



Horizon

Le magazine du monde hospitalier public et privé

LOI SUR LES "DROITS DES MALADES"

Le testament de Kouchner

"TEMPÊTE SUR L'HÔPITAL"

Denis Labayle lance le débat

HÔPITAUX DE MARSEILLE

Enfin un nouveau capitaine !

HÔPITAUX DE STRASBOURG

Les anciens dirigeants condamnés
en première instance

DOSSIER

Bloc opératoire

Depuis une quinzaine d'années, l'univers du bloc opératoire a changé. Son architecture, son organisation et les matériaux utilisés se sont adaptés pour respecter des règles d'hygiène et de sécurité de plus en plus rigoureuses.

Cette évolution a eu également des conséquences sur la disposition des différentes parties du bloc : la stérilisation en a été sortie pour devenir un service autonome. Le respect de la marche en avant, du sale vers le propre, impose une organisation des locaux aussi simple que possible. La même rigueur s'applique à la distribution des différents gaz thérapeutiques dont le bloc est l'un des principaux utilisateurs.

Les installations de fluides sont en effet soumises à la réglementation des dispositifs médicaux.

Les architectes travaillent avec les établissements de santé pour définir précisément leurs besoins, déterminer la taille et l'utilisation des différentes parties du bloc. Chacun a ses spécificités même si de grandes tendances se dégagent : la position centrale et stratégique de la salle de réveil, la standardisation des salles d'opération, l'utilisation de la lumière, etc.

Mais cette modernité a ses limites. La plupart des blocs ne sont pas encore informatisés, hôpitaux et cliniques n'ayant pas trouvé sur le marché un logiciel adapté à leurs besoins. L'efficacité de la gestion du bloc se trouve pourtant plus que jamais au centre des préoccupations des médecins, inquiets devant l'augmentation du nombre de procédures juridiques intentées contre eux par les patients. La future loi sur le droit des malades devrait néanmoins apaiser les relations entre praticiens et malades.



Création ou restructuration

La nouvelle génération des blocs

Les blocs opératoires ont évolué pour s'adapter à une réglementation stricte en matière d'hygiène et de sécurité, et à des protocoles qui imposent aux établissements des choix techniques de plus en plus contraignants, aussi bien dans le public que dans le privé. Chaque partie du bloc, salle de pré-anesthésie, d'opération, de réveil ou stérilisation est concernée par cette évolution. Pourtant, l'architecture même des blocs reste encore très empirique. Les choix des établissements se font aussi en fonction des besoins des utilisateurs et de leurs contraintes budgétaires.

Les établissements souhaitant construire un bloc neuf consacrent à ce projet un temps de travail important, parfois de plusieurs années, afin de définir précisément le cahier des charges en fonction des spécialités pratiquées et de la fréquentation. "Il faut que le travail de définition du plan de bloc soit au moins aussi important que le temps de construction", insiste le docteur Henri Yung, directeur de la polyclinique du Docteur Cartier à Auch, qui procède actuellement à la construction de plusieurs blocs neufs. "A qualité égale, un dispositif, une infrastructure ou une architecture engendrent une économie ou un surcoût". La préparation d'un plan de bloc nécessite la collaboration de tous les intervenants : architectes, ingénieurs, directeurs, personnels de bloc et médecins. Le nombre de salles d'opération et de places de réveil est défini en fonction de la fréquentation de l'établissement et des spécialités pratiquées. Pour la salle de réveil, un décret de 1994 impose 1,5 lits par salle d'opération. De l'avis général, le bloc type d'il y a 15 ans est révolu. Il a évolué avec la réglementation et s'est adapté aux exigences

de rendement économique. Les salles utilisées par un unique spécialiste quelques heures par jour n'existent plus. Pour être rentables, elles doivent être occupées le plus souvent possible, pour n'importe quel type d'opération. "Nous préconisons des salles identiques parce que les spécialités d'un établissement peuvent évoluer, note Christian Bougeard, architecte-ingénieur au cabinet AIA Architectes. Les chirurgiens peuvent changer, on ne reconstruira pas les salles pour autant". "Le problème consiste à faire le tour de tous les besoins de l'établissement qui sont rarement bien exprimés", note Géry Divry, directeur des études chez Arès Santé. "Nous imaginons avec eux le fonctionnement du bloc dans plusieurs années, précise Ch. Bougeard. L'important dans un bloc est la façon dont les gens y vivent".

Aucune réglementation pour l'organisation du bloc

L'organisation du bloc elle-même ne fait l'objet d'aucune réglementation. Rares sont les ouvrages à évoquer ce sujet. Les spécialistes ont recours aux recommandations et aux

protocoles formulés par des médecins (1) et se fondent sur leur propre expérience, de manière empirique. Leur savoir-faire peut éviter des désagréments comparables à celui vécu par une clinique du centre de la France : n'ayant pas tenu compte de la largeur de son plafond diffusant, elle a constaté après avoir coulé les dalles qu'elle ne disposait pour opérer que de 2,10 mètres de hauteur de plafond...

Dans un groupe de travail, une forte personnalité peut influencer de manière importante sur un plan de bloc, comme en témoigne Valérie Gorge, ingénieur-chef de projet chez Séchaud Bossuyt Ingénierie : "A Perpignan, un anesthésiste nous a fait entièrement revoir le projet pour avoir sa salle de réveil au milieu du bloc. Nous avons dû tout recentrer".

Même si chaque établissement a sa spécificité, certaines grandes tendances se dégagent. La répartition des salles d'opération par exemple, s'organise souvent autour de la salle de réveil. C'est le cas notamment du bloc de la polyclinique de Gentilly, à Nancy, qui vient de restructurer et d'étendre son plateau technique.

"C'est un choix fonctionnel", affirme G. Divry. Cette organisation optimise selon lui la régulation des patients, facilite la surveillance du réveil et limite les allers et venues des anesthésistes. Elle permet aussi d'avoir une vision centrale de toute l'activité du bloc.



Le cabinet AIA Architectes conçoit des blocs avec deux parties distinctes : la première fait office de filtre entre l'extérieur et le bloc. La seconde, zone du bloc proprement dite, comporte un hall de préparation des opérations directement relié aux salles. Celles-ci sont installées en desserte, collées les unes aux autres. Le bloc doit également être mis en conformité avec des normes rigoureuses d'hygiène et de sécurité incendie. Les choix d'organisation et d'architecture sont dictés par la nécessité de répondre aux exigences de ces normes et aux contraintes de fonctionnement qu'elles entraînent. Auparavant, le matériel restait dans les salles d'opération. Aujourd'hui, tout ou presque est sorti chaque soir pour être nettoyé. Les tables d'opération ne sont plus fixes mais mobiles. Les architectes ont dû prévoir des espaces de rangement dans le hall du bloc. Pour les sols, les carreaux sont remplacés par des revêtements en résine ou en plastique qui ne nécessitent plus de joints. Les revêtements de mur doivent être lisses, la moindre aspérité pouvant provoquer une accumulation de poussière et de microbes. Soudés au sol, ils se terminent en arrondi pour éviter les angles droits, autres nids à microbes.

La stérilisation sort du bloc

Pour respecter les normes d'hygiène et lutter contre les infections nosocomiales, la stérilisation a dû évoluer à son tour. "Dans les années 70, elle était souvent située à l'intérieur du bloc, explique G. Divry. Maintenant, nous la sortons". Ce service recevait parfois le renfort du personnel de bloc. Aujourd'hui, de telles pratiques sont interdites. Rien ne doit contrarier la règle de la marche en avant, du sale vers le propre, définie tant pour les hommes que pour le matériel et dans tous les locaux du bloc. La stérilisation est maintenant un service à part entière avec son personnel spécifique et ses locaux à l'accès réglementé. Ch. Bougeard prévoit son emplacement en fonction de la taille du bloc : "Jusqu'à 10 ou 12 salles, il reste en appendice. Au-delà, il est situé en dessous ou au-dessus". La liaison entre la stérilisation et le bloc se fait alors grâce à un ascenseur réservé à cet usage.

Pour faciliter le respect de la marche en avant, Arès Santé conseille à ses clients de "travailler" la couleur des sols en fonction de l'endroit où ils sont situés dans le bloc : gris pour la zone aseptique, bleu pour la zone hyper aseptique. Même chose pour les vêtements du personnel avec le port de tenues de travail de la même couleur que les sols. De cette manière, chacun visualise à quel degré d'hygiène correspond l'endroit où il se trouve et sait s'il commet une infraction. Après l'avoir adoptée pour ses revêtements, la polyclinique de Gentilly envisage d'avoir recours à cette méthode pour les uniformes de ses équipes de bloc.

Partant du principe qu'une organisation trop complexe donne très rapidement envie aux utilisateurs de la contourner et qu'un tel risque est inacceptable dans un bloc opératoire, les spécialistes préconisent des circuits de déplacement des personnels aussi simples et directs que possible. Les différents utilisateurs appliquent ainsi la marche en avant d'une manière plus naturelle et spontanée.

"Il y a dix ans, nous n'avions pas de phase d'auto-évaluation de ce qui était pratiqué, indique Jean-Pierre Teyssier, directeur de la polyclinique de Gentilly. Maintenant, nous contrôlons et nous démontrons que nous suivons les protocoles. Nous voulons être sûrs qu'un salarié ne peut pas entrer dans une zone propre sans avoir suivi le

circuit qui le fait passer par le vestiaire où il doit se changer".

Certains détails peuvent être considérés comme relevant du strict confort du patient, du praticien ou du personnel mais ont pourtant des incidences sur le coût d'entretien et sur les conditions de travail du bloc.

Pour une amélioration des conditions de travail

Des fenêtres viennent maintenant éclairer les salles pour donner aux équipes une perspective sur l'extérieur. Dans les cliniques, les salles de réveil sont équipées d'éclairages à intensité lumineuse variable, pour ne pas éblouir les patients. "Nous travaillons beaucoup la transparence, la couleur et la lumière pour créer une ambiance de travail", explique l'architecte d'AIA Architectes. La qualité des équipements et le confort du bloc sont parfois pris en compte dans les négociations quand une clinique est désireuse de convaincre un chirurgien de la rejoindre. Les cliniques privées prévoient maintenant des locaux de détente où les équipes peuvent se reposer, se désaltérer... Certaines salles d'opération disposent même de petits meubles pour installer une chaîne hi-fi. Chaque équipe peut ainsi écouter la musique de son choix.

Rien n'oblige un directeur à choisir une porte à simple ou à double battant pour accéder au bloc, un système d'ouverture mécanique ou à lecture optique... Les options retenues aboutissent souvent à un même résultat technique. Pour l'établissement, le choix dépend donc de ses priorités budgétaires. L'essentiel étant d'avoir une vision à long terme. Inutile de construire un bloc "à minima" si c'est pour le reconstruire deux ans après. "Nous essayons d'optimiser les charges futures, le personnel, la maintenance...", explique le Dr Yung. La pression budgétaire est de plus en plus forte. Y compris, d'après V. Gorge, dans les hôpitaux publics. "Public et privé n'ont pas les mêmes arbitrages, constate pour sa part Ch. Bougeard. Le privé est plus attentif à son budget et au respect de l'investissement. Le public doit tenir compte des positions du personnel et des syndicats". Et d'ajouter : "La qualité de l'espace est liée au travail de l'architecte, pas à l'investissement".

En cas de restructuration de bloc, le nouvel équipement s'organise le plus possible autour de l'existant, pour des questions de coût, mais il conserve les mêmes caractéristiques que les blocs neufs. Toute intervention est conçue de manière à limiter une interruption de son activité, très pénalisante pour l'établissement. Les directeurs préfèrent parfois procéder à une extension avec création de nouveaux locaux. C'est le cas de la polyclinique du Pays de Rance à Dinan qui n'a dû fermer le bloc que deux jours durant pour procéder à son extension. "Nous avons fait un point d'ensemble avant de lancer les opérations. Certaines décisions de corps d'état peuvent amener des pollutions dans l'établissement", explique Richard Meinier, directeur de la polyclinique.

Dans d'autres établissements, la zone de chantier est isolée des autres salles par des cloisons étanches. Ce système est efficace mais très onéreux. Jugé trop bruyant, le marteau-piqueur est proscrit dans les établissements de santé. Malgré ces précautions, cette période reste redoutée par les hôpitaux qui voient avec plaisir ces chantiers s'achever. ■

(1) Les recommandations sur la circulation au bloc et les précautions d'hygiène sont consultables sur Internet notamment sur le site du Centre de Coordination de la Lutte contre les infections Nosocomiales : www.cclinouest.com