

# Evolution de la configuration du bloc opératoire

---

**Guy Bazin**

Anesthésiste-réanimateur consultant

---

**Adolphe Montefiore**

Anesthésiste-réanimateur

---

**Jean-Marc Pigeon**

Architecte

---

**Michel Seraqui**

Architecte

## Les locaux satellites de la salle d'opération

La salle d'opération doit disposer d'un nombre d'accès limité, voire unique, pour l'entrée et la sortie du patient, pour l'entrée et la sortie des équipes médicales et pour l'entrée et la sortie du matériel.

Cet accès doit être contrôlé par une porte automatique à effacement latéral et non par une porte automatique à la française.

Cette simplification d'accès est la conséquence du regroupement des locaux de stockage stériles, des locaux de décontamination et des locaux de préparation des chirurgiens. Il nous paraît en effet opportun que le bloc opératoire ne soit pas conçu comme autant d'unités comportant autour de chaque salle d'opération un arsenal stérile, un local de décontamination, une salle de préparation des chirurgiens et une salle d'induction des patients. Aujourd'hui, le bloc opératoire devrait être conçu par groupes de salles disposant d'un seul arsenal stérile, d'une seule décontamination, d'un seul lieu de préparation des chirurgiens et d'un seul sas d'induction. Cette tendance va dans le sens d'une gestion centralisée des stocks stériles et des équipements ainsi que de la localisation en un point unique des déchets dans un

local spécifique qui n'est plus attenant à la salle d'opération.

La salle de préparation des chirurgiens subit également cette influence de regroupement pour distribuer un groupe de salles d'opération.

Quant au sas d'induction anesthésique, il faut noter que sa disposition en tant que tel s'avère obsolète puisque, dans la très grande majorité des cas, il est essentiellement utilisé comme lieu de stockage de matériels, l'induction anesthésique s'effectuant directement dans la salle d'opération. En ce qui concerne les anesthésies loco-régionales, un lieu spécifique et commun à l'ensemble du bloc opératoire semble mieux correspondre aux exigences d'accueil et de préparation des patients. La dissociation du local d'induction avec la salle d'opération proprement dite permet une indépendance de fonctionnement avec des flux d'opérations et d'anesthésies très différents les uns des autres.

## Notion de salle d'opération « vide »

L'intégration d'équipements dans les parois de la salle d'opération n'est plus d'actualité compte tenu des difficultés à entretenir ces surfaces difficilement accessibles et à gérer les stocks disposés dans ces parois. De plus, les parois lisses sont faciles à nettoyer et à entretenir.

Dans la pratique, le matériel nécessaire à chaque intervention est amené sur des chariots remplis pour cet usage, opération par opération : la salle devient polyvalente ou strictement spécialisée à une chirurgie particulière (ophtalmologie, neuro-chirurgie, orthopédie), dans la seule mesure où l'activité opératoire de cette spécialité le justifie.

La notion de salle vide peut se prolonger également dans le choix du type de matériel et notamment des tables d'opération qui doivent, dans ce cas, être entièrement mobiles, sans pieds scellés au sol.

### **Facteurs de vie dans le bloc opératoire**

L'éclairage naturel de la salle d'opération est rendu possible par la suppression du circuit périphérique et par le fait que la salle d'opération peut avoir un contact direct avec la façade du bâtiment. Dès lors qu'il n'y a plus d'obstacle entre la salle et la paroi extérieure, il est donc possible de ménager des ouvertures en façade afin d'introduire un éclairage naturel, dont l'intérêt est certainement plus psychologique que médical. Cette fenêtre doit être traitée avec un soin particulier car elle ne doit présenter aucune saillie sur la paroi de la salle par la disposition d'une vitre collée à la paroi proprement dite. Il est également nécessaire que cette fenêtre soit munie d'un volet roulant d'occultation à commande électrique afin de permettre aux équipes médicales de tamiser ou de supprimer cet éclairage naturel d'appoint par rapport à l'éclairage opératoire.

La chromatique des parois de la salle d'opération doit faire l'objet d'une concertation avec les équipes médicales étant entendu que les teintes de ton très clair sont généralement retenues.

En ce qui concerne le revêtement de sol, il est utile de préciser la zone d'activité autour de la table d'opération par une surface de teinte différente de 3m x 2,4m environ à l'intérieur de laquelle s'inscrit le périmètre hyperstérile autour du patient. Cette différence de teinte permet d'affirmer la zone qui n'est pas accessible par le personnel qui n'en a pas la stricte nécessité.

L'activité en continu des blocs opératoires nécessite des temps de présence importants pour beaucoup d'intervenants. Dès lors, il est nécessaire d'inscrire intra muros une salle de détente permettant au corps médical et paramédical de se relaxer entre deux opérations sans avoir à sortir du bloc opératoire et sans compromettre le fonctionnement du bloc opératoire et alourdir les procédures de sortie et d'entrée du bloc. Toutefois, afin de limiter les risques d'une pièce non dévolue à l'activité opératoire proprement dite, il convient d'éviter certains écueils du type : office de cuisine, bibliothèque, mobilier à revêtement textile, etc. L'utilisation de cette salle de détente doit faire l'objet d'un protocole strict.

Ces aménagements concernent également les boxes à l'usage des chirurgiens pour la dictée des comptes rendus opératoires, ainsi que le bureau de surveillant(e) de bloc qui doit permettre l'accueil de personnes extérieures sans leur laisser la possibilité de pénétrer à l'intérieur de la zone protégée.

Les blocs opératoires actuels sont constitués d'un nombre important de petits locaux. Les recommandations données ci-avant permettent de réduire le nombre de locaux et le large usage des produits verriers dans des éléments de cloisonnements vitrés va dans le sens d'une plus grande convivialité tout en optimisant la faculté de surveillance des patients et des accès au bloc opératoire.

### **Les flux à l'intérieur du bloc**

Il nous paraît opportun de situer les salles d'urgence à l'entrée du bloc opératoire de telle sorte que les interventions les plus lourdes soient assurées en fond de bloc dans des zones à faible flux. De même, il nous paraît opportun que les salles à fort débit soient situées au plus près de la SSPI.

En ce qui concerne la pratique de l'ambulatoire, elle devrait s'exercer dans une zone spécifique afin de respecter le rythme et les flux très différents de la chirurgie conventionnelle. Attendant à ce secteur de chirurgie ambulatoire, on devrait trouver à proximité immédiate une salle de réveil et une salle de repos afin de privilégier les circuits courts.

Cette disposition est d'autant plus justifiée dans le cas où l'établissement de soins a un bloc opératoire conventionnel saturé, mais elle est plus difficile dans le cas contraire car les nouvelles salles de chirurgie ambulatoire pourraient faire concurrence aux salles conventionnelles déjà peu utilisées.

### **La SSPI**

La détermination du circuit patient et du circuit des anesthésistes est le préalable qui va déterminer l'emplacement de la SSPI. L'utilisation de chariots de transfert et de zones de transfert est un des déterminants de l'organisation du bloc opératoire.

La taille de la SSPI et le nombre de postes dont elle est équipée sont directement liés aux flux de patients, c'est pourquoi une analyse préalable de ces flux est indispensable pour en fixer la capacité. À l'extrême, le nombre de salles d'opération pour un flux donné est corrélé à la taille de la SSPI.

La nécessité de la compartimenter de manière souple en sous unités modulables permet de distinguer la gravité des cas et de s'adapter aux temps de séjour différents ainsi qu'à la nature des différents types d'anesthésie (anesthésies générales, anesthésies loco-régionales).

## Conclusion

Chacun sait bien que dans le monde hospitalier toute réalisation est soumise à des besoins d'adaptation permanents. Force est de constater que dans les blocs actuels le morcellement figé des lieux en une multitude de petits locaux pour le stockage, la décontamination, l'anesthésie, la préparation des chirurgiens, complique à l'extrême ces transformations et que, malgré toutes les précautions prises, celles-ci ne sont quasiment pas possibles sans altérer les conditions d'asepsie de la zone de bloc restant en fonctionnement pendant les travaux.

On peut déjà en déduire qu'il paraît nécessaire de concevoir nos blocs opératoires scindés ou scindables en deux entités autonomes permettant, en cas de travaux, de poursuivre l'activité d'une partie du bloc avec toutes garanties d'asepsie.

Comme c'est le cas dans les domaines de la recherche et de l'industrie nécessitant des atmosphères contrôlées (salles blanches), évolutives, on peut aussi penser, pour les blocs opératoires de demain, à des espaces spécifiques évolutifs, à grande portée, posés sur et recouverts par des espaces servants permettant en tout lieu du bloc d'assurer des conditions d'asepsie appropriées. Dès lors, pourquoi morceler à l'extrême le bloc opératoire ? Pourquoi ne pas envisager des lieux uniques permettant plusieurs interventions simultanées dans des environnements spéci-

ifiques, adaptés et différents ? Pourquoi ne pas envisager des douanes permettant d'acheminer là où cela est nécessaire les patients, les personnels, les matériels, dans le cadre de protocoles stricts, définissant les circuits de chacun ? Pourquoi ne pas envisager des lieux câblés permettant, depuis des salles de régie, des pilotages d'assistance robotisée de tout ou partie de certains actes opératoires ?

Parlant de la salle d'opération, les Anglais la désignent sous le vocable « *operating theater* ».

Ce vocable nous paraît très actuel dans le sens où le bloc opératoire serait construit comme une scène de théâtre, avec ses cintres et ses dessous, scène qui permettrait toute adaptation à l'action qui s'y déroule.

Le « décor » constituerait l'environnement le plus flexible possible des lieux opératoires et de réveil, la conduite de tous les acteurs étant réglée par une charte pré-établie et consensuelle. ■

