

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

Structures de soins ambulatoires
Unités de soins
Blocs opératoires

Juin 2020



Département de la santé et de l'action sociale
Direction générale de la santé
BAP – Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne
021 316 42 00
info.santepublique@vd.ch

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	5
1. ETABLISSEMENTS EXISTANTS	5
2. DÉMARCHES DES ETABLISSEMENTS	5
CHAPITRE 1 : STRUCTURES DE SOINS AMBULATOIRES	6
1. ORGANISATION	6
2. FONCTIONNEMENT	7
2.1. Zone sociale	7
2.1.1. Accueil, réception et secrétariat	7
2.1.2. Salles d'attente	7
2.1.3. Salle de séjour et de collation	7
2.1.4. Vestiaires des patients	7
2.1.5. Sanitaires des patients	7
2.2. Zone de soins	7
2.2.1. Cabinet de consultation	7
2.2.2. Salle de soins, pharmacie et rangement des dispositifs médicaux (DM)	8
2.3. Zone médico-technique	9
2.3.1. Bloc opératoire	9
2.3.2. Imagerie	9
2.3.3. Laboratoire	10
2.3.4. Stérilisation en cabinet	10
2.4. Logistique et locaux du personnel	11
2.4.1. Office alimentaire, préparation des collations	11
2.4.2. Stockage « propre »	11
2.4.3. Local nettoyage	11
2.4.4. Locaux vidoir, dépôt intermédiaire des déchets et du linge sale	11
2.4.5. Buanderie / lingerie	11
2.5. Locaux du personnel	11
CHAPITRE 2 : UNITES DE SOINS	12
1. ORGANISATION	12
1.1. Unités de soins critiques	12
1.1.1. Unité de soins intensifs (USI)	12
1.1.2. Unité de soins intermédiaires (U-IMC)	13
1.2. Unité de soins stationnaire	13
1.2.1. Unité de soins aigus stationnaires	13
1.2.2. Unité de soins palliatifs spécialisés stationnaires	13
1.2.3. Unité de soins de traitement et de réadaptation stationnaire	14

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

2.	FONCTIONNEMENT	15
2.1.	Unité de soins critique	15
2.1.1.	Sas	15
2.1.2.	Zone protégée	15
2.2.	Unité de soins stationnaire	15
2.2.1.	Secteur de soins	16
2.2.2.	Chambres d'hospitalisation	16
2.2.3.	Soins aigus stationnaire	17
2.2.4.	Soins palliatifs spécialisés stationnaires (SP)	17
2.2.5.	Chambre d'isolement	17
2.2.6.	Locaux de logistique et du personnel	17
2.2.7.	Autres espaces (circulations et espaces extérieurs)	18
	CHAPITRE 3 : BLOC OPÉRATOIRE	19
1.	ORGANISATION	19
1.1.	Bloc opératoire avec accès à une infrastructure hospitalière stationnaire	19
1.2.	Bloc opératoire sans accès à une infrastructure hospitalière	20
2.	FONCTIONNEMENT	21
2.1.	Bloc opératoire avec accès à une infrastructure hospitalière	22
2.1.1.	Salle de réveil	22
2.1.2.	Sas de transfert	23
2.1.3.	Secteur opératoire	24
2.2.	Bloc opératoire sans accès à une infrastructure hospitalière	26
2.2.1.	Bloc avec salle OP1	26
2.2.2.	Bloc opératoire avec salle OP Cab	26
	ANNEXE 1	27
	ANNEXE 2	29
	ANNEXE 3	32

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

PREAMBULE

Le but du présent document est de définir les lignes directrices du Département de la santé et de l'action sociale pour la conception voire la restructuration ou la rénovation d'un établissement sanitaire ou d'un secteur intégré dans un établissement sanitaire¹. Ces lignes directrices sont proposées par analogie pour guider la conception et l'aménagement (constructions, restructurations et rénovations) des locaux des cabinets médicaux et de soins individuels, non soumis à autorisation d'exploiter du

Les lignes directrices décrivent les principes architecturaux issus des lois, normes et règlements en vigueur (voir annexe 1). Elles s'adressent aux professionnels de la santé et aux concepteurs afin de faciliter la conception des locaux et leur aménagement lors de constructions, restructurations et rénovations. Les principes énoncés dans le présent document sont à adapter à l'activité et au contexte bâti. Une application pragmatique sera recherchée.

Dans le cadre d'une demande d'autorisation de construire, la Direction générale de la santé (DGS) examine les documents soumis par la Centrale des autorisations en matière d'autorisations de construire (CAMAC), au regard des présentes lignes directrices tout en appliquant le principe de proportionnalité.

1. ETABLISSEMENTS EXISTANTS

Dans les établissements existants, hors processus de mise à l'enquête ou/et de demande d'autorisation d'exploiter, l'objectif est de s'approcher des organisations et fonctionnalités décrites dans le présent document en proposant notamment des solutions alternatives.

2. DÉMARCHES DES ETABLISSEMENTS

Le document « *Procédure à suivre pour les constructions, reconstructions, transformations, agrandissements des établissements sanitaires RIP et non-RIP* » est disponible sur le site internet de l'Etat de Vaud.

¹ Les lignes directrices s'appliquent par exemple aux cabinets de groupe, aux permanences de soins, aux centres de dialyse, aux centres de chirurgie ambulatoire, aux urgences, aux hôpitaux de jour médicaux, chirurgicaux, de réadaptation comme psychiatriques.

CHAPITRE 1 : STRUCTURES DE SOINS AMBULATOIRES

1. ORGANISATION

Sont considérées comme structures de soins ambulatoires toute structures de soins recevant de façon programmée ou non des patients pour une durée inférieure à douze heures. Le champ couvert est vaste : il comprend par exemple les consultations médicales générales et spécialisées, les explorations fonctionnelles, les locaux ou centres d'imagerie, de dialyse, de réadaptation, etc.

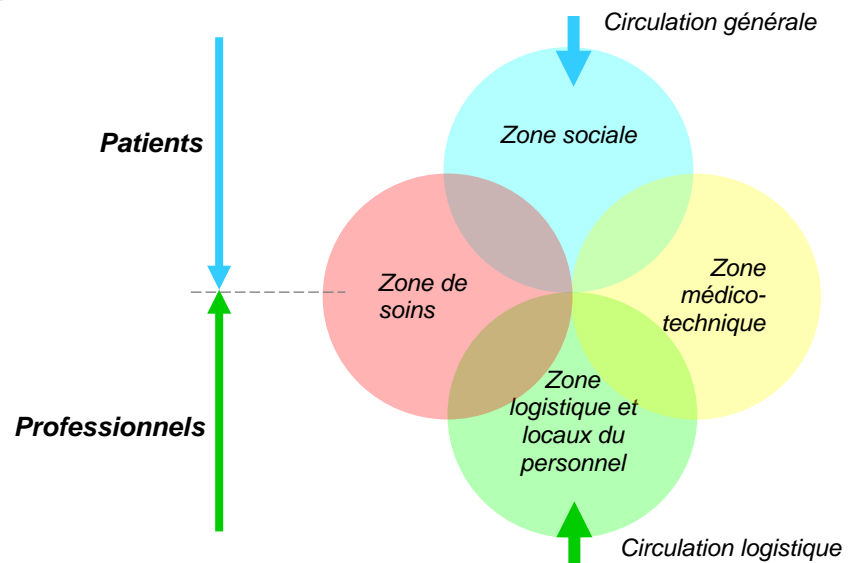
Avant toute réalisation, chaque activité de la structure doit être définie avec précision. Cette évaluation des organisations et prestations permet d'adapter l'organisation et le fonctionnement de la structure au contexte comme à l'activité réelle.

Une structure de soins ambulatoires est accessible aux patients et accompagnant directement depuis une circulation générale, sans traverser un autre secteur de soins. Elle est autonome et peut être « physiquement » fermée

Les services ambulatoires forment un lieu d'accueil, de vie et de soins à l'usage des visiteurs et. Elle se compose de quatre zones² :

- Zone sociale : Réception, attente, sanitaires de la patientèle.
- Zone de soins : Cabinet de consultation, poste de soins et d'examen, salle de soins et d'examen.
- Zone médico-technique : Bloc opératoire, imagerie, endoscopie, stérilisation, laboratoire, plateau de rééducation par exemple
- Zone d'intendance et locaux du personnel

Schéma de principe



Dans toutes ses configurations la conception de la structure doit permettre de :

- Assurer en tout lieu la confidentialité des échanges et des informations médicales, et l'intimité des patients ;
- Assurer la sécurité des patients et du personnel notamment la prise en charge et l'évacuation d'un patient en urgence. La prévention du suicide et des malveillances, doit être considérée ;
- Isoler des patients avec une suspicion de maladie infectieuse transmissible dès son arrivée dans la structure ;
- Faire bénéficier la pédiatrie de locaux d'accueil, de consultation et de soins dédiés lorsque la structure regroupe plusieurs spécialités.

² Une zone n'est pas toujours un ensemble géographique.

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

Les secteurs dédiés aux soins et aux activités associées (zone de soins et zone médico-technique) nécessitent la mise en œuvre de mesures d'hygiène spécifiques. Pour les autres secteurs (zone sociale et zone d'intendance et locaux du personnel) l'entretien des locaux est standard.

Le matériel nécessaire à l'hygiène des mains et le matériel de protection (masques, gants) doit être à disposition.

2. FONCTIONNEMENT

2.1. Zone sociale

2.1.1. Accueil, réception et secrétariat

La réception est située de manière à pouvoir surveiller les accès et les lieux d'attente. La surveillance des attentes est directe : la vidéo n'est pas acceptée comme moyen de surveillance.

2.1.2. Salles d'attente

Afin de permettre la séparation des patients infectieux (regroupement des patients), deux lieux d'attente dont un clos (avec possibilité de ventilation naturelle de préférence) sont à prévoir. Le lieu d'attente des patients potentiellement infectés (attente fermée) peut être prévu dans une salle de soins vacante par exemple.

Lorsque la structure regroupe plusieurs spécialités, les espaces d'attente de la pédiatrie et des adultes sont différenciés.

En pédiatrie, il est nécessaire de prévoir un espace de change (table à langer, lavabo).

2.1.3. Salle de séjour et de collation

Cette fonction est nécessaire dans les structures telles services de dialyse ou hôpitaux de jour pour le repos et la prise d'une collation. La salle (ou l'espace) de séjour est « surveillable ».

2.1.4. Vestiaires des patients

Les vestiaires quand ils sont nécessaires se situent au niveau de l'accès au service ou secteur et hors zone de soins. L'intimité des patients doit être préservé ainsi que la sécurité des biens.

2.1.5. Sanitaires des patients

Le nombre de WC à prévoir pour la patientèle dans cette zone doit être adapté au nombre de patients potentiellement présents.

2.2. Zone de soins

2.2.1. Cabinet de consultation

Un cabinet de consultation est accessible uniquement depuis une circulation générale qui dessert les lieux d'attente. Son accès est unique.

Pour un cabinet de consultation sans examen³ le Département ne formule pas de demande particulière. Ceci concerne par exemple la psychiatrie ou la diététique.

Pour un cabinet de consultation avec un espace d'examen prévoir une surface de l'ordre de 18 m² avec :

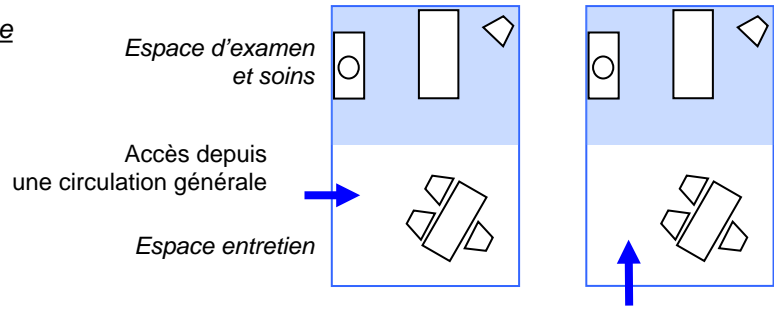
- un espace bureau ou « espace entretien ».
- un espace d'examen et de soins comprenant un lit d'examen, un point d'eau (de préférence sur plan de travail), un meuble de rangement, un espace vestiaire du patient (si possible) et le matériel nécessaire à l'hygiène des mains et le matériel de protection (masques, gants).

Sauf cas particuliers liés à la spécialité médicale, les sanitaires ne sont pas accessibles directement par le cabinet.

³ Si l'espace entretien et l'espace d'examen et de soins sont deux locaux différents, l'espace entretien n'est pas équipé d'un point d'eau.

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

Schéma de principe



2.2.2. Salle de soins, pharmacie et rangement des dispositifs médicaux (DM)

a. Salle de soins

Il est noté qu'une salle de naissance (ou salle d'accouchement) est une salle de soins individuelle spécifiquement aménagée.

Une salle de soins est sauf exception liée à l'activité médicale, accessible uniquement depuis une circulation générale qui dessert les lieux d'attente. Son accès est unique.

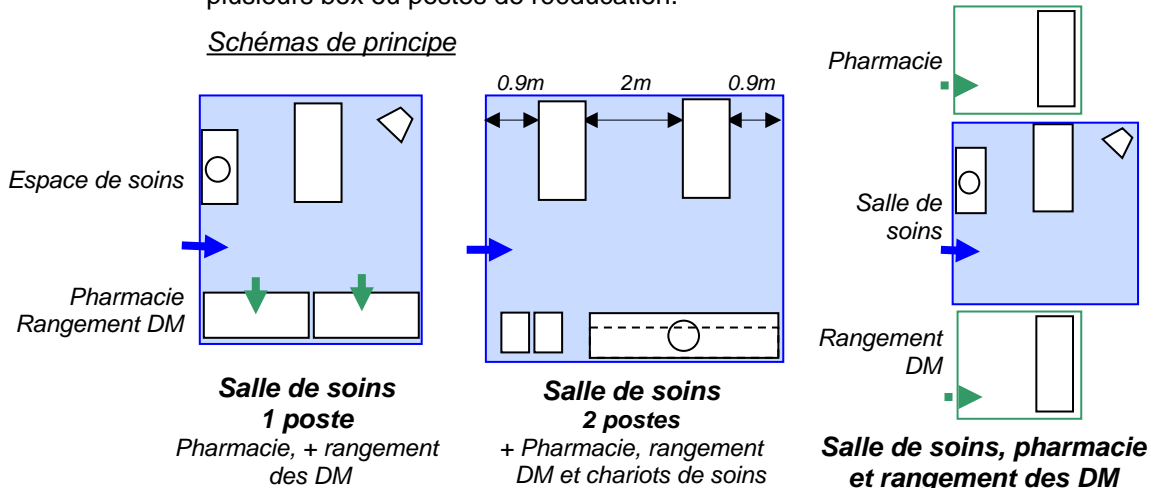
La salle de soins compte :

- un (ou plusieurs) poste d'examen et de soins (fauteuil de prélèvement, poste de dialyse, voire tables de massage, poste d'ergothérapie, etc)
- un (ou plusieurs) plan de travail avec point d'eau pour la préparation des soins. Le point d'eau doit être centré sur le plan de travail afin de délimiter une zone « propre » d'un côté du point d'eau et une zone « sale » de l'autre côté.
- les rangements suivant la spécialité et l'organisation (dispositifs médicaux et pharmacie).

La surface nécessaire pour une salle de soins individuel (un box par exemple) est de l'ordre de 12 m². Cette surface varie suivant la spécialité médicale et l'équipement nécessaire. Dans une salle d'examen et de soins avec plusieurs postes (dialyse, oncologie, physiothérapie par exemple) mesures suivantes doivent être prévue :

- Une distance de 2 mètres (1.8 m au minimum) entre deux postes (postes de dialyse, lits ou fauteuils en hôpital de jour, table de physiothérapie, par exemple).
- La possibilité d'isoler un patient en box individuel. Cet isolement peut être lié à un risque infectieux comme a un besoin d'intimité ou de confidentialité.
- La surveillance directe par le personnel de chaque poste ou box de soins. Suivant la spécialité, l'organisation du travail et au regard du nombre de poste, plusieurs plans de travail avec point d'eau (préparation des soins, lavage des mains) peuvent être nécessaire dans une même salle. Dans le cas de la physiothérapie et de l'ergothérapie, un point d'eau unique peut desservir plusieurs box ou postes de rééducation.

Schémas de principe



LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

b. Pharmacie

La pharmacie est située hors du flux des personnes (accès contrôlé) et permet une préparation sécurisée des médicaments.

Suivant la spécialité et l'organisation, la pharmacie peut être intégrée à une salle de soins (armoire fermée) ou constituer un local spécifique sécurisé.

Les médicaments doivent être stockés à la température adéquate. Si des médicaments sont stockés au réfrigérateur, ce dernier n'est dédié qu'à cet usage et sa température doit être contrôlée.

c. Rangement des dispositifs médicaux

Suivant la spécialité et l'organisation, le stockage des dispositifs médicaux (DM) peut être intégré à une salle d'examen et de soins (armoire fermée) ou occuper un local dédié exclusivement à cet usage.

2.3. Zone médico-technique

Cette zone regroupe les activités telles qu'imagerie, laboratoire, bloc opératoire, stérilisation, etc.

Pour chaque activité médico-technique, il est nécessaire de se référer pour le surplus, aux exigences spécifiques énoncées dans les normes, règlements ou recommandations en vigueur.

2.3.1. Bloc opératoire

Se référer au chapitre 3 du présent document.

2.3.2. Imagerie

Se conformer aux prescriptions de l'OFSP.

Il est à noter qu'une salle de soins (voir au point 2.2.2) peut être nécessaire pour la préparation des patients (mise en place d'un cathéter veineux, anesthésie, récupération par exemple) à proximité immédiate de la salle d'imagerie.

a. Imagerie conventionnelle

Dans chaque salle prévoir, en plus de la zone de protection des professionnels, une zone de déshabillage des patients voire une ou plusieurs cabines de déshabillage.

Sauf cas particuliers liés à la spécialité médicale :

- La salle d'imagerie ne dispose pas de point d'eau.
- Les sanitaires ne s'ouvrent pas sur la salle d'imagerie.

b. Scanner et IRM

Il est nécessaire de prévoir une salle de soin en amont de la salle d'examen. Cette salle peut également être utilisée comme salle de récupération post examen.

Elle est éventuellement commune à plusieurs salles d'imagerie.

c. Echographie

La salle d'échographie est équipée d'un point d'eau.

Suivant la spécialité, elle ouvre sur des sanitaires (gynéco-obstétrique ou urologie par exemple).

Elle peut être en communication directe avec une salle de mammographie par exemple.

d. Endoscopie

L'endoscopie forme un secteur dédié regroupant plusieurs fonctions :

- Préparation des patients (sédation)
- Examen endoscopique
- Repos et surveillance post-examen des patients

Suivant l'organisation, les fonctions précédentes peuvent être réparties entre la salle d'endoscopie pour la sédation puis l'examen et la salle de repos / surveillance post-examen par exemple. L'organisation et l'ameublement des locaux suivent les mêmes principes que ceux énoncés pour une salle de soins au chiffre 2.2.2.

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

- Retraitement et stockage des endoscopes
 Pour le retraitement et le stockage des endoscopes se conformer aux « Directives suisses pour le retraitement des endoscopes flexibles ». Voir le schéma de principe en annexe 2.

2.3.3. Laboratoire

Se conformer aux prescriptions de Qualab – Suisse

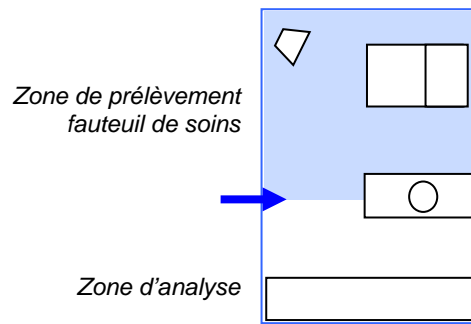
Le laboratoire est un local dédié⁴ localisé hors du flux des personnes. Il est équipé d'un plan de travail, d'un point d'eau et de rangements.

Un poste de prélèvement peut être intégré au laboratoire. Le local est alors divisé en deux secteurs.

- Secteur analyse : hors flux des personnes, non accessible aux patients
- Secteur prélèvement : accessible sans pénétrer dans le secteur analyse. Son aménagement est similaire à celui d'un espace d'examen et de soins (voir au point 2.2.1). L'intimité des patients doit être préservée.

Schéma de principe

Laboratoire avec prélèvements



2.3.4. Stérilisation en cabinet

Se conformer aux prescriptions de Swissmedic⁵.

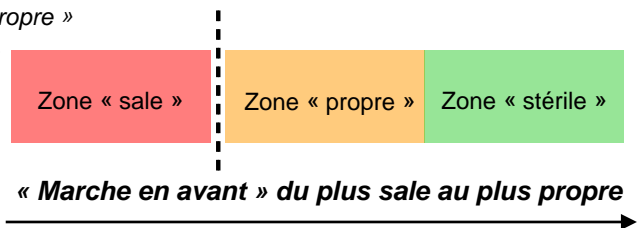
La stérilisation est située à l'écart du flux des personnes et des matériels.

Le principe fondamental de conception d'une stérilisation est la mise en œuvre de « la marche en avant » du « sale » vers le « propre » puis le « stérile ».

Schémas de principe

Entre la zone « sale » et la zone « propre »

- *Discontinuité du plan de travail*
- ou
- *Séparation du plan de travail par un écran (plexiglas par exemple)*



⁴ CONCEPT QUALAB - Version 1.1 - Point 3, alinéa 2:

« Dans le cabinet médical, une place doit être réservée exclusivement au laboratoire. La surface et l'environnement doivent permettre l'exécution des analyses selon les indications des fabricants des systèmes d'analyses. »

⁵ Se référer au document « Bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux pour les cabinets médicaux et les cabinets dentaires ainsi que d'autres utilisateurs de petits stérilisateurs à la vapeur d'eau saturée »

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

2.4. Logistique et locaux du personnel

2.4.1. Office alimentaire, préparation des collations

Ce local ou espace est dédié à la préparation des repas ou collation des patients. Il ne peut pas être utilisé comme salle de pause au personnel.

L'office alimentaire est organisé selon le principe de la marche en avant.

2.4.2. Stockage « propre »

L'organisation des rangements du matériel de soins et des équipements dépend de l'activité et de l'organisation de la structure.

Le « propre » est stocké dans un local (sans point d'eau) ou dans des armoires dédiées et sécurisées.

2.4.3. Local nettoyage

Ce local comporte un évier à bac profond, des rangements pour les produits d'entretien et une surface dédiée au rangement des chariots de ménage. Dans les petites structures ce local peut être remplacé par une armoire.

2.4.4. Locaux vidoir, dépôt intermédiaire des déchets et du linge sale

Ce local est conçu sur le principe de la marche en avant (du plus sale au plus propre). Il est dédié à la pré-désinfection des dispositifs médicaux réutilisables, au nettoyage et à la désinfection des dispositifs médicaux ne nécessitant pas une stérilisation, au stockage intermédiaire du linge sale et des déchets, à l'élimination des liquides biologiques. Suivant l'activité le dimensionnement comme l'équipement du local sont plus ou moins conséquents.

Se référer au schéma de principe en annexe 2.

2.4.5. Buanderie / lingerie

La buanderie/ lingerie est un local spécifique nécessaire lorsque du linge est lavé sur place. Ce local est organisé selon le principe de la marche en avant.

Se référer au schéma de principe en annexe 2.

2.5. Locaux du personnel

Se conformer au « Commentaire de l'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail » et particulièrement aux articles 29 à 34.

Les locaux du personnel sont localisés à l'écart du flux des patients.

Les vestiaires sont mutualisés.

CHAPITRE 2 : UNITES DE SOINS

1. ORGANISATION

Les unités de soins - unités de soins intensifs, unités de soins intermédiaires, unités de soins stationnaires (hospitalisation de soins aigus, de soins palliatifs spécialisés et de réadaptation) unités de soins ambulatoire (hôpitaux de jours, unité d'hospitalisation de courte durée des urgences) - sont intégrées au système de flux liant les services et secteurs de l'établissement.

Leur organisation (spécialité, nombre de lit) est liée aux éléments suivants :

- La planification sanitaire cantonale. Elle détermine les besoins et les activités reconnues ;
- Le projet d'établissement ;
- Les synergies préexistantes ou possibles dans la structure hospitalière même ou en externe.
- La localisation du site même de réalisation (par exemple : contraintes d'urbanisme, accessibilité en transports publics).

La notion d'évolutivité (capacité à évoluer) doit être intégrée lors de la définition de l'organisation de la structure hospitalière. Ceci concerne la possibilité de modifier la répartition de la capacité de l'établissement en unités de soins et l'affectation de celles-ci à une spécialité. Chaque unité est accessible directement via une circulation générale, depuis la zone d'accueil et réception de l'établissement. L'unité est autonome : elle forme un ensemble fonctionnel « fermable ». De plus, elle ne peut pas être traversée pour accéder à une autre unité ou à un autre secteur.

L'unité est divisible en sous-unités afin de permettre, en cas d'épidémie, d'isoler fonctionnellement une sous-unité. De plus, chaque unité dispose de chambres individuelles d'isolement avec sas.

Les moyens nécessaires à la prise en charge initiale d'une urgence médicale (chariot de réanimation) sont disponibles et utilisables en tout lieu et sans délai.

La confidentialité des échanges et des informations médicales, l'intimité du patient comme la sécurité des patients et du personnel doivent être assurées en tout lieu.

Les secteurs ainsi que les locaux dédiés aux soins (directement ou indirectement) nécessitent la mise en œuvre de mesures d'hygiène spécifiques. Des supports pour l'équipement de protection et les produits pour l'hygiène des mains doivent être prévus dans tous les locaux où des soins sont prodigués.

La signalétique est conçue au regard des éventuelles déficiences des patients.

Les dispositions architecturales nécessaires à la prévention du suicide comme des malveillances (vol, incendie, dégradations) doivent être analysées et mises en œuvre.

1.1. Unités de soins critiques

Les unités de soins critique sont les unités de soins intensifs et les unités de soins intermédiaires. Elles sont indissociables des urgences, du bloc opératoire comme de l'imagerie. Ces deux types d'unités sont généralement associées et bénéficient alors de locaux communs.

Les données ci-dessous sont insuffisantes pour les unités de soins intensifs et soins intermédiaires de néonatalogie.

1.1.1. Unité de soins intensifs (USI)

Le Département aligne les exigences minimales pour la réalisation d'une USI sur les exigences de la SSMI pour la certification⁶ en considérant que :

- Dans le cadre d'une réalisation nouvelle et / ou d'une restructuration lourde, tous les critères énoncés par la SSMI doivent être totalement satisfaits (critères obligatoires et critères facultatifs) et les chambres⁷ sont uniquement individuelles.

⁶ Se référer aux « Directives pour la certification des unités de soins intensifs (USI) par la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) - Annexe 1 » de la Société suisse de médecine intensive - SSMI

⁷ Chambre ou box

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

- Dans le cadre d'une rénovation, tous les critères obligatoires énoncés par la SSMI doivent être totalement satisfaits et 80% des patients disposent d'une chambre individuelle, une chambre recevant au maximum deux lits (pour 6 lits : 6 chambres individuelles - pour 12 lits : 10 chambres individuelles et 1 chambre double).

Une chambre d'isolement avec sas est à prévoir pour chaque ensemble de 6 lits.

La capacité de l'unité doit pouvoir évoluer temporairement en périodes d'épidémie par exemple : agrandissement sur l'unité de soins intermédiaires, chambre à un lit conçue pour recevoir un second lit.

1.1.2. Unité de soins intermédiaires (U-IMC)

Le Département aligne les exigences minimales pour la réalisation d'une U-IMC sur les exigences de la SSMI pour sa reconnaissance⁸ en considérant que :

- Dans le cadre d'une réalisation nouvelle et / ou d'une restructuration lourde, tous les critères énoncés par la SSMI doivent être totalement satisfaits (critères idéaux et souhaitables compris) et l'unité dispose d'un maximum de chambres à un lit, avec au minimum 80% des patients en chambre individuelle (pour 6 lits : 6 chambres individuelles – pour 12 lits : 10 chambres individuelles et 1 chambre double).
- Dans le cadre d'une rénovation, tous les critères obligatoires énoncés par la SSMI doivent être totalement satisfaits, 65% des patients disposent d'une chambre individuelle et une chambre reçoit au maximum deux lits (Pour 6 lits : 4 chambres individuelles et 1 chambre double).

Une chambre d'isolement avec sas est à prévoir pour chaque ensemble de 6 lits.

L'unité doit pouvoir évoluer temporairement voire durablement afin de recevoir des patients de soins intensifs (organisation, dimensionnement, équipement).

1.2. Unité de soins stationnaire

1.2.1. Unité de soins aigus stationnaires

Le Département ne définit pas de capacité minimum pour une structure de soins aigus. Cette capacité est déterminée par la planification sanitaire cantonale.

La capacité d'une unité de soins est à adapter à l'organisation des soins adoptée au regard de la prise en charge prévue. D'une façon générale, une unité « courante » est de l'ordre de 24 lits à 36 lits.

Dans le cadre d'une réalisation nouvelle comme d'une restructuration lourde, l'unité dispose d'un maximum de chambres à un lit, avec au minimum 80% des patients en chambre individuelle (Pour 30 lits : 24 chambres individuelles et 3 chambres doubles).

Dans le cas d'une rénovation, l'unité dispose d'un maximum de chambres à un lit avec au minimum 65% des patients en chambre individuelle (pour 30 lits : 20 chambres individuelles et 5 chambres doubles). Cependant, la spécialité peut imposer de prévoir des chambres individuelles uniquement (maternité) comme des sous unités de moindre dimension.

Une chambre d'isolement avec sas au moins doit être prévu pour 12 lits (soit 2 chambres d'isolement au minimum pour 24 à 35 lits).

1.2.2. Unité de soins palliatifs spécialisés stationnaires⁹

Malgré le contexte hospitalier, une ambiance « familiale » doit être préservée dans l'unité.

L'unité est intégrée dans une structure hospitalière de soins aigus ou de réadaptation.

La capacité d'une unité de SP est au minimum de 8 lits en chambres individuelles dont une chambre d'isolement avec sas.

⁸ Se référer aux « Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires (U-IMC) – Points 5 et 6 » de la Société suisse de médecine intensive - SSMI

⁹ Se référer au « Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires » de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs - palliative.ch

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

A partir de 16 lits, l'unité doit être divisée en deux sous-unités de 8 chambres individuelles dont une chambre d'isolement par sous unité. Certaines fonctions sont alors dédoublées.

De plus, l'unité bénéficie au minimum :

- D'un salon avec possibilité de collation.
- D'une chambre (et salle de bains) à l'usage des accompagnants. Cette chambre est située dans l'unité ou à proximité de celle-ci.
- Des salles de thérapie de proximité (au minimum une salle d'entretien et une salle d'activité thérapeutique avec point d'eau) intégrés dans l'unité ou à proximité immédiate de celle-ci.

Un cheminement aisé depuis l'unité permet d'accéder à la salle de recueillement et la chambre funéraire de l'établissement hospitalier.

L'accès direct à une terrasse/jardin réservé est à favoriser.

1.2.3. Unité de soins de traitement et de réadaptation stationnaire

La capacité d'une structure de CTR est de 90 lits au moins, places de traitement comprises. Pour toute nouvelle structure l'objectif est de tendre est de se rapprocher de cette capacité.

Si la structure est implantée sur un site comportant d'autres activités sanitaires, la capacité pourrait être réduite, mais elle devrait compter 30 lits et places au minimum.

Pour la restructuration et l'agrandissement de CTR existants, l'objectif est de tendre vers les données précédentes.

Dans le cadre d'une réalisation nouvelle comme d'une restructuration lourde et d'une façon générale, l'unité devrait compter 30 lits au minimum.

Ce chiffre pourrait être ramené à 15 lits, voire moins pour des prises en charge particulièrement lourdes au sein d'un CTR, ou si le service partage la coordination médicale avec une unité stationnaire de soins aigus de même type.

Dans le cadre d'une réalisation nouvelle comme d'une restructuration lourde, l'unité dispose d'un maximum de chambres à un lit, avec au minimum 80% des patients en chambre individuelle (Pour 30 lits : 24 chambres individuelles et 3 chambres doubles).

Dans le cas d'une rénovation, l'unité dispose d'un maximum de chambres à un lit avec au minimum 65% des patients en chambre individuelle (pour 30 lits : 20 chambres individuelles et 5 chambres doubles).

Une chambre d'isolement avec sas au moins doit être prévu pour 12 lits (soit 2 chambres d'isolement au minimum pour 24 à 35 lits).

En complément, l'unité bénéficie :

- D'un salon avec possibilité de repas ou collation.
- Des salles de thérapie de proximité (au minimum une salle d'entretien et une salle d'activité thérapeutique avec point d'eau) intégrés dans l'unité ou à proximité immédiate de celle-ci. Ces salles complètent plateau de réadaptation de l'établissement.

Un cheminement aisé depuis l'unité permet d'accéder :

- Au plateau de rééducation.
- A la salle à manger centralisées locaux de détente des patients et visiteurs.
- Au lieu de recueillement et méditation.
- Autres locaux à l'usage des patients (coiffeur/esthétique, boutiques, ...).
- Aux espaces extérieurs aménagés.

2. FONCTIONNEMENT

2.1. Unité de soins critique

Les unités de soins critiques sont des unités fermées, protégées par des sas.
La zone protégée comprend les locaux des soins, de logistique et du personnel et d'encadrement.

2.1.1. Sas

Les accès sont gérés par des sas permettant de contrôler puis de distribuer les différents flux.

Personnes	<ul style="list-style-type: none"> - Accès des patients - Vestiaires du personnel dont sanitaires - Sas des visiteurs : salle d'attente et espace vestiaire (vêtements de ville, point d'eau, équipement de de protection)
Logistique « propre »	<ul style="list-style-type: none"> - Réception de la logistique « propre » et décartonnage
Logistique « sale »	<ul style="list-style-type: none"> - Extraction des déchets, du linge sale et des dispositifs médicaux à stériliser

2.1.2. Zone protégée

La zone protégée est composée du secteur de soins, des chambres (ou box), de la logistique interne à l'unité et des locaux du personnel.

a. Secteur de soins

- Poste de surveillance
Ce poste est situé en position centrale afin d'offrir une vision maximale sur toutes les chambres des patients. Il reçoit les reports du monitoring des patients.
- Préparation des soins
Ce local permet au personnel de préparer le matériel de soins et les médicaments en toute sécurité. Il bénéficie d'un point d'eau sur plan de travail (préparation) d'une ventilation adaptée et, de préférence, d'éclairage naturel. Son accès est sécurisé.

Un bureau médical polyvalent et un bureau d'ICUS sont intégrés au secteur de soins ou à proximité immédiate de celui-ci.

b. Chambre

Le Département complète les exigences de la SSMI pour la certification d'une USI ou la reconnaissance d'une U-IMC par les points suivants

Le cloisonnement de chaque chambre comporte des vitrages avec stores pour permettre le contact visuel des soignants depuis la plate-forme et les chambres voisines, tout en préservant l'intimité des patients.

Afin d'isoler visuellement un patient, sans pénaliser la surveillance depuis le poste de surveillance, des paravents rigides mobiles sont à prévoir. Les rideaux ne sont pas admis.

Sur la base de 6 à 11 lits, 1 chambre individuelle au minimum est équipée de rails en plafond afin de faciliter le déplacement des patients (patients obèses par exemple).

La chambre de SC bénéficie d'une salle de bains complète.

2.2. Unité de soins stationnaire

L'unité de soins se compose de trois sous-ensembles : le secteur de soins, les chambres d'hospitalisation et les locaux de logistique et du personnel

L'établissement peut opter pour une organisation centralisée avec un secteur de soins unique ou pour une organisation privilégiant la proximité en associant à un sous-ensemble de chambre (9 à 12 lits par exemple) des locaux infirmiers dédiés (bureau infirmier et préparation des soins) et de logistique associée.

Les Locaux administratifs et de logistique générale sont organisés en dehors de l'unité.

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

2.2.1. Secteur de soins

L'organisation spatiale comme le dimensionnement des locaux composant le secteur de soins varie selon l'organisation des soins ou/et de la capacité de l'unité.

Le secteur de soins comprend au moins :

- Espace d'accueil et d'orientation des patients/visiteurs
Cet espace peut être intégré au bureau infirmier.
- Bureau infirmier
Ce bureau est dédié aux tâches administratives des soignants. Il comprend le stockage des chariots de visite et est équipé d'éléments de rangement. Il permet également de réaliser les relèves (la passation des consignes) dans de bonnes conditions de confidentialité.
- Préparation des soins.
Ce local permet au personnel de préparer le matériel de soins et les médicaments en toute sécurité. Il bénéficie d'un point d'eau sur plan de travail (préparation) d'une ventilation adaptée et, de préférence, d'éclairage naturel. Son accès est sécurisé.

Un bureau médical polyvalent et un bureau d'ICUS sont intégrés au secteur de soins de l'unité ou à proximité immédiate de cette dernière.

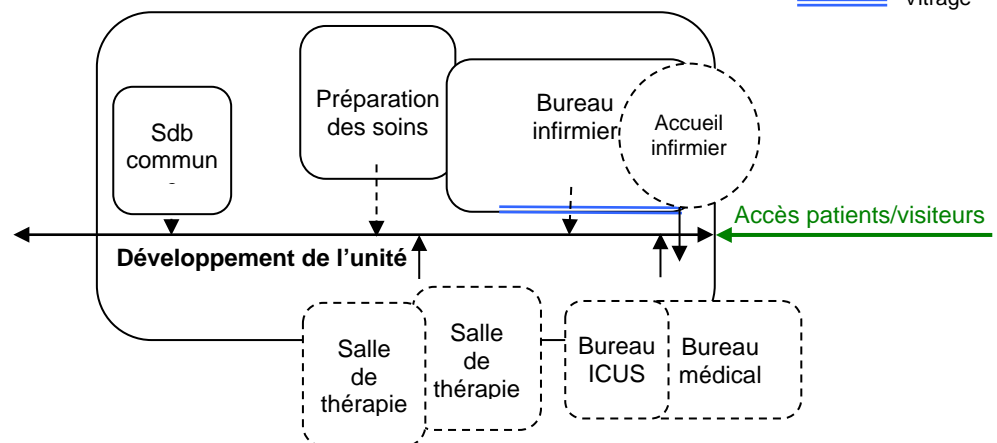
L'accès à une salle de bain commune (patients grabataires) accessible aux chariots douches avec WC et lavabo peut être nécessaire (schéma en annexe 2).

Schéma de principe

Organisation centralisée

Légende :

 Vitrage



2.2.2. Chambres d'hospitalisation

La chambre (schéma en annexe 2) est conçue de façon à :

Disposer d'une surface minimum de :

- 14 m² (hors salle de bain et espace d'entrée ou sas d'isolement) pour une chambre à un lit
- 24 m² (hors salle de bain et sas d'entrée) pour une chambre à 2 lits avec une distance de 2 m entre lits et la possibilité de sortir le second lit sans avoir à bouger le premier.
- Bénéficier d'une vue sur l'extérieur depuis le lit.
- Faciliter la mobilité du patient :
 - La chambre et la salle de bain sont accessibles et utilisables par les personnes handicapées avec une accessibilité et ergonomie au moins équivalentes aux exigences de la norme SIA 500:2009 (Constructions sans obstacles).
 - La chambre doit permettre l'accès à 3 côtés du lit, avec au pied du lit et sur un côté un espace libre de 1.40 m minimum de large, et sur le second côté un passage libre de 0.9 m au minimum.
 - La chambre doit pouvoir être équipée de rails en plafond pour le transfert d'un patient du lit au fauteuil, au brancard voire à la salle de bain.

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

- Permettre l'accompagnement du patient par un soignant dans la salle de bain voire l'accès à un chariot douche pour les salles de bain des chambres à un lit (accès partiel, la porte de la salle de bain pouvant rester ouverte).

Une attention particulière doit être portée à l'isolation acoustique de la chambre, la qualité des vues, de l'éclairage naturel et artificiel, comme au respect de l'intimité du patient.

Les lits et les salles de bain sont équipés d'appels malades.

Chaque patient dispose au minimum :

- Espace du lit (surface libre non morcelée)
 - o D'un lit médicalisé.
 - o D'une table de nuit.
- Hors espace du lit, (espace de la chambre)
 - o D'un fauteuil de repos.
 - o D'un placard de rangement intégré.
 - o D'une table et d'une chaise.

Cette description est suffisante pour la réalisation d'une chambre de CTR

2.2.3. Soins aigus stationnaire

Les données précédentes sont applicables.

De plus, chaque lit est équipé des fluides médicaux fixes (raccordements muraux d'oxygène et du vide d'air/aspiration).

2.2.4. Soins palliatifs spécialisés stationnaires (SP)

Les données précédentes sont applicables y compris l'équipement en fluides médicaux fixes (raccordements muraux d'oxygène et du vide d'air/aspiration).

De plus, Le couchage d'un accompagnant (couchage fixe ou mobile) est prévu dans chaque chambre

2.2.5. Chambre d'isolement

Chaque chambre d'isolement est précédée d'un sas qui comprend :

- Lave-mains à commande non manuelle.
- Equipement de protection du personnel et des visiteurs.
- Emplacement déchets et linge sale.
- Vestiaire secondaire des professionnels et visiteurs avec matériel de protection.

Il est recommandé d'y installer un laveur désinfecteur à déjections humaines.

Voir le schéma en annexe 2

2.2.6. Locaux de logistique et du personnel

- Logistique

En cohérence avec le projet logistique de l'établissement, sont à prévoir :

- o Locaux vidoir, dépôt intermédiaire des déchets et du linge sale.
Prévoir un local vidoir par sous-unité. Ce local est conçu sur le principe de la marche en avant (du plus sale au plus propre). Il est dédié à la pré-désinfection des dispositifs médicaux réutilisables, au nettoyage et à la désinfection des dispositifs médicaux ne nécessitant pas une stérilisation, au stockage intermédiaire du linge sale et des déchets, à l'élimination des liquides biologiques.
- o Zones de rangement des armoires mobiles de linge propre.
Prévoir une zone de rangement des armoires, hors flux des personnes (armoire fermée dans une niche dans la circulation par exemple) par sous-unité.
- o Local nettoyage avec évier à bac profond, rangement des chariots de ménage et stockage des produits d'entretien.
- o Office repas/collations (strictement réservé au service des patients).
- o Rangements du matériel de soins de l'unité dont le matériel encombrant.
- o Sanitaires des patients/visiteurs et sanitaires privés du personnel.

- Personnel

Une salle de détente équipée pour la prise des collations et strictement réservée au personnel peut être prévue pour plusieurs unités ou secteurs. Elle n'est pas incluse dans l'unité.

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

Elle dispose de la lumière naturelle et de la vue sur l'extérieur.

Les vestiaires du personnel et sanitaires associés sont centralisés au niveau de l'établissement (zone de logistique commune). Ses accès sont sécurisés avec un contrôle d'accès.

Il est noté que l'établissement doit disposer d'une salle de repos à l'usage du personnel hors période de service et d'une salle d'allaitement.

2.2.7. Autres espaces (circulations et espaces extérieurs)

Les circulations sont dimensionnées en cohérence avec l'usage (lits, chariot de soins, fauteuils). Les circulations intérieures et les espaces extérieurs doivent être également pensés et réalisés comme des lieux de déambulation à part entière. Ils sont équipés de mains courantes et une attention particulière doit être apportée à la qualité des revêtements de sols (planéité, texture, couleur, etc.) et de l'éclairage.

CHAPITRE 3 : BLOC OPÉRATOIRE

1. ORGANISATION

Le bloc opératoire est un espace protégé. Il regroupe l'ensemble des locaux et équipements nécessaires à la réalisation d'interventions chirurgicales générales et/ou spécialisées à des fins diagnostiques et/ou thérapeutiques.

Avant toute réalisation, l'établissement doit définir la spécificité de chacune des salles : opérations pratiquées, évaluation du degré de risque d'infection pré, per et post-opératoire, etc. Cette évaluation du besoin se traduit par la définition d'une qualité de propreté de l'environnement en termes de ventilation.

Les mesures d'hygiène à appliquer sont identiques pour toutes les structures opératoires indépendamment de la spécialité des salles.

La notion d'évolutivité doit être intégrée dès la définition de l'organisation du bloc opératoire et ceci jusqu'à sa réalisation.

1.1. Bloc opératoire avec accès à une infrastructure hospitalière stationnaire

Pour une réalisation nouvelle, la capacité du bloc (actes urgents et actes programmés de type ambulatoire ou stationnaire) doit être à priori, de quatre salles¹⁰ (ou quatre postes opératoires¹¹) au moins. Pour un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire programmé, le nombre de salles peut être ramené à deux ou à une salle de deux postes opératoires.

Pour la restructuration et l'agrandissement de structures existantes, l'objectif est de tendre vers les capacités précédentes.

Le bloc opératoire doit être localisé :

- A l'écart des circulations publiques de l'établissement. Les trajets des patients couchés vers et depuis le bloc opératoire sont différents des cheminements usuels des patients et visiteurs.
- Au même niveau que les autres entités du plateau technique (urgences, services des soins intensifs et des soins continus, imagerie, etc.) ou en liaison directe (ascenseurs dédiés) et à proximité immédiate des celles-ci.
- En contiguïté des salles d'accouchement de préférence (liaison par sas). Cette contiguïté est indispensable si les césariennes se déroulent au bloc opératoire. En tout état de cause, un cheminement dédié doit être prévu.
- De façon à être aisément desservi par les entités médico-techniques (stérilisation, pharmacie, laboratoires, centrale des lits, etc.). Les circulations entre le bloc opératoire et les structures liées à son fonctionnement doivent être les plus courtes possibles.
- De manière à optimiser le temps d'évacuation en urgence d'un patient vers les autres secteurs du plateau technique voire un autre établissement en tout temps.
- L'apport de lumière naturelle est recommandé.

Suivant les options d'organisation prises par l'établissement :

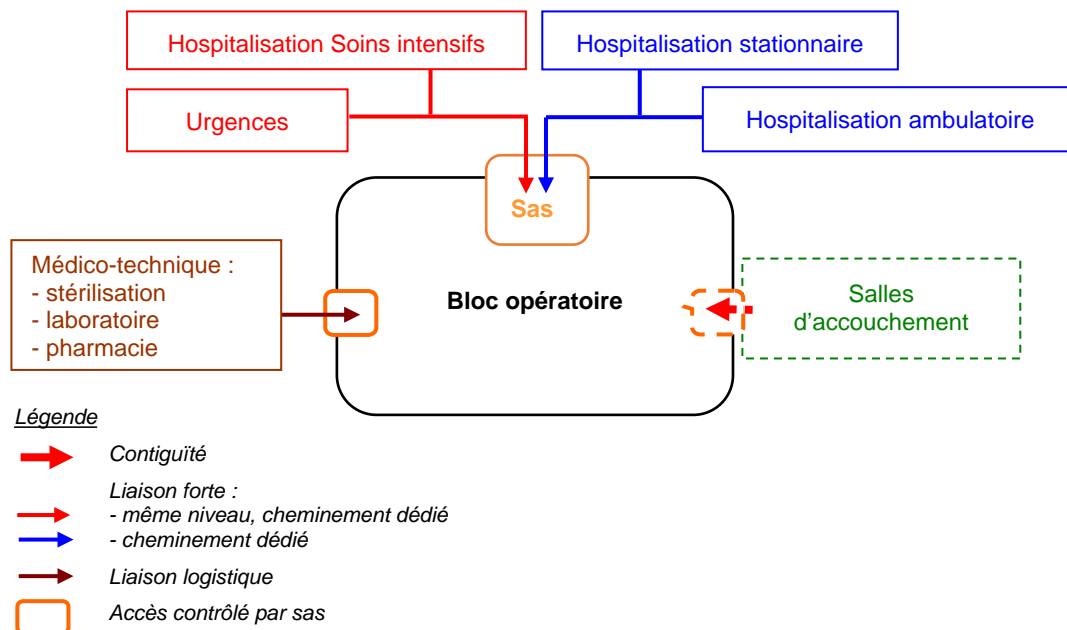
- La salle de réveil peut être interne au bloc, en sas ou externe au bloc. Elle est préférée interne au bloc (voire en sas dans la zone de transfert), du fait notamment que les médecins anesthésistes accompagnent ou viennent revoir régulièrement leurs patients pendant la phase de réveil.
- Les patients ambulatoires peuvent être accueillis directement au bloc le jour de l'intervention.
- La stérilisation peut être interne ou externe au bloc. Elle est préférée externe au bloc du fait de ses relations avec les autres secteurs de l'hôpital. La stérilisation peut également être externalisée sur un autre site.

¹⁰ Dans le présent document, pour plus de clarté, il est considéré que chaque salle d'opération reçoit un poste opératoire. Cependant, suivant l'organisation de l'établissement, une salle d'opération peut recevoir plusieurs postes opératoires. Il faut alors remplacer le terme de salle d'opération par le terme de postes opératoires .

¹¹ Poste opératoire : Espace et matériel dédié à une opération (table, monitoring, anesthésiologie, table d'instrumentation, scialytique, surfaces d'évolution des personnes et du matériel, etc.).

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

Schéma de principe



1.2. Bloc opératoire sans accès à une infrastructure hospitalière

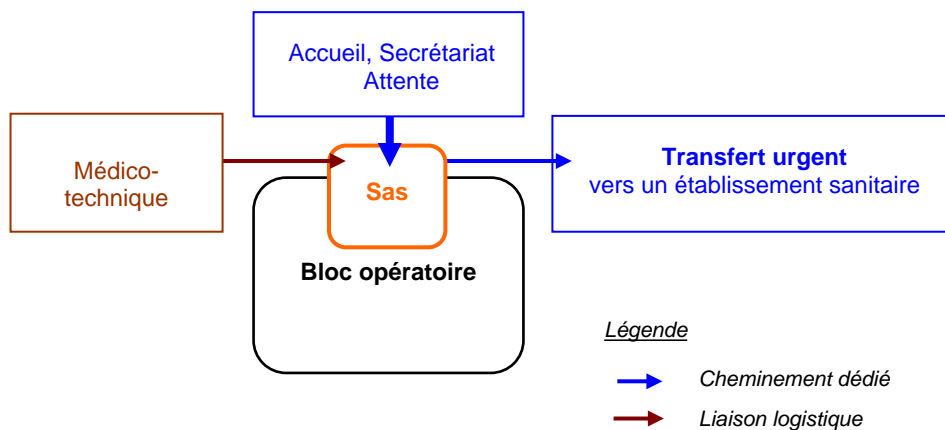
Le « bloc opératoire » sans accès à une infrastructure hospitalière comporte dans son enceinte uniquement des salles OP 1 et/ou OP Cab. au sens de l'annexe A du « Concept sur la Reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED » de TARMED Suisse.

Le bloc opératoire doit être localisé :

- A l'écart des circulations publiques de la structure de soins. Les trajets des patients couchés vers et depuis le bloc opératoire sont différents des cheminements usuels des patients debout et visiteurs.
- De façon à être aisément desservi par les entités médico-techniques (stérilisation, pharmacie, laboratoires, etc.).
- De manière à optimiser le temps d'évacuation en urgence d'un patient vers un autre établissement.
- L'apport de lumière naturelle est recommandé.

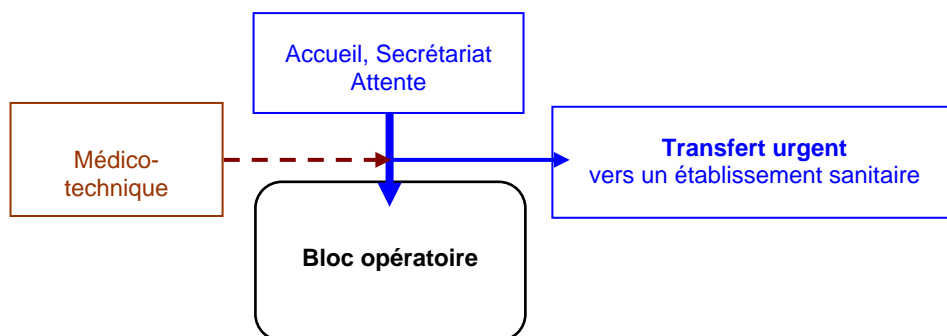
Schémas de principe

a. Bloc opératoire avec salle OP 1



LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

b. Bloc opératoire avec salle OP Cab



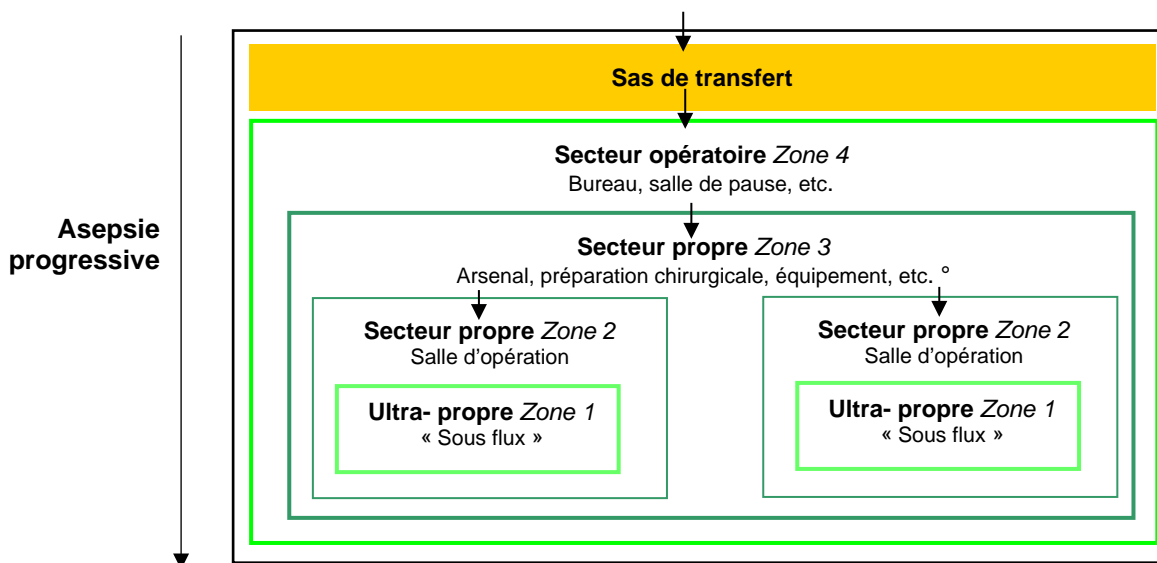
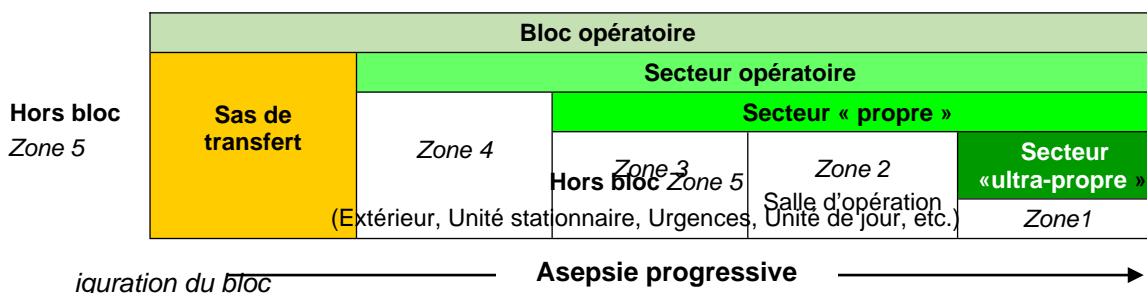
2. FONCTIONNEMENT

Le principe fondamental de conception des circuits du bloc opératoire est le respect de la marche en avant, en allant du plus sale vers le plus propre. Ce concept permet de délimiter cinq zones d'asepsie différentes et croissantes, depuis l'extérieur du bloc (Hors bloc - Zone 5) vers la salle d'opération puis le champ opératoire (Secteur ultra-propre - Zone 1) via les sas de transfert.

Schémas de principe

Les principes ci-dessous applicable dans tous les cas.

a. Zones d'asepsie croissante



LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

L'organisation choisie par l'établissement détermine la situation des locaux préopératoires / post-opératoires et la salle de réveil.

Suivant le type de bloc et l'organisation choisie, certaines zones peuvent être associées. La salle d'opération (zones 2 et 3) est toujours spécifiquement encloisonnée.

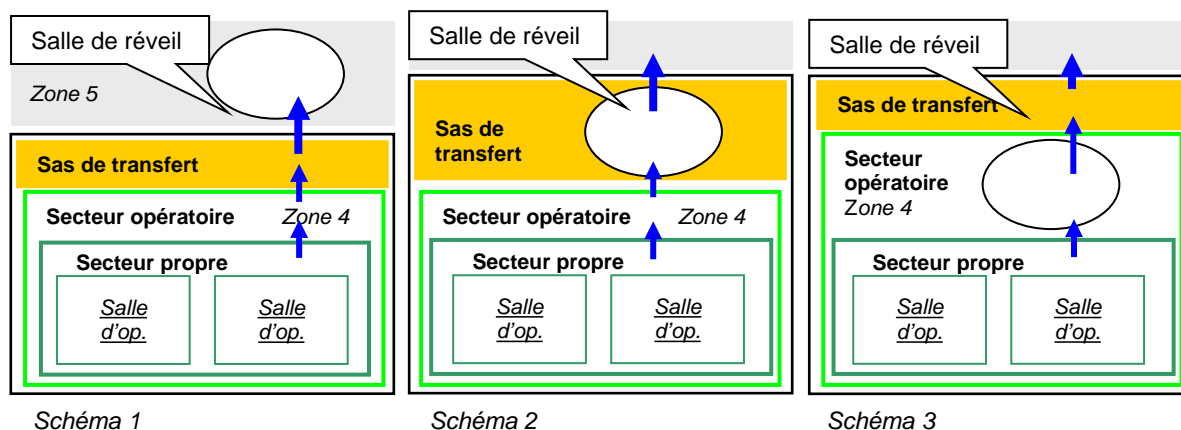
2.1. Bloc opératoire avec accès à une infrastructure hospitalière

2.1.1. Salle de réveil

Suivant les choix de l'établissement, la salle de réveil peut être :

- Hors bloc « zone 5 » (schéma 1).
- Intégrée au bloc au niveau des « sas de transfert » (schéma 2).
- Intégrée au bloc au niveau du secteur opératoire « zone 4 » et éventuellement associée à la salle pré-opératoire / post-opératoire (schéma 3).

Schémas de principe



La salle de réveil compte au moins 1.5 postes de réveil par salle d'opération. Au-delà de ce minimum, le nombre de postes de réveil est à calculer en fonction de l'activité effectuée.

Les postes de réveil sont organisés autour d'un poste de surveillance et de soins qui a une vue direct sur chacun d'entre eux. Plusieurs sous-ensembles composés de postes de réveil gérés par un poste de surveillance et de soins peuvent être nécessaire pour maintenir une organisation optimale de la prise en charge.

Une salle de réveil de plus de 11 postes est formellement divisible en deux parties afin de pouvoir fermer une partie de la salle suivant la programmation ou/et lors d'une décontamination.

La salle de réveil se compose de :

- a. Postes de réveil
 - Les postes sont distants de deux mètres les uns des autres.
 - Chaque poste dispose du monitoring, fluides médicaux, alarme cœur, matériel de protection (gants, lunettes, masques) et de produit désinfectant pour les mains.
 - Des dispositifs appropriés (paravents rigides) doivent permettre de préserver l'intimité des patients.
 - L'apport de lumière naturelle est fortement recommandé.
- b. Poste de surveillance et de soins
 - Plan de travail avec report du monitoring et des alarmes
 - Plan de travail avec point d'eau pour les préparations
 - Armoire ou local de pharmacie (produits thérapeutiques et réfrigérateur avec contrôle de la température)
 - Matériel de protection et produit désinfectant pour les mains

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

- c. Secteur réservé aux enfants (chirurgie pédiatrique)
Dans cet espace (ou les parents peuvent généralement séjourner après habillage) les équipements et la décoration sont adaptés.
- d. Box d'isolement
Prévoir au moins un box avec sas pour 6 postes. Le sas est au minimum équipé d'un point d'eau, du matériel de protection individuel, d'une zone de dépose du linge sale et des déchets. Se référer au schéma en annexe 2.
- e. Emplacements pour armoires de linge propre
- f. Rangement des équipements médicaux
- g. Local nettoyage
Ce local comporte un évier à bac profond, des rangements pour les produits d'entretien et une surface dédiée au rangement des chariots de ménage.
- h. Local vidoir, dépôt intermédiaire des déchets et linge sale
Se référer au schéma en annexe 2.

2.1.2. Sas de transfert

Les sas constituent la fermeture du bloc opératoire et permettent de contrôler puis distribuer les différents flux. Ils sont aménagés dans le respect du principe de la « marche en avant » vers le secteur opératoire.

Suivant les organisations choisies par l'établissement et afin d'assurer l'enceinte du bloc opératoire, quatre types de sas de transfert sont identifiés (liste non exhaustive) dans le tableau ci-dessous.

Personnes	Logistique « propre »	Logistique « sale »	Autres
Transfert des patients couchés Sas des patients debout Vestiaires du personnel Vestiaire des parents Transfert urgent des nouveau-nés Etc.	Réception des dispositifs médicaux (DM) Décartonnage (logistique propre)	Pré désinfection et extraction des DM Extraction des déchets et du linge sale	Sas « banque du sang » Sas « extemporanés » Atelier bio-médical Etc.

a. Personnes

Suivant les options choisies par l'établissement, les locaux pré-opératoire, post-opératoire et la salle de réveil peuvent constituer un sas.

o *Transfert des patients couchés*

Le sas de transfert des patients couchés est conçu de façon à effectuer le passage du patient depuis le lit (ou autre support extérieur) vers le support opératoire interne au bloc et vice versa.

Un sas d'entrée et un sas de sortie peuvent être différenciés.

o *Sas des patients debout*

Si l'établissement opte pour un accueil direct des patients ambulatoire au niveau du bloc opératoire, l'accès de ces derniers se fait via un sas-vestiaire « tenue ville → tenue opératoire » avec cabines, point d'eau et casiers individuels.

o *Vestiaires du personnel*

Les vestiaires du personnel sont organisés en trois zones formellement délimitées :

- La *zone neutre* dédiée au déshabillage/ habillage des tenues blanches (voire civiles) et regroupant les installations sanitaires
- La zone d'entrée dédiée à l'habillage en tenue de bloc
- La zone de sortie dédiée au déshabillage et à la dépose des tenues de bloc sales.

Se référer à l'annexe 2

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

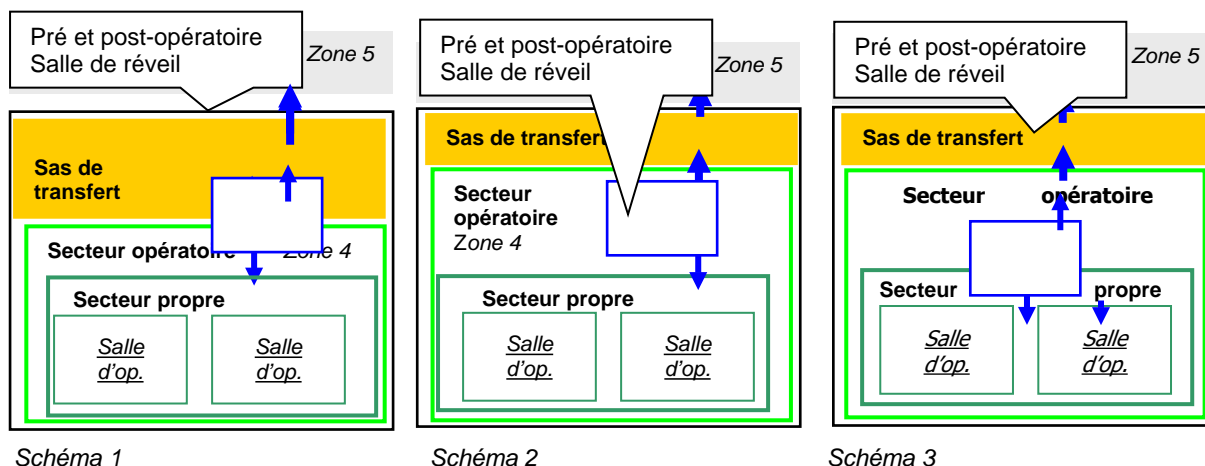
- *Vestiaire des parents*
 Le vestiaire des parents (« tenue ville → tenue bloc » avec cabines, point d'eau et casiers individuels) dessert la salle de réveil pédiatrique voire la salle de préparation/induction pédiatrique.
- *Transfert urgent des nouveau-nés*
 Ce sas est destiné au conditionnement des nouveau-nés pour un transfert en urgence.
- b. Logistique « propre » et logistique « sale »
 La logistique « propre » est acheminée au secteur opératoire via le sas de décartonage ou/et le sas de réception des DM. Dans ces sas, les contenants ou supports externes sont remplacés par les contenants et supports internes au bloc.
 La logistique « sale » (déchets, DM souillés, ...) est déposée dans le sas d'extraction avant évacuation.
- c. Autres sas
 Les autres sas ont pour but de limiter les activités et mouvements de personnes dans le secteur opératoire. Ils fonctionnent sur la base de « guichets » vis-à-vis de l'extérieur ou de l'intérieur du bloc.

2.1.3. Secteur opératoire

A l'intérieur de l'enceinte limitée par les sas sont regroupées les fonctionnalités du bloc opératoire, à savoir :

- a. Salle pré-opératoire (salle d'induction) / post-opératoire
 Suivant les choix de l'établissement, cette salle peut être :
 - Intégrée aux « sas de transfert » en association à la salle de réveil (schéma 1).
 - Intégrée au secteur opératoire « zone 4 » et alors associée à la salle de réveil (schéma 2).
 - Pour ces deux cas le fonctionnement est décrit au point 2.1.1
 - Positionnée en interface entre la zone 4 et la zone 3, en liaison direct avec les salles d'opération (schéma 3)

Schémas de principe



LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

Chaque poste dispose du monitoring, fluides médicaux, alarme cœur, matériel de protection (gants, lunettes, masques) et de produit désinfectant pour les mains.

Depuis chaque poste, le personnel a un accès immédiat à :

- Armoire de pharmacie et réfrigérateur avec contrôle de la température.
- Plan de travail avec point d'eau pour les préparations.

b. Zone 4

Cette zone regroupe les locaux « de support » du bloc opératoire : locaux du personnel et de logistique commune. Suivant l'organisation choisie par l'établissement, les locaux pré-opératoires/post-opératoires et la salle de réveil peuvent être inclus dans cette zone, en relation avec la pharmacie et le rangement du matériel des anesthésistes.

La zone comprend :

- o *Bureaux*
Un bureau individuel doit être réservé au responsable du bloc opératoire.
- o *Boxes compte rendu opératoire*
- o *Salle de pause*
Cette salle est située hors du flux des patients. Il est à l'usage des collations uniquement, sans possibilité de reconstitution de repas.
- o *Salle de colloque*
Cette salle éventuelle est accessible uniquement depuis la circulation interne. Stockages et rangements
- o *Local de nettoyage*
Ce local, équipé d'un plan d'eau sur plan de travail comprend le stockage des produits de nettoyage et le rangement des chariots de ménage.
- o *Rangements*
Sont notamment à prévoir le rangement des supports internes au bloc (tables ou plateaux) et le rangement des équipements des salles. Ces rangements se situent hors du flux des personnes (rangement clos, niches).

c. Zone 3

Cette zone regroupe les salles d'opération elles mêmes (zones 2 et 1) et leur environnement immédiat (préparation de l'équipe chirurgicale et arsenal stérile notamment). Les locaux pré-opératoires / post-opératoires peuvent être inclus dans cette zone. Se référer au point a ci-dessus.

La conception par module de salle (module de 2 à 4 salles par exemple) permet de préserver la polyvalence des organisations, de rationaliser les flux comme d'optimiser les surfaces.

- o *Préparation chirurgicale*
La préparation chirurgicale est le lieu d'habillage final de l'équipe opératoire. Le personnel dispose avant d'entrer en salle d'opération du matériel nécessaire pour la désinfection chirurgicale des mains (solutions hydro alcooliques sur support) ou le lavage chirurgical des mains (auge et savon), les masques ainsi qu'un miroir pour les ajuster.
- o *Arsenal stérile*
Le matériel doit être rangé sur des rayonnages (éviter les armoires). Le rangement des DM stériles doit être conforme aux directives de Swissmédic.
L'arsenal stérile est mutualisé pour plusieurs salles et de préférence en relation directe avec chacune des salles desservies. Suivant le processus de travail choisi par l'établissement, la préparation des plateaux opératoires peut être réalisée en zone 1 (secteur ultra-propre interne à la salle d'opération) ou sous flux dans l'arsenal, dans la mesure où le passage est direct de l'arsenal à la salle d'opération. Le flux est alors de classe similaire à celui de la salle.

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

d. Zones 2 et 1

La zone 2 représente les salles d'opérations, chacune des salles contient un secteur « ultra propre » (zone 1).

La salle d'opération est conçue de façon à :

- Bénéficier de préférence d'une surface ≥ 40 m². Elle est carrée ou de forme proche du carré.
- Être polyvalente (sauf cas particuliers).
- Respecter le concept de « salle vide » : lors du nettoyage de la salle ne restent sur place que les éléments plafonniers (bras, scialytiques) et éventuellement un socle fixe de table au sol et des écrans muraux.
- Limiter au minimum indispensable le nombre de portes d'accès. Le mécanisme des portes coulissantes automatisées est placé à l'extérieur de la salle.

L'établissement doit évaluer, pour chacune des salles, la possibilité de passer en pression négative en cours d'opération.

L'apport de lumière naturelle est recommandé.

2.2. Bloc opératoire sans accès à une infrastructure hospitalière

2.2.1. Bloc avec salle OP1

Le bloc opératoire avec une salle OP1 occupe un territoire formellement délimité par une enceinte dont l'accès par sas est contrôlé. Les principes précédents (chiffres 2.1 above) sont applicables dans leur intégralité.

2.2.2. Bloc opératoire avec salle OP Cab

Les salles OP Cab sont fréquemment installées dans des cabinets médicaux ou des permanences. Les principes généraux (respect de la marche en avant, asepsie progressive) sont applicables mais le fonctionnement est simplifié. Le bloc se compose de deux locaux en continuité.

a. Salle pré/post-opératoire et préparation chirurgien

Cette salle est divisée en deux espaces

- Préparation chirurgicale (voir au chiffre 2.1.3 c.).
- Préparation, surveillance et repos post-opératoire des patients, organisé de façon similaire à un espace d'examen et de soins (voir au point 2.2.1). L'intimité des patients doit être préservée.

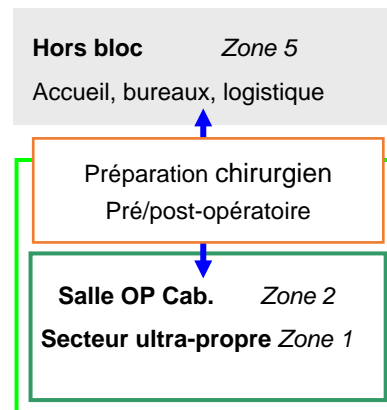
b. Salle d'opération

La salle OP Cab a une surface de 13 m² au moins. Elle est accessible uniquement depuis la salle pré/post-opératoire et préparation chirurgien

La mise en œuvre du concept de « salle vide » n'est pas exigée.

L'apport de lumière naturelle est recommandé.

Schémas de principe



ANNEXE 1

1. Rappel des lois, normes et règlements¹²

Sont applicables tous les règlements et normes, fédéraux et cantonaux en vigueur et particulièrement :

- Loi sur la santé publique (LSP)
- Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES)
- Loi fédérale du 18 juin 1993 sur la responsabilité du fait des produits (LPRF)
- Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPTh)
- Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies)
- Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (LHand) et norme SIA 500.2009 - Constructions sans obstacles.
- Loi sur le travail - Ordonnances 3, 4 et commentaire
- Loi sur l'énergie (LVEne), directives et règlement d'application
- Ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim)
- Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Ordonnances sur les épidémies) du 29 avril 2015
- Ordonnance sur le mouvement des déchets (OMoD)
- Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le canton de Vaud (RES)
- Directives pour la certification des unités de soins intensifs (USI) par la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) de la Société suisse de médecine intensive - SSMI
- Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires (U-IMC)
- Directive de la Société suisse des ingénieurs en technique du bâtiment, SICC VA 105-01 : Installations de ventilation et climatisation pour les locaux utilisés à des fins médicales (planification, réalisation, qualification, exploitation)
- Directive DCPE 572 - Gestion des déchets du secteur de la santé, directive cantonale
- Concept sur la Reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED
- Recommandations – Unité HPCI -VD à l'intention des cabinets
- Recommandations Précautions Standard et Mesures Additionnelles – Unité HPCI
Recommandations à appliquer dans un bloc opératoire - Unité HPCI Vaud
- Bonnes Pratiques de Retraitement des Dispositifs Médicaux stériles - Novembre 2016
- Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires - v.3.1- Janvier 2019
- SUVA – Prévention
- Procédures à suivre pour les constructions, transformations, agrandissements des établissements sanitaires RIP et non RIP – Etat de Vaud

¹² Liste non exhaustive

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

2. Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le canton de Vaud (RES) - Articles 45 et 46

✓ Art. 45 Exigences architecturales et d'équipement

¹ Le département fixe les exigences architecturales et d'équipement.

² L'agencement des chambres doit respecter l'intimité des personnes hospitalisées et contenir :

- a. une salle de bain avec WC ;
- b. une table de nuit et une armoire par lit ;
- c. maximum deux lits.

³ Dans les hôpitaux et les cliniques de soins aigus somatiques, chaque chambre doit être équipée, par lit, d'un dispositif pour dispenser les gaz médicaux.

⁴ L'organisation des locaux et des circulations doit respecter les règles généralement admises d'hygiène préventive et de contrôle de l'infection.

⁵ Les hôpitaux et les cliniques de soins somatiques doivent prévoir un dispositif adéquat pour l'isolement des personnes hospitalisées contagieuses ou immunodéprimées.

⁶ Des dérogations peuvent être admises par le département pour les bâtiments existants ou, dans des cas particuliers, notamment s'il s'agit de chambres destinées à l'hospitalisation ambulatoire ou de chambres d'observation.

✓ Art. 46 Système d'appel du personnel

¹ Chaque lit et chaque local sanitaire (WC, salle d'eau) de l'établissement est pourvu d'un système "d'appel malade".

Extrait du RES en vigueur dès le 01.01.2018

ANNEXE 2

Schémas fonctionnels de principe

Cette annexe regroupe les schémas organisationnels et fonctionnels de locaux récurant dans les structures de soins.

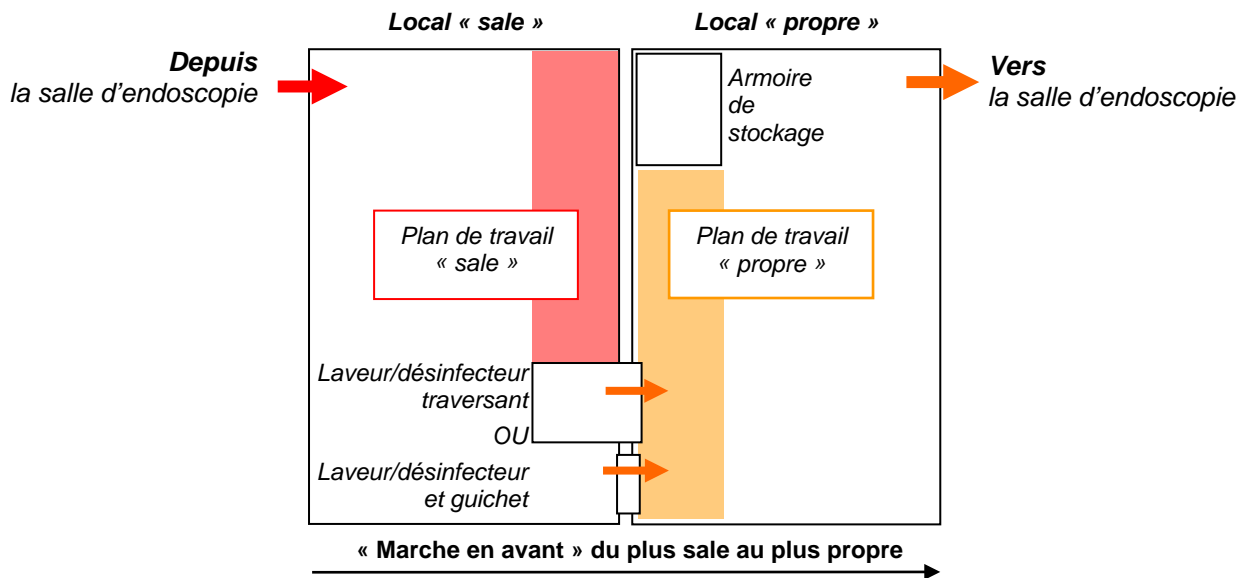
Les schémas sont sans échelle. Ils représentent des organisations types à respecter notamment lorsque le processus de « marche en avant » doit être mis en œuvre.

Rappel

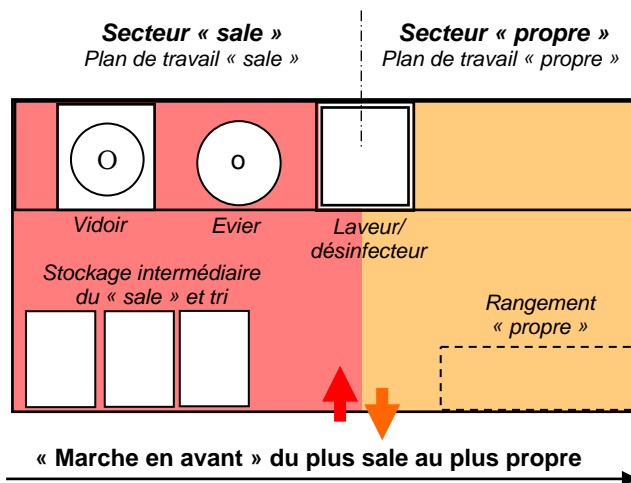
Les secteurs dédiés aux soins nécessitent la mise en œuvre de mesures d'hygiène spécifiques :

- Séparation géographique entre les zones où des soins sont directement ou indirectement prodigués (chambres, pharmacie, stockage matériel de soins, etc.) et les zones allouées aux tâches administratives.
- Mise à disposition du matériel de protection individuel (masque de soins, lunettes de protection voire surblouse) et au plus près du lieu de soins, de solution hydroalcoolique.

1. Retraitement et stockage des endoscopes



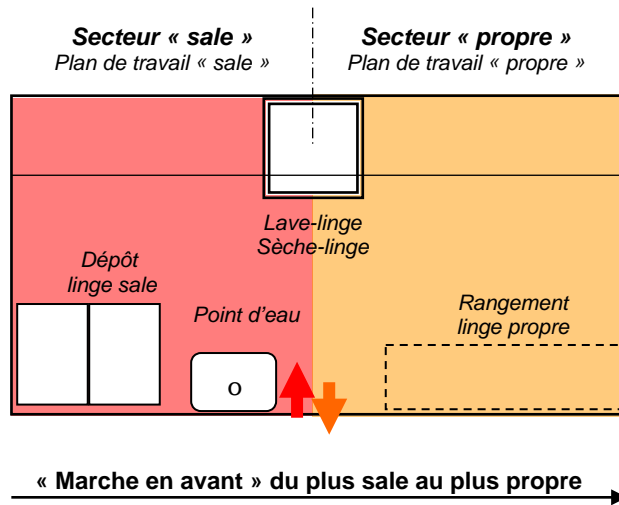
2. Local vidoir, linge sale et déchets



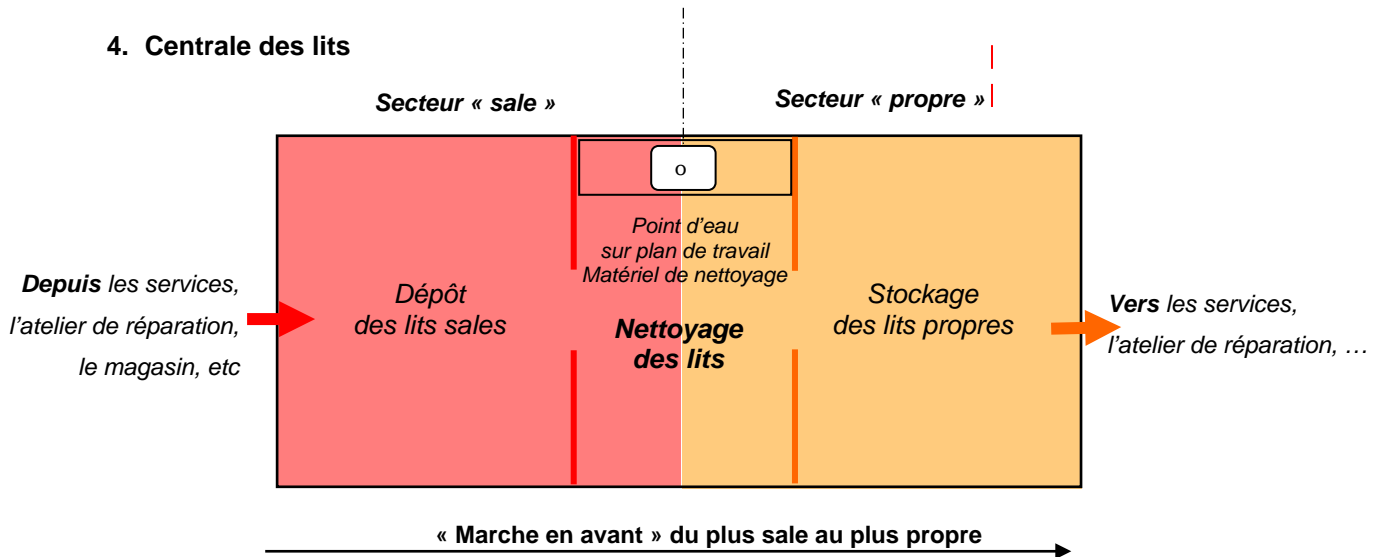
Dans le cas ci-dessus, le laveur-désinfecteur assure la séparation entre la zone propre et la zone sale. Si au regard de l'activité cet équipement n'est pas nécessaire l'évier aura ce rôle de séparateur.

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

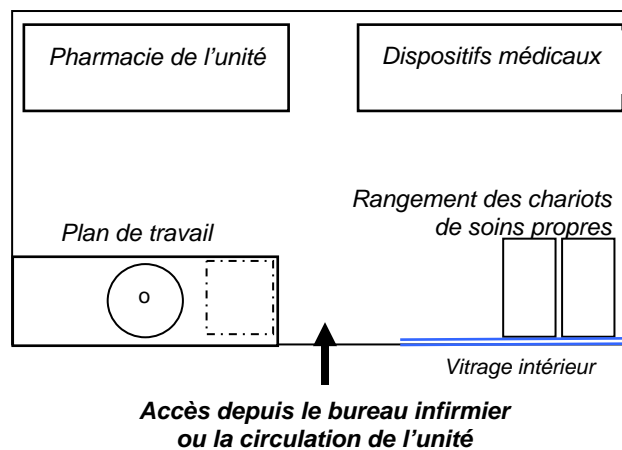
3. Buanderie, lingerie



4. Centrale des lits

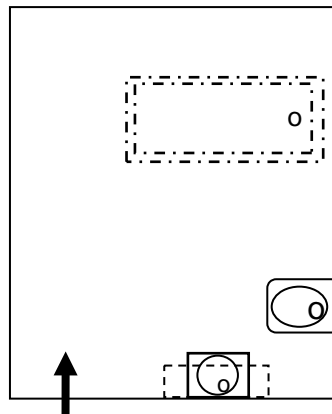


5. Local de préparation des soins



LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

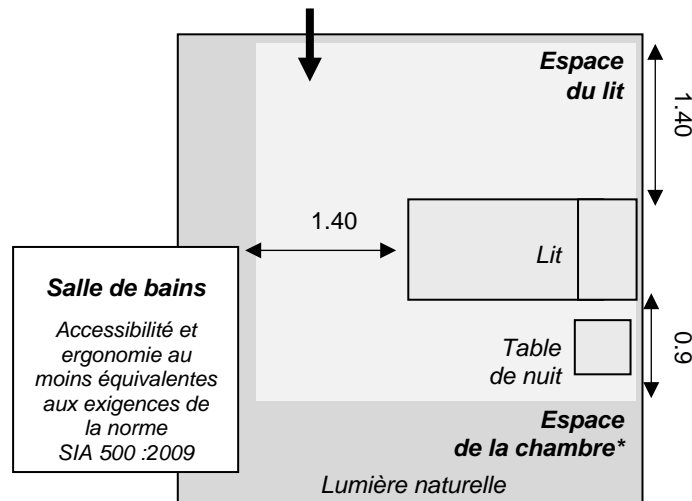
6. Salle de bains commune



Espace douche
 Siège de douche ou/et chariot douche accessible par le personnel sur 4 côtés.
 Accessibilité handicapée sur deux côtés au moins.

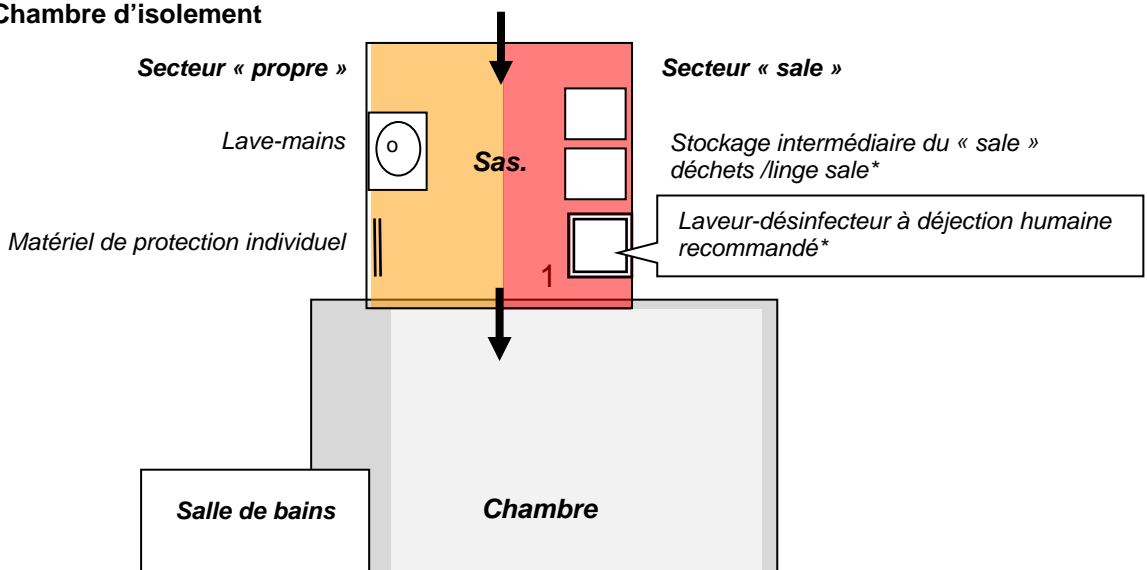
Ensemble sanitaire
 Accessibilité et ergonomie au moins équivalentes aux contraintes de la norme SIA 500 :2009 avec lavabo, miroir orientable, WC suspendu, etc.

7. Chambres



* Espace de la chambre = espace du lit + surfaces nécessaires pour un rangement, une table, une chaise, un fauteuil, un lit d'appoint, etc.

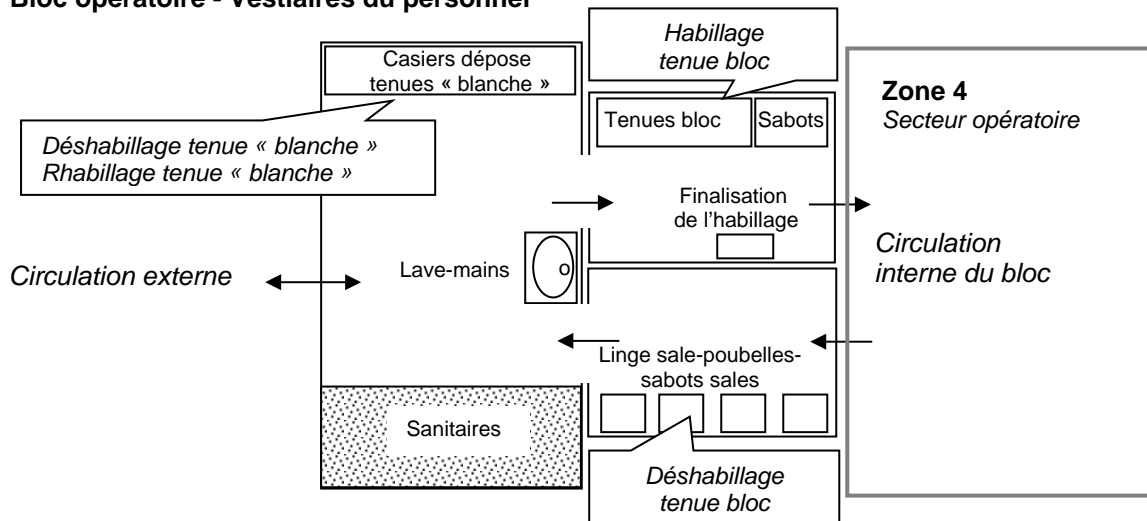
8. Chambre d'isolement



* Suivant les cas, le laveur-désinfecteur et le stockage intermédiaire des déchets/ linge sale peuvent être prévus dans la salle de bains du patient ou dans un sas « sale » indépendant.

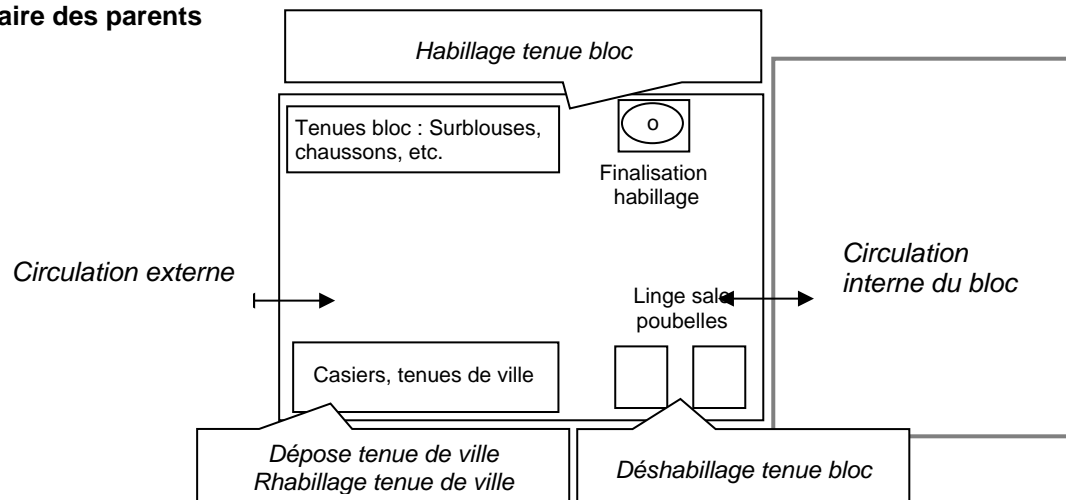
LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

9. Bloc opératoire - Vestiaires du personnel



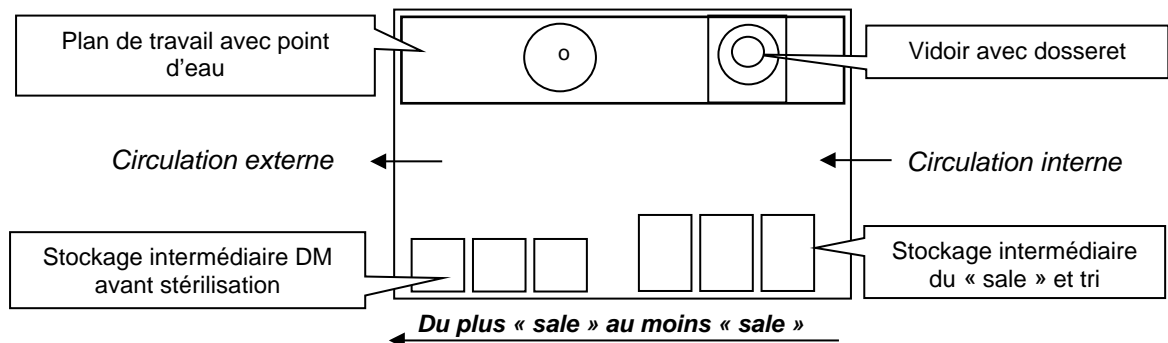
Locaux en sas de la circulation hors bloc au secteur opératoire et inversement. Application du principe de la « marche en avant ».

10. Vestiaire des parents



Local intégré aux « sas de transfert ». Application du principe de la « marche en avant ». Accès au secteur « propre » exclus.

11. Pré-désinfection, extraction des DM devant être retraités et déchets



Local intégré aux « sas de transfert ». Application du principe de la « marche en avant ».

ANNEXE 3

Matériaux et finitions

Le choix des matériaux et des finitions doit être fait au regard de leur durabilité, caractéristiques techniques et phoniques, facilité d'entretien, leur toxicité pour la santé et pour l'environnement ainsi que des mesures d'hygiène requises dans chacun des locaux. La notion de réversibilité doit être intégrée aux critères de choix.

Une attention particulière est attendue pour les locaux de soins, de traitement et d'hospitalisation. Les données sur les matériaux et finitions énoncées ci-dessous sont applicables à toute structure sanitaire.

1. Cloisons et mur

Les cloisonnements intérieurs sont résistants aux chocs et satisfont aux exigences suivantes :

- Isolation acoustique en fonction de l'utilisation des locaux et normes en vigueur.
- Résistance mécanique. Des protections murales sont à prévoir au niveau des passages des lits et chariots.
- Absorption sans fissuration ni détérioration des déformations de la structure,
- Résistance à l'humidité en partie basse d'une façon générale et à l'humidité dans son ensemble dans les locaux humides.

2. Revêtements muraux

Les revêtements muraux doivent être de très bonne qualité, résistants aux chocs, à l'abrasion et aux produits chimiques. Ils sont lisses, lavables et supportent les désinfectants.

La toile de verre murale peinte est acceptée dans la mesure où le tissage de la toile présente peu d'aspérités et que la peinture lavable appliquée supporte les désinfectants.

Le carrelage mural (faïence par exemple) n'est pas recommandé, y compris dans les sanitaires. La protection murale au dos des appareils sanitaires (dosserets des points d'eau par exemple) et des plans de travail est réalisée en matériaux sans joint, ni bois apparent.

3. Revêtement de sol

En règle générale, les revêtements de sol sont de type sol souple et les plinthes sont constituées de relevé sans joints ouverts.

Un sol dur peut être utilisé pour les locaux à grand trafic (hall d'entrée, locaux logistiques, locaux techniques, etc.).

Le choix de chaque revêtement de sol doit être effectué au regard des risques de chutes et d'éblouissement.

Locaux de soins et de traitement

Le carrelage, le parquet ne sont pas acceptés dans les locaux de soins et de traitement.

La mise en œuvre d'un sol souple en lés soudée avec remontée en plinthe est recommandée.

Locaux d'hospitalisation

Le carrelage, le parquet et les plinthes en bois ne sont pas recommandés. Dans le cas de l'utilisation de ces matériaux, l'établissement doit se doter d'un plan de nettoyage et d'entretien conforme aux exigences hospitalières.

La mise en œuvre d'un sol souple en lés soudée est recommandée.

4. Plafond

Le principe général consiste à utiliser des plafonds lisses et lavables dans toute zone d'examen, de soins et d'hospitalisation des patients. Les plafonds "acoustiques" avec perforations sont à éviter dans ces zones y compris dans les chambres des patients.

5. Huisseries intérieures

Les huisseries (dont portes) répondront aux exigences suivantes : stabilité, isolation phonique liée à l'usage, facilité d'entretien et de maintenance.

Les revêtements de surface sont résistants aux chocs, à l'abrasion et lessivable. Les surfaces en bois sont traitées (peinture, stratifié).

LIGNES DIRECTRICES ARCHITECTURALES

Les portes des locaux accessibles aux lits auront une largeur de passage de 1,20 m minimum avec absence totale d'obstacle au sol. Ces portes peuvent être tiercées (par exemple : ouvrant de 0.8 m et battant de 0.4 m).

6. Mobilier

Le mobilier doit être adapté aux contraintes d'hygiène et d'usage. La durabilité, la facilité d'entretien et l'ergonomie doivent guider les choix.

Dans les locaux de soins et traitement, locaux « sales », locaux « propres » et lieux de séjour des patients, on veillera particulièrement à faciliter le nettoyage. Par exemple, les armoires fixes des chambres sont suspendues (0.20 m environ du sol) ou munies d'un caisson en plinthe et équipées d'un dispositif d'attique qui garantit la continuité jusqu'au plafond.

Les plans de travail sont réalisés en matériaux « massifs » (non composites) sans joint ni bois apparent et sont munis d'une remonté murale (dosseret).

Le mobilier sous plan de travail est mobile de préférence.

Les rideaux de séparation ne sont pas admis dans les locaux de soins, les chambres et les salles de bains. L'utilisation de paravent rigide désinfectable est recommandée.

7. Autres dispositions

Tous les équipements et composants techniques doivent être facilement accessibles, avec un minimum de démontage et en provoquant une gêne minimale aux usagers. Les accès techniques doivent se faire en dehors des zones sensibles (salles de soins, chambres, etc.).

Une attention particulière doit être portée à l'accessibilité des installations techniques en plenum.