

Résumés

Objektyp: **Group**

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

Band (Jahr): **12 (1958)**

Heft 5: **Bauten der Gesundheitspflege = Maisons de santé = Hospitals**

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Résumés

Bâtiments de soins de santé (pages 141—143)

L'habitation, l'enseignement et le traitement médical représentent les services publics les plus importants. Les hôpitaux sont des constructions influençant sensiblement l'aspect d'une ville. Mais la plupart des hôpitaux se trouvent sur des terrains choisis au petit bonheur. L'organisation et l'agencement des hôpitaux a fortement changé au cours de ce siècle. L'évolution de leur aspect architectonique illustre le développement de la science médicale et de ses méthodes de traitement. Ni ce développement, ni cette évolution n'ont encore touché à leur fin: pavillon ou tour d'hôpital, tel est l'objet de la discussion actuelle. A la tendance de construire des hôpitaux de plus de 1000 lits s'oppose le besoin d'unités de 200—300 lits réparties sur certains quartiers et localités. On est d'avis que tout le traitement médical et donc la construction d'hôpitaux s'engagent dans un cul-de-sac tant que le malade est considéré comme un objet muni d'un dossier contenant les résultats de l'auscultation. Il existe peu d'hôpitaux architectoniquement bons: cela provient de ce qu'un grand nombre ne représente que des agrandissements d'anciennes institutions. Mais même les nouvelles constructions sont très souvent insatisfaisantes. Comme l'aspect humain du traitement des malades, c'est-à-dire le séjour à l'hôpital, dépend du petit détail, nous parlerons aussi du lit d'hôpital, du groupement des lits et de l'organisation de l'unité de traitement.

Hôpital Beilinson, Tel Aviv, Israël (pages 144—149)

L'ancien hôpital contient 200 lits pour les maladies chroniques et infectieuses. Le nouveau bâtiment de 450 lits est réservé aux maladies aiguës. L'ensemble sera porté à 1000 lits. La station des lits est au sud, la section de traitement au nord. A l'ouest et au nord, des bâtiments d'un étage contiennent l'administration et la réception qui est vaste, comme cela est nécessaire pour une population partiellement fort primitive. L'organisation des visiteurs représente un problème particulier; parfois toute une famille arrive et des querelles familiales, apaisées pendant la maladie, reprennent dans l'hôpital au moment de la guérison. L'unité de traitement comporte 35 lits (11 chambres à trois et 2 chambres à un lit). Architectoniquement, l'ensemble est tranquille et clair. Il est intéressant de noter que cela a été réalisé avec les moyens matériels les plus simples.

Hôpital Avicenne, Rabat, Maroc (pages 150—154)

Dans cette vaste pleine exempte de tout point d'orientation, la disposition symétrique, nécessitée par l'exploitation, est naturelle et donne un très bel accent au site. Cet hôpital contient aujourd'hui 750 lits, mais peut être agrandi jusqu'à 1000 lits. Conformément aux coutumes mohamédanes, l'hôpital est divisé, dès l'entrée, en une section femmes et une section hommes. L'hôpital proprement dit est précédé d'une très grande section de réception et de nettoyage. Le trafic des visiteurs est séparé du trafic propre de l'hôpital et a ses halls, escaliers et ascenseurs particuliers. Les stations de lits sont divisées en petites unités. Un groupe de salles annexes est flanqué de chaque côté d'une chambre à sept lits; ceci réduit la circulation dans les corridors dont les fenêtres sont complètement ouvertes en été, ce qui assure une ventilation naturelle.

D'ailleurs la protection du soleil joue un grand rôle dans ce climat et confère à l'ensemble un cachet architectonique très caractéristique. La salle d'opération est entièrement isolée du reste et entourée des annexes nécessaires. Elle est de forme ovale. La table d'opération est surplombée par la voûte d'éclairage d'où la table peut être éclairée dans toutes les directions. Il y a là quelque chose de fascinant dans la réalisation conséquente, mais de nombreux médecins déclinent cette solution et préfèrent la vue sur la verdure, les couleurs calantes et un minimum de technique.

Réflexion sur l'unité des soins (pages 155—158)

«Les stations de malades de plus de 32 lits sont inappropriées parce qu'elles nécessitent une plus grande hauteur, sont donc plus chères à construire et plus difficiles à aérer» écrivait Florence Nightingale en 1860 aux autorités de Londres. Ainsi se constitua la salle de malades haute de 4,5 m, badigeonnée aux murs, avec 12—16 lits de chaque côté. Les annexes étaient plus que modestes: chambre de l'infirmière de service, cuisine, WC et toilettes aux extrémités de la salle. Ces 30 malades pouvaient être soignés par une infirmière de station et deux infirmières adjointes. Le rapport malade-personnel était donc de 70:1 à 10:1, alors qu'aujourd'hui il est de 2:1 à 1:3. Cette unité de 28 à 32 malades a fait le tour du monde et est encore appliquée depuis près de 100 ans parce que le nombre de 32 malades représente probablement la limite supérieure des possibilités de contact humain d'une infirmière. A partir de ce moment, l'évolution de l'unité des soins pourrait s'intituler «De la salle annexe à la salle principale», car au début on n'avait que 2 à 4 annexes, chiffre qui a passé à 10 à 12 pour le même nombre de malades. C'est le groupe des pièces de service qui imprime son cachet à l'unité de soins. La technique, la possibilité de réaliser l'impossible, l'immense agrandissement des domaines scientifiques ont même atteint le petit hôpital.

La situation actuelle: d'une part, les hôpitaux sont littéralement pris d'assaut; l'envie d'être hospitalisés marche parallèlement avec l'augmentation du standard de vie et celle de la sensibilité humaine. D'autre part, les hôpitaux ont toujours plus de peine à recruter le personnel nécessaire. Si les architectes s'occupent de ces problèmes, la forme et l'organisation de l'hôpital sont comprimées des deux manières suivantes: 1° dans le plan, les chemins étant raccourcis par la transformation de l'unité simple orientée au sud en une unité double à pièces de service au milieu et à deux corridors. L'orientation est tournée de 90°, ce qui donne un éclairage de l'est et de l'ouest pour les chambres de malades et artificiel dans les annexes. Cette solution est économique. L'éclairage de l'est et de l'ouest est bon si la profondeur ne dépasse pas celle de deux lits et meilleure que pour une pure orientation au sud. 2° en hauteur: il est tentant de reporter cette concentration du plan dans le sens vertical, et pourquoi l'épidémie des bâtiments élevés s'arrêterait-elle devant les hôpitaux? Ceci nous ramène au sens primordial de l'unité de soins: si l'unité est le point de départ et la mesure de l'hôpital, l'homme l'est aussi pour l'unité.

Vues sur l'avenir: si nous sommes d'avis que l'homme et donc les mesures humaines sont à la base de nos efforts ultérieurs, nous devons savoir ce que cela implique. Nous voulons renoncer aux grandes salles; nous ne voulons pas être les victimes d'un établissement technique surdimensionné, ne pas être livrés à l'amasement. Nous cherchons le contraire, la division en petits groupes, la sphère privée pouvant être rattachée à la grande communauté; nous cherchons le contact avec l'infirmière et n'aimons pas qu'il soit dérangé par le déroulement technique de la «journée d'hôpital»; chez l'infirmière, nous cherchons surtout la constance de son activité soignante, nous voudrions avoir toujours la même infirmière ou le même groupe d'infirmières. L'évolution anglaise est particulièrement intéressante. Bien que le Xe Congrès International de l'Hôpital ait prononcé la sentence de mort des grandes salles en 1957 à Lisbonne, les Anglais construisent en hauteur et en plan. L'expérience anglaise n'est pas terminée. Il reste beaucoup à faire; on y travaille en maints endroits, et les solutions futures porteront toutes le sceau des conditions régionales. Les solutions les plus précieuses seront certes celles qui auront réussi à asservir le progrès technique, sans s'y assujettir.

Hôpital pour enfants à Aarau (pages 159—161)

Cette section fait partie de l'hôpital cantonal général et partage ses services techniques. La tâche et l'exploitation d'un hôpital pour enfants sont souvent plus complexes que celles d'une autre section de malades, parce qu'il y a là des enfants des deux sexes, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de 15 à 16 ans, aux maladies les plus diverses, qu'il faut «caser» ensemble mais selon leurs exigences respectives, et protéger de toute contagion. La section longue de 55 m, orientée au sud, comprend trois parties. A l'entresol à entrée séparée se trouvent 19 chambres pour 35 patients à maladies contagieuses. Au second on a 19 chambres avec 50 lits pour les nourrissons et naissances précoces, au premier 16 chambres avec 46 lits pour les enfants de 1 à 16 ans. En réunissant les surfaces de murs et les parties vitrées, on a essayé d'introduire un peu de système dans la présentation de la façade et d'accroître l'effet d'horizontalité par l'apparition des étages à l'extérieur.

Centre médical à San Bernardino, Californie (pages 162—165)

Un groupe de spécialistes s'est réuni sous un toit: la réception, l'administration et la pharmacie est commune pour tous les clients; les médecins et leur personnel ont des salles de séjour et une bibliothèque commune, ainsi qu'une entrée séparée. Bref, un genre de polyclinique privée qui simplifie le traitement par un ou plusieurs spécialistes, ainsi que tout le service administratif et de cartographie des médecins. Le séjour agréable dans ces halls et corridors ouverts offrant une très belle vue sur la verdure environnante contraste étrangement avec la tristesse des salles d'attente de nos dentistes et autres spécialistes, et qui fait souvent remettre à plus tard une consultation déjà indispensable.

Sanatorium Valbella, Davos (pages 166—168)

Il s'agissait de transformer et de rationaliser l'exploitation de cet établissement datant des années 1890. La solution est un exemple remarquable d'adaptation d'une construction moderne dans un site alpin. Le toit plat, qui a fait de bonnes preuves dans ce climat, a un aspect absolument naturel et la façade sud semble avoir été dessinée pour mieux faire ressortir la beauté du paysage. Les salles générales (administration, salle de conférences, thérapie, salles à manger et de séjour) sont au rez-de-chaussée et au premier étage, laissant ainsi tout le reste aux malades et aux annexes nécessaires. Les infirmières et le personnel parentaire logés dans une aile existante. La section des enfants et des femmes put être transférée dans l'aile est. La salle à manger se trouva ainsi au même étage que la nouvelle cuisine. Les balcons furent remplacés par une construction en acier à sols en dalles légères de Durisol. La nouvelle solution des balcons à cadre de béton et le retrait des étages inférieurs ont permis de rendre extérieurement visibles tant l'organisation que la division intérieure du sanatorium.

Centre de conseils de l'Unicef pour les soins des femmes et enfants à Zagreb, Yougoslavie (page 169)

Ce long bâtiment de deux étages qui relie deux rues remplit sa tâche de manière désinvolte et avec des moyens très simples. L'entrée principale, celle de la section des enfants, donne sur la rue du sud; au nord, on accède à la section des femmes. Le mur de la limite est ne pouvant comporter de fenêtres, les salles d'attente sont munies de jours d'en haut. Au-dessus de chaque salle d'auscultation se trouve la partie correspondante de traitement.

Hôpital pour patients séniles Strathearn, Fife, Ecosse (pages 170—172)

Ce bâtiment fait partie d'un grand asile de fous; il fut prévu pour 102 patients séniles et réparti en deux unités pour femmes et deux autres pour hommes; chaque unité comprend une salle pour 6 fois 4 patients et une salle de séjour pour la thérapie de travail et de jeu. A côté du groupe de salles sanitaires se trouve une salle de déchets à propre sortie, d'où l'on peut faire prendre les ordures et le linge sale. Deux groupes de salles disposent d'une station et de trois chambres pour patients devant être isolés. Les salles communes aux quatre unités se trouvent au centre du groupe de bâtiments et entourent la haute et vaste salle à manger pouvant aussi servir de salle de fêtes et de réunions.

Clinique orthopédique pour enfants à South Bend, Indiana, USA (pages 173—175)

L'Etat d'Indiana a fait construire cette clinique orthopédique d'une part pour 100 enfants devant être alités, et d'autre part comme polyclinique pour les cas nécessitant un traitement ambulatoire. Les patients peuvent y rester jusqu'à l'âge de 21 ans et suivre les écoles primaire et secondaire dans l'établissement-même. L'ensemble consiste en deux parties; à l'ouest se trouvent l'entrée principale et la station de réception avec 10 lits; les salles de consultation sont groupées autour d'une cour; au sud, on a les salles de traitement et à l'est les deux sections de chambres qui flanquent un jardin limité par une terrasse couverte.

Discussion sur le lit de malade (page 176)

Le plus important meuble de la chambre de malade est le lit. L'utilité et le confort de la chambre dépendent de l'opportunité et de l'aspect du lit. La discussion entre un architecte (A), une infirmière en-chef (I) et un fabricant de meubles (F) éclaire la problématique de la conception de ce meuble.

F: Les lits en métal sont utilisés depuis longtemps dans les hôpitaux; ils figurent déjà dans des catalogues de 1896.

I: On emploie probablement des lits en métal pour des raisons d'hygiène; ils sont plus faciles à nettoyer et à désinfecter.

A: On m'a dit qu'on recommençait à utiliser des lits en bois aux Etats-Unis afin de rendre la chambre de malade plus confortable.

F: Cela est juste, mais il faut dire que les Américains vont moins loin dans l'installation mécanique du lit normal de malades. Nous avons des lits dont la partie de tête et dont tout le sommier métallique peuvent être inclinés, ce qui facilite le travail et rend certaines opérations possibles. La mécanique est actionnée par des vis ou des vérins.

A: Oui, le lit devient très mécanique, il devient presque une machine, et vu de côté, ses tringles et autres accessoires lui confèrent un aspect peu sympathique, qui rappelle assez la table d'opération.

F: Certes, et vous passez encore un mécanisme important: ce sont les roues qui doivent être rétractables quand le lit doit rester en place. Et pour augmenter la maniabilité du lit, il a fallu réduire l'emplacement; les roues ont donc été déplacées vers le milieu.

A: Et par cela, le lit a un aspect moins stable.

I: Ce qui caractérise surtout le lit d'hôpital, c'est sa hauteur.

A: Le personnel soignant désire que le lit soit haut, le patient le voudrait bas, afin de pouvoir se lever sans devoir solliciter l'aide du personnel.

I: Les patients ont en effet souvent peur de se lever seuls. Pour leur faciliter cela, on employait des escabeaux, qui sont dangereux parce qu'ils peuvent glisser et provoquer des accidents.

A: Devant un lit si haut, le visiteur se sent mal à l'aise; il n'y a qu'à observer combien d'entre eux restent debout ou essaient de s'asseoir sur le lit.

I: Du point de vue du personnel soignant, la position élevée du patient est absolument indispensable, sinon les infirmières doivent sans cesse se pencher pendant leur travail, ce qui à la longue occasionnerait des lésions de la colonne vertébrale.

F: Nous essayons depuis longtemps de faire un lit à hauteur réglable, ce qui augmenterait encore la mécanisation du lit et accentuerait son aspect d'appareil.

A: Toutefois, le lit aurait un air plus confortable dans sa position inférieure. N'oublions pas que, la hauteur des chambres étant sans cesse réduite, le malade se sentirait mieux dans un lit plus bas.

I: Mais la hauteur du lit devrait se régler sans effort parce que le personnel doit remonter le lit plusieurs fois par jour pour le faire, soigner et traiter le malade.

A: Le fabricant a donc pour tâche de mécaniser encore plus le lit tout en lui trouvant une forme plus simple et plus confortable.

F: Tâche ingrate puisque le tout devrait se faire à un prix raisonnable. Et le débouché pour de tels lits en Suisse n'est pas assez grand.

A: Il serait donc temps de s'occuper de ce problème sur un niveau international du moins européen.