond à la volonté du maître de l'ouvrage, qui se référait à un modèle architectural fortement marqué par le sanatorium, mi-hôtel mi-hôpital. Ces circonstances ont facilité notre tentative de faire des balcons un espace social privilégié pour les soignants et les soignés. Le taux d'utilisation de cet espace, limité par le climat, a été augmenté par la mise en œuvre d'une verrière qui en faisait dès lors une véranda. L'exploitation de cette véranda sur le plan thermique (elle constitue une serre, c'est-à-dire un capteur habitable) allait dès lors de soi.

Le choix du parti architectural et de ses composantes a été en outre sous-tendu par la volonté de rompre avec les signes modernes de l'architecture hospitalière : architecture monumentale et austère, plutôt verticale, façade fermée, matériaux « éternels », expression de prestige, etc. Nous avons voulu promouvoir une autre image, plus quotidienne, plus proche de l'habitat voisin, plus fraternelle.

2.3 *Le traitement de la toiture*

La toiture du bâtiment est constituée par des pyramides à base carrée selon deux régimes : le régime des grandes pyramides (16 m de côté) et le régime des petites pyramides (8 m de côté). Les grandes pyramides supportent sur leur face sud et sur leur face ouest bien exposées des capteurs solaires ; en haut de leur face nord sont situées les surfaces de verre nécessaires à l'éclairage zénithal. Les petites pyramides fonctionnent également comme lanternaux avec leurs quatre faces supérieures. Ce choix de toiture correspond aux intentions suivantes :

— Permettre l'éclairage zénithal à partir de points hauts et limités (pour des raisons d'enneigement), avec une diffusion de la lumière sur toute la base des pyramides, lesquelles, constituées d'éléments de plafonds amovibles, laissent passer la lumière selon les nécessités fonctionnelles. Cette disposition limite l'utilisation de l'éclairage artificiel dans les corridors, dans le bloc médico-technique et à l'arrière des chambres, et améliore le confort.

— Faciliter l'intégration des capteurs solaires.

— Permettre de franchir des grandes portées (16 m pour les grandes pyramides) en utilisant la hauteur statique.

— Contribuer à l'intégration du bâtiment dans son contexte immédiat, les pyramides rappelant à l'échelle des constructions voisines.

2.4 *Le traitement du plan*

Le traitement du plan devait répondre à la fois aux exigences hospitalières de base (organisation du bloc médico-technique, fonctionnement des unités de soins, etc.) et exprimer simultanément cette logique de l'habitat dont il a été question plus haut. Sur le plan de la fonction hospitalière, les exigences des utilisateurs ont été pour l'essentiel satisfaites, nous semble-t-il : la machine à guérir devrait fonctionner. Cette logique de l'habitat est-elle suffisamment présente pour marquer les comportements des soignants et des soignés ? Nous ne pouvons que l'espérer, en sachant bien que l'architecture aura des effets dérisoires si une volonté convergente n'anime pas les différents acteurs hospitaliers. Citons simplement quelques dispositifs porteurs de cette autre logique:

— Le traitement des séjours considérés comme des prolongements des corridors et leur situation à des endroits particuliers (carrefour ou extrémités de corridors) susceptibles de créer un point d'animation. A cet égard, le séjour proche de l'escalier principal occupe une position stratégique et joue un rôle particulier de transition entre l'unité de soins et l'entrée principale, entre le bloc médico-technique et le reste du bâtiment.

— La conception des entrées multiples et le développement des balcons cités plus haut.

— L'ouverture de certains lieux de séjour pour les patients et leurs visiteurs sur certains lieux de travail des soignants (par exemple la stérilisation centrale s'ouvre partiellement sur le grand séjour de l'entrée).

— Le choix des matériaux et notamment du bois, le traitement des surfaces (couvre-joints apparents), etc.

— Le traitement des corridors qui, en s'élargissant devant les chambres, devraient constituer une transition entre chambres et lieu de circulation, faciliter les échanges et le recours aux services situés volontairement à l'extérieur des chambres (WC, douches).

— Le traitement des chambres, la position individualisée des armoires, l'embrasure épaisse des fenêtres, etc.

3. Conclusion

Le nouvel hôpital du Pays-d'Enhaut va entrer prochainement en fonction. Il aura été pour la plupart des mandataires un terrain d'expérimentation fertile sur lequel le maître de l'ouvrage et les utilisateurs nous ont presque toujours suivis et parfois précédés. Dans quelques semaines nos intentions seront confrontées à la réalité de la pratique hospitalière quotidienne.

Tel regret, telle insatisfaction n'ont plus de sens aujourd'hui. Il faut juger ce bâtiment, évaluer son fonctionnement, mesurer dans quelle mesure les objectifs initiaux ont été atteints, énoncer de nouvelles questions. C'est le début de l'étape suivante.

Adresse de l'auteur :
Charles Kleiber, architecte
Atelier d'architecture « Le Triangle »
1837 Château-d'Oex