



A - La Région du Nord

- rappel de géographie humaine et économique
son équipement hospitalier

B - Le Centre Hospitalier Régional

- circonscription et courants sanitaires
- fonctions imparties
- dispersion actuelle des éléments constitutifs
- raisons du regroupement en une Cité Hospitalière
- avantages et inconvénients de son siège subrubain
- aménagement des voies d'accès

C - LA Cité Hospitalière

Eléments constitutifs :

- 1) Hopital Calmette (pneumo-phthisiologie)
- 2) Le Centre anticancéreux et l'Institut de recherches contre le cancer

3) l'H opital Universitaire

a) schéma d'un service

- secteur des Consultations
- secteur d'Hospitalisation
- secteur d'Enseignement

b) Répartition des services

Les services de chirurgie
les blocs opératoires
le Centre de traumatologie
ses services de médecine
groupement des services en "familles"
flexibilité de l'hospitalisation

c) Equipement technique

Service central de radiologie
laboratoires et "confort biologique"

d) Services généraux

circulations - centrale thermique

e) Personnel soignant

Communauté Religieuse
Ecole d'Infirmières, sage-femmes et Assis-
tantes sociales

D - La Faculté de Médecine

La vie de l'Etudiant à la Cité Hospitalière

- E - Problèmes financiers : Collectivités intéressées - Commission de la Cité
Comité de travail
plan de financement - délais de réalisation -
problèmes de fonctionnement - prix de journée

F - Conclusions

- : Hopital des Collectivités
Symbiose de la clinique, du laboratoire et de l'En-
seignement . Technique et Culture
Médecine Industrielle et médecine humaine

LA CITE HOSPITALIERE DE LILLE
Centre Hospitalier Universitaire
de la Région du NORD

La capitale des Flandres occupe une situation apparemment paradoxale en lisière d'une frontière, qui n'est marquée ni par un fleuve ni par une chaîne montagneuse. Elle doit d'être devenue le Centre de la plus grosse agglomération industrielle de France, après Paris, à la découverte du bassin minier, qui décrit à travers le Nord et le Pas de Calais un arc de cercle régulier, qui se poursuit en Wallonie.

C'est la proximité du charbon, seule source d'énergie à la fin du XIX^e siècle, qui a engendré le développement prodigieux des industries textile et métallurgique, au sein de cette plaine flamande. Corsetée dans les remparts de Vauban, Lille avait un territoire trop exigü pour répondre à pareil essor. Ceci explique la croissance brutale, à ses côtés, des villes champignons de Roubaix et Tourcoing, soeurs siamoises connues comme capitales de la laine, mais qui ne figurent pas du fait de leur proximité du chef-lieu départemental sur la liste des sous-préfectures, ni même de chefs-lieu d'arrondissement, malgré leurs populations respectives de 102 000 et 78 000 habitants. Il ne faut pas plus s'étonner que le guide Michelin, qui signale des hameaux de 500 habitants, ignore la quinzaine de villes de 8 à 28 000 habitants (Loos, Haubourdin, Lambertsart, Lomme, la Madeleine, Hellemmes, Ronchin, Marcq, Croix, Wasquehal, Mouveaux, Lannoy, Wattrelos, Halluin) qui constituent comme des pétales en corolles autour de chacune de ces 3 villes, dont elles doublent la population.

Peu importants les annuaires et les cadres administratifs : depuis plus d'un demi-siècle, s'est constituée une entité bien vivante. Sa limite au Sud et à l'Ouest est tracée en noir par le bassin minier, On ne sait pas assez que 1 200 000 habitants occupent cette agglomération quasi-continue de 100 Kms de longueur, avec Lens et Douai au milieu et Béthune et Valenciennes aux cornes extrêmes du croissant. Au centre se trouve l'arrondissement industriel avec ses 850 000 habitants, qui ne procurent pas une main-d'oeuvre suffisante au millier d'usines. Chaque jour viennent par d'innombrables autobus et par de multiples trains des dizaines de milliers de jeunes ouvrières dont les familles habitent le bassin minier, cependant que franchissent la frontière (celle-la à peine dessinée à la craie) d'aussi nombreux ouvriers belges. Ces frontaliers viennent en cars ou à vélo, de l'autre moitié belge, mais pour le travail de la

même obédience que la moitié française de ce cercle de 50 kilomètres de rayon dont Lille est le centre géométrique et économique.

Le passé de la plaine flamande, restée par ailleurs agricole explique que ses habitants puissent se nourrir avec le concours des régions limitrophes de l'Avesnois, de la Thierache, du Cambrasis, de l'Artois et du Boulonnais.

Ses habitants nourris par son sol, ses usines actionnées par sa houille et par les centrales thermiques que celle-ci alimente, la région doit évidemment importer les matières premières que ses industries transforment en produits finis. L'activité de Boulogne et de Calais, ports de pêche et de passage, n'est pas totalement orientée vers cette fonction qui est par contre l'unique raison d'être de Dunkerque, bien relié par fer et par canaux à l'industrie de Lille, Roubaix, Tourcoing dont elle est le port naturel.

Le Nord et le Pas de Calais sont donc indissolublement unis. Si leur frontière virtuelle était érigée en mur administratif, les exigences économiques, vitales et brutales, suffiraient à faire tomber une ligne tracée avant la découverte du bassin minier et le développement des industries dont il permet le fonctionnement.

Ce rappel de géographie économique et humaine était indispensable pour apprécier la place occupée naturellement par Lille en matière sanitaire et d'enseignement médical.

En France, la plupart des Centres Hospitaliers Régionaux sont des villes de 60 à 200 000 habitants, au milieu d'une circonscription de 100 à 150 Kms de rayon qui ne contient que peu de villes de 10 à 20 000 habitants possédant un hôpital élémentaire. Les fonctions de Centre Régional sont définies sans ambiguïté.

Quand il existe un creux entre plusieurs circonscriptions régionales, il est habituellement comblé par un cercle de 40 à 60 Kms de rayon, dont le centre est un chef lieu départemental d'une trentaine de mille d'habitants. Son hôpital a atteint de ce fait une importance qu'on a proposé récemment de consacrer par le titre de Centre Hospitalier, auquel il conviendrait d'ajouter le qualificatif de complémentaire. Car il s'agit plus d'un grand hôpital de 3 à 700 lits que d'un centre hospitalier complet, capable de se suffire à lui-même. Certes, en plus des services de médecine et chirurgie générale, de maternité, de contagieux et de radiologie qui caractérisent l'hôpital primaire, il y a souvent possibilité et nécessité d'individualiser des services de pneumologie, de pédiatrie médicale et chirurgicale, d'ophtalmologie, et otorhinolaryngologie et parfois de gynécologie (bien que les services de chirurgie et de maternité n'en rendent pas souvent la nécessité évidente)

Mais ce chef-lieu de 30 000 habitants et sa circonscription sont incapables de fournir un recrutement suffisant à la viabilité d'un service ou d'un cabinet spécialisé d'urologie, de dermatologie, de neuro-psychiatrie, de cardiologie et plus encore à celle d'un service de chirurgie nettement spécialisée. Ces services ne peuvent exister qu'au centre

hospitalier régional, où leur individualisation est d'ailleurs indispensable à la fonction d'enseignement de ces hopitaux des villes, siège d'une Ecole de Médecine ou d'une Faculté.

Comment s'est développé l'équipement hospitalier de la région Nord - Pas de Calais ?

Essentiellement en fonction des besoins de villes neuves et industrielles, qui ont créé spontanément des hopitaux nombreux et importants, totalisant 9 000 lits, auxquels il faut ajouter les quelques 2 000 lits des hopitaux et cliniques privées, non compris plus de 11 000 lits d'Hospices.

Il existe des hopitaux du 1^o degré dans 21 villes du Nord et 11 du Pas de Calais (confer carte ci-jointe) dont la population est comprise pour la plupart entre 6 et 15 000 habitants. Quelques unes comptent plus de 20 000 habitants, mais leur situation contiguë, ou limitrophe à une grande ville ne leur fournit pas une circonscription capable d'individualiser un grand hopital.

D'autre part, il existe neuf villes qui ont une population de l'importance des préfectures de départements moyennement peuplés (Boulogne, Calais, Dunkerque, Béthune, Lens, Arras, Douai, Cambrai, Valenciennes) cependant que Roubaix et Tourcoing se rangent parmi les vingt cinq plus grandes villes de France.

Trop proches les unes des autres et du Centre Hospitalier Régional pour avoir besoin et pouvoir constituer de véritables centres hospitaliers, elles ont édifié de grands hopitaux - de 3 à 700 lits qui répondent largement aux besoins de leurs circonscriptions, par leurs services de médecine et chirurgie générale, de phthisiologie, de contagieux, d'O. R. L. d'ophtalmologie, de radiologie et de maternité.

Leur proximité limite la surface de leur circonscription et explique que les spécialistes se soient groupés à Lille, ville de moins de 200 000 habitants, qui ne justifierait pas l'installation de plus de 300 médecins si plus de 200 n'étaient consultants ou spécialistes, dont la quasi-totalité des cardiologues, cancérologues, gastro-entérologues, neuro-psychiâtres, dermato-vénérologues, et chirurgiens très spécialisés de la région.

Lille est en effet accessible aux consultants en moins d'une heure par les innombrables trains et autobus qui rallient plusieurs fois par jour le centre économique de la région. La seule exception concerne la côte et l'arrière-pays boulonnais, distants de plus de 100 Kms et aux relations ferroviaires moins satisfaisantes, qui justifieraient que ce grand port dispose, quand il sera reconstruit, d'un Centre Hospitalier complet.

Mais semblable tentative dans les 10 autres villes n'aboutirait qu'à la création artificielle de services trop différenciés et peu viables. Elle suffirait cependant à compromettre le recrutement des cliniques authentiquement spécialisées du Centre Hospitalier Régional et à en compromettre la mission capitale de former les futurs médecins de la région.

Centre Régional économique, Lille est d'autre part le seul centre universitaire dont les 5 000 étudiants fréquentent les 4 facultés, d'importance à peu près égales. La formation d'environ 700 étudiants en médecine, 300 en pharmacie, 300 en chirurgie dentaire, sans compter plus de 250 élèves sage-femmes, infirmières et assistantes sociales exige un centre hospitalier régional à la taille d'une région de 3 millions d'habitants.

Administrativement, les circonscriptions régionales des Ministères de la Santé, du Travail, de l'Education Nationale rattachent en plus à Lille les départements de la Somme et de L'Aisnes

Il est cependant admis sans discussion qu'Amiens - siège d'une Ecole de Médecine préparatoire - ait un Centre Hospitalier Régional secondaire qui répond aux besoins de 500 000 habitants de la Somme

Dans l'Aisne, également département agricole d'un demi million d'habitants, on ne saurait faire jouer le même rôle à LAON, préfecture traditionnelle mais mal située et peu fréquentée. Les arrondissements de Soissons et Château-Thierry sont mieux reliés à Paris, celui de Verwin Hirson à Lille, cependant que St Quentin, grosse ville industrielle de 50 000 habitants paraît assez importante avec la Thierache périphérique pour être promue au rang de Centre Hospitalier du 2° degré.

Les pointages faits durant ces dernières années dans les hôpitaux de Lille attestent la réalité de ces courants sanitaires.

Sur la totalité des malades hospitalisés annuellement :

- { 35 % sont originaires de Lille
- { 40 % sont originaires du restant du département du Nord
- { 20 % sont originaires du Pas de Calais
- { 5 % sont originaires des autres départements.

Une aussi forte majorité de malades non lillois suffit à démontrer le caractère régional de ce centre hospitalier. Ses cliniques spécialisées occupent 3 fois plus de lits que les services généraux dont le recrutement est au contraire essentiellement assuré par la Ville et sa circonscription de rattachement en matière d'assistance médicale.

L'ORGANISATION HOSPITALIERE ACTUELLE

Ce rôle de Centre Régional, les hopitaux de Lille n'ont pu l'assurer que grâce :

a) à un corps médical enseignant, dont les 14 professeurs de cliniques sont assistés d'un nombre à peu près égal d'agrégés et sont entourés d'une trentaine d'assistants et chefs de clinique, d'une trentaine d'internes et d'une centaine d'externes.

b) au concours de la gamme complète des laboratoires de la Faculté, sous la direction d'une quinzaine de titulaires de chaires, assistés d'agrégés et aidés d'une centaine de préparateurs.

c) à l'équipement technique des services, plus satisfaisants que les locaux, dont la vétusté n'avait d'égal que la multiplicité (confer plan urbain)

1 - L'Hopital St Sauveur a certes été remanié maintes fois, mais il est plus décent de n'en reproduire que la cour intérieure, classée monument historique. Il a cependant toujours été animé d'une activité qui contraste avec l'âge de cette demeure millénaire dont les 550 lits, concentrés en une surface qui défie toutes les règles de l'hygiène, desservent neuf services (Médecine et chirurgie adulte, pédiatrie médicale et chirurgicale, contagieux enfants, dermato-vénérologie, urologie, gastro-entérologie, ophtalmologie). Le Centre anticancéreux y a été adjoind dans des bâtiments provisoires qui durent depuis 1928.

2 - Diamétralement opposé quant au quartier et au volume très second Empire de ses salles de 30 mètres sur 9 mètres et de 5 mètres de hauteur, l'Hopital de la Charité est un beau bâtiment dont les 574 lits se répartissent en 208 lits de médecine, 164 lits de chirurgie, 67 lits de maternité, 30 lits de cardiologie, 50 d'O.R.L. et un pavillon, plus récent, pour 52 contagieux adultes.

3 - L'Hopital Calmette (450 lits), centre moderne de pneumo-phthisiologie, est le premier élément, réalisé en 1936, de la Cité Hospitalière. On trouvera sa description page

4 - A un autre point cardinal et sur le territoire de Lambersart l'Etablissement de la Roseraie (114 lits) que la Mutualité avait édifié en 1935 à usage de clinique et qui est affecté depuis la guerre à la Maison Maternelle et à sa Maternité.

5 - Egalement suburbain l'Hopital de St André, édifié en 1906 pour recevoir des convalescents. Il a permis ces dernières années la réalisation d'une clinique neuro-psychiatrique (200 lits) et d'un service de neuro-chirurgie (60 lits) en plein essor.

6 - Des multiples Hospices (Général, Ganthois, Comtesse, Stappaert des Bleuets) il n'y a pas (et il vaut peut être mieux) à en parler ici, sauf pour signaler qu'il a fallu utiliser toutes les salles qui n'étaient pas indispensables aux 800 vieillards pour permettre l'installation - de fortune - des sections infantiles et radiothérapique de la Clinique Dermatologique et du service formé de vénéréologie, à l'Hospice Général et d'une cinquantaine de lits pour cancéreux à l'Hospice Ganthois.

Il suffira d'ajouter à ces 10 Etablissements, le siège central de l'Administration pour apprécier le puzzle que constituent les éléments du Centre Hospitalier Régional. Certes les Services de Médecine et chirurgie générales sont proches de leurs quartiers de recrutement. Mais la répartition des services spécialisés dans 6 hopitaux aussi équidistant que possible annulait ce léger avantage et interdisait pratiquement les liaisons. Il en résultait une dispersion de personnel médical et des étudiants, aggravée par le siège central de la Faculté, lointaine de tous les hopitaux et pas tellement proche de la Centrale biologique qu'est l'Institut Pasteur, de l'Institut médico-légal qui abritait aussi - faute d'autre solution - l'Ecole dentaire, ni des Maisons des Etudiants et des Etudiantes et de l'Ecole des Infirmières.

Nous n'avons pas à insister sur la dispersion aussi accentuée des dispensaires (Bureau de Bienfaisance, Ligue du Nord d'Hygiène Sociale, Croix Rouge) et des Cliniques (Pavillon Olivier (69 lits) Clinique - Ecole d'Infirmières A. Paré à la Madeleine (50 lits) Clinique de Canteleu (35 lits)

Par ailleurs l'H opital Militaire Régional Scrive (405 lits est central. Seuls les établissements de la Faculté catholique sont assez bien groupés dans le quartier ouest de Lille (Hopital St Antoine (89 lits d'enfants) St Roch (50 lits de contagieux) Asile des 5 Plaies (vieillards) Aile droite de la Charité (206 lits d'adultes) Polyclinique St Philibert (70 lits) Cliniques St Camille (98 lits) et St Raphaël (60 lits) Maternités St Anne (30 lits) et de la Sainte Famille (55 lits) Asile psychiatrique de Lommelet (I 258 lits)

Cet éparpillement qui ressort du plan ci-joint, n'était pas voulu, mais obligatoire dans cette ville corsetée depuis Vauban dans ses remparts, véritable guépière, et qui ne disposait que de minimes alvéoles pour les réalisations dont le besoins se faisait progressivement jour et dont les plus récentes durent être édifiées extra-muros (Hopital St André La Roseraie, Institut Médico-légal , Maison des Etudiants)

C'est l'honneur du Professeur O. LAMBRET , Vice-Président de la Commission Administrative des Hopitaux de Lille d'avoir pénétré tout l'intérêt d'une concentration de cet équipement hôpitalier, et de la nécessité de lui accoler la Faculté de Médecine pour les lier plus intimement encore en vue d'une facile transfusion réciproque d'idées vivifiantes et de possibilités thérapeutiques maxima. Mais son idée n'aurait jamais été qu'un rêve irréalisable sans la participation effective de deux hommes aux idées vastes, au coeur généreux et à l'activité tenace : le Ministre de l'Intérieur Roger Salengro, Député- Maire de Lille et le Recteur Albert Chatelet, l'actuel Doyen de la Sorbonne. L'un sur le plan gouvernemental, l'autre sur le plan universitaire firent adopter le projet LAMBRET. Ces trois réalisateurs ont jeté les bases d'un vaste plan de création et de concentration des éléments d'une grande Cité Hospitalière et Universitaire

Les avantages d'une pareille solution sont évidents :

- liaison automatique entre 20 services hospitaliers, concentrés en un même lieu, avec possibilité de centraliser archives et documents
- Réalisation d'un centre de diagnostic et de traitement absolument complet évitant les transferts de malades entre hopitaux éloignés et permettant à un consultant de recourir en une même matinée à plusieurs disciplines dont pourrait relever son cas
- Réalisation de la symbiose indispensable entre la Clinique et le Laboratoire
- Unité de l'Enseignement médical dont les 3 modalités cliniques, biologiques et théorique peuvent enfin s'harmoniser.
- Unité de lieu de travail pour les enseignants, les techniciens et les étudiants.
- Economie dans les dépenses de fonctionnement, notamment du fait de

d'une installation centrale de distribution de vapeur et d'énergie, et de recourir à une station d'épuration unique.

Après de longues études et discussions sur le choix de l'emplacement, il fut décidé d'édifier la Cité Hospitalière sur un vaste terrain de 50 hectares, au sud-ouest de Lille, entre les portes de Béthune et d'Arras.

Il n'est pas inutile de rappeler - les inconvenients - à priori de toute solution concentrationnaire - pour tâcher de les supprimer ou d'en atténuer la portée. Ils ont été judicieusement formulés par le Docteur BRIDGMAN ⁽¹⁾, sur un plan général, indépendant de toute considération lilloise.

- en cas de conflit armé ou de grand sinistre, pareille concentration peut présenter de grands dangers, Cette dernière crainte ne peut être délibérément écartée, mais il est permis de penser qu'une ville sanitaire, comme celle qui se construit, à quelques chances d'être respectée, d'autant que les bombardements de 1940 et 1944 ont confirmé qu'elle n'était pas placée dans l'aréo-bombing des objectifs militaires et industriels.

- La concentration des hopitaux de la Faculté et des services généraux exige un terrain trop vaste pour être central. Une situation suburbaine désavantage les quartiers les plus éloignés du siège de la Cité et peut obliger à des déplacements excessifs pour les malades, les consultants, les visiteurs et le personnel.

Remarquons d'abord que la plus mauvaise solution est un compromis entre la persistance d'une partie des hopitaux urbains et une concentration suburbaine également partielle, ainsi que le démontre toute enquête dans les villes où fut tentée cette opération amphibie.

En raison de l'évolution hospitalière de ces quinze dernières années; il apparaît de plus en plus nettement que l'emplacement choisi était de beaucoup le meilleur et que la solution des inconvenients précités réside dans le perfectionnement des voies et moyens d'accès

D'aucuns avaient proposé de l'édifier à MARCQ, dont le Croisé Laroche est à l'union des 3 branches de l'Y des boulevards autostrades, réunissant Lille - Roubaix - Tourcoing, dont ils auraient drainé tous les hospitalisés sur cette Cité.

Sur le papier, pareille solution était défendable mais elle eut conduit à la suppression des hopitaux de Roubaix (700 lits) et de Tourcoing (500 lits) beaucoup moins vétustes que ceux de Lille. Elle eut imposé aux malades et consultants des 3 villes et à leurs visiteurs, des déplacements beaucoup plus importants que ceux qu'ils effectuent actuellement dans chacune des 3 villes ou qui seraient nécessaires au Lillois pour accéder à la Cité. Mais surtout la Cité aurait joué plus le rôle d'hôpital d'arrondissement à énorme prédominance des services non spécialisés que de centre hospitalier régional, du fait d'un siège excentré par rapport au point de ralliement lillois de tous les trains et autobus de la région

Il est tout mis en oeuvre pour rendre dès fin 1950 la Cité facilement accessible.

(1) Technique Hospitalière 1947 N° 23 P. 22

a) à tous les habitants de Lille par la prolongation des lignes des trams B et D assurant une liaison avec tous les quartiers de la ville aussi rapide que celle de Grange Blanche à Lyon, de Purpans, à Toulouse, de l'Hopital Cantonal à Lausanne.

b) à tous les consultants du Nord et du Pas de Calais arrivant à Lille par cars ou voie ferrée

pour les premiers, un autobus ou un trolleybus n'aura à parcourir que 3 Kms d'artères rectilignes pour relier la gare routière à la Cité

pour les seconds, la S.N.C.F. établit une liaison rapide et fréquente par autorail allant de la Gare à la Cité, située dans une boucle de la voie ferrée Lille - Béthune

c) la situation de la Cité dans l'angle de 2 routes Nationales permet un accès facile à toutes les ambulances venant de la direction de Béthune (35 Kms) par la Nationale 41, cependant que la viabilisation d'une transversale de 1 km relie la Cité à la Nationale Lille- Paris, qu'empruntent les véhicules venant de la partie médiane du bassin minier (Carvin 15 Kms - Lens 27 Kms) et de sa corne Est (Douai 29 Kms - Valenciennes 46 Kms)

d) Enfin, le caractère absolument plan et dégagé d'une centaine d'hectares autour de la Cité permet de réserver un terrain d'atterrissage si l'aviation sanitaire était appelée à se développer

Ainsi rendue facilement accessible aux habitants de l'agglomération lilloise, et aux malades et consultants du Nord et du Pas de Calais, le Centre Hospitalier Régional bénéficiera des avantages énormes d'une concentration absolue de tous les moyens d'hospitalisation et d'enseignement et profite d'une situation assez proche de la ville pour ne pas avoir les inconvénients des hopitaux excentrés et d'un siège dans une zone dépourvue de toutes les cheminées des centaines d'usines d'une agglomération industrielle.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

COMPOSITION de la CITE

Tous orientés vers le Midi, sont disposés :

- au centre : la masse géante de l'Hopital-Universitaire (1 700 lits) et de la Faculté
- en avant : l'Hopital Calmette (450 lits) de pneumo-phthiologie
- en arrière : le Centre anticancéreux (300 lits) et l'Institut de Recherches contre le cancer
- en arrière et à l'Est : l'Usine centrale thermique (commune à cet ensemble)

Il reste assez d'espace pour aménager de vastes parcs et édifier ultérieurement :

- a) un Pavillon de Contagieux
- b) éventuellement une Maternité, de vastes Hospices et même l'Hopital Militaire si le souhaitait le Ministère de la Guerre

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Q³/₁

ARCHIVES
3M1/20/4
D. M. L.

L'HOPITAL UNIVERSITAIRE

C'est un anneau géant formé en avant de 2 étoiles, à 5 branches à huit étages d'hospitalisation, dont le bloc Est est surmonté par les 3 étages de la Communauté Religieuse, cependant que l'Ecole d'Infirmière hospitalières coiffe de semblable façon le bloc Ouest. Ces deux hopitaux sont réunis par le bloc opératoire des 3 étages chirurgicaux et les laboratoires centraux sous-jacents.

En arrière, les services se prolongent par leurs consultations superposées en un bloc, contigu à celui des amphithéâtres d'Enseignement qui servent de pont d'union avec les laboratoires de la Faculté, qui ferme en arrière cet anneau.

Il a été construit par l'architecte Jean WALTER, qui a déjà réalisé l'Hopital Baujon et la Faculté de Médecine de Paris, dont les conceptions larges et hardies ont pu se manifester de façon particulièrement heureuse dans cette union d'un Centre Hospitalier Universitaire.

CONSTITUTION SCHEMATIQUE D'UN SERVICE

Chaque service comporte 3 sections convergentes qui répondent à la triple fonction d'un hopital régional universitaire :

- a) diagnostic dont tous les moyens sont centralisés dans le secteur des consultations
- b) traitement des consultants, mais surtout des cas importants dans le secteur d'hospitalisation
- c) enseignement (formation des futurs médecins et auxiliaires médicaux)

I - Secteur des Consultations

Dans les hopitaux construits en verticalité, il était d'usage de réunir les consultations au rez de chaussée d'un bâtiment en avancée sur le bloc hospitalier (c'est la formule qui fut réalisée initialement au Nouveau Baujon) Mais elle rompt l'unité d'un service et multiplie les examens de certains malades qui, vus à la consultation dite de porte, sont ensuite dirigés sur le service pour subir des examens complémentaires, ou pour être l'objet d'une discussion profitable à tous les élèves de la clinique. De nombreux chefs de Service préfèrent la disposition pavillonnaire, où la consultation profite de tous les moyens de diagnostic du service d'hospitalisation. La solution lilloise permet d'obtenir le même résultat dans un hopital en verticalité.

La Consultation est placée au même étage que chaque service d'hospitalisation, mais elles sont toutes superposées en un bloc, permettant de créer dans l'hopital un circuit spécial pour les malades externes.

Ceux-ci pénètrent dans les vastes hall du rez de chaussée où ils accomplissent rapidement les formalités administratives. Renseignés sur l'étage où ils doivent se rendre, ils sont dirigés sur un groupe de 3 ascenseurs qui assurent leur transport rapide.

Chaque consultation a été agencée suivant les directives des Chefs de Service en fonction des exigences de la discipline intéressée.

La fig. N° schématise la disposition adoptée par exemple dans le service de Dermato-Vénérologie, fréquenté chaque jour par plus d'une cinquantaine de consultants.

Le malade est immédiatement pris en charge par le Secrétariat qui établit le dossier d'une 1ère consultation, ou sort des archives celui d'un habitué. Pour permettre une cadence rapide, diminuant l'attente des malades, il existe deux secteurs parallèles, masculin et féminin.

De la salle d'attente, le consultant est appelé par un numéro lumineux correspondant à celui du jeton remis à son entrée. L'infirmière procède à l'interrogatoire dont elle consigne les données essentielles sur le dossier du malade, qui suivra l'un des 3 circuits suivants :

- 1) Les consultants venant pour la poursuite d'un traitement utilisent les deshabilleurs de gauche et reçoivent leurs injections ou pansements dans la salle de soins où travaille un externe ou une infirmière
- 2) Ceux dont le diagnostic est à faire pénètrent dans les deshabilleurs de droite, d'où ils accèdent aux cabinets d'examens, où travaillent le chef de clinique, ou l'assistant chargé des consultations, qui délivrent immédiatement les prescriptions.
- 3) Si son cas nécessite des examens complémentaires, le malade poursuit son circuit dans les cabinets voisins où sont effectués prélèvements, examen ultra-microscopiques, radiologiques, dont les résultats complètent le dossier soumis au chef de service. Celui-ci examine et discute avec les cadres et stagiaires de son service les cas difficiles ou particulièrement démonstratifs dans un amphithéâtre d'une trentaine de places, où convergent les 2 secteurs masculin et féminin.

Qu'ils aient suivi les circuits thérapeutique, diagnostic ou d'examen complémentaire, les consultants ressortent par un vaste couloir central, déposent les prélèvements, dont l'examen n'a pu être extemporané aux laboratoires placés à l'entrée de la consultation, cependant que la Secrétaire reprend possession de leur dossier, à classer aux Archives

II - Secteur d'Hospitalisation

Les malades descendent d'ambulance sous le porche couvert du sous-rez-de chaussée. Après des formalités administratives réduites, ils passent par les locaux de nettoyage, d'où leurs habits sont placés dans les compartiments d'un vestiaire central. Après examen par l'interne de garde, ils sont dirigés sur le service dont relève leur affection par les sous-sols, d'où des ascenseurs réservés les élèvent à l'étage intéressé. Ils débouchent dans la corbeille centrale de chaque service, plaque tournante conduisant aux 2 groupes de 10 chambres à un lit et aux 4 unités d'hospitalisation.

Celles-ci avaient été initialement prévues sur le mode classique des salles d'hôpital, avec 18 lits placés entre les fenêtres. Les délais d'achèvement de la Cité ont permis de fractionner ces trop grandes salles en chambres de quelques lits, répondant aux exigences de la

de la technique hospitalière actuelle. L'avantage de la solution adoptée est sa souplesse, qui permet de réaliser des salles de 4 lits, en les disposant entre les fenêtres, dans les services chirurgicaux, où il faut des espaces importants de chaque côté du malade. Par contre, leur disposition perpendiculairement aux cloisons de séparation permet de porter à 8 le nombre de lits de chaque salle dont les services à malades moins graves, mais plus nombreux.

La disposition en étoile des unités de soins assure le maximum d'insolation et d'aération, la clareté et la gaieté des locaux d'hospitalisation.

Les locaux d'hygiène (batterie de lavabos - W.C. vide bassins) se trouvent aux deux extrémités des unités de soins, entre lesquelles sont disposées les salles de bains. Sur le pourtour de la corbeille centrale sont également répartis les locaux d'examens médicaux de distribution d'aliments, de médicaments, et de linge dont la centralisation véritablement industrielle, à sens unique en verticalité, reste invisible des malades et assure une réduction importante de la fatigue et du nombre des servants, condition d'une exploitation économique.

Dans cet ordre d'idées, la conjonction à un même étage des services d'hospitalisation et de consultations d'une même spécialité conduit non seulement à l'unité absolue de chaque service, mais aussi à des économies d'équipement (postes de radioscopie, endoscopie, microscopes...)

III - Secteur d'Enseignement

Les grandes salles offraient certainement des facilités pour l'enseignement au lit des malades, à l'occasion des visites du chef de service, entouré de tout un état-major et d'une cohorte de stagiaires souvent trop nombreux pour suivre d'assez près les divers temps de l'examen clinique et de sa discussion. On ne saurait nier que cette méthode ne va pas sans troubler le repos des malades, et sans paralyser l'activité des services (arrêt des soins et de la distribution des aliments.

Le fonctionnement de l'unité de soins en salles beaucoup moins grandes interdit ce mode d'enseignement, mais il est possible à un chef de service de pratiquer l'examen des malades (notamment des entrants et des cas importants) :

- a) soit dans le local prévu à cet effet en périphérie de la corbeille
- b) soit dans le petit amphithéâtre des consultations, en dehors des heures d'examen des malades externes
- c) soit dans les amphithéâtres de la Faculté, réservés le matin à l'enseignement clinique et situés en ponts d'union entre les blocs de consultations et les laboratoires de la Faculté.
- d) soit enfin dans le vaste amphithéâtre des cliniques, qui a été essentiellement conçu pour éviter l'intrusion dans le service des centaines d'étudiants qui troubleraient le calme des hospi-

talisés . Les premiers entrent directement par le hall, dans un grand amphithéâtre de 246 places. Les malades dont les cas sont nécessaires à l'enseignement ne pénétreront pas dans l'amphithéâtre comme dans une arène, mais accèderont par le sous-sol dans une cabine d'auxanoscopie. Leur examen sera projeté, sans qu'ils aperçoivent l'auditoire, à plus de 200 étudiants qui verront et entendront tous les temps de l'examen pratiqué par un chef de clinique.

Ainsi disparaissent ces attentats à la pudeur que constituaient parfois, malgré le tact des enseignants, la présentation des malades à de vastes auditoires.

Les réunions mensuelles des multiples Sociétés Scientifiques (Soc. de Médecine, de chirurgie, de gynécologie et obstétrique, de gastro-entérologie, de dermatosyphiligraphie, de biologie) se tiendront dans ce local parfaitement équipé pour les présentations de malades et de documents.

Cet amphithéâtre fournit enfin le cadre idéal à l'enseignement post-scolaire aux journées d'actualités médicales et aux Congrès qui se tiendront à Lille dont les séances de réception auront lieu dans la salle d'honneur de la Faculté, vaste amphithéâtre de places.

REPARTITION DES SERVICES

Dans un hopital pavillonnaire, elle pose beaucoup moins de difficultés que dans un bloc vertical. Le problème était aggravé du fait que l'hopital universitaire de Lille, primitivement prévu en un vaste bloc homogène qui permettait toutes les interpénétrations de services, avait finalement été réalisé en 2 blocs, pour obtenir l'expositon la meilleure de toutes les salles d'hospitalisation groupées en étoile.

Bien que jumeaux, ces deux hopitaux de onze étages ne possédaient de liaison que par le sous-sol et le rez de chaussée lieux de circulation des hospitalisés et des consultants, et par un bâtiment central destiné à grouper et à doter d'une stérilisation générale les blocs opératoires des 3 étages chirurgicaux de chaque hopital Est et Ouest. Il fallait à tout prix éviter que les étages médicaux sus-jacents ne soient isolés comme sur des pics, ce qui eut annulé tous les avantages d'une solution concentrationnaire et causé aux consultants et au personnel médical des pertes de temps importantes et engendré des dépenses excessives pour les liaisons entre services.

Sur ce plan financier d'autre part, les hopitaux en verticalité se comportent trop souvent comme une simple superposition de pavillons de par la rigidité des services, dont les coefficients d'occupation essentiellement différents aggravent les conditions économiques de fonctionnement.

Le Docteur BRIDGMAN a justement insisté sur la nécessité d'une

"flexibilité" des services d'hospitalisation d'un bloc vertical dont on peut schématiser ainsi les conditions d'exploitation :

les statistiques américaines affirment que dans un établissement siège d'une occupation moyenne de N lits, les variations ne dépassent pas en plus ou en moins la valeur de $3\sqrt{N}$, le coefficient d'occupation étant $\frac{N}{N + 3\sqrt{N}}$. Il s'améliorera avec l'importance de l'hôpital, comme le montrent les 3 exemples suivants :

nombre moyen de lits occupés N	variations à prévoir $+ 3\sqrt{N}$	total de lits nécessaires $N + 3\sqrt{N}$	Coefficient d'occupation $\frac{N}{N + 3\sqrt{N}}$
25	$+ 3\sqrt{25} = 15$	40	0,62
100	$+ 3\sqrt{100} = 30$	130	0,75
625	$+ 3\sqrt{625} = 75$	700	0,89

Mais ce raisonnement n'est valable que si l'hôpital est conçu comme un tout et n'est pas composé de services absolument indépendants.

Dans le dernier exemple choisi, 700 lits suffisaient pour répondre à tous les besoins d'une circonscription qui procurait une moyenne de 625 malades dans un hôpital "flexible". Qu'on y autorise au contraire l'indépendance absolue de :

5 grands services d'une moyenne de 100 malades
 5 petits services d'une moyenne de 25 malades
 cet hôpital à services rigides devra disposer de :

$$5 (100 + 3\sqrt{100}) = 650$$

$$5 (25 + 3\sqrt{25}) = 200$$

850 lits

et son coefficient d'occupation tombera à $\frac{625}{850} = 0,72$

Les études du Docteur Bridgman sur la nécessité de transformer les blocs à superposition de services rigides en établissements à locaux d'hospitalisation essentiellement flexibles ont été à la base d'une répartition des services tenant compte des impératifs économiques précités et plus encore de données physio-pathologiques.

Sur les plans initiaux, la Cité avait prévue pour 14 services : Médecine générale (2) chirurgie générale (2) gastro-entérologie, dermato-vénérologie, neuropsychiâtrie, cancérologie, otorhinolaryngologie, ophtalmologie, cardiologie, urologie, pédiâtrie, chirurgie infantile. Chaque étage d'un bâtiment contenant un service autonome (brochure de 1938 - page 3)

De 1936 à 1949, l'évolution générale et régionale des besoins hospitaliers allait créer des besoins nouveaux et singulièrement accrus

a) Le Service réservé à la cancérologie s'avérait insuffisant du fait du développement considérable de cette lutte, dont les appareils de traitement ne peuvent plus -légalement- être inclus dans les hôpitaux. Il en est résulté le principe de Centres anticancéreux autonomes

On trouvera page la description des plans de celui qui est en voie

d'édification à la Cité Hospitalière de Lille

b) le développement de certaines cliniques comme la dermato-vénérologie (occupation moyenne annuelle de 179 lits) et la neuro-psy-chiâtrie (moyenne de 169 présents) obligeait d'accorder à chacun de ces services un étage complémentaire, dont un seul pouvait être obtenu grâce à la libération de celui affecté initialement à la cancérologie.

c) Il fallait d'autre part installer, à proximité de la clinique neurologique, le service de neuro-chirurgie, à peine créé depuis 1945 et qui occupe déjà plus de 60 lits.

d) Le Ministère de la Santé est formellement opposé à l'extériorisation des hopitaux des centres de traumatologie que la logique et les expériences autonomistes déjà tentées (notamment à Strasbourg) recommandent de placer au sein d'un centre hospitalier complet, pour qu'ils bénéficient des moyens de diagnostic et de traitement les plus hautement spécialisés. Si l'on s'en tenait à une répartition rigide des services, il apparaissait impossible d'individualiser le service pour lequel l'Union Régionale de Caisses de Sécurité Sociale exigeait 140 lits.

e) D'autre part, les vues générales initiales prévoient la construction à la Cité d'une Maternité, voisine de l'Hôpital, pour qu'elle bénéficie de la proximité des services de pédiatrie médicale et chirurgicale pour les affections de nouveaux-nés et des services de médecine et chirurgie adultes pour les maladies de la puerpéralité et les dystocies plus graves. Les difficultés qui furent si péniblement surmontées pour établir le financement du plan d'achèvement de l'Hôpital, ne permettent même pas d'envisager la construction de cette nouvelle Maternité. Il fallait donc intégrer dans le cadre de l'hôpital une clinique obstétricale, réduite aux stricts besoins de l'Enseignement et réservée par priorité aux maldies de la gravidité et aux accouchements dystociques, cependant que l'Etablissement de la Roseraie servirait de Maternité complémentaire.

f) Enfin, les centres hospitaliers divisionnaires doivent individualiser tous les services des spécialités médicales et chirurgicales les plus différenciées. Il apparaissait strictement impossible de créer des services - même d'une trentaine de lits - de chirurgie maxillo-faciale, cardio-vasculaire et gynécologique, de spécialités médicales (rhumatologie, endocrinologie, hématologie) pour lesquels par contre la Commission des Hospices de Lille disposait de médecins et chirurgiens des hopitaux, nommés au concours et par ailleurs agrégés de l'Université, mais non pourvus de services.

En récapitulation, les besoins nouveaux se chiffraient par :

- (150 lits au minimum pour l'excédent de malades des cliniques neurologique et dermatologique
- (70 lits pour le service de neuro-chirurgie
- (140 lits pour le centre de traumatologie
- (70 lits pour la clinique obstétricale
- (180 lits pour l'individualisation des 6 spécialités nouvelles
- (30 chambres pour loger les internes

De ces 640 lits ne pouvaient être défalqués que l'étage de 100 lits libéré par la création d'un centre anticancéreux.

La solution était particulièrement difficile à trouver dans un hôpital construit en 1936 sur la donnée fondamentale qu'un étage était accordé en totalité à une discipline pour y installer ses consultations, son hospitalisation et son enseignement. Les Chefs de Service ont fait preuve de compréhension et ont sacrifié à ces exigences de viabilité de l'ensemble beaucoup de leurs commodités et leur souhait légitime d'avoir leur service dans un cadre autonome.

- les professeurs de cliniques neurologique et dermatologique se sont contentés en guise d'étages complémentaires pour leurs malades psychiâtriques et vénéréologiques des sous-rez-de-chaussées, initialement réservés au personnel servant que les règlements autorisent, comme il le réclamait, depuis longtemps, d'avoir un domicile extra-hospitalier,
- Les Professeurs de Cliniques médicale générale ont accepté que des Agrégés, médecins des hôpitaux, développent dans ~~leurs~~ ~~services~~ à leurs cliniques des services d'hématologie, endocrinologie, et rhumatologie, qui peuvent utiliser les mêmes locaux de consultations à des jours différents.
- De même, des services de chirurgie cardio-vasculaire et gynécologique ont pu être développés au sein des cliniques chirurgicales générales, cependant que celui de chirurgie maxillo-faciales s'intervalait logiquement entre la clinique O. R. L. et le service de traumatologie.
- Les quelques cliniques spécialisées qui disposent à la Cité d'un plus grand nombre de lits qu'à l'Hôpital St Sauveur (dans des services dont l'exiguïté était amplement démontrée par les longs délais d'attente imposés aux malades demandant leur admission) ont accepté d'héberger une fraction de l'Internat si leur nouveau service le permettait.
- Enfin, le service de traumatologie, dont les 140 lits exigés par les régimes de Sécurité Sociale, ne pouvaient être contenus par un étage d'un seul bloc a été placé à cheval sur les 2 hôpitaux, pour disposer d'un grand bloc opératoire. Il est situé au même étage que les services d'O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale dans le bloc ouest et que la clinique chirurgicale infantile et orthopédique, qui n'exigeait pas la totalité d'un étage du bloc Est. Mais l'association traumatologie-orthopédie était particulièrement souhaitable car elle évitait les doublés en matière d'équipement radio-chirurgical et de matériel de réhabilitation : les malades de ces 2 services recourant aux mêmes appareils de mécanothérapie.
- Enfin, l'Union Régionale n'a accepté d'abandonner son projet initial de Centre autonome de traumatologie que sur présentation d'une disposition heureuse des services de chirurgie, au centre desquels était placé le service de traumatologie, dont les blessés pouvaient bénéficier de toutes les ressources d'un Centre Hospitalier disposées logiquement ainsi que va le démontrer la description du circuit d'un accidenté.

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE

5728
DEUILLE

Les brancards sont descendus des ambulances sous le porche couvert du sous rez de chaussée. L'accidenté est admis de plein pied dans le service de chirurgie d'urgence, où il est examiné immédiatement par l'un des 3 chirurgiens qui assurent à tour de rôle une garde permanente (studios résidentiels) dont ne bénéficient pas que les accidentés mais encore toutes les urgences chirurgicales

Une permanence radiologique est également assurée d'autant plus facilement que le service central de radiologie (aux multiples cellules spécialisées dans le diagnostic des lésions osseuses et viscérales) est situé au rez de chaussée, au dessus du service chirurgical d'urgence.

Ce dernier est équipé pour la pratique du deshockage, de la réanimation et des soins aux brûlés. Le Centre de transfusion et la Banque de Sang ont été disposés vis à vis du service chirurgical d'urgence qui en est par définition le client le plus important.

Suivant les cas, réanimé, deshocké, transfusé, de toutes façons paré au point de vue chirurgical, un accidenté grave est hospitalisé dans le service de traumatologie (2° étage) où seront pratiquées les interventions définitives qui concernent essentiellement des lésions des membres.

Mais la contiguité des services de neuro-chirurgie, d'ophtalmologie, de chirurgie maxillo-faciale, cardio-vasculaire, abdomino-pelvienne et urologique suffit à démontrer quels concours sont à la disposition d'un accidenté dont le traumatisme intéresserait non seulement :

- (le crâne mais encore les centres nerveux,
- (la face et les organes des sens,
- (le thorax et le coeur,
- (le bassin mais encore la vessie.

Convalescent, le traumatisé bénéficie de soins aussi complets. Au sous-sol sont disposés les services de Kinesithérapie et au rez de chaussée ceux de physio et d'hydrothérapie. Il a été logiquement aménagé un cabinet pour les expertises dépendant de la Chaire de Médecine Légale, et un Centre de triage hydrominéral, relevant de la chaire d'hydrologie.

Pareille concentration des services chirurgicaux et une différenciation aussi poussée de leurs activités eut été impossible si le bâtiment opératoire central n'avait présenté, de chaque côté et à chaque étage, 2 salles d'opérations aseptiques et une salle pour interventions septiques.

Au même moment, il est possible aux 6 professeurs de cliniques chirurgicales générales et spéciales, à leurs 7 assistants chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux dont 5 sont Agrégés et à 7 chefs de cliniques de procéder simultanément dans les 20 salles d'opérations à des interventions nécessitant un équipement et un outillage aussi

différents que pour :

- (une ablation de tumeur cérébrale
- (une greffe de cornée
- (une trépanation mastoïdienne
- (une resection maxillaire
- (une anastomose à la Blalock
- (une amputation de néoplasme mammaire
- (une hystérectomie
- (une gastrectomie
- (une intervention sur les voies biliaires avec radiologie préopératoire
- (un enclouage d'os fracturé avec radiologie préopératoire
- (une arthrodeuse de la hanche
- (une prostatectomie
- (une césarienne

sans retarder aucunement une ligature ou une amputation sur un accidenté amené au service d'urgence et sans gêner pour autant le fonctionnement courant des salles de travail de la Maternité, ni retarder les interventions septiques et de petite chirurgie par les chefs de clinique

Cette répartition des services chirurgicaux a retenti sur la disposition des cliniques médicales, car plus encore que la symbiose de la clinique et des laboratoires, la collaboration des spécialités médicales et chirurgicales doit être de plus en plus étroite .

Il était indispensable :

- que la clinique neurologique et la neuro-chirurgie soient à des étages contigus ainsi que les services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie , en raison des recours constants aux explorations de fond d'oeil et fréquents aux examens vestibulaires.
- que les services de vénéréologie, d'urologie et de gynécologie soient voisins, de même que ceux de cardiologie, et de chirurgie vasculaire, de gastroentérologie et de chirurgie digestive, de pédiatrie médicale et chirurgicale.

Il serait puéril et faux de soutenir que le projet de répartition des services dans les 2 blocs a été formulé d'emblée en dessinant sur le plan le croquis d'un sujet couché, qui aurait la tête et le thorax dans le Bloc Ouest, les membres au niveau du bloc central, l'abdomen, le pelvis et les organes génito-urinaires dans le Bloc Est....!

Il n'en est pas moins vrai qu'une mise au point incessante durant plus d'un an a permis finalement de tenir compte :

- a) des besoins des divers services d'après leur fréquentation les années précédentes.
- b) de l'achèvement dès 1939 du gros oeuvre d'un hôpital conçu en 1932 . Cette "situation de fait" risquait de s'opposer aux exigences nouvelles des techniques hospitalières quinze ans plus tard.
- c) de la nécessité d'individualiser tous les services spécialisés qu'on est en droit d'exiger d'un centre hospitalier régional universitaire, d'où résultait l'obligation d'installer 23 services dans un hôpital initialement prévu pour 14.
- d) de l'aggravation des conditions économiques qui entraînait une élévation verticale du prix de journée, plus particulièrement accusée dans les centres régionaux du fait de la brièveté de l'hospitalisation, du coût élevé des médicaments les plus modernes, qui y sont utilisés et des équipements techniques qui

doivent y être constamment perfectionnés, enfin de la qualité du plus grand nombre du personnel auxiliaire

La formule de répartition adoptée répond à toutes les exigences techniques mais elle paraît être aussi la solution, qui répond le mieux au souhait formulé par le Docteur Bridgman, d'un hôpital flexible, indispensable à l'équilibre budgétaire des grands établissements hospitaliers

Au lieu d'un faux bloc constitué en réalité de sections rigides que réalisait au fond le plan initial, il a été tenté de réaliser un véritable bloc fonctionnel par la constitution de familles de services

Cette disposition assure avec le minimum de frais, les liaisons les plus rapides entre les spécialités susceptibles d'être mises à contribution simultanément ou successivement pour le diagnostic ou le traitement d'une affection.

Elle doit améliorer le coefficient d'occupation en permettant à un service pléthorique de ne pas refuser de malades, dont il assurera les soins, mais avec possibilité de les "loger" dans les chambres ou salles voisines d'un service contigu - moins occupé - appartenant à la même famille.

Telle semble être le meilleur moyen de concilier les exigences de la technique et les contingences économiques devenus primordiales, en réalisant un bloc fonctionnel par répartition physiopathologique des services dont le groupement par familles permet, la flexibilité d'hospitalisation, indispensable à la viabilité d'un building de 1 500 lits affectés à peu près à parts égales à la médecine (792 lits) et à la chirurgie (708 lits)

EQUIPEMENT TECHNIQUE

Il sera simplement énuméré les principaux moyens de diagnostic et de traitement concentrés dans cet hôpital.

Pour éviter la multiplicité des équipements radiologiques et plus encore pour réduire les frais de manipulation, il a été créé un service central d'électro-radiologie facilement accessible aux hospitalisés dont la circulation se fait par le sous-sol, et à proximité du service chirurgical d'urgence, dont il complète la garde permanente.

Il est subdivisé en 3 secteurs :

- radiodiagnostic avec cellules à équipement spécialisé pour le diagnostic des affections osseuses et viscérales diverses, et 2 laboratoires photographiques
- électrodiagnostic et thérapie avec multiples cabines de traitement par rayons U.V. infra-rouges, courants galvaniques et faradiques, ondes courtes
- Radiothérapie dans toutes ses applications extra-néoplasiques (4 postes)

Mais cette centralisation serait excessive, si elle ne laissait à la disposition de chaque service de médecine le poste de radioscopie in -

dispensable à tout examen clinique et si elle ne laissait pas à sa place naturelle les installations très spécialisées pour le diagnostic des affections digestives, urinaires et nerveuses dont les données doivent être confrontées ex-temporaneamente avec celles des examens endoscopiques (oesophagoscopie - gastroscopie - rectoscopie - cystoscopie)

Dans le même esprit, les salles d'opération plus particulièrement utilisées pour la chirurgie digestive (voies biliaires) thoracique et osseuse (traumatologique ou orthopédique) sont équipées de façon à permettre la radiologie peropératoire.

Citons encore les installations d'électrophonocardiographie du service de cardiologie cependant que la clinique neuro-psychiatrique dotée d'un appareil d'électrochoc et d'un centre de malaria-thérapie doit être équipé d'un électro-encephalographe.

Parmi les installations particulières au jeune âge, citons les pouponnières climatisées pour les nourrissons de la clinique pédiatrique et de la Maternité, siège par ailleurs d'un lactarium et d'un service de lutte contre la stérilité. La clinique dermatologique a une pareille pouponnière climatisée pour ses nourrissons eczémateux. Ce service est par ailleurs équipé pour les radiothérapies et greffes cutanées.

Enfin, le Service Municipal de Salubrité et le Dispensaire Régional de Prophylaxie ont été accolés à la consultation de la clinique dermato-vénérologique, toujours en application du principe de coordination des services d'activité voisine, pour diminuer les dépenses de création, d'équipement et de fonctionnement.

Enfin, seuls les centres hospitaliers régionaux peuvent organiser une Banque des Yeux et une Banque des Os, permettant à la clinique ophtalmologique de pratiquer des greffes de cornée et les greffes osseuses dans les services de chirurgie orthopédique et traumatologique

Le Centre de transfusion sanguine procède à la majorité des examens hématologiques et notamment à la détermination du facteur Rhésus. Sa banque du sang dispose de quantités suffisantes de sang conservé pour permettre la pratique des exsanguino-transfusions. L'approvisionnement des hôpitaux régionaux en plasma et sérums de convalescents est toujours assuré par l'Institut Pasteur dont le maintien au centre de la ville s'impose en raison de l'importance de cet Etablissement et de ses multiples fonctions extra-hospitalières. Il possède néanmoins à la Cité un réel collecteur des prélèvements bactériologiques.

Pour les examens de laboratoire, il est prévu un dispositif aussi souple que pour la radiologie : Dans la corbeille de chaque ser-

vice, le local de distribution des médicaments sert de petit laboratoire d'étage. Dans certains services, seront installés des laboratoires à finalité précise et limitée (analyse de suc gastrique, bile et selles). Mais surtout, la symbiose de la clinique et du laboratoire sera réalisée par la juxtaposition des services hospitaliers et des 22 services de biologie de la Faculté auxquels il y a lieu d'ajouter ceux de l'Institut de recherches contre le cancer. Equipés largement, mais en évitant toute répétition, les cliniques du Centre Hospitalier Régional bénéficieront au maximum de ce "confort biologique" si précieux pour l'établissement des diagnostics et la surveillance des traitements.

SERVICES GENERAUX

Les services administratifs tiennent le minimum de place : aux guichets d'admission des hospitalisés dans le bloc central et des malades externes dans chaque hall de consultation, il faut ajouter le fichier les archives, la comptabilité entourant le bureau du Directeur, placé au 1er étage du pourtour du hall du bloc central, au rez de chaussée duquel est centralisé le service social.

La pharmacie est au rez de chaussée d'un bâtiment en avancée sur le bloc central. Un monte-charge spécial distribue les médicaments aux petits laboratoires de chaque corbeille d'étage.

La cuisine, au sous-sol de ce même bâtiment, procède de même à la distribution des aliments en chariots chauffants à chaque office d'étage. Un procédé semblable assure l'approvisionnement en linge qui, souillé, est évacué par une gaine.

Le chauffage est fourni par une usine thermique dont les 6 chaudières à basse pression fournissent la vapeur non seulement aux hôpitaux mais encore à la Faculté de Médecine et au Centre anticancéreux. Cette centrale est assez éloignée des établissements pour qu'ils ne pâtissent point des inconvénients qu'elle peut occasionner. Elle est par contre contigue à une voie ferrée qui permet son approvisionnement par wagons.

A signaler que toutes les conduites de chauffage, de même que les canalisations d'eau, de gaz et d'électricité se répandent dans tous les services par des galeries techniques, intercalées entre le sol d'un étage et le plafond du couloir sous-jacent, permettant aux ouvriers d'y circuler pour toute réparation ou adjonction, sans avoir à pratiquer des saignées dans les murs.

Il en résulte une centralisation industrielle - à sens unique - invisible des malades qui auront l'impression d'être dans une petite clinique.

que particulière, alors qu'ils seront en réalité dans une grande usine aux rouages multiples.

CIRCULATIONS

La même rationalisation a été apportée aux circulations des malades et du personnel.

Il existe { 3 ascenseurs et 1 escalier pour les consultants
{ 2 " " " " pour les visiteurs
{ 1 " " " " pour le personnel médical
{ 2 monte-chariots pour les malades
{ 1 monte-charge pour les malades décédés

si l'on ajoute { 1 monte-matériel
{ 3 monte-charge pour les chariots de vaisselle et
{ d'alimentation
{ 1 monte-charge pour les médicaments

on arrive au total impressionnant de 9 ascenseurs et de 6 monte-charge dans chacun des 2 blocs. Pareils moyens d'élévation étaient indispensables dans un building de cette importance pour permettre des déplacements rapides et amener directement les malades et le personnel aux lieux d'examen et de travail.

La réduction au minimum des couloirs, leur suppression par le groupement en corbeille des salles d'hospitalisation, n'ont été possibles que par installation de ces circulations à sens unique. On peut espérer que cette rationalisation compensera les dépenses élevées inhérentes au fonctionnement de pareille batterie d'ascenseurs et de monte-charges. A ce sujet, la répartition minutieusement étudiée des services, apparentés en famille, est un atout important pour diminuer déplacements, frais et pertes de temps.

Mais l'expérience américaine montre que tout service d'hôpital situé au dessus du 6ème étage entraîne des frais excessifs. Quand il s'est agi d'individualiser les services de spécialités non prévus au plan initial, une solution de facilité eut été d'utiliser les 7^e et 8^e étages du bloc-ouest, initialement envisagés pour le logement des infirmières, qui souhaitaient, comme le personnel servant, avoir un logement extra-hospitalier.

Cette solution eut été particulièrement médiocre, car l'arrêt du bloc des consultations au 6ème étage eut forcé à les établir dans une salle d'hospitalisation. Toute la circulation eut été bouleversée et les frais d'élévation excessifs.

Mais par contre, il a paru judicieux de coiffer les deux blocs de façon symétrique. A l'Est, les 7^e et 8^e étage ont été aménagés pour la Communauté Religieuse, avec 96 chambres individuelles, un vaste oratoire, services généraux et 2 jardins en terrasses. La coupole du 9^e étage abrite une vaste chapelle et les locaux d'Aumônerie. Malgré son importance, cette Communauté ne fournira que les cheftaines des unités de soins.

Les difficultés éprouvées pour avoir un nombre suffisant d'infirmières dans l'hôpital Calmette voisin et dans les autres hôpitaux de la région ont incité à utiliser les étages correspondants du bloc Ouest pour y aménager l'Ecole d'Infirmières des Hôpitaux de Lille et l'Ecole départementale d'Infirmières, de sage-femmes et d'assistantes sociales. Elles disposeront d'une centaine de chambres au 7^o et au 8^o étage et de locaux d'enseignement et de réfectoires au 9^o étage, avec jardins en terrasses, procurant la détente nécessaire aux élèves. Celles-ci effectueront leurs stages dans des conditions techniques optimales dans les services de la Cité Hospitalière, sous la direction des religieuses, à qui elles apporteront une aide appréciable, pour les soins aux malades. Les avantages procurés à ces infirmières durant leurs études permettent d'exiger un engagement de travail leur plusieurs années à la Cité, après l'obtention de leur diplôme.

LA FACULTE DE MEDECINE

L'agencement des services hospitaliers a permis d'éviter aux malades les quelques servitudes qu'on pouvait reprocher à l'enseignement traditionnel de la Médecine.

Depuis toujours ces inconvénients étaient largement compensés par la valeur et la multiplicité des concours dont ceux-ci bénéficiaient.

Malgré la primauté incontestée de l'examen clinique, le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies nécessitent de plus en plus le concours soutenu et clairvoyant des recherches de laboratoire. Les difficultés de transport des prélèvements, les frais d'analyses et les délais d'obtention des réponses contrarient souvent en pratique ce recours à la biologie. Il est souvent insuffisant dans les hôpitaux du 1^{er} degré où ne se pratiquent que des analyses succinctes. Il s'améliore dans les établissements du 2^{ème} degré où s'individualisent les laboratoires de bactériologie, sérologie et chimie courante. Il n'atteint ses véritables possibilités que dans les centres d'enseignement où les services hospitaliers profitent de la gamme complète des laboratoires de Faculté ou de l'Ecole de Médecine, dont la viabilité et la vitalité sont assurées par la direction technique d'un corps professoral et par la collaboration bénévole de très nombreux élèves, attachés comme aides préparateurs.

Mais l'éloignement habituel des hôpitaux et de la Faculté est trop souvent encore un obstacle à la réalisation parfaite de cette symbiose de la clinique et du laboratoire. Cliniciens et biologistes déplorent de ne pouvoir confronter à tout instant leurs constatations. Le bien du malade exige le rapprochement des activités mises à son ser-