

L'ARCHITECTURE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Le tournant des années 20

Il s'agira de retracer ici la genèse d'un nouveau type d'édifice regroupant en une structure unique école de médecine et hôpital universitaire, et d'en étudier le développement. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous essaierons de mieux comprendre l'élaboration du pavillon principal de l'Université de Montréal. C'est en effet ce type d'organisation qu'Ernest Cormier est l'un des premiers à adopter, lorsqu'en 1927 il choisit le parti du «plan compact», ce qu'il nomme dans son plan de masse «l'Ensemble des Études». Dans ce pavillon, destiné non seulement à l'enseignement médical mais à bien d'autres usages, les influences — tant d'ordre typologique qu'esthétique — sont nombreuses, comme l'indique dans ce même numéro Myra Rosenfeld. Si les circonstances historiques — et en tout premier lieu les carences budgétaires — empêchèrent l'établissement d'un hôpital universitaire sur le mont Royal, les ensembles hospitalo-universitaires américains recommandés par les experts de la Fondation Rockefeller influencèrent toutefois Cormier de manière décisive¹.

À l'origine de l'enseignement médical moderne aux États-Unis, on cite volontiers la publication, en 1910, du rapport commandé par la *Carnegie Corporation* à Abraham Flexner². Une des recommandations de ce rapport assez alarmiste est de systématiser la pratique du stage hospitalier pour les étudiants de tous niveaux. Une fusion plus étroite entre enseignement clinique et enseignement scientifique de la médecine aurait non seulement le mérite de relever le niveau des études en confrontant le futur médecin à des cas concrets et en facilitant la recherche de laboratoire, tant expérimentale qu'appliquée, mais encore elle devrait améliorer la précision des diagnostics et la qualité des soins prodigués aux malades. Selon ses partisans, le regroupement sous un même toit de l'école de médecine et de l'hôpital universitaire présente de nombreux avantages : en mettant en commun ressources humaines et matérielles et en évitant la duplication des laboratoires, elle permet de réduire les dépenses de construction et de fonctionnement tout en demeurant à la pointe du progrès technique et scientifique. À l'origine de la mutation typologique que nous allons étudier, nous trouvons donc un désir de productivité à base de centralisation et de spécialisation. Dans les trois premières décennies du XX^e siècle, ce désir reflète l'état d'esprit des professions médicales emportées, tout comme d'autres élites américaines, par la vague taylorienne.

La construction d'ensembles hospitalo-universitaires est donc considérée une «opération pilote» destinée à faire progresser l'architecture hospitalière

dans son entier. Au programme initial, déjà fort complexe, se greffent rapidement de nouveaux éléments, jugés eux aussi désirables pour l'amélioration de l'enseignement médical et des soins. À la faculté de médecine s'adjoint une école d'infirmières, traditionnellement rattachée à un établissement hospitalier, et souvent une école dentaire. À l'hôpital, scindé en plusieurs services, s'ajoutent des dispensaires pour les consultations externes et parfois une clinique privée. Aux yeux des administrateurs et des médecins qui élaborent de tels programmes, l'organisation — en particulier la position des diverses entrées et la distribution des circulations internes — prime sur l'esthétique. Et nous pouvons dès maintenant nous interroger sur le rôle de l'architecte dans le choix des grandes orientations en matière de construction hospitalo-universitaire. Faut-il s'intégrer à un campus, avec tous les problèmes d'ordre psychologique qu'implique l'interaction entre les malades et une population estudiantine insouciantes ? Faut-il bâtir dans le centre-ville, à proximité des patients les plus nécessiteux, ou dans un cadre suburbain verdoyant ? Quel est le degré idéal de fusion entre hôpital, école et autres services, tant du point de vue physique qu'administratif ? Comment concilier les impératifs pédagogiques, en créant, par exemple, des passerelles d'observation dans les salles d'opération, et le bien-être des patients dont les chambres doivent autant que possible être orientées au sud ? Ne pouvant aborder toutes ces questions en détail, cet article examine la façon dont s'affirme une expression architecturale nouvelle dans des projets de plus en plus ambitieux.

Genèse d'une nouvelle typologie

Avant même la publication du rapport Flexner, quelques universités américaines ont installé leur école de médecine à proximité d'un hôpital. L'exemple le plus connu est celui de l'Université John Hopkins de Baltimore dont l'ensemble médical, mis en service dès 1890, est visité par Mgr Piette et le Dr Parizeau. Au début des années 20, l'établissement de liaisons directes entre diverses constructions hospitalo-universitaires devient une pratique courante en Amérique du Nord. Citons pour exemple, à l'Université McGill, le passage souterrain reliant l'hôpital Royal Victoria au nouvel Institut Pathologique de Percy Nobbs, qui fut creusé sous la rue Université pour faciliter la pratique des autopsies en amphithéâtre³.

Parmi les ensembles planifiés de type pavillonnaire, l'un des plus anciens est celui de l'Université de Cincinnati que visitèrent Ernest Cormier et le Dr Harwood (fig. 1). Confié à une agence locale et achevé en 1915, il comprend à l'origine 24 édifices disposés sur un terrain de près de 70 acres adjacent au campus universitaire, ainsi que l'école de médecine, située dans l'enceinte même de ce campus et séparée des autres services de santé par une avenue. Tous ces pavillons, hauts de trois à six étages, sont reliés par des passages couverts ou

souterrains. L'hôpital général comprend un bâtiment d'administration, un dispensaire, un bloc opératoire avec amphithéâtre, ainsi que des pavillons latéraux abritant les chambres des malades. L'école et la résidence des infirmières sont situées à mi-chemin entre ce groupe et un hôpital plus modeste destiné aux malades contagieux. Au coeur du terrain on trouve les laboratoires, la cuisine et la salle à manger⁴.

L'année 1925 est marquée par l'ouverture de trois complexes hospitalo-universitaires adoptant la solution nouvelle du bâtiment unique. Leur organisation en plan retiendra particulièrement notre attention. À la *Vanderbilt University School of Medicine* de Nashville, édifiée par l'agence Coolidge et Shattuck de Boston avec l'aval de la Fondation Rockefeller, le désir d'ouvrir les locaux d'enseignement vers le campus et la volonté d'orienter les chambres des malades au sud ont dicté les positions relatives de l'école de médecine (surface quadrillée) et de l'hôpital de 163 lits (en hachures diagonales) (fig. 2). Au rez-de-chaussée, à l'intersection des deux cours se trouve la bibliothèque; les ailes de gauche abritent des dispensaires. Au premier étage, un couloir unique distribue une aile d'hôpital, le département de chirurgie expérimentale, qui comprend un amphithéâtre, et le département d'anatomie⁵. À noter également que le dernier niveau comporte non seulement des toits en terrasse et les salles d'opération, mais abrite également le *colored ward* pour les patients noirs!

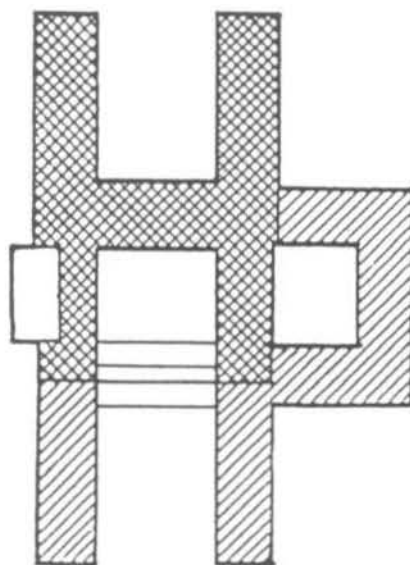
À l'Université de Rochester, la partie hospitalière comporte non seulement le *Strong Memorial Hospital*, directement affilié à l'Université, mais encore un hôpital municipal. Située à l'arrière, l'école de médecine est entièrement solidaire de la partie hospitalière et ne comporte qu'une petite entrée latérale. Elle est en communication directe avec la maison des animaux, une résidence d'internes et des installations sportives. On parvient à la résidence des infirmières, située de l'autre côté du boulevard, par un passage souterrain⁶. Le plan (fig. 3), confié à une équipe locale dirigée par William G. Kaelber et Leo Waasdorp, rappelle celui de Nashville, avec une bibliothèque centrale, des amphithéâtres en «tête» de plan et les chambres des malades orientées au sud. À la *Colorado School of Medicine* de Denver (fig. 4), on adopte un plan moins compact, où les ailes de l'école de médecine, de l'hôpital et du dispensaire (en hachures verticales) s'organisent autour d'un noyau administratif⁷.

Dans les exemples qui viennent d'être mentionnés, l'imbrication étroite des différents services semble aller à l'encontre de certaines règles d'hygiène et du bien-être physique et moral des patients. De plus, dénués de séquences spatiales bien orchestrées, les plans demeurent à l'état d'organigrammes. L'absence de hiérarchie se lit également dans l'assemblage de masses architecturales quasiment interchangeables (fig. 5). On admirera d'autant plus la façon dont Ernest Cormier, dans ses esquisses et son projet définitif, parvient à intégrer les dispositions d'un complexe hospitalier universitaire à l'américaine



fig. 1 Samuel Hannaford & Fils, architectes, Hôpital Général et École de Médecine de l'Université de Cincinnati, 1915, perspective à vol d'oiseau, Montréal, Collection Centre Canadien d'Architecture / Canadian Centre for Architecture, Fonds E. Cormier, 2402/1160.

fig. 2 Coolidge et Shattuck, architectes, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, 1925, plan schématique d'un étage courant. (Photo: tirée de *Cité Hospitalière de Lille*, Christian Zervos, Édition Cahiers d'Art, Paris, 1932)



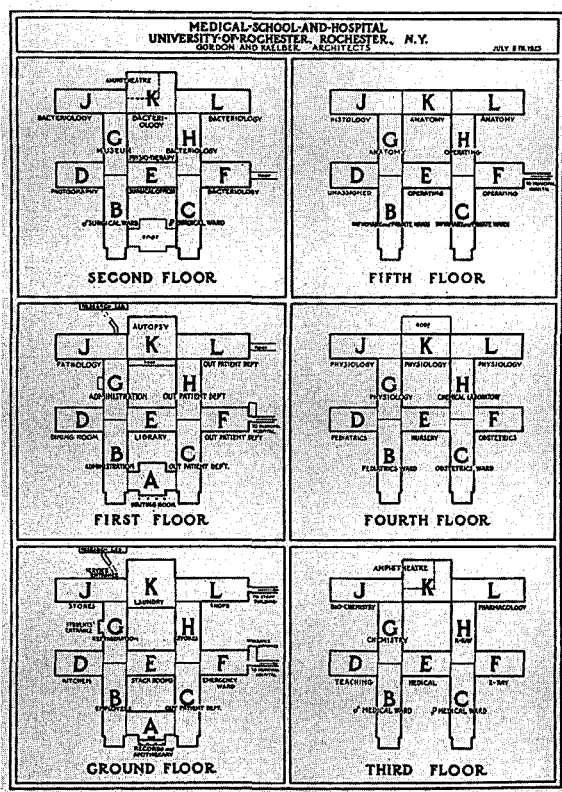


fig. 3 Gordon & Kaelber, architectes, Strong Memorial Hospital et l'École de Médecine de l'Université de Rochester, plans schématiques datés du 5 juillet 1923, Montréal, Collection Centre Canadien d'Architecture / Canadian Centre for Architecture, ARO1 : 326/B-21. (Photo : tirée de Ernest Cormier et l'Université de Montréal, Isabelle Gournay, éd., Montréal, Centre Canadien d'Architecture, 1990, p. 68).

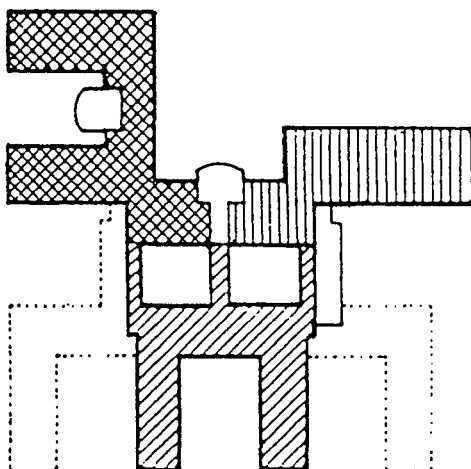


fig. 4 Maurice B. Biscoe, Wm. E. Fisher and Arthur A. Fisher, architectes, Colorado School of Medicine, Denver, 1925, plan schématique d'un étage courant. (Photo : tirée de Cité Hospitalière de Lille, Christian Zervos, Édition Cahiers d'Art, Paris, 1932)

dans une logique du projet inspirée de la tradition rationaliste française. Ajoutons que les accents décoratifs apposés aux parois de brique, qu'ils soient néo-gothiques comme à Nashville ou classiques comme à Rochester paraissent eux aussi quasiment interchangeables⁸.

L'avènement du centre médical

À ces trois projets pionniers, relativement modestes et situés dans un cadre suburbain, succèdent très rapidement des complexes beaucoup plus ambitieux au centre de grandes métropoles. L'imbrication des différents services s'effectue non seulement par greffe horizontale mais encore par empilage vertical. Mentionnons brièvement le *Montgomery Ward Memorial Building*. Achievé en 1926, il fait partie du nouveau *Alexander McKinlock Memorial Campus*, affilié à l'Université Northwestern d'Evanston mais situé en plein Chicago. Très dense, ce campus de style *collegiate gothic* est l'œuvre de l'architecte new-yorkais James Gamble Rogers. Il comprend également une école de commerce en

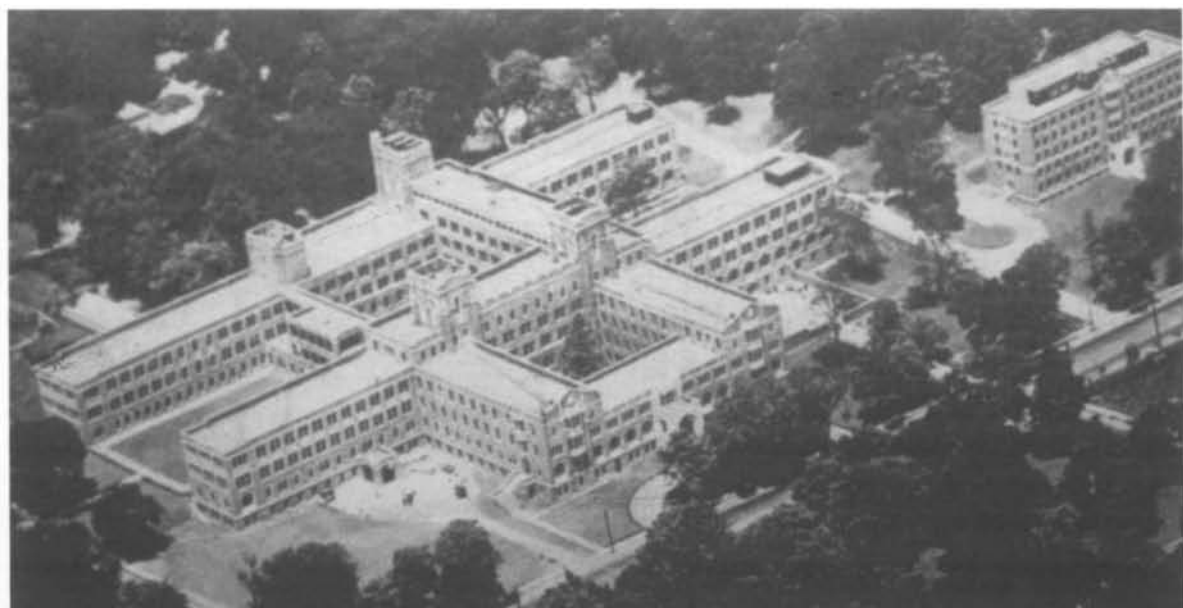


fig. 5 Vanderbilt University School of Medicine, vue aérienne. (Photo : tirée de «Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee», *Methods and Problems of Medical Education* 13^e série, The Rockefeller Foundation, New York, 1929.

formation continue et une école de droit (on notera en passant à quel point ce programme semble proche de celui de la future Université de Montréal). Un hôpital en forme de U doit se greffer au *Montgomery Ward Memorial Building* dont les vingt étages se divisent de la façon suivante : sept niveaux pour la faculté de médecine, six pour l'école dentaire, six dans la tour centrale pour l'administration. Le bâtiment accueille 900 étudiants, chiffre que l'on peut comparer aux 387 jeunes gens et jeunes filles inscrits en 1930 dans le domaine des «Sciences de la santé» à l'Université de Montréal⁹.

Considéré comme un projet pilote par la Fondation Rockefeller qui fournit 1 million de dollars — somme dont l'Université de Montréal aurait aimé elle aussi bénéficier — le *Columbia Presbyterian Medical Center* de New York est également confié à James Gamble Rogers. Cette première tranche d'un gigantesque complexe de santé progressivement établi entre Broadway et Riverside Drive, de la 165^e à la 168^e rue, finira par carrément «asphyxier» la structure d'origine. Les plans du *Columbia Presbyterian Medical Center* sont terminés en 1924 au moment de la visite à New York d'Ernest Cormier et d'autres représentants de l'Université de Montréal; les travaux s'achèvent à la fin de 1927. L'emprise au sol du *Columbia Presbyterian Medical Center* est à peu près équivalente à celle de l'aile hospitalo-universitaire du pavillon principal de l'Université de Montréal, mais le nombre d'étages en est le double. Trois institutions déjà existantes sont ici regroupées: le *College of Physicians and Surgeons* de l'Université Columbia destiné à 400 étudiants et 265 chercheurs et enseignants; la *Vanderbilt Clinic* où se pratiquent quotidiennement 2500 consultations externes; le *Presbyterian Hospital*, hôpital public de 640 lits composé de 10 unités indépendantes d'un étage chacune et auquel est reliée une aile privée plus basse (fig. 6). Le groupe principal d'ascenseurs sert d'espace tampon entre ces divers secteurs, avec un surveillant d'étage contrôlant les allées et venues. Les amphithéâtres se trouvent à la jonction de l'école de médecine et des dispensaires. La longue épine dorsale de l'hôpital, où se greffent les ailerons des chambres communes orientés au sud, donne sur un espace vert. C'est ce principe qu'adoptera Ernest Cormier (fig. 7) dont une des esquisses, conçue vers février 1927, est tout à fait proche du dessin paru dans *The Architectural Record* en août 1925 (fig. 8)¹⁰.

Conçu de 1926 à 1929 par les architectes du complexe de Nashville, le *Cornell Medical Center* est situé en plein Manhattan, le long de l'East River, sur un terrain de six acres et demi seulement (figs 9 et 10). On accède au *Cornell University Medical College* et à l'école et résidence des infirmières par York Avenue. Un cul-de-sac formé par la 68^e rue conduit à la cour d'honneur du *New York Hospital* qui est accolée à l'ouest à l'école de médecine et à l'est à deux hôpitaux spécialisés. Le mince bloc au cœur de l'îlot comprend 26 étages : 10 niveaux d'hôpital public, 2 de salles d'opérations, 6 de chambres privées et

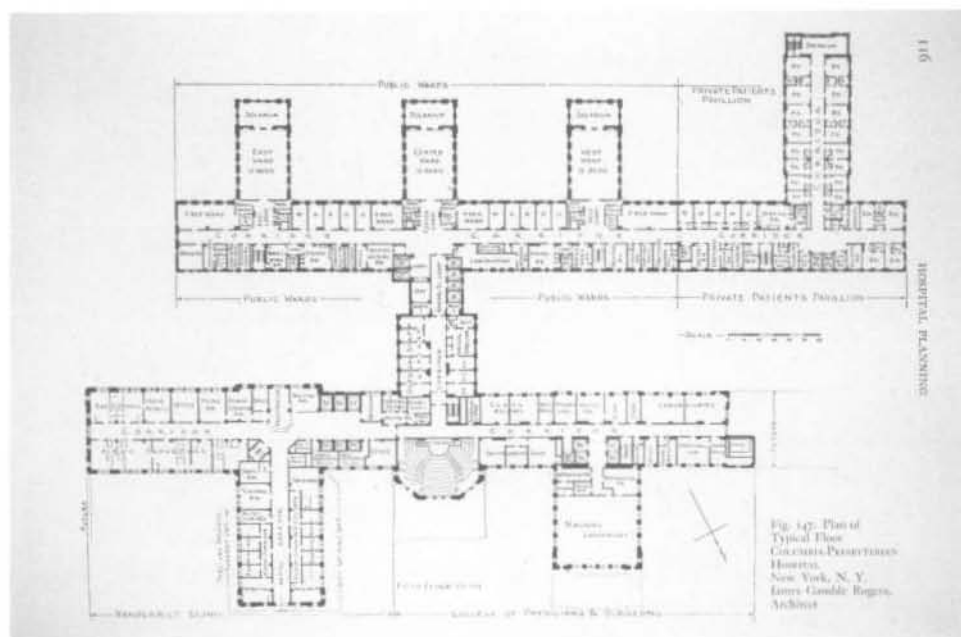


fig. 6 James Gamble Rogers, architecte, Columbia Presbyterian Medical Center, 1927, plan d'étage courant. (Photo : tirée de *Hospital Planning*, Charles Butler et Addison Erdman, F.W. Dodge Corporation, 1946)

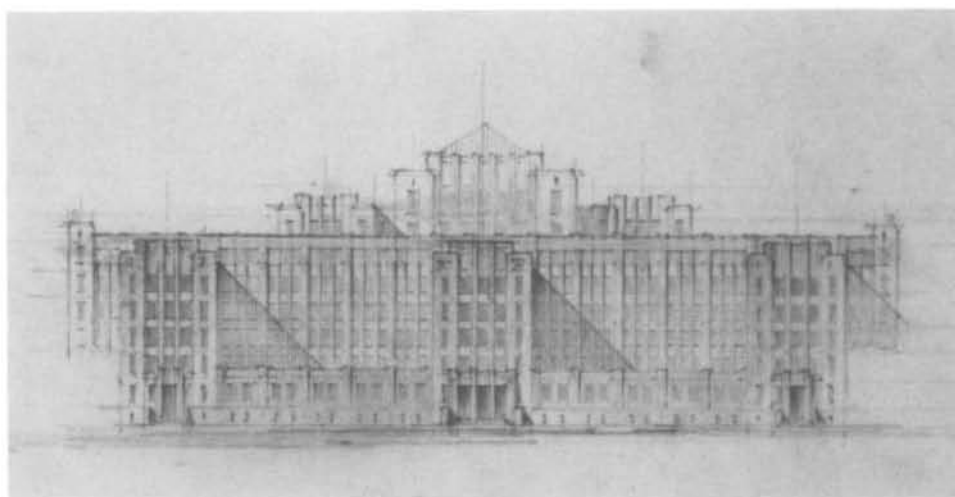


fig. 7 Ernest Cormier, Étude de façade pour le pavillon principal de l'Université de Montréal, vers février 1917, Montréal, Collection Centre Canadien d'Architecture / Canadian Centre for Architecture, AR01:00-EC-046,1. (Photo : dessin de droite seulement; tirée de *Ernest Cormier et l'Université de Montréal*, Isabelle Gournay, éd., Montréal, Centre Canadien d'Architecture, 1990, p. 149)

5 pour la résidence des internes surmontée par des espaces de détente et des installations sportives (ces dispositions reflètent dans une large mesure une conception élitiste de l'enseignement et de la pratique de la médecine). Au sud, se greffent les ailerons des chambres des malades et au nord, les dispensaires. Un hôpital psychiatrique forme un groupe indépendant à l'arrière de l'ensemble. Mentionnons également l'étonnante structure hybride sur la 70^e rue abritant les locaux techniques, la centrale thermique, un garage, une blanchisserie et même des logements d'employés¹¹.

Sur le plan du rez-de-chaussée (fig. 11), les séquences spatiales sont bien orchestrées avec un vestibule d'honneur pour l'hôpital, exprimé en façade par trois grandes baies, et des couloirs bien axés dont le croisement donne lieu à un marquage architectural spécifique. Cette organisation qui, aux yeux des historiens de l'architecture paraît rigoureuse et logique, s'apparente au rationalisme constructif de Julien Guadet. On ne sera donc pas surpris d'apprendre que le principal maître d'oeuvre du *Cornell Medical Center* est Henry R. Shepley, de



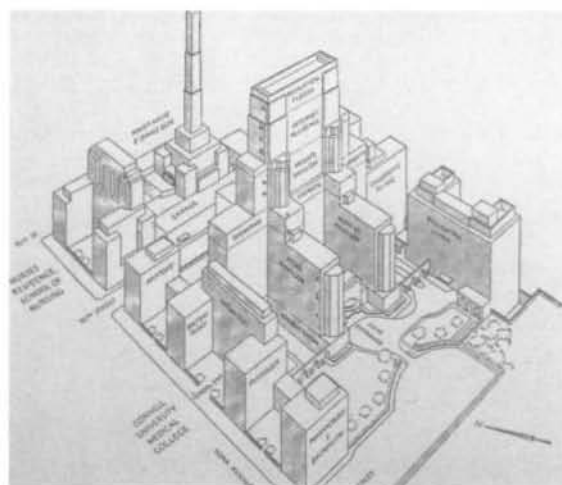
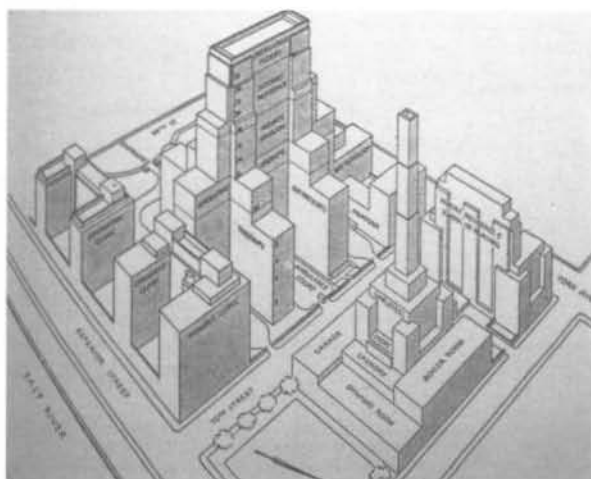


fig. 9 Coolidge, Shepley, Bulfinch and Abbott, architectes,
Cornell Medical Center, New York, 1926-1931, axonométrie
schématique. (Photo : tirée de *The Architectural Forum*,
février 1933)

fig. 10 Coolidge Shepley, Bulfinch and Abbott, architectes,
Cornell Medical Center, New York, 1926-1931,
axonométrie schématique. (Photo : tirée de
The Architectural Forum, février 1933)

fig. 8 James Gamble Rogers, architecte, Presbyterian Hospital,
New York, 1927, façade sud. (Photo : tirée de *The Architectural
Record*, août 1925)

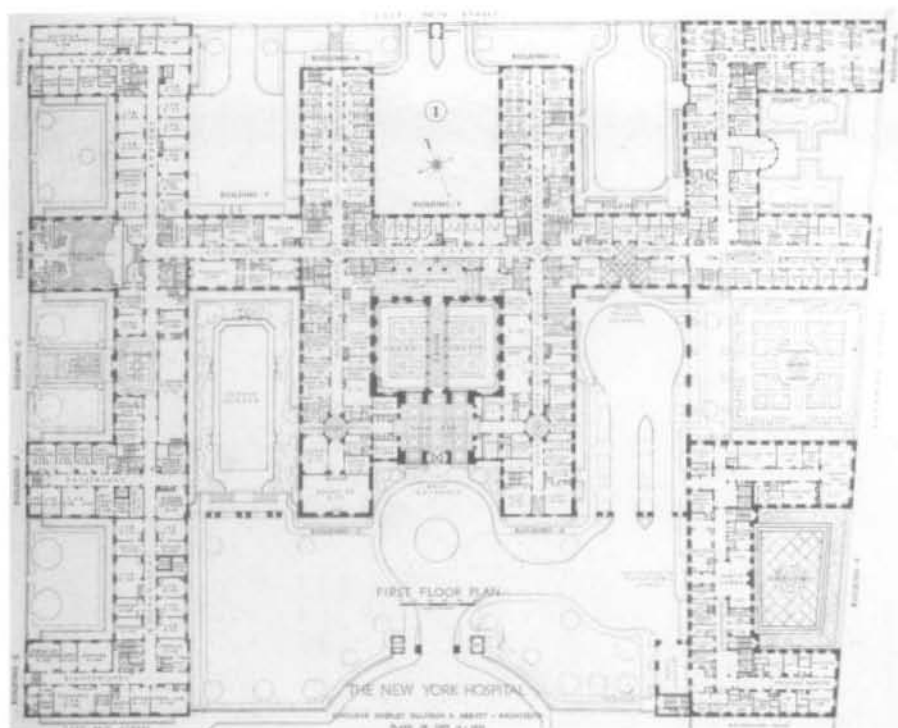


fig. 11 Cornell Medical Center, plan du rez-de-chaussée. (Photo : tirée de *Hospital Planning*, Charles Butler et Addison Erdman, F.W. Dodge Corporation, 1946)

deux ans le cadet d'Ernest Cormier, ancien élève de Victor Laloux et diplômé de l'École des Beaux-Arts en 1914. Shepley structure l'enveloppe du *Cornell Medical Center* en l'axant sur un corps central symétrique. Il habille cette masse pyramidale à la manière d'un ancien élève des Beaux-Arts, en étudiant plusieurs options, contemporaines ou historicisantes¹². Il adopte finalement un rythme d'arches gothiques (fig. 12) inspiré, selon les critiques contemporains, du Palais des Papes en Avignon. Ce choix a pu être dicté par des motivations d'ordre sociologique et psychologique, de la part de professionnels de la santé désireux de renouer avec les idéaux caritatifs de l'époque médiévale et de légitimer leur formation universitaire en adoptant une forme très épurée de *collegiate gothic*. Du pur point de vue architectural, ces ouvertures taillées dans la masse forment des motifs très réussis tant au niveau du sol, où elles scandent la façade sur York Avenue et structurent les cours intérieures, qu'au niveau des toitures où, sans la moindre modénature, se découpant sur un revêtement de briques très claires, presque blanches, elles accentuent la verticalité des baies continues.



fig. 12 Cornell Medical Center, vue d'ensemble, photographie retouchée tirée de Bryant Hospital Devices, Montréal, Collection Centre Canadien d'Architecture / Canadian Centre for Architecture, ARO1:408/A-14. (Photo : reproduite dans Ernest Cormier et l'Université de Montréal, Isabelle Gournay, éd., Montréal, Centre Canadien d'Architecture, 1990, p. 77)

À vrai dire, tant au *Cornell Medical Center* qu'au complexe de l'Université Columbia, où les références gothiques ne sont véritablement identifiables qu'à l'entrée principale, le style est un paramètre architectural tout à fait secondaire. Ce qui compte davantage, c'est ce que nous pourrions appeler la «masse» et sa présence dans le paysage urbain. Aux alentours de 1930, les vues «héroïques» du *Columbia Presbyterian Medical Center* prises de l'Hudson River (fig. 13) ont connu une très grande popularité. Elles figurent, par exemple, dans l'ouvrage d'Erich Mendelsohn *Russland Europa Amerika* celui de Bruno Taut, *Modern Architecture*, ainsi que dans *The American Architecture of Today* où George Edgell y voit une «forteresse élevée contre la maladie¹³».

Le centre médical bâti en hauteur peut être considéré comme un sous-type d'une grande famille de méga-édifices engendrés par la ville et la technologie américaines. De telles structures paraissent donc définies moins par leur style que par leur «masse». La configuration en peigne du *Presbyterian Hospital* reflète ainsi le parti qu'avait adopté Albert Kahn dans l'immeuble de bureaux



fig. 13 Columbia Presbyterian Medical Center, vue de l'Hudson River, v. 1927. (Photo: tirée de Ernest Cormier et l'Université de Montréal, Isabelle Gournay, éd., Montréal, Centre Canadien d'Architecture, 1990, p. 69)

de la *General Motors* à Detroit, achevé en 1921; les retraits successifs du *Cornell Medical Center* sont typiques d'une syntaxe architecturale adoptée à l'époque dans un grand nombre de gratte-ciel à gradins¹⁴. Aussi voyons-nous dans ces deux complexes médicaux la matérialisation des projets utopiques si caractéristiques de l'optimisme américain des années précédant la Grande Dépression. Nous proposons donc d'établir un parallèle, tant physique que symbolique, entre l'îlot monumental, la pyramide immaculée, du *Cornell Medical Center* — «montagne désenchantée» et schyzophrène dont parle Manfredo Tafuri¹⁵ — et le projet de Hugh Ferriss pour le Centre d'affaires de la *Metropolis of Tomorrow*, dont les premières esquisses furent publiées dans *Pencil Points* en février 1927 et qui figure dans le projet de «Vitrail pour un Architecte» décrit et analysé par Myra Rosenfeld.

Épilogue

L'idéal du centre médical à l'américaine a donc pris forme avec les deux colosses new-yorkais que nous venons d'examiner. Si la dépression économique a mis un frein à l'érection d'autres ensembles de ce type aux États-Unis, cet idéal est exporté en Europe. En France, médecins et architectes reviennent enthousiastes de leur visite au *Columbia Presbyterian Medical Center* qui est présenté au grand public dans un article publié en 1929 dans *L'Illustration* et intitulé «Deux principes de construction : grande et faible hauteur¹⁶».

À la demande de la Commission des Hospices de Lille, Paul Nelson étudie en 1932 un projet de Cité Hospitalière pour cette ville, comprenant non seulement un centre médical hospitalo-universitaire de 26 étages, une école-résidence d'infirmières et une clinique privée, mais aussi une tour-hospice cruciforme (fig. 14). Tous ces éléments bien distincts sont reliés par un réseau très sophistiqué de circulations abritées sous une immense terrasse. Ce projet ne vit pas le jour, mais il est décrit de manière détaillée dans un ouvrage introduit par Christian Zervos. Selon ce dernier, Nelson, Américain de formation française, est parvenu à combiner «la conception si claire du plan français... avec l'esprit d'organisation à grande échelle, propre aux Américains» — une telle remarque pouvant également s'appliquer au travail d'Ernest Cormier¹⁷. Toutefois, la seule différence notable entre les dispositions générales du centre médical de Nelson et celles du *Columbia Presbyterian Medical Center* réside dans l'orientation à 45° des locaux d'enseignement et du dispensaire autour de la rotule constituée par la bibliothèque au niveau de la terrasse et des amphithéâtres aux étages.

Le projet lillois connaîtra de nombreux avatars. Il sera finalement construit à la fin des années 30 par Jean Walter, Urbain Cassan et Louis Madeline¹⁸. Les deux branches du centre hospitalier régional et de la faculté de médecine se referment : le mode d'organisation linéaire avec adjonction d'ailes perpendiculaires qui nous est maintenant familier est donc remanié sans être toutefois remis en question (fig. 15). On notera la position médiane des salles de travaux pratiques et des amphithéâtres situés à mi-chemin entre les laboratoires de recherche et les dispensaires¹⁹.

Tout comme ses prédécesseurs new-yorkais, la Cité Hospitalière de Lille, dans sa version définitive, est un ensemble fermé, supportant mal les greffes. S'ils ont été à l'origine d'un changement d'échelle apparemment irréversible en matière d'architecture hospitalo-universitaire, les centres médicaux mentionnés précédemment incarnent de nos jours une image trop autoritaire et institutionnalisée de l'enseignement et de la pratique de la médecine. Pour le chercheur s'aventurant hors des sentiers battus de l'historiographie du mouvement moderne, ils n'en sont pas moins, comme nous l'avons entrevu, de formidables catalyseurs des problématiques sociales et architecturales des années au cours desquelles Ernest Cormier conçut le pavillon principal de l'Université de Montréal.

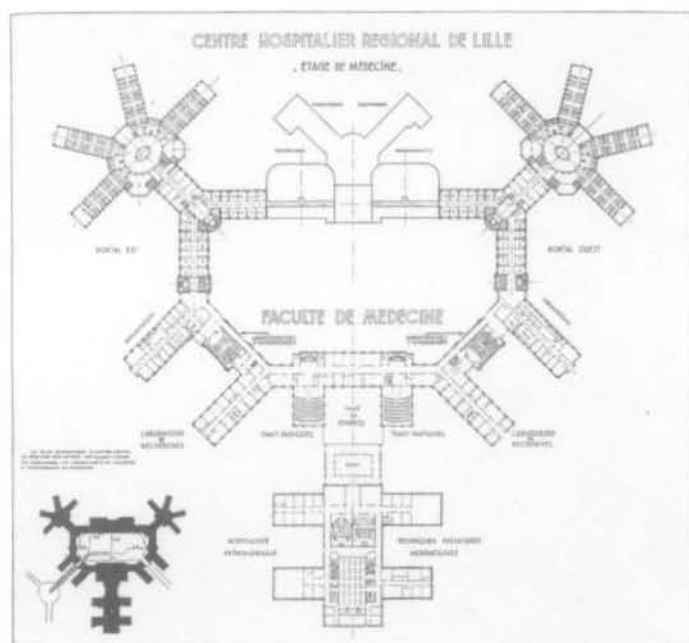


fig. 14 Paul Nelson, architecte, **Projet de Cité Hospitalière, Lille**, maquette d'ensemble. (Photo : tirée de *Cité Hospitalière de Lille*, Christian Zervos, Édition Cahiers d'Art, Paris, 1932)

fig. 15 Jean Walter, Urbain Cassan et Louis Madeline, architectes, Cité Hospitalière de Lille, 1934-1939, plan. (Photo: tirée de *L'Architecture Française*, 1954)

De prime abord, deux facteurs nous incitent à sous-estimer l'influence du centre médical sur cet édifice : l'affectation à d'autres usages de l'aile ouest destinée à l'hôpital universitaire et le désir constant chez Ernest Cormier d'intégrer divers précédents stylistiques et typologiques à une pensée architecturale qu'il voulait personnelle et originale, désir qui se traduit par une tendance à «camoufler» les influences, quelles qu'elles soient²⁰. Toutefois, en tant que fils d'un éminent médecin, Cormier était particulièrement bien placé pour s'intéresser aux nouvelles pratiques hospitalières que la Fondation Rockefeller de New York et les universitaires montréalais tenaient à importer au Canada français; en tant que membre de l'élite architecturale constituée à l'époque par les diplômés nord-américains de l'École des Beaux-Arts, il était disposé à suivre les traces d'un James Gamble Rogers; en tant qu'«ingénieur-constructeur» nord-américain, il était conscient que l'avènement de la modernité au Québec devait s'accompagner non seulement d'une «épuration» stylistique «à l'européenne», mais encore d'un renouvellement typologique et d'un changement radical de l'échelle du projet. Et quels édifices pouvaient le mieux illustrer ces deux dernières orientations que les centres médicaux que nous venons d'examiner ?

ISABELLE GOURNAY

Conservateur invité

Centre Canadien d'Architecture

Notes

1 Sur l'École de Médecine de l'Université de Montréal, voir Marcel FOURNIER, «La construction de l'Université de Montréal sur le mont Royal», *Ernest Cormier et l'Université de Montréal*, sous la direction d'Isabelle Gournay, Centre Canadien d'Architecture, Montréal, 1990, p.44.

2 Abraham FLEXNER, *Medical Education in the US and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Carnegie Foundation, New York, 1910 (réimprimé en 1960). Ce rapport suggérait de ne conserver à Montréal qu'une seule école de médecine, de préférence celle de l'Université McGill.

3 Voir le plan de masse publié par Edward F. STEVENS, *The American Hospital of the Twentieth Century* (seconde édition révisée), Dodge Corporation, New York, 1928, p.12.

4 Voir «The New General Hospital at Cincinnati», *The Architectural Record*, vol. 37, n° 5 (mai 1915), pp. 453-463; C. R. HOLMES, «The Cincinnati General Hospital: its History and Present Aspect», *The Modern Hospital*, vol. XIII, n° 3 (sept. 1919), pp. 161-165, ainsi que le prospectus *University of Cincinnati. Some Views of the College of Medicine and the General Hospital*, Supplement to the University of Cincinnati Record, vol. XVII, n° 2, Part 7, conservé aux Archives du CCA, Fonds E. Cormier, 2402/1160.

5 Voir «The New Plant of the Vanderbilt University Medical School and Hospital», *The Modern Hospital*, vol. XX, n° 2 (fév. 1923), pp. 109-118 et la brochure très complète «Vanderbilt University School of Medicine. Nashville, Tennessee», *Methods and Problems of Medical Education* 13^e série, The Rockefeller Foundation, New York, 1929.

- 6 Sur l'histoire de l'École de Médecine de l'Université de Rochester, fondée au début des années 20 à l'instigation d'Abraham Flexner et en partie financée par George Eastman, voir George H. WHIPPLE, *Planning and Construction Period of the School and Hospitals 1921-1925*, Rochester, University of Rochester, 1957. Un schéma indiquant le contour des divers bâtiments ainsi que des plans détaillés d'étages sont reproduits dans Charles BUTLER et Addison ERDMAN, *Hospital Planning*, F.W. Dodge Corporation, 1946, pp. 118-125.
- 7 Voir «The University of Colorado School of Medicine and Hospital at Denver», *The Modern Hospital*, vol. XX, n° 4 (avril 1923), pp. 319-324.
- 8 À Rochester, selon WHIPPLE, *Planning and Construction Period of the School and Hospitals 1921-1925*, p.11, c'est George Eastman qui, s'opposant à l'architecte consultant Lawrence Grant White, impose cette relative «nudité» architecturale. La façade principale est illustrée dans Ernest Cormier et l'Université de Montréal, GOURNAY éd., p.68.
- 9 Voir «The Alexander McKinlock Memorial Campus, Northwestern University, Chicago», *Architecture*, vol. LV, n° 6 (juin 1927), pp. 301-306 et «The Alexander McKinlock Memorial Campus, Northwestern University, Chicago», *American Architect*, vol. 132, n° 2525 (20 juillet 1927), pp. 78-115.
- 10 Voir Marion WILCOX, «New York's Great Medical Center», *The Architectural Record*, vol. 58, n° 2 (août 1925), pp. 101-115; Janet PETERKIN, «Manhattan's Colossus of Medical Centers», *The Modern Hospital*, vol. XXI, n° 1 (juil. 1928), pp. 54-66; Robert LEROY, «The Columbia-Presbyterian Medical Center», *Architecture*, vol. LV, n° 4 (avril 1927), pp. 185-188; Albert L. LAMB, *The Presbyterian Hospital and the Columbia-Presbyterian Medical Center 1868-1943*, Columbia University Press, New York, 1955.
- 11 Voir le dossier consacré à ce complexe dans *The Architectural Forum*, vol. LVIII, n° 2 (fév. 1933), pp. 84-124.
- 12 *Ibid.*, p.88.
- 13 Erich MENDELSON, *Russland Europa Amerika*, Rudolf Mosse, Berlin, 1929, p.212; Bruno TAUT, *Modern Architecture*, The Studio Limited, Londres, 1929, p.183; George H. EDGELL, *The American Architecture of Today*, Scribner, New York, 1928, pp. 320-321. Voir également R.G. SKERRETT et L. GAIN, «Le nouveau centre médical de New-York», *La Technique des Travaux*, vol. 10, n° 3, mars 1934, pp. 131-138.
- 14 L'édifice de Kahn est reproduit dans EDGELL, *The American Architecture of Today*, p.351. Un bon exemple de gratte-ciel à gradins est celui de la *Southwestern Bell Company* à Saint-Louis reproduit dans *The American Architecture of Today*, p.368.
- 15 Manfredo TAFURI, «The Disenchanted Mountain: The Skyscraper and the City», *The American City*, MIT Press, Cambridge, 1919, pp. 389-528.
- 16 René MILLAUD, «Deux principes de construction: grande et faible hauteur», *L'Illustration*, t.87, n° 4483 (2 fév. 1929), pp. 114-117.
- 17 Christian ZERVOS, *Cité Hospitalière de Lille*, Edition Cahiers d'Art, Paris, 1932, p.xi.
- 18 Les projets primés au concours institué après le «renvoi» de Nelson sont publiés dans *L'Architecture d'aujourd'hui*, 5^e année, 4^e série, n° 9 (déc. 1934), pp. 34-45. Beaucoup plus linéaire, le projet initial de Walter, Cassan et Madeline est sensiblement différent de celui que réaliseront ces architectes.
- 19 «Hôpital régional de la Cité Hospitalière de Lille», *L'Architecture Française*, vol. 15, n° 149-150, 1954, pp. 34-39.
- 20 En 1943, année de l'ouverture officielle du pavillon principal de l'Université de Montréal, l'aile et les ailerons de l'hôpital universitaire n'ont reçu aucun équipement. Les effectifs ayant

augmenté depuis la conception de l'édifice, ces locaux sont affectés à d'autres usages. Avec l'édification de l'hôpital Sainte-Justine, l'installation d'un hôpital universitaire sur le mont Royal n'est toujours pas considérée comme une priorité, et personne ne semble s'intéresser au projet d'Ernest Cormier pour un nouveau centre médical avenue Decelles (reproduit dans *Ernest Cormier et l'Université de Montréal*, GOURNAY, éd., p.171).

Résumé

TEACHING HOSPITAL ARCHITECTURE

The Watershed of the Twenties

This article will examine the genesis and development of a new building type that brought a medical school and a university hospital together within a single structure. Ernest Cormier was actually one of the first to employ this type of complex when, in 1927, he chose the "compact plan" option for the main pavilion of the Université de Montréal. Most of the examples referred to are American and were among those which the Rockefeller Foundation recommended to Cormier and to the Université de Montréal professors. A brief survey of the pedagogical and scientific doctrines behind the increasing fusion of the clinical and scientific aspects of medical training (an emphasis on internship and on the social mission of the hospital, for example) will serve to situate this typological change within its historical context. The following points will then be examined in chronological order; intermediate solutions, like the grouping of buildings which, though separate, are nonetheless linked to each other by underground passages (McGill) and those architecturally homogeneous complexes with an overall plan which are of the pavilion type (Cincinnati); mid-density single structures from the early twenties (Rochester, Nashville, Denver); those "mega-structures" designed only slightly earlier than the main pavilion, such as the Montgomery Ward Memorial Building in Chicago and the Columbia Presbyterian Medical Center of New York; projects from the thirties based on compact and regular plans, related to that employed by Cormier (Cornell Medical Center, Cité Hospitalière de Lille). The analytical criteria will be: urban integration (medical zone within a decentralized university campus vs a high density building in a downtown area); functioning (programmatic organization, degree of vertical concentration, horizontal links); architectural expression (symmetrical or asymmetrical composition, historical antecedents of façades...).

Translation: Terrance Hughes
Canadian Centre for Architecture